



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

“TITULACION DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA”

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el período 2011 - 2012”.

Trabajo de Fin de Titulación

AUTOR :

Landázuri Rosero, Susana Janneth

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA :

Vivanco Vivanco, María Elizabeth, Mgs.

Centro Universitario Tulcán

2012

CERTIFICACIÓN

Mgs. María Elizabeth Vivanco

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

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

.....

Loja, agosto del 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Susana Janneth Landázuri Rosero, declaro ser autora del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Susana Janneth Landázuri Rosero

C.C. 040065220-2

AUTORÍA

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

.....

Susana Janneth Landázuri Rosero

C.C. 040065220-2

AGRADECIMIENTO:

A Dios eje central de mi vida y dueño de mi existencia, a mi querida Madre María Berthila Rosero, al Dr. Nelson Rosero y Dr. Ricardo Rueda, que estuvieron a mi lado en todo momento, que creyeron en mí, que siempre decían que la vida es una sola, que hay que aprender a vivir, pero también a compartir, a no vivir para uno mismo, a esos seres que con sus palabras sabias y sus conocimientos siempre me hicieron sentir que tenía la capacidad suficiente para lograr alcanzar esta meta que hoy concluye y que me abre las puertas a un nuevo estado de vida, a ellos a quienes pensando disfrutar mis logros partieron tempranamente a la presencia del Señor, Gracias por creer en mí y que desde el cielo logren regocijarse conmigo por este logro alcanzado. Gracias, madre mía, por haberme regalado la vida, estoy segura que desde el cielo me has prodigado muchas bendiciones porque estas han sido mi aliciente para seguir adelante. Gracias por tu amor puro y verdadero.

A mi esposo, mis amados hijos, a mis queridos hermanos: Yoli, Irmi y Gustavi, gracias por estar junto a mí; a mis queridos profesores que pese a no haberles conocido me enseñaron que el proceso de autoeducación tiene que ser de responsabilidad, esfuerzo, sacrificio y perseverancia, que Dios les bendiga.

Susana Landázuri

DEDICATORIA

A Dios, por concederme la sabiduría y la perseverancia, por ser obra de sus manos, a mi querida madre, que hoy yace en el cielo, que fue la inspiración de mi existencia, que con su entrega abnegada de servicio y de amor, me enseñó que la vida es un camino duro que debes recorrer; a ti que creíste en mí en cada momento, pero de la cual la vida no te permitió ver cristalizar mi sueño; pero que sin embargo sentí en los momentos más difíciles, que en la brisa del viento, que en el calor del sol, roseabas mis mejillas y me abrigas en los momentos más álgidos de mi vida, ese amor puro y sincero, que solo una madre puede dar a su hijo en todo momento; se que hoy lo disfrutas pero siento la nostalgia de no poder ver tu sonrisa y sentir tus abrazos, a ti mi negra linda te dedico este logro alcanzado con todo mi amor.

A mis amados hijos: Cinthya y Cristhian que espero que este esfuerzo realizado por su madre, les sirva de inspiración para que logren alcanzar la metas propuestas en sus vidas, que Dios les bendiga hoy y siempre.

Susana Landázuri

INDICE DE CONTENIDOS:

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN.....	II
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO.....	III
AUTORÍA	IV
AGRADECIMIENTO:	V
DEDICATORIA	VI
INDICE DE CONTENIDOS:.....	VII
RESUMEN	1
INTRODUCCION.....	2
MARCO TEORICO	4
CAPITULO I : Conceptualización del Burnout.....	4
1.1. Definición del Burnout	4
1.2. Modelos Explicativos del Burnout.....	4
1.2.1. Modelo diseñado desde la teoría cognoscitiva del yo.....	4
1.2.1.1 Modelo de Harrison.....	5
1.2.1.2 Modelo de Cherniss	5
1.2.1.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper	6
1.2.2. Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social.	6
1.2.2.1 Modelo de Comparación Social de Bunk y Schaufeli	7
1.2.2.2 Modelo de Conservación de recursos de Hobfoll y Fredy	7
1.2.3. Modelos diseñados desde la teoría organizacional.	8
1.2.3.1 Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter	8
1.2.3.2 Modelo de Cox, Kuk y Leiter	8
1.2.3.3 Modelo de Winnubst.....	9
1.2.4. Modelo Maslach y Leiter	9
1.3. Delimitación histórica del síndrome de Burnout.....	10
1.4. Poblaciones propensas al Burnout.....	11
1.5. Fases y Desarrollo del Síndrome de Burnout	12
1.6. Características, causas y consecuencias del Burnout.....	13
1.6.1. Características:	13
1.6.2. Causas:	13

1.6.3.	Consecuencias :	14
1.7.	Prevención y Tratamiento del Síndrome del Burnout	15
CAPITULO II: Conceptualización de las variables de la investigación.		17
2.1	Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales.	17
2.1.1	Variables de riesgo y protectoras	17
2.1.2	Motivación y satisfacción laboral	19
2.1.3	Investigaciones realizadas.	20
2.2	El Burnout y la relación con la salud.	21
2.2.1	Definiciones de Salud.	21
2.2.2	Síntomas Somáticos	22
2.2.3	Ansiedad e Insomnio.	23
2.2.4	Disfunción social en la actividad diaria	24
2.2.5	Tipos de Depresión	25
2.2.6	Investigaciones realizadas	26
2.3	El Burnout y el afrontamiento	27
2.3.1	Definición de afrontamiento	27
2.3.2	Teorías de Afrontamiento.	27
2.3.3	Estrategias de Afrontamiento.	28
2.3.4	Investigaciones realizadas.	29
2.4	El Burnout y la relación con el apoyo social.	30
2.4.1	Definición de apoyo social.	30
2.4.2	Modelos Explicativos del Apoyo Social.	30
2.4.3	Apoyo Social Percibido.	31
2.4.4	Apoyo Social Estructural.	31
2.4.5	Investigaciones Realizadas.	32
2.5	El Burnout y la relación la personalidad.	33
2.5.1	Definición de Personalidad.	33
2.5.2	Tipos de Personalidad.	34
2.5.3	Patrones de conducta.	35
2.5.4	Locus de control.	36
2.5.5	Investigaciones realizadas.	37
METODOLOGIA		38
3.1	Diseño de investigación	38

3.2	Métodos Particulares de la Investigación:	39
3.3	Técnicas:	39
3.4	Instrumentos:	40
	RESULTADOS:	43
	DISCUSION	59
	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	66
	BIBLIOGRAFIA.....	69
	ANEXOS	71

RESUMEN

La presente investigación fue de carácter Observacional Transversal; su estudio abarcó: conceptos, comparación de casos similares; para esto se determinó la Institución y asignación de profesionales que conforman la muestra para la aplicación de los cuestionarios que determinaron la **“Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este fenómeno, en el Hospital “Luis G. Dávila” de la ciudad de Tulcán”**; los resultados obtenidos en la muestra conformada por 30 profesionales: 15 médicos (9 hombres (30%), (6) mujeres (20%), y; 15 enfermeras (50%); determinan la presencia de Burnout en 4 médicos; 3 hombres y 1 mujer, y en enfermeras 0, según el Maslach Burnout Inventory (MBI).

Las variables Socio demográficas agrupan datos personales y laborales; y el resto de cuestionarios determinaron entre otros: los niveles psicosomáticos, salud, relación de apoyo social, afrontamiento y personalidad; que son satisfactorios en el 86.67%, ya que cuentan con buenos sistemas distractores y poseen una personalidad extrovertida, permitiéndoles afrontar el problema con facilidad; quienes tienen el Síndrome de Burnout (13.33%) , deberán sujetarse a nuevos retest que determinarán el grado de afectación.

INTRODUCCION

El Síndrome de Burnout se lo define como un: **síndrome de fatiga emocional**, que se da entre individuos que al estar interactuando constantemente con otras personas, es posible que aparezca, especialmente en los profesionales que se enfrentan constantemente a situaciones de vida y muerte, teniendo demandas excesivas de trabajo, tanto física y emocionales, que conducen a un sistema de afrontamiento, de estrés físico y mental en el cumplimiento de sus actividades, afectando las relaciones laborales, sociales y familiares de quienes lo padecen, y cuyo objetivo es: analizar, diagnosticar y sugerir sistemas de prevención para quienes lo padecen.

De la bibliografía investigada, como: archivochile.com/tesis, en la página 9 de la misma, de acuerdo con la European Foundation, las llamadas “enfermedades de la productividad” asociadas al estrés constituyen el 50% de las licencias médicas europeas en 1994; el Instituto Federal Americano de Salud en el Trabajo, estima que en el futuro el estrés será la primera causa responsable de las enfermedades profesionales; según la Rev. méd. Chile v.130 n.10 Santiago oct.2002, Estados Unidos de América e Inglaterra, muestran que el estrés ocupacional tiene un alto costo tanto individual como organizacional; según la fuente EFE, determina que Cuba, presenta índices de estrés laboral similares a los registros en Estados Unidos y Europa, y en algunos sectores profesionales alcanza el 80 % de los trabajadores, con una incidencia del 30 y 40%, según el sector que se trate; además, en una investigación realizada a una muestra de 11.530 profesionales de la salud residentes en España y América Latina, se pudo constatar que la prevalencia de **Burnout** en este tipo de profesionales fue: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador.

Al investigar sobre el tema del “**Burnout en Profesionales de la Salud y los Factores Relacionados con este fenómeno en el Hospital Luis G. Dávila**”, debo manifestar que este Hospital cuenta con 45 médicos y 70 enfermeras, de los cuales,

mediante un acercamiento con el Dr. Hernán Yépez – Director de esta casa de Salud, se solicito la autorización correspondiente para la aplicación de los test proporcionados por la Universidad Técnica Particular de Loja, informando que los resultados obtenidos servirían únicamente con fines académicos investigativos, obteniendo la autorización y la nómina de 15 médicos y 15 enfermeras, sujetos a la aplicación de los test para determinar si existe o no la presencia de Burnout en los profesionales de esta área de Salud; el presente estudio es Observacional – Transversal y las características están determinadas en términos cuantitativos, no experimentales, exploratorios y descriptivos.

Considerando la parte textual de la guía en donde dice: **“Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgo psicosociales entre ellos el Burnout en el diseño del perfil del puesto, en donde la Universidad Técnica Particular de Loja quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del Burnout en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país”**; al respecto por los escasos datos encontrados en Internet, se considera de mucha importancia la investigación realizada por los estudiantes de la Facultad de Psicología respecto a este tema; ya que no se determinan los indicadores de riesgo, ni se publican estudios o estadísticas de la presencia de esta enfermedad en las casas de Salud de nuestro país, siendo de vital importancia iniciar con datos reales que determinen los índices y las causas reales de este síndrome.

En el caso del Hospital “Luis G. Dávila” de la ciudad de Tulcán, se determina que es la primera vez que aplica estos test; al detectarse 4 casos de los 30 estudiados con presencia de Burnout, se establece que el porcentaje es mínimo de la muestra realizada, equivalente al 27% del total del personal médico, y; el 10.5% de las enfermeras, haciéndose necesario evaluar por lo menos al 50% de la población estudiada, a fin de determinar las tasas de incidencia de esta enfermedad; lo que nos permitirá obtener datos reales que en un futuro inmediato y a través de las instancias pertinentes como son: Ministerio de Salud Pública, Ministerio de Relaciones Laborales y Ministerio de Protección Social, se logren establecer mecanismos institucionales integrales sobre la base de un conocimiento más objetivo, para estructurar programas de atención y prevención de este trastorno para los trabajadores de la salud a nivel nacional.

MARCO TEORICO

CAPITULO I : Conceptualización del Burnout

1.1. Definición del Burnout

Una definición clásica de Burnout es la que ofrece Maslach (1993) quien lo define como: “un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal que puede ocurrir en individuos normales que trabajan con personas de alguna manera. El **agotamiento emocional** se refiere a los sentimientos de no poder dar más de sí a nivel emocional y a una disminución de los propios recursos emocionales. La **despersonalización** se refiere a una respuesta de distancia negativa, sentimientos y conductas cínicas respecto a otras personas, que son normalmente los usuarios del servicio o del cuidado. La reducida **realización personal** se refiere a la disminución en los propios sentimientos de competencia y logro en el trabajo”.

El Burnout se define como un síndrome por destres interpersonal crónico en el ejercicio laboral. Esta caracterizado por sentimientos de auto eficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga, vinculado a situaciones crónicas de demandas tanto vividas como excesivas en el ámbito laboral (Kahill, 1988)

1.2. Modelos Explicativos del Burnout

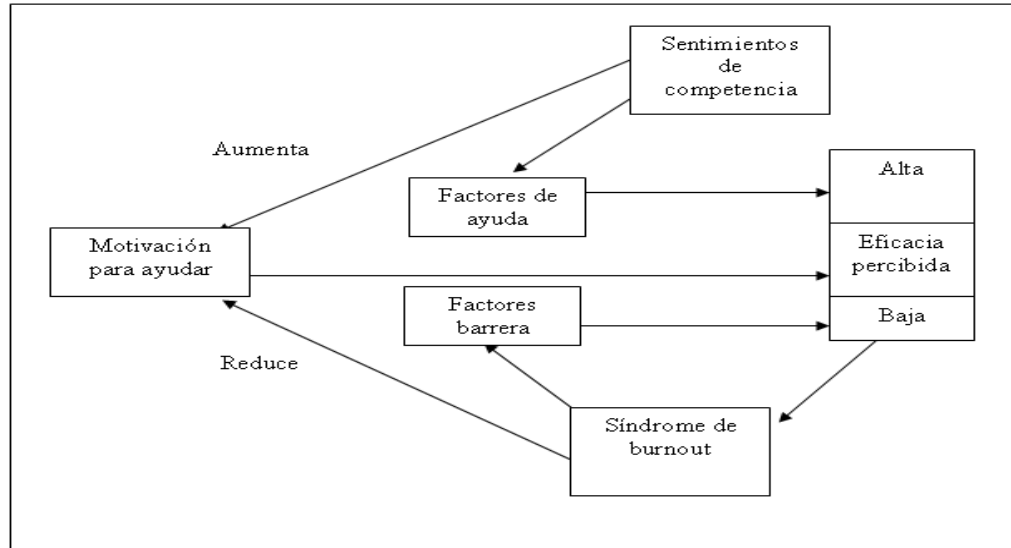
Los principales Modelos Explicativos del Burnout han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del síndrome permitiendo estudiarlo desde diferentes aspectos y elaborando diferentes hipótesis. Desde esta perspectiva se han elaborado diferentes modelos para su interpretación, así:

1.2.1. Modelo diseñado desde la teoría cognoscitiva del yo.

Desde este modelo, existe una serie de procesos de asociación mediante representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas. Se han considerado los siguientes modelos:

1.2.1.1 Modelo de Harrison

Figura No. 1 : Modelo de Harrison

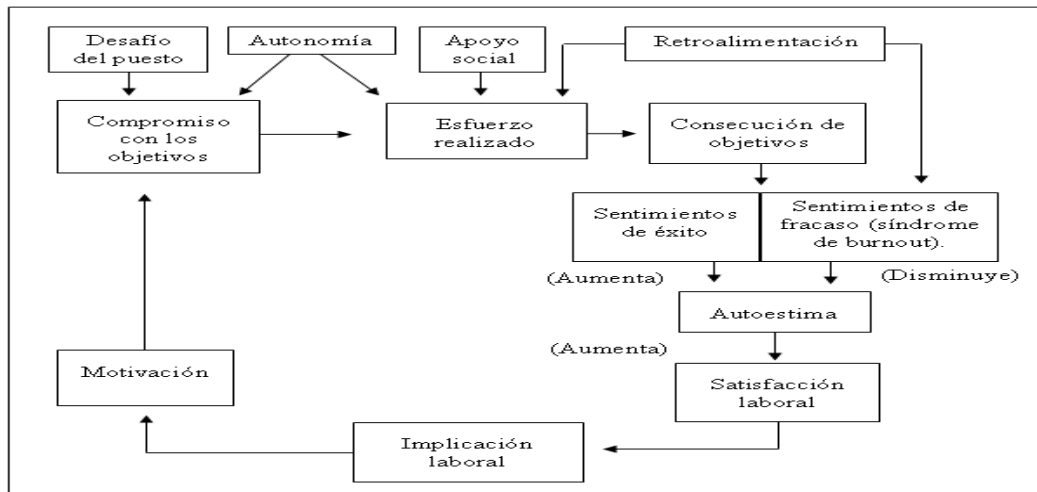


AUTOR : Fernando Mansilla Izquierdo

FUENTE : Recuperado en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.2.1.2 Modelo de Cherniss

Figura No. 2: Modelo de Cherniss

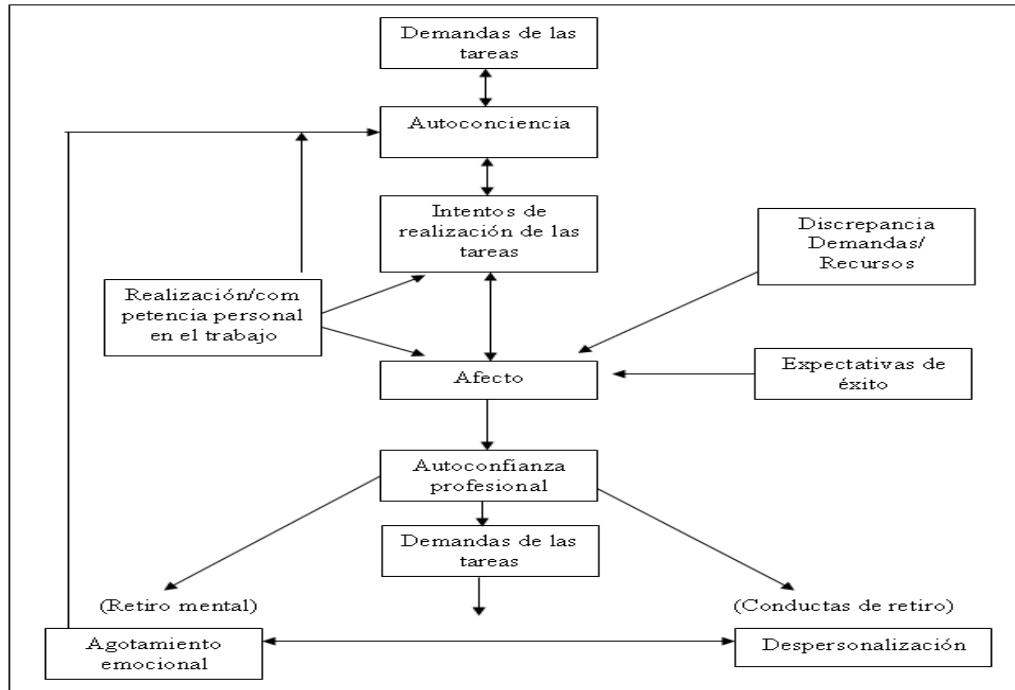


AUTOR : Fernando Mansilla Izquierdo

FUENTE : Recuperado en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.2.1.3 Modelo de Thompson, Page y Cooper

Figura No. 3: Modelo de Thompson, Page y Cooper



AUTOR : Fernando Mansilla Izquierdo

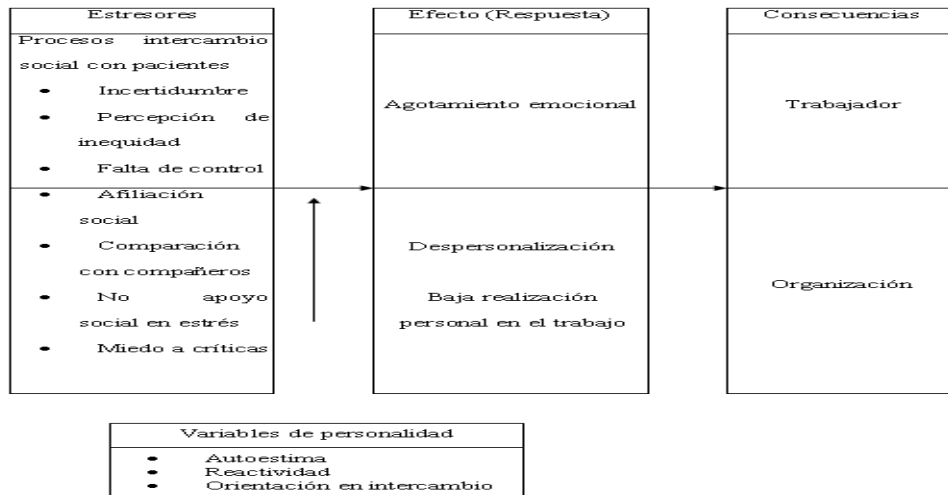
FUENTE : Recuperado en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.2.2. Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social.

Estos modelos parten de la Teoría de Seguridad y de la Teoría de la Conservación de Recursos. Proponen que el Síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben y no son capaces de resolver los problemas, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo. Los modelos elaborados desde este enfoque son:

1.2.2.1 Modelo de Comparación Social de Bunk y Schaufeli

Figura No. 4 : Modelo de Comparación Social de Bunk y Schaufeli



AUTOR : Fernando Mansilla Izquierdo

FUENTE : Recuperado en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.2.2.2 Modelo de Conservación de recursos de Hobfoll y Fredy

Hobfoll y Fredy (1993) afirman que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional; los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos. La pérdida de recursos se considera más importante que la ganancia para el desarrollo del síndrome de Burnout.

Si los trabajadores consiguen evitar la pérdida de recursos o aumentar los que ya posee, cambiarán sus percepciones y cogniciones de manera positiva y, consecuentemente, disminuirán los niveles de estrés percibido y del síndrome de Burnout.

1.2.3. Modelos diseñados desde la teoría organizacional.

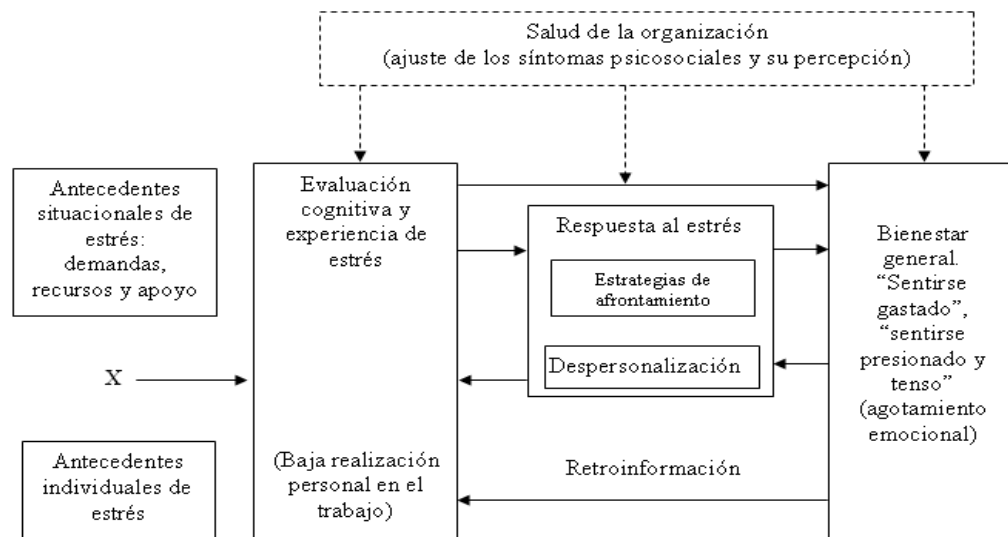
Todos ellos incluyen el Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral. Ponen énfasis en la importancia de los estresores del contacto de la organización (estructura y clima organizacional, disfunciones, apoyo social percibido, etc) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Aquí encontramos los siguientes modelos:

1.2.3.1 Modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter

Para Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), el síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. El estrés laboral, en relación al síndrome de burnout, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo).

1.2.3.2 Modelo de Cox, Kuk y Leiter

Figura No. 5 : Modelo de Cox, Kuk y Leiter

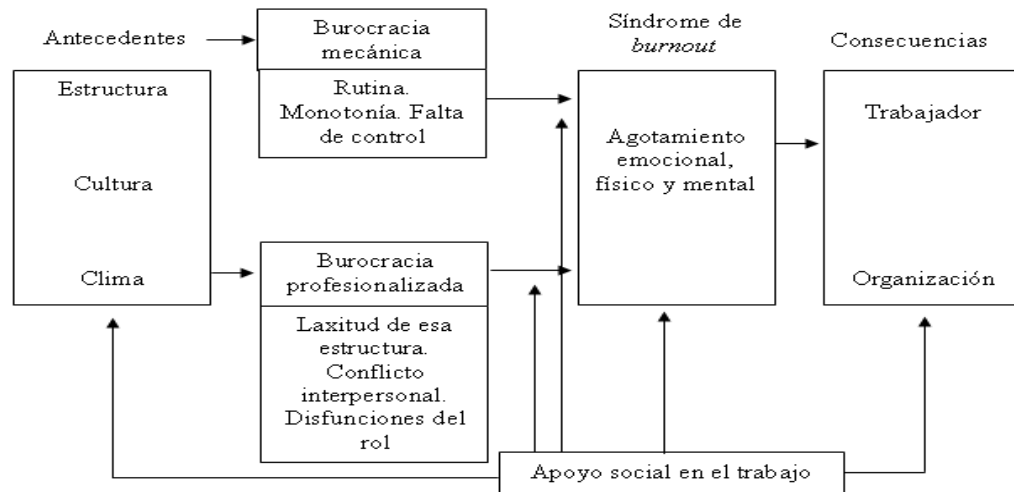


AUTOR : Fernando Mansilla Izquierdo

FUENTE : Recuperado en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.2.3.3 Modelo de Winnubst

Figura No. 6: Modelo de Winnubst



AUTOR : Fernando Mansilla Izquierdo

FUENTE : Recuperado en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.2.4. Modelo Maslach y Leiter

Este modelo es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social.

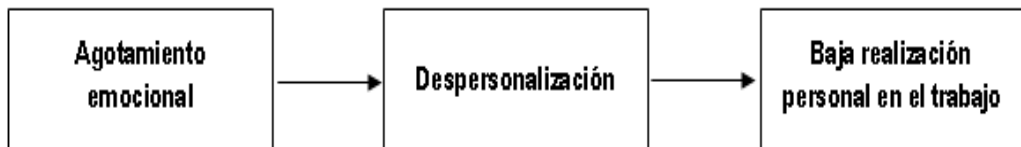
El modelo incluye tres componentes:

1. La experiencia de estrés
2. La evaluación de los otros
3. La evaluación de uno mismo

Este es un síndrome psicológico constituido por el **agotamiento emocional** (componente de estrés que implica una capacidad para obtener de uno mismo los suficientes recursos emocionales necesarios para afrontar el trabajo); la **despersonalización** (este concepto está asociado a la evaluación de los demás en la que afloran sentimientos negativos de distanciamiento y cinismo con respecto a los clientes) y

una **baja realización personal** (aspecto relacionado con la evaluación negativa de uno mismo y con sentimientos de insatisfacción sobre el resultado de su trabajo). Lo primero que aparece en el sujeto es el cansancio emocional dando paso posteriormente a la despersonalización y a la baja realización personal.

Figura No. 7 : Modelo de Maslach y Leiter



AUTOR : Fernando Mansilla Izquierdo

FUENTE : Recuperado en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml

1.3. Delimitación histórica del síndrome de Burnout

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”, fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger en 1973. A partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Se observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas. Freudenberger describe el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.

El síndrome de Burnout ha pasado una época de ferviente interés a partir de los trabajos de C. Maslach (1976), quien lo dio a conocer en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) refiriéndose a una condición cada vez más frecuente en los trabajadores de servicios de salud.

El síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud producido por la relación profesional-paciente y por la relación profesional- organización.

1.4. Poblaciones propensas al Burnout

Los estudios iniciales del Síndrome de Burnout lo identifican como un estado de alteración emocional que afecta a trabajadores cuyas profesiones demandan de ellos ayuda continua a otras personas o contacto íntimo con exigencias emocionales en la relación, tales como: médicos, enfermeras, psicólogos, maestros, policías, funcionarios de prisiones, asistentes sociales, abogados, jueces, etc.; en sentido general, personal de servicios humanos. No fue hasta 1974 en que aparece enunciado el síndrome como tal por el psiquiatra Herbert Freudenberger, el cual atendía a toxicómanos en un hospital de Nueva York y observó cómo muchos de sus colegas jóvenes y con elevadas expectativas en su trabajo, al cabo del año de trabajo sufrían una gran desmotivación y una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, así como síntomas de ansiedad y depresión. En los profesionales sanitarios, el síndrome de desgaste profesional está relacionado principalmente con la insatisfacción laboral, la falta de reconocimiento social, un menor control sobre el trabajo, la conflictividad en las relaciones interpersonales, la auto percepción de baja remuneración y el hecho de cuidar pacientes con muchas demandas (Gil-Monte, Carretero y Roldán, 2005).

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias; entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.

- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobre implicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.

1.5. Fases y Desarrollo del Síndrome de Burnout

El Burnout es un síndrome de fatiga emocional que se da entre individuos que en su trabajo han de estar interactuando constantemente con otras personas. Es muy común en aquellas profesiones en las que los sujetos que interactúan con el trabajador, precisan cuidados y atenciones especiales. Es el caso de los profesionales en el área de salud. En nuestra mano está, como profesionales de la prevención, detectar los síntomas identificativos de riesgo psicosocial, para poder tomar medidas preventivas y paliar la situación.

El Síndrome de Burnout o síndrome de “estar quemado”, se desarrolla **en 3 fases evolutivas:**

__ En la primera, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos.

__ En la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica.

__ En la tercera, se suceden una serie de cambios conductuales: evitación de tareas estresantes, alejamiento personal y tendencia a tratar a los compañeros de forma distanciada, rutinaria y mecánica, anteponiendo la gratificación de las propias necesidades al servicio que presta.

1.6. Características, causas y consecuencias del Burnout.

1.6.1. Características:

El Burnout se ha hecho muy popular a pesar de que no existe una claridad y precisión conceptual, se ha convertido en un cajón de sastre. No obstante, se puede reconocer una serie de características comunes como son:

1. En el Burnout predominan los síntomas disfóricos y sobre todo, el agotamiento emocional.
2. Se destacan las alteraciones de conducta (conducta anormal del modelo asistencial o despersonalización de la relación con el cliente).
3. Se relaciona con síntomas físicos, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son: las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida.
4. Se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente "normales", y; por último:
5. Se manifiesta por un menor rendimiento laboral y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

1.6.2. Causas:

Podemos considerar como causas importantes en los profesionales médicos del área de salud pública las siguientes:

- a) La gravedad de los enfermos, relacionada con la edad de los mismos: no es lo mismo tratar a enfermos crónicos o terminales que a enfermos de menor gravedad, y además si los primeros son jóvenes la carga de trabajo es mayor.
- b) La complejidad de las técnicas médicas.
- c) Turnos rotarios, nocturnidad.

- d) Los impedimentos por parte de la Dirección o Supervisores para que pueda desarrollar su trabajo.
- e) La falta de participación en la toma de decisiones.
- f) La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
- g) La ambigüedad de rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
- h) La falta de equidad o justicia organizacional.
- i) La imposibilidad de poder progresar/ascender en el trabajo.
- j) Las relaciones conflictivas con compañeros o superiores.

1.6.3. Consecuencias:

Se manifiesta en los siguientes aspectos:

A nivel Psicosomático:

- Fatiga crónica.
- Frecuentes dolores de cabeza.
- Alteración del sueño.
- Ulceras gastrointestinales.
- Pérdida de peso.
- Dolores musculares, etc.

A nivel Conductual:

- Absentismo laboral.
- Abuso de drogas (café, tabaco, fármacos, etc.)
- Incapacidad para vivir de forma relajada.
- Superficialidad en el contacto con los demás.
- Aumento de agresividad y conductas violentas.

A nivel emocional:

- Distanciamiento afectivo como forma de protección del yo.
- Aburrimiento y actitud cínica.
- Impaciencia e irritabilidad
- Sentimiento de omnipotencia.
- Desorientación.
- Incapacidad para la concentración.
- Tristeza.

En el ambiente laboral:

- Detrimiento de la capacidad de trabajo.
- Detrimiento de la calidad de los servicios que se presta al paciente.
- Aumento de interacciones hostiles.
- Comunicaciones deficientes.

1.7. Prevención y Tratamiento del Síndrome del Burnout

Prevención y tratamiento:

La prevención y tratamiento se aborda mejor desde una triple perspectiva:

a) El trabajo personal: No se puede plantear el manejo del Burnout sin abordar una modificación propia de actitudes y aptitudes del trabajador. Se debe tener un proceso adaptativo entre las expectativas iniciales del trabajador, con la realidad que se le impone, marcándole objetivos más realistas, que permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo.

Recomendaciones preventivas:

- Realizar actividades extra laborales (deporte, cine, lectura, etc.)
- Intensificar las relaciones personales, familiares y sociales.
- En caso de dudar de que se necesite ayuda profesional, conviene solicitarla.

b) El equipo: La mejor manera de prevenir este síndrome es interviniendo en el ambiente de trabajo. El trabajo en equipo evita muchos problemas.

Recomendaciones preventivas:

- Facilitar espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral.
- Fomentar la colaboración y la no competitividad.
- Formación de grupos de reflexión para tratar periódicamente las relaciones: tarea-paciente, aspectos emocionales y relaciones interpersonales.

c) Organización-empresa: Existen tres conceptos clave para la prevención del *Burnout*: formación, organización y tiempo.

Recomendaciones preventivas:

- Minimizar imprevistos: organizar las posibles situaciones de urgencia, de tal forma que no interfiera en el trabajo previsto.
- Minimizar y facilitar la burocracia.
- Formación y reuniones acorde a las necesidades y sin afectar el tiempo de las personas con un “desgaste más”.
- Acortar distancias entre los niveles organizacionales.
- Flexibilidad horaria.
- Apoyo a la formación.
- Aumentar el grado de independencia de los trabajadores.

CAPITULO II : Conceptualización de las variables de la investigación.

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

Uno de los aspectos fundamentales dentro de la sociedad es el trabajo, que según Rodríguez, R. (2005), es la fuente esencial de la calidad de vida del hombre y, a la vez, un elemento intrínsecamente relevante dentro de ésta. No hay calidad de vida sin trabajo: las necesidades materiales y gran parte de las espirituales solo pueden satisfacerse con el trabajo. El trabajo no puede verse sólo como un medio para producir o prestar un servicio como un medio de vida, es mucho más que eso: es un medio de transformación del hombre, de autorrealización, de creación de valores, en resumen, de calidad de vida.

El Síndrome de estar quemado o Burnout, presenta características del entorno laboral y características personales, este síndrome, no debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surge de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos.

El Burnout, es un tipo particular de mecanismos de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado en la relación profesional-cliente, y en la relación profesional-organización.

Se han identificado una serie de variables antecedentes del síndrome de quemarse, que son importantes de considerar, como las del entorno social, nivel organizacional, interpersonal e individual específicas de la profesión.

2.1.1 Variables de riesgo y protectoras

El síndrome de quemarse es considerado un paso intermedio entre el estrés consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo; así como consecuencias para la organización como deterioro en el rendimiento laboral, disminución en la calidad del

servicio, abstencionismo, rotación no deseada, abandono, etc. Entre las variables de riesgo y protectoras tenemos:

a) Variables del entorno social.- Incluye la rapidez y la frecuencia con que ocurren cambios en los programas de estudio y formación de profesionales, cambios en los perfiles demográficos de la población, cambios en los roles, y aumento de las demandas de servicio. Este tipo de variables aumentan el estrés laboral y los sentimientos de quemarse ya que se acompañan de la falta de preparación y formación, la incompetencia de la administración pública para resolver los problemas y la formación de expectativas irreales.

b) Variables del nivel organizacional.- Los profesionales que manifiestan con más frecuencia en el síndrome de quemarse, son quienes desarrollan su trabajo en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada, en donde los problemas más frecuentes son de coordinación entre los miembros, la incompetencia de los profesionales, problemas de libertad de acción, la incorporación a su estructura genera además consecuencias que han sido identificadas como antecedentes del síndrome de quemarse por el trabajo. Entre ellas cabe citar la ambigüedad, el conflicto y la sobrecarga de rol, baja autoestima y rápidos cambios tecnológicos.

c) Variables de las relaciones interpersonales.- Las relaciones con los usuarios y con los compañeros de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos. Así mismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros, supervisores, superiores y/o personal administrativo, la identificación del profesional con los usuarios y los conflictos interpersonales con las personas a las que se atiende o sus familiares, son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo.

d) Variables del individuo.- Las características de personalidad son una variable a considerar en relación a la intensidad y frecuencia de los sentimientos de quemarse. La existencia de sentimientos de altruismo e idealismo acentuados por la forma en que estos profesionales abordan su profesión podría facilitar el proceso de quemarse.

Según Bandura (1987), un mecanismo para actuar de forma agresiva y sin auto condenarse contra un estímulo aversivo, es la deshumanización o despersonalización.

2.1.2 Motivación y satisfacción laboral

Según Pinder (1990), la motivación puede definirse como: “El conjunto de fuerzas energéticas que se originan dentro y más allá del individuo, para iniciar la conducta relacionada con el trabajo y para determinar su forma, dirección, intensidad y duración”; este concepto se complementa con tres componentes notables, enmarcados en: **Primero: La dirección:** que se refiere a la elección de actividades que hacemos al invertir esfuerzo; y se dirige nuestra energía. **Segundo: La Intensidad:** Implica que tenemos el potencial para ejercer varios niveles de esfuerzo, dependiendo de cuánto necesitemos gastar. **Tercero: La Duración:** Refleja la persistencia de la motivación en el tiempo, en oposición a una elección de una sola ocasión entre cursos de acción (dirección) o niveles altos de esfuerzo dirigidos a una sola tarea (intensidad).

Debemos tomar en cuenta cinco factores críticos en la motivación:

1. **Conducta:** Es la acción de la cual inferimos en la motivación.
2. **Desempeño:** Supone alguna evaluación del comportamiento.
3. **Capacidad:** Puede representarse en la inteligencia o la coordinación física.
4. **Limitaciones situacionales:** Son factores y oportunidades ambientales que facilitan o retardan el comportamiento.
5. **Motivación:** Es el determinante de la conducta. Se puede pensar en que la capacidad refleja lo que puede hacer, la motivación es lo que **hará** (dada la capacidad) y las limitaciones situacionales son las que le **permiten hacer**.

La teoría de Maslow tiene varias implicaciones para el comportamiento en el trabajo. Cuando el sueldo y la seguridad son bajos, los empleados se enfocarán en aquellos aspectos del trabajo necesario, cuando estos mejoran, su rendimiento se optimiza.

De acuerdo con Maslow (1987), describiremos mediante la siguiente figura la Teoría de la Jerarquía de Necesidades en la Motivación, así:

Figura No. 8 : Jerarquía de Necesidades en la Motivación, según Maslow



Fuente: Adaptado de Motivation and Personality (3ª. Ed.) de A.H. Maslow, 1987, Nueva York: Harper & Row

2.1.3 Investigaciones realizadas.

En cuanto al papel que desempeñan las variables socio demográficas en el Burnout, podemos determinar que según las muestras aplicadas, que son la selección de 30 personas en el área de la salud entre médicos y enfermeras del Hospital "Luis G. Dávila" de la ciudad de Tulcán, y luego de haber obtenido los resultados después de la aplicación del Cuestionario **Socio demográfico Laboral**, se determina que los resultados obtenidos permiten determinar la influencia de variables que ocasionan el Burnout en ésta área, y; su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja.

Respecto a la edad, se determina que la edad mínima es de 25 años y la máxima de 61 años, que existe un período de sensibilización en el que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome y que correspondería a los primeros años de ejercicio profesional.

Sobre los años de experiencia profesional, Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos con mayor nivel de Burnout acabarían por abandonar la profesión. En cuanto al sexo, las mujeres serían el grupo más vulnerable por

la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar¹⁹⁻²⁰; no obstante, en el caso del presente estudio, no se ha evidenciado esta relación; en cuanto al estado civil se determina que un 90% son casados, el 8% son solteros, un 2% viven en Unión Libre, y; el 1% de la muestra son separados, considerando que de la muestra: 21 profesionales son mujeres, y de las cuales son médicos, profesionales muy jóvenes con buen ánimo y predisposición de servicio, su tiempo de servicio es completo, están rodeados de otras personas, existen riesgos de fallecimientos pero son mínimos, tienen buena acogida por parte de sus pacientes, su salario se establece en un nivel aceptable, no se determinan niveles de capacitación, los niveles de especialidad son mínimos, los cuadros de valoración de pacientes, familiares de pacientes y compañeros se encuentran en un nivel aceptable, así como también los niveles de satisfacción tanto personal, como institucional y profesional determinan buenos grados de aceptación, por lo que el Burnout se presenta en una escala mínima de un 3% considerando el total de la muestra aplicada en el presente trabajo, no con ello podemos dejar de planificar estrategias de intervención que permitan el incremento del Burnout en esta clase de médicos profesionales, más bien el propósito del presente trabajo, es sugerir a sus directivos se tomen las medidas pertinentes para que este porcentaje no se incremente, debiendo conservar un buen ambiente de trabajo, el respaldo de sus directores y la aceptación y respaldo tanto de sus familiares como de los pacientes que acuden diariamente a esta casa de salud.

2.2 El Burnout y la relación con la salud.

2.2.1 Definiciones de Salud.

“La salud es un bien que consiste en proporción y en armonía de cosas diferentes, y es como música concertada que hacen entre sí los humores del cuerpo” Fray Luis de León.

La palabra SALUD, viene del latín *salus*, que significa “ Superar una dificultad” y *salvatio*, “estar en condiciones de superar un obstáculo”.

Al final de la Segunda Guerra Mundial, surge una comprensión moderna de la salud, tal como se consagra en la Carta de Constitución de la Organización Mundial de la Salud

(1946): "La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

René Dubos (1959) expresa lo que para él significa salud: "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".

Para Herbert L. Dunn (1959), "Salud es: Un alto nivel de bienestar, un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Requiere que el individuo mantenga un continuo balance y dirección con propósito dentro del ambiente en que está funcionado.

OMS 1997:"Salud es aquello a conseguir para que todos los habitantes puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven".

2.2.2 Síntomas Somáticos

La palabra Somático, proviene de la palabra griega, "soma", que significa cuerpo. Los síntomas somáticos son aquéllos que se aprecian en el cuerpo, por ejemplo: un dolor de cabeza, una taquicardia, un vómito o un mareo, etc.

Los síntomas somáticos son extremadamente comunes. Aproximadamente el 60% de la población normal experimenta por lo menos un síntoma somático en una semana determinada. Se han descrito diversos mecanismos por los que pueden producirse estos síntomas en ausencia de enfermedad física o lesión estructural persistente de los tejidos.

En la actualidad, la medicina moderna se inclina a pensar que todas las dolencias físicas en cierto grado "psicosomáticas", en el sentido de que el estrés, la ansiedad y varios estados de activación emocional alteran la química corporal, el funcionamiento de los órganos corporales y el sistema inmunológico del cuerpo (que es vital en el combate de las infecciones). Consideramos que el estrés y las presiones psicológicas pueden alterar la

conducta hacia la salud, lo que incluye acciones positivas, como llevar una dieta balanceada y hacer ejercicio, y actividades negativas como: fumar cigarrillos y consumir alcohol en exceso, por lo que se considera que las enfermedades físicas y mentales son “**enfermedades del estilo de vida**” y que sus causas obedecen a una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales.

2.2.3 Ansiedad e Insomnio

La elevada prevalencia del insomnio y los trastornos de ansiedad, el rápido alivio de los síntomas que se consigue con la medicación y la tendencia a la cronicidad de los tratamientos, son algunos de los factores que pueden explicar que los hipnóticos y tranquilizantes representan uno de los medicamentos más prescritos en el mercado; sin embargo, el consumo de estos fármacos no está exento de riesgos ya que existe un desconocimiento en la población en general, acerca de las consecuencias de su uso incorrecto.

En muchas ocasiones las situaciones de insomnio y ansiedad pueden ser abordadas con medidas no farmacológicas (físicas, psicológicas o sociales) y si estas no resultan suficientes podemos acudir a los medicamentos farmacológicos, debiendo tener presente que es la ansiedad y el insomnio, para poder determinar las causas y sus posibles tratamientos. Así decimos que:

La Ansiedad: En la teoría de Horney, es la reacción del individuo a amenazas reales o imaginarias como una poderosa fuerza motivacional. En la niñez, la ansiedad surge porque los niños dependen de los adultos para su supervivencia. Inseguros acerca de recibir el cuidado y la protección continuos, los niños desarrollan protecciones internas, o defensas, que proporcionan satisfacción y seguridad. Experimentan más ansiedad cuando esas defensas son amenazadas. De acuerdo con Horney (1937), los adultos ansiosos adoptan una de tres estrategias de afrontamiento, o **tendencias neuróticas**, que los ayudan a manejar los problemas emocionales y a garantizar la seguridad, aunque a costa de la independencia personal: acercarse a la gente (**sumisión**), atacar a la gente (**agresión**) y alejarse de la gente (**desapego**).

El Insomnio: Los episodios de insomnio surgen de eventos estresantes y son temporales; el insomnio es parte de un problema psicológico mayor como la depresión, por lo que su cura requiere de tratamiento del trastorno subyacente; las investigaciones indican que las dificultades interpersonales, como la soledad, contribuyen a la dificultad para dormir (Cacioppo et al., 2002).

Debemos tener en cuenta que las variables relacionadas con un grado elevado de ansiedad (los rasgos: poca estabilidad, vigilancia y tensión o la dimensión ansiedad) se muestran asociadas positivamente al cansancio emocional y a la despersonalización. Es importante destacar la correlación entre la dimensión ansiedad y niveles elevados de Burnout.

2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria

Según el DSM IV, la Disfunción social/laboral: Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio de la alteración, una o más áreas importantes de actividad, como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están claramente por debajo del nivel previo al inicio del trastorno (o, cuando el inicio es en la infancia o adolescencia, fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperable de rendimiento interpersonal, académico o laboral).

La exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo está relacionada con el deterioro de la salud; teniendo en cuenta al personal sanitario como grupo de riesgo por las situaciones estresantes a las que se asocian se ha enumerado una serie de alteraciones que son fruto de este síndrome y que pueden traer como consecuencias que:

- Inciden directamente en la salud física (alteraciones físicas),
- Inciden en la salud psicológica (alteraciones emocionales), y;
- Relacionadas con el ámbito laboral (alteraciones conductuales).

Los síntomas defensivos utilizados por las personas en estas circunstancias, como la negación de sus emociones para defenderse contra una necesidad que le es

desagradable y evitación de la experiencia negativa con supresión constante de la información y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas.

2.2.5 Tipos de Depresión

<u>TERMINOLOGÍA ANTIGUA</u>	<u>TERMINOLOGÍA MODERNA</u>
<p>Depresión endógena: En las antiguas clasificaciones causales, se llamaba así a las depresiones “sin causa externa” en las que no había ningún desencadenante en la vida del paciente que pudiera explicar el estado de ánimo. Actualmente no se suele utilizar.</p>	<p>Depresión mayor: Se habla de depresión “mayor” cuando los síntomas son muy intensos e incapacitan gravemente a la persona.</p>
<p>Depresión exógena: En contraposición a la anterior, cuando existían factores “externos”, como la muerte de un familiar o un problema en el entorno inmediato del paciente que desencadenaba el episodio. Hoy en día se cree que no importa tanto el mecanismo por el que aparece la depresión o que al menos eso no sirve para determinar el tipo de tratamiento.</p>	<p>Distimia (Depresión Menor): Se llama así a depresiones de baja intensidad pero de muy larga duración. Es una “pequeña depresión” a largo plazo. En estos casos es muy importante el diagnóstico diferencial con los llamados trastornos de la personalidad y los trastornos de ansiedad.</p>
	<p>Depresión unipolar: Depresión en una persona que nunca ha tenido un episodio de euforia (manía o hipomanía) en contraposición a la depresión bipolar que se explica a continuación.</p> <p>Depresión bipolar: Depresión en el contexto de un <u>trastorno bipolar</u>. Su</p>

	tratamiento es distinto.
	Depresión postparto: Depresión que aparece en las mujeres tras el parto o en los últimos días del embarazo. Está en relación con los cambios hormonales que suceden en esos momentos.

ELABORADO POR: Susana Landázuri

FUENTE : Recuperado en: <http://www.psicologia2000.com/es/tipos-depresión.html>

2.2.6 Investigaciones realizadas

El presente tema de investigación, permite determinar los factores que influyen en el personal médico y de enfermeras del Hospital “Luis G. Dávila” de la ciudad de Tulcán, entre los que podemos determinar que de 30 muestras, cuatro profesionales médicos denotan Burnout, determinando como principales características para la aparición de este síntoma, el número de pacientes que atienden diariamente, la sobrecarga de trabajo y problemas familiares, que intercalando estos aspectos producen ciertas alteraciones de conducta que perjudican en sí el trato al paciente, mostrando cierto grado de agresividad e intolerancia, bajando su nivel de credibilidad como profesional y el agotamiento físico y mental en esta área de salud. Se puede decir que durante los últimos tiempos existen temas de investigación relacionadas con las áreas de salud laboral, en donde se trata de determinar los índices y los factores que influyen en estas áreas, pero no solamente bastaría detectar el problema, sino más bien buscar alternativas y mecanismos necesarios para que sean tratados.

Los componentes principales de esta dimensión son estabilidad, vigilancia, aprensión y tensión son factores primordiales que afectan las áreas de salud, especialmente a médicos y enfermeras que en los últimos tiempos han ido incrementándose, disminuyendo su nivel de autonomía, su estatus social, aumentando en cambio las presiones laborales y que debido a estos cambios se ha aumentado considerablemente el interés por la evaluación de las percepciones y actitudes de los médicos y enfermeras hacia su trabajo.

Las dependencias de salud pública, así como también otras entidades que tienen a su cargo la atención pública, deben requerir especial atención, para que las tasas de Burnout no se vayan acrecentando; es importante considerar al ser humano, no como una máquina de producción, sino más bien tener siempre presente sus sentimientos, pensamientos y emociones para un mayor sistema de rendimiento dentro de cualquier área donde este se encuentre.

2.3 El Burnout y el afrontamiento

2.3.1 Definición de afrontamiento

Afrontamiento: Respuesta o conjunto de respuestas ante una situación estresante ejecutadas para manejarlas y/o neutralizarlas. Se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital, y restablecer el equilibrio, es decir; para adaptarse a la nueva situación. (Rodríguez, Martín – López-Roig y Pastor, 1990)

Afrontamiento: Es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes. Aunque la puesta en marcha de este proceso no garantiza el éxito del mismo (Fernández-Abascal, 1997).

2.3.2 Teorías de Afrontamiento

El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica.

El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológico a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar.

El modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y,

por tanto, reducen el estrés" incluido el Burnout (Lazarus & Folkman, 1986; 141). Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger (1963), quien identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento. A partir del análisis de estos dos modelos tradicionales, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. Así pues, el afrontamiento sería un proceso y no un rasgo.

2.3.3 Estrategias de Afrontamiento.

Una característica importante de la conceptualización de Lazarus y Folkman (1986) es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que resaltan: **las englobadas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional.**

1. El tipo de **afrontamiento dirigido al problema** engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: **las que se refieren al entorno y las que se refieren al sujeto.**
 - a. **Las estrategias que se refieren al entorno** tratan de solucionar el problema definiéndolo, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno para resolverlo, tratando de vencer obstáculos, buscar recursos y utilizar procedimientos
 - b. **Las estrategias que se refieren al sujeto** incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollo de nuevas pautas de conductas.

2. **El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional** pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.
3. También existen las estrategias de **afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian el significado de la situación**, por ejemplo, la atención selectiva.

En síntesis, las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones tienen mayor probabilidad de aparecer cuando, según la evaluación del sujeto, no se puede modificar las condiciones amenazantes del ambiente; y cuando el sujeto evalúa que sí se pueden cambiar, entonces, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema.

2.3.4 Investigaciones realizadas.

Actualmente, no existen muchas investigaciones donde se consideren variables tanto ambientales como de personalidad en el estudio del Burnout como proceso. La presente investigación plantea dos objetivos centrales: evaluar el nivel de significación de la ansiedad y las estrategias de afrontamiento en el proceso del Burnout y clarificar la relación empírica entre ellas. En una muestra de 30 profesionales entre médicos y enfermeras del Hospital "Luis G. Dávila" de la ciudad de Tulcán, se les administro el cuestionario de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), el mismo que permite evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles, permitiendo evaluar el afrontamiento activo, planificación, auto-distractores, el apoyo instrumental, emocional, la reinterpretación positiva, el grado de aceptación o negación, la religión, la autoinculpción, el desahogo, la desconexión conductual, el uso de sustancias y el humor del profesional en el ejercicio de sus actividades cotidianas; pues los resultados obtenidos, determinan un 90% de aspectos positivos de afrontamiento en cada una de las áreas ya indicadas, son pocos los profesionales en donde se puede determinar que

padecen de el síndrome de Burnout, para lo cual deberá considerar las observaciones necesarias, para que la Institución tome las medidas pertinentes para que se agrave su salud, y más bien sean las medidas precautelatorias las que permitan que estos profesionales salgan adelante.

2.4 El Burnout y la relación con el apoyo social.

2.4.1 Definición de apoyo social.

El apoyo social se define como el entramado de relaciones y transacciones sociales cuya función es complementar los recursos personales para permitir el afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad.

Se entiende por apoyo social al trabajo en común, desarrollado por la organización, en donde cumpliendo con los métodos y procedimientos de trabajo, se logran buenas relaciones entre los trabajadores, directivos y personas que reciben los servicios que brindan las instituciones; logrando unas buenas relaciones laborales y mejorando las condiciones ambientales (agentes físicos, químicos y biológicos), con la organización, los procedimientos y métodos de trabajo, cumpliendo con los contenido del trabajo y con la realización de las tareas, evitando afectar a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos, tanto la salud de los trabajador como al desempeño de su labor.

2.4.2 Modelos Explicativos del Apoyo Social.

- 1. Modelos Organizacionales:** Énfasis en los **Estresores del Contexto Laboral** (estructura organizacional, clima, estresores de rol, apoyo social...)
- 2. Perspectiva Psicoanalítica:** Énfasis en las **Variables Individuales y Rasgos de Personalidad.**

3. **Modelos Sociales:** Énfasis en las **VARIABLES COGNITIVAS** (creencias, autoconcepto, auto eficacia)
4. **Modelos Interaccionistas:** La aparición del Burnout se ve facilitada por **la interacción de los distintos tipos de variables** (Gil-Monte y Peiró, 2000).

2.4.3 Apoyo Social Percibido.

El apoyo social percibido, entendido como la valoración cognitiva de estar conectado favorablemente a otros, (Gómez, Pérez y Vila 2001) ha demostrado ser más importante y tener más impacto sobre la salud y bienestar que el apoyo social que en efecto se percibe (conductas de apoyo, ser escuchado) El apoyo percibido, influye de manera favorable en la adaptación emocional de los pacientes que guardan relación con los niveles menores de depresión y ansiedad, y que a su vez pueden incidir favorablemente en su experiencia de dolor como ya se ha comentado.

El apoyo social percibido, conceptuado en términos cognitivos como la percepción de que se es amado y estimado por los demás, supone una percepción que promueve la salud, alivia el impacto de las enfermedades crónicas, afecta benéficamente la salud integral del paciente (Gómez y Cols ., 2001), facilita su integración social, fomenta el bienestar psicológico, disminuye la susceptibilidad a la enfermedad, promoviendo conductas saludables y promueve el grado de adaptación a un estímulo estresante.

2.4.4 Apoyo Social Estructural.

Los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad juegan un papel importante, por lo que la mayoría de la comunicación es vertical. El apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental. Sin embargo, en las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo y la dirección son más importantes, y el flujo de comunicación horizontal es mayor que el de la comunicación vertical. El apoyo social

estructural, en las burocracias profesionalizadas es, en mayor medida, de tipo emocional e informal.

La red social hace referencia a las características estructurales de las relaciones sociales, mientras que el concepto de apoyo social hace referencia a las funciones que desempeña esa red y a sus posibles efectos en el bienestar individual. Los cambios en la estructura y las funciones de apoyo de las redes sociales pueden modificarse mediante la alteración de políticas, normas, definiciones de rol o la modificación del contexto físico y de otras variables macro sistemáticas, y finalmente en el nivel comunitario, las intervenciones como objetivo la promoción de la confianza en las fuentes informales de apoyo y estimular la expresión del apoyo social en la vida cotidiana mediante campañas de sensibilización y educación pública.

2.4.5 Investigaciones Realizadas.

Debe ser de suma preocupación y estar en el interés de las organizaciones la mejora de la calidad de vida de sus trabajadores sobre todo lo que se relaciona con la salud y bienestar, puesto que las consecuencias que genera su detrimento repercuten en el individuo, en la organización y en la sociedad en general.

En este aspecto, el Cuestionario MOS de apoyo social, nos permitió determinar el apoyo social, material e instrumental, las relaciones sociales, de ocio y distracción, inclusive las áreas de apoyo efectivo con que cuentan los profesionales de salud (médicos y enfermeras) del Hospital "Luis G. Dávila" de la ciudad de Tulcán, en donde la mayor parte tienen un grado de aceptación positiva, lo que permite tener una seguridad personal en el desarrollo de sus labores, tanto a nivel institucional, como afectivo y de sus pacientes.

2.5 El Burnout y la relación la personalidad.

2.5.1 Definición de Personalidad.

La personalidad puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona.

La personalidad es algo único de cada individuo, y es lo que nos caracteriza como entes independientes y diferentes.

Según **W. Allport**, "Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos."

Esta definición indica que: la personalidad es de naturaleza cambiante: organización dinámica, que es algo interno, no de apariencia externa, que no es exclusivamente mental, ni exclusivamente neurológica sino que su organización exige el funcionamiento de mente y cuerpo como unidad, que los sistemas psicológicos son tendencias determinantes que dirigen y motivan la acción, que la conducta y el pensamiento son característicos de cada individuo, y que en ellos se refleja su adaptación al ambiente, a la vez que son formas de acción sobre él.

El individuo no nace con una personalidad determinada, sino con cierta dotación que condicionará, en parte, el desarrollo posterior. La personalidad se conquista, se hace, se construye. Las condiciones heredadas se complementan y transforman a través de la experiencia, el aprendizaje, la educación, el trabajo, la fuerza de voluntad, la convivencia y el cultivo de la persona.

Podemos decir entonces que la Personalidad es la suma total de todas las disposiciones biológicas, impulsos, instintos hereditarios más las disposiciones adquiridas.

La personalidad es nuestro ser global lo que somos y lo que podemos ser.

2.5.2 Tipos de Personalidad.

TIPO DE PERSONALIDAD	CARACTERISTICAS
1. Paranoide	Proyectan sus propios conflictos y hostilidades hacia otros. Fríos y distantes en sus relaciones.
2. Esquizoide	Introvertidas, ensimismadas y solitarias. Emocionalmente frías y socialmente distantes. La fantasía es un modo de enfrentarse a la realidad.
3. Esquizotípica	Se encuentran social y emocionalmente aisladas, desarrollan pensamientos, percepciones y comunicaciones insólitas. Son supersticiosas.
4. Histriónica	Buscan llamar la atención y se comportan teatralmente, establecen con facilidad relaciones superficiales. Las emociones son exageradas, infantilizadas e ideadas para provocar simpatía o llamar la atención, (son hipocondríacas y exageran sus problemas físicos para conseguir la atención que necesitan).
5. Narcista	Tienen sentido de grandiosidad y creencia exagerada de su propio valor (grandiosidad) esperan ser admiradas y sospechan que otros los envidian, son sensible al fracaso, derrota o crítica, se ponen rabiosas o se deprimen gravemente. Comportamiento ofensivo.
6. Antisocial	La mayor parte son hombres, muestran desprecio insensible por los derechos y los sentimientos de los demás; expresan sus conflictos impulsiva e irresponsablemente, son hostiles y violentas, no sienten remordimientos o culpabilidad.
7. Límite	La mayor parte son mujeres, inestables en la percepción de su propia imagen, humor, comportamiento y relaciones interpersonales (tormentosas e intensas), tienen episodios psicóticos, paranoia y alucinaciones.

8. Evitadora	Son hipersensibles al rechazo, tienen un fuerte deseo de recibir afecto y de ser aceptadas; sufren abiertamente por su aislamiento y falta de habilidad para relacionarse con otros, no responden con cólera al rechazo, son tímidas y retraídas.
9. Dependiente	Transfieren las decisiones y responsabilidades a otros, no tienen confianza en si mismas y manifiestan su inseguridad; son reacias a expresar opiniones, temen ofender a la gente que necesita.
10. Obsesivo-compulsivo	Son formales, fiables, ordenas y metódicas pero a menudo no pueden adaptarse a los cambios, son cautos y analizan todos los aspectos de un problema lo que dificulta la toma de decisiones, no toleran los errores, su responsabilidad les crean ansiedad y muy rara vez encuentran satisfacción con sus logros.
11. Pasiva-agresiva	Son negativistas, tienen como objeto encubierto controlar o castigar a otros, es expresado como demora, ineficiencia y malhumor; en ocasiones aceptan tareas que no desean hacer y luego proceden a minar sutilmente la finalización de estas tareas, este comportamiento sirva para expresar una hostilidad oculta.

ELABORADO POR : Susana Landázuri

FUENTE : Recuperado en: <http://plagios.blogspot.es>

2.5.3 Patrones de conducta.

Los patrones de conducta son normas de carácter específico que sirven de guía para orientar la acción ante circunstancias específicas.

La acción humana, “las maneras de obrar, pensar o sentir”, obedece a unas reglas externas comunes y colectivas, conocidas y aceptadas por la totalidad de la sociedad. La conducta humana es aprendida, es decir, adquirida por transmisión social. Por ello, el ser

humano es producto de los 'grupos' a los que ha pertenecido: país, etnia, clase social, religión, familia, escuela.

Cuando una persona entra en relación con otra, ambas se inspiran en las mismas normas y códigos para poder comprender el significado de las conductas, y si existe la comunicación es porque las palabras, la mímica o los gestos tienen el mismo significado para ambas. Las relaciones entre las personas suponen la 'unanimidad relativa', es decir, el acuerdo de un mínimo de normas comunes. Sin embargo, todo patrón o modelo de conducta es relativo, ya que al ser adquirido puede variar entre dos sociedades diferentes o entre generaciones. Algunos patrones de conducta se olvidan, otros se transforman u otros permanecen adoptando un nuevo significado

2.5.4 Locus de control.

El concepto de locus de control se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella. En términos generales, constituye una expectativa generalizada o una creencia relacionada con la previsibilidad y estructuración del mundo.

Cuando un sujeto percibe que un determinado evento reforzador es contingente con su propia conducta, considera que ejerce influencias importantes sobre el curso de su propia vida, se dice que tiene un control interno del refuerzo; si por el contrario, un sujeto percibe un refuerzo como una consecuencia indirecta de su comportamiento y posee la creencia de que estos acontecimientos están determinados por fuerzas externas fuera de su alcance, tal como la suerte o el destino, se dice entonces que tiene un control externo del refuerzo (Penhall 2001).

Según Manstead y Van Der Pligt (1998)...” se puede considerar que el mayor o menor control conductual percibido está formado por dos elementos, uno interno orientado a la auto-dirección y otro externo, correspondiente a factores ajenos al sujeto, orientados a otras personas, o al azar, y que dificultarían o facilitarían, la realización de la conducta que permite obtener o eliminar premios o castigos. En este sentido el, locus de control es una relación entre la conducta del individuo y las consecuencias de ésta.

Se ha visto que en los seres humanos ocurre lo mismo. Cuando un individuo siente que no puede hacer nada para modificar algún aspecto importante de su medio o predecir un acontecimiento futuro, pierde el deseo y la voluntad de cambiar otros aspectos del ambiente que son factibles de cambio. Esto lleva a una ejecución poco efectiva tanto a nivel cognitivo como conductual y a la aparición de signos de indefensión, depresión y desesperanza (Boggiano 1998; Regehr, Cadell y Jansen 1999, Terry y Hines, 1998); el Locus de Control se refiere a la posibilidad de dominar un acontecimiento según lo realice el control dentro o fuera de uno mismo (Bandura, 1999, Richaud di Minzi 1990).

2.5.5 Investigaciones realizadas.

Mediante la aplicación del Cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A, nos permite determinar los patrones de conducta como: cognoscitiva, connotativa, afectiva y constitucional a través de cuatro factores que son: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y la Sinceridad. Mediante los resultados obtenidos en la aplicación del test respectivo, se puede determinar que el mayor porcentaje está determinado en médicos y enfermeras sin Burnout con características de Extraversión, con particularidades de sociabilidad, impulsividad, optimismo y estar siempre abierto al cambio; en cambio los resultados de los médicos con Burnout, tienen síntomas de Psicoticismo y Neuroticismo, presentando tipologías de despreocupación, baja empatía y conflictividad; además cambio de humor constantes y varios desordenes psicosomáticos; la sinceridad es la puntuación más baja, lo que determina niveles de individualismo y creación de expectativas en los acontecimientos antes que concentrarse en el propio trabajo.

Bajo estos aspectos, podemos determinar que el locus de control en los médicos que poseen el Síndrome de Burnout, está determinado en lo que hace referencia Manstead y Van Der Pligt (1998), en donde se considera que el mayor o menor control conductual percibido está formado por dos elementos, uno interno orientado a la auto-dirección y otro externo, correspondiente a factores ajenos al sujeto, que dificultaría o facilitaría, la realización de la conducta que permite obtener o eliminar premios o castigos; esto lleva a una ejecución poco efectiva tanto a nivel cognitivo como conductual y a la aparición de signos de indefensión, depresión y desesperanza (Boggiano 1998; Regehr, Cadell y Jansen 1999, Terry y Hines, 1998).

METODOLOGIA

3.1 Diseño de investigación

El presente tema de investigación, fue ejecutado en el Hospital “Luis G. Dávila”, ubicado en la calle 10 de Agosto – sector Sur Oeste de la Ciudad de Tulcán, pues esta Casa de Salud, es muy antigua y acoge a cientos de pacientes que diariamente asisten a Consulta en las especialidades de: Medicina General, Traumatología, Ginecología, Laboratorio de Rayos X, Laboratorio Clínico, Psicología, Psiquiatría, Áreas de Rehabilitación, Obstetricia, Pediatría, Medicina Interna y Áreas de Emergencia, pues con el paso de los años estos espacios físicos se ven muy reducidos a la demanda existente, considerando que Tulcán, es una ciudad fronteriza, acoge a miles de personas en calidad de refugiados, quienes se acogen a todos los servicios de ley en forma gratuita, recibiendo mayor atención que sus propios habitantes por los famosos acuerdos Binacionales, emplazando a su propia gente; aproximadamente, el Hospital “Luis G. Dávila” de la ciudad de Tulcán, cuenta con 45 médicos y 70 enfermeras; y que al momento de seleccionar la muestra, se pueden determinar las siguientes características:

Cuantitativas: Ya que se determina el número de profesionales que intervendrán en la aplicación de los cuestionarios, en un número de TREINTA (30)

No Experimentales: Esta se realiza sin el empleo voluntario de variables, observando los fenómenos del entorno natural; para posteriormente ser analizados.

Exploratoria: Porque de un total de 115 profesionales de la salud entre médicos y enfermeras, se analiza una muestra de 15 médicos y 15 enfermeras para ser investigados dentro de este proceso de investigación.

Descriptiva: Porque de los cuestionarios aplicados, nos permitirá descubrir, recolectar y medir la información motivo del presente estudio.

3.2 Métodos Particulares de la Investigación:

Los métodos utilizados en el desarrollo del presente trabajo fueron:

3.2.1 Método Deductivo-Inductivo: Porque la información va de lo particular a lo general.

3.2.2 Método Histórico-Comparado: Porque es necesario conocer y saber el origen del problema.

3.2.3 Método Descriptivo: Porque a través de la aplicación de los cuestionarios, se puede llegar a determinar de la muestra asignada (médicos y enfermeras) del Hospital "Luis G. Dávila", padecen del síndrome de Burnout, llegando a determinar el porcentaje; así como también nos permitirá dentro de la discusión y las conclusiones y recomendaciones realizar planteamientos que ayuden a detectar, prevenir y tratar a quienes lo padecen, siendo responsabilidad de las Instituciones el considerar esta enfermedad como prioritarias con el personal a su cargo.

3.3 Técnicas:

Las técnicas utilizadas son:

➤ **Observación:** Se realizó una observación de campo, a fin de determinar si existía el número necesario de profesionales para iniciar el trabajo de investigación.

➤ **Entrevista:** Se solicitó una cita con el Dr. Hernán Yépez . Director del Hospital "Luis G. Dávila", a fin de explicar el proyecto para el desarrollo de tesis, realizando la entrega del oficio otorgada por la Universidad Técnica Particular de Loja, obteniendo la aceptación favorable para el desarrollo del trabajo con el Tema: **"Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el período 2011 - 2012"**.

3.4 Instrumentos:

Los instrumentos utilizados se explican en el siguiente cuadro:

FIGURA No. 9: APLICACIÓN DE CUESTIONARIOS

No.	TEST	CUESTIONARIOS	RESULTADOS		CONSTRUCTO EVALUADO
1.		De variables sociodemográficas y Laboral	1era. Y 2da. Parte de la Encuesta	Datos personales y familiares (colocación de visto o cruz en las respuestas)	Permite recolectar datos personales y laborales pertinentes al estudio del síndrome de Burnout de los profesionales encuestados.
			3era. Parte de la Encuesta	Recaba datos sobre la percepción de valoración y satisfacción en el trabajo, con los siguientes esquemas de valoración:	
			EQUIVALENCIA	VALORACION	
			1	Nada Valorado	
			2	Poco	
			3	Bastante	
			4	Totalmente Valorado	
Las preguntas con líneas, le permite al encuestado llenar el espacio, según sea la respuesta					
2.	MBI	Burnout	Agotamiento Emocional: 30 pts. Despersonalización: 14 pts. Realización Personal: 15 pts.		Detecta y mide la existencia del Burnout
3.	GHC28	Salud Mental	Síntomas Somáticos: 5/7 Ansiedad e Insomnio: 5/7 Disfunción Social en la actividad diaria: 1/7 Depresión: 0/7		Detecta los cambios de la salud mental del evaluado.
4.	EPQR-A	Personalidad	Neuroticismo: 4pts. Extraversión: 3pts. Psicoticismo: 2 pts. Sinceridad: 2 ptos.		Identifica los rasgos de personalidad
5.	BRIEF-COPE	Afrontamiento	Replanteo Positivo: 8 ptos. Aceptación: 6 pts. Religión: 6 pts. Distracción: 6 ptos. Afrontamiento Activo: 7 ptos.		Tipos de respuesta ante situaciones de estrés.
6.	MOS	Apoyo Social	Apoyo Emocional: 30 pts. Ayuda Material o instrumental: 18 pts. Relaciones Sociales de Ocio y distracción: 20 pts. Apoyo Afectivo referido a expresiones de amor y cariño: 13 pts. Índice Global: 81 puntos.		Identifica los diferentes tipos de apoyo social.

a. Participantes

Para el desarrollo del presente trabajo, se contó con 15 médicos y 15 enfermeras del Hospital “Luis G. Dávila” de la ciudad de Tulcán.

b. Recursos:

- | | | |
|---------------------------|---|--|
| 1. Humanos | : | Médicos y Enfermeras |
| 2. Técnicos | : | Guía UPTL
Libros. |
| 3. Tecnológicos | : | Artículos de internet
Computador |
| 4. Materiales | : | Reproducción de Cuestionarios
Esferos
Carpetas |
| 5. Institucionales | : | Universidad Técnica Particular de Loja
Hospital “Luis G. Dávila” – Tulcán |

c. Procedimiento:

Revisado el material proporcionado por la Universidad Técnica Particular de Loja, y una vez comprendidos los lineamientos para su desarrollo, se identificó la Institución donde se iba a desarrollar el presente trabajo de investigación; portando la carta de presentación, que permita la recolección de información dirigida a 30 funcionarios (15 médicos y 15 enfermeras) del Hospital “Luis G. Dávila” de la ciudad de Tulcán; siendo autorizada la misma con fecha 13 de diciembre del 2011, por parte de su Director: Dr. Hernán Yépez, con quien previa cita, se le pudo indicar los objetivos previstos, la seriedad y la confidencialidad de los datos obtenidos, los mismos que serán utilizados con fines académicos; acogiendo favorablemente la misma para el desarrollo del presente trabajo, inclusive se me facilitó la nómina de los profesionales tanto de médicos como de enfermeras que serían sometidos a las pruebas para la determinación del Síndrome de Burnout en esta casa de salud.

Contando con el personal y el material necesario, se entregó a cada profesional el paquete de cuestionarios para que lo desarrollen el tiempo que tuviesen disponible, ya que por sus actividades no se les pudo agrupar para explicarles, y mucho menos se pudieron hacer investigaciones para determinar su actitud que facilitarían llenar el cuadro de observaciones de los informes psicológicos individuales, y cuyo compromiso fue el de realizar la entrega después de tres meses de aplicados los test.

Este tema despierta un interés muy profundo al haber observado las labores diarias que se desarrollan en esta casa de salud; y que por momentos se pudo prestar atención a la labor ardua y sacrificada del personal sanitario del Hospital "Luis G. Dávila" de la ciudad de Tulcán; pues los conocimientos y la fortaleza para enfrentar con valentía las situaciones de vida o muerte, permiten descubrir la importancia de esta profesión que nunca pasará de moda, pues la salud es un derecho de todos y quienes la ejercen al igual que quienes reciben atención médica, son seres humanos.

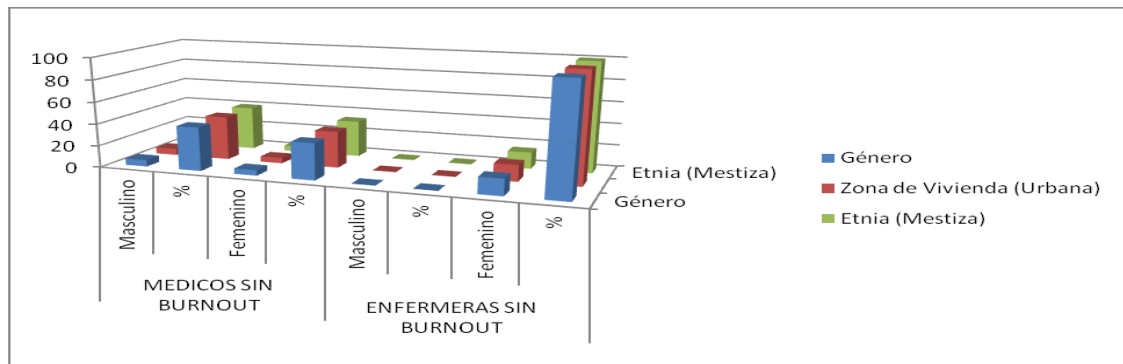
RESULTADOS:**1. EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y LABORAL**

Tabla 1.

CUADRO DE RESUMEN COMPARATIVO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SIN BURNOUT								
DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS	MEDICOS SIN BURNOUT				ENFERMERAS SIN BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
Género	6	40	5	33.33	0	-	15	100
Zona de Vivienda (Urbana)	6	40	5	33.33	0	-	15	100
Etnia (Mestiza)	6	40	5	33.33	0	-	15	100

Fuente : Médicos y Enfermeras Hospital "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 1.

Porcentaje Comparativo de Médicos y Enfermeras Sin Burnout

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Del resultado obtenido, se determina que del total de la muestra, 30 profesionales de la salud, 15 son médicos y 15 son enfermeras; de los 15 médicos, 11 que representa el 70% de la muestra, no tienen el Síndrome de Burnout, 6 son de género masculino y 5 de género femenino; de las 15 enfermeras todas de sexo femenino, no tienen el Síndrome de Burnout. La Tabla 1, nos indica que 26 profesionales tiene su residencia en zona urbana, y los mismos se definen de origen raza mestiza.

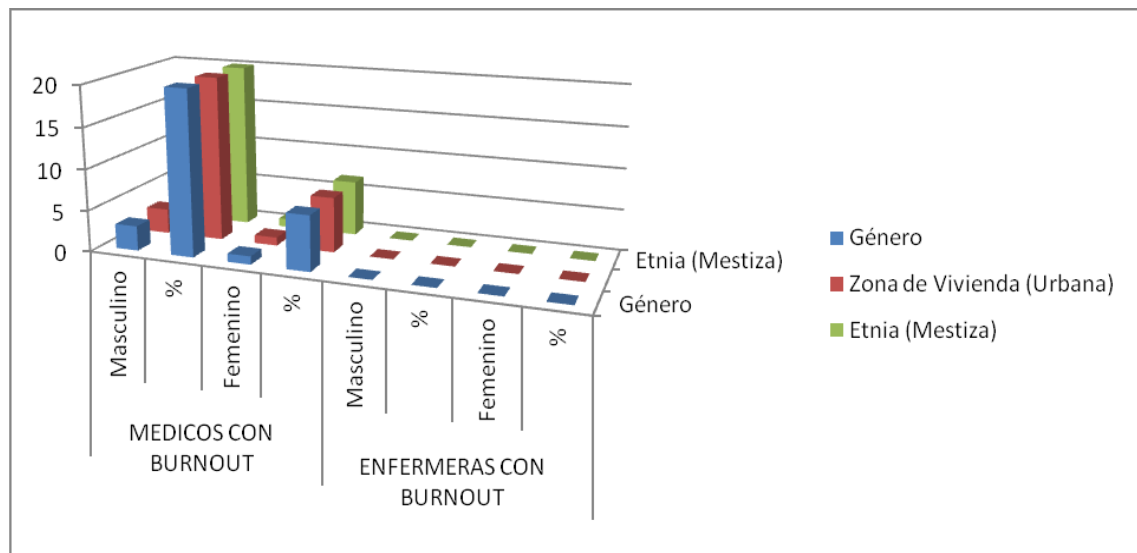
Tabla 2.

CUADRO DE RESUMEN COMPARATIVO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SIN BURNOUT								
DATOS SOCIO DEMOGRAFICOS	MÉDICOS CON BURNOUT				ENFERMERAS CON BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
Género	3	20	1	6.67	0	0	0	0
Zona de Vivienda (Urbana)	3	20	1	6.67	0	0	0	0
Etnia (Mestiza)	3	20	1	6.67	0	0	0	0

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 2.

Porcentaje de Médicos y Enfermeras con Burnout por Género



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Del total de la muestra seleccionada (15 médicos y 15 enfermeras), se determina que el 13.33% ; 4 médicos: 3 de género masculino y 1 de género femenino tienen el Síndrome de Burnout; en el personal de Enfermeras no se presenta el Síndrome, su residencia es en zona urbana, y los mismos se definen de origen raza mestiza.

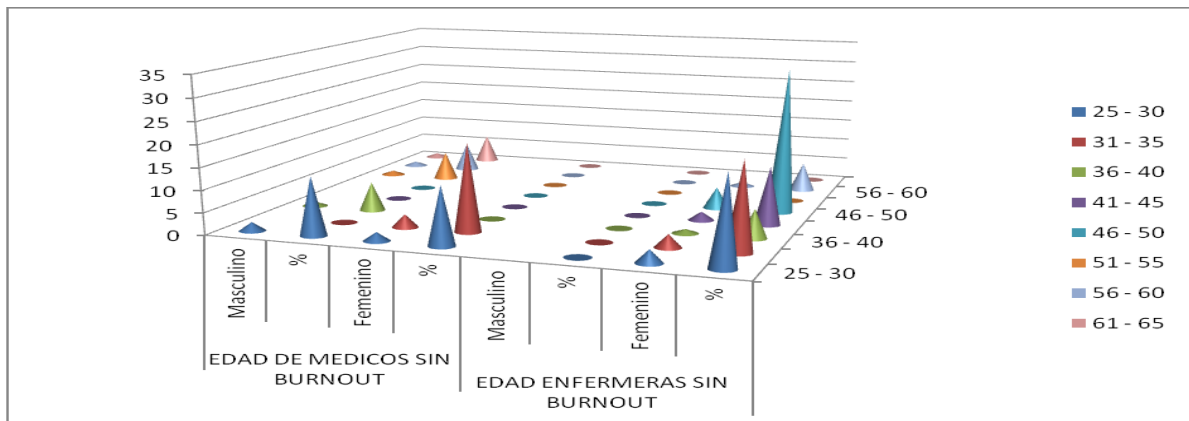
Tabla 3.

EDAD PROMEDIO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SIN BURNOUT								
EDAD PROMEDIO	EDAD DE MEDICOS SIN BURNOUT				EDAD ENFERMERAS SIN BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
25 - 30	2	13.33	2	13.33	0	0	3	20
31 - 35		0.00	3	20	0	0	3	20
36 - 40	1	6.67		0	0	0	1	6.67
41 - 45		0.00		0	0	0	2	13.33
46 - 50		0.00		0	0	0	5	33.33
51 - 55	1	6.67		0	0	0		0
56 - 60	1	6.67		0	0	0	1	6.67
61 - 65	1	6.67		0	0	0		0

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 3.

PORCENTAJE DE EDAD PROMEDIO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS SIN BURNOUT



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Del total de la muestra de 30 profesionales de la salud del Hospital "Luis G. Dávila" de la ciudad de Tulcán, se determina que de 15 médicos: 6 de género masculino, la edad promedio es de 45 años; 5 de género femenino con un promedio de edad de 31 años, y las 15 enfermeras todas ellas mujeres, un promedio de edad de 41 años, representando el 86.67 del total de la muestra entrevistada sin Síndrome de Burnout.

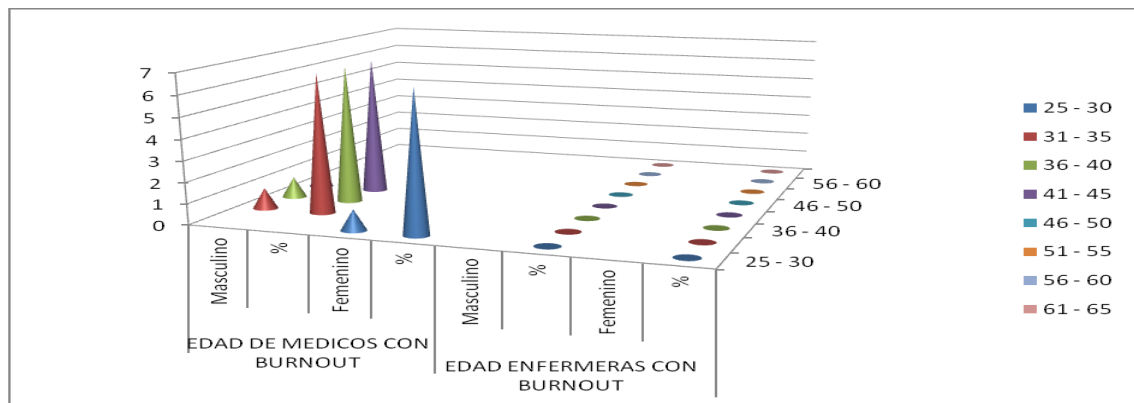
Tabla 4.

EDAD PROMEDIO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS CON BURNOUT								
EDAD PROMEDIO	EDAD DE MEDICOS CON BURNOUT				EDAD ENFERMERAS CON BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
25 - 30			1	6.67		0.00		0.00
31 - 35	1	6.67				0.00		0.00
36 - 40	1	6.67				0.00		0.00
41 - 45	1	6.67				0.00		0.00
46 - 50						0.00		0.00
51 - 55						0.00		0.00
56 - 60						0.00		0.00
61 - 65						0.00		0.00

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico

Gráfico 4.

PORCENTAJE DE EDAD PROMEDIO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS CON BURNOUT



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

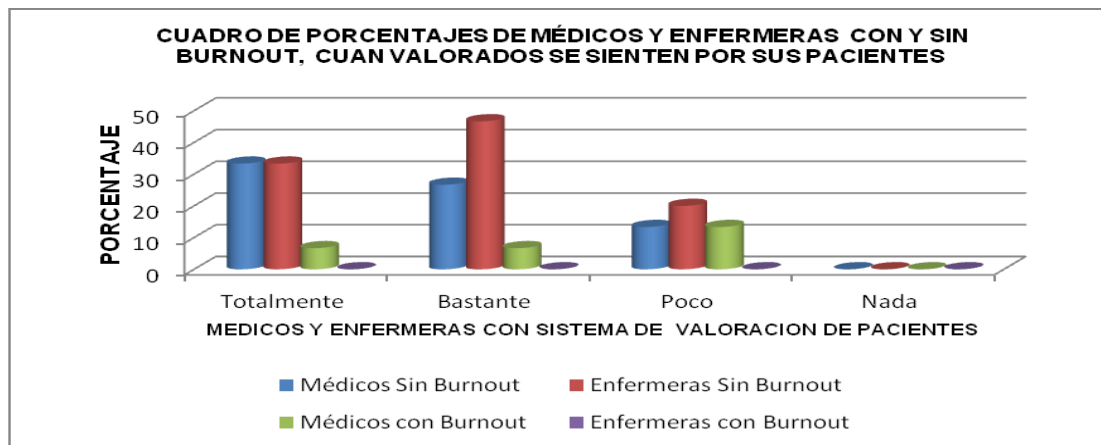
Del análisis del total de la muestra de 30 profesionales de la salud, se determina que de los 15 médicos encuestados: 4 con Síndrome de Burnout, 3 de género masculino, la edad promedio es de 37 años; 1 de género femenino con edad de 29 años, representando el 13.33 % del total de la muestra; no existe promedio de enfermeros, en vista del personal de Enfermería todas son mujeres y no padecen el síndrome.

Tabla 5.

CUADRO COMPARATIVO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS CON Y SIN BURNOUT, CUAN VALORADOS SE SIENTEN POR SUS PACIENTES								
PROFESIONALES	VALORACION DE PACIENTES							
	Fr.	Totalmente %	Fr.	Bastastante %	Fr.	Poco %	Fr.	Nada %
Médicos Sin Burnout	5	33.33%	4	26.67%	2	13.33%	0	0.00%
Enfermeras Sin Burnout	5	33.33%	7	46.67%	3	20.00%	0	0.00%
Médicos con Burnout	1	6.67%	1	6.67%	2	13.33%	0	0.00%
Enfermeras con Burnout	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
VALORACION TOTAL POR ACEPTACION	11	36.67 %	12	40.00 %	7	23.33 %	0	0

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 5.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

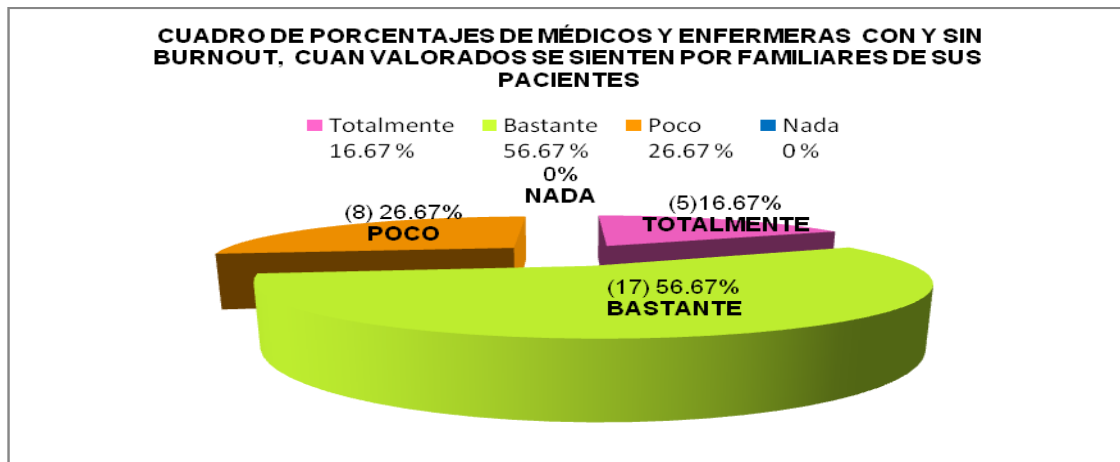
Del análisis total de la muestra, se determina que de los 30 profesionales encuestados, 11 de ellos reúnen un porcentaje del 36.67% con una valoración de **totalmente**, seguida de 12 profesionales con un porcentaje del 40% que llegan a ser valorados con una aceptación de **bastante**, lo que nos indica que mayoritariamente la aceptación es buena.

Tabla 6.

CUADRO COMPARATIVO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS CON Y SIN BURNOUT, CUAN VALORADOS SE SIENTEN POR FAMILIARES DE SUS PACIENTES								
PROFESIONALES DE LA SALUD	VALORACION DE FAMILIARES DE SUS PACIENTES							
	Fr.	Totalmente %	Fr.	Bastante %	Fr.	Poco %	Fr.	Nada %
Médicos Sin Burnout	2	13.33	6	40.00	3	20.00	0	0.00
Médicos con Burnout	1	6.67	2	13.33	1	6.67	0	0.00
Enfermeras Sin Burnout	2	13.33	9	60.00	4	26.67	0	0.00
Valoración Total del Personal de Salud	5	16.67	17	56.67	8	26.67	0	0.00

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 6.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

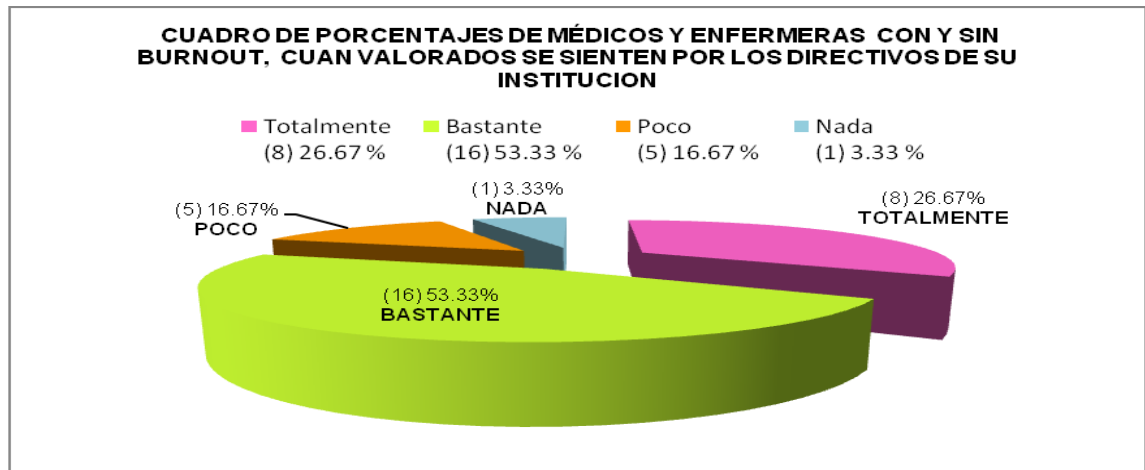
De los resultados obtenidos, se determina que del total de la muestra recolectada de 30 profesionales de la salud, 17 profesionales entre médicos y enfermeras con y sin Burnout, se sienten **bastante** valorados por familiares de sus pacientes, representando el 56.67%, con satisfacciones en el desarrollo de sus labores.

Tabla 7.

CUADRO COMPARATIVO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS CON Y SIN BURNOUT, CUAN VALORADOS SE SIENTEN POR LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCION								
PROFESIONALES DE LA SALUD	VALORACION POR LOS DIRECTIVOS DE LA INSTITUCION							
	Fr.	Totalmente %	Fr	Bastante %	Fr.	Poco %	Fr.	Nada %
Médicos Sin Burnout	2	13.33	6	40.00	3	20.00	0	0.00
Médicos con Burnout	1	6.67	3	20.00	0	0.00	0	0.00
Enfermeras Sin Burnout	5	33.33	7	46.67	2	13.33	1	6.67
VALORACIÓN TOTAL	8	26.67	16	53.33	5	16.67	1	3.33

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 7.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

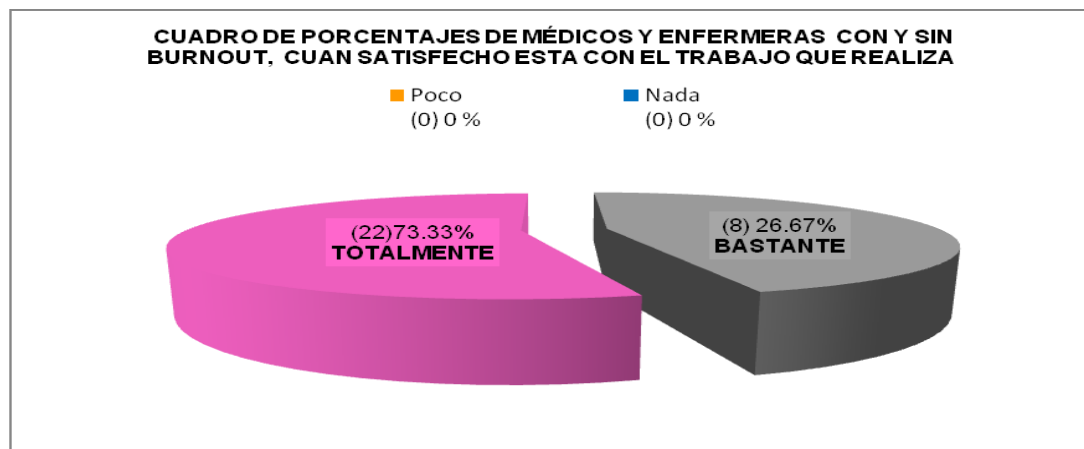
Del análisis de resultados, se determina que del total de la muestra de 30 profesionales de la salud, el 53.33 % (16) médicos y enfermeras se sienten **Bastante** valorados por los Directivos de su Institución.

Tabla 8.

CUADRO COMPARATIVO DE MÉDICOS Y ENFERMERAS CON Y SIN BURNOUT, CUAN SATISFECHO ESTA CON EL TRABAJO QUE REALIZA								
	VALORACION DE CUAN SATISFECHO ESTAN CON EL TRABAJO QUE REALIZAN							
	Fr.	Totalmente (22) 73.33%	Fr.	Bastante (8) 26.67 %	Fr.	Poco (0) 0 %	Fr.	Nada (0) 0 %
Médicos Sin Burnout	5	33.33	6	40.00	0	0.00	0	0.00
Médicos con Burnout	4	26.67	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Enfermeras Sin Burnout	13	86.67	2	13.33	0	0.00	0	0.00

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 8.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Del análisis de resultados, se determina que del total de la muestra de 30 profesionales de la salud, el 73.33 % (22) médicos y enfermeras con y sin Burnout, se sienten **Totalmente** satisfechos con el trabajo que realizan, seguido del 26.67% con **Bastante** satisfechos, no se presentan valoraciones de poco o nada, lo que determina que la actividad que realizan es de mucho agrado.

Tabla 9.

ESPECIALIDAD DE LOS MEDICOS ENCUESTADOS DEL HOSPITAL "LUIS G. DAVILA"			
ESPECIALIDAD			
MEDICINA GENERAL	TRAUMATOLOGIA	CIRUGIA GENERAL	INTERNISTA
11	1	2	1

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 9.



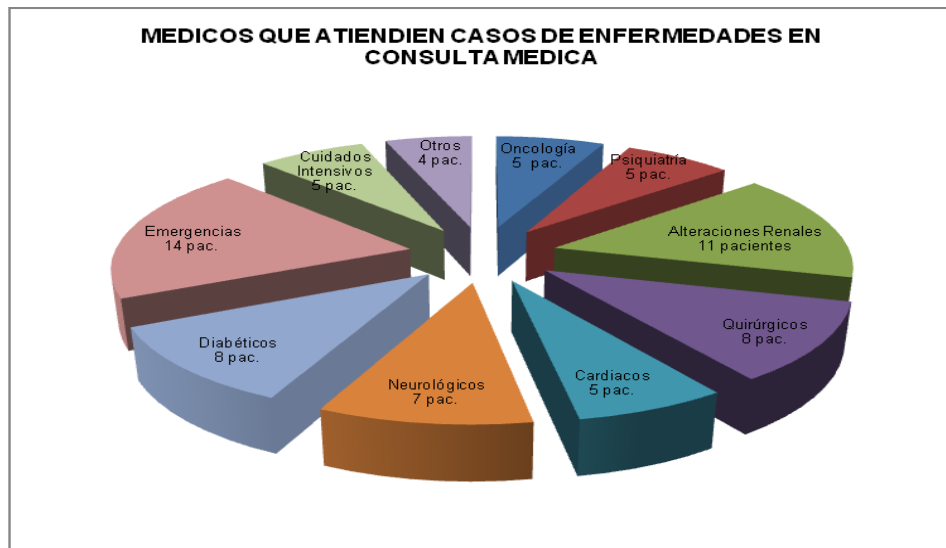
Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Tabla 9.1

REQUERIMIENTO DE ESPECIALIDADES EN CONSULTAS MEDICAS POR PACIENTES EN EL HOSPITAL "LUIS G. DAVILA"		
Especialidad de Consulta Médica Requerida	# de Pacientes promedio que acuden a Consulta Diaria	Especialidad del Médico que atendió el caso
Oncología	5	Medicina General
Psiquiatría	5	Medicina General
Alteraciones Renales	11	Medicina General
Quirúrgicos	8	Cirugía General
Cardiacos	5	Medicina General
Neurológicos	7	Medicina General
Diabéticos	8	Medicina General
Emergencias	14	Medicina General – Traumatología
Cuidados Intensivos	5	Internista
Otros	4	Medicina General

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Gráfico 9.1



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Socio demográfico.

Del análisis de resultados de los 15 médicos entrevistados, podemos identificar la especialidad que poseen y el número de pacientes diarios que acuden a consulta, siendo los casos más atendidos: área de emergencias, (14 p), problemas renales (11p.), área quirúrgica y neurológicos (7 p.), diabéticos (8); y en menor grado los oncológicos, psiquiátricos, cardiacos y otros, en la tabla No. 10, podemos observar que la mayor parte de los médicos no tienen especialidad, por lo que se hace necesario y urgente tomar acciones por parte de sus Directivos para la creación de estas áreas.

2. EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT)

TABLA 10.

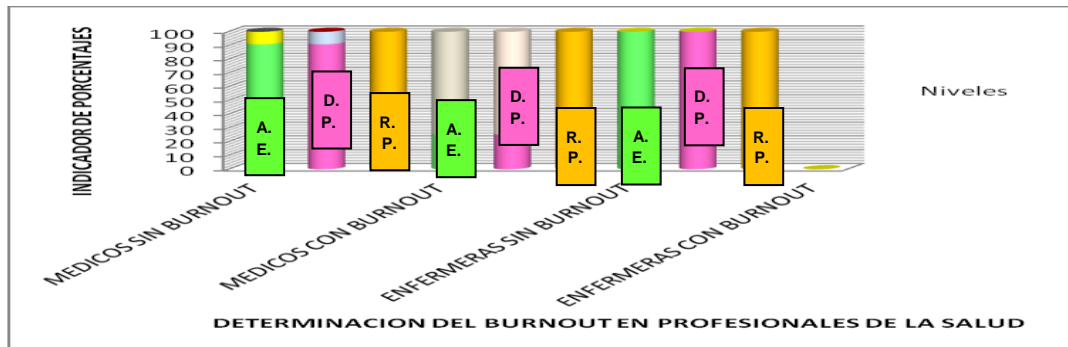
APLICACIÓN DE ESCALA MBI EN LOS PROFESIONALES DE LA SALUD DEL HOSPITAL "LUIS G. DAVILA" TULCAN										
	MEDICOS						ENFERMERAS			
	SIN BURNOUT			CON BURNOUT			SIN BURNOUT			CON BURNOUT
PUNTUACION	ESCALAS			ESCALAS			ESCALAS			NO SE PRESENTA CASOS DE BURNOUT
	A. E.	DP.	R.P.	A. E.	DP.	R.P.	A.E	DP.	R.P	
Bajo	90.91	90.91	0	25	25	0	100	100	0	0
Medio	9.09	9.09	9.09	0	0	0	0	0	0	0
Alto	0	0	90.91	75	75	100	0	0	100	0

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

■ A.E.: Agotamiento Emocional;
 ■ DP.: Despersonalización;
 ■ R.P.: Realización Personal

Gráfico 10.

Porcentaje de Niveles de Agotamiento emocional



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Del análisis de resultados debemos tener presente que para la identificación del Burnout en los Profesionales de la Salud, el MBI determina: niveles bajos en Agotamiento Emocional y Despersonalización; y puntuación alta en Realización Personal, para identificar la no presencia de Burnout; mientras tanto las puntuaciones altas en las tres escalas determinan la presencia de Burnout, tal como lo demuestra la gráfica en mención.

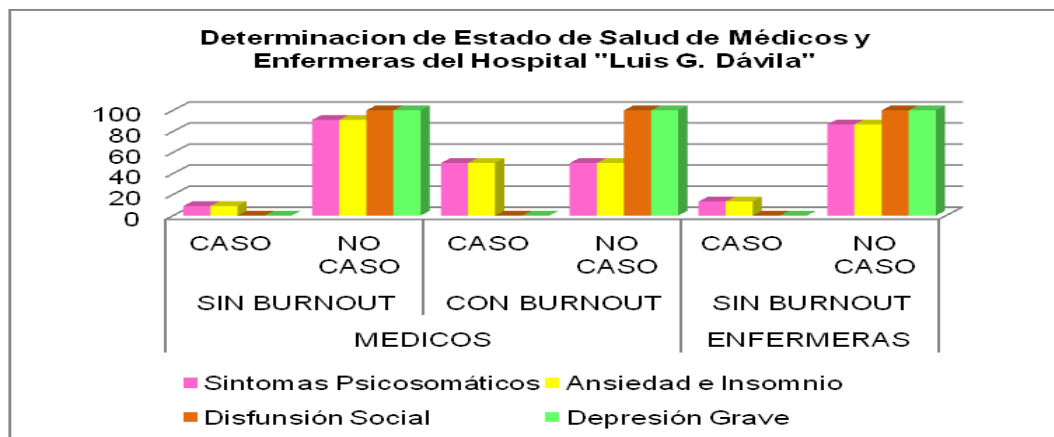
3. EVALUACION DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHQ-28)

Tabla 11.

DETERMINACION DEL ESTADO DE SAUD MENTAL EN LOS PROFESIONALES MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL "LUIS G. DAVILA"						
SUB-ESCALAS	MEDICOS				ENFERMERAS	
	SIN BURNOUT		CON BURNOUT		SIN BURNOUT	
	CASO	NO CASO	CASO	NO CASO	CASO	NO CASO
Sintomas Psicosomáticos	9.09	90.91	50	50	13.33	86.67
Ansiedad e Insomnio	9.09	90.91	50	50	13.33	86.67
Disfunción Social	0	100	0	100	0	100
Depresión Grave	0	100	0	100	0	100

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Salud Mental (GHQ28)

Gráfico 11.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Salud Mental (GHQ28)

La sub-escala de valores, determina que los médicos y enfermeras que no tienen Burnout, tienen un estado saludable; en cuanto a los médicos que tiene Burnout, se puede decir que presentan alteraciones psicosomáticas y de ansiedad, debiéndoseles aplicar nuevos retest para nuevos sistemas de valoración.

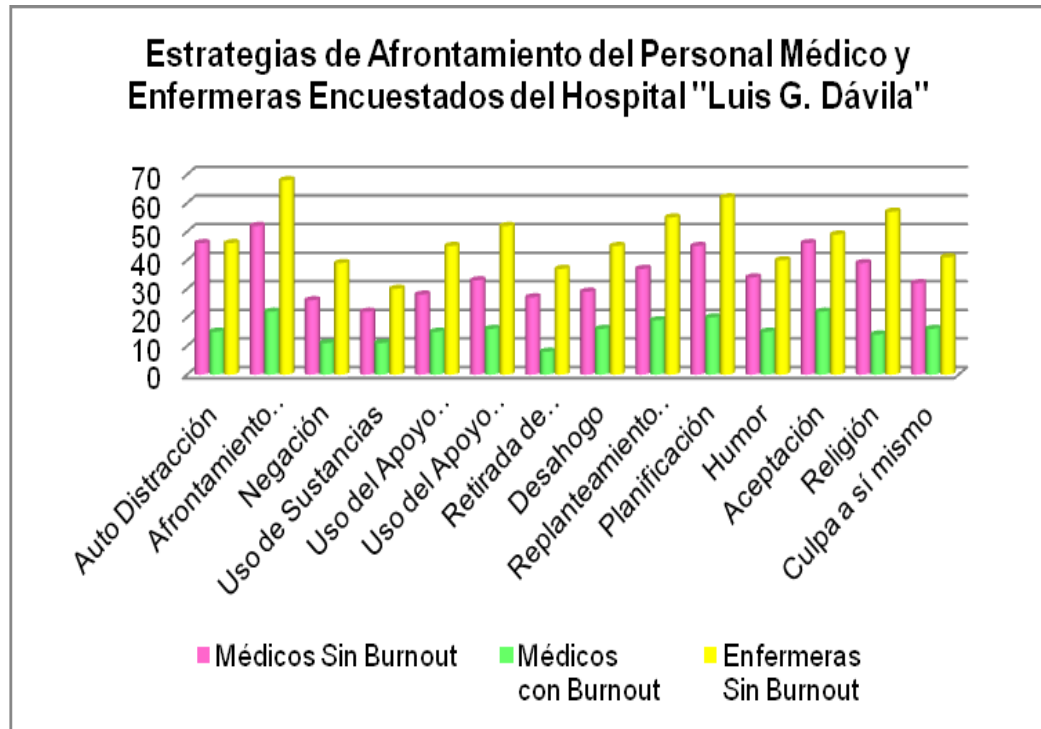
4. EVALUACIÓN DE CUESTIONARIOS DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y LAS SUBESCALAS (BREF-COPE)

Tabla 12.

CUADRO COMPARATIVO DE LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DEL PERSONAL MEDICO Y ENFERMERAS ENCUESTADOS DEL HOSPITAL "LUIS G. DÁVILA" - TULCAN			
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	Médicos Sin Burnout	Médicos con Burnout	Enfermeras Sin Burnout
Auto Distracción	46	15	46
Afrontamiento Activo	52	22	68
Negación	26	11	39
Uso de Sustancias	22	11	30
Uso del Apoyo Emocional	28	15	45
Uso del Apoyo Instrumental	33	16	52
Retirada de Comportamiento	27	8	37
Desahogo	29	16	45
Replanteamiento Positivo	37	19	55
Planificación	45	20	62
Humor	34	15	40
Aceptación	46	22	49
Religión	39	14	57
Culpa a sí mismo	32	16	41

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Gráfico 12.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

De los resultados obtenidos del total de la muestra, se determina que las respuestas o formas de afrontamiento de los Médicos y Enfermeras sin Burnout de esta casa de salud son altos, especialmente los niveles de: afrontamiento activo, planificación, replanteamiento positivo, aceptación y la religión; los médicos con burnout, presentan porcentajes bajos que no sobrepasan el 22 %, lo que determina problemas de estrés o situaciones difíciles que se les presente.

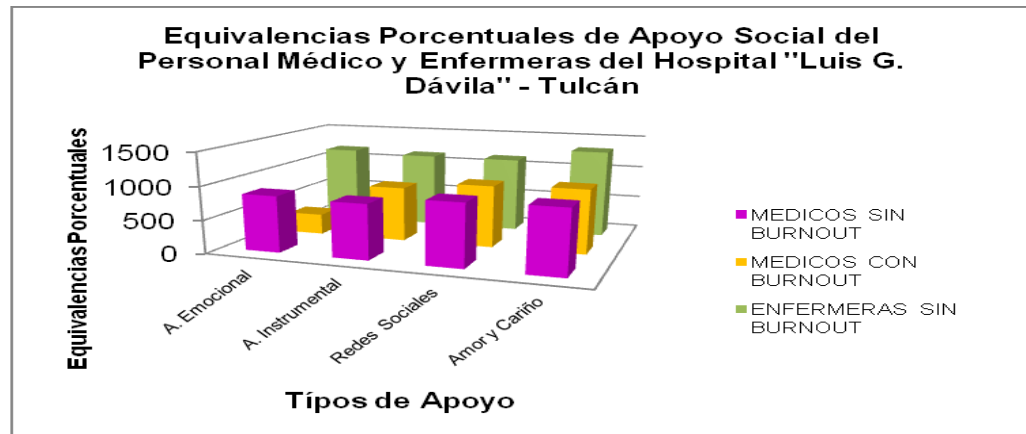
5. ANALISIS DE CUESTIONARIO MOS (APOYO SOCIAL) A MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL "LUIS G. DAVILA" – TULCAN

Tabla 13.

DETERMINACION DEL ESTADO DE SAUD MENTAL EN LOS PROFESIONALES MEDICOS Y ENFERMERAS DEL HOSPITAL "LUIS G. DAVILA"			
TIPOS DE APOYO	MEDICOS		ENFERMERAS
	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT
Apoyo Emocional	850	313	1180
Apoyo Instrumental	825	825	1140
Redes Sociales	935	935	1140
Amor y Cariño	957	967	1327

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

Grafico 13.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Apoyo Social (MOS)
(Datos tomados del cuestionario MOS, cuadro de equivalencias porcentuales)

El análisis de resultados determina el apoyo social estructurado y percibido en porcentajes altos del grupo de enfermeras, seguido de los médicos que no tienen Burnout; pues de los médicos con Burnout, determinan valoraciones bajas, por lo que su incidencia a aislarse, de contar con una ayuda social o familiar, sea esta afectiva o comunicación dificulta la convivencia no solo en su entorno social, sino también familiar y social.

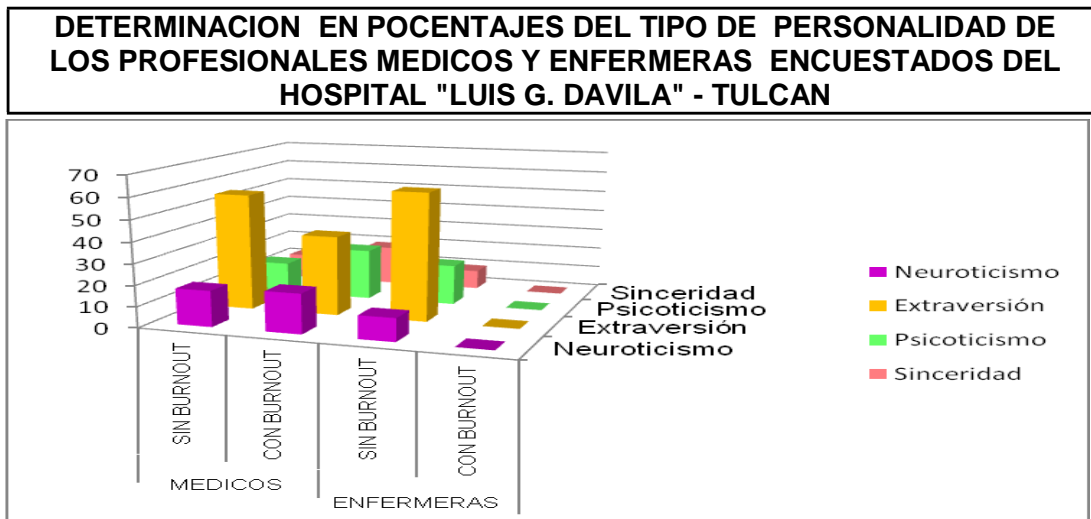
6. ANALISIS DE RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD EPQR-A

Tabla 14.

ANALISIS DE RESULTADOS PARA DETERMINAR LA PERSONALIDAD DE LOS PROFESIONALES MEDICOS Y ENFERMERAS ENCUESTADOS DEL HOSPITAL "LUIS G. DAVILA" - TULCAN				
TIPOS DE PERSONALIDAD	MEDICOS		ENFERMERAS	
	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT
Neuroticismo	17.17	18.92	11.01	0
Extraversión	55.55	37.84	60.55	0
Psicoticismo	15.15	24.32	19.27	0
Sinceridad	12.12	18.92	9.17	0

Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

Gráfico 14.



Fuente : Médicos y Enfermeras "Luis G. Dávila" evaluados con el Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

De los 15 médicos y 15 enfermeras encuestados del Hospital "Luis G. Dávila" de Tulcán, se determina que la **Extraversión** es el porcentaje más alta en el grupo de médicos y enfermeras sin burnout, lo que determina que este grupo de profesionales tiene características de sociabilidad, son optimistas y abiertos al cambio, determinando estos rasgos con los cuadros anteriores que determinan los niveles de afrontamiento y apoyo social en sus actividades diarias.

DISCUSION

El Síndrome de Burnout o Síndrome de estar quemado en el trabajo, es uno de los mayores riesgos laborales de carácter psicosocial que ocupa una de las causas de enfermedad más importante a nivel laboral y que puede generar pérdidas económicas, derivadas del ausentismo, apatía, rotación de personal, abandono del puesto de trabajo dentro de las organizaciones y de las cuales se deben buscar sistemas de prevención y tratamiento.

Debemos recordar que a partir del año 1977, Maslach dio a conocer sus trabajos en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos), instante en que se utiliza el término Burnout, para referirse al desgaste profesional de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y otras áreas bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios, despertando gran interés su estudio dentro de las organizaciones a nivel mundial, y que de acuerdo a las publicaciones de cada país, denotan altos índices de Burnout, especialmente en los temas de salud; según la Fuente EFE, Cuba, Estados Unidos y Europa presentan el Síndrome de Burnout en un 80% en algunos sectores profesionales, como: sector salud, educación, seguridad y otros, y; en Latinoamérica los porcentajes que no sobrepasan el 6% de las investigaciones realizadas con respecto al Síndrome del Burnout, especialmente en las áreas de salud, y los datos revisados en artículos de Internet; al hablar de nuestro país, éste se mantiene con un porcentaje del 4.3%; en el desarrollo del presente trabajo, al notar la necesidad de ampliar su campo de acción se requiere que el presente tema de investigación cubra al menos el 30% porcentaje mínimo, requerido como muestra de los profesionales de centros hospitalarios, para determinar estadísticas reales de la problemática de salud que se presenta especialmente en el personal sanitario en nuestro país.

El objetivo de este proyecto, es determinar la prevalencia del Síndrome del Burnout en el personal médico y de enfermeras del Hospital "Luis G. Dávila" de la ciudad de Tulcán, considerando de vital importancia la investigación científica y la aplicación de los instrumentos adecuados que permitan sustentar el objetivo planteado, y establecer las conclusiones y recomendaciones como cristalización exitosa del presente trabajo, pues

sabemos que los cuestionarios a utilizarse, permiten el desarrollo de una investigación de carácter social, cada uno de ellos con gran significado y valoración como son: el Cuestionario Socio demográfico y laboral, permite recabar los datos personales, laborales y sociales; el Maslach Burnout Inventory (MBI), detecta y mide la existencia de Burnout en el individuo; el Cuestionario de Salud Mental (GHC28) que como su nombre lo determina permite realizar una apreciación del estado de salud del individuo; el (BRIEF-COPE) evaluación de los estilos de afrontamiento para valorar si el profesional responde a las presiones de estrés o ansiedad; el Cuestionario de Apoyo Social (MOS) enmarcado en el ámbito social y familiar; el tipo de apoyo que recibe, y; el Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQ-R), en donde determinamos el tipo de personalidad del encuestado; de los datos obtenidos de cada uno de ellos, se realiza el análisis transversal determinando que de las variables socio demográficas, en donde esta población se enfrenta a situaciones de vida y muerte, la actividad física y emocional, las horas de trabajo, la edad, la remuneración, los grados de satisfacción laboral e institucional, las situaciones de riesgo, horarios rotativos, y la valoración de directivos, personal médico y auxiliares, así como del mismo paciente, son un factor determinante para identificar el Síndrome del Burnout; pues su cuantificación permitió detectar la presencia de esta enfermedad en un 13.33 % de la población entrevistada y que corresponde a los médicos, 3 hombre y 1 mujer; siendo un porcentaje mínimo de esta casa de salud. Tomando la afirmación realizada por Hill & Miller, (1981) y Broufenbrenner, (1979), en donde manifiesta que el síndrome del burnout se da con mayor frecuencia en los jóvenes que se han incorporado recién en sus empleos; porque éstos no suelen estar preparados para afrontar los conflictos emocionales que se les presenta desde el exterior; en la presente investigación se descarta esta afirmación, ya que los médicos que la padecen están entre los 29, 32, 36 y 44 años, amparados en que la edad mínima de la población investigada es de 25 años y la máxima de 61 en el personal médico, que es donde se presenta el síndrome; también se manifiesta que en su mayor parte son mujeres quienes la padecen, de la muestra de médicos, se determina que 9 son de género masculino y 5 son mujeres, y de las enfermeras todas son de género femenino; es decir: de la muestra total de 30 profesionales de la salud, el 66.67 % son mujeres y es una mujer la que presenta el síndrome y pertenece al equipo médico, pues las enfermeras de la investigación realizada y observada, en su mayor parte son líderes de las diferentes áreas de servicio y que en un sistema interno por mejorar los servicios,

se les responsabilizaba de que cada área cumpla con los objetivos de la organización, descartando dicha afirmación y respaldando lo manifestado por Gil-Monte y Peiró, (1997); Gil-Monte, Peiro y Valcárcel, (1998) quienes han señalado que las respuestas ante el Burnout aparecen cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento, acompañadas de los factores sociales y familiares y del tipo de personalidad que posee el individuo; pues debemos tener mucho cuidado con lo que es nuestra salud, y no por ser médico pensar que podemos controlar las situaciones que se nos presentan, ya que se comprueba dentro de la investigación que los médicos no están exentos de padecer el Síndrome de Burnout, y que cuando queremos reaccionar es tarde; de ahí la importancia de analizar las variables de riesgo y protectoras que determinan que el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, así como para la organización, pues este trabajo plantea la importancia de realizar una valoración semestral o anual al personal que trabaja en las áreas de salud y que garanticen el bienestar personal y colectivo dentro de sus funciones, tal como lo contextualiza la Organización Mundial de la Salud y lo contempla la Constitución de la República de nuestro país.

De los resultados obtenidos se puede determinar que las causas principales que originan malestar en este grupo de profesionales son: Turnos Rotativos, Turnos Nocturnos y Fines de Semana, turnos de 24 horas por 4 días a la semana, especialmente en las enfermeras y los médicos que trabajan en las áreas e Emergencia; en cuanto a la estabilidad laboral del 100% de la muestra investigada, el 33% de los médicos cuenta con contrato ocasional, el 60% de las enfermeras con contrato definitivo, otra causa importante en el personal médico, es la falta de especialistas, ya que de 15 médicos, 4 poseen especialidad, lo que hace visible los factores de afrontamiento en los médicos generales, ya que tienen que atender todo tipo de pacientes, concentrándose el mayor número en las áreas de emergencia, alteraciones renales, quirúrgica, diabéticos, neurológicos, cuidados intensivos y otros; lo que denota la carencia de áreas y profesionales especializados en estas áreas y que ayudarían a optimizar la calidad de servicio dentro de esta casa de salud; se recomienda realizar las gestiones pertinentes para que en instancias superiores se facilite la creación de partidas para la contratación de profesionales especializados en las áreas que contienen mayor afluencia de pacientes y que verdaderamente requieren de un médico tratante experto en el área; en cuanto a las enfermeras, se encuentran desarrollando sus labores en las áreas de Cuidados

Intensivos, Hospitalización, Quirúrgicas, Psiquiátricas y áreas sensibles de mucho cuidado como son Gineco-Obstétricas, Neonatología, Pediátricas observando la disciplina y responsabilidad con que ejercen su trabajo; al realizar la visita al mismo desde el momento en que se tuvo el contacto con el Director del Hospital “Luis G. Dávila” para solicitar la autorización correspondiente, al recorrer sus pasillos, se puede observar que éstos se encuentran atestados por muchas personas que buscan solución o alivio a sus dolencias, y que están a la espera de coger un turno; al hacer la entrega personal de los instrumentos de evaluación a los profesionales en forma individualizada y al realizar la recolección de los mismos, se puede evaluar levemente por el poco tiempo de observación que no existen espacios de distracción, que ciertas áreas de consulta tienen más pacientes que otros, que los pacientes acuden a partir de las 4h00 de la mañana para poder acceder a un turno, dependiendo del médico y la enfermedad, lo que permite determinar los niveles de afrontamiento que tiene los médicos y enfermeras, estableciendo que entre los principales estilos de afrontamiento son: el afrontamiento activo, planificación, replanteo positivo y la auto distracción, sistemas de equilibrio que han precautelado la salud de la mayor parte de los médicos y enfermeras que fueron encuestados, y que no padecen el Síndrome del Burnout; debemos tener presente que la exposición a diversos estresores crónicos por parte de un individuo deteriora la salud, lo que sucede en los médicos investigados y que lo padecen, según los resultados existen sobrecargas laborales y otros trabajan en clínicas privadas o consultorios particulares, lo que no les permite disipar su mente o combinar con otras actividades; se propone que los mismos sean sometidos a nuevos retest para determinar el grado de Burnout, si es leve, moderado o grave; a su vez asistan a consulta psicológica para que este no se agrave; realicen deporte o busquen sistemas de distracción que les permita mejorar sus relaciones sociales y familiares para superar el problema.

Según Eysenck (1981), “La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales como el cognoscitivo, conativo, afectivo y constitucional”; al analizar los resultados obtenidos en el personal médico y enfermeras del Hospital “Luis G. Dávila” de Tulcán, se logra identificar que la mayor parte de médicos y enfermeras tiene una personalidad de Extraversión, pues concordante con la conceptualización, podemos determinar las diferencias individuales de cada sujeto motivo

de investigación, pues los patrones de conducta están enmarcados en los rasgos característicos de cada una de las personas evaluadas, logrando identificar en su mayor parte que poseen una personalidad extrovertida, caracterizada por la calidad de atención, buen trato, forma de afrontar los problemas en aquellos profesionales que no tiene el Síndrome del Burnout; pues aquellos médicos que la padecen, tienen rasgos Neuróticos y Psicóticos con tendencia a cambios de humor constante y despreocupación, los niveles de este grupo mínimo de profesionales no se pueden determinar hasta que se realicen nuevos retest para determinar el grado de Burnout que padecen; pero lo que si podemos afirmar es que en ellos se denota una personalidad cambiante que genera malestar y disconformidad del paciente que acude a consulta.

La diferencia de ser estudiante y de ser paciente: de estudiante visitaba todas las alas del hospital en busca de los profesionales que tenían que ayudarme a llenar las encuestas, ahí no existía ningún inconveniente, porque si bien es cierto miraba a mi alrededor, aún no cambiaba nada de lo que debí haber aprendido; la segunda experiencia la adquirí cuando por una enfermedad tuve que asistir a esta casa de salud a solicitar asistencia médica para someterme a una cirugía; en el momento de espera en la sala de signos vitales se encontraba una de las enfermeras que había llenado la encuesta, líder del área de medicina externa; a primeras horas de la mañana mi primera observación fue cuando se dirigió a todas las personas que estaban ahí, les dio un salud de iniciar bien un nuevo día, les pidió que por favor tengan paciencia, que así como quieren que se les respete tienen que aprender a respetar, que no hay preferencias para ninguna persona y tiene que respetarse el turno, que comprendan que son seres humanos y que en ocasiones trabajan más de ocho horas diarias; la sala estaba atestada de gente y yo tal vez con la esperanza de que se me ayude con un turno; la vida me enseñó eso: a respetar a las personas, sin importar su condición, ahí comprendía porque esa persona era considerada una líder, porque sus palabras y sus actitudes se convertían en sistemas de afrontamiento positivo que le permitían resolver cualquier problema que se le presente, a no perder la cordura y a mantener la calma, ella sabía que para todos había un espacio y lo único que necesitaban era tener paciencia; su personalidad denotaba signos de extroversión, su nivel de apoyo social era bastante elevado y tenía niveles de afrontamiento adecuados, de distracción, afrontamiento activo, de reinterpretación positiva, de aceptación y religiosidad; su semblante y su estado de ánimo denotaba buen

estado de salud; sus pensamientos estaban claros y su predisposición de servicio estaba puesta a órdenes de sus pacientes, agilidad, estos datos coincidieron con los resultados anotados en los test, los mismos que por respeto a la privacidad adquirida y comprometida no doy a conocer el nombre; un caso real en donde se puede observar que lo aplicado en el test iba de acuerdo a lo real; es decir, la enfermera no padecía el Síndrome de Burnout, inclusive el test GHQ28 presentaba los más bajos puntajes de las cuatro sub-escalas, denotando buen estado de salud.

Ese mismo día se evidenció un segundo caso cuando se ingreso a consulta a fin de entregar los documentos para ingreso a esta casa de salud y someterme a una cirugía; igualmente a la espera de mi turno, evidencie el retraso del médico prevista la atención a las 10h00 a.m. y llegando una hora más tarde; cuando me toco el turno, ingrese y estaban dos médicos realizando sus prácticas, me tomaron los datos, me preguntaron el motivo de la consulta y posteriormente el médico desvió el objeto de atención y platico de cosas particulares; cuando regresamos al motivo de consulta me había dado la fecha de ingreso que era para dos semanas después en vista de que el hospital no contaba con camas ni otras fechas cercanas, no podían ayudarme, me recibió los papeles y al preguntarle si podía seguir tomando la medicación que me había enviado otro profesional médico, revisó la misma y alterándose me dijo que si yo estaba tomando esa medicación que no era para la operación prevista regrese simplemente el día que estaba ya señalado, desequilibrando mi estado emocional y dejándome la duda de que si debía o no someterme a aquella operación; en este caso se evidencia que dicho profesional; tenía o tiene: sobrecarga de trabajo, no solamente atiende medicina externa sino que realiza cirugías, presenta signos de Burnout, la prevalencia de signos de extraversión y Psicoticismo, determinan un patrón de alteración de conducta; al revisar sus datos personales, pese a tener años de experiencia, es divorciado, no tiene una variación de actividades ya que en sus tiempos libres atiende en una clínica privada, no existen sistemas de distracción, por lo que su afrontamiento positivo y activo es bajo; por lo que ocasionó desconfianza e inseguridad en el paciente.

Este tema he querido dejarlo como cierre del presente capítulo determinando que los resultados de estos dos casos fueron evidenciados y confirmados en la vida práctica, por lo que considero de vital importancia manifestar que no importa que sea el mejor

cirujano o el mejor médico, si este no genera seguridad al paciente y si no se reviste de esa paciencia que necesita para atender a la gente, lo único que logramos es bajar la autoestima de quienes confiando en él buscamos ayuda profesional y lo único que encontramos son factores decepcionantes y de desesperanza para el paciente que buscando encontrar mejoría, tiene que abandonar todo el proceso para ir en busca de otro profesional que ratifique o rectifique los diagnósticos para tomar decisiones certeras que no afecten la salud ni el bienestar de las personas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

- Los profesionales médicos con Síndrome de Burnout, presentan síntomas de desgaste emocional, despersonalización y baja realización personal; siendo los factores determinantes las bajas escalas de afrontamiento y apoyo social, conjuntamente con la alteración de los patrones de conducta; generando factores de estrés y ansiedad.
- Como factor característico de la Personalidad se enmarca la extroversión en el personal médico y de enfermeras que no tienen el Síndrome de Burnout, y en mínima escala se observa la sinceridad.
- El mayor porcentaje en la distribución de escalas de apoyo social de los médicos y enfermeras que no tienen el Síndrome del Burnout, está determinado en el amor y cariño, en las redes sociales y apoyo emocional.
- De los médicos entrevistados doce fueron de género masculino y tres de género femenino, lo que determina que son pocas las mujeres que ocupan cargos en estas áreas, en el personal de enfermeras todas son de género femenino.
- Falta de espacios de intercomunicación, recreación y actos culturales que permitan la integración y comunicación idónea de los médicos y enfermeras del Hospital "Luis G. Dávila" de la ciudad de Tulcán.
- No existen médicos especialistas, así como también espacios físicos que permitan al paciente tener una sala de espera adecuada hasta el momento de su atención.

RECOMENDACIONES

- Fuera del horario de trabajo, realizar deporte regularmente que ayude a eliminar el estrés o buscar otros sistemas distractores que ayuden a mejorar o eliminar el problema como: estudio, pasatiempos, familia, organizar: camping, pesca, caminatas; ya que es una buena alternativa de solución: para revitalizar el cuerpo y la mente, y para combatir los temidos síntomas del "Burnout.
- Otras medidas preventivas que ayudan a evitar o minimizar el padecimiento del Síndrome de Burnout serán: practicar yoga, capacitación a nivel de autoestima y motivación en el trabajo, la musicoterapia, las técnicas de relajación y meditación, son las acciones que mayor impacto han tenido en el manejo del estrés en las personas.
- Buscar la ayuda profesional de un psicólogo y realizar terapias personales o grupales que ayuden a mejorar los sistemas de estrés y convivencia.
- Realizar otras actividades alternas fuera de la jornada laboral. Hay que tener tiempo para cada actividad, manteniendo un equilibrio con otras actividades como el estudio, pasatiempos, familia, entre otros; como organizar: camping, pesca, salir a bailar, caminatas, y otras actividades más.
- Solucionar los problemas, no dejar pasar los conflictos, hay que afrontarlos de la manera más activa o más pasiva, decidiendo que es lo mejor del caso, tanto en el área laboral como personal (mantener un dialogo abierto y permanente).
- Cuidar la dieta, conviene comer sanamente, evitando las comidas que sobrecargan a nuestro organismo con pesadas digestiones u otras consecuencias negativas a corto, mediano o largo plazo. Cabe destacar que se debe utilizar el tiempo de comer como momento de descanso y ruptura con nuestras actividades laborales.

- Descansar, dormir lo suficiente, en torno a las ocho horas, tomar vacaciones y fines de semana como tiempo de ocio y descanso; además de dejar los asuntos laborales en el Hospital y no permitir que formen parte hasta en nuestra comida.
- Conocer los propios límites y saber pedir ayuda oportuna, mediante la visita a un Psicólogo o Terapeuta.
- El Director deberá tomar acciones para que realice una valoración de todo el personal que labora en el Hospital “Luis G. Dávila”
- El Director del Hospital Luis G. Dávila, deberá realizar las gestiones pertinentes ante los organismos seccionales, a fin de que se incrementen las partidas presupuestarias y se vaya ampliando tanto la infraestructura física, como las áreas de especialidad que tanta falta hacen en nuestra ciudad.

BIBLIOGRAFIA

LIBROS

- Albar Marín MJ, et al. Apoyo social, características socio demográficas y Burnout en enfermeras y auxiliares de hospital, pág. 27
- Bandura, A. (1987); Pensamiento y Acción: Fundamentos sociales ; Barcelona. Ed. Martínez Roca
- Charles G. Morris y Otro: Psicología, “Trastornos Psicosomáticos”, pág. 502, Ed. Pearson, Duodécima Ed., México, 2005.
- Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.
- Ortega Ruíz y López Ríos, *Burnout* en profesionales sanitarios, págs. 140-142
- T, Faura: Síndrome de Burnout - Enfermería, Grupo de Alto Riesgo, Rol de Enfermería, 1990, vol. 10, pp. 53-56.

CITAS ELECTRONICAS

- Revista de Posgrado del 18 a V la Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006, pág. 18
- Psicología y Salud, Vol. 15, Número 2: págs. 211 y 212, julio-diciembre 2005.
- Revista Panorama Administrativo , Año 1, No. 2, págs.: 194-195, enero-junio 2007.
- Revista de Psicología de la Universidad de Chile, pág. 3, vol. XIV, No. 001, redalyc.uaemex.mx/pdf/264/26414107.pdf

- Revista Científica Electrónica de Psicología, Peiró, J. (1986); Psicología de la Organización, (Vol. 1), Madrid, ICSa-UAEH, No.2, pp. 90-91.

ARTICULOS

- Alonso Fernández María Dolores, 05/05/2008, Prevención y Detección del Síndrome de Burnout en los Profesionales Sanitarios, Ref: PDT-ART13MAD-0508, pp. 1- 3, Recuperado de: [www.nexgrup.es / 902284600](http://www.nexgrup.es/902284600).
- Ortega Ruíz y López Ríos, Burnout en profesionales sanitarios, Int J Clin Health Psychol, Vol. 4, Nº 1
- Martínez Pérez Anabella (2010), El Síndrome del Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre 2010. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Corman Borda Cindy Teresa: La Personalidad, Universidad Inca Garcilaso de la Vega, Lima-Perú, 2007
- Referencia Encarta (2009), 22/04/2009, "Patrones de conducta", Recuperado de: http://mx.encarta.msn.com/encyclopedia_961534977/Patr%C3%B3n_de_conducta.html.

PAGINAS WEB

- www.contenidos.universia.es/especiales/burn-out/causas/causas-profesorado/modelos-explicativos/index.htm
- www.bvsde.paho.org/texcom/aiepi/si-desarrollo1.pdf
- www.psicologiaparatodos.com
- www.psicologosenlinea.net/45 definición de personalidad: Publicado el **marzo 7, 2012** por **Webmaster**

ANEXOS

Contiene:

1. Carta a la Institución de Salud
2. Cuestionarios:
 - 2.1 Socio demográfico y Laboral
 - 2.2 Maslach Burnout Inventory (MBI)
 - 2.3 Salud Mental (GHC28)
 - 2.4 Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)
 - 2.5 Apoyo Social (MOS)
 - 2.6 Personalidad de Eysenck (EPQ –R)
3. Certificación de haber participado en el programa de investigación en “Identificación del Burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán, periodo 2011 - 2012”.
4. Modelo de Informe Psicológico Individual
5. Certificación de haber concluido con la Investigación por parte del Director del Hospital “Luis G. Dávila” de la ciudad de Tulcán.

ANEXO Nro. 2



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 US 2001-3000 US

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardíacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros
 indique _____ Todos los anteriores

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

¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?
 NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.1


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

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

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

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

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

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

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

Recuperado

Anexo 2. 2



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

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

Anexo 2.3.



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.4.



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

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.5.


**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**
CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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



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

CERTIFICACION

Yo,, con
cédula de identidad No., certifico haber
participado, completando los seis instrumentos, para el programa de investigación en
"Identificación del Burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este
fenómeno, en el Ecuador.", en colaboración la egresada Susana Janneth Landázuri
Rosero, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Además autorizo que mis datos sean utilizados, para el desarrollo de la tesis de pregrado
del egresado y para el programa nacional de investigación de Psicología.

Atentamente;

Firma : _____

No. De Teléfono: _____

Reg. M.S.P. : _____



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

GENERO :
EDAD :
ETNIA :
ESTADO CIVIL :
NUMERO DE HIJOS :
OCUPACION :

INFORME PSICOLOGICO

EVALUACION SOLICITADA POR: CENTRO DE INVESTIGACION Y PSICOLOGIA (CEP)

PRUEBAS APLICADAS:

TEST	CONSTRUCTO EVALUADO
1. Cuestionario de Burnout MBI	Detecta y mide la existencia de Burnout.
2. Cuestionario de Salud Mental GHC28	Detecta cambios en la salud mental del evaluado
3. Cuestionario de Personalidad EPQR-A	Identifica rasgos de personalidad
4. Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE	Tipos de respuesta ante situaciones de estrés
5. Cuestionario de Apoyo Social MOS	Identifica los diferentes tipos de apoyo social

FECHAS DE EXAMEN:

II. RESULTADOS

TEST	RESULTADO	EQUIVALENCIA
1. MBI	Agotamiento Emocional: Despersonalizacion : Realizacion Personal :	
2. GHC28		

	Síntomas Somáticos : Ansiedad e Insomnio : Disfunción Social en la actividad diaria : Depresión :	
3. EPQR-A	Neuroticismo : Extraversión : Psicoticismo : Sinceridad :	
4. BRIEF-COPE	Replanteamiento Positivo: Aceptación : Religión : Distracción : Afrontamiento Activo :	
5. MOS	Apoyo Emocional : Ayuda Material o Instrumental : Relaciones Sociales de ocio y distracción : Apoyo Afectivo Referido a expresiones de amor y cariño : Índice Global :	

III. Observaciones

IV. Síntesis y Conclusiones

V. Indicaciones

- Se sugiere que el individuo explore la posibilidad de incorporar
- Intensificar las relaciones interpersonales, familiares y sociales.
- Solicitar a la organización espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas.

Tulcán, de del 2012

Mgs. María Elizabeth Vivanco

Susana Janneth Landázuri Rosero

Docente de la Titulación de Psicología

Egresada de la Titulación de Psicología