



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACION DEL LICENCIADO EN PSICOLOGIA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el hospital Pablo Arturo Suárez y hospital Vozandes de la ciudad de Quito”.

Trabajo de fin de titulación

Autora:

Morales Males, Elsa del Carmen

Directora:

Espinoza Iñiguez, Jhon Remigio

Centro Universitario: Quito

2012

CERTIFICACIÓN

Lcdo. Jhon Espinoza
TUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

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

.....

Loja, agosto de 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Elsa Del Carmen Morales Males 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”

.....

Elsa Del Carmen Morales Males

170960426-6

AUTORÍA

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

.....

Elsa Del Carmen Morales Males.

170960426-6

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer primeramente a mi buen Dios por otorgarme el don de la vida, por ser mi guía y fortaleza, por su amor divino reflejado en el amor de mi padre que desde el cielo se ha convertido en mi ángel guardián y quien me dejó como regalo a mi madre mi ángel en la tierra. Y a ella en especial por su cariño, apoyo incondicional y amor generoso.

A mis cuatro bellos hijos por su paciencia y espera confiada.

A mi esposo amigo y compañero en este caminar.

A mis hermanos, amigos y compañeros quienes siempre estuvieron calladamente junto a mí, impulsándome para no decaer.

DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico humildemente a mi madre, ella que merece todo y que me ha dado tanto a cambio de nada y también a mi esposo Patri, a mis hijos: Patito, David, Andy y Emy, les amo con mi vida; quienes con su inmenso amor han llenado mi existir y me han empujado a hacer de este sueño una hermosa realidad.

ÍNDICE

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	4
3. MARCO TEÓRICO	8
CAPITULO 1	9
Conceptualización del Burnout.....	9
A. Definiciones del Burnout.....	9
B. Modelos explicativos del Burnout	11
I. Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio-cognitiva del Yo.....	12
I.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)	12
I.2. Modelo de Pines (1993)	13
I.3. Modelo de auto eficacia de Cherniss (1993)	13
I.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).....	13
II. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social	14
III. Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional	14
IV. Modelos de Proceso	15
C. Delimitación histórica del síndrome de Burnout.....	16
D. Poblaciones propensas al Burnout	17
E. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.....	18
F. Características, causas y consecuencias del Burnout	19
G. Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout.	23
CAPITULO 2	25
Conceptualización de las Variables de la Investigación.....	25
A. Burnout y la relación con las variables geográficas y laborales.	25
I. Variables de riesgo y protectoras.	25
II. Motivación y satisfacción laboral	30
III. Investigaciones realizadas	33
B. El Burnout y la relación con la salud.....	34
I. Definiciones de salud.....	34
II. Síntomas somáticos.....	36
III. Ansiedad e insomnio.....	36
IV. Disfunción social en la actividad diaria.....	39

V. Tipos de Depresión.....	40
VI. Investigaciones realizadas	42
C. El Burnout y el afrontamiento	45
I. Definición de afrontamiento.....	45
II. Teorías de afrontamiento	46
III. Estrategias de Afrontamiento	46
IV. Investigaciones realizadas	49
D. El Burnout y la relación con el apoyo social.....	50
I. Definición de apoyo Social	50
II. Modelos Explicativos del apoyo Social.....	50
III. Apoyo Social Percibido	52
IV. Apoyo Social Estructural	53
V. Investigaciones realizadas	53
E. El Burnout y la relación con la Personalidad.....	54
I. Definición de personalidad	54
II. Tipos de personalidad	55
III. Patrones de conducta	57
IV. Locus de control.....	58
V. Investigaciones realizadas	58
4. METODOLOGIA	61
A. Diseño de Investigación	62
Objetivo General.....	62
Objetivos Específicos	62
B. Participantes	63
C. Instrumentos	63
D. Recolección de datos.....	65
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	67
A. Cuestionario Socio Demográfico y Social	68
Médicos sin Burnout	68
Enfermeros(as) sin Burnout	87
Enfermeros(as) con Burnout.....	107
B. Cuestionario MBI.....	126
a. Médicos sin Burnout.....	126

b.	Enfermeros(as) sin Burnout	127
c.	Enfermeros(as) con Burnout	129
C.	Cuestionario de Salud General (GHQ-28)	130
a.	Médicos sin Burnout.....	130
b.	Enfermeros(as) sin Burnout	132
c.	Enfermeros(as) con Burnout	133
D.	Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	135
a.	Médicos sin Burnout.....	135
b.	Enfermeros(as) sin Burnout	136
c.	Enfermeros(as) con Burnout	137
E.	Cuestionario de Apoyo Social.....	138
a.	Médicos sin Burnout.....	138
b.	Enfermeros(as) sin Burnout	139
c.	Enfermeros(as) con Burnout	140
F.	CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A) V2.xlsx	141
	Médicos sin Burnout	141
	Enfermeras sin Burnout.....	141
	Enfermeros (as) con Burnout.....	142
6.	DISCUSIÓN DE RESULTADOS	143
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	153
	CONCLUSIONES.....	154
	RECOMENDACIONES	156
8.	BIBLIOGRAFIA.....	158
9.	ANEXOS.....	166

1. RESUMEN

RESUMEN

Este trabajo de investigación forma parte del Proyecto Nacional de investigación planteado por el Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja. Se llevó a cabo en los Hospitales Pablo Arturo Suarez y Voz Andes en Quito, aplicado a una población de quince médicos y quince enfermeras para identificar en ellos la prevalencia del Síndrome de Burnout y factores relacionados con este fenómeno.

La investigación es cuantitativa, no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva; utilizando seis instrumentos (cuestionarios) de investigación: Socio-demográfico-laboral, Maslach Burnout Inventory (MBI), Salud Mental General-Health Questionnaire (GHC28), Escala multidimensional evaluadora de Estilos de Afrontamiento (BRIEF COPE), MOS de Apoyo Social, y; finalmente el de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Posteriormente se procedió a tabular y analizar resultados de los que se concluye: El síndrome de Burnout no se presenta en los médicos, por los buenos mecanismos de afrontamiento que poseen; no así en las enfermeras quienes presentan el síndrome (20%), determinado por altos nivel de agotamiento emocional y despersonalización, relacionado a un bajo apoyo social, sentimientos negativos y de culpabilidad en el trato con sus pacientes.

ABSTRACT

This research is part of the National Research Project proposed by the Department of Psychology at the Universidad Técnica Particular de Loja University. It was carried out in Quito at the Pablo Arturo Suarez and Vozandes Hospital; it was applied to a population of fifteen doctors and fifteen nurses to identify in them the Burnout syndrome prevalence and factors related to this phenomenon.

The research is quantitative, not experimental, transversal, exploratory and descriptive, using six instruments (questionnaires): Socio-demographic and labor, Maslach Burnout Inventory (MBI), Mental Health-General Health Questionnaire (GHC28), Multidimensional Scale evaluator Ways of Coping (Brief COPE), MOS Social Support, and, finally, the Eysenck Personality (EPQR-A).

Then we proceeded to tabulate and analyze the results of which conclude: Burnout syndrome is not present in the doctors, thanks to the capacity to confront problems that they have, however, in the nurses the syndrome (20%) is determined by high levels of emotional exhaustion and depersonalization, that is related to low social support, negative feelings and guilt in dealing with their patients.

2. INTRODUCCIÓN

El fuego inicial de entusiasmo, dedicación y compromiso con el éxito se ha quemado (burned out), dejando detrás las brasas humeantes del agotamiento, cinismo e ineficacia.” (Maslach, 2009, p. 37).

El avance tecnológico, la cultura de mejorar la calidad de vida laboral y la exigencia de productividad a llevado a consecuencias de impacto en la salud física y psicológica de los trabajadores, según referencias emitidas por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el estrés ocupa un lugar importante en nuestra vida cotidiana y puede considerarse según Varela et al (2001) como el mal de nuestra civilización; además de ser la causa inmediata a los accidentes y la aparición de enfermedades laborales; considerándose al estrés laboral como una enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo, perjudicando la producción al afectar la salud física y mental de los trabajadores en los últimos años.

Se trata por tanto de un síndrome con connotaciones afectivas negativas hacia las personas con las que se trabaja y hacia el rol profesional, así como por la experiencia de encontrarse emocionalmente agotado.

En Estados Unidos el valor estimado del estrés ocupacional es de \$150 billones de dólares al año, en Reino Unido se calcula que el costo del estrés asciende cada año hasta un 10% como consecuencia de las enfermedades, rotación del personal y muerte prematura.

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

Así también, se dice que un 10% de trabajadores en los países industrializados sufre depresión, ansiedad, estrés o cansancio; corroborándose a través de estudios que los profesionales que trabajan en unidades de alta demanda física y psicológica, como en unidades de urgencia, oncología, presentaron niveles más elevados de Burnout. (Rodríguez, A, et al, 2008).

Para Iberoamérica se conoce que la relación de prevalencia de Burnout entre médicos residentes fue: 14,9% en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay. México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador presentaron prevalencias entre el 2,5% y 5,9%. De acuerdo a sus profesiones Medicina tuvo un índice de 12,1%, Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el Burnout predominaba en aquellos que trabajan en urgencias (17%) e internistas (15,5%).(Grau Armand, 2007) quienes mantienen un contacto permanente con aspectos tan sensibles para las personas como son: la muerte, el dolor y la incertidumbre, derivadas de enfermedades entre las cuales resaltan las crónicas y las limitantes y/o de riesgo para la vida. (Rivera, A.M.1997).

Desde un enfoque psicosocial en la década de 1980, la psicóloga social Cristina Maslach, estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de "Sobrecarga emocional" o síndrome de Burnout (quemado). (López Elizalde, 2004) , retoma el término utilizado por Freudenberg para definir el "Síndrome de Burnout", y conceptualiza a este fenómeno como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y despersonalización, definiéndolo también como *"una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional y distanciamiento emocional "* (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001).

Las respuestas ante el Burnout aparecen cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que los profesionales de la salud suelen utilizar. (Gil Monte y Peiro, 1997), esta patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada laboral incluye sensación de fracaso profesional y de interrelación con sus pacientes. Reacciona a estas situaciones con sentimientos de desilusión (para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales), fracaso, baja autoestima y agotamiento emocional. Ante estos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como nuevas formas de afrontamiento.

El síndrome de quemarse por el trabajo es entonces un paso intermedio entre el estrés y consecuencias del estrés, de manera que si es permanente a lo largo del tiempo tendrá consecuencias nocivas para el individuo y la organización.

Con estos antecedentes, la UTPL diseñó una metodología de trabajo que permitió conocer la realidad ecuatoriana respecto del Burnout en el ámbito de los profesionales de la salud. Se parte pues con un acercamiento a las instituciones de salud planteándoles se incluyan en el Programa de Investigación, consiguiendo el apoyo de los hospitales: Pablo Arturo Suarez y Voz Andes de la ciudad de Quito, eligiendo al azar una población total de 30 profesionales entre médicos y enfermeras, a quienes se aplicó los cuestionarios que: pertinentemente asociados a cada unos de los objetivos de la investigación, evaluados técnicamente y analizados objetivamente; han proporcionado resultados alentadores, ya que tan solo el 10% de la población total, que corresponde al 20% del segmento de enfermeros(as) presentan el síndrome..

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

Conceptualización del Burnout

*“La mayor recompensa de nuestro trabajo no es lo que nos pagan por él,
sino aquello en lo que nos convierte”
John Ruskin*

A. Definiciones del Burnout

En cuanto al significado podemos mencionar que han pasado dos décadas en que muchos autores e investigadores puedan dar una definición clara y unánime aceptada del Burnout, como bien dice: Francisco Alcantud de la Universidad de Valencia, el Burnout es un “nuevo nombre para un viejo problema” (Bosqued Marisa, 2008).

Se habla también de que este término era frecuentemente usado por los deportistas cuando se consideraba que vivían situaciones en las que en contra de las expectativas favorables los atletas no podían obtener los resultados esperados por más que se prepararan y esforzaran por conseguirlo.

La primera definición que se refiere a un cuadro de desgaste profesional fue escrito por vez primera en 1974 por el psiquiatra Herbert Freudenberger en Estados Unidos, quien trabajaba para una clínica de toxicómanos como voluntario y pudo observar en sus compañeros la ilusión de los primeros días y ganas de cambiar el mundo y entrega altruista y que al pasar el tiempo al contacto con la realidad del mundo de la droga esas ilusiones se iban perdiendo por el trabajo que realizaban y se denotaba en ellos como menciona Bosqued Marisa (2008): trastornos emocionales como progresiva pérdida de energía (cansancio), desmotivación por el trabajo, menor sensibilidad y compasión con los pacientes, trato distanciado y frío y culpabilizándolos por los problemas que ahora ellos padecían, síntomas de ansiedad y depresión. Y que Freudenberger denominó a este conjunto de síntomas “Burnout”.

Su definición reagrupaba diversas manifestaciones de tensión que se daban en personas **"adictas al trabajo"**: "Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada

que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador" (Universia, 2012).

Otras concepciones han surgido desde entonces en diferentes países y momentos; en 1976, la psicóloga Cristina Maslach utilizó el término Burnout, determinando así que los afectados sufrían "sobrecarga emocional" o síndrome de Burnout y lo definió como "síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que puede ocurrir entre individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas", que luego lo considerara como un proceso de estrés crónico por contacto y lo definiría como un síndrome tridimensional aceptado por la comunidad científica (Maslach y Jackson 1981), ellos desarrollaron este concepto sustentando sus dimensiones características anteriormente mencionadas así: cansancio emocional (pérdida de recursos emocionales para afrontar el trabajo), despersonalización (desarrollo de actitudes negativas y cinismo hacia los receptores del servicio), y disminución de la realización personal (tendencia a evaluar el propio trabajo de una forma negativa con baja autoestima profesional).

Mientras más se han ampliado los estudios sobre este síndrome han emergido otras definiciones con muchas similitudes, mencionaremos los autores más importantes: Cherniss en el año 1980, Burke para 1987, Pines Aronson y Kafry en 1988.

Pedro Gil-Monte menciona que es: una respuesta al estrés laboral crónico que tiene gran influencia en los profesionales del sector de servicios cuyo trabajo es hacia personas. Se caracteriza por deterioro cognitivo, experiencia de desgaste psicológico, actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización. (Gil Monte, P. 2005).

Hay otros conceptos que incluyen matices distintos:

Edelwich y Brodsky (1980), que lo definen "como una` pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo". En esta misma línea en 1984 Brill lo conceptualiza como: estado disfuncional, disfórico relacionado con el trabajo de una persona que no padece alteración psicopatológica mayor, pero que en el ámbito de

rendimiento objetivo y satisfacción personal ya no funciona como antes. Que ya no puede ayudarse a sí mismo y precisa ayuda externa. (González, Correales, R, 2004).

B. Modelos explicativos del Burnout

La preocupación y la necesidad de dar respuesta a la calidad de vida laboral y el bienestar psicológico han dado lugar a establecer diferentes modelos teóricos que entiendan y expliquen el proceso de esta patología e identificar las causas de este fenómeno (etiología), como respuesta al estrés laboral crónico y que asocian una serie de variables tomadas en cuenta como antecedentes y consecuentes, que discuten por que el individuo llega a sentirse “quemado”.

A pesar de que el síndrome de Burnout surge con Freudenberg en 1974, en un ambiente clínico, hasta el momento se han dado dos perspectivas, la clínica y la psicosocial (GilMonte/Peiró, 1997).

Siguiendo las líneas de estos autores la perspectiva clínica argumenta que el Burnout es un estado mental negativo con una experiencia resultante de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral. al que se llega como consecuencia del estrés laboral. Y, desde una perspectiva psicosocial, se considera al estrés como un proceso resultante de la interacción de las características del entorno laboral y las características personal, con situaciones de experiencias irreversibles como pueden ser el abandono del trabajo y hasta de la profesión.

El considerar el síndrome del Burnout como estado supone una serie de conductas y sentimientos asociados al estrés laboral, y el considerarlo como proceso asume una serie de etapas con diferentes fases que a su vez tienen diferente sintomatología esto ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes-consecuentes, y distintos factores implicados dando lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Así daremos realce a los más importantes dentro de la investigación centrándose en el síndrome como proceso.

I. Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio-cognitiva del Yo.

Estos modelos conocidos también como comprensivos elaborados desde la teoría socio-cognitiva del Yo, tiene como causas importantes: 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza, auto eficacia y auto concepto del sujeto. (Gil-Monte, P.2001).

Así el sujeto actúa de filtro de sus propias percepciones por lo que los mismos hechos no son estresantes para todos los individuos, el que un profesional se "queme" va a depender de su forma de entender la relación con los pacientes a los cuales da servicio. El ideal de actuación sería un "interés distante", es decir habría de mantener un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional. Todo lo que se aleje de esto va a suponer una excesiva identificación o bien, un comportamiento distanciado.

Ambas posturas, junto con las de asumir toda la responsabilidad de la relación o por contra, considerar que no se tiene ninguna, son formas diferentes de enfrentarse a la realidad que pueden contribuir al desgaste profesional. (Álvarez, Gallego. E, 1991).

I.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Este autor mantiene una perspectiva socio-cognitiva se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia percibida" como función del Síndrome Burnout (SB), este explica que gran parte de los individuos que trabajan en profesiones de servicios de asistencia tienen un sentimiento elevado de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo encuentran una serie de circunstancias que serán de ayuda o de barrera y determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de auto eficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB.

I.2. Modelo de Pines (1993)

Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout se da cuando el sujeto busca sentido existencial en su trabajo por medio de tareas de labor humanitaria y fracasa en su labor. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome. Por lo tanto, el SB lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas y que luego el resultado será un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

I.3. Modelo de auto eficacia de Cherniss (1993)

Para Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout. Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

I.4. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Thompson y sus colaboradores destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. Se plantea que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora, esta estrategia serían las conductas de despersonalización que tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales. (Martínez. P, Anabela, 2010)

II. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

En estos modelos se plantea que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales actúa el proceso de comparación social, en donde se percibe falta de equidad o de ganancia, es decir los sujetos creen aportar más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout. Esto se entiende como una inversión de recursos... para luego no ser recuperables es decir no recibe lo que espera.

Hay dos modelos que se destacan y son el modelo de comparación social de Bunk y Schaufeli (1993), en un estudio que realizaron en aparición de Burnout en enfermeras pudieron determinar tres fuentes de estrés relacionados entre sí: incertidumbre (falta de claridad en cómo actuar); percepción de equidad (cuanto se da y cuanto se recibe); falta de control (posibilidad de controlar sus acciones laborales). Suelen no buscar apoyo en sus compañeros por catalogar su autoestima baja e incompetencia.

III. Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional

Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. (Gil-Monte, P, 2001), incluyen variables de contexto laboral que a la vez van a ser influyentes en las actitudes negativas del sujeto y las estrategias de afrontamiento que los mismos utilizan.

Dentro de las variables tenemos: las funciones del rol, el apoyo social percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional.

Se destacan aquí tres modelos importantes y son: Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988) propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. (Martínez, P, A, 2010); el Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), en donde se menciona que el síndrome se da en profesionales humanitarios y como rasgo característico imperantes el agotamiento emocional, la despersonalización la estrategia de afrontamiento y la baja realización personal el resultado de la evaluación este estrés. Y finalmente el Modelo de Winnubst

(1993), en donde Martínez (2010) menciona que el apoyo social en interrelación con la cultura organizacional es la variable predominante para prevenir o disminuir los niveles de Burnout.

IV. Modelos de Proceso

Una gran mayoría de investigaciones se han centrado en el Burnout como proceso, valorando el nivel sintomático y generando expectativas en relación a su intervención; así tenemos: Modelo tridimensional del MBI-HSS, con Maslach y - Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), quienes consideran los aspectos cognitivos deteriorados (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización), considerando como síntoma del SB la despersonalización.

El Modelo de Edelwich y Brodsky (1980) indica que Burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración) (Japcy Margarita, 2007).

El Modelo de Price y Murphy (1984) El Burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, y subraya la importancia del deterioro emocional con la aparición de desgaste emocional y sentimientos de culpa. Y por último el Modelo de Gil Monte (2005) que se identifica baja ilusión por el trabajo, pero no presentan sentimientos de culpa. Y la otra sintomatología que identifica casos clínicos más deteriorados con sentimiento de culpa.

Se puede resumir que la mayoría de autores han estructurado la etiología del Burnout bajo las siguientes características: El desgaste profesional deja de ser una condición estática para transformarse en un proceso continuo, como respuesta de estrés laboral crónico, los trabajadores en riesgo son aquellos que han comenzado su carrera con altruismo a los servicios humanos, profesiones de ayuda, (enfermería). Tiene como componentes principales el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal, las consecuencias son muy serias no solo para el afectado sino para la organización de la cual depende con respuestas de absentismo laboral, desmotivación, e ineficacia en el trabajo.

C. Delimitación histórica del síndrome de Burnout

Podemos decir que este síndrome ha sido estudiado por más de 30 años e inicialmente se puede considerar que su origen se deriva de la novela de Graham Greene (1961) quien utilizó este término para designarla a un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión, luego este término fue utilizado en el campo deportivo y artístico para caracterizar la situación en donde el sujeto no llegaba a cumplir con las expectativas que se había planteado, pese al esfuerzo realizado. Fuera de este contexto fue utilizado clínicamente por primera vez por Herbert Freudenberger (1974) quien observa un deterioro en el desempeño de las actividades asistenciales en un grupo de jóvenes voluntarios con toxicómanos, en 1976 la psicóloga social Christina Maslach después de algunas investigaciones dio a conocer públicamente este término en el congreso anual de la asociación americana de psicólogos (APA), refiriéndose a los trabajadores de servicios humanos que después de meses o años de dedicación acababan quemándose. Pines y Kafry (1978) hablan de una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Spaniol y Caputo (1979) definieron el Burnout como el síndrome derivado de la falta de capacidad para afrontar las demandas laborales o personales. Edelwich y Brodsky (1980) plantean una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo. (Carlin, Maicon, 2010)

Por su parte, Freudenberger (1980) describe un estado de fatiga o frustración dado por la devoción a una causa, modo de vida o relación que no produce la recompensa deseada. Cherniss (1980) desde otra perspectiva, lo muestra como un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, Maslach y Jackson (1981) más tarde lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva experiencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional.

Así el Burnout se presenta como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal.

Más tarde, después de los 80, surgen muchos libros y artículos en donde se planteaban multitud de modelos explicativos, se proponen ideas de intervención con varias formas de corroborar sus evidencias por medio de cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos (Maslach, 1999). A principios de los 80, el fenómeno Burnout es casi exclusivamente estudiado en EEUU, poco a poco se incorporan a su estudio países como Canadá y Gran Bretaña, hasta el momento actual, en el que podemos encontrar estudios por todo el mundo. (Moriana Juan.Antonio, 2005)

La mayoría de los estudios dirigen más su atención sobre factores relacionados directamente con el trabajo (organización) que con otro tipo de variables.

D. Poblaciones propensas al Burnout

El Burnout puede afectar a toda persona que se desempeña en funciones que exigen, entrega idealismo, servicio, compromiso. Esta mayoría de profesionales inician su carrera no solo pensando en sus beneficios económicos a corto plazo que pueden obtener de su salario sino, tienen otras expectativas de desarrollo personal y de éxito, podemos mencionar aquí sobre todo a quienes trabajan en áreas de servicio social y de ayuda a otras personas queriendo contribuir positivamente en el mejoramiento de aquellos a quienes sirven, como: trabajadores sociales, psicólogos, maestros, enfermeras, médicos, abogados, etc., muchas veces estas expectativas se convierten en el origen de sus fracasos como profesionales.

De acuerdo con Herbert J.Freudenberger (1974) las personas que dedican su servicio a favor de los otros (asistencia) están propensas a caer en un estado de fatiga o frustración respecto a su devoción a una causa, forma de vida o relación, que ha fracasado en producir los resultados esperados. Es una especie de estrés avanzado un desgastarse, sentirse exhausto por demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, al cual le dio el nombre de Burnout. (Grajales, Tevni, 2008)

De esta opinión es Bernardo Moreno, de la Universidad Autónoma de Madrid, quien indica que el Burnout afecta a estas profesiones asistenciales, y, de entre ellas, a dos: la docencia y la asistencia a víctimas. (Corsi, Jorge. 2000)

El Burnout también afecta de manera diferente a mujeres y hombres. Según diversos estudios, las mujeres presentan una serie de características relacionadas con el trabajo que las predisponen al síndrome: por ejemplo, presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos entre la familia y el trabajo, entre otras. Maslach y Jackson (las que establecieron la tridimensionalidad del Burnout y creadoras del test Maslach Burnout Inventory) precisan que las mujeres son más propensas que los hombres a la dimensión de agotamiento emocional. Los hombres, por su parte, son más proclives a la dimensión de despersonalización. (Torres, Carmen, 2001, Agenda Salud)

E. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout

Como habíamos mencionado anteriormente el Burnout no es un proceso estático sino, continuo desarrollándose secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales en diferentes etapas, la sintomatología ha variado mucho de una persona a otra por esas discrepancias hay una gran variedad de modelos procesuales, como lo menciona Marisa Bosqued 2008, el progreso del síndrome no es igual para todas las personas, de manera que no todos los profesionales que entran en un proceso de Burnout siguen el mismo proceso evolutivo.

Sin embargo dentro de los más destacados tenemos:

Edelwich y Brodsky distinguen cuatro fases en el desarrollo del Burnout este proceso se puede apreciar desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral, a través de cuatro etapas diferenciadas (Gil-Monte. R, y Peiró, J.M. (1997):

- a. Fase de entusiasmo: S dan altas expectativas y gran entusiasmo, sin limitar sacrificios, ni tiempo, ni energía.
- b. Fase de estancamiento: Por incumplimiento de las expectativas hechas se da un aletargamiento de las actividades, habiendo un desequilibrio entre lo ofrecido y la recompensa.
- c. Fase de frustración: Constituye el inicio en sí del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación,

en esta fase se puede notar frustración, desmotivación, aparecen cuestionamientos sobre la tarea laboral, parece ya no dar sentido a las cosas, se irrita fácilmente y crea conflictos en el grupo.

- d. Fase de apatía: o núcleo central de la instauración del síndrome, se identifica en esta fase indiferencia y falta de interés con un sentimiento de vacío total destacándose el retiro absoluto del individuo, (mecanismo de defensa para evitar el daño emocional) producto de episodios sucesivos de frustración y desilusión. Aquí aparecen marcadamente desmotivación, desilusión, hastío, cinismo.
- e. Fase de quemado: toca fondo y se manifiestan colapsos cognitivos y emocionales con importantes consecuencias de salud. Suspender las actividades laborales provocando insatisfacción y frustración.

F. Características, causas y consecuencias del Burnout

Este síndrome se identifica al presentar las **características del estrés** junto con molestias o síntomas físicos que llevan a un desgaste aun mayor. Aquellas características físicas son dolores de cabeza, insomnio, mareos dolores musculares, manchas o alteraciones de pigmentos en la piel, trastornos digestivos, circulatorios y respiratorios, como también variaciones en el peso (bajas de peso). Entre las características importantes esta el fuerte sentimiento hacia la tarea y a la vez la impotencia hacia la realización de la misma ya que el sujeto se siente cansado, desilusionado.

Además, se considera a la agitación mental como otra característica se refiere a un comportamiento desordenado ante el objetivo de finalizar una labor sea como sea, esto genera confusión de una persona sometida a tensiones que aunque capaz de resolver se sienta abrumado e incapaz de hacerlo.

Según Marisa Bosqued (2005), manifiesta que las características que permiten identificar al síndrome se resumen en:

- Agotamiento emocional: fatiga, pérdida de energía con disminución de los recursos emocionales

- Despersonalización: actitudes de insensibilidad y deshumanización con reacciones negativas, inclusive de cinismo frente a los receptores del servicio prestado por el trabajador.
- Baja realización personal: frustración por la forma de realizar el propio trabajo y por los resultados obtenidos que tienden a evaluarse de manera negativa e ineficaz.

Entre **las causas** tenemos que para la aparición del síndrome hay dos factores influyentes de manera decisiva y son:

- Las características propias del entorno laboral y las condiciones de trabajo: Es la empresa la que debe organizar y controlar el trabajo con organigramas, horarios, turnos, etc. Son ellos quienes deben pautar el desenvolvimiento sostén de los trabajadores y no ser elemento de presión. La mayor causa de estrés ocurre cuando se da un ambiente de trabajo tenso, con un modelo de autoridad vertical tenso, no se puede tomar decisiones y no hay sentimiento de equipo.
- También influyen las características individuales Según Maslach y Jackson el deseo de destacar y obtener resultados brillantes puede caer en estados de ansiedad y frustración. La vida privada del trabajador también influye en el desarrollo del síndrome. Las personas más vulnerables al síndrome son las más sensibles al auto exigencia, con baja tolerancia al fracaso, perfeccionistas, controladoras de todo; así, desarrollan el sentimiento de indispensabilidad laboral y son muy ambiciosos.

Todo esto se acentúa si el trabajador reúne alguna o varias de estas características:

- Si no tiene una preparación adecuada si las expectativas respecto a su trabajo sean muy altas.
- Si tiene dificultades para pedir ayuda a los compañeros.
- Cuando no comparte las ideas del grupo de trabajo o la empresa.

- Ante los sentimientos de miedo o culpa cuando no ha cumplido algo que debería haber hecho.
- Siempre que con su pareja o familia no sea capaz de compartir las preocupaciones o miedos que le acarrea su vida laboral.
- Descanso insuficiente
- Deseo de querer cambiar de trabajo y no encontrar otro

A nivel del Área de Salud podemos mencionar las siguientes causas:

La primera causa de estrés es la atención al paciente, más aun al paciente crítico, así como también la satisfacción laboral. El sufrimiento o estrés profesional que se identifica en la interacción con las angustias del enfermo y de sus familiares, se reactivan también sus conflictos propios y la frustración de su visión diagnóstico-terapéutica con respecto al dolor del paciente. También se menciona la edad, ya que los primeros años son los más idealistas y altruistas propensos a desarrollar el síndrome, para después más bien entender que no las recompensas personales, materiales no siempre son las esperadas.

Según el sexo sería principalmente el de las mujeres, el más propenso por su diversificación de actividades y roles. El estado civil también es influyente, parece ser que las solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal, y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o tienen parejas estables.

El horario laboral puede conllevar para algunos la presencia del Burnout, igualmente el tiempo de servicio. Parecería extraño pero a más años de trabajo, menos presentación de Burnout, también parece haber una relación entre el síndrome y sobrecarga laboral, salarios bajos y burocratización excesiva.

Consecuencias

El estar expuestos a diversos estresores crónicos ha provocado severos problemas de salud. Las consecuencias del Burnout pueden situarse en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización (Gil-Monte, P. R, 1997)

2.1. Dentro de las consecuencias para el individuo podemos establecer cinco grandes categorías:

a) De carácter emocional (Índices emocionales) y están consideradas dentro de la salud psicológica; así podremos decir la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, soledad, impotencia, sentimientos de alienación etc.

b) Índices actitudinales o conductuales el desarrollo de actitudes negativas como: cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia, agresividad, aislamiento del individuo, cambios bruscos de humor, enfado frecuente, gritar con frecuencia, irritabilidad.

d) Los síntomas cognitivos no han sido muy estudiados pero sin de gran importancia ya que son el comienzo del desarrollo del síndrome con características como pérdida de valores, de creatividad, desvalorización personal y autocrítica.

e) Consecuencias que inciden en la salud física (alteraciones físicas, psicósomáticas) Cansancio hasta el agotamiento y malestar general, así fatiga crónica. Alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc. (Martínez, A., 2010)

2. 2. Respecto a las consecuencias que para la organización tiene el que sus individuos se vean afectados de forma significativa por el síndrome de quemarse se pueden citar los siguientes índices: en el ámbito laboral (alteraciones conductuales) la consecuencia ha sido la despersonalización con las siguientes características: deterioro de la calidad asistencial, baja satisfacción laboral, pérdida de acción proactiva, absentismo laboral elevado, tendencia al abandono del puesto y/o de la organización, disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales, aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores y, por supuesto, una disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales, aumento de conductas violentas, deterioro en la calidad de servicios en la organización, abuso de barbitúricos y estimulantes.

G. Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout.

El estrés laboral es la variable principal de la ansiedad del médico, estos niveles de estrés y satisfacción laboral influyen directamente sobre la salud psicológica y física del mismo en este caso, y si este se intensifica pasaría a ser lo que llamamos Síndrome de Burnout y bajo investigaciones se puede decir que afecta a un 10 y 20% de los médicos con una sintomatología depresiva-ansiosa, agravada con problemas somáticos psíquicos y uso de drogas y alcohol.

La prevención y tratamiento se aborda mejor desde una triple perspectiva (Gil-Monte y Peiro 1997):

1. Estrategias individuales: En el **trabajo personal** se debe tomar en cuenta las actitudes y aptitudes del sujeto dentro de un proceso de adaptación de las expectativas iniciales y la realidad que se impone, tratando a su vez de manejar un equilibrio, entre objetivos que se plantean y lo más valioso de la profesión: los valores humanos. Ser más realistas mantener la ilusión sin caer en el escepticismo.

Podemos citar como medidas o estrategias preventivas: aquellas que están estrechamente ligadas a la calidad de vida física, social y laboral. En el plano personal, es importante hacer ejercicio regularmente (el aeróbico o caminar rápidamente reduce las hormonas del estrés y mejora el ánimo), hacer ejercicios de relajación o de meditación, comer bien (incluyendo muchas frutas y vegetales), evitar el alcohol y la cafeína, dormir 7 u 8 horas regularmente.

También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcar objetivos reales factibles de conseguir.

2. Estrategias grupales: En el nivel **grupal**, interpersonal o de equipo el empleo de estrategias de prevención e intervención pretenden fomentar por parte de los compañeros el apoyo social y el trabajo en equipo que evita muchos problemas generando grupos de apoyo que serán de reflexión para tratar periódicamente las relaciones tarea-paciente, aspectos emocionales y relaciones interpersonales, es fundamental también tener tiempo libre para sí, mantener una red de amistades con

quienes compartir actividades recreativas o de simple conversación, solicitar su ayuda, facilitar espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral, fomentar la colaboración y la no competitividad.

3. Estrategias organizacionales: En el nivel **organizacional** se deben desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima laboral. En este nivel hay conceptos claros, como formación de organización y tiempo. Las intervenciones de prevención dependen en gran medida del respaldo y la decisión de la institución que estén en constante revisión de dinámicas y problemas laborales para evitar tanto gasto y pérdida económica, manteniendo ambientes de trabajo sano para desterrar el ausentismo, la baja productividad y los accidentes profesionales.

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 o de las personas, acortar distancias entre los niveles organizacionales, flexibilidad horaria, apoyo a la formación., aumentar el grado de independencia de los trabajadores.

Disminuir las fuentes de estrés en el trabajo no es fácil. Para él "la premisa fundamental pasará, indudablemente, por una correcta valoración y evaluación del factor o los factores estresantes, sus causas, los factores condicionantes y todas aquellas situaciones, ya sean individuales o grupales, que inciden en el conflicto". (Silpak O.1996) También opina que "es necesario que las leyes que rigen la relación entre empleadores y empleados/as cubran las necesidades físicas y psicológicas de los y las trabajadores/as para que los efectos se perciban en la situación general". Por lo pronto es importante la elaboración de programas destinados a entrenar a los y las profesionales en habilidades de comunicación, utilizar terapias a nivel cognitivo, desarrollar estrategias para enfrentar el estrés; valorar la importancia de la rotación dentro del lugar de trabajo. Al respecto, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) afirma que "las empresas que ayuden a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente de trabajo, en función de las aptitudes y aspiraciones humanas." ". (Silpak O.1996)

CAPITULO 2

Conceptualización de las Variables de la Investigación.

A. Burnout y la relación con las variables geográficas y laborales.

I. Variables de riesgo y protectoras.

Después de haber conceptualizado al Burnout como un trastorno adaptativo por un estrés crónico de tipo laboral es entonces una forma especial de estrés y tiene sus causas personales, familiares, sociales y de tipo laboral.

Podemos empezar mencionando que se han descrito varios factores de riesgo para que se desarrolle el síndrome de Burnout, entre los cuales se encuentran personas jóvenes, género femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales o sobrecarga laboral, estado civil, número de hijos, rasgos de personalidad tales como personas idealistas, optimistas, con expectativas altruistas elevadas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos. De entre todos los factores de riesgo comentados el que resulta ser más prevalente e importante es el de sobrecarga de trabajo (Gutiérrez, Guillermo, 2006)

Así, varios factores de riesgo se combinan para dar paso al desarrollo de este síndrome, podemos agrupar estas variables significativamente en dos grupos: las personales y las referentes al marco de trabajo y de la organización:

En cuanto a las variables personales tenemos: 1. Se sugiere que existe un periodo de sensibilización en que el profesional sería especialmente más proclive al síndrome y esto correspondería a los primeros años de ejercicio profesional. Se piensa entonces también en la edad del sujeto en cuanto a la cantidad de tiempo de experiencia en su profesión, cuando los años avanzan parece que se va manejando más las situaciones con seguridad y menos vulnerabilidad en el estrés laboral.

Podemos mencionar también las variables socio demográficas significativas como son el estado civil el estar casado divorciado, tener hijos, y llevar ejerciendo la profesión por un largo periodo de tiempo (13 años o más), la edad también es influenciada de entre 30 y 40 años; además la variable género es predictor para desarrollar el síndrome y es la mujer según investigaciones quien presenta mayor agotamiento emocional, frente al hombre quien sus reacciones más bien pasan al plano del cinismo. Así, lo mantienen en sus estudios Maslach y Jackson (1985), pero en el mismo año los autores Freudenberg y North publicaban su libro dedicado a las mujeres "que han atendido a todo el mundo excepto a sí mismas". Y son ellas quien según estos autores pasan a engrosar las filas de los quemados por la sobre abundancia de tareas laborales y domésticas que hacen frente y convirtiéndose así en el grupo más vulnerable.

Cabe indicar que no obstante en algunos estudios no se ha evidenciado esta relación. Sin existir tampoco acuerdo en el estado civil, algunas investigaciones según Maslach han demostrado que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las que están casadas o tienen parejas estable, como también se sugiere que la existencia de hijos puede determinar la resistencia al síndrome, y en otras investigaciones predominaron los casados y divorciados afectados por el mismo; tal vez la familia conlleva más responsabilidades.

A diferencia de lo documentado por Maslach, el apoyo de la familia es fundamental para poder sobrellevar el síndrome, parece ser que la estabilidad afectiva y el ser padre o madre, mejora el equilibrio que se requiere para solucionar situaciones conflictivas.

Se podría pensar por estas aseveraciones y por estudios recientes hay escasa asociación entre factores socio demográficos y el proceso de Burnout, a la vez es importante continuar con estas investigaciones y este proyecto podría en algo sustentar estas teorías ya expuestas.

Se podría decir también que la personalidad es una variable influyente no solo en la manifestación del síndrome sino en la predisposición a desarrollarlo, según los autores Keen (1982) Y Myers y McCaulley (1985) en el personal de servicios humanitarios (médicos, enfermeras, etc.) tienden a poseer una personalidad de tipo emocional frente a otra conocida como de tipo racional, esto hace que por esa sensibilidad inherente se

vuelquen al trato humano. Corporativista, afectivos y entusiastas. Y el otro tipo serán objetivos, prácticos, escépticos.

Estas respuestas emocionales pueden ser una fuerte causa del agotamiento profesional en estas personalidades emotivas, podemos complementar esto citando a Cherniss (1980) afirmaba que son los "activistas sociales" los que con más probabilidades pueden "quemarse". Llamaba así a aquellos sujetos que trataban de ir más en su trabajo, ofreciendo incluso ayuda individual a sus pacientes. Los calificaba de "visionarios" que tomaban su labor más como una cruzada que como una tarea para ganarse la vida. De esa forma, su vida privada quedaba reducida y supeditada a su afán transformador del mundo.

Podemos ver aquí como ese espíritu de ayuda y entrega con una visión salvífica por los pacientes crea más tendencia a estar expuesto a la evolución y manifestación del Burnout.

Se puede mencionar también las variables de entrenamiento profesional refiriéndose a la falta de preparación y formación adecuada en la práctica en escuelas y universidades lo cual viene a ser un engaño a los jóvenes profesionales en preparación, los errores más sobresalientes han sido:

- Falta de entrenamiento o practica, muchos conocimientos teóricos, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad.
- Y las variables del marco laboral y de la organización las mismas que de por si crean una sensación de bienestar o de incomodidad, y actualmente son las más estudiadas, dentro de esta se puede hablar de las variables motivacionales o intrínsecas, relacionadas al contenido del trabajo, así: autonomía o libertad que le dan al profesional para decidir por sí mismo, variedad en las ocupaciones, volumen de trabajo, significancia o importancia de su labor, promoción y desarrollo personal, estos indicadores hablan del grado en que la empresa estimula la capacidad del profesional. Y las variables extrínsecas que son físicas, sociales y organizacionales, en el campo físico se incluyen todas las condiciones ambientales de habitabilidad: ruido, luz, espacio, decoración, ventilación, etc.); la dimensión social estaría encuadrando a toda la gentes con la que el profesional se relaciona(clientes, compañeros, jefes o

supervisores) de pronto esta junto con las variables intrínsecas tienen más relación con el desgaste laboral; además, los excesivos trámites burocráticos, estructuras jerárquicas de normalización y regulación entran dentro de la dimensión organizacional.

Hemos analizado las variables en forma general; sin embargo, me parece interesante destacar estas mismas variables en el ámbito clínico a lo que podríamos anotar que:

- La atención al paciente es la primera causa de estrés laboral, originado en la identificación con la angustia del enfermo y de sus familiares, la frustración de sus perspectivas diagnóstico-terapéuticas con respecto al padecimiento del enfermo. Casi siempre el mecanismo de defensa es la desconexión afectiva, distanciamiento emocional, podemos añadir también que la actitud para enfrentar el burn out tiene que ver con la lucidez y la cultura. El médico debe estar consciente de que es “ser médico” en ese momento histórico y desde ahí desarrollar un sistema ético que le permita ayudar a los pacientes y a su vez salvaguardar su propia salud mental.

Aunque la edad no es influyente en la aparición del síndrome, pero parece tener relación los primeros años donde hay una transición y se viven expectativas idealistas, altruistas hacia la práctica diaria, aprendiendo en este tiempo que las recompensas personales, económicas y profesionales no son ni las prometidas ni las esperadas. Otro factor como ya habíamos dicho es el género, entonces la mujer médico es la más propensa a desarrollar este síndrome por sobrecarga de trabajo duplicándolo en la práctica profesional y las tareas familiares.

En cuanto al estado civil es una variable que no se puede precisar por que se dice que los médicos solteros sin hijos tienen tendencia a desarrollar el síndrome: mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización y se han comparado con aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables y puedan ser más resistentes al síndrome. Como un factor protector y de apoyo se puede mencionar a la familia la implicación de la misma y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realistas.

El horario laboral, el trabajo por turnos suele ser también un factor de riesgo sobretodo en las profesionales de enfermería. Igualmente el tiempo de experiencia y antigüedad profesional los dos primeros años como positivo para que se dé el síndrome y después de los diez años más bien se ha visto una reacción negativa al síndrome.

También la relación entre el síndrome y la sobre carga laboral lo cual provoca un deterioro en la calidad de prestaciones ofrecidas, así mismo el salario como un sinónimo de recompensa y la burocratización excesiva que muchas veces han convertido en secretarías para llenar formulismos y papeles en lugar de profesionales de la salud, además una falta de apoyo social, promoción interna e inseguridad en el trabajo.

Pero si hemos hablado de factores de riesgo podemos también mencionar factores personales moderadores o de protección que disminuyen la presentación del síndrome. Este aspecto es a lo que Gil-Monte *et al.* (1998) refieren como “estrategias de afrontamiento” y menciona, que cuando estas estrategias fallan o son inadecuadas, se puede desencadenar en la persona una serie de síntomas propios del “desgaste emocional que está viviendo”

Sin embargo queremos mencionar algunos factores de protección o afrontamiento para evitar el riesgo de contraer el Burnout:

- La edad y los años de experiencia profesional. Siendo que van a la par dan al individuo mayor seguridad restándole así vulnerabilidad al síndrome y el estrés. Se cree que es en los primeros años de ejercicio profesional con aquellos sueños y expectativas de idealismo se inicia la carrera para luego darse cuenta de una realidad distinta es así como en este periodo puede desatarse mas este síndrome. No así con personal de mayor experiencia con mayores recursos para desarrollar estrategias de afrontamiento.
- Las relaciones sociales o el apoyo social ya sea dentro o fuera de su trabajo. Se puede convertir en un factor de riesgo o protector de acuerdo a la calidad y cantidad aquí influye mucho las características personales para conseguir una adecuada red de apoyo social entre esas características esta: sociabilidad, habilidades sociales, empatía, calidez.et.

- La pertenencia al sexo femenino aquí hay mucha controversia unos como Maslach y Jackson mencionan que la mujer es capaz de sobrellevar mas adecuadamente los conflictos laborales. Pero otros sostienen que por el hecho de compatibilizar la profesión y las tareas del hogar además el cuidado de los hijos pueden padecer mas estrés que los hombres, y sin embargo pueden poseer también una mayor cantidad de estrategias de afrontamiento y manejo de crisis , algo que ellas buscan dentro de los protectores es el apoyo social.
- El aprendizaje de habilidades necesarias y posesión de estrategias adecuadas para manejar el estrés y situaciones conflictivas y así la posibilidad de disminuir el padecimiento del síndrome
- La capacidad inteligente de enfrentar los problemas de manera asertiva, en lugar de negarlos ya que así pueden permanecer ocultos y desatarse provocando quemarse profesionalmente
- Personalidad resistente y positiva capaz de interpretar los acontecimientos estresantes no como una amenaza sino como una oportunidad para aprender y seguir desarrollándose.
- La auto eficacia que es la capacidad de afrontar los retos y situaciones difíciles con una visión optimista y activa frente a las adversidades
- La tolerancia a la frustración. La mayoría de veces el desempeño laboral conlleva frustración cuando no se puede conseguir todo lo deseamos o esperamos, y esto se puede notar en personas idealistas y con sensación de poderlo todo. Es aquí donde juega un papel importante la mayor o menor capacidad para soportar la frustración.

II. Motivación y satisfacción laboral

Siendo dos factores psicosociales es importante definir lo que es la motivación laboral pudiendo citar lo que menciona Murphy: No se refiere a lo que nos permite actuar como son aptitudes y capacidades sino más bien a la fuente de energía que pone en función dichas capacidades; para MacClelland la motivación sirve para vigorizar, dirigir y seleccionar la respuesta (Rubio.R, Juan.C.,et al, 2005).

Se han planteado varias teorías de la motivación, así la teoría de Maslow basada en la resolución y superación de necesidades para alcanzar ciertos grados de motivación,

esta teoría ha sido muy criticada ya que la satisfacción de necesidades no siempre puede ser jerarquizada sino pueden ser satisfechas simultáneamente. Adams plantea la teoría de la equidad en donde manifiesta que la intensidad con la que está dispuesta a trabajar una persona es el resultado de la comparación con los esfuerzos de los demás, aquí se puede indicar que es como una relación entre las aportaciones del individuo y sus resultados y las compara con las del otro. Vroom manifiesta en su teoría de la expectativa que el individuo asume que sus rendimientos determinaran las compensaciones deseadas. Locke y Lathan en su teoría de las metas parten de que las metas son la base de la motivación y provocan la conducta, y cuando esfuerzo es necesario para alcanzar las metas: a metas más altas mayores esfuerzos (Rubio.R, Juan.C.,et al, 2005).

Existen dos tipos de motivaciones la motivación intrínseca: Surge dentro del sujeto, obedece a motivos internos y la motivación extrínseca: Se estimula desde el exterior ofreciendo recompensa.

Entendemos entonces que la motivación juega un importante papel en el impulsar al ser humano a actuar, lo que tiene su base en un conjunto de necesidades de diversa índole que el trabajador experimenta y que pueden ser satisfechas mediante su vínculo laboral.

Se ha dado muchas definiciones sobre lo que es la satisfacción laboral: Robins la define como el conjunto de actitudes generales del individuo hacia su trabajo, Muchinsky considera que es una respuesta afectiva y emocional del individuo ante determinados aspectos de su trabajo.

Además en la comunidad científica, existe consenso en señalar que la satisfacción laboral es la actitud que asume la persona ante su trabajo y que se refleja en actitudes, sentimientos, estados de ánimo y comportamientos en relación a su actividad laboral. Si la persona está satisfecha con su trabajo responderá adecuadamente a las exigencias de este; si, por el contrario, está insatisfecha no será capaz de realizar su labor con eficiencia y calidad; así, la insatisfacción laboral se refleja en todas la esferas de la vida del trabajador (García, Viamontes, D., 2010).

Con estos aportes podemos destacar que en el área de salud el origen en mayor parte del estrés se relaciona con la presión del tiempo, la mayor causa de insatisfacción se asocia a las relaciones con los pacientes y colegas. Los altos niveles de estrés ocupacional se asocian con menor satisfacción en la práctica profesional y mayores actitudes negativas hacia el sistema establecido de cuidados de salud, y una alta satisfacción laboral se relaciona con menos estresores específicos y actitudes más positivas sobre los cuidados de salud. Existe también una presión adicional en las mujeres que tienen que duplicar sus esfuerzos en su labor profesional y en el hogar. Dentro de los factores de desmotivación encontramos el aburrimiento, la falta de interés, el ausentismo, los bloqueos mentales, la falta de oportunidades en el trabajo, la falta de estímulos.

Se puede decir también que el factor remuneración es muy importante dentro del aspecto motivador, así también el clima laboral manteniendo un nivel de competencia y capacitación continua de acuerdo a las necesidades del hospital, y buenas condiciones de trabajo con comodidad y avance tecnológico.

Como fuente de satisfacción laboral tenemos seguridad y estabilidad en el empleo, reconocimiento a sus esfuerzos por parte de sus jefes y autoridades de la institución, oportunidad para demostrar habilidades creativas permitiéndoles una mayor participación en la toma de decisiones y delegación de responsabilidades.

La inestabilidad en el cargo es una de las mayores fuentes de insatisfacción laboral, seguida de bajas remuneraciones, pocas oportunidades de perfeccionamiento, deficiente disponibilidad de recursos para trabajar, distribución de horarios y turnos inadecuados, las relaciones con los jefes y autoridades poco fluidas y las políticas autoritarias de gestión (Quiroz, Rodolfo, Méndez Santiago, 1999).

Mirando así la importancia del grado de calidad de los servicios ofertados en el sistema de salud el cual está directamente relacionado con el nivel de satisfacción de los profesionales que trabajan en él y en su vinculación con la motivación.

III. Investigaciones realizadas

- *Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Merida, Venezuela, 2005* (Parada María Eugenia. et al. 2005)

Objetivo: El objetivo de la investigación fue determinar la frecuencia del síndrome de Burnout y su relación con la satisfacción laboral en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes, Métodos: la investigación es de tipo descriptivo y diseño transversal. Se utilizó una muestra de 104 trabajadores de la enfermería (83 mujeres y 21 hombres), de las áreas de hospitalización, Unidad de cuidados intensivos y emergencias obstétrica, pediátrica y de adultos, que se eligieron mediante muestreo aleatorio estratificado. Se aplicó una encuesta de variables socio demográficas; el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el cuestionario de escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall.

Resultados: los valores obtenidos fueron de 15,42–10,79 en cansancio emocional; 5,58–5,45 en despersonalización y 40,21–6,83 en realización personal. Un 6,73 presentó Burnout. Se obtuvo una media de 35,72–8,94 en satisfacción intrínseca; 30,67–9,19 en la extrínseca y 66,39–17,21 en la general.

Conclusión: Se concluye que el nivel de Burnout es bajo, aunque hay un riesgo epidemiológico alto. Existe un nivel moderado de satisfacción, dada principalmente por factores intrínsecos al trabajo. Las variables socio demográficas tienen un bajo efecto en las dimensiones del síndrome.

- *Estudio de la prevalencia del síndrome de Burnout, así como su relación con los factores socio demográficos y el estado de salud general de las diplomadas universitarias de enfermería (DUE) adscritas al área de urgencias de un hospital de tercer nivel de Barcelona* (Ibañez N., et al 2004).

Proceso: La muestra fue de 70 DUE con una edad media de 31,5 años. Los instrumentos utilizados fueron una encuesta socio demográfica, el Maslach Burnout Inventory Instrument (MBI) y el General Health Questionnaire (GHQ). Como resultado más destacado, la muestra presentó un grado medio de Burnout en las 3 sub escalas; además, ni la antigüedad profesional ni el tipo de contratación ni la unidad de especialización están relacionados con el grado de desgaste profesional. El 17,14%

de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada, y éstos se correlacionaban con el cansancio emocional y la despersonalización.

Conclusiones: Las conclusiones a que se ha llegado han sido que, de entre la población estudiada, es que el perfil epidemiológico de riesgo de padecer *Burnout* sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo.

B. El Burnout y la relación con la salud

I. Definiciones de salud

Se ha definido muchas veces a la salud: “como ausencia de enfermedad” pero es una definición no muy clara y poco eficaz ya que diferenciar entre normal y patológico y la evaluación de la sintomatología de la enfermedad es muy relativo.

Se habla también de un concepto en donde la salud se refiere un equilibrio inestable del ser humano, de su organismo biológico y de su cuerpo (entendido este como las representaciones del mismo), en relación con factores biológicos, medio ambientales, socioculturales y simbólicos, que permiten a cada ser humano además de crecer, potenciar sus posibilidades en función de sus propios intereses y de los de la sociedad en la cual se encuentra inmerso. (Tardy, Marcelo 2011)

Por esto la OMS ha definido a la salud como: “El estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (Sarría Javier. 1997), aquí esta concepción, aunque no exenta de críticas, suponía por primera vez una perspectiva positiva, en la que salud equivale a bienestar y también por primera vez se unifican las áreas física, mental y social, muchas veces equiparar salud y bienestar no es del todo exacto, plantea un concepto estático que olvida el dinamismo de la salud con distintos grados de salud y distintos grados de enfermedad y se trata más de una utopía que de una realidad ya que el bienestar absoluto físico, mental y social es probablemente algo más utópico que realmente alcanzable.

Podemos añadir que la concepción de salud se ha dado desde varias visiones de diferentes autores así, para Talcott Parsons la salud está íntima y funcionalmente relacionada con el sistema social, de acuerdo a esta visión la “salud” está dentro de las necesidades funcionales del miembro “individual” de la sociedad, para este autor la enfermedad se define en partes biológicamente y en parte socialmente ya que la “salud” es un estado de funcionamiento “normal”, no alterado por la presencia de alguna enfermedad en el individuo, para de esta manera poder ser parte integrante, “funcional”, de un sistema social.

Ferrara, sostiene que la “salud” se expresa concretamente cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos que la interacción con su mundo físico, mental y social le impone; y cuando de esa lucha logra resolver tales conflictos, aunque para ello deba respetar la situación física, mental o social en la que vivimos, modificarla de acuerdo a sus necesidades y aspiraciones.

La OMS, en su definición de salud, establecía que ésta es el estado de perfecto bienestar físico, psíquico y social, y no sólo la ausencia de lesión o enfermedad. Así aparecen dos de los elementos reseñados anteriormente: la integridad física y el bienestar y considera sólo la ausencia de lesiones y el bienestar, que el paciente se sienta bien.

Hay también otra propuesta dada por Hernán San Martín, enfatiza que el proceso Salud – enfermedad” depende en su medida, de las condiciones adaptativas del individuo con relación a su medio ambiente (frío, calor, humedad etc.).

Así también la autora Cristina Laurell manifiesta que la “salud – enfermedad”, es el resultado de la relación que los hombres establecen con la naturaleza y entre sí, esto es de la forma en que se apropian de ella y de cómo, en este proceso la transforman.

Desde estas perspectivas, la salud se formula como un evento multicausal en el que participan condiciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas.

II. Síntomas somáticos

Cuando se ha investigado la relación de estrés laboral y salud se ha podido constatar la incidencia nociva de este síndrome en la salud psicofísica del individuo y por ende en su lugar de trabajo desatándose sintomatologías psicosomáticas, que inciden obviamente en su calidad de vida y se reflejan en las actitudes y conductas de carácter negativo y a la vez pueden manifestarse sensaciones de ansiedad y angustia que puede generar un estado de inercia y luego cinismo, carencia de ilusión y entusiasmo, exagerada irritabilidad sin causa aparente y sentimientos de soledad.

En cuanto a las reacciones propiamente físicas de nuestro organismo son variadas desde sencillas o no graves hasta el desarrollo de padecimientos crónicos, las más comunes se encuentran: Temblor en manos, taquicardia, aumento en respiración, etc. Los efectos no se manifiestan en un solo nivel, tienen repercusiones tanto en el ambiente laboral, social y familiar.

Los padecimientos crónicos derivados del síndrome se han asociado las consecuencias del estrés intenso con: Hipertensión arterial sistémica, cardiopatía isquémica, trastornos gastrointestinales (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, diarrea), dolores osteomusculares especialmente dorsales, quejas psicosomáticas, pérdidas de apetito, problemas de sueño, problemas respiratorios (asma, taquipnea, catarros frecuentes), problemas inmunológicos (infecciones, alergias y alteraciones de la piel), problemas sexuales, problemas musculares (dolor a nivel cervical y lumbar, fatiga o rigidez muscular), alteraciones del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión), aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, diabetes, ácido úrico, etc.). (Santes, Ma. Del Carmen, et.al 2009).

III. Ansiedad e insomnio.

El síndrome de Burnout afecta al sujeto que la padece en su estado emocional y físico. Los indicadores más comunes son: ansiedad, tedio, depresión, cefaleas, insomnio, y alteraciones de la conducta, que en ocasiones pueden llevar a diversas adicciones como el abuso de tabaco, alcohol u otras sustancias tóxicas, todo esto como producto del

cansancio o agotamiento emocional producido por el estrés laboral en el cual el individuo se sobrecarga y agobia por las demandas emocionales de los otros, este sentimiento se acompaña de manifestaciones somáticas y psicológicas como la ansiedad y trastornos del sueño como el insomnio. Estas disfunciones emocionales provocan como hemos dicho actitudes psicológicas disfuncionales.

Además se puede mencionar que en los trabajadores de la salud hay ciertas peculiaridades como el enfrentarse al dolor humano y la muerte lo que los hace más susceptibles a sufrir el síndrome, ellos hacen suyos los problemas de salud de sus pacientes y además la sobrecarga laboral, las guardias, la competitividad, la burocracia, son una fuente importante de ansiedad. (Moreno, Jimenez, B, Sinimotti, B, 2005).

La ansiedad es una reacción natural que se produce ante la presencia de ciertas situaciones, en donde el individuo podría proveerse de otros recursos, las situaciones en las que se desencadenan las reacciones pueden tener consecuencias negativas o de amenaza y a su vez también usar varios instrumentos cognitivos (memoria, pensamiento), Fisiológicos (activación autonómica, motora regular, etc.) conductuales (evitación, alerta, etc.) esto para reducir en lo posible reacciones fuertes y más bien afrontarlas y evitar consecuencias negativas, tratando así de paliar o reducirlas.

A pesar de esto siendo así una característica adaptativa, también puede caer en la enfermedad, cuando mantiene situaciones de altos niveles de ansiedad por tiempos prolongados su bienestar psicológico puede verse alterado, su sistema inmune incapaz de defenderle, sus recursos cognitivos se reducen, la evitación de situaciones que provocan activación y temor puede afectar la vida personal, familiar, laboral y social del individuo.

La ansiedad entendida como respuesta emocional es definida por Miguel Tobal (1990) como: "Una respuesta emocional o patrón de respuestas que engloba aspectos cognitivos displacenteros de tensión y aprensión, aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo, y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser elicitada tanto por estímulos externos o situacionales como por

estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes., que son percibidos por el individuo como peligrosos o amenazantes” (Tobal M., 1990 - Pag. 310).

Los procesos emocionales pueden afectar la actividad cognitiva superior, en situaciones de emergencia o sobrecarga de rol, incluso puede no activarse un buen funcionamiento de respuesta fisiológica. Así también algunos individuos no suelen reconocer sus estados emocionales negativos como el enfado o nerviosismo y suele ocurrir que reactiva su funcionamiento fisiológico drásticamente, aparentemente suele estar tranquilo pero disminuyen sus mecanismos de defensa.

La ansiedad y el insomnio se relacionan estrechamente ya que el uno puede provocar el otro. Cuando se dan estas situaciones que inquietan o le preocupan genera en el individuo falta de descanso, el cerebro no piensa claramente y sin embargo sigue intentándolo; en este proceso puedes sufrir ataques tanto de ansiedad como de pánico. La ansiedad y el insomnio a menudo se experimentan juntos por esta razón.

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

Se puede decir que no solo el estrés es causante del síndrome sino también se presenta otro responsable como es el insomnio, este es el más común de los trastornos del sueño, tanto en la población general como en el área de médicos y enfermeras; entonces según investigaciones realizadas en grupos de pacientes del Instituto Karolinska de Estocolmo, (Rodríguez-Muñoz A., et al, 2008) tiene una gran responsabilidad en la aparición de esta enfermedad: Torbjorn Akerstedt, del Instituto Karolinska explicó a la prensa que el estrés tiene un papel decisivo en la aparición del síndrome de "estar quemado", pero no es el máximo responsable, pues se puede llevar una vida normal con las presiones laborales. Los problemas más graves aparecen con el insomnio, estos problemas se reflejaban en pacientes que dormían entre 4 o 5 horas diarias, con una profundidad del sueño el 40% inferior en individuos sanos, además se ha demostrado de manera concluyente que las mujeres tiene mayor riesgo que los hombres de padecer

insomnio esto ha tenido serias repercusiones en la calidad de vida de las personas que lo padecen, los problemas del sueño incluyen mayor riesgo de morbilidad psiquiátrica, trastornos depresivos, absentismo laboral, mal rendimiento en el trabajo, desgaste personal, cambios de humor, problemas de comportamiento, que inciden también en la calidad del trabajo asistencial y del trato a los pacientes y más gravemente consumo de drogas y alcohol. No obstante se han hecho escasos estudios sobre el insomnio entre los profesionales de la medicina, sabemos bien que los médicos se encuentran sometidos a diversos problemas relacionados con el estrés laboral, como el desgaste profesional o Burnout cuyos porcentajes elevados de prevalencia se da entre ellos. Se están haciendo investigaciones para señalar la importancia que tiene el sueño en los procesos de desgaste profesional y su papel fundamental en la recuperación del estrés.

La falta de sueño intensifica el estado y debilita la capacidad de concentración y de rendimiento

IV. Disfunción social en la actividad diaria

El Burnout produce mayor insatisfacción en el puesto de trabajo a la vez que las personas que experimentan mayores niveles del síndrome sienten una mayor disfunción social, es decir, se sienten menos útiles y con más dificultades en su vida activa y social.

Los individuos están inmersos en instituciones demasiado demandantes carentes de atención a la salud mental de su propio personal, pudiendo así desarrollar síntomas psicosomáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social en la actividad diaria y depresión que son características que identifican el estado de salud mental del sujeto.

Si hablamos de la disfunción social como medida de salud, entonces la edad también influye. Son los sujetos más jóvenes los que tienen más bienestar social, y éste disminuye hasta la edad de 40 años, y se mantiene ya constante, al menos hasta la edad de jubilación.

V. Tipos de Depresión.

La depresión es uno de los trastornos afectivos más frecuentes afecta al organismo (al cerebro), un trastorno depresivo no es lo mismo que un estado pasajero de tristeza, no indica debilidad personal, ni es una condición de la cual uno puede liberarse a voluntad y tiene influencias muy significativas en el campo biológico, psicológico y social, tiene un índice de prevalencia del 3 al 5% de la población en general.

Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses e incluso años. Sin embargo, la mayoría de las personas que padecen de depresión puede mejorar con un tratamiento adecuado.

Hay varios tipos de depresión así la depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras.

La distimia, un tipo de depresión menos grave, con síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren en el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden presentar episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

Como se puede ver desde el punto de vista de la psicopatología la depresión corresponde a los trastornos del estado de ánimo; tiene como característica principal una alteración del humor, estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en muchas actividades, según algunas investigaciones medicas la relacionan entre el síndrome de "Burnout" y la depresión tiene mayor riesgo de enfermedad cardiovascular. (Medicina Digital, 2012).

En la depresión influyen factores biológicos, genéticos, psicológicos, sin embargo el entorno también es influyente y hace que el individuo sea más susceptible, en personas en situaciones de estrés o exceso de trabajo la prevalencia es mayor, así en médicos y enfermeras.

El síndrome de Burnout se relaciona con depresión afectando la estructura personal y familiar e incide en la calidad y desempeño laboral, además se acompaña de un malestar clínico significativo, en ocasiones crónico, de deterioro social, laboral o de otras áreas de la actividad de la persona. En algunas de éstas la depresión es leve y la actividad de la persona puede parecer normal, pero a costa de un gran esfuerzo. (Trejo-Lucero. Humberto, 2011).

Generalmente, las personas portadoras del síndrome depresivo leve o moderado desconocen su situación y no en pocos casos la niegan. Muchas de éstas transitan por la vida considerando que su estado de ánimo es normal y producto de las vicisitudes de la vida diaria (depresión enmascarada).

En el estadio psicossomático suele haber dos indicadores los que advierten que detrás de la máscara física se desarrolla un proceso depresivo, es decir, una mímica que expresa ansiedad y tensión y temores de tintes hipocondríacos. Más de uno intenta narcotizarse con alcohol y medicamentos, sin con ello poder eliminar las verdaderas causas de sus dolencias.

La depresión por agotamiento es una enfermedad de naturaleza grave; sin embargo, hay que recordar que dicha enfermedad no es consecuencia del cansancio intelectual o físico excesivo, sino una consecuencia de una descompensación prolongada de los aspectos afectivos. (Marrau, María Cristina, 2009)

La depresión afecta más a las mujeres que a los hombres en una proporción de tres a una. Si esta enfermedad no es tratada a tiempo puede causar serios problemas como incremento de mortalidad debido al suicidio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) “la depresión será la primera causa de incapacidad laboral en el 2020 y la tercera causa de morbilidad, después de las enfermedades coronarias y los accidentes de tránsito. En el mundo hay 340 millones de personas con depresión” (Servin, MR.2005).

Así podemos decir también que la depresión por agotamiento es una enfermedad de naturaleza grave; sin embargo, hay que recordar que dicha enfermedad no es consecuencia del cansancio intelectual o físico excesivo, sino una consecuencia de una descompensación prolongada de los aspectos afectivos, hoy en día, la depresión por agotamiento se denomina síndrome de Burnout.

VI. Investigaciones realizadas

- *Síndrome de Burnout como factor de riesgo de depresión en médicos residentes* (Pérez Cruz, Elizabeth, 2006)

Objetivo: Identificar los factores de riesgo relacionados con la depresión y evaluar la influencia del Burnout en médicos residentes de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México.

Pacientes y método: Estudio observacional y analítico, en el cual se aplicó un cuestionario conformado por tres secciones: 1) Reactivos de factores socio demográficos y del aspecto laboral, 2) Escala auto aplicable de Zung para la depresión, y 3) Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Resultados: La frecuencia de depresión en la población general fue del 16,3% para los médicos clínicos y para los médicos quirúrgicos fue del 16,7%. El síndrome de Burnout se determinó en el 35% de los médicos y predominó en el grupo clínico. El área más afectada fue la de despersonalización fue del (25%), seguida del cansancio emocional (16,2%), el estudio mostró como factores de riesgo para la depresión junto con el síndrome de Burnout algunas enfermedades.

Conclusiones: La depresión es un trastorno que es cada vez más frecuente en la población médica y tiene repercusiones en la salud y en el desempeño laboral, este trastorno en ocasiones no se identifica; por lo tanto, es necesario realizar estudios

longitudinales que permitan llevar a cabo estrategias de prevención en los programas de residencias medicas.

- **Burnout y Salud Percibidos en una Muestra de Enfermería de Urgencias**

Objetivo: describir el nivel de desgaste profesional y estudiar su asociación con la percepción de salud general y las características de los profesionales estudiados.

Diseño: estudio descriptivo transversal.

Emplazamiento: servicio de urgencias del hospital universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia capital.

Método: se emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables socio-demográficas y laborales, el cuestionario Maslach Burnout Inventory-MBI, y el cuestionario General Health Questionnaire (GHQ-28) de Golberg.

Resultados: un 30,9% de la muestra estudiada puntúa alto en la dimensión de agotamiento emocional, un 29,1% lo hace para la dimensión de despersonalización y un 20% para la falta de realización personal en el trabajo. El 25,5% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación agotamiento emocional-salud general y, más concretamente con la escala B de síntomas de ansiedad.

Conclusiones: los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 9% de la muestra estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de Burnout. Se encontraron diferencias de género en la tendencia a las actitudes de despersonalización, siendo los sujetos de género masculino los que obtienen puntuaciones más elevadas en esta dimensión del síndrome de Burnout. Los profesionales de más de 15 años de experiencia muestran una vulnerabilidad mayor a padecer de agotamiento emocional relacionado con su trabajo. Los niveles de Burnout y salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral. (Ríos Riezques, M. I, 2008)

- **Insomnio y calidad del sueño en médicos de atención primaria: una perspectiva de género** (Rodríguez-Muñoz A., et al, 2008)

Objetivo: Se trata de explorar la prevalencia del insomnio y la calidad del sueño en una muestra de médicos de atención primaria desde una perspectiva de género.

Sujetos y métodos: Se seleccionó una muestra representativa compuesta por 240 médicos de 70 centros de atención primaria de la Comunidad de Madrid. La tasa de respuesta fue del 71,6%. El cuestionario incluía información sociodemográfica, síntomas de insomnio según los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV) y el índice de calidad del sueño de Pittsburgh (ICSP).

Resultados: El 18,8% del total de la muestra cumplió los criterios diagnósticos de insomnio del DSM-IV, con una mayor frecuencia en las mujeres (23%) comparadas con los hombres (9,6%). El mismo patrón apareció en el despertar antes de lo deseado y en el malestar diurno. La relación entre género e insomnio se confirmó mediante análisis de regresión binaria, controlando las variables socio-demográficas. Además, los resultados indicaron que las mujeres obtuvieron puntuaciones significativamente mayores que las de los hombres en el índice ICSP y en sus componentes. Una puntuación global igual o mayor de 5 en el ICSP resulta un criterio válido desde el punto de vista clínico para discriminar entre buenos y malos durmientes. Mediante este criterio, puede considerarse que el 35,4% de los médicos encuestados era mal durmiente, y es significativamente mayor el porcentaje de mujeres que cumplía dicho criterio (el 40% frente al 25,3%).

Conclusiones: Los datos indican una elevada prevalencia de las alteraciones del sueño en médicos de atención primaria, especialmente entre las mujeres.

- **Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit.** (Barraza Salas, JH., et al, 2009)

Introducción: Una de las manifestaciones comunes en los trabajadores de la salud es el estrés, este puede irse recrudeciendo poco a poco y rebasar la capacidad o los recursos del individuo para hacer frente a este fenómeno, dicha manifestación se transforma en crónica y la persona que lo padece manifiesta actitudes y sentimientos desfavorables para el mismo, ya que decae en su rendimiento, se siente agotado física y emocionalmente y las personas que le rodean sienten un trato despersonalizado para

con ellas, a este nivel ya se habla del síndrome de Burnout. Los individuos están inmersos en instituciones demasiado demandantes carentes de atención a la salud mental de su propio personal, pudiendo así desarrollar síntomas psicosomáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social en la actividad diaria y depresión que son características que identifican el estado de salud mental del sujeto.

Objetivos: Determinar la prevalencia e intensidad del Síndrome de Burnout en los médicos internos, el estado de salud mental que mantienen los médicos internos y la relación con características personales y generales.

Material y métodos: La población es de 25 médicos internos en una Institución de Seguridad Social de la Cd. De Tepic, Nayarit. Es un estudio tipo transversal, descriptivo. Se aplicó a todos aquellos internos que voluntariamente aceptaran participar. Los instrumentos de evaluación fueron: cuestionario de datos generales, escala de MBI versión corta y Cuestionario de salud general de Goldberg-GHQ28.

Resultados: La mayoría pertenecen al sexo masculino, promedio de 23 años, en un 96% son solteros, poco más de la mitad obtiene un aporte económico por parte de la Institución en la cual laboran. Las horas que laboran por turno son muy variables, revisan en promedio 20 pacientes. La mayoría considera existe una sobrecarga de trabajo y por esta se sienten presionados. Un 28% de los internos padecen probable trastorno mental y respecto al Burnout, en Agotamiento Emocional (EE) un 56% nivel alto y con nivel medio un 40%, mientras que para Baja Realización Personal (PA) un 20% obtuvo nivel alto y nivel medio un 28% con sentimiento de baja realización personal, mientras que para Despersonalización (D), un 28% manifestó un nivel alto y un 36% nivel medio.

C. El Burnout y el afrontamiento

I. Definición de afrontamiento

El afrontamiento se lo ha definido como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar, dominar o tolerar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresante. Podemos decir entonces que es un comportamiento que implica esfuerzo para resolver las situaciones

problemáticas, establecer equilibrio tratando personalmente de adaptarse al entorno o a la nueva situación.

En general, el afrontamiento ayuda a identificar los elementos que intervienen en la relación dada entre situaciones de vida estresantes y síntomas de enfermedad (Kobasa, Maddi & Kahn, 1982).

II. Teorías de afrontamiento

Podríamos hablar de dos modelos tradicionales: uno que parte de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar.

Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus - Folkman, 1986). Este modelo está más cerca de la psicología cognitiva ya que pone énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de este con su entorno.

III. Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento serían los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser extremadamente cambiantes dependiendo de las situaciones desencadenantes. Bajo las características que le dan Lazarus y Folkman (1986) al afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que resaltan dos: las que están bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo conocido como enfrentamiento directo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional, indirecto.

El tipo de afrontamiento directo dirigido al problema encierra un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: las que se refieren al entorno y las que se refieren al sujeto. Las primeras tratan de solucionar el problema definiendo el

problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), como son los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. 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, etc.

El afrontamiento indirecto 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. 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. (Martínez Pérez, Anabella, 2010.)

Pines y Kafry (1981), en un estudio sobre “estar quemado” y afrontamiento, añaden una dimensión activo/inactivo. Las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o intento de cambiar la fuente de estrés o a sí mismo, mientras que las estrategias de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de estrés por medios cognitivos o físicos. La combinación de las dos dimensiones dicotómicas generan cuatro tipos de estrategias de afrontamiento: directo/activo (cambiar la fuente de estrés o confrontación con la persona que causa el estrés), directo/inactivo (ignorar la fuente de estrés o abandonar la situación estresante), indirecto/activo (hablar sobre el estrés a otras personas que sirvan de apoyo o implicarse en otras actividades) e indirecto/inactivo (beber alcohol, tomar drogas, etc.), encontrando apoyo empírico a las cuatro categorías de afrontamiento (Pines, 1993).

En el estudio de Pines y Kafry (1981), los resultados confirmaron que las estrategias activas y directas son más efectivas en el afrontamiento del “estar quemado”, mientras que las más ineficaces fueron las estrategias Inactivas/indirectas.

Además las estrategias para la intervención deben contemplar tres niveles: (a) considerar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales, y el desarrollo de estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia (nivel individual), (b) potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (nivel grupal) y, (c) eliminar o disminuir los estresores del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome (nivel organizacional).

En el nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir

En el nivel grupal e interpersonal las estrategias pasan por fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye evaluación periódica de los profesionales y retroinformación sobre su desarrollo del rol.

Por último, en el nivel organizacional, la dirección de las organizaciones debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima de la organización. Como parte de estos programas se recomienda desarrollar programas de socialización anticipatoria, con el objetivo de acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales. También se deben desarrollar procesos de retroinformación sobre el desempeño del rol. Junto a los procesos

de retroinformación grupal e interpersonal por parte de los compañeros, se debe dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde la unidad o el servicio en el que se ubica el trabajador. Además, es conveniente implantar programas de desarrollo organizacional. El objetivo de estos programas se centra en mejorar el ambiente y el clima organizacional mediante el desarrollo de equipos de trabajo eficaces.

Otras estrategias que se pueden llevar a cabo desde el nivel organizacional son reestructurar y rediseñar del lugar de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional. (Gil Monte, P., 2001)

IV. Investigaciones realizadas

- **Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento**

El presente estudio correlacional forma parte de una investigación sobre el constructo de “estar quemado” tal y como lo entendieron inicialmente Maslach y Jackson. En este trabajo nos centramos en la relación que el constructo tiene con el afrontamiento. Se aplicó el Cuestionario de Burnout para enfermería (CBE) de Hernández, Olmedo y Fernández y el *Ways of Coping Questionnaire (WOCQ)* de Folkman y Lazarus a una muestra de personal sanitario de 222 participantes, de los cuales 187 son mujeres y 35 son varones. Los resultados de los análisis correlacionales, de regresión múltiples y los efectuados para grupos criterio (“altos” frente a “bajos” en los factores de “estar quemado”) indican pocas relaciones y de escasa magnitud entre los dos constructos, si bien estos van en la línea de trabajos previos planteándose la necesidad de recurrir a otras variables de tipo personal para explicar el fenómeno del “estar quemado”.

En el presente trabajo se quiere presentar la relación existente entre el síndrome del *Burnout*, tal y como lo entienden Maslach y Jackson (1979), y el afrontamiento, siguiendo en su redacción la propuesta de Bobenrieth (2002) sobre las normas para la revisión de artículos originales en Ciencias de la Salud. (Hernández, Zamora, Lastenia, 2003)

D. El Burnout y la relación con el apoyo social

I. Definición de apoyo Social

El apoyo social es considerado uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas, una especie de fondo al cual recurrir en caso de necesidad. La ausencia del apoyo social es en sí misma una fuente de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud y el bienestar, y tiene relaciones significativas con la depresión. (Avendaño Cecilia, et al. 2009)

La influencia que el apoyo social tiene sobre la salud es el de prevenir o disminuir las respuestas ante el estrés, ya sea de forma directa o moduladora (Cohen, 1985; Gil-Monte, 1997) a favor de la calidad de vida. Hace referencia también a las transacciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo, brindándose ayuda entre sí, satisfaciendo sus necesidades básicas, incluyéndose ciertas conductas como demostrar afecto, interés, ayuda, incluso ayuda económica, consejo, relación de empatía, visitar amigos, etc. Se podría decir entonces que apoyo social es "La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas". (Perez, Bilbao, Jesús.)

Se puede definir el apoyo social también desde diferentes perspectivas; así, apoyo social es aquel que lo aborda como "Integración social". Relaciones de calidad con sentido de identidad y pertenencia. Ayuda percibida con la percepción de que se sabe que hay en quien confiar, a quien pedir apoyo y ayuda disponible. Y por último la "actualización de tales conductas de apoyo", es decir, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue efectivo y concreto de tal apoyo.

II. Modelos Explicativos del apoyo Social

Se han propuesto dos teorías principales para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar, la primera de ellas actúa directamente sobre estas variables, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el

sujeto. El Interaccionismo simbólico (Thoits, 1985) establece tres grandes mecanismos de actuación:

1. Aumento de la percepción e identidad al desarrollarse con otras personas, desempeñando sus diferentes roles sociales.
2. Aumento en la percepción de su propia autoestima en relación a la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
3. Aumento de la percepción de control, auto eficacia, y dominio sobre el ambiente que incrementa su bienestar

Todo esto protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes, además el aumento de seguridad percibida se ve incrementado en el estado anímico del sujeto.

Así, también como el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) el apoyo social actúa sobre la evaluación primaria como secundaria, en la primera la provisión de personas como soporte ayuda a que la situación estresante se vea como menos dañina y amenazante; en cuanto, a la valoración secundaria el disponer de recursos emocionales, instrumentales y de información aumenta su percepción y capacidad de hacer frente al estrés, promoviendo conductas saludables y reduciendo reacciones negativas.

Heller y Swindle (1983) han desarrollado un modelo de apoyo social en el que se basa en el modelo de buffer pero incluye otros aspectos como: historia previa del aprendizaje, las predisposiciones temperamentales o estilos de afrontamiento, todo esto junto con la disponibilidad de apoyo de la red social, influirá en la valoración cognitiva del estrés y en sus respuestas de afrontamiento.

Lin y Ensel (1989), proponen un paradigma integrador incluyendo ambiente social, fisiológico y psicológico, cada uno de estos ámbitos viene determinado por estresores y recursos que facilitan su afrontamiento.

Hay otras teorías psico-sociales como la teoría del intercambio y la teoría original de Homans (1961) donde se incluye principios de equidad y justicia, según el cual las ganancias y refuerzos obtenidos, deben ser proporcionales a los costes y esfuerzos que se han invertido. Donde el sacrificio merece recompensa.

III. Apoyo Social Percibido

Apoyo social percibido se define como la apreciación que un individuo realiza sobre su red social, esta red se configura por los nexos de lazos interpersonales que unen al individuo con familia, amigos y otros individuos los cuales se proveen un tipo de soporte (Landeró & González, 2006; Gracia, 1997; Pernice-Duca, 2010; Milardo, 1988). Las relaciones familiares y de amistad positivas dan un soporte el cual se relaciona con la percepción subjetiva de la salud, en la promoción de estilos de vida saludable, en la prevención de enfermedades mentales, así como con los procesos de la recuperación de estas. De tal manera el estudio de la percepción de apoyo social intenta identificar los modelos que emergen de las relaciones familiares y de amistades. (Torres, G, Francisco et al. 2010)

De este modo, autores como Cassel y Cobb conceptualizan el apoyo social en términos cognitivos, tomando en consideración la dimensión subjetiva del mismo (apoyo percibido), ya que es esta percepción precisamente, la que se considera promotora de la salud. La importancia de esta distinción, radica en que algunas personas reciben apoyo y no lo perciben, y en ausencia de percepción de un apoyo disponible, éste no podrá ser utilizado. (Fernández Peña, R., 2005)

El apoyo social percibido es más importante que el recibido, ya que es el que determina el bienestar físico y psicológico del sujeto. El apoyo percibido actúa a un nivel global aumentando los sentimientos de auto valía y eficacia y por tanto, incrementa la autoconfianza a nivel general, ésta se relaciona con un mejor afrontamiento de las situaciones de distrés. Sin embargo, el apoyo recibido es bueno en momentos puntuales para experimentar distres.

IV. Apoyo Social Estructural

El apoyo social estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo. Los aspectos estructurales de las redes sociales se caracterizan por su objetividad.

Se refieren a aspectos físicos como el tamaño (número de individuos que ocupan la red es decir número de sujetos con los que mantiene contacto personal el sujeto central), complejidad (número de roles que desempeña el individuo en la red y actividades en las que se halla implicado).

Describen la existencia de los vínculos sociales de un individuo, recogiendo así todos los datos sobre sus relaciones interpersonales: estado civil, interacciones con la familia y los amigos, afiliaciones religiosas a las que pertenece.

V. Investigaciones realizadas

- **Apoyo social, características socio demográficas y *Burnout* en enfermeras y auxiliares de hospital.** (Albar Marín, María Jesús, et al, 2003)

“Este estudio explora la relación entre síndrome de *Burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y apoyo procedente de la red social: vínculos informales (familia y amigos) y vínculos del lugar de trabajo (supervisores y compañeros). Para la recogida de datos se utilizaron la Multidimensional Support Scale (Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M, 1992) y el Maslach Burnout Inventory (Maslach C, Jackson SE, 1986) en una muestra de Enfermeras de un hospital general. Se obtuvieron los siguientes resultados: *a*) el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros, y *b*) la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada a la realización personal. Para futuras investigaciones se debe considerar la importancia de valorar qué necesidades de apoyo social específicas requieren diferentes vínculos sociales y el rol que los vínculos informales tienen en la prevención del síndrome. Finalmente, se discuten algunas implicaciones que nuestros hallazgos tienen en el diseño y la implementación de programas de prevención.”

- **Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público.** (Avendaño, Cecilia, et al, 2009)

"Este artículo presenta resultados de un estudio descriptivo-correlacional que tuvo como objetivos identificar la presencia de Burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Los participantes constituyen el 71% del personal profesional y de apoyo del servicio. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presenta estrés laboral crónico o Burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional. Destaca una mayor despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes judicializados, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Por último, la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio."

E. El Burnout y la relación con la Personalidad

I. Definición de personalidad

La personalidad ha representado las características , patrones y dinámicas que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos reflejado en la conducta de cada individuo como respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás.

Es importante destacar que entre las características mencionadas se encuentra lo que en psicología se denominan rasgos (como agresividad, sumisión, sociabilidad, sensibilidad...); conjuntos de rasgos (como extroversión o introversión), y otros aspectos que las personas utilizan para describirse, como sus deseos, motivaciones, emociones, sentimientos y mecanismos para afrontar la vida.

Se cita algunas definiciones dadas por algunos autores; así: Para Eysenck, la personalidad “es la sumatoria de los patrones de conducta presentes de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente y que tienen origen y se despliegan por medio de la interacción del sector afectivo (temperamento), cognitivo, conativo (carácter) y somático (constitución)”. Asimismo, para Allport la personalidad es “una organización dinámica que actúa en el individuo conformada por sistemas psicofísicos que van a determinar los ajustes particulares al ambiente”.(Méndez, Sebastián, 2010)

Hasta hoy, Sigmund Freud, es el más influyente teórico de la personalidad, éste abrió una nueva dirección para estudiar el comportamiento humano: La personalidad es la totalidad de hechos psíquicos, y físicos de una persona, viene a ser el conjunto de características del individuo que determina una forma propia de comportamiento; está constituida por los rasgos del carácter, las propiedades del temperamento, las cualidades del intelecto, los intereses predominantes, etc.

II. Tipos de personalidad

El estudio de la personalidad puede basarse en las tipologías (definidas en función de los rasgos de un individuo: extrovertido o introvertido). Así, se habla de temperamento sanguíneo en aquellos sujetos de tono vital alegre, con capacidad para superar los problemas, adecuada tolerancia y gran adaptabilidad. Suele ser entusiastas, pero relativamente superficiales, inconstantes y volubles. Debido a su elevada seguridad y optimismo, pueden comportarse de forma poco prudente y temeraria. (Méndez, Sebastián, 2010).

- **Los flemáticos**, en cambio, son personas equilibradas, aunque pueden resultar indiferentes o escépticos. Se destacan por ser comprensivos, tolerantes y prudentes.
- **Los coléricos** son sujetos apasionados, que viven sus experiencias con profundidad y constancia. Su tenacidad y seguridad en sí mismos los lleva a irritar con facilidad, con pérdida de autocontrol e intolerancia.
- **Los melancólicos** se caracterizan por su seriedad, responsabilidad y sentido del deber. Son personas sensibles y afectuosas, con intensa vida interior. Suelen ser individuos inseguros, angustiosos, y pesimistas, con elevada susceptibilidad y desconfianza. Evitan en general las relaciones sociales y prefieren la soledad.

Existen otras clasificaciones: así, Jung propuso los conceptos de “introvertidos” (individualistas, críticos, con poca capacidad de adaptación) y “extrovertidos” (más adaptables, que actúan en razón de las circunstancias, prácticos). Algunos autores distinguen subtipos dentro de estas formas de personalidad, como los individuos intelectuales, afectivos, sensoriales o intuitivos. Otros expertos recuerdan los rasgos de la personalidad y señalan la existencia de sujetos dominantes o dependientes, seguros o inseguros, equilibrados o desequilibrados, autoritarios o tolerantes, activos y asténicos, teóricos o prácticos, impulsivos o reflexivos, altruistas o egoístas.

Según Eysenck existe varios patrones de conducta característicos y distintivos de pensamiento, emoción y acción: el patrón de conducta tipo A, tipo B, y tipo C:

- **Tipo A:** caracterizada por vivir dependiendo del distrés. Exigente, demasiado urgente, bajo límite de tolerancia a los errores. No solo se mueve rápido, sino que come de forma apresurada, habla a toda velocidad, las semanas y los días pasan a toda prisa, el estado de alarma y la impaciencia son su ecosistema. La vida es una batalla que hay que vencer, para que unos venzan otros tienen que perder. Presencia de patologías en el sistema circulatorio.
- **Tipo B:** una conducta tipo B supone un modelo de aceptación negativa, las cosas suceden, no parece que pueda hacer nada por incidir sobre los resultados de las acciones, vive la vida con pesimismo, sensación de que nada bueno ocurre. No percibe lo que tiene, sino lo que le falta. Presenta un estado de sufrimiento constante

que le lleva en ocasiones a estados depresivos, provocándose un envejecimiento mental y físico prematuro.

- **Tipo C:** La más saludable pero escasa, tiene urgencias pero es paciente, establece prioridades, disfruta de la vida, no espera ser comprendido, ayuda a otros sin esperar recompensa, es segura, no se liga a la droga del sufrimiento es optimista y comprometida.

III. Patrones de conducta

El patrón de conducta no es un rasgo de personalidad, ni una reacción puntual a una situación desafiante sino la reacción de una persona predispuesta caracterológicamente para una situación que le resulta desafiante, diferentes tipos de situaciones provocan reacciones máximas a diferentes personas.

El patrón de conducta tipo A (PCTA) engloba la acción emoción y se manifiesta en un ambiente de demandas desafiantes se atribuyen a estos sujetos conductas de impaciencia, apresuradas, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia, a si mismo, se caracteriza también por la irritabilidad, implicación y compromiso excesivo en el trabajo, gran necesidad y deseo de logro, estatus social, y lucha por el éxito. Son sujetos que se disgustan cuando su trabajo es interrumpido por otra persona, prefieren trabajar solos cuando están bajo estrés, se impacientan rápidamente cuando se retrasan. Sus conductas no favorecen a la resistencia de estrés (Corredor Marcela. Monroy Jenny, 2009).

El patrón de conducta tipo B (PCTB), contrario al tipo A, se ven mínimamente afectada no presenta hiperactividad, tiene menor reactividad fisiológica ante situaciones de estrés, estas personas realizan sus tareas y actividades con competencia, sin necesitar control ambiental.

También podemos hablar de un tipo de personalidad conocido como “personalidad resistente” que presentan actitudes protectoras ante elementos no-saludables como el

estrés y el Burnout y facilitadoras de estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. La personalidad resistente se presenta así como un componente más de una personalidad positiva favorecedora de procesos saludables.

IV. Locus de control

El locus de control se presenta como una característica relativamente estable (Rotter, 1966) que actúa como modulador de la respuesta de estrés (Peiró y Salvador, 1993). Las personas con locus interno asumen que las decisiones y acciones personales influyen en sus consecuencias, los locus de control externo consideran que dependemos del destino y/o la suerte.

Diferentes estudios han señalado que los profesionales más propensos a presentar el síndrome de Burnout con locus de control externo.

Según Gil Monte y Peiro (1997) los sujetos con locus interno perciben más control de las situaciones, con más expectativas de afrontamiento, buscan información y apoyo social, mientras que los individuos con locus externo son más propensos al desamparo y al afrontamiento centrado en la emoción

V. Investigaciones realizadas

- Se establece la relación entre el “Burnout”, la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad en 215 enfermeras de 7 hospitales en la La Paz. Se determina el nivel de confiabilidad y la validez factorial del MBI, del Minitest de los Cinco Grandes de Brody y Ehrlichman y del Cuestionario de Satisfacción Laboral de Travers y Cooper. La satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la “realización personal” negativamente con “despersonalización” y “agotamiento emocional”. La consistencia interna del MBI es óptima. El Mini test BFT no es un instrumento confiable. El cuestionario de Satisfacción Laboral posee consistencia interna adecuada. La satisfacción laboral se relaciona con el estilo de gerencia y el interés que se les da a las sugerencias. El 8% de la muestra presenta el síndrome de Burnout. (Roth, Eric, Pinto Bismarck, 2010)

- **Rasgos de personalidad y *Burnout* en médicos de familia**

Objetivo. Investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de Burnout (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria. Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Emplazamiento. Noventa y tres centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro).

Método. Encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria. Se administraron 3 cuestionarios: uno de datos socio demográficos generales, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5.

Resultados. Un 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de Burnout sin diferencia entre sexos. De éstos, un 12,4% manifestaba niveles muy altos de «quemazón» profesional. Los sujetos con criterios de Burnout obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en los rasgos de estabilidad, tensión y vigilancia y en la dimensión ansiedad.

Conclusiones. Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de Burnout. Existen algunas diferencias entre estos factores internos por sexo. (J. Cebrià et al, 2001)

- **Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (Burnout) y su relación con la personalidad**

El presente estudio forma parte de una investigación en la que los autores trabajan el constructo del Burnout (“estar quemado”), y utilizando los planteamientos de Maslach y Jackson. En este trabajo se muestra la relación que el constructo tiene con distintas variables de personalidad. La muestra está formada por personal sanitario, tanto mujeres (84,8%) como hombres (15,2%), con edades comprendidas entre los 20 y los 60 años.

Para la medida del Burnout, utilizamos el Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE), de Hernández y Olmedo, para medir la extroversión y el neuroticismo

utilizamos el E-N, de Pelechano, para medir el locus de control utilizamos el LUCAM, de Pelechano y Báguena, controlamos la variable patrón de conducta tipo A utilizando el de Bortner y, finalmente, para valorar la variable Rigidez utilizamos el cuestionario R-3 de Pelechano.

Los resultados indican la existencia de relaciones entre el neuroticismo, el locus de control externo y el patrón A con respecto a determinadas características del síndrome del “estar quemado”. No sucede lo mismo con la dimensión de extroversión ni con la variable rigidez, ninguna de ellas presenta característica alguna con respecto al síndrome. (Hernández, Lastenia, Olmedo, Encarnación, 2004).

4. METODOLOGIA

A. Diseño de Investigación

La necesidad de estudiar el agotamiento profesional está relacionada con el estudio de los procesos de estrés laboral (Gil-Monte y Peiro 1997), ya que entre los problemas de estrés ocupacional – laboral - asistencial destaca entonces el síndrome de “estar quemado” o Burnout por ser una forma de estrés laboral crónica, virulenta; que conlleva graves secuelas para los afectados (Bosqued M, 2008), constituyéndose en la actualidad un fenómeno en expansión y considerado como riesgo psicosocial emergente (Gil Monte.2005), en el cual se combinan variables de carácter individual, social y organizacional.

"Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgo psicosociales entre ellos el Burnout en el diseño de perfil de puesto. Por tal razón 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." (Ramírez, 2012). Para cubrir dicha contribución científica, sus autores han definido como objetivos de la investigación los siguientes:

Objetivo General

Identificar el nivel de Burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Pablo Arturo Suarez y Hospital Voz Andes de la ciudad de Quito - Ecuador.

Objetivos Específicos

- Identificar las variables socio demográficas y laborales de los profesionales de la salud.
- Determinar el estado actual de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer Burnout

B. Participantes

La población objeto del estudio está conformada por 15 médicos con independencia de especialidad que desempeñan sus labores en El Hospital “Pablo Aturo Suarez”, de los cuales cuatro son médicos tratantes e intensivistas pediátricos de la ciudad de Quito; y 15 enfermeras del Hospital Voz Andes de la ciudad de Quito.

C. Instrumentos

Los instrumentos que se han utilizado en este proceso de recolección de datos son:

- Un cuestionario socio demográfico y laboral con el objeto de recabar información personal y laboral de los encuestados;
- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), con el que se conocerá la existencia o no del Burnout en nuestra población objetivo. El MBI evalúa la frecuencia con la que se presentan ciertos sentimientos y pensamientos acerca del trabajo en el encuestado.
- El cuestionario de Salud mental General Health Questionnaire (GHC28) a través del cual el encuestado hace una apreciación a su estado de salud mental. “El General Health Questionnaire es una técnica elaborada por David Goldberg, en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra, en la década del 70 ...con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores, por lo cual se considera que, en realidad, lo que mide es salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el auto reporte de sintomatología física.... Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría. Algunos de los ítems fueron tomados de la Escala de Ansiedad Manifiesta de Taylor, del Inventario de Personalidad de Eysenc y del Inventario Multifacético de Personalidad de Minnesota...., Este cuestionario ha sido considerado como algunos autores como instrumento para evaluar bienestar psicológico, ... En realidad el bienestar psicológico es un determinante de la salud y a la vez un componente de ella (por eso aceptamos su inclusión en un cuestionario de salud general)” (García C., 1998).
- La escala multidimensional de evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF COPE), constando de 28 ítems, evalúa los distintos tipos de respuestas del individuo ante el estrés o situaciones difíciles. Este instrumento es el resultado de

la abreviación del COPE generada por Carver en 1997, en el que su autor incluye el factor del humor que no estaba presente en el COPE original. De este modo, son 14 sub escalas consideradas por Carver, a saber:

“1. Afrontamiento activo: Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir al estresor.

2. Planificación: Pensar acerca de cómo afrontar al estresor. Planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.

3. Apoyo instrumental: Procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.

4. Uso de apoyo emocional: Conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.

5. Auto-distracción: Concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor.

6. Desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.

7. Desconexión conductual: Reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.

8. Reinterpretación positiva: Buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.

9. Negación: Negar la realidad del suceso estresante.

10. Aceptación: Aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.

11. Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.

12. Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.

13. Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.

14. Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.” (Morán C. et al, 2010)

- El cuestionario MOS de Apoyo social fue desarrollado por Sherbourne y Cols en 1.991, contiene 20 ítems utilizados para investigar amplitud de la red social, apoyo

emocional, material o instrumental, relaciones de ocio y distracción y apoyo afectivo, que en sumatoria permite investigar el apoyo global percibido.

- Finalmente se aplicó el cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A) con 24 ítems que evalúan personalidad. “Esta es una forma abreviada del EPQR, y permite evaluar cuatro sub escalas, de las cuales tres se refieren a dimensiones de la personalidad (extraversión, neuroticismo y psicotismo) y la última evalúa la tendencia a mentir. Esta versión abreviada del cuestionario es mucho más aplicada que las otras versiones del original EPQ, por el número reducido de ítems, lo que facilita su aplicación.

En este punto es importante recalcar como se indicara en apartados anteriores que esta investigación es cuantitativa por el análisis numérico de los instrumentos evaluados, es no experimental por la observación natural de los fenómenos y su análisis sin manipulación deliberada de variables. Es transversal por analizar el nivel de una o diversas variables en un momento determinado, es exploratoria porque trata de una exploración inicial en un momento específico, y también es descriptiva ya que a través de encuestas se mide o recolecta la información para así poder inferir y/o describir sobre lo que se investiga. (Ramirez, R., 2011).

D. Recolección de datos.

Como estrategia de recolección, se hizo una revisión de las posibles instituciones de salud en la zona norte de la ciudad de Quito, escogiéndose como área de Investigación de campo al Hospital Pablo Arturo Suarez y el Hospital Vos Andes, para después de explicar en qué consiste este proyecto de investigación, solicitar al Director de Servicio de cada Institución el acceso para aplicar los instrumentos de evaluación

Surgieron algunas complicaciones, no hubo buena apertura por parte de los directivos, pero luego de insistir y explicar el objetivo de la Investigación, se logró aplicar cuestionarios definidos como instrumentos de investigación.

Por el poco tiempo disponible de los profesionales de salud, en especial con el sector de enfermeras, se les dejó los instrumentos para que los llenaran, cabe indicar que a todos los médicos se logró aplicar los instrumentos personalmente.

La aplicación de tales instrumentos / cuestionarios, básicamente se realiza para la consecución de los objetivos de la investigación, los mismos que están asociados a las preguntas de la investigación planteadas como se indican a continuación:

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

¿Que Características socio demográficas y laborales son las mas frecuentes en las personas que experimentan el Burnout.?

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

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

¿Cuales son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan Burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?

¿Cuales son los rasgos de personalidad de quienes experimentan Burnout.?

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Como resultado de la tabulación de datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos de investigación, se han generado gráficos estadísticos que reflejan la realidad de los profesionales de la salud en los Hospitales Pablo Arturo Suarez y Voz Andes de la ciudad de Quito, respecto de la prevalencia del Burnout, en los cuales se evidencia que dependiendo de la profesión la incidencia del síndrome varia por los aspectos de autovaloración y apreciación del apoyo social recibido. En este contexto, el síndrome de Burnout se hace presente en el segmento de las/los Enfermeras(os) y no lo esta en el segmento de los Médicos.

Para una mejor apreciación de los resultados de cada instrumento aplicado, se presentan las tablas y gráficos ordenadas para cada uno de los tres segmentos de la población identificados durante el proceso de investigación, los cuales son:

- Médicos sin Burnout
- Enfermeras sin Burnout y
- Enfermeras con Burnout.

A. Cuestionario Socio Demográfico y Social

Médicos sin Burnout

Distribución porcentual de la población según su género

Tabla Nro. 1		
GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	9	60
Femenino	6	40
TOTAL	15	100
Fuente: Médicos Hospital P. A. Suarez Autor: Alvarado, J (2012)		

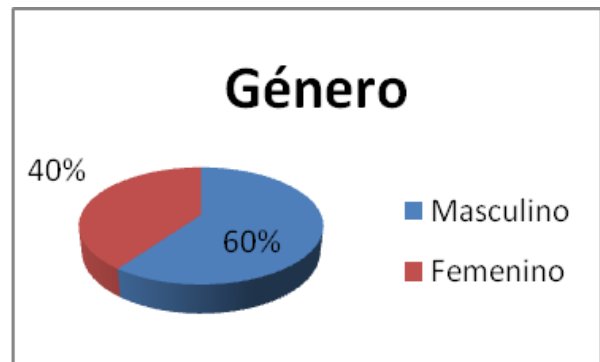


Gráfico Nro. 1

Según los datos indicados en el gráfico N°1, podemos decir que el 60% de la población encuestada es masculina y el 40% femenina.

Edad promedio de la población

Tabla Nro. 2	
PROMEDIO DE EDAD:	45,53%

Fuente: Médicos Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

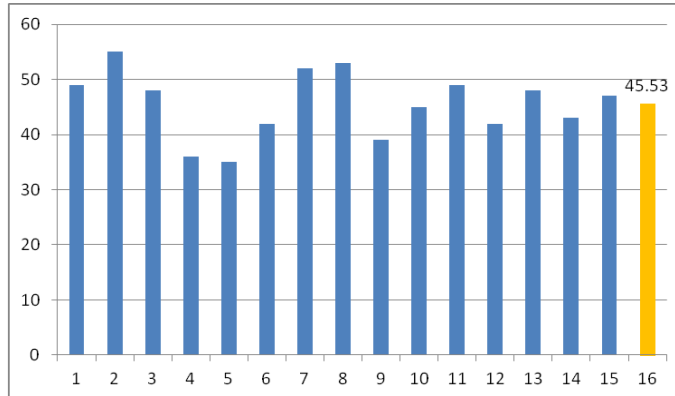


Gráfico Nro. 2

Según los datos indicados en la tabla N° 2, podemos decir que el promedio de edad de la población de enfermeros sin Burnout es de 38 años de edad

Distribución porcentual de la población según la zona de vivienda

Tabla Nro. 3		
Zona de vivienda en la que trabaja		
Nombre	Fr	%
Urbana	14	93,33
Rural	1	6,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

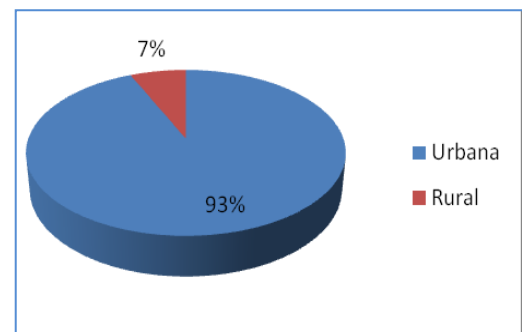


Gráfico Nro. 3

Según los datos indicados en el gráfico 3 podemos decir que el 93% trabaja en la zona urbana y el 7% en la zona rural

Distribución porcentual de la población según su grupo étnico

Tabla Nro. 4		
ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	14	93,33
Blanco	0	0,00
Afroecuatoriana	1	6,67
Indígena	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J..(2012)

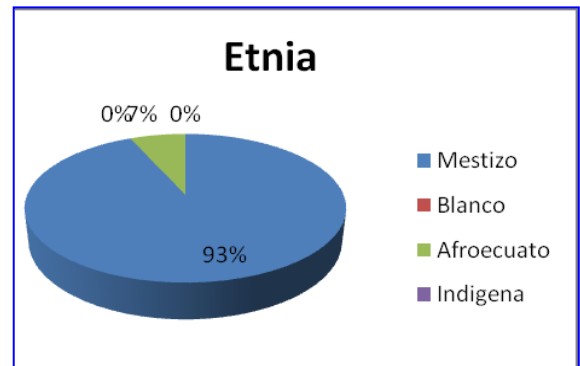


Gráfico Nro. 4

Según los datos indicados en el gráfico N°4, el 93% de la población son de raza mestiza y el 7% son de raza afro-ecuatoriana.

Distribución porcentual de la población según su estado civil

Tabla Nro. 5		
ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	0	0,00
Casado	13	86,67
Viudo	0	0,00
Divor/sepa	2	13,33
Unión libre	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

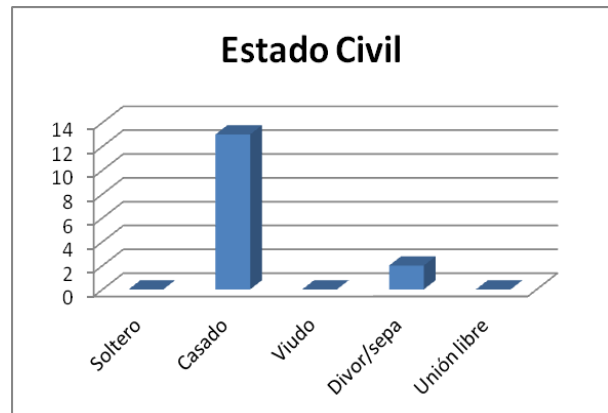


Gráfico Nro. 5

Según los datos indicados en el gráfico N° 5 se puede decir que el 87 % de la población son casados y el 13% son divorciados

Número de hijos promedio de la población

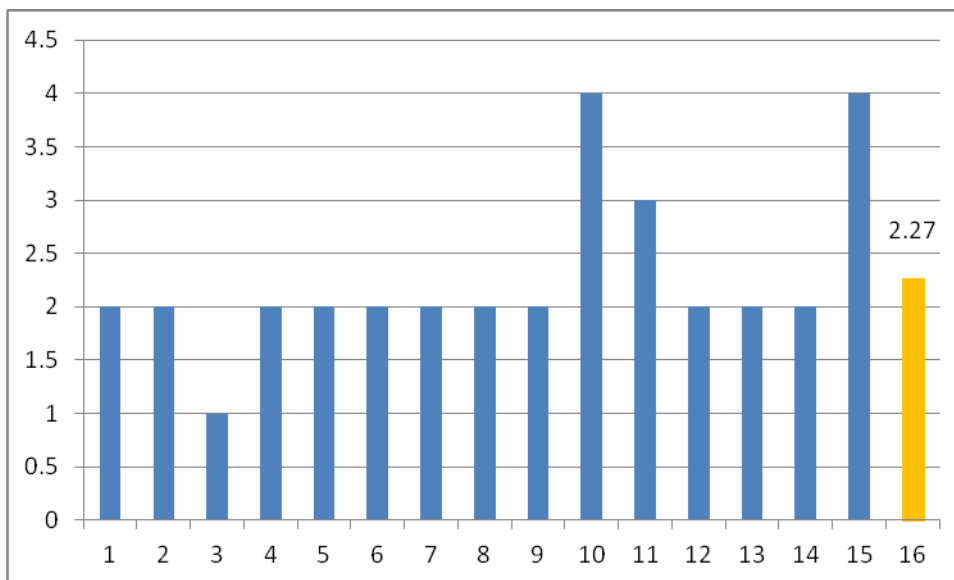


Gráfico Nro. 6

Tabla Nro. 6	
PROMEDIO DE HIJOS:	2,27 %
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez	
Autor: Alvarado, J (2012)	

Según los datos obtenidos en la Tabla 6 el promedio es de 2 hijos.

Distribución porcentual de la población según con quien vive

Tabla Nro. 7		
CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	1	6,67
Con más personas	14	93,33
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		



Gráfico Nro. 7

Según los datos del grafico N° 7 podemos observar que el 93% de la población viven con otras personas y el 7% viven solos.

Distribución porcentual de la población según su remuneración salarial

TABLA NRO. 8		
REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	2	13,33
Semanal	0	0,00
Quincenal	0	0,00
Mensual	13	86,67
No recibe	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 8

Según los datos observados en el gráfico N° 8, se puede decir que el 86% de la población recibe la remuneración salarial mensual, y el 13% de la población recibe la remuneración salarial diaria.

Distribución porcentual de la población según su valor salarial

Tabla Nro. 9		
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	0	0,00
1001 -2000	2	13,33
2001 - 3000	6	40,00
3001 - 4000	4	26,67
4001 - 5000	2	13,33
5001 - 6000	1	6,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

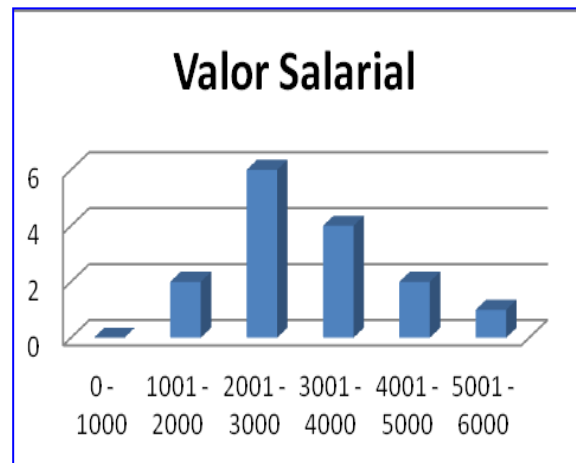


Gráfico Nro. 9

Según los datos observados en el gráfico N° 9 se puede decir que el 13% de la población recibe como valor salarial de 1001 – 2000; el 40% de la población recibe como valoración salarial de 2001 – 3000; el 27 % de la población recibe de 3001 – 4000 de valoración salarial; y el 13% de la población recibe de 4001 -5000 como valoración salarial.

Distribución porcentual de la población según años promedio de trabajo

Tabla Nro. 10	
PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	
	15,2 %
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez	
Autor: Alvarado, J (2012)	

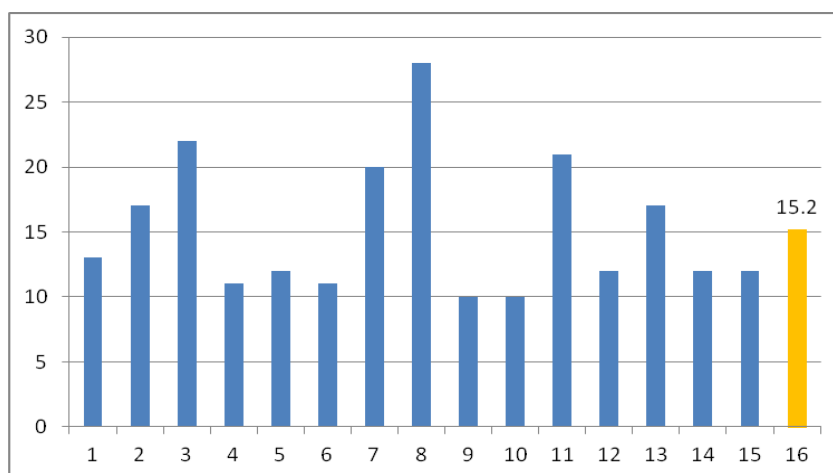


Gráfico Nro. 10

De acuerdo a los datos de la tabla N° 10 se puede decir que el promedio de los años de trabajo de la población es de 15 años.

Distribución porcentual de la población según su tipo de trabajo

Tabla Nro. 11		
TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	14	93,33
T. Parcial	1	6,67
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

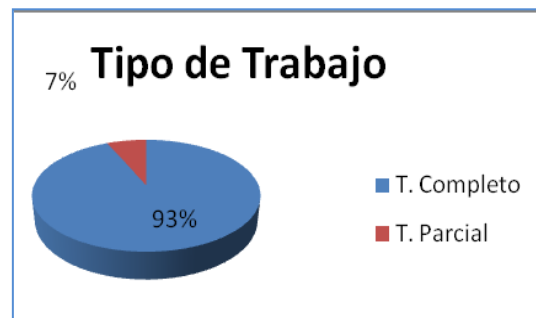


Gráfico Nro. 11

Según los datos observados en el gráfico N° 11 se puede indicar que el tipo de trabajo de la población es el 93% a tiempo completo y el 7% de la población tienen trabajo a tiempo parcial.

Distribución porcentual de la población según su sector de trabajo

Tabla Nro. 12		
SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	1	6,67
Privado	5	33,33
Ambos	9	60,00
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado,(2012)		

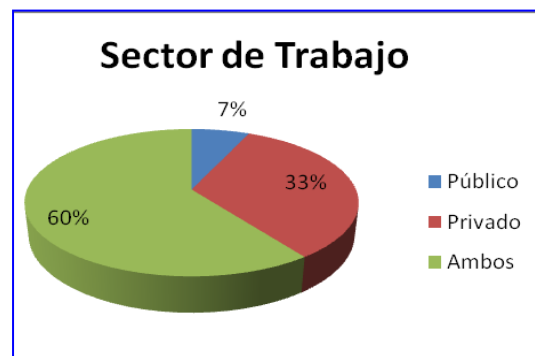


Gráfico Nro. 12

Según los datos observados se puede decir que dentro del sector de trabajo el 60% trabaja en ambos es decir en el sector público y privado; el 33% de la población trabajan en el sector privado y el 7% en el sector publico.

Distribución porcentual de la población según su tipo de contrato

Tabla Nro. 13		
TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0,00
Ocasional	2	13,33
Plazo fijo	0	0,00
Indefinido	6	40,00
Serv. Profes	6	40,00
Ninguno	1	6,67
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

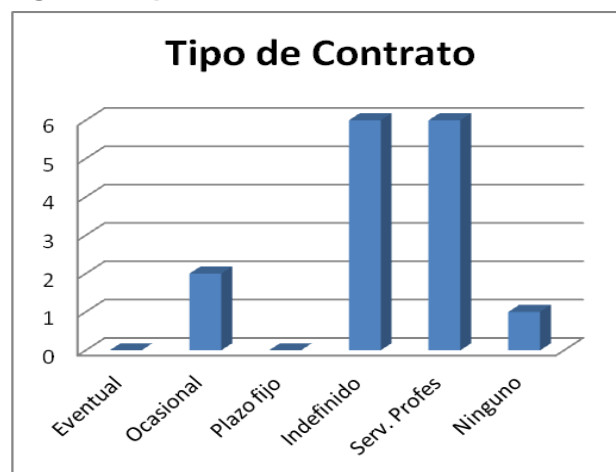


Gráfico Nro. 13

Según los datos observados en el grafico N° 13 se puede decir que de acuerdo al tipo de contrato el 40% de la población tienen servicios profesionales; el 40% de la población tienen contrato indefinido y el 13% de la población poseen contrato ocasional.

Promedio de número de trabajos

Tabla Nro. 14	
PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	2,2 %
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez	
Autor: Alvarado, J (2012)	

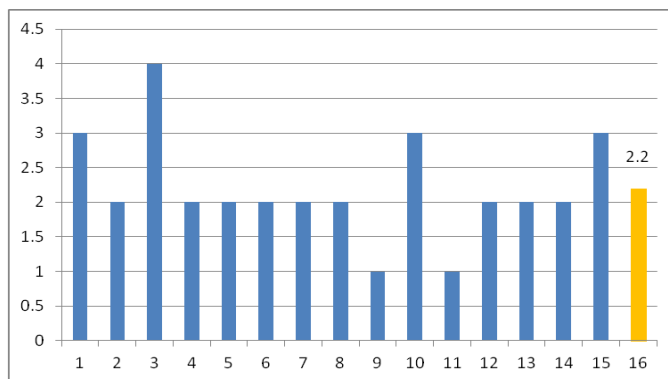


Gráfico Nro.14

De acuerdo a los datos observados en la tabla N ° 14 se puede decir que el promedio de instituciones en donde trabaja son 2

Promedio de horas de trabajo

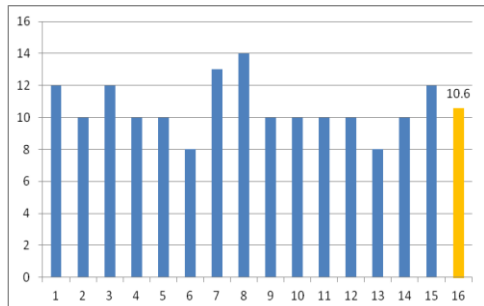


Gráfico Nro 15a

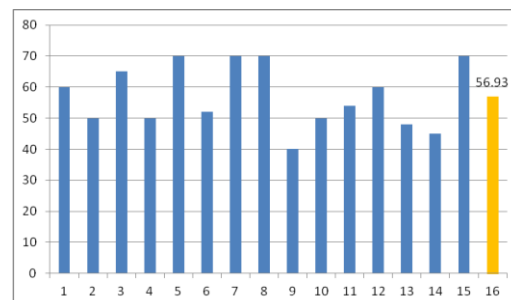


Gráfico Nro 15b

Tabla Nro. 15	
PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	10,60
SEMANALES	56,93

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

Según los datos observados en la tabla podemos decir que el promedio de horas laboradas diariamente es 11 y el promedio de horas laboradas semanalmente es 57 horas.

Distribución porcentual de la población según turnos rotativos de trabajo

Tabla Nro 16		
TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	6	21,43
Matutino	8	28,57
Nocturno	4	14,29
Fin de Sem	4	14,29
Rotativo	6	21,43
TOTAL	28	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado J,(2012)

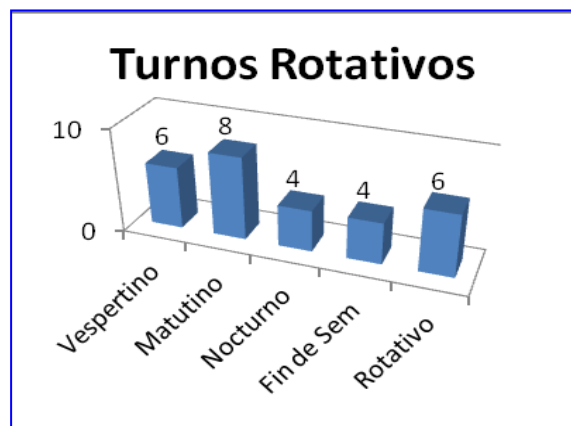


Gráfico Nro. 16

Según los datos indicados en el grafico N ° 16, podemos decir que el 29% de la población labora en turno matutino; el 21% de la población labora en turno rotativo; el 21% de la población trabaja en turno vespertino; el 14% de la población labora en turno nocturno; el otro 14% de la población labora los fines de semana.

Número de horas de guardia y frecuencia en días.

Tabla Nro. 17	
GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	13
DÍAS	9
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez Autor: Alvarado, J (2012)	

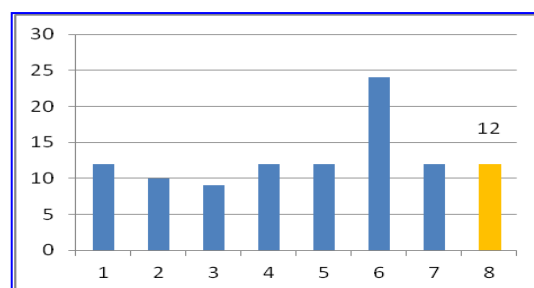


Gráfico Nro. 17

Según los datos indicados en la tabla N °17 podemos decir que el promedio de guardias nocturnas es de 13 horas cada 9 días

Tiempo dedicado a la atención de pacientes durante la jornada de trabajo

Tabla Nro. 18		
% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0,00
25%	1	6,67
25 - 50 %	0	0,00
50 - 75 %	3	20,00
75 - 100 %	11	73,33
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado,(2012)

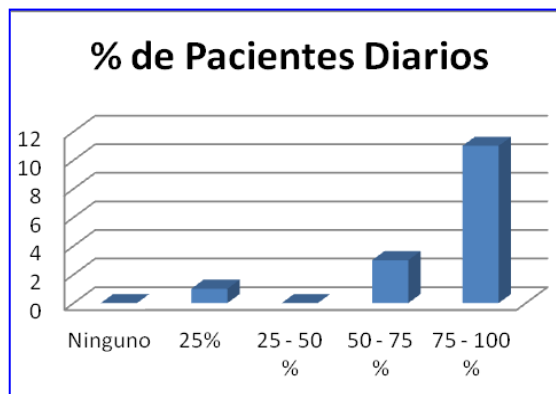


Gráfico Nro. 18

Según los datos indicados en el grafico N° 18, podemos decir que el 73 % de la población atiende del 75 % - 100 % de pacientes diariamente; el 20% de la población atiende del 50 al 75% de los pacientes; y el 7% de la población atiende al 25% de los pacientes.

Número promedio de pacientes atendidos por día

Tabla Nro. 19	
PROMEDIO DE PACIENTES	24,73
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez Autor: Alvarado, J (2012)	

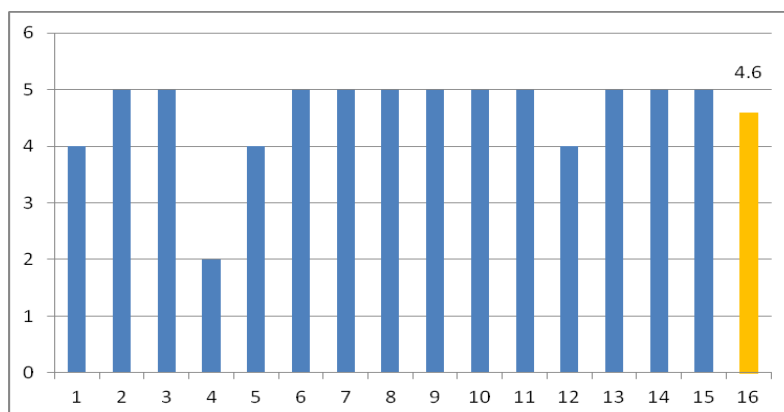


Gráfico Nro. 19

Según los datos indicados en la tabla N° 19 se puede decir que el promedio de pacientes atendidos por día son 25.

Distribución porcentual de pacientes atendidos por especialidad.

Tabla Nro. 20		
TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	3	12,50
Psiquiátricos	0	0,00
Renales	0	0,00
Quirúrgicos	3	12,50
Cardiacos	2	8,33
Neurológicos	0	0,00
Diabéticos	2	8,33
Emergencias	4	16,67
Intensivos	1	4,17
Otros	9	37,50
TOTAL	24	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

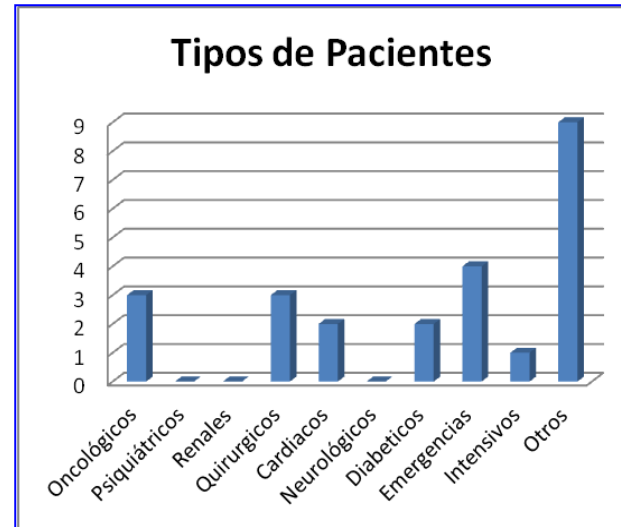


Gráfico Nro. 20

Según los datos indicados en el gráfico N° 20 podemos decir que 38% de la población atiende a otros tipos de pacientes; el 17% de la población atiende a pacientes de emergencias; el 13% de la población atienden pacientes oncológicos; el 13% atienden pacientes quirúrgicos; el 8% atienden pacientes cardiacos; el 8% atienden pacientes diabéticos y el 4% atienden pacientes intensivos.

Distribución porcentual de la población por pacientes atendidos con alto riesgo de muerte

Tabla Nro. 21		
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	8	53,33
No	7	46,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

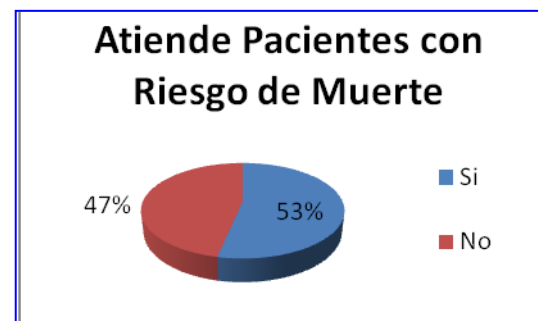


Gráfico Nro. 21

Según los datos indicados en el gráfico N° 21 podemos decir que el 53% de la población atienden pacientes con riesgo de muerte y el 47% de la población atienden pacientes sin riesgo de muerte.

Distribución porcentual de la población cuyos pacientes han fallecido.

Tabla Nro. 22		
PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	5	33,33
No	10	66,67
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

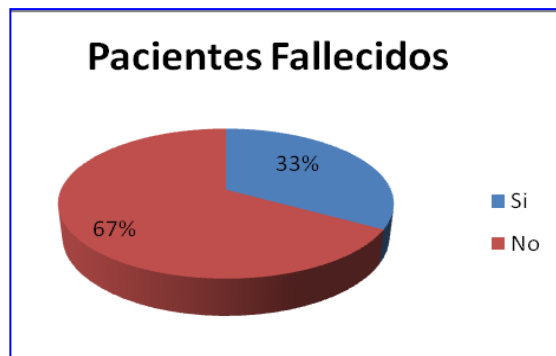


Gráfico Nro. 22

Según los datos indicados en el grafico N° 22 podemos decir que el 67% de la población los pacientes con los que se hayan relacionado NO han fallecido y el 33% de la población los pacientes con los que se han relacionado SI han fallecido.

Promedio de pacientes fallecidos

Tabla Nro. 23	
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	1,6
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez	
Autor: Alvarado, J (2012)	

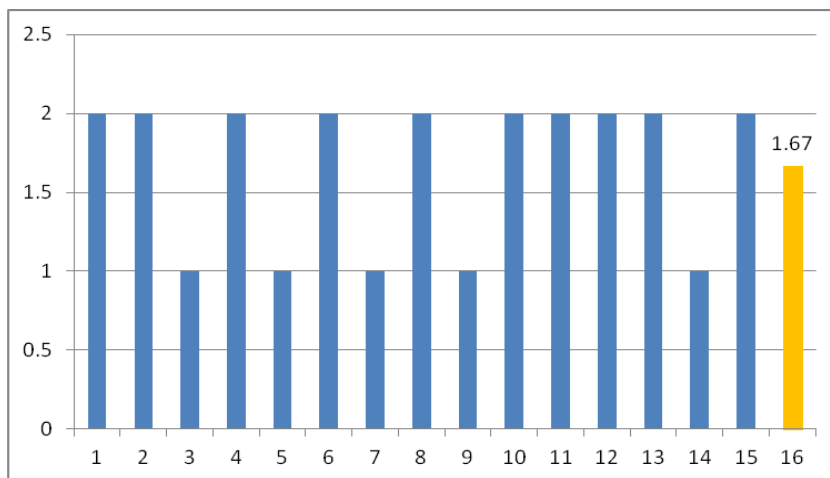


Gráfico Nro. 23

Según los datos indicados en la tabla N° 23 podemos decir que el promedio de pacientes fallecidos son 2.

Distribución porcentual de la población según recursos provistos para su trabajo

Tabla Nro. 24		
RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	5	33,33
Medianamente	4	26,67
Poco	6	40,00
Nada	0	0,00
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

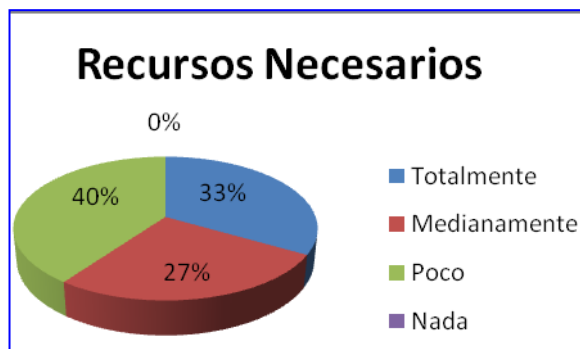


Gráfico Nro. 24

Según los datos indicados en el gráfico N° 24 podemos decir que en cuanto a que la Institución provee los recursos necesarios un 40% de la población menciona que poco; El 33% de la población menciona que totalmente y el 27% de la población menciona que medianamente.

Distribución porcentual de la población según permisos de ausentarse solicitados

Tabla Nro. 25		
PERMISOS de TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Si	8	57,1428571
No	7	42,8571429
TOTAL	15	100
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

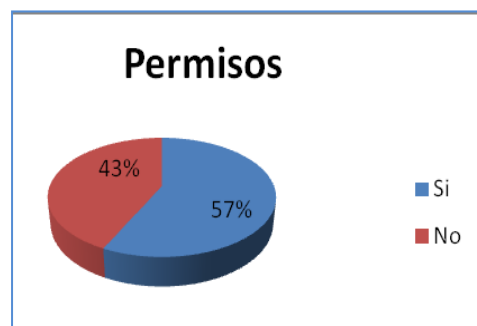


Gráfico Nro. 25

Según los datos indicados en el gráfico N° 25 podemos decir que el 57% de la población SI ha solicitado permiso y el 43% de la población NO ha solicitado permiso.

Distribución porcentual de motivo para ausentarse solicitados

Tabla Nro. 26		
CAUSAS DE PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	8	88,89
Prob. de Salud	1	11,11
Situa Famili	0	0,00
Otros	0	0,00
TOTAL	9	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
 Autor: Alvarado, J (2012)

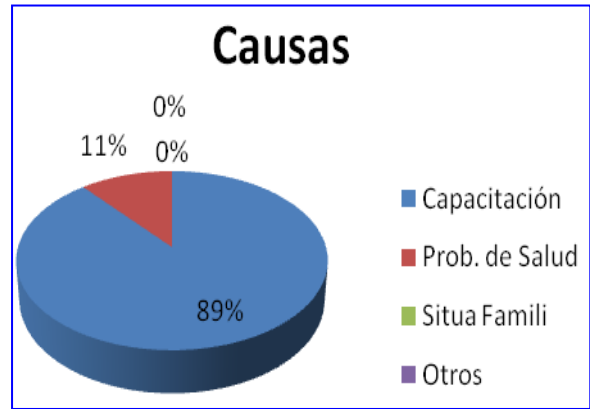


Gráfico Nro. 26

Según los datos indicados en el gráfico N° 26 podemos decir que en el caso de haber respondido afirmativamente el haber solicitado permiso las causas indicadas son: el 89% ha solicitado permiso por capacitación; el 11% por problemas de salud.

Número de Días Promedio de Permiso solicitados

Tabla Nro. 27	
PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	12,44 %

Fuente: Médicos. Hospital. P. A. Suarez
 Autor: Alvarado, J (2012)

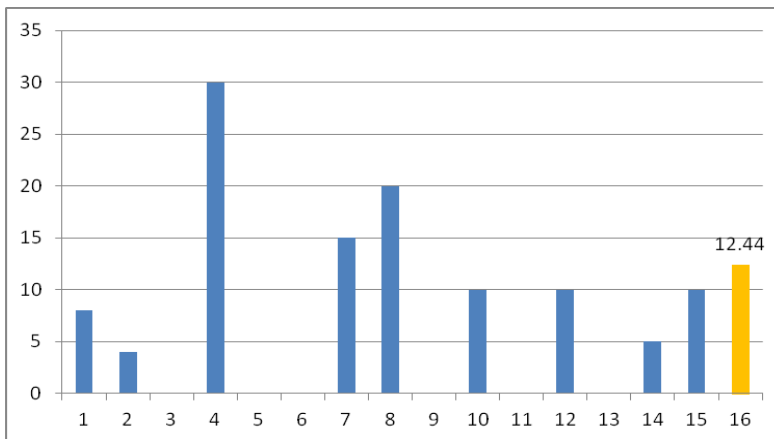


Gráfico Nro. 27

Según los datos indicados en la tabla N° 27 podemos decir que el promedio de permiso solicitado ha sido de 12.

Distribución de la población según la Valoración de sus Pacientes

Tabla Nro. 28		
VALORACIÓN de PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	6,67
Bastante	8	53,33
Totalmente	6	40,00
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

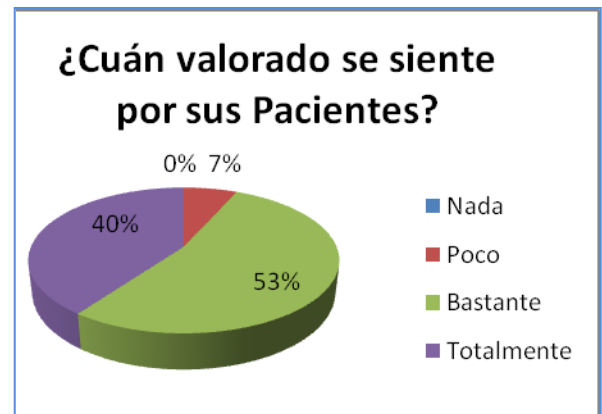


Gráfico Nro. 28

Según los datos indicados en el grafico N° 28 podemos decir que el 53% de la población se siente bastante valorado por sus pacientes: el 40% se siente totalmente valorado por sus pacientes; 7% se siente poco valorado por sus pacientes.

Distribución de la población según la Valoración de Familiares de sus Pacientes

Tabla Nro. 29		
VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	6,67
Bastante	7	46,67
Totalmente	7	46,67
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital. P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

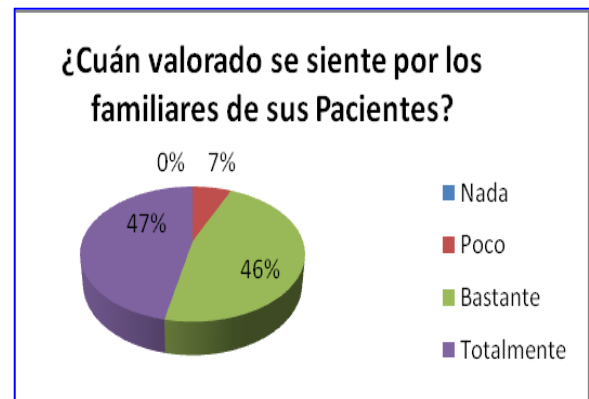


Gráfico Nro. 29

Según los datos indicados en el grafico N° 29 podemos decir que el 47% de la población se sienten totalmente valorado por los familiares de los pacientes; el 46% de la población se sienten bastante valorados por los familiares de los pacientes; el 7% de la población se sienten poco valorados por los familiares de los pacientes.

Distribución de la población según la Valoración de sus Colegas

Tabla Nro. 30		
VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	11	73,33
Totalmente	4	26,67
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

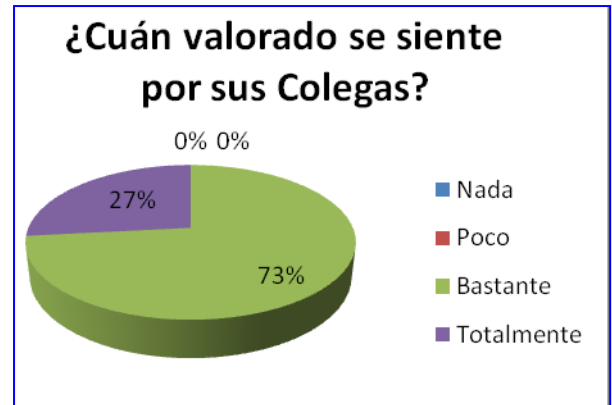


Gráfico Nro. 30

Según los datos indicados en el gráfico N° 30 podemos decir que el 73% de la población se siente bastante valorado por sus colegas; y el 27% totalmente valorado por sus pacientes.

Distribución de la población según la Valoración de Directivos de la Institución.

Tabla Nro. 31		
VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	6,67
Bastante	8	53,33
Totalmente	6	40,00
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

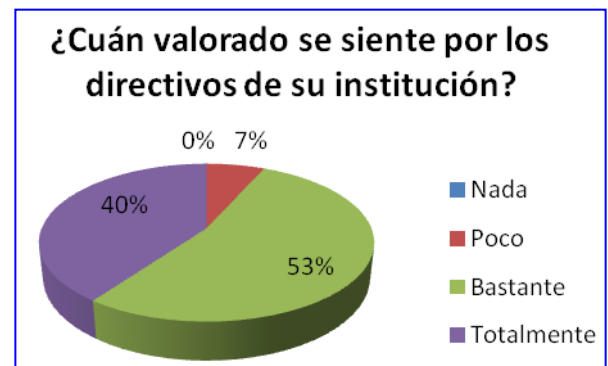


Gráfico Nro. 31

Según los datos indicados en el gráfico N° 31 podemos decir que el 53% de la población se siente Bastante valorada por los directivos de su Institución; el 40% de la población se siente totalmente valorado por los directivos de la Institución; y el 7% se siente poco valorado por los directivos de la Institución.

Distribución de la población según Satisfacción de su Trabajo

Tabla Nro. 32		
SATISFACCION CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	6,67
Totalmente	14	93,33
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 32

Según los datos indicados en el grafico N° 32 podemos decir que el 93% de la población está satisfecho totalmente con el trabajo que realiza; y el 7 % de la población está bastante satisfecho con el trabajo que realiza.

Distribución de la población según Satisfacción con la Interacción con Pacientes

Tabla Nro. 33		
INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	2	13,33
Bastante	5	33,33
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital. A. Suarez
Autor: Alvarado. J, (2012)

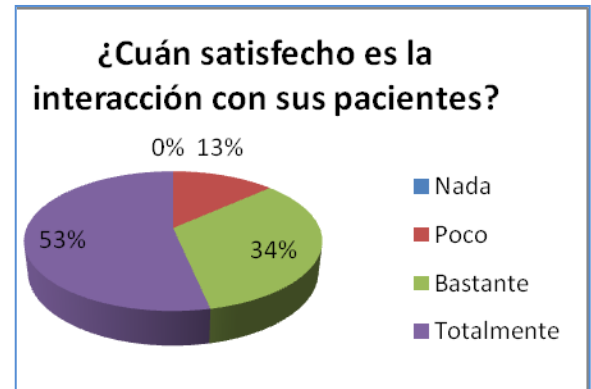


Gráfico Nro. 33

Según los datos indicados en el grafico N° 33 podemos decir que el 53% de la población está totalmente satisfecho en la interacción por sus pacientes; el 34% de la población está bastante satisfecho en la interacción con sus pacientes; y el 13% de la población está poco satisfecho en la interacción con sus pacientes.

Distribución de la población según Satisfacción con el Apoyo de Directivos

Tabla Nro. 34		
APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	2	13,33
Bastante	11	73,33
Totalmente	2	13,33
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital .P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

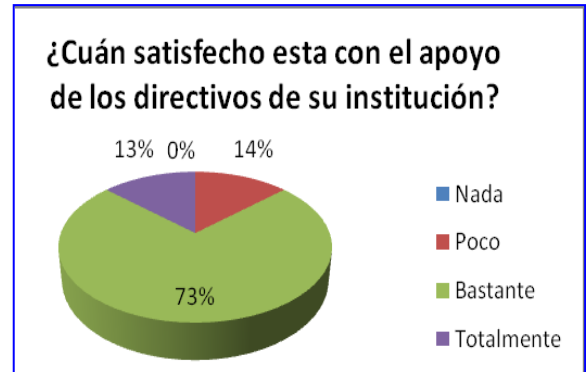


Gráfico Nro. 34

Según los datos indicados en el grafico N° 34 podemos decir que el 73% de la población está satisfecho con el apoyo de los directivos de la Institución; el 14% de la población está poco satisfecho con el apoyo de los directivos de su Institución; y el 13% de la población está totalmente satisfecho con el apoyo de los directivos de la Institución.

Distribución de la población según Satisfacción con el Apoyo de Colegas

Tabla Nro. 35		
COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	2	13,33
Bastante	7	46,67
Totalmente	6	40,00
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

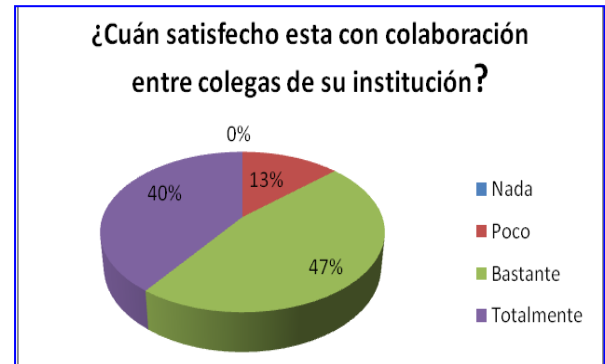


Gráfico Nro. 35

Según los datos indicados en el grafico N° 35 podemos decir que el 47% de la población está bastante satisfecho con la colaboración entre colegas de su Institución; el 40% de la población está Bastante satisfecho con la colaboración entre colegas de su Institución; y el 13% de la población está Poco satisfecho con la colaboración entre colegas de su Institución.

Distribución de la población según Satisfacción con la Experiencia Profesional

Tabla Nro. 36		
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	6,67
Bastante	5	33,33
Totalmente	9	60,00
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		



Gráfico Nro. 36

Según los datos indicados en el grafico N° 36 podemos decir que el 60% está Totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional; el 33 % de la población está Bastante satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional; y el 7% de la población está Poco satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional.

Distribución de la población según Satisfacción con su Economía

Tabla Nro. 37		
ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,33333333
Bastante	7	46,66666667
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

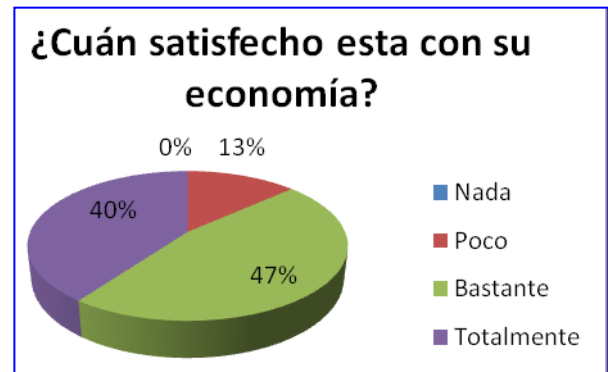


Gráfico Nro. 37

Según los datos indicados en el grafico N° 37 podemos decir que el 47% de la población está bastante satisfecho con su situación económica; el 40% de la población está totalmente satisfecho con su situación económica; y el 13% de la población está poco satisfecho con su situación económica.

Enfermeros(as) sin Burnout

Distribución porcentual de la población según su género

Tabla Nro. 38		
GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	8,33
Femenino	11	91,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

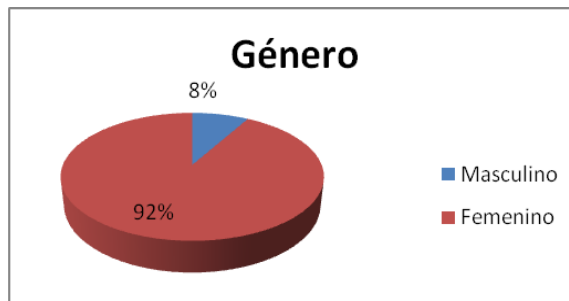


Gráfico Nro. 38

Según los datos indicados en el gráfico N° 38, podemos decir que el 92 % de la población de enfermeras sin Burnout es femenina, y el 8% de la población sin Burnout es masculina.

Edad promedio de la población

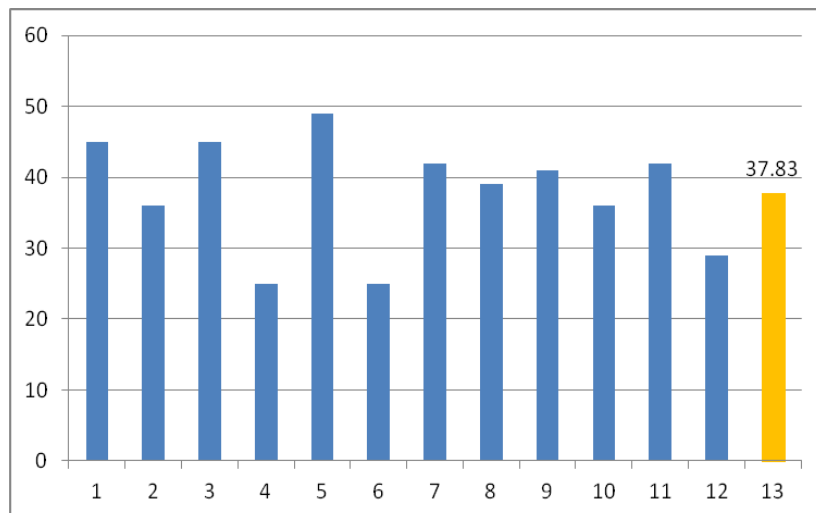


Gráfico Nro. 39

Tabla Nro. 39	
PROMEDIO DE EDAD:	37,83

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

Según los datos indicados en la tabla N° 39, podemos decir que el promedio de edad de la población de enfermeros sin Burnout es de 38 años de edad.

Distribución porcentual de la población según la zona de vivienda

Tabla Nro. 40		
ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	12	100,00
Rural	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 40

Según los datos indicados en el gráfico N°40, se puede observar que el 100% de la población trabajan en zona urbana.

Distribución porcentual de la población según su grupo étnico

Tabla Nro. 41		
ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	12	100
Blanco	0	0
Afro ecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	12	100

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

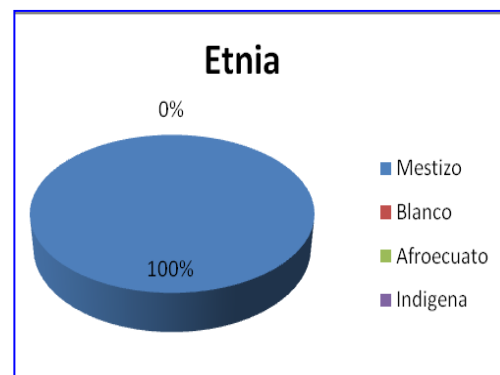


Gráfico Nro. 41

Según los datos indicados en el gráfico N° 41, el 100% de la población sin Burnout son mestizos

Distribución porcentual de la población según su estado civil

Tabla Nro. 42		
ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	6	50,00
Casado	5	41,67
Viudo	1	8,33
Divorciado/separado	0	0,00
Unión libre	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

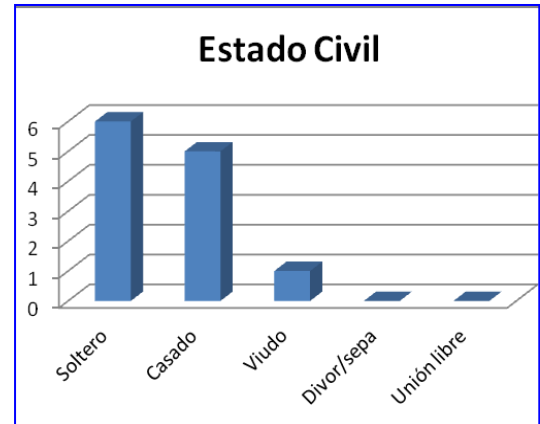


Gráfico Nro. 42

Según los datos indicados en el gráfico N° 42, el 50% de la población son solteros; el 42% de la población son casados y el 8% son viudos.

Número de hijos promedio de la población

Tabla Nro. 43	
PROMEDIO DE HIJOS:	1
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes Autor Alvarado, J (2012)	

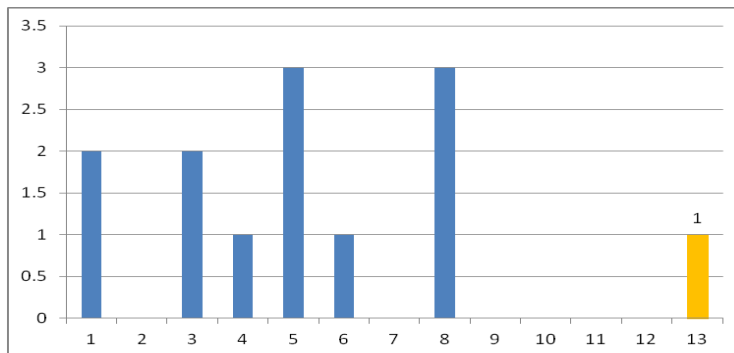


Gráfico Nro. 43

Según los datos indicados en la tabla N° 43, el promedio de números de hijos es 1.

Distribución porcentual de la población según con quien vive

Tabla Nro. 44		
CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0
Con más personas	12	100
TOTAL	12	100

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 44

Según los datos indicados en el grafico N° 44, el 100% de la población de enfermeros sin Burnout viven con mas personas.

Distribución porcentual de la población según su remuneración salarial

Tabla Nro. 45		
REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0,00
Semanal	0	0,00
Quincenal	5	41,67
Mensual	7	58,33
No recibe	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 45

Según los datos indicados en el grafico N° 45, se puede ver que el 58% de la población reciben la remuneración salarial mensual; y el 42% la reciben quincenalmente.

Distribución porcentual de la población según su valor salarial

Tabla Nro. 46		
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	7	58,33
1001 -2000	5	41,67
2001 - 3000	0	0,00
3001 - 4000	0	0,00
4001 - 5000	0	0,00
5001 - 6000	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

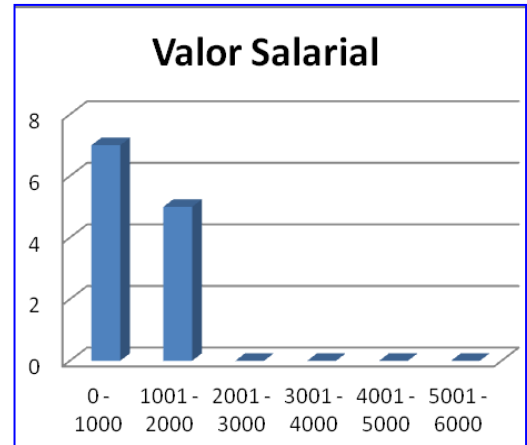


Gráfico Nro. 46

Según los datos indicados en el grafico N° 46, se puede decir que el 58% de la población reciben como valor salarial de 0-1000; y el 42% de la población reciben como valor salarial de 1001 – 2000.

Distribución porcentual de la población según años promedio de trabajo

Tabla Nro. 47	
PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	9,58

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

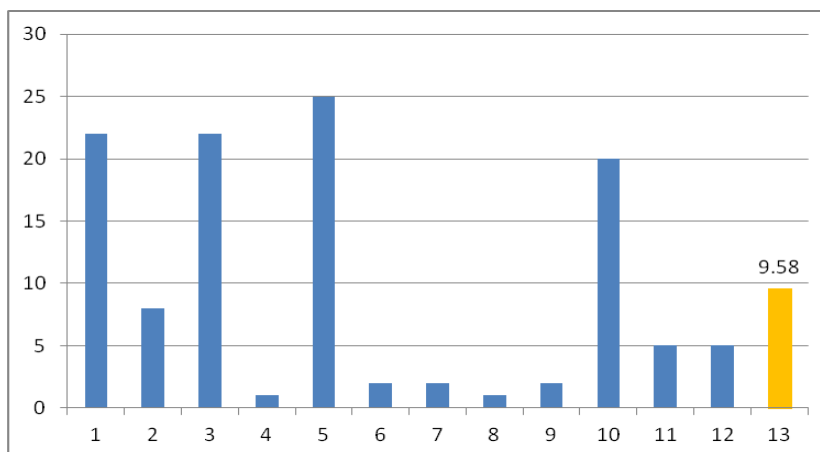


Gráfico Nro 47

Según los datos indicados en la tabla N° 47, se puede decir que el promedio de años de experiencia profesional es de 10 años.

Distribución porcentual de la población según su tipo de trabajo

Tabla Nro. 48		
TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Tiempo Completo	11	91,67
Tiempo Parcial	1	8,33
TOTAL	12	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes		
Autor Alvarado, J (2012)		

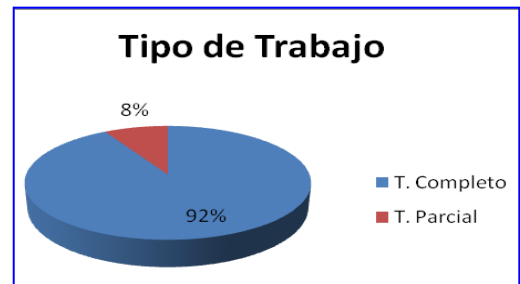


Gráfico Nro. 48

Según los datos indicados en el gráfico N°48, se puede ver que el 92% de la población de enfermeros trabaja a tiempo completo y el 8% de la población trabaja tiempo parcial.

Distribución porcentual de la población según su sector de trabajo

Tabla Nro. 49		
SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	5	41,67
Privado	7	58,33
Ambos	0	0,00
TOTAL	12	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes		
Autor Alvarado, J (2012)		

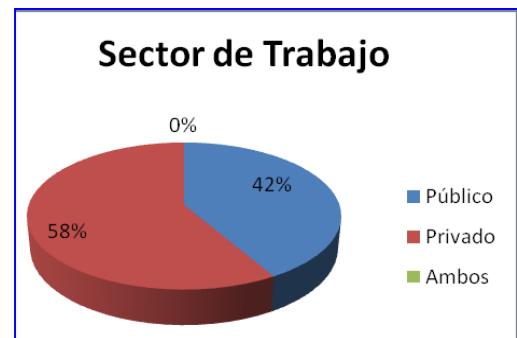


Gráfico Nro. 49

Según los datos indicados en el gráfico N°49, se puede decir que el 58% de la población de enfermeros sin Burnout trabajan en el sector privado; el 42% de la población trabajan en el sector público.

Distribución porcentual de la población según su tipo de contrato

Tabla Nro. 50		
TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	8,33
Ocasional	1	8,33
Plazo fijo	3	25,00
Indefinido	7	58,33
Servicios Profesionales	0	0,00
Ninguno	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
 Autor Alvarado, J (2012)

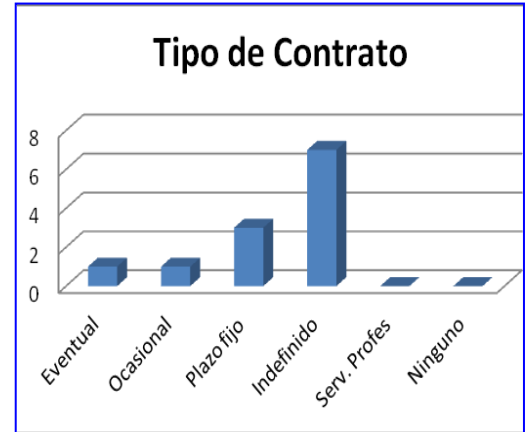


Gráfico Nro. 50

Según los datos indicados en el grafico N° 50, se puede decir que el 58% de la población tiene un contrato indefinido; el 25% de la población tiene un contrato a plazo fijo; el 8% de la población tiene contrato eventual y el otro 8% de la poblacional tiene contrato ocasional.

Promedio de número de trabajos

Tabla Nro. 51	
PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,25
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes Autor Alvarado, J (2012)	

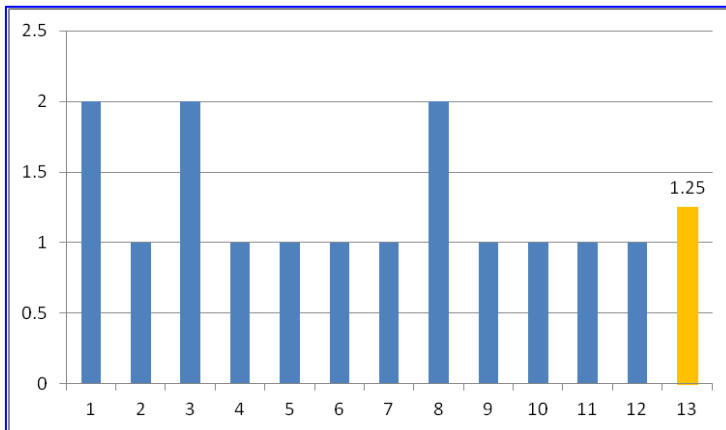


Gráfico Nro. 51

Según los datos indicados en la tabla N° 51, el promedio de instituciones trabajadas es 1.

Promedio de horas de trabajo

Tabla Nro. 52	
PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	7,58
SEMANALES	39,33
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes	
Autor: Alvarado, J (2012)	

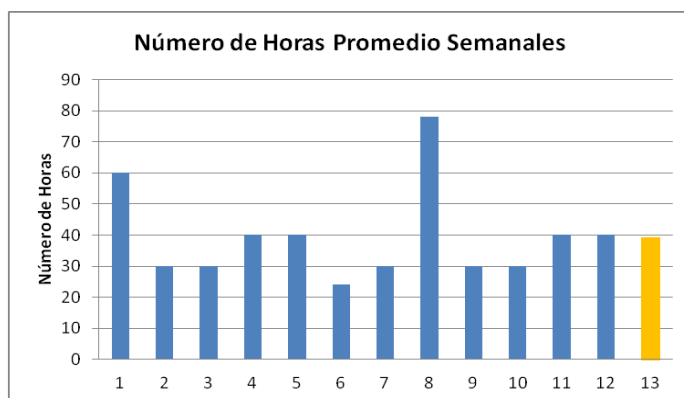


Gráfico Nro. 52a

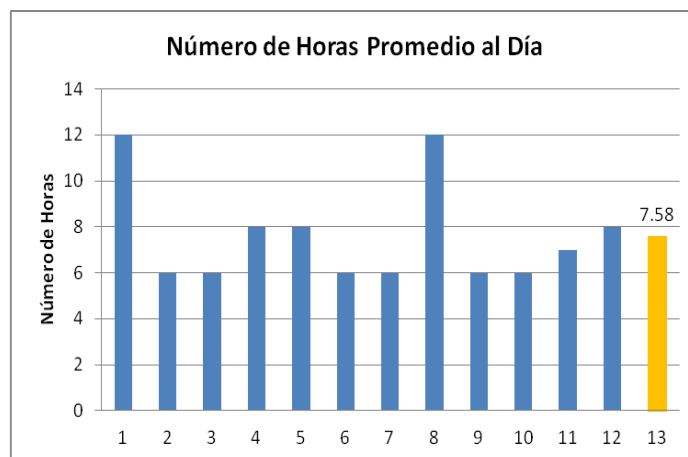


Gráfico Nro. 52b

Según los datos indicados en la tabla N° 52, el promedio de horas trabajadas por día es del 8%: el promedio de horas trabajadas por semana es de 39 horas.

Distribución porcentual de la población según turnos rotativos de trabajo

Tabla Nro. 53		
TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	0	0,00
Matutino	2	14,29
Nocturno	1	7,14
Fin de Semana	1	7,14
Rotativo	10	71,43
TOTAL	14	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
 Autor Alvarado, J (2012)

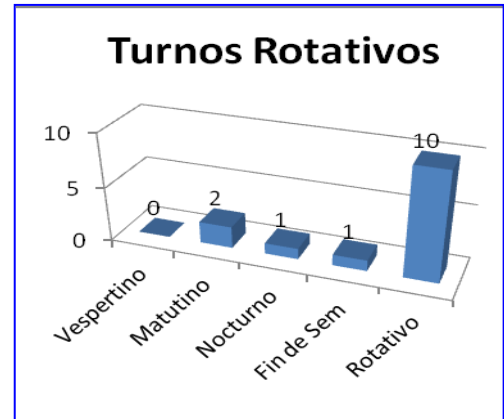


Gráfico Nro. 53

Según los datos indicados en el grafico N° 53, se puede decir que el 71% de la población de enfermeros sin Burnout hacen turnos rotativos; el 14% de la población realizan turnos matutinos; el 7% realizan trabajos nocturnos; y el otro 7% realizan turnos fines de semana

Promedio de horas de guardia y frecuencia en días.

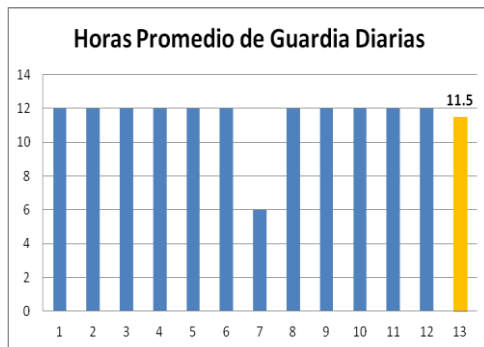


Gráfico Nro. 54a

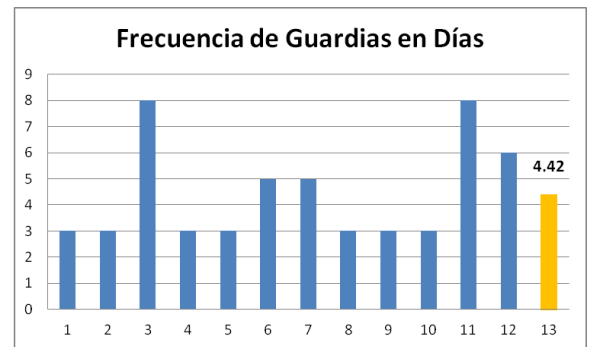


Gráfico Nro. 54b

Tabla Nro. 54	
GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	11,5
DÍAS	4,42

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
 Autor Alvarado, J 2012

Según los datos indicados en la tabla N°54, se puede decir que el promedio de horas de guardias nocturnas es 12 horas cada 4 días.

Tiempo dedicado a la atención de pacientes durante la jornada de trabajo

Tabla Nro. 55		
TIEMPO DEDICADO A PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0,00
25%	1	8,33
25 - 50 %	0	0,00
50 - 75 %	2	16,67
75 - 100 %	9	75,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

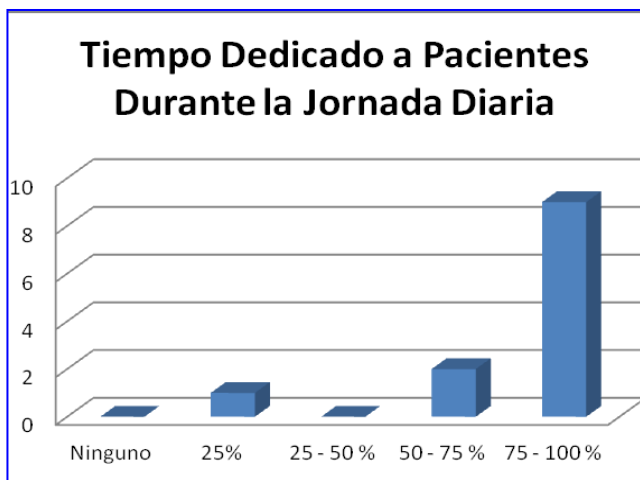


Grafico Nro. 55

Según los datos indicados en el grafico N°55, se puede decir que durante la jornada el 75% de la población dedica del 75 al 100% la atención de pacientes; el 17% de la población dedica del 50 al 75% la atención de pacientes; y el 8% de la población dedica el 25% de la atención a los pacientes.

Número promedio de pacientes atendidos por día

Tabla Nro. 56	
PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	39,42
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes Autor Alvarado, J (2012)	

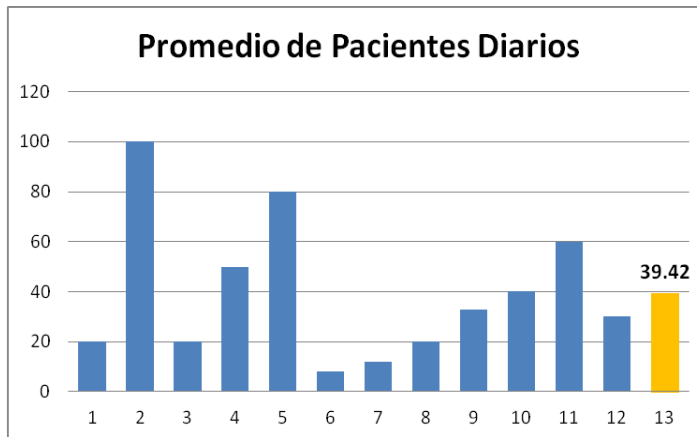


Gráfico Nro. 56

Según los datos indicados en la tabla N°56, el número aproximado de pacientes que se atiende diariamente es de 39 pacientes por día.

Distribución de la población según pacientes atendidos con alto riesgo de muerte

Tabla Nro. 57		
ATIENDE A PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	8	66,67
No	4	33,33
TOTAL	12	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes Autor Alvarado, J (2012)		

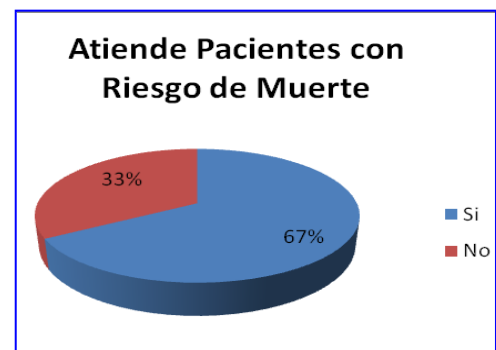


Gráfico Nro. 57

Según los datos indicados en el grafico N° 57, se puede decir que el 67% de la población atienden a personas que tiene alto riesgo de muerte; el 33% de la población no atienden a pacientes con alto riesgo de muerte.

Distribución porcentual de pacientes atendidos por especialidad.

Tabla Nro. 58		
TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	10	11,63
Psiquiátricos	9	10,47
Renales	9	10,47
Quirúrgicos	10	11,63
Cardiacos	9	10,47
Neurológicos	9	10,47
Diabéticos	10	11,63
Emergencias	9	10,47
Intensivos	8	9,30
Otros	3	3,49
TOTAL	86	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

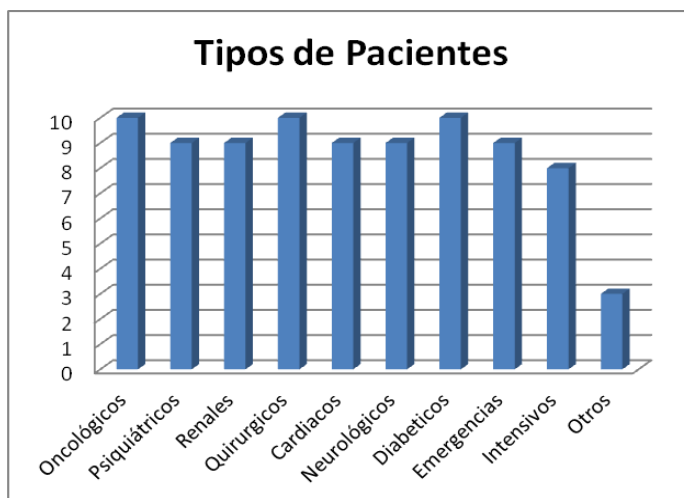


Grafico Nro. 58

Según los datos indicados en el grafico N° 58 se puede decir que el 12% de la población atienden regularmente a pacientes oncológicos; el otro 12% de la población atienden a pacientes quirúrgicos; el otro 12% de la población atienden a pacientes Diabéticos; el 10% de la población atienden a pacientes psiquiátricos; el otro 10% de la población atienden a pacientes Renales; el otro 10% atienden a pacientes cardíacos; el 10% atienden a pacientes neurológicos; y el otro 10% a pacientes de Emergencia; el 9% de la población atienden a pacientes de terapia intensiva y un 3% de la población atienden a otros tipos de pacientes.

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

Tabla Nro. 59		
PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	7	58,33
No	5	41,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
 Autor Alvarado, J (2012)

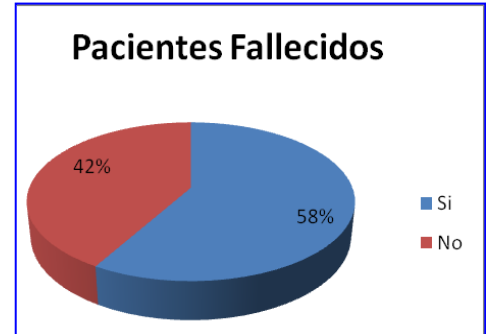


Gráfico Nro. 59

Según los datos indicados en el grafico N° 59, se puede decir que al 58% de la población en los últimos meses algunos de los pacientes que se hayan relacionado han fallecido; el 42% de la población en los últimos meses algunos de los pacientes que se hayan relacionado han fallecido.

Promedio de pacientes fallecidos

Tabla Nro. 60	
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	2
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes Autor Alvarado, J (2012)	

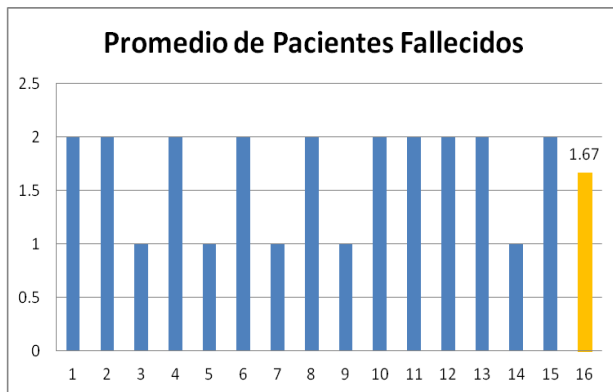


Gráfico Nro. 60

Según los datos indicados en la tabla N° 60, el promedio de pacientes fallecidos es 2.

Distribución porcentual de la población según recursos provistos para su trabajo

Tabla Nro. 61		
RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	7	58,33
Medianamente	5	41,67
Poco	0	0,00
Nada	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

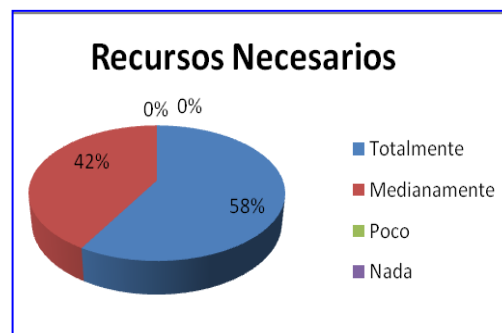


Gráfico Nro. 61

Según los datos indicados en el gráfico N° 61, se puede decir que el 58% de la población mencionan que la institución provee Totalmente recursos necesarios para su trabajo; el 42% de la población mencionan que la institución provee Medianamente recursos necesarios para su trabajo.

Distribución porcentual de la población según permisos de ausentarse solicitados

Tabla Nro. 62		
PERMISOS de TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Si	4	33,33
No	8	66,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 62

Según los datos indicados en el gráfico N° 62, se puede decir que el 67% de la población de enfermeros sin Burnout No han solicitado permiso, y el 33% de la población sin Burnout si han solicitado permiso en el último año.

Distribución porcentual de motivo para ausentarse solicitados

Tabla Nro. 63		
CAUSAS de PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	0	0,00
Problemas de Salud	4	100,00
Situación Familiar	0	0,00
Otros	0	0,00
TOTAL	4	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor Alvarado, J (2012)

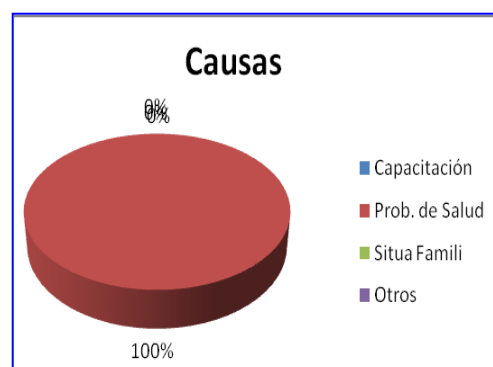


Gráfico Nro. 63

Según los datos indicados en el grafico N° 63, se puede decir que el 100% de la población ha solicitado permiso por problemas de salud.

Número de Días Promedio de Permiso solicitados

Tabla Nro. 64	
PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	18
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes Autor Alvarado, J (2012)	

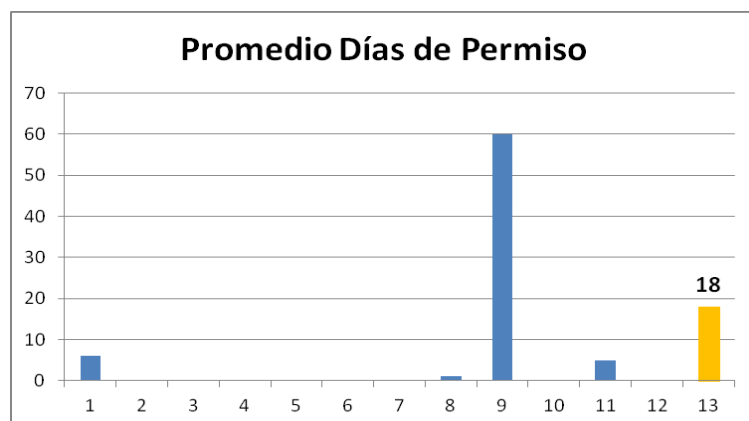


Gráfico Nro. 64

Según los datos indicados en la tabla N° 64, se puede decir que el promedio de días de permiso solicitado en el último año es de 18 días.

Distribución de la población según la Valoración de sus Pacientes

Tabla Nro. 65		
VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	1	8,33
Poco	4	33,33
Bastante	5	41,67
Totalmente	2	16,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

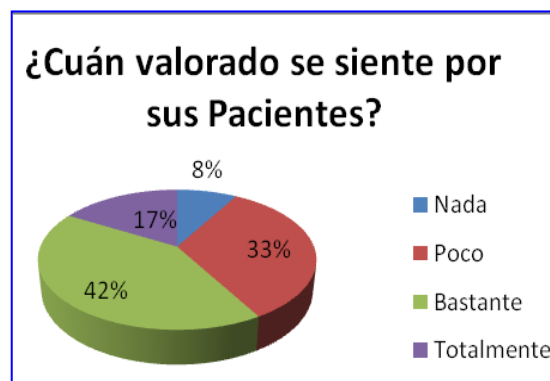


Gráfico Nro. 65

Según los datos indicados en el gráfico N°65, se puede ver que el 42% de la población se sienten Bastante valorados por sus pacientes; el 33% se sienten Poco valorados por sus pacientes; el 17% de la población se sienten Totalmente valorados por sus pacientes; el 8% de la población y el 8% de la población se sienten Nada valorados por sus pacientes.

Distribución de la población según la Valoración de Familiares de sus Pacientes

Tabla Nro. 66		
VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	6	50,00
Bastante	4	33,33
Totalmente	2	16,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

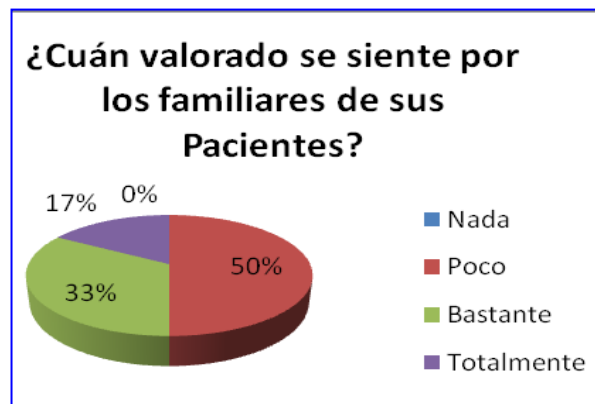


Gráfico Nro. 66

Según los datos indicados en el gráfico N°66, se puede decir que el 50% de la población se sienten Poco valorados por sus pacientes; el 33% de la población se sienten Bastante valorados por sus pacientes; el 17% de la población se sienten Totalmente valorados por sus pacientes

Distribución de la población según la Valoración de sus Colegas

Tabla Nro. 67		
VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	3	25,00
Bastante	6	50,00
Totalmente	3	25,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán valorado se siente por sus Colegas?

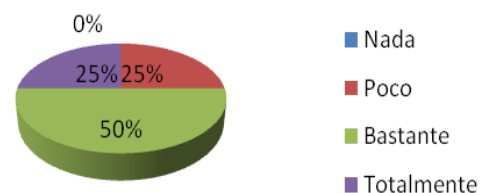


Gráfico Nro. 67

Según los datos indicados en el gráfico N°67, se puede decir que el 50% de la población se sienten Bastante valorados por sus colegas; el 25% de la población se sienten Poco valorados por sus pacientes; y el 25% de la población se sienten Poco valorados por sus pacientes;

Distribución de la población según la Valoración de Directivos de la Institución.

Tabla Nro. 68		
VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	8,33
Poco	5	41,67
Bastante	2	16,67
Totalmente	4	33,33
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución?

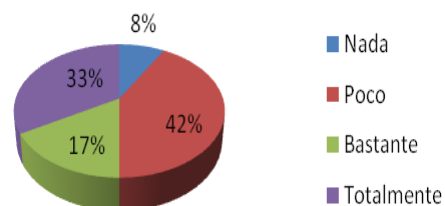


Gráfico Nro. 68

Según los datos indicados en el gráfico N°68, se puede decir que el 42% de la población se sienten Poco valorados por los directivos de su institución; el 33% de la población se sienten Totalmente valorados por los directivos de su institución; y el 17% de la población se sienten Bastante valorados por los directivos de su Institución; y el 8% de la población se sienten Nada valorados por los directivos de su Institución.

Distribución de la población según Satisfacción de su Trabajo

Tabla Nro. 69		
SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	8,33
Bastante	4	33,33
Totalmente	7	58,33
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfecho esta con el trabajo que realiza?

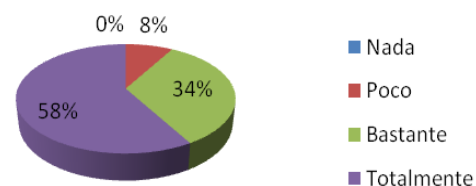


Gráfico Nro. 69

Según los datos indicados en el grafico N°69 , se puede decir que el 58% de la población se sienten Totalmente satisfechos con el trabajo que realizan; el 34% de la población se sienten Bastante satisfechos con el trabajo que realizan; y el 8% de la población se sienten Poco satisfechos con el trabajo que realizan.

Distribución de la población según Satisfacción con la Interacción con Pacientes

Tabla Nro. 70		
INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	8,33
Bastante	3	25,00
Totalmente	8	66,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes?

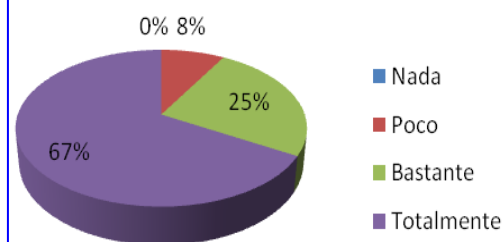


Gráfico Nro. 70

Según los datos indicados en el grafico N°70, se puede decir que el 67% de la población se sienten Totalmente satisfechos en la interacción con sus pacientes; el 25% de la población se sienten Bastante satisfechos en la interacción con sus pacientes; y el 8% de la población se sienten Poco satisfechos en la interacción con sus pacientes.

Distribución de la población según Satisfacción con el Apoyo de Directivos

Tabla Nro. 71		
APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	8,33
Poco	7	58,33
Bastante	3	25,00
Totalmente	1	8,33
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfecho esta con el apoyo de los directivos de su institución?

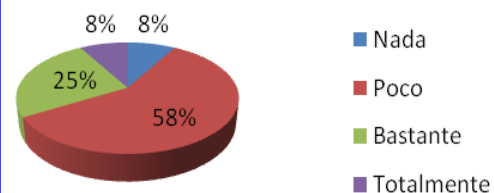


Gráfico Nro. 71

Según los datos indicados en el grafico N°71, se puede observar que el 58% de la población se sienten Poco satisfechos con el apoyo de los directivos de su institución; el 25% de la población se sienten Bastante satisfechos con el apoyo de los directivos de su institución; el 8%de la población se sienten Totalmente satisfechos con el apoyo de los directivos de su institución; el 8% de la población se sienten Nada satisfechos con el apoyo de los directivos de su institución.

Distribución de la población según Satisfacción con el Apoyo de Colegas

Tabla Nro. 72		
COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	2	16,67
Bastante	9	75,00
Totalmente	1	8,33
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfecho esta con colaboración entre colegas de su institución?

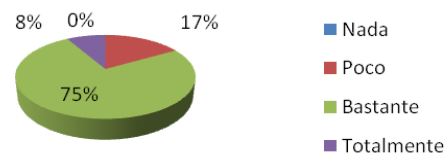


Gráfico Nro. 72

Según los datos indicados en el grafico N° 72, se puede decir que el 75% de la población se encuentra Bastante satisfecha con la colaboración entre colegas de su institución, el 17% de la población se encuentra Poco satisfecha con la colaboración entre colegas de su institución; el 8% de la población se encuentra Totalmente satisfecha con la colaboración entre colegas de su institución

Distribución de la población según Satisfacción con la Experiencia Profesional

Tabla Nro. 73		
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	8,33
Bastante	9	75,00
Totalmente	2	16,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general?

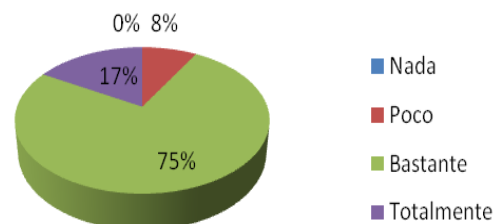


Gráfico Nro. 73

Según los datos indicados en el gráfico N°73, se puede decir que el 75% de la población cree que es Bastante satisfactoria su experiencia profesional en general; el 17% de la población cree que es Totalmente satisfactoria su experiencia profesional en general; el 8% de la población cree que es Poco satisfactoria su experiencia profesional en general.

Distribución de la población según Satisfacción con su Economía

Tabla Nro.74		
ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	7	58,33
Bastante	5	41,67
Totalmente	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfecho está con su economía?

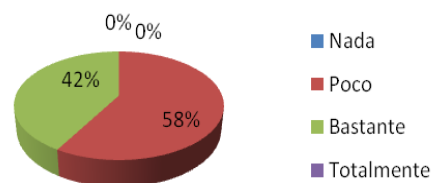


Gráfico Nro. 74

Según los datos indicados en el gráfico N° 74, se puede decir que el 58% de la población está Poco satisfecho con su economía; y que el 42% de la población está Bastante satisfecho con su economía.

Enfermeros(as) con Burnout

Distribución porcentual de la población según su género

Tabla Nro. 75		
GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	33,33
Femenino	2	66,67
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

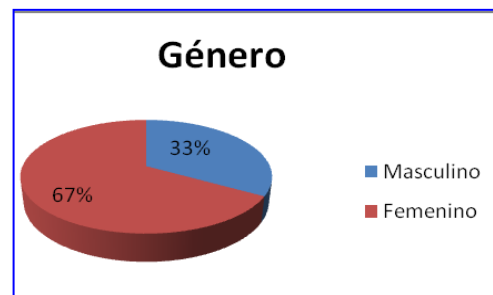


Gráfico Nro. 75

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 75, se puede decir que el 67% de la población es femenina y el 33% de la población es masculina.

Distribución porcentual de la población según la zona de vivienda

Tabla Nro. 76		
ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	3	100,00
Rural	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 76

Según los datos indicados en el gráfico N° 76, se puede decir que el 100% de la población trabaja en la zona urbana.

Edad promedio de la población

Tabla Nro. 77	
Calculo Edad Promedio	
Edad 1	48
Edad 2	33
Edad 3	32
PROMEDIO DE EDAD:	37,67
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes	
Autor Alvarado, J (2012)	

Según los datos obtenidos en la tabla N° 77, se puede decir que el promedio de edad de la población es de 38 años.

Distribución porcentual de la población según su grupo étnico

Tabla Nro. 78		
Grupos Étnicos		
Nombre	Fr	%
Mestizo	3	100
Blanco	0	0
Afroecuato	0	0
Indigena	0	0
TOTAL	3	100
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

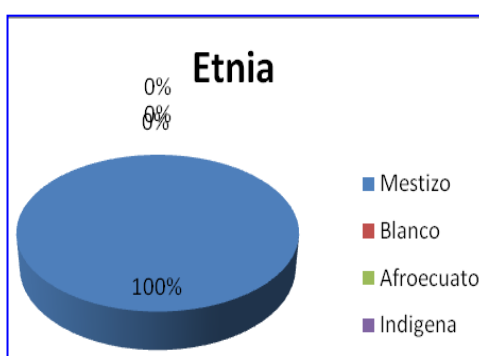


Gráfico Nro. 78

Según los datos observados en el gráfico N°78, se puede decir que el 100% de la población de enfermeros con Burnout son mestizos.

Distribución porcentual de la población según su estado civil

Tabla Nro. 79		
ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	0	0,00
Casado	3	100,00
Viudo	0	0,00
Divor/sepa	0	0,00
Unión libre	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

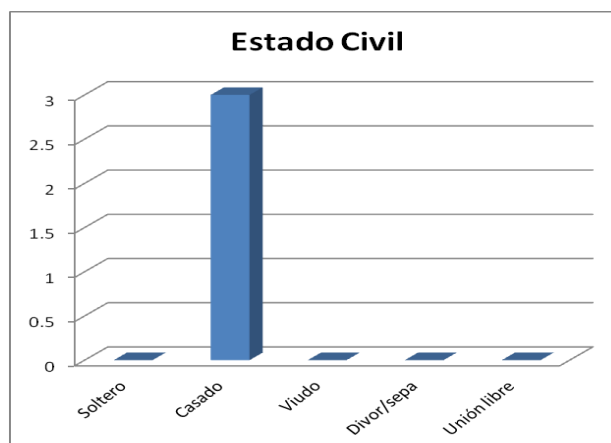


Gráfico Nro. 79

Según los datos indicados en el grafico N° 79, el 100% de la población son casados.

Número de hijos promedio de la población

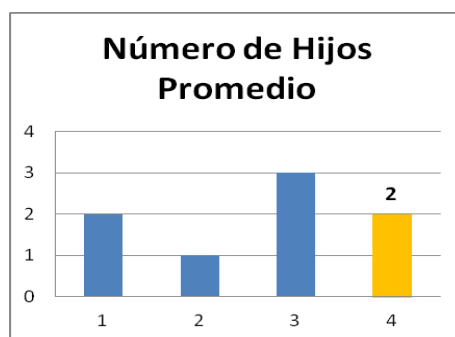


Gráfico Nro. 80

Tabla Nro. 80	
NUMERO PROMEDIO DE HIJOS:	2
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes Autor Alvarado, J (2012)	

Según los datos indicados en la tabla N° 80, se puede decir que el promedio de números de hijos es 2.

Distribución porcentual de la población según con quien vive

Tabla Nro. 81		
CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0,00
Con más personas	3	100,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		



Gráfico Nro. 81

Según los datos indicados en el grafico N° 81, se puede decir que el 100% de la población de enfermeros con Burnout viven con más personas.

Distribución porcentual de la población según su remuneración salarial

Tabla Nro. 82		
REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0,00
Semanal	0	0,00
Quincenal	1	33,33
Mensual	2	66,67
No recibe	0	0,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

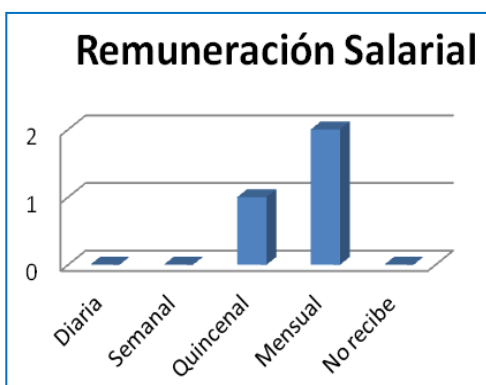


Gráfico Nro. 82

Según los datos indicados en el grafico N° 82, se puede ver que el 67% de la población reciben la remuneración salarial mensual; y el 33% la reciben quincenalmente.

Distribución porcentual de la población según su valor salarial

Tabla Nro. 83		
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	3	100,00
1001 -2000	0	0,00
2001 - 3000	0	0,00
3001 - 4000	0	0,00
4001 - 5000	0	0,00
5001 - 6000	0	0,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

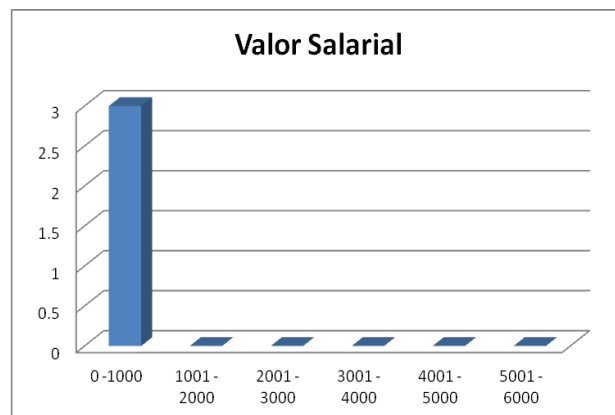


Gráfico Nro. 83

Según los datos indicados en el gráfico N° 83, se puede decir que el 100% de la población reciben como valor salarial de 0-1000.

Distribución porcentual de la población según años promedio de trabajo

Tabla Nro. 84	
Número de Casos	Años de Trabajo
3	20 - 2 - 19
PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	13,67
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes	
Autor Alvarado, J (2012)	

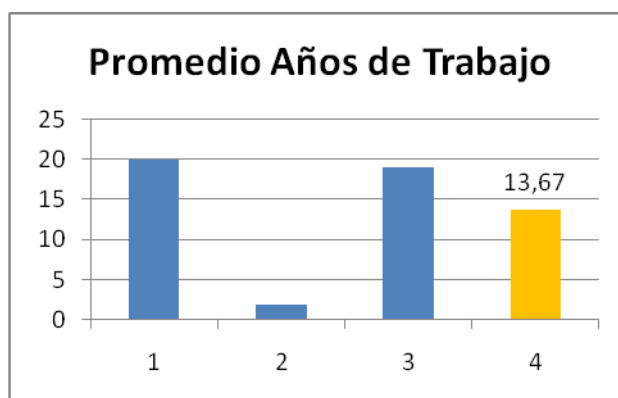


Gráfico Nro. 84

Según los datos indicados en la tabla N° 84, se conoce que el promedio de años de experiencia profesional es de 14 años.

Distribución porcentual de la población según su tipo de trabajo

Tabla Nro. 85		
TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Tiempo Completo	2	66,67
Tiempo Parcial	1	33,33
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor: Alvarado, J (2012)		

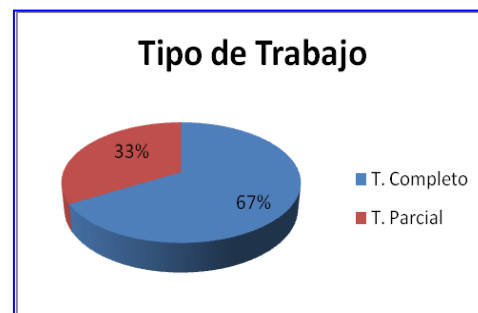


Gráfico Nro. 85

Según los datos indicados en el gráfico N° 85, se puede ver que el 67% de la población de enfermeros trabaja a tiempo completo y el 33% de la población trabaja tiempo parcial.

Distribución porcentual de la población según su sector de trabajo

Tabla Nro. 86		
SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	2	66,67
Privado	1	33,33
Ambos	0	0,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor: Alvarado, J (2012)		

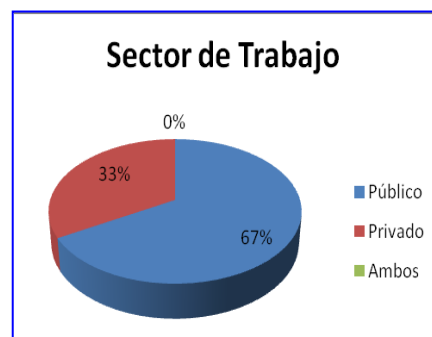


Gráfico Nro. 86

Según los datos indicados en el gráfico N° 86, se puede decir que el 67% de la población de enfermeros con Burnout trabajan en el sector público; el 33% de la población trabajan en el sector privado.

Distribución porcentual de la población según su tipo de contrato

Tabla Nro. 87		
TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0,00
Ocasional	0	0,00
Plazo fijo	1	33,33
Indefinido	2	66,67
Serv. Profes	0	0,00
Ninguno	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

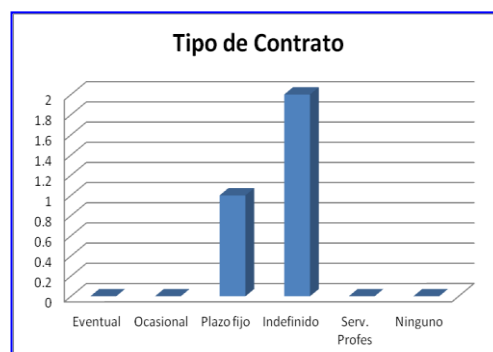


Gráfico No. 87

Según los datos indicados en el gráfico N° 87, se puede decir que el 67% de la población tiene un contrato indefinido; el 33% de la población tiene un contrato a plazo fijo.

Promedio de número de trabajos

Tabla Nro. 88	
Nro. de Caso	Número de Instituciones en las que ha trabajado
1	1
2	2
3	1
PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,33

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

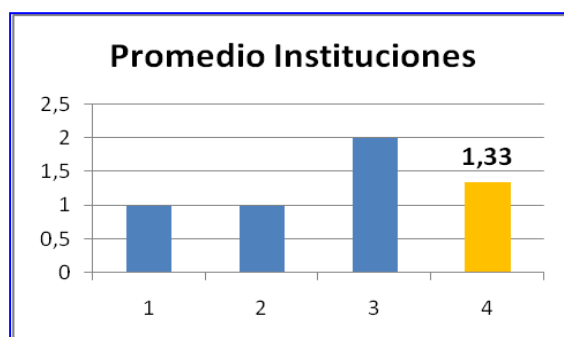


Gráfico No. 88

Según los datos indicados en la tabla N° 88, el promedio de instituciones trabajadas es 1.

Promedio de horas de trabajo

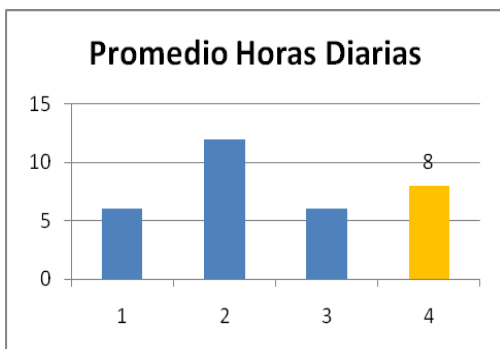


Gráfico Nro. 89a

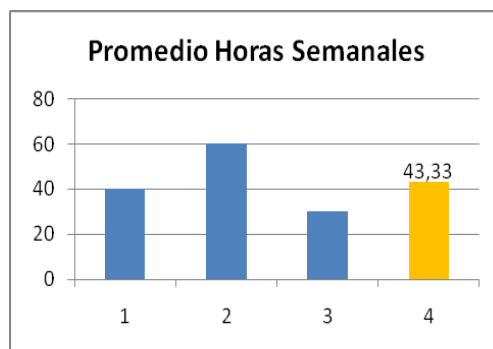


Gráfico Nro. 89b

Tabla Nro. 89	
PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	8,00
SEMANALES	43,33
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes Autor: Alvarado, J (2012)	

Según los datos indicados en la tabla N° 89, se puede decir que el promedio de horas trabajadas por día es del 8%: el promedio de horas trabajadas por semana es de 43 horas.

Distribución porcentual de la población según turnos rotativos de trabajo

Tabla Nro. 90		
TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	0	0,00
Matutino	0	0,00
Nocturno	0	0,00
Fin de Semana	0	0,00
Rotativo	3	100,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes Autor: Alvarado, J (2012)		

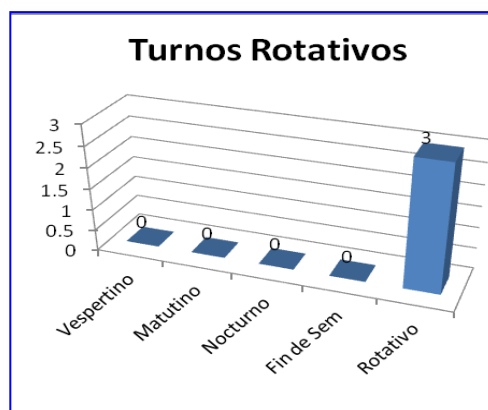


Gráfico Nro. 90

Según los datos indicados en el gráfico N° 90, se puede decir que el 100% de la población de enfermeros con Burnout hacen turnos rotativos.

Número de horas de guardia y frecuencia en días.

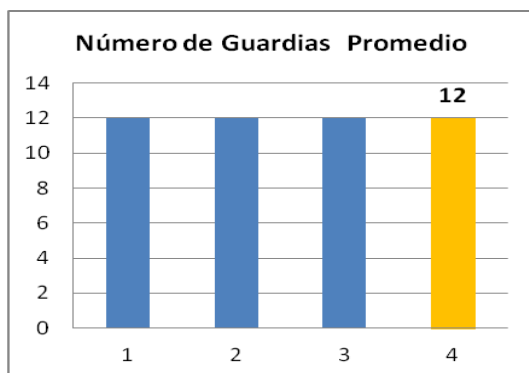


Gráfico Nro. 91a

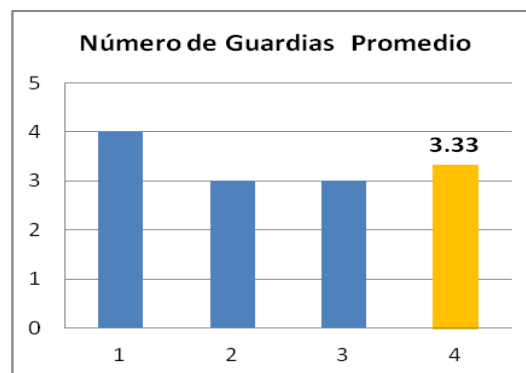


Gráfico Nro. 91b

Tabla Nro. 91	
GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	12
DÍAS	3,33
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes	
Autor Alvarado, J (2012)	

Según los datos indicados en la tabla N° 91, se puede decir que el promedio de horas de guardias nocturnas es 12 horas cada 3 días.

Tiempo dedicado a la atención de pacientes durante la jornada de trabajo

Tabla Nro. 92		
% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0,00
25%	0	0,00
25 - 50 %	0	0,00
50 - 75 %	1	33,33
75 - 100 %	2	66,67
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

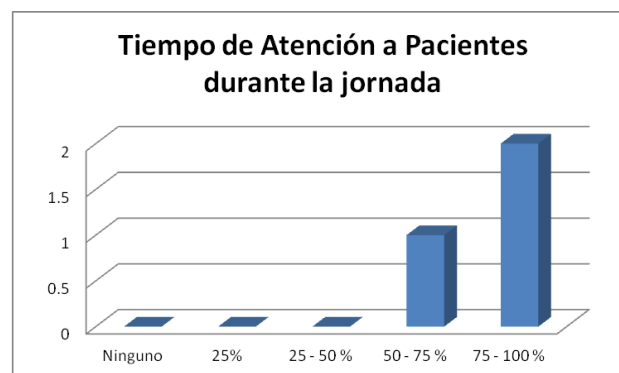


Gráfico Nro. 92

Según los datos indicados en el gráfico N° 92, se puede decir que durante la jornada el 67% de la población dedica del 75 al 100% la atención de pacientes; el 33% de la población dedica del 50 al 75% la atención de pacientes.

Número promedio de pacientes atendidos por día

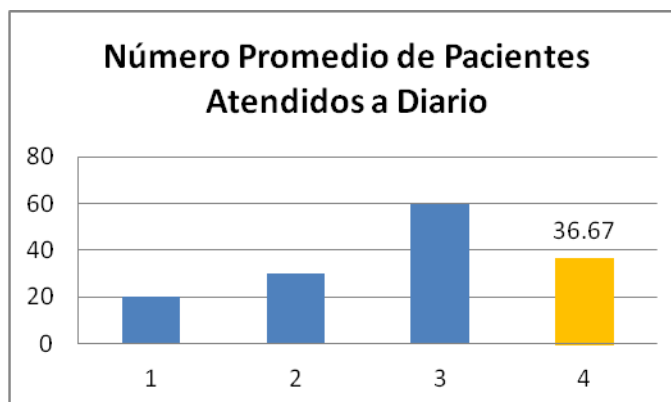


Gráfico Nro.93

Tabla Nro. 93	
PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	36,67

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes

Autor Alvarado, J (2012)

Según los datos indicados en la tabla N° 93, se puede decir que el número aproximado de pacientes que se atiende diariamente es de 37 pacientes por día.

Distribución porcentual de pacientes atendidos por especialidad.

Tabla Nro. 94		
TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	3	13,64
Psiquiátricos	2	9,10
Renales	2	9,10
Quirúrgicos	3	13,64
Cardiacos	2	9,10
Neurológicos	3	13,64
Diabéticos	3	13,64
Emergencias	2	9,10
Intensivos	2	9,10
Otros	0	0,00
TOTAL	22	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

Según los datos indicados en el gráfico N° 94 que ilustra los datos tabulados en la Tabla N° 94, puede decir que el 14% de la población atienden regularmente a pacientes oncológicos; el otro 14% de la población atienden a pacientes quirúrgicos; el otro 14% de la población atienden a pacientes Diabéticos; el 14% de la población atienden a pacientes neurológicos; el otro 9% de la población atienden a pacientes Renales; el otro 9% atienden a pacientes cardíacos; el 9% atienden a pacientes cardiacos; y el otro 9 a pacientes de Emergencia; el 9% de la población atienden a pacientes de terapia intensiva y un 3% de la población atienden a otros tipos de pacientes

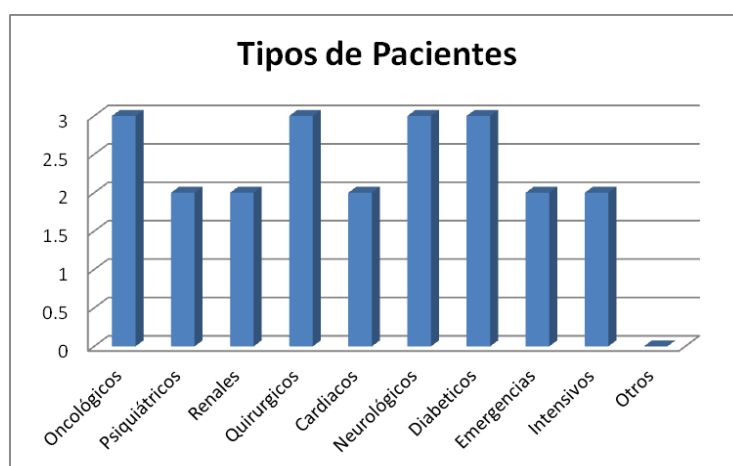


Gráfico Nro. 94

Distribución porcentual de la población según pacientes atendidos con alto riesgo de muerte

Tabla Nro. 95		
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	3	100,00
No	0	0,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

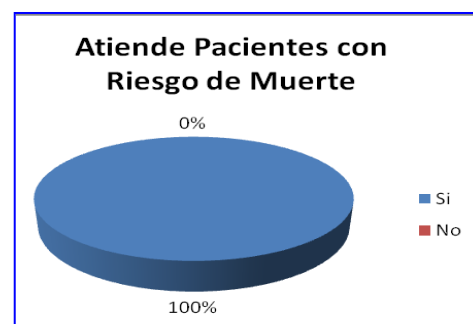


Gráfico Nro. 95

Según los datos indicados en el gráfico N° 95, se puede decir que el 100% de la población atienden a personas que tiene alto riesgo de muerte.

Distribución porcentual de la población cuyos pacientes han fallecido.

Tabla Nro.96		
HAN FALLECIDO SUS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Si	2	66,67
No	1	33,33
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

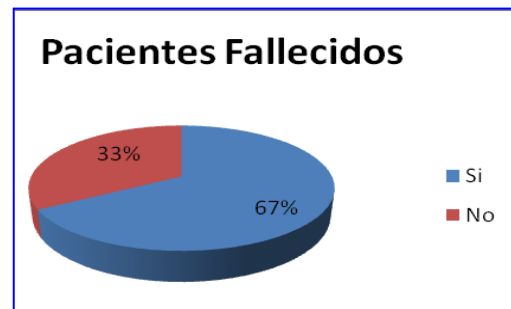


Gráfico Nro. 96

Según los datos indicados en el grafico N° 96, se puede decir que al 67% de la población en los últimos meses algunos de los pacientes que se hayan relacionado SI han fallecido; el 33% de la población en los últimos meses algunos de los pacientes que se hayan relacionado NO han fallecido.

Promedio de pacientes fallecidos

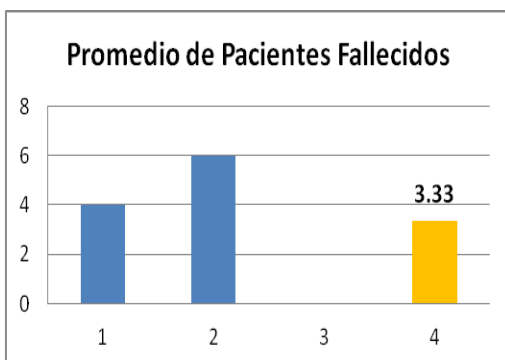


Tabla Nro. 97	
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	3,33
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes	
Autor Alvarado, J (2012)	

Gráfico Nro. 97

Según los datos indicados en la tabla N° 97, el promedio de pacientes fallecidos es 3.

Distribución porcentual de la población según recursos provistos para su trabajo

Tabla Nro. 98		
RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	2	66,67
Medianamente	1	33,33
Poco	0	0,00
Nada	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

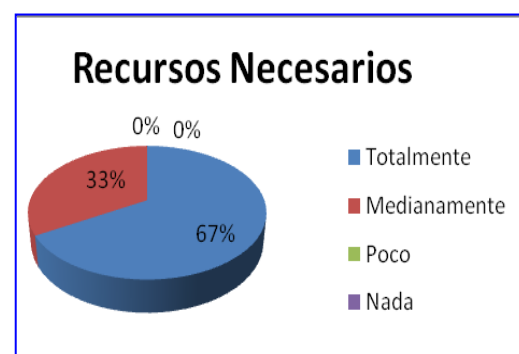


Gráfico Nro. 98

Según los datos indicados en el gráfico N° 98, se puede decir que el 67% de la población mencionan que la institución provee Totalmente recursos necesarios para su trabajo; el 33% de la población mencionan que la institución provee Medianamente recursos necesarios para su trabajo.

Distribución porcentual de la población según permisos de ausentarse solicitados

Tabla Nro. 99		
POBLACION QUE SOLICITA PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	2	66,67
No	1	33,33
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 99

Según los datos indicados en el gráfico N° 99 se puede decir que el 67% de la población SI ha solicitado permiso durante el último año; y el 33% NO han solicitado permiso

Distribución porcentual de motivo para ausentarse solicitados

Tabla Nro. 100		
CAUSAS de PERMISOS SOLICITADOS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	0	0,00
Problemas de Salud	2	100,00
Situación Familiar	0	0,00
Otros	0	0,00
TOTAL	2	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

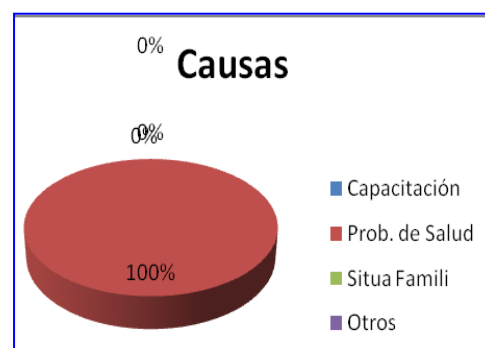


Gráfico No. 100:

Según los datos indicados en el gráfico N° 100, se puede decir que el 100% de la población ha solicitado permiso por problemas de salud.

Número de Días Promedio de Permiso solicitados

Tabla Nro. 101	
PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	6
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes Autor Alvarado, J (2012)	

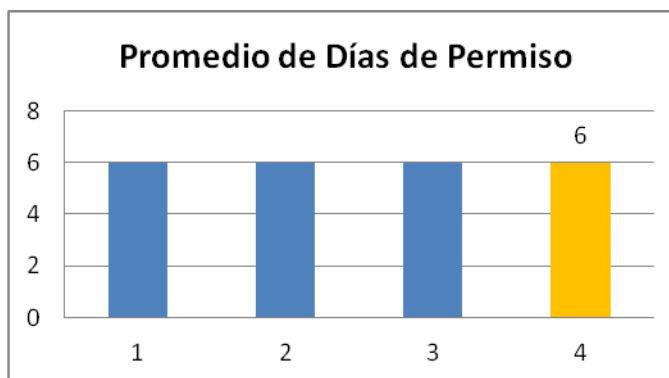


Gráfico No. 101

Según los datos indicados en la tabla N° 101, se puede decir que el promedio de días de permiso solicitado en el último año es de 6 días.

Distribución de la población según la Valoración de sus Pacientes

Tabla Nro. 102		
VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	1	33,33
Poco	1	33,33
Bastante	1	33,33
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

¿Cuán valorado se siente por sus Pacientes?

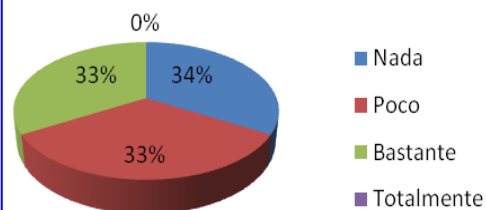


Gráfico Nro. 102

Según los datos indicados en el grafico N° 102, se puede ver que el 34% de la población se sienten Nada valorados por sus pacientes; el 33% se sienten Poco valorados por sus pacientes; el 33% de la población se sienten Bastante valorados por sus pacientes.

Distribución de la población según la Valoración de Familiares de sus Pacientes

Tabla Nro. 103		
VALORACIÓN		
FAMILIARES de PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	2	66,67
Poco	1	33,33
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor Alvarado, J (2012)		

¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus Pacientes?

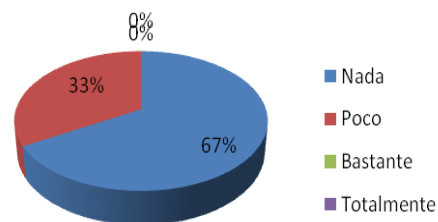


Gráfico Nro. 103

Según los datos indicados en el grafico N° 103, se puede decir que el 67% de la población se sienten Nada valorados por sus pacientes; el 33% de la población se sienten Poco valorados por sus pacientes.

Distribución de la población según la Valoración de sus Colegas

Tabla Nro.104		
VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	33,33
Poco	1	33,33
Bastante	1	33,33
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 104

Según los datos indicados en el gráfico N° 104, se puede decir que el 34% de la población se sienten Nada valorados por sus colegas; el 33% de la población se sienten Bastante valorados por sus pacientes; y el 33% de la población se sienten Poco valorados por sus pacientes.

Distribución de la población según la Valoración de Directivos de la Institución.

Tabla Nro. 105		
VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	3	100,00
Poco	0	0,00
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 105

Según los datos indicados en el gráfico N° 105, se puede decir que el 100% de la población se sienten Nada valorados por los directivos de su institución.

Distribución de la población según Satisfacción de su Trabajo

Tabla Nro 106		
SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	2	66,67
Totalmente	1	33,33
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro.106

Según los datos indicados en el grafico N° 106, se puede decir que el 67% de la población se sienten Bastante satisfechos con el trabajo que realizan; el 33% de la población se sienten Totalmente satisfechos con el trabajo que realizan

Distribución de la población según Satisfacción con la Interacción con Pacientes

Tabla Nro. 107		
INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	33,33
Bastante	2	66,67
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

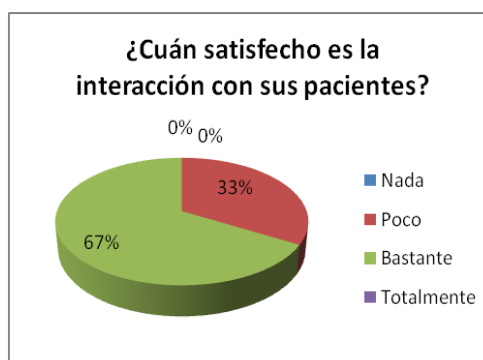


Gráfico Nro. 107

Según los datos indicados en el grafico N° 107, se puede decir que el 67% de la población se sienten Bastante satisfechos en la interacción con sus pacientes; el 33% de la población se sienten Poco satisfechos en la interacción con sus pacientes.

Distribución de la población según Satisfacción con el Apoyo de Directivos

Tabla Nro. 108		
APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	2	66,67
Poco	1	33,33
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

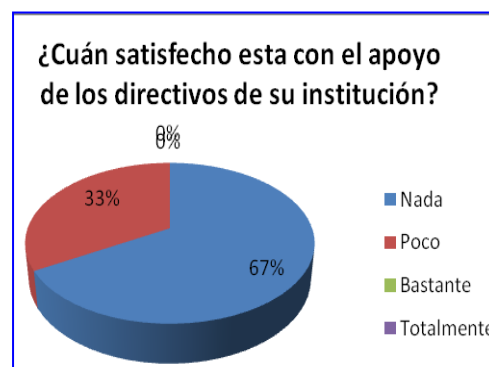


Gráfico Nro. 108

Según los datos indicados en el grafico N° 108, se puede observar que el 67% de la población se sienten Nada satisfechos con el apoyo de los directivos de su institución; el 33% de la población se sienten Poco satisfechos con el apoyo de los directivos de su institución.

Distribución de la población según Satisfacción con el Apoyo de Colegas

Tabla Nro. 109		
COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0,00
Poco	1	33,33
Bastante	2	66,67
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

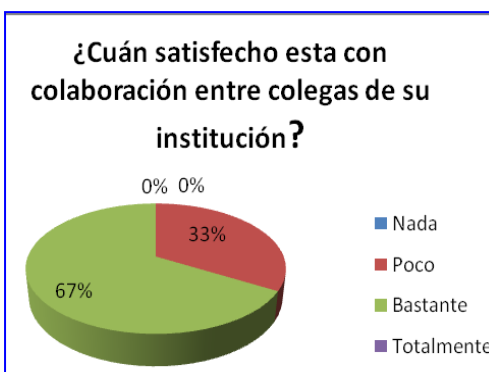


Gráfico Nro. 109

Según los datos indicados en el grafico N° 109, se puede decir que el 67% de la población se encuentra Bastante satisfecha con la colaboración entre colegas de su institución, el 33% de la población se encuentra Poco satisfecha con la colaboración entre colegas de su institución.

Distribución de la población según Satisfacción con la Experiencia Profesional

Tabla Nro. 110		
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	33,33
Poco	1	33,33
Bastante	1	33,33
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general?

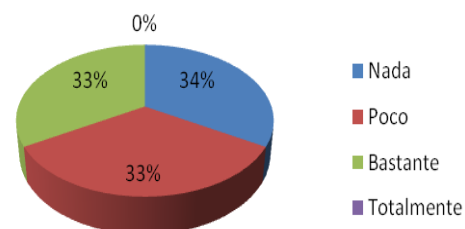


Gráfico Nro. 110

Según los datos indicados en el gráfico N° 110, se puede decir que el 34% de la población cree que es Nada satisfactoria su experiencia profesional en general; el 33% de la población cree que es Poco satisfactoria su experiencia profesional en general; el 33% de la población cree que es Bastante satisfactoria su experiencia profesional en general.

Distribución de la población según Satisfacción con su Economía

Tabla Nro. 111		
ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	2	66,67
Poco	1	33,33
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

¿Cuán satisfecho está con su economía?

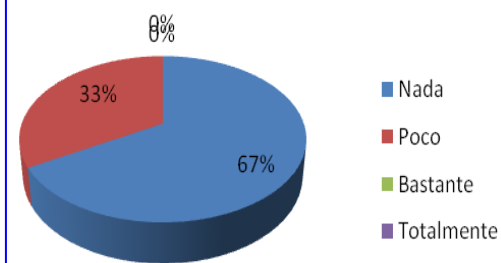


Gráfico Nro. 111

Según los datos indicados en el gráfico N° 111, se puede decir que el 67% de la población está Nada satisfecho con su economía; y que el 33% de la población está Poco satisfecho con su economía.

B. Cuestionario MBI

a. Médicos sin Burnout

Tabla Nro. 112		
Agotamiento Emocional		
Nivel	FR	%
Bajo	9	60,00
Medio	2	13,33
Alto	4	26,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

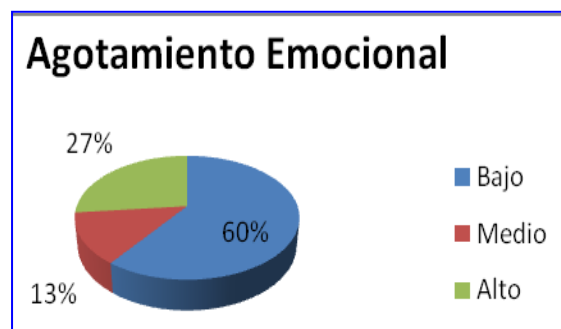


Gráfico Nro. 112

Según Los datos indicados en el grafico N° 112, se puede decir que el 60% de la población de médicos sin Burnout, presentan Agotamiento emocional bajo. El 13% de la población presenta agotamiento emocional medio. El 27% de la población presenta Agotamiento emocional alto

Tabla Nro. 113		
Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	15	100,00
Medio	0	0,00
Alto	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 113

Según Los datos indicados en el grafico N° 113, se puede mencionar que el 100% de la población presenta despersonalización baja.

Tabla Nro. 114		
Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 114

Según Los datos indicados en el grafico N° 114, se puede observar que el 100% de la población presenta la realización personal alta.

b. Enfermeros(as) sin Burnout

Tabla Nro. 115		
Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	9	75,00
Medio	1	8,33
Alto	2	16,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

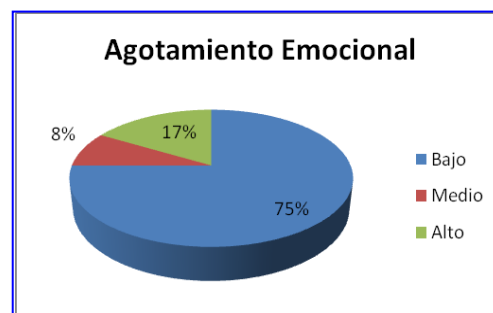


Gráfico Nro. 115

Según Los datos indicados en el grafico N° 115, se puede decir que el 75% de la población de enfermeros sin Burnout, presentan el Agotamiento emocional bajo. El 8% de la población presenta el agotamiento emocional medio. El 17% presenta el Agotamiento emocional alto.

Tabla Nro. 116		
Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	11	91,67
Medio	1	8,33
Alto	0	0,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 116

Según Los datos indicados en el grafico N° 116, se puede observar que el 92% de la población presenta la despersonalización baja. El 8% de la población sin Burnout presenta la despersonalización media

Tabla Nro. 117		
Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	1	8,33
Medio	1	8,33
Alto	10	83,34
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

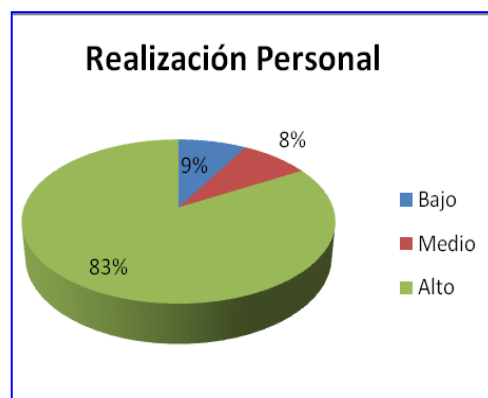


Gráfico Nro. 117

Según Los datos indicados en el grafico N° 117, se puede decir que el 83% de la población sin Burnout presenta la Realización personal alta. El 9% de la población sin Burnout presenta Realización personal Bajo. El 8% de la población presenta la Realización personal medio.

c. Enfermeros(as) con Burnout

Tabla Nro. 118		
Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0,00
Medio	0	0,00
Alto	3	100,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

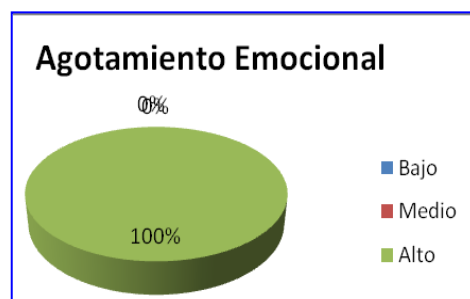


Gráfico Nro. 118

Según Los datos indicados en el gráfico N° 118, se puede decir que el 100% de la población de enfermeros con Burnout, presentan el Agotamiento emocional alto.

Tabla Nro. 119		
Despersonalización		
Nivel	Fr	%
Bajo	0	0,00
Medio	0	0,00
Alto	3	100,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 119

Según Los datos indicados en el grafico N° 119, se puede observar que el 100% de la población con Burnout presenta la despersonalización alto.

Tabla Nro. 120		
Realización Personal		
Nivel	Fr	%
Bajo	0	0,00
Medio	0	0,00
Alto	3	100,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 120

Según Los datos indicados en el grafico N° 120, se puede decir que el 100% de la población con Burnout presenta la Realización personal alta.

C. Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

a. Médicos sin Burnout

Tabla Nro. 121		
Síntomas Psicómaticos		
Estado	Fr	%
Caso	2	13,33
No Caso	13	86,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 121

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 121, se puede decir que el 87% de la población de médicos sin Burnout no presentan síntomas psicómaticos (NO Caso), y el 37% presentan síntomas psicómaticos (Caso Probable)

Tabla Nro. 122		
Ansiedad		
Estado	Fr	%
Caso	6	40,00
No Caso	9	60,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

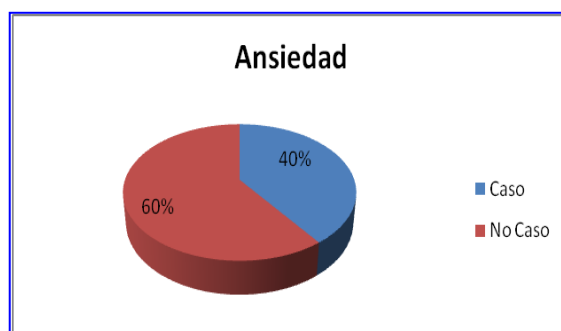


Gráfico Nro. 122

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 122, se puede decir que el 60% de la población de médicos sin Burnout no presentan problemas de ansiedad (No Caso) y el 40% presentan problemas de ansiedad (Caso)

Tabla Nro. 123		
Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		



Gráfico Nro. 123

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 123, se puede decir que el 100% de la población de médicos sin Burnout no presentan disfunción social

Tabla Nro. 124		
Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0,00
No Caso	15	100,00
TOTAL	15	100,00
Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez		
Autor: Alvarado, J (2012)		

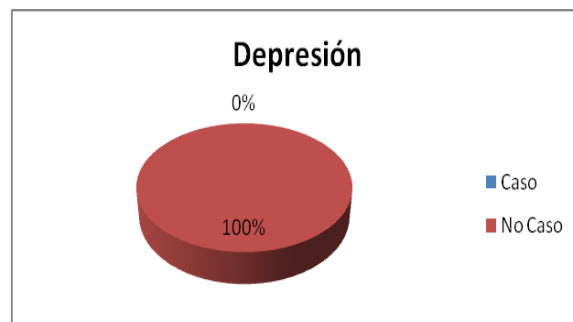


Gráfico Nro. 124

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 124, se puede decir que el 100% de la población de médicos sin Burnout no presentan depresión.

b. Enfermeros(as) sin Burnout

Tabla Nro. 125		
Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	2	16,67
No Caso	10	83,33
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor: Alvarado, J (2012)

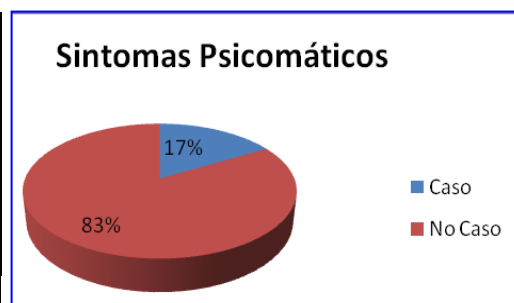


Gráfico Nro. 125

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 125, se puede decir que el 83% de la población no presentan síntomas psicosomáticos (No caso), y el 17% de la población presentan síntomas Psicosomáticos.

Tabla Nro. 126		
Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	4	33,33
No Caso	8	66,67
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor: Alvarado, J (2012)

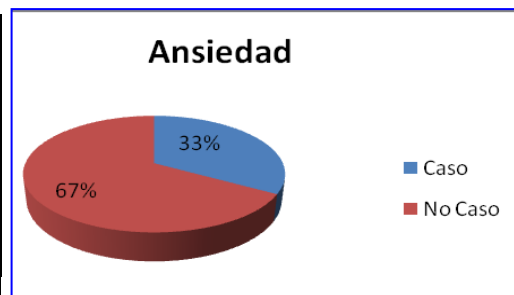


Gráfico Nro. 126

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 126, se puede decir que el 67% de la población de enfermeros sin Burnout, no presentan Ansiedad (No caso). El 33% de la población presentan ansiedad.

Tabla Nro. 127		
Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0,00
No Caso	12	100,00
TOTAL	12	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor: Alvarado, J (2012)



Gráfico Nro. 127

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 127, se puede decir que el 100% de la población no presentan Disfunción Social (No caso)

Tabla Nro. 128		
Depresión		
Estado	Fr	%
Caso	0	0,00
No Caso	12	100,00
TOTAL	12	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor: Alvarado, J (2012)		

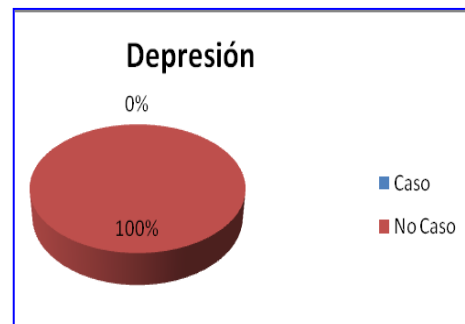


Gráfico Nro. 128

Según los datos obtenidos en el grafico N° 128, se puede decir que el 100% de la población no presentan Depresión (No caso)

c. Enfermeros(as) con Burnout

Tabla Nro. 129		
Síntomas Psicómaticos		
Estado	fr	%
Caso	2	66,67
No Caso	1	33,33
TOTAL	3	100,00
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor: Alvarado, J (2012)		

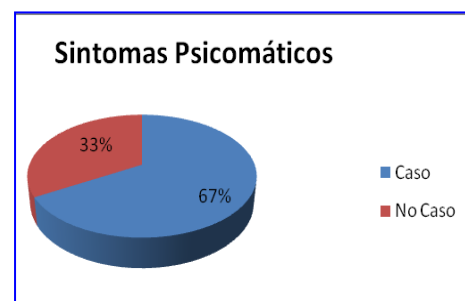


Gráfico Nro. 129

Según los datos obtenidos en el grafico N° 129, se puede decir que el 67 % de la población con Burnout presentan síntomas psicómaticos (Caso). El 33% de la población presentan síntomas psicómaticos (No caso)

Tabla Nro. 130		
Ansiedad		
Estado	Fr	%
Caso	3	100
No Caso	0	0
TOTAL	3	100
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes		
Autor: Alvarado, J (2012)		

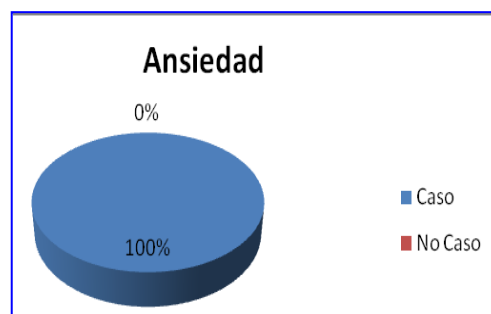
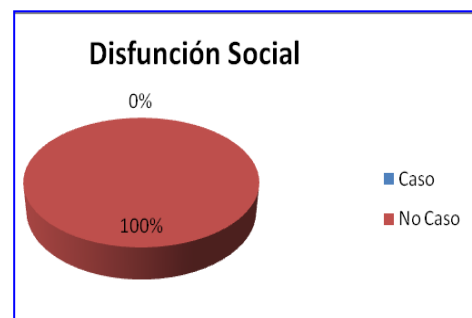


Gráfico Nro. 130.

Según los datos obtenidos en el grafico N° 130, se puede decir que el 100% de la población con Burnout presentan síntomas de ansiedad (caso)

Tabla Nro. 131		
Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0,00
No Caso	3	100,00
TOTAL	3	100,00

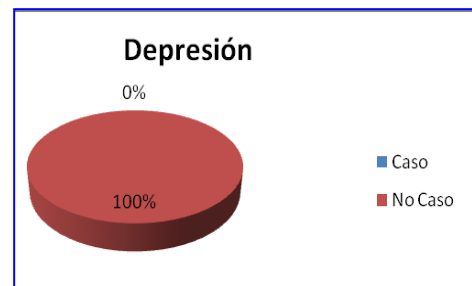
Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor: Alvarado, J (2012)

**Gráfico Nro. 131**

Según los datos obtenidos en el grafico N° 131, se puede decir que el 100% de la población con Burnout no presentan síntomas Disfunción Social (No caso)

Tabla Nro. 132		
Depresión		
Estado	Fr	%
Caso	0	0,00
No Caso	3	100,00
TOTAL	3	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor: Alvarado, J (2012)

**Gráfico Nro. 132**

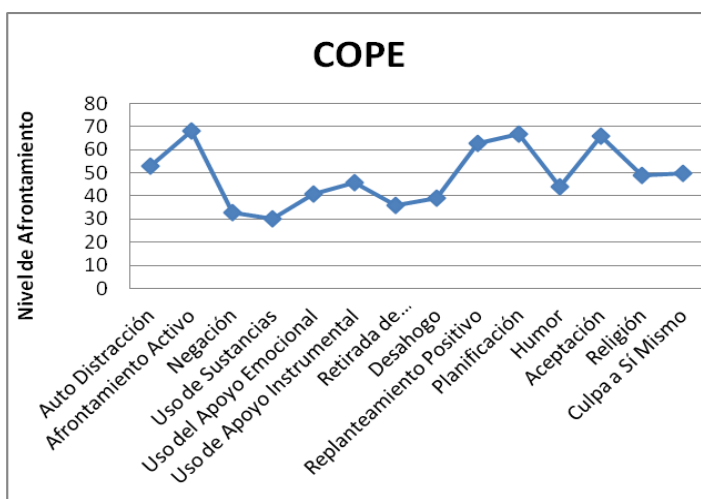
Según los datos obtenidos en el grafico N° 132, se puede decir que el 100% de la población con Burnout, no presentan depresión (No caso)

D. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

a. Médicos sin Burnout

Tabla Nro. 133	
COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	53
Afrontamiento Activo	68
Negación	33
Uso de Sustancias	30
Uso del Apoyo Emocional	41
Uso de Apoyo Instrumental	46
Retirada de Comportamiento	36
Desahogo	39
Replanteamiento Positivo	63
Planificación	67
Humor	44
Aceptación	66
Religión	49
Culpa a Sí Mismo	50

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)



Según los datos del gráfico 133 se puede interpretar que la población de médicos sin Burnout presenta un alto promedio en afrontamiento activo, de igual manera una buena planificación y aceptación de lo que ocurre, se muestran positivos en sus replanteamientos.

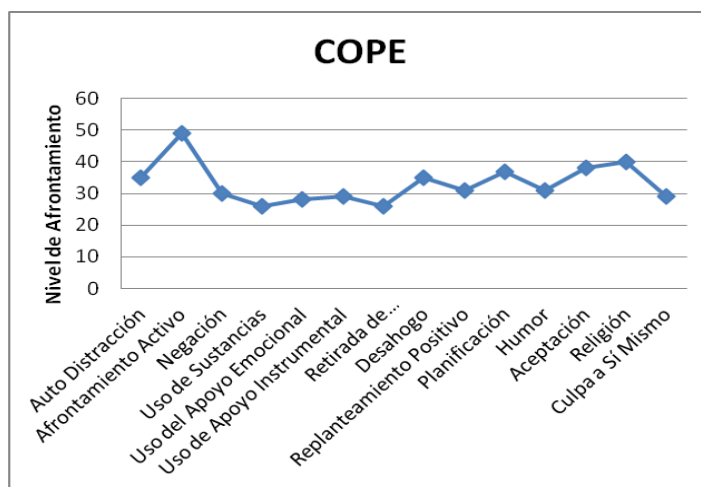
Como valores bajos se puede notar que la población tiene un valor bajo en uso de sustancias, en negación de la situación estresante; además, con un bajo promedio en retirada del comportamiento y en Desahogo.

b. Enfermeros(as) sin Burnout

Tabla Nro. 134	
COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	35
Afrontamiento Activo	49
Negación	30
Uso de Sustancias	26
Uso del Apoyo Emocional	28
Uso de Apoyo Instrumental	29
Retirada de Comportamiento	26
Desahogo	35
Replanteamiento Positivo	31
Planificación	37
Humor	31
Aceptación	38
Religión	40
Culpa a Sí Mismo	29

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

Gráfico Nro.134



Según los datos del gráfico N°134, se puede decir que la población de enfermeras sin Burnout muestra un promedio alto en Afrontamiento Activo; un apego alto a la Religión; le sigue Planificación; valores medios en Desahogo, un valor medio en aceptación de lo que está ocurriendo; un valor similar en

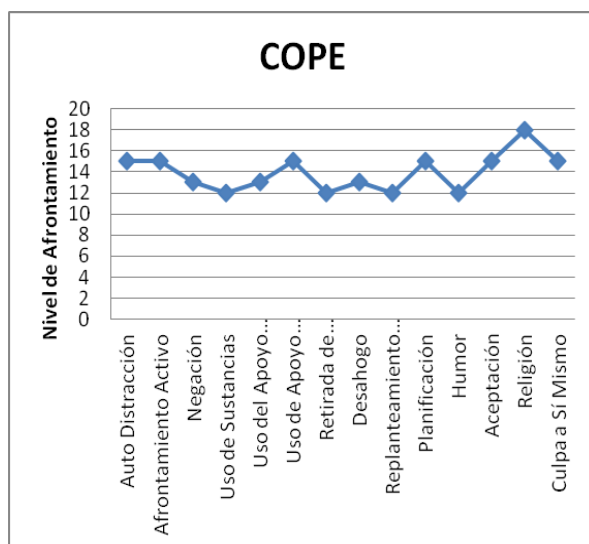
Auto distracción y Desahogo. Y valores bajo en uso de sustancias y retirada de el comportamiento, uso de apoyo instrumental y emocional, y culpa a si mismo

c. Enfermeros(as) con Burnout

Tabla Nro. 135	
COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	15
Afrontamiento Activo	15
Negación	13
Uso de Sustancias	12
Uso del Apoyo Emocional	13
Uso de Apoyo Instrumental	15
Retirada de Comportamiento	12
Desahogo	13
Replanteamiento Positivo	12
Planificación	15
Humor	12
Aceptación	15
Religión	18
Culpa a Sí Mismo	15

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

Gráfico Nro. 135



Según los datos del gráfico N°135, se puede mencionar que la población de enfermeros con Burnout, presentan un valor alto en el apego a la Religión, le sigue la Aceptación de lo que ocurre, la Planificación, el Apoyo instrumental, un afrontamiento activo y Auto distracción. También tenemos según los valores, puntuaciones medias para la negación, el apoyo emocional y desahogo. Así mismo se puede ver valores medios en

retirada del comportamiento, replanteamiento positivo, humor y uso de sustancias. Este último factor es un buen indicio en términos de un afrontamiento positivo.

E. Cuestionario de Apoyo Social

a. Médicos sin Burnout

Tabla Nro. 136	
Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1055,00
Apoyo Instrumental	1070,00
Redes Sociales	1150,00
Amor y Cariño	1226,67

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez

Autor: Alvarado, J (2012)

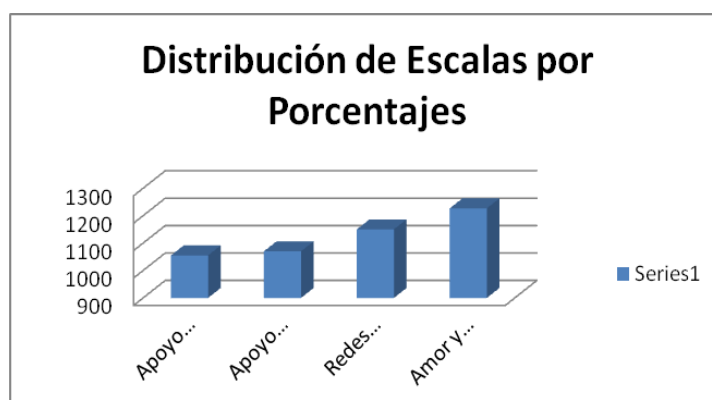


Gráfico Nro. 136

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 136, se puede decir que la población de médicos dentro de la variable de Apoyo Social el valor de la sub escala de apoyo afectivo es más alto, siguiéndole las redes sociales, apoyo instrumental y por último el apoyo emocional.

b. Enfermeros(as) sin Burnout

Tabla Nro. 137	
Apoyo Social	
Apoyo Emocional	802,5
Apoyo Instrumental	845
Redes Sociales	825
Amor y Cariño	880

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

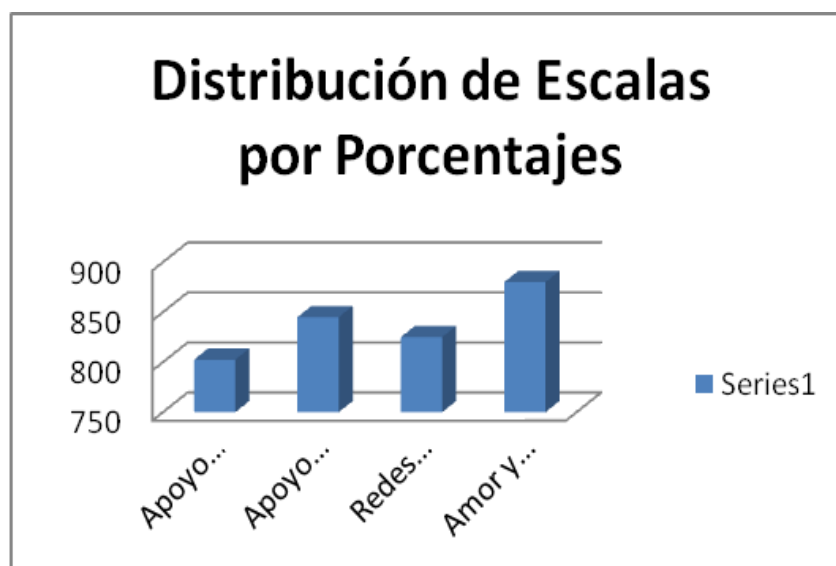


Gráfico Nro. 137

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 137, se puede decir que la población de enfermeros sin Burnout que dentro de la variable de Apoyo Social se destaca la subescala de apoyo afectivo con demostraciones de amor y cariño. Luego continúa el apoyo instrumental, para luego seguir con las redes sociales y finalmente el apoyo emocional.

c. Enfermeros(as) con Burnout

Tabla Nro. 138	
Apoyo Social	
Apoyo Emocional	177,5
Apoyo Instrumental	165
Redes Sociales	155
Amor y Cariño	186,666667

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

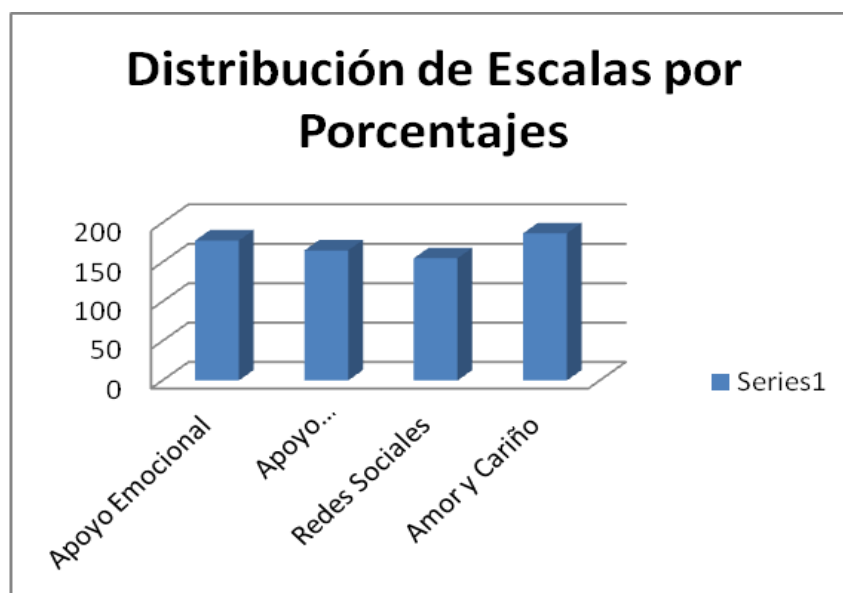


Gráfico Nro. 138

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 138, se puede decir que dentro de la variable de Apoyo Social es predominante la sub-escala de Apoyo afectivo con demostraciones de amor y cariño, para continuar con el apoyo emocional, luego el apoyo instrumental y finalmente las redes sociales.

F. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A) V2.xlsx

Médicos sin Burnout

Tabla Nro. 139		
Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	31	21,53
Extroversión	68	47,22
Psicoticismo	23	15,97
Sinceridad	22	15,23
TOTAL	144	100,00

Fuente: Médicos. Hospital P. A. Suarez
Autor: Alvarado, J (2012)

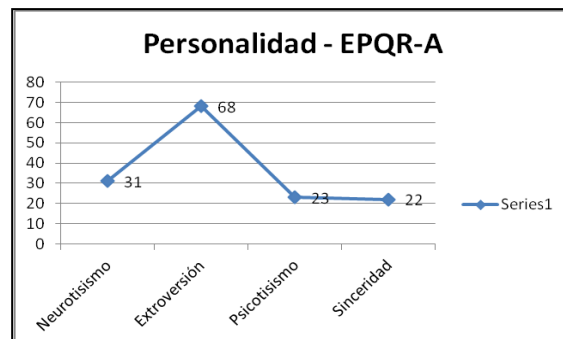


Gráfico Nro. 139

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 139, se puede decir que la población de médicos sin Burnout, dentro de la variable de Personalidad se destaca la sub escala de extroversión con el 47%, seguido de este se evidencia el neuroticismo 21%; Y seguido el psicoticismo con porcentaje de 16% y la sinceridad con un porcentaje del 15%.

Enfermeras sin Burnout

Tabla Nro. 140		
Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	10	9,26
Extroversión	55	50,93
Psicoticismo	23	21,30
Sinceridad	20	18,52
TOTAL	108	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

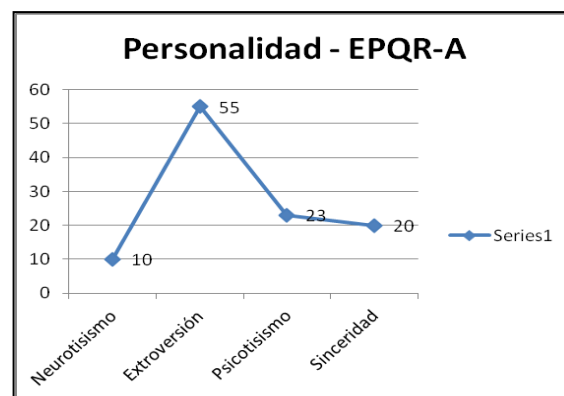


Gráfico Nro. 140

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 140, se puede decir que la población de enfermeros sin Burnout, dentro de la variable de Personalidad se destaca la sub escala de extroversión con un porcentaje del 51%, seguido de este se evidencia el psicoticismo con un porcentaje del 21%; en sinceridad el 18% y Neuroticismo el 9%.

Enfermeros (as) con Burnout

Tabla Nro. 141		
Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	5	17,24
Extroversión	14	48,28
Psicotismo	4	13,79
Sinceridad	6	20,69
TOTAL	29	100,00

Fuente: Enfermeros/as. Hospital P. A. Suarez y Voz Andes
Autor Alvarado, J (2012)

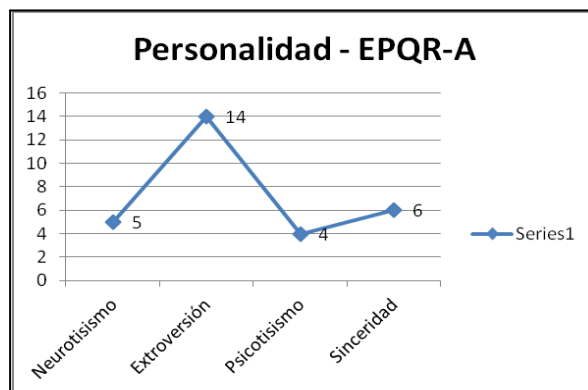


Gráfico Nro. 141

Según los datos obtenidos en el gráfico N° 141, se puede decir que la población de enfermeros con Burnout, dentro de la variable de Personalidad se destaca la sub escala de extroversión 49%, seguido de este se evidencia la sinceridad 21%; el Neuroticismo con un porcentaje del 17% y el psicoticismo con un porcentaje del 14%.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Con la finalidad de proporcionar a los lectores de este trabajo investigativo una fácil comprensión de la realidad local, con respecto a la prevalencia del Síndrome de Desgaste Profesional (SDP) o en inglés Burnout (Quemado), la discusión de los resultados obtenidos se la estructura de tal manera que se analizará en primer lugar de forma independiente uno a uno los objetivos planteados relacionados con el instrumento que permitió medir las diferentes variables involucradas, para posteriormente interrelacionar los factores interdependientes del SDP y finalmente comparar los resultados obtenidos con los conceptos citados en el contexto del marco teórico, para poder inferir personal y profesionalmente en base al conocimiento adquirido durante el proceso.

Para responder al objetivo general de la investigación, es decir: Identificar el nivel de Burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en la ciudad de Quito - Ecuador, se aplicó el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Después de tabular los datos resulta ser que nuestra población se divide en tres grupos: Médicos sin SDP, Enfermeros(as) que no presentan el SDP y Enfermeros(as) con prevalencia del SDP.

En términos generales, en el grupo de médicos investigados se puede apreciar que el 60% presenta un bajo nivel de agotamiento emocional, y el 40% restante refleja entre un medio y alto nivel de este factor, el mismo que en forma aislada no predetermina la prevalencia del síndrome del Burnout, porque la evaluación de los dos factores restantes en todo el grupo refleja un bajo nivel de despersonalización y un alto nivel de realización personal, razón por la cual se determina que ningún médico padece del SDP.

El análisis del grupo de enfermeros(as) evidencia que el 80% no presenta el síndrome gracias a una combinación de los 3 factores bastante similar a la del grupo de médicos, en contraste con el 20% restante que si posee el SDP. Para este último segmento, se debe considerar que los altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización son suficientes para determinar la presencia del síndrome aún cuando presentan un alto nivel de realización personal.

La evaluación del cuestionario para Identificar las variables socio demográficas y laborales de los profesionales de la salud ha permitido conocer la distribución porcentual de la población en éstos términos como variables interdependientes que influyen en el comportamiento de la población; así pues, se puede definir los siguientes perfiles socio demográficos:

- El segmento de médicos es predominantemente masculino, con un promedio de 45 años de edad, mestizos que trabajan en zonas urbanas, mayoritariamente casados con un promedio de 2 hijos en el núcleo familiar; complementado con un perfil laboral que se caracteriza por: ingresos que oscilan entre 2 y 4 mil dólares al mes producto de laborar a tiempo completo (93%) combinando sus plazas de trabajo en el sector público y privado (60%) con el carácter de indefinido y/o en la modalidad de prestación de servicios profesionales, reflejando una estabilidad laboral ya que el promedio de lugares donde han trabajado durante sus 15 años de experiencia profesional es de 2 instituciones, con una carga laboral promedio de 10 horas y 25 pacientes por día, de los cuales el mayor porcentaje (37.5%) no fueron atendidos en ninguna especialidad en particular.

Es importante indicar que el 53% de los médicos atiende pacientes con riesgo de muerte, y en un porcentaje mucho más bajo (33%) han tenido que experimentar la muerte de sus pacientes.

Son profesionales que en un 88% elijen ausentarse de su trabajo por un promedio de 12 días, para recibir capacitación.

Sólo la tercera parte de ellos considera estar totalmente provistos por parte de las instituciones de los recursos necesarios para trabajar, lo que puede conllevar a una falta de incentivo laboral, sin embargo se sienten bastante valorados por sus directivos, colegas, pacientes y los familiares de éstos; lo que refleja una alta autoestima ratificada por lo satisfechos que están con: el trabajo realizado, su interrelación con sus pacientes, el apoyo de sus directivos, la colaboración de sus colegas, su experiencia profesional y economía.

La interrelación de todas las variables hace que NO presenten el síndrome de Burnout.

- El segmento de las/los profesionales en enfermería está compuesto de más mujeres (87%), en su mayoría de estado civil casado (67%); ninguna vive sola, sus edades bordean los 38 años y se evidencia que tienen entre 1 y 2 hijos. Todo el segmento es de raza mestiza y labora en el sector urbano de la ciudad.

Sus ingresos son considerablemente menores a los que perciben los médicos, no superan los \$2000 mensuales, lo que implica que el 67% se encuentre poco o nada satisfecho con su económica, más aún cuando han trabajado alrededor de 12 años.

A diferencia de los médicos nadie combina las plazas de trabajo entre el sector público y privado, la mayoría (53%) labora en éste último, en la modalidad de contrato indefinido. De forma similar que los médicos se identifica estabilidad laboral ya que en casi todo el segmento ha trabajado en una única institución.

Su carga laboral es menor en horas (8) pero mayor en número de pacientes (39) al día respecto de los médicos. Este factor sumado a la modalidad de turnos rotativos en las que trabajan, el porcentaje de profesionales que se relacionan con pacientes con riesgo de muerte (66%), y con la muerte misma (60%) incide fuertemente en la prevalencia del Burnout en este segmento de la población.

Otra diferencia con respecto a los médicos es la razón por la que se ausentan de su trabajo con permiso de 18 días en promedio, todo el segmento lo hace por problemas de salud lo que implica altos índice de presencia de síntomas psicosomáticos. Desde el punto de vista de la valoración por parte de las personas con las que interactúan, este segmento está totalmente satisfecho para los siguientes factores: 53% para con su trabajo realizado, 67% lo está con la interrelación que mantiene con sus pacientes; disminuye su grado de satisfacción a bastante satisfecho en un 75% respecto de su experiencia profesional y un 73% con la colaboración de sus colegas, declinando drásticamente al 8% respecto del apoyo de los directivos de la institución donde trabajan y evidenciando altos índices de baja autoestima, cuando gran parte del grupo (60%) se considera entre poco y nada valorado una vez más por los directivos.

Todos estos factores hacen que en este segmento exista un 20% de profesionales con el síndrome de Burnout.

Para poder Determinar el estado actual de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias se ha aplicado el cuestionario de Salud mental General Health Questionnaire (GHC28), el mismo mide la presencia o no de 4 sub escalas: Síntomas Psicosomáticos, Ansiedad, Disfunción Social y Depresión Grave.

Para el segmento de los médicos encuestados se identifica la presunción de caso o caso probable en un 13% para los síntomas psicosomáticos y un 40% para la ansiedad; mientras tanto, en el segmento de las enfermeras sin el síndrome aumenta la probabilidad de estas variables a un 17% y 33% respectivamente. Por último, para las enfermeras con Burnout se evidencia un alto índice de caso probables (67%) de síntomas psicosomáticos, y el 100% de casos probables de ansiedad.

La totalidad de la población no presenta ningún caso probable de Disfunción Social, ni de Depresión Grave, lo que resulta particularmente contradictorio para el segmento de las enfermeras con Burnout, quienes admiten sentirse poco o nada valoradas por las personas con quienes interactúan en su medio laboral; sin embargo analizando mas a detalle la tabulación de los resultados se encuentra un caso en este último segmento que bordea el límite de riesgo para caer en un proceso depresivo, y 2 casos en el segmento de los médicos con riesgo de presentar Disfunción Social.

La Identificación del apoyo social procedente de la red social se constituye otro de los objetivos de nuestro estudio, y para ello utilizamos el cuestionario MOS de Apoyo social que incluye 20 preguntas asociadas a situaciones de ayuda que la población considera tener por parte de amigos y familiares. Las respuestas son clasificadas en grados de frecuencia en el tiempo (nunca... siempre).

Como lo mencionaran los autores Fernández Peña y Roser en su publicación del año 2005, es importante recalcar que no se puede medir el apoyo recibido sino únicamente el apoyo percibido por los encuestados.

Es importante recalcar que por la naturaleza subjetiva del apoyo percibido per se, los resultados obtenidos podrían estar relacionados con el perfil de personalidad de los

encuestados, quienes dan mayor o menor relevancia a las diferentes expresiones de apoyo brindadas por su red social.

En este contexto, se ha elaborado la siguiente tabla comparativa, en la que se visualiza fácilmente para cada segmento de la población en orden descendente cual ha sido su percepción respecto del apoyo recibido de su red social.

TABLA COMPARATIVA			
Jerarquía de Resultados	SEGMENTOS DE LA POBLACION		
	MEDICOS SIN BURNOUT	ENFERMERAS SIN BURNOUT	ENFERMERAS CON BURNOUT
1.	AMOR Y CARIÑO	AMOR Y CARIÑO	AMOR Y CARIÑO
2.	REDES SOCIALES	APOYO INSTRUMENTAL	APOYO EMOCIONAL
3.	APOYO INSTRUMENTAL	REDES SOCIALES	APOYO INSTRUMENTAL
4.	APOYO EMOCIONAL	APOYO EMOCIONAL	REDES SOCIALES

Fuente: Médicos Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor: Elsa Morales

Todos consideran haber recibido más "amor y cariño" que las demás sub escalas, pero los médicos y enfermeras sin Burnout perciben que el "apoyo emocional" es su más bajo parámetro, mientras que las enfermeras con Burnout ubican en último lugar a su "red social", esto significaría que en el ámbito sentimental toda la población se siente bien apoyada, cuentan con alguien para amar y sentirse amados.

Analizando el parámetro de las "redes sociales" se ratifican los resultados del cuestionario socio demográfico, en el que los médicos reflejan una valoración alta por parte de las personas con las que se relaciona laboralmente (directivos, colegas, pacientes y familiares de pacientes); en contraste porcentajes más bajos obtenidos por las enfermeras que tienen el Burnout.

El instrumento que en nuestro estudio permite Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud, es el cuestionario BRIEF COPE que evalúa la capacidad de reacción positiva o negativa ante situaciones generadoras de estrés, o la aplicación de mecanismos de defensa ante el Burnout, en término de 14 sub escalas, a las que no todos los autores se refieren con el mismo nombre sin embargo se refieren al mismo parámetro de evaluación; no debe sorprendernos que a la Retirada de Comportamiento se la conozca también como "Desconexión Conductual" o que Reinterpretación Positiva sea un sinónimo de Replanteamiento Positivo.

Para un análisis más objetivo, adicionalmente a las gráficas individuales que se presentan en el apartado de la tabulación de datos, se ha elaborado una matriz cruzada entre los valores obtenidos de sub escalas de valoración y cada segmento de la población, de este modo se puede comparar con mayor facilidad la diferencia del comportamiento de cada segmento respecto de la forma como afrontan las situaciones de crisis.

TABLA COMPARATIVA				
Sub Escalas de Valoración	Médicos sin Burnout	Enfermeras		
		Σ	CB	SB
5. Aceptación	66	53	38	15
6. Afrontamiento Activo	68	64	49	15
7. Auto Distracción	53	50	35	15
8. Culpa a Sí Mismo	50	44	29	15
9. Desahogo	39	48	35	13
10. Humor	44	43	31	12
11. Negación	33	43	30	13
12. Planificación	67	52	37	15
13. Religión	49	58	40	18
14. Replanteamiento Positivo	63	43	31	12
15. Retirada de	36	38	26	12
16. Uso de Apoyo Instrumental	46	44	29	15
17. Uso de Sustancias	30	38	26	12
18. Uso del Apoyo Emocional	41	41	28	13

Fuente: Médicos Hospital P. A. Suarez y Vozandes
Autor: Elsa Morales

Hay parámetros bastante parejos como: uso del humor, retirada del comportamiento, apoyo instrumental, apoyo emocional, auto distracción. Pero definitivamente existen marcadas diferencias: los médicos aceptan el problema más que las enfermeras, ellos lo afrontan más activamente producto de la planificación, ven la oportunidad y no el problema como tal. Las enfermeras en general tienen a la Religión como un factor primordial para el afrontamiento, se desahogan más que los médicos. Sin embargo de que todos los segmentos de la población indican que el último recurso que utilizan es el uso de sustancias, es importante indicar que las enfermeras tienen un diferencial de 8 puntos por encima de la consideración de los médicos

En una siguiente matriz cruzada ordenada descendientemente según los valores tabulados se puede conocer cuál es el perfil de afrontamiento de cada segmento de la población.

Segmentos de la Población		
Médicos sin Burnout	Enfermeras sin Burnout	Enfermeras con Burnout
Afrontamiento Activo	Afrontamiento Activo	Religión,
Planificación	Religión	Aceptación
Aceptación	Aceptación	Afrontamiento Activo
Replanteamiento	Planificación	Auto Distracción
Auto Distracción	Auto Distracción	Culpa a Sí Mismo
Culpa a Sí Mismo	Desahogo	Planificación
Religión	Humor	Uso de Apoyo
Uso de Apoyo	Replanteamiento	Desahogo
Humor	Negación	Negación
Uso del Apoyo	Culpa a Sí Mismo	Uso del Apoyo
Desahogo	Uso de Apoyo	Humor
Retirada de	Uso del Apoyo	Replanteamiento
Negación	Retirada de	Retirada de
Uso de Sustancias	Uso de Sustancias	Uso de Sustancias
Fuente: Médicos Hospital P. A. Suarez y Vozandes Autor: Elsa Morales		

Es importante indicar que en el segmento de los médicos las 14 sub escalas tienen diferentes valores de precedencia, en el caso de las enfermeras sin Burnout hay pocos

de ellos a los que se da la misma importancia, pero las enfermeras con el síndrome le otorgan la misma relevancia a muchos modos de afrontamiento, lo que refleja que en un momento de crisis no sabrían claramente cuál de ellos aplicar. En la matriz se han marcado con diferentes tonos de grises para una fácil apreciación.

Finalmente para Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer Burnout se analizan los resultados obtenidos del cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Se identifican para todos los segmentos de la población básicamente el mismo perfil de personalidad, el gráfico en el Anexo. 12, ilustra un mismo patrón, con valores de: Bajo neuroticismo (<35%), alta extroversión(>68%), bajos niveles de Psicoticismo (<30%) y también bajas puntuaciones en Sinceridad (22 - 30%).

En base a los citados por los autores Ruiz Sánchez y Cano Sánchez "El neuroticismo o vulnerabilidad a la neurosis, implica una baja tolerancia para el estrés tanto de carácter físico (p.e el dolor) como psicológico (p.e la frustración)... El neuroticismo hace mención a la dimensión de estabilidad/inestabilidad emocional de la persona" (Ruiz Juan J., Cano Justo J., 2010), se puede argumentar que tanto médicos como enfermeras de los hospitales Pablo Arturo Suarez y Vozandes son profesionales de personalidad estable y con tolerancia al estrés. La sub escala de Extroversión con puntuaciones altas revela profesionales que son (según Jung) "más adaptables, que actúan en razón de las circunstancias, prácticos"., por su parte las puntuaciones bajas del Psicoticismo indican que la población encuestado tiene una conducta normal, no es vulnerable a la psicosis y tampoco es antisocial. Las puntuaciones bajas en la sub escala de Sinceridad en nuestro estudio hace que sea necesario la reflexión acerca de la veracidad de las respuestas emitidas por los encuestados.

Comparación del estudio con otros

Al determinar la presencia del síndrome en el 20% de las enfermeras, se coincide con lo expuesto por Gloria Gema Cáceres Bermejo (Ruiz Juan J., Cano Justo J., 2010) al decir que: "En muchos estudios realizados se ha descrito a la enfermería como una profesión especialmente vulnerable al Burnout", que es justamente lo que refleja nuestro estudio.

Enfermeras casadas con presencia del síndrome en nuestra población, confirman la investigación de Ibáñez, Nuria, 2004 que cita: "De entre la población estudiada, es que el perfil epidemiológico de riesgo de padecer *Burnout* sería el de mujer casada con pocas horas de ocio a la semana y que desea cambiar su horario de trabajo".

Cuando analizamos la apreciación de nuestro segmento de médicos (buena autoestima), y enfermeras (baja valoración profesional) es claro que se cumple la teoría de los autores Roth, Eric y Pinto Bismarck; "La satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la "realización personal" negativamente con "despersonalización" y "agotamiento emocional".

Así como también se ratifica y coincide con la investigación realizada por otros autores, entre ellos J. Cebrià, en la que se concluye que "Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de *Burnout*", como es el caso del segmento de enfermeras que presentan el síndrome y reflejan el 100% de casos probables de ansiedad.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Se concluye que la prevalencia del síndrome de Burnout en la población total de estudio del Hospital Pablo Arturo Suarez y Voz Andes de la ciudad de Quito fue del 10%. Ningún médico presenta el síndrome, en contraste con el grupo de enfermeros donde se presenta un 20% de incidencia.
- La población total está distribuida según las sub escalas de: Agotamiento Emocional con un 60% en el nivel bajo, 10% en el nivel medio y 30% en el nivel alto; Despersonalización con un 87% en el nivel bajo, 3% en el nivel medio y 10% en el nivel alto y Realización Personal con un 4% en el nivel bajo, 3% en el nivel medio y 93% en el nivel alto; como se ven graficados en el anexo N. 8
- La distribución Socio Demográfica de la población total revela una muestra mayoritariamente de raza mestiza, con una edad promedio de 40 años, que labora en el sector urbano de la ciudad de Quito. Su estructura social denota que es un grupo que no viven solos y más bien conforman grupos familiares con un promedio de 2 hijos.
- La distribución de la población por género hace ver que la población de médicos cuenta con más hombres que mujeres, sin embargo existe mayor equilibrio que la profesión de enfermería que cuenta con el 87% de mujeres.
- El estado de salud mental respecto de la población total de los profesionales de instituciones sanitarias en la ciudad de Quito presentan: un 20% de casos probables de síntomas psicósomáticos, un 43% de casos probables de ansiedad y ningún caso probable de disfunción y depresión. Ver Anexo. 9
- De la tabulación y análisis del cuestionario Moss, se identifica que el apoyo social procedente de la red social se afianza en la sub escala del Amor y Cariño para todos los segmentos de la población; siendo que el segmento de los médicos cuenta con los valores más altos para todas las sub escalas, y las enfermeras con

Burnout cuentan con los valores más bajos en todas las sub escalas, se concluye que el apoyo social es factor determinante para la ausencia o prevalencia del síndrome. Ver Anexo 10.

- La tendencia de comportamiento respecto de los niveles de afrontamiento en la población encuestada refleja una actitud similar en la mayoría de los parámetros evaluados tanto para la población total, el segmento de médicos y enfermeros(as) que no poseen el síndrome de Burnout, pero existen divergencias en los parámetros del desahogo, humor, negación, religión, y replanteamiento positivo, como se evidencia en el gráfico del Anexo Nro. 11.
- El perfil de personalidad de los profesionales de la salud encuestados es bastante similar, presentándose una ligera divergencia en la sub escala de la sinceridad en el segmento de las enfermeras que tiene el SDP, quienes según los valores obtenidos dieron las respuestas más veraces. Toda la población refleja ser: estable, sociable, optimista, impulsivos, abierto al cambio, preocupada de sus pacientes, bondadosa, altamente empática, no conflictiva. Como se evidencia en el cuadro comparativo del Anexo N. 12

RECOMENDACIONES

- Se recomienda que para prevenir el agotamiento emocional se establezca una buena organización del tiempo de trabajo de manera que permita la realización de pausas (descanso), para lograr la recuperación tras un trabajo esforzado de actividad mental emocional, tomando en cuenta la validez de estos descansos más que cambios de actividad. Además llevar a cabo prácticas de relajación
- Sugerir a los responsables de los hospitales: directores y autoridades no crear falsas expectativas al profesional, más bien apoyar una comunicación constante, establecer roles delimitados y concretos, adecuados para las capacidades de cada profesional, e instaurar sistemas de recompensas laborales. por su esfuerzo desmedido para elevar su autoestima y reconocer en ellas su servicio.
- Aumento y enriquecimiento de la vida extra laboral con el desarrollo de aficiones y hobbies, promoviendo así otro tipo de actividades que lleve a la población a realizar ejercicio físico y tratar de guardar una dieta saludable.
- Fomentar sistemas de trabajo en equipo para impartir técnicas de solución de problemas; de afrontamiento al estrés; (estrategias de afrontamiento adecuadas considerando el género de los trabajadores), autocontrol y mejorar el autoestima. Se recomienda también llevar a cabo prácticas de relajación, parar y desconectar en pequeños descansos a lo largo de la jornada laboral y, sobre todo, trabajar bajo objetivos cuya consecución sea factible.
- Crear grupos terapéuticos de contención emocional dirigidos a todo el personal de salud, con el fin de promover mayor solidaridad, diálogo y respeto por las opiniones de los otros, mejorando los canales de comunicación entre los compañeros de trabajo.

- Se sugiere que para mejorar la red social en enfermeras se debería promover técnicas de habilidades sociales, en espacios de discusión grupal para aplicarlas en asuntos relacionados con el trabajo, para así mejorar las relaciones sociales entre compañeros y autoridades, superiores y subordinados.
- Procurar autonomía en la realización de las tareas y eliminar cualquier forma de presión psicológica en el trabajo.
- Promover espacios de encuentros con una sonrisa, puede ser utópico, pero una actitud optimista y generosa de acogida y escucha es la mejor terapia para nuestra alma.

8. BIBLIOGRAFIA

Textos:

1. Bosqued , L, Marisa, 2005 Que no te pese el trabajo, Rota papel, 1º ed., pág.71-72
2. Bosqued, Marisa, 2008, Quemados, El síndrome de burnout, Que es y cómo superarlo, Ediciones Paidós, Ibérica, S:A.; 1ª Ed. Pág. 78-92
3. Gil-Monte. R, y Peiró, J.M. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid. Síntesis.
4. Gil Monte Pedro, 2005,Síndrome de quemarse en el trabajo, Ediciones Pirámide , Madrid, 1º Ed. PP.38-44
5. Ibáñez, Nuria, Vilaregut, Anna, Abio Anna, 2004, Enfermería Clínica, Prevalencia del síndrome de *burnout* y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona, Barcelona- España. Pp.142-146.
6. Maslach, C. y Jackson, S. E. (1981). "The measurement of experienced Burnout". *Journal of occupational behavior*. 2, 99-113.
7. Pinto Bismarck, Roth Eric, 2010, descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario 8(2), agosto 2010.
8. Rubio, Juan.C.,et al, 2005, Manual para la formación de nivel superior en prevención de riesgos laborales, Ediciones Díaz de Santos, España, pp-639.
9. Trejo-Lucero, Humberto. 2011, Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México, Vol. III, no. 1 • enero-abril 2011.pp 44-47
10. Varela Arjona, Guillermo, Salinero A. José M, Lemus Gallego, Francisco Javier y Heras Gómez, Cristina. 2001, Luces para emprendedores, Ed. Sócrates, Cáceres, Barcelona. Capítulo VII.

Revistas artículos electrónicos

11. Alvar, M, María J, Romero H., González Maria D. et al, 2004, *Apoyo social, características socio demográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital*, *Psiquiatría. Com*, 1/feb./2005 Enfermería Clínica. 2004 Sep;14(5)
<http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/diagnostico449/20966/> (Datos tomados 04-03.2012)
12. Avendaño, Cecilia, ciencia y enfermería, 2009, xv (2): 55-68, *burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público*,

<http://www.scielo.cl/pdf/cief/v15n2/art07.pdf> (Datos tomados 18-052012)

13. Barraza Salas, JH, et al.2009, *Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic*, Nayarit, Revista Waxapa, Medigraphic, disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=240&IDARTICULO=32441&IDPUBLICACION=3517> (Consultado el 7 mayo 2012.)
14. Corsi, Jorge. 2000. *El síndrome "burnout". Síndrome de estrés crónico en profesionales que trabajan en el campo de la violencia familiar*. Mujer/Fempres N° 219-220, febrero-marzo 2000, pp. 21-22, <http://tiva.es/articulos/Burnout.pdf> (Datos tomados 25-05-2012)
15. Garcés de los Fayos, Carlin, Maicon Enrique , 2010: *Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España) anales de psicología ISSN edición impresa: 0212-9728. ISSN edición web (<http://revistas.um.es/analesps> , 2010, vol. 26, nº 1 ,169-180. (Consultado 28,enero,2012),*
16. González, Correales, R, 2004, *El Medico con Burnout*, Novartis, Madrid. http://www.semergen.es/semergen/microsites/manuales/burn/burnout_complet.pdf
17. Grajales, Tevni, 2008, *Estudio de la validez factorial del Maslach Burnout Inventory versión Española en una población de profesionales mexicanos. Línea de Investigación: Instrumentos de medición Enero-Mayo del año 2008*
18. Hernández, Lastenia, Olmedo, Encarnación, 2004, *Un estudio correlacional acerca del Síndrome del "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad*, 2004, Vol. 22, número 1, págs.121-136. de Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334, disponible en http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL22_1_9.pdf (Consultado 3 Mayo 2012)

19. Japcy Margarita Quinceno y Stefano Vinaccia Alpi, 2007. *burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (sqt)"* Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia, <http://es.scribd.com/doc/51193642/Sindrome-de-Quemarse-en-El-Trabajo> (Consultado 3-Mayo2012)
20. López-Elizalde, 2004, *Revista mexicana de Anestesiología*, Vol. 27. Supl. 1. pp 131-133., <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2004/cmas041ac.pdf> (Consultado 2 Abril -2012)
21. Martínez Pérez, Anabella (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia*. nº 112. Noviembre. 2011, <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>(Consultado 3 Mayo-2012)
22. Marrau, Ma. Cristina, 2009, *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral, Fundamentos en Humanidades*, Vol. 19, Núm. I, 2009, pp. 167-177, Universidad Nacional de San Luis, Argentina. <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=18411965010> (Consultado 30-Mayo-2012)
23. Moriana, Juan Antonio, 2005, *BURNOUT Y CUIDADO DE LA SALUD EN Voluntarios Presentado en el Encuentro Internacional de Psicólogos Sin Fronteras*. 04, 05 y 06 de agosto de 2005. Universidad Nacional de San Luís, Argentina., http://www.psicopol.unsl.edu.ar/feb06_notas1.htm(Consultado 27-Mayo-2012)
24. Parada, María Eugenia. et al. 2005, *Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA)*, Mérida, Venezuela, *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, Vol. 23, Núm. 11, pp33-45. Universidad de Antioquia Medellín, Colombia., <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=12023104>(Consultado 25-Mayo-2012)
25. Pérez Cruz, Elizabeth, 2006, *Síndrome de Burnout como factores de riesgo en médicos residentes, Medicina Interna de México*, Artículo original, Volumen 22

- Numero 4; 282-6. , <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim064f.pdf>(Consultado 3 Mayo2012)
26. Quiroz, Rodolfo, Méndez Santiago, 1999, *Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del hospital nacional sur este de es salud del Cusco, SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana.* http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/rsm_factores.htm(Consultado 3 Abril -2012)
27. Rios, Riezques, M° Isabel,2008 burnout y salud percibidos en una muestra de enfermería de urgencias, servicio de urgencias. hospitales morales meseguer. Murcia,http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/noviembre/burnout.pdf (Consultado 3 Abril -2012)
28. Rodríguez Angélica; Pedrero Mónica; Merino José Manuel, 2008, *cienc. enferm.* v.14 n.2 concepción dic. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010 (Consultado 37Abril -2012)
29. Rodríguez-Muñoz, A; et al, 2008, *Insomnio y calidad del sueño en médicos de Atención primaria: una perspectiva de género,* AL 120 REV NEUROL 2008; 47 (3): 119-123m.<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/2008Insomnio-y-calidad.pdf> (Consultado 7 Abril -2012)
30. Rodríguez, M.J. Pardo y J. Pérez, 2001, *Rasgos de personalidad en médicos de familia, Atención Primaria.* Vol. 27. Núm. 7. http://www.google.com.ec/url?sa=t&rct=j&q=Rodr%C3%ADguez%2C+M.J.+Pereza+y+J.+P%C3%A9rez%2C+2001%2C+Rasgos+de+personalidad+en+m%C3%A9dicos+de+familia&source=web&cd=1&ved=0CE4QFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Ffichero_tesis%3Fcodigo%3D595&ei=XlvtT5CNApGy8QSX-vGHAg&usg=AFQjCNE3X68KeUb7eii5tCChW9y1bdNy0A (Consultado 13-Mayo2012)

31. Roser Fernández Peña, 2005 Periferia Número 3, Diciembre www.periferia.name, (Consultado 8- Abril -2012)
32. Ruiz Juan J., Cano Justo J., 2010 Psicoterapia por la personalidad, <http://www.psicologia-online.com/ESMUbada/Libros/Personalidad/personalidad2.htm>
33. Santes, María del Carmen, et,al, 2009, *la salud mental y la predisposición a síndrome de burnout en estudiantes de enfermería* Revista Chile, Salud Pública, Vol13: 1, 23-29.
34. Servín MR., 2005 Afecta la depresión a 340 millones de personas en el mundo. Boletín informativo de los Centros de Integración Juvenil, A. C., 2005, Año 2, Número 18. Julio, 1: México. (Trejo-Lucero,) Medicina digital,2012, <http://forum.medicinadigital.com/index.php/investigación/939-relacionan-el-srome-de-qburnoutq-y-la-depresion-mayor-riesgo-de-enfermedad-cardiovascular.html> (Consultado , 29 Mayo,2012)
35. Slipak E., Oscar. 1996. Estrés laboral. Alcmeon Nº 19. Disponible en www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_02.htm. (Datos tomados el 26-04-2012)
36. Tardy, Marcelo 2007-2011 Copyright-Psico-web.com–Argentina, Salud - Diferentes miradas sobre el concepto de Salud - Página 6
37. Torres E, Carmen, 2001, *Agenda Salud* , Nº 24, Correo electrónico: isis@isis.cl Página web: <http://www.isis.cl>, Santiago de Chile.(Consultado 26-04-2012)
38. Wagner, T. & Jason, L. (1997), Niveles de Estrés Ocupacional. Disponible en: (http://sisbib.unmsm.edu.pe/situa/2004/bib_factores.htm). (Consultado 26-05-2012)
39. Artículo de Revista *Universia Monografías, España*, Ciudad Grupo Santander de Boadilla del Monte, Madrid, disponible en

<http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/concepto/index.htm> / , (Datos tomados el 2 de marzo del 2012.)

Tesis y Monografías

1. Hernández, A. (1991). Estrés en la familia colombiana: Tensiones Típicas y Estratégicas de Afrontamiento. Proyecto de Investigación. Bogotá, Universidad de Santo Tomás.
2. Rivera, A.M. (1997), Presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, Tesis para optar por el Grado de Master en Psicología Clínica, UNAM, México
3. Salanova ; Schaufeli ; Equipo de Investigación WoNT Prevención Psicosocial.

9. ANEXOS

ANEXO 1



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

Cuestionario Socio-Demográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)
 Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 3

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>

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

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 5
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 6
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).

Anexo 7**CERTIFICACIONES**

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

Loja, 26 de Enero del 2010

Señor Doctor.
WALTER RAMOS
JEFE DE TERAPIA INTENSIVA DE NEONATOLOGIA HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Universidad Técnica Particular de Loja, viene trabajando en varias líneas de investigación en el ámbito de Psicología, en cooperación interinstitucional con varias Universidades e instituciones relacionadas con aspecto sociales. Además es interés de nuestra Institución en la formación superior aportar al proceso de investigación nacional que responda a la necesidad imperiosa de que en el Ecuador se realicen estudios con un alto nivel del impacto en el desarrollo de salud ocupacional.

Por ello me permito dar a conocer que en el ámbito de: La Psicología de la Salud Ocupacional se ha planificado el proyecto de Investigación Nacional sobre la temática que tiene por objetivo general: Identificar el Burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno de nuestro país.

Por lo expuesto solicito a usted Sr. Dr. jefe de Terapia intensiva de Neonatología Hospital Pablo Arturo Suarez, se autorice a: **ELSA DEL CARMEN MORALES MALES**, con C.I. 170960426-6, egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para que pueda realizar dicha investigación en el área de servicio a su cargo.

Es importante indicar que la UTPL se encuentra apoyando el trabajo de nuestros egresados y la labor que desplegaran en esta investigación, puesto que los datos levantados serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, guardando así la identidad de las personas e instituciones participantes. Una vez que se tenga los resultados se entregara el respectivo informe a cada participante.

Seguro de contar con la favorable atención al presente sin otro particular me suscribo a Ud.

Atentamente,

Mg. Silvia Vaca Gallegos

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

Dr. Walter Ramos Puente
PEDIATRA - NEONATÓLOGO
NSP: Libros 1 "U" Folios 17 No: 51
CMI: 7640



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

Loja, 26 de Enero del 2010

**Señor Doctor.
WALTER RAMOS
JEFE DE TERAPIA INTENSIVA DE NEONATOLOGIA HOSPITAL PABLO ARTURO
SUAREZ**
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Universidad Técnica Particular de Loja, viene trabajando en varias líneas de investigación en el ámbito de Psicología, en cooperación interinstitucional con varias Universidades e Instituciones relacionadas con aspecto sociales. Además es interés de nuestra Institución en la formación superior aportar al proceso de investigación nacional que responda a la necesidad imperiosa de que en el Ecuador se realicen estudios con un alto nivel del impacto en el desarrollo de salud ocupacional.

Por ello me permito dar a conocer que en el ámbito de: La Psicología de la Salud Ocupacional se ha planificado el proyecto de Investigación Nacional sobre la temática que tiene por objetivo general: Identificar el Burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno de nuestro país.

Por lo expuesto solicito a usted Sr. Dr. Jefe de Terapia Intensiva de Neonatología del Hospital Pablo Arturo Suarez de la ciudad de Quito, se autorice a: **ELSA DEL CARMEN MORALES MALES**, con C.I. 170960426-5, egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para que pueda realizar dicha investigación en el área de servicio a su cargo.

Es importante indicar que la UTPL se encuentra apoyando el trabajo de nuestros egresados y la labor que desplegaran en esta investigación, puesto que los datos levantados serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, guardando así la identidad de las personas e instituciones participantes. Una vez que se tenga los resultados se entregara el respectivo informe a cada participante.

Seguro de contar con la favorable atención al presente sin otro particular me suscribo a Ud.

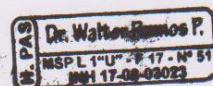
Atentamente,

Mg. Silvia Vaca Gallegos

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

Dr. Walter Ramos

**JEFE DE TERAPIA INTENSIVA
NEONATOLOGIA.
HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ**





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

Loja, 26 de Enero del 2010

**Señor Doctor.
ALFREDO VASQUEZ FLORES
JEFE DEL AREA DE PEDIATRIA DEL HOSPITAL VOZ ANDES**
En su despacho.-

De mis consideraciones:

La Universidad Técnica Particular de Loja, viene trabajando en varias líneas de investigación en el ámbito de Psicología, en cooperación interinstitucional con varias Universidades e instituciones relacionadas con aspecto sociales. Además es interés de nuestra Institución en la formación superior aportar al proceso de investigación nacional que responda a la necesidad imperiosa de que en el Ecuador se realicen estudios con un alto nivel del impacto en el desarrollo de salud ocupacional.

Por ello me permito dar a conocer que en el ámbito de: La Psicología de la Salud Ocupacional se ha planificado el proyecto de Investigación Nacional sobre la temática que tiene por objetivo general: Identificar el Burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno de nuestro país.

Por lo expuesto solicito a usted Sr. Dr. Jefe del Área de Pediatría del Hospital Voz Andes de la ciudad de Quito se autorice a: **ELSA DEL CARMEN MORALES MALES**, con C.I. 170960426-5, egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para que pueda realizar dicha investigación en el área de servicio a su cargo.

Es importante indicar que la UTP se encuentra apoyando el trabajo de nuestros egresados y la labor que desplegaran en esta investigación, puesto que los datos levantados serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, guardando así la identidad de las personas e instituciones participantes. Una vez que se tenga los resultados se entregara el respectivo informe a cada participante.

Seguro de contar con la favorable atención al presente sin otro particular me suscribo a Ud.

Atentamente,

Mg. Silvia Vaca Gallegos

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

Dr. Alfredo Vásquez Flores

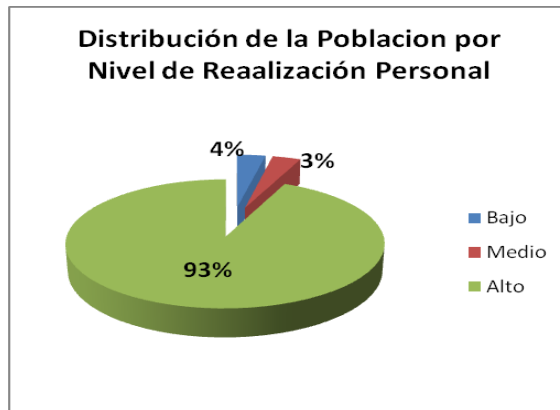
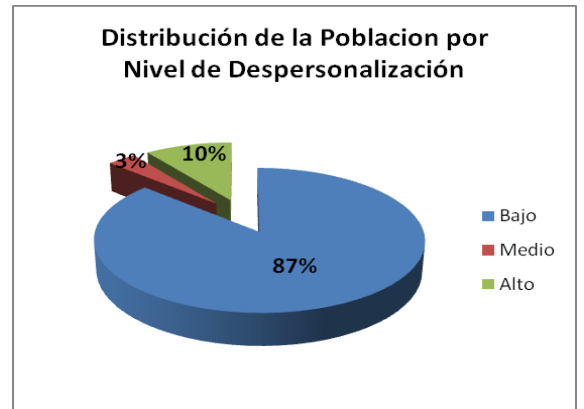
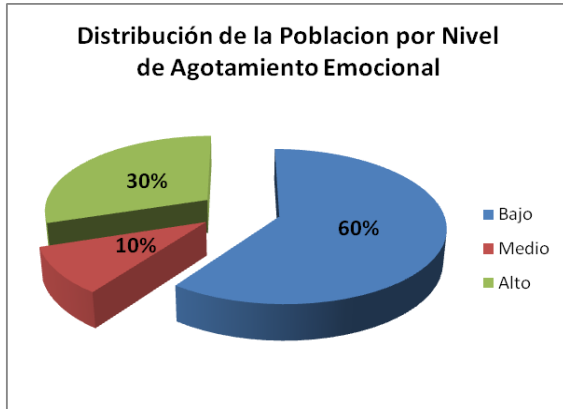
.....
JEFE DEL AREA DE PEDIATRIA

HOSPITAL VOZ ANDES

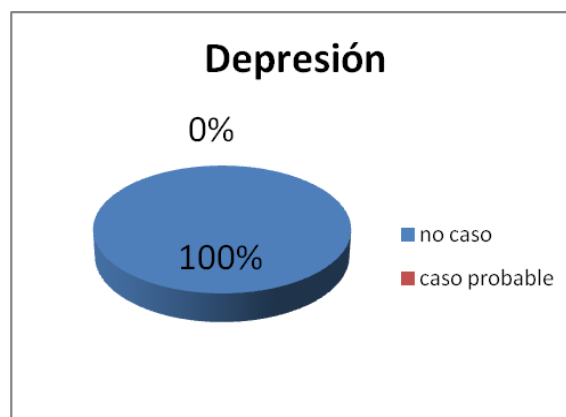
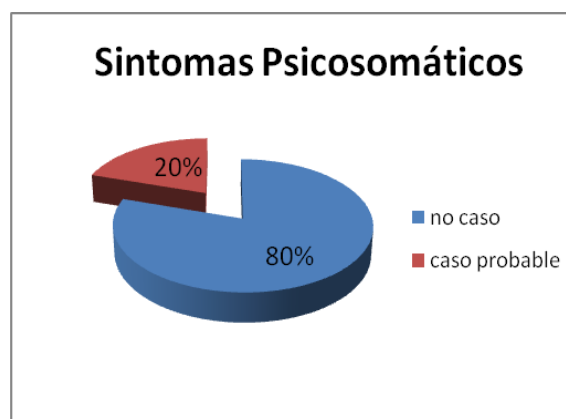
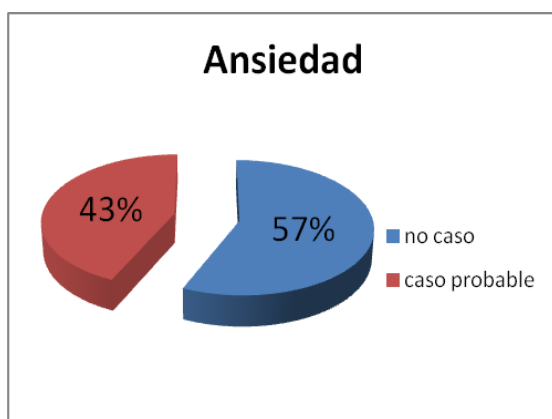
Dr. Alfredo Vásquez F.
PEDIATRA
MSP 2 "1" F67 N°204

ANEXO N. 8

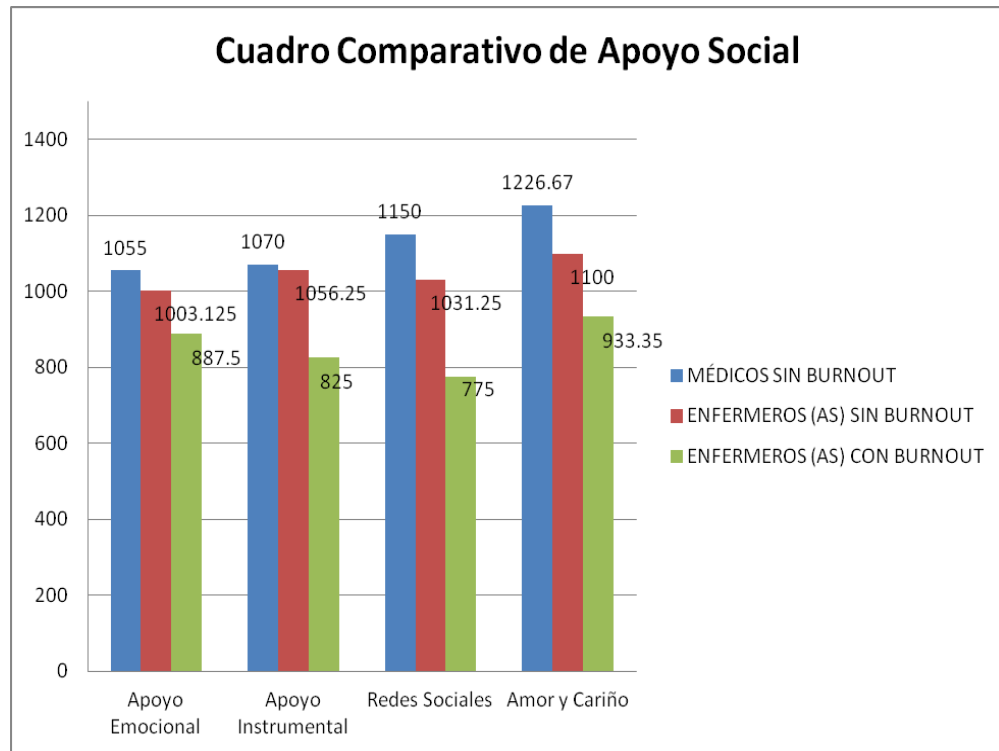
IDENTIFICACION DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL SINDOME DE BURNOUT



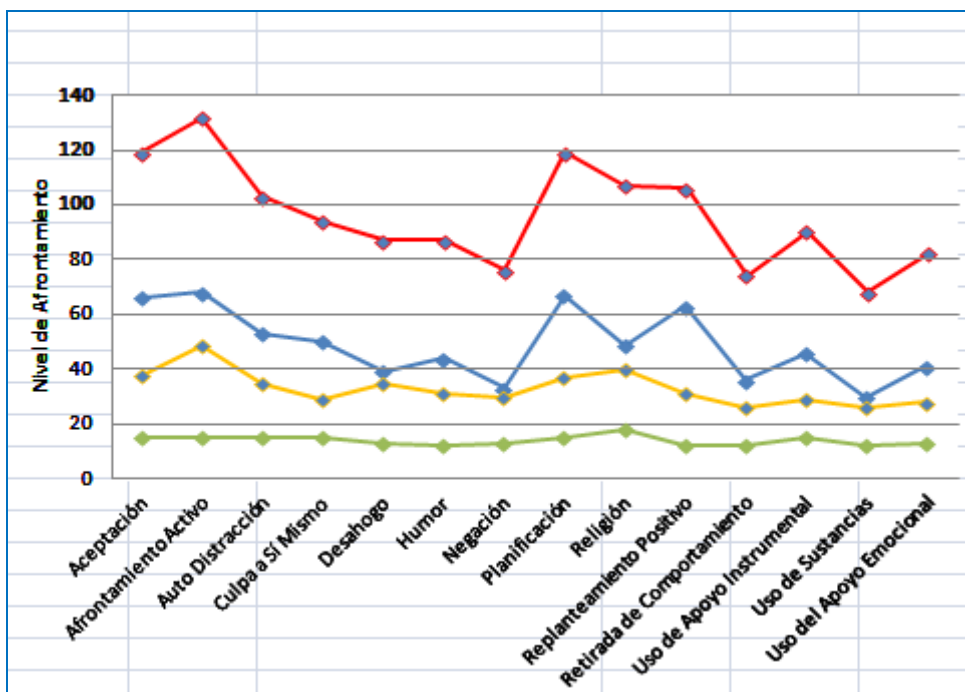
ANEXO N. 9

ESTADISTICAS DEL ESTADO DE SALUD MENTAL DE LA POBLACION TOTAL DE
LOS HOSPITALES PABLO ARTURO SUAREZ Y HOSPITAL VOZ ANDES

ANEXO. 10



ANEXO. 11



- Población Total
- Segmento Médicos sin Burnout
- Segmento Enfermeros(as) sin Burnout
- Segmento Enfermeros (as) con Burnout

ANEXO.12

