



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y actores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”. Estudio realizado en el Ministerio de Salud Pública, Área de Salud No. 1 de la ciudad de Quito, en el año lectivo 2011-2012

Trabajo de fin de titulación.

Autora:

Parreño Pazmiño, María Elena

DIRECTOR:

Alvarado Chamba, Julio César, Lic.

Centro Universitario Quito

2012

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciado.

Julio César Alvarado Chamba.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Ecuador” de la ciudad de Quito, año 2012** realizado por la profesional en formación: **Parreño Pazmiño María Elena**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, agosto de 2012

f).....

CI: 1103791511

Cesión de derechos

“Yo, María Elena Parreño Pazmiño, declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

f.
María Elena Parreño Pazmiño

Cédula de ciudadanía No. 170605391-3

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor.

.....

María Elena Parreño Pazmiño

Cédula de ciudadanía No. 170605391-3

DEDICATORIA

Esta investigación está dedicada a los seres que más amo, a ti Señor por ser mi protector y fortaleza, porque hiciste realidad esta aspiración. A mis padres, hijos, nietos, hijos políticos, catedráticos, especialmente a mi amado Esposo Fabián, que sin esperar nada a cambio, han sido respaldos en mi trayectoria y que forman parte de esta superación que me abre puertas importantes en mi desarrollo profesional, gratitud porque confiaron en mí, hoy consigo ver alcanzado mi propósito, ya que día a día fueron fortaleciéndome en los momentos más complicados de mi carrera, fue lo que me estimuló caminar hasta el último.

Gracias por haber impulsado y estimulado en mí el afán de superación y de triunfo en la vida. A todos, anhelo no desilusionarlos y contar siempre con su valioso respaldo.

Cuantos desveladas valieron de algo y aquí está el fruto, les agradezco a todos ustedes con toda mi alma el haber llegado a mi vida y el compartir momentos bellos y tristes, pero esos espacios son los que nos hacen progresar, los amo mucho.

María Elena

AGRADECIMIENTO

Deseo agradecer a Dios por bendecirme y lograr culminar mi meta en la UTPL, mi agradecimiento y gratitud a la Directora y Tutor de tesis por su valiosa asesoría, para la titulación de licenciado en psicología.

Hago extensivo mi más sencillo reconocimiento y congratulación a todas aquellas personas que de uno u otro medio colaboraron y participaron en la iniciación y culminación de esta investigación.

María Elena.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PÁG.

Certificación	ii
Acta de cesión de derechos	iii
Autoría	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Resumen ejecutivo	1
Introducción	2

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO.

1.1	Conceptualización del burnout.	4
1.1.1	Definiciones del burnout.	4
1.1.2	Modelos explicativos del burnout.	5
1.1.3	Delimitaciones históricas del síndrome del burnout.	6
1.1.4	Poblaciones propensas al burnout.	7
1.1.5	Fases y desarrollo del síndrome del burnout.	7
1.1.6	Características, causas y consecuencias del burnout.	8
1.1.7	Prevención y tratamiento del Síndrome del burnout.	9
1.2	Conceptualización de las variables de la investigación.	10
1.2.1	Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.	10

1.2.1.1	Variables de riesgo y protectoras.	11
1.2.1.2	Motivación y satisfacción laboral.	12
1.2.1.3	Investigaciones realizadas.	13
1.2.2	El Burnout y la relación con la salud.	14
1.2.2.1	Definiciones de salud.	14
1.2.2.2	Síntomas somáticos.	14
1.2.2.3	Ansiedad e insomnio.	15
1.2.2.4	Disfunción social en la actividad diaria.	16
1.2.2.5	Tipos de depresión.	17
1.2.2.6	Investigaciones realizadas.	18
1.2.3	El Burnout y el afrontamiento.	20
1.2.3.1	Definición de afrontamiento.	20
1.2.3.2	Teorías de afrontamiento.	20
1.2.3.3	Estrategias de afrontamiento.	21
1.2.3.4	Investigaciones realizadas.	22
1.2.4	El Burnout y la relación con el apoyo social.	24
1.2.4.1	Definición de apoyo social.	24
1.2.4.2	Modelos explicativos del apoyo social.	25
1.2.4.3	Apoyo social percibido.	26
1.2.4.4	Apoyo social estructural.	27
1.2.4.5	Investigaciones realizadas.	27
1.2.5	El Burnout y la relación con la personalidad.	28
1.2.5.1	Definición de personalidad.	28
1.2.5.2	Tipos de personalidad.	29

1.2.5.3	Patrones de conducta.	30
1.2.5.4	Locus de control.	31
1.2.5.5	Investigaciones realizadas.	32
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA		34
2.1	Diseño de investigación.	34
2.2	Participantes.	35
2.3	Instrumentos.	36
2.4	Recolección de datos.	41
CAPÍTULO III: RESULTADOS OBTENIDOS		45
3.1	Tabulación de datos.	45
3.2	Caracterización socio demográfica y laboral.	46
3.3	Subescala del burnout.	57
3.4	Salud mental con las dimensiones correspondientes.	58
3.5	Estilos de afrontamiento con las subescalas.	61
3.6	Apoyo social.	65
3.7	Personalidad con las subescalas.	66
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS		67
4.1	Discusión de resultados.	67
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES		75
5.1	Conclusiones.	75
5.2	Recomendaciones.	77
BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA		78

FUENTES ELECTRÓNICAS	83
ANEXOS	85

RESUMEN EJECUTIVO

En este informe de tesis se investigó la presencia o inexistencia del síndrome del burnout, en médicos y enfermeros (as), del Ministerio de Salud Pública, Área de Salud No. 1 de la ciudad de Quito, considerado una consecuencia negativa de estresores crónicos habituales, en función de altas demandas emocionales de los pacientes, el cual es visto desde una perspectiva psicosocial por Maslach y Jackson (1986), como un síndrome tridimensional, que se manifiesta en profesionales sanitarios, distingue tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, cuyo objetivo es contribuir al mejoramiento de su estilo de vida laboral, estado de salud física y mental de los profesionales.

De la investigación realizada, se llega a la conclusión que médicos y enfermeros (as) del área investigada, es una población saludable desde el punto de vista del burnout, en el sentido de que administra técnicas de afrontamiento medianamente apropiadas para prevenir el estrés, caracterizándose por un dominante logro personal y bajo nivel de despersonalización. Correspondiendo al agotamiento emocional, única dimensión disminuida, en algunos casos, especialmente en enfermeros (as), susceptibles a padecer el síndrome de burnout.

INTRODUCCIÓN

Esta investigación se refiere a la "Identificación del Síndrome del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este Fenómeno, en el Ecuador" cuyo objetivo primordial es examinar el estado de salud mental de los profesionales del Ministerio de Salud Pública, Área de Salud No. 1, sector Centro Histórico de la ciudad de Quito, las circunstancias de apoyo social derivada de la red social, las formas de afrontamiento ante situaciones adversas y los rasgos de personalidad identificados con el Burnout, para establecer su origen, ya que se presenta como uno de los principales antecedentes de desgaste en profesionales de la salud, estos síntomas aparecen a nivel emocional, físico y conductual, por lo que se persigue determinar los procedimientos que se emplean el día de hoy a fin de localizar formas más eficaces de hacer frente al Burnout.

“Maslach y Jackson precisaron el Burnout como “una pérdida gradual de preocupación y de todo sentimiento emocional hacia las personas con las que trabajan y que conlleva a un aislamiento o deshumanización”. Estos autores fundamentaron las bases para la ejecución de investigaciones en diversos ambientes y sociedades, plasmaron un instrumento de medida, denominado Maslach Burnout Inventory (MBI), (Revista especializada en salud pública, año 2004).

El síndrome de burnout, se caracteriza por la presencia de altos niveles de **agotamiento emocional (AE)** por el contacto frecuente con personas a las que hay que atender como propósito de una prestación de salud y, **despersonalización (DP)** involucra el desarrollo de sentimientos negativos, implicados a una insensibilidad afectiva hacia las personas beneficiadas del servicio de salud y una **disminuida realización personal (RP)** que surge cuando se frustran y desilusionan los mecanismos de adaptación ante situaciones laborales, deterioro de su satisfacción profesional, agotamiento emocional, físico e intelectual.

“En diversos colectivos ocupacionales de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Colombia, México y Venezuela), donde la prevalencia del estrés laboral y del SQT se ha estimado entre el 10% y 43,2%, siendo estos fenómenos relacionados con diferentes factores psicosociales presentes en el trabajo, de altos costes personales (Benavides 2008; Caballero y Palacio 2007; Fernández 2008; Juárez-García y Schnall 2007;

Paredes y Sanabria 2008". La prevalencia de burnout en los profesionales residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas (5% y 5,3% respectivamente). Fueron variables protectoras la mayor edad (OR=0,96), tener hijos (OR=0,93), la percepción de sentirse valorado (OR=0,53), el optimismo (OR=0,80), la satisfacción profesional (OR=0,80) y la valoración económica (OR=0,91)". (Olivares Faúndez V.E. (2009) Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). (<http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina63.pdf>).

"Estudios realizados en Colombia, Costa Rica, Cuba, República Dominicana, Ecuador, El Salvador afirman que las mujeres son las más vulnerables ya que tienen un doble rol en la tarea profesional y familiar. El estado civil está asociado al síndrome ya que parece que las personas sin pareja estable y sin hijos son los más perjudicados, ya que los que tienen pareja e hijos tienen mayor capacidad para afrontar problemas y conflictos emocionales además gozan del apoyo familiar." (Investigaciones Intramed. El síndrome burnout en médicos hispanoamericanos: (<http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenido=52702>).

Para el desarrollo de la investigación se aplicó a 30 profesionales sanitarios 15 médicos y 15 enfermeros (as), 6 instrumentos: cuestionario sociodemográfico y laboral; cuestionario MBI de Maslach; cuestionario (GHQ-28); cuestionario BRIEF-COPE; cuestionario de MOS apoyo social; cuestionario EPQR-A. El propósito de los resultados obtenidos, será mejorar la calidad de vida de los profesionales sanitarios, con programas de tratamiento para delimitar estrategias y técnicas, advertir las limitaciones a fin de examinar formas provechosas de afrontar el burnout.

Dentro de los objetivos propuestos se logró determinar que médicos y enfermeros (as), no poseen burnout, en su mayoría se desarrollan en un contexto laboral adecuado, su estado de salud mental es equilibrado, utilizan estrategias de afrontamiento apropiadas, disfrutan de un apoyo social valioso, los rasgos de personalidad que predominan en la mayoría de investigados son la extraversión y la sinceridad.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT.

1.1.1 Definiciones del burnout.

“El término burnout, significa “estar quemado”, fue incorporado por Herbert Freudenberger a mediados de los años setenta, como una patología psiquiátrica, descripción perjudicial y desfavorable que sobrellevan los profesionales Médicos y Enfermeras en su actividad diaria, ya que esta población se enfrenta periódicamente situaciones de supervivencia y muerte.” (<http://contenidos.universia.es/especiales/burnout/concepto/index.htm>).

“Cuatro años después, Pines y Kafry (1978) definen al burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal. Dale (1979) se pronuncia en el sentido de consecuencia del estrés laboral. Cherniss (1980) lo definió como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en los trabajadores con excesivas demandas. Edelwich y Brodsky (1980) lo definen como una pérdida del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda. Las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson (1981) consideran la aparición de este síndrome en profesiones de servicios caracterizados por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia. Shinn, Rosario y Chestnut (1984) consideran el burnout como tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos. García Izquierdo (1991) replica al burnout característico de servicios humanos y como consecuencia de demandas físicas y psicológicas, resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral. Farber (2000) dirige su exposición hacia el marco de la dinámica laboral y organizacional. Farber, Charnes (2001) estiman que las fuentes de estrés en los profesionales de ayuda son las características propias del trabajo, el ambiente organizacional, y las características individuales (“Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. Málaga-España”).

Puntualizados los constructos de varios investigadores, se evidencia que el Burnout aparece relacionado con profesionales que realizan actividades de asistencia,

vinculados a escenarios de angustia y sufrimiento, asociados a situaciones laborales y competitividad, así como sentimientos de frustración, originada de un incremento de esfuerzos, aportando como consecuencia síntomas a niveles físico, conductual, afectivo, cognitivo, motivacional, que se transforman en humillación y deterioro en la atención profesional a usuarios de servicios de salud y repercute en la calidad de vida.

En esta investigación se identificará desde diferentes puntos de vista el estrés laboral en los profesionales sanitarios del Área de Salud No.1 de la ciudad de Quito, actitudes inadecuadas hacia los clientes y hacia sí mismo, se determinará manifestaciones psicológicas y físicas, problemas de personalidad, depresión y ansiedad.

1.1.2 Modelos explicativos del burnout.

Recogiendo como referencia los Modelos Psicosociales, Gil-Monte y Peiró (1999) clasifican en tres corrientes los modelos existentes: Teoría Socio-cognitiva del yo, Teoría del Intercambio Social y Teoría Organizacional. **Teoría socio-cognitiva del yo.** Proporciona a las variables de auto-eficacia, autoconfianza, auto-concepto, el desarrollo del problema y determina ciertas reacciones emocionales, como la depresión, que acompañan la actividad. “Según Harrinson (1983) la competencia y eficacia percibida son variables clave en el desarrollo de este proceso.” (Ortega R. y López R. (2003). Burnout en profesionales sanitarios).

Teoría del intercambio social (Según Gil-Monte y Peiró (1997). Posee su etiología en las percepciones de carencia de equilibrio que desarrollan los individuos como consecuencia del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. **Teoría organizacional** (Gil-Monte y col.) Introduce las disfunciones de rol, deterioro de salud organizacional, la estructura y el ambiente organizacional.”

En referencia a los modelos explicativos, varios autores aludidos, vinculan al burnout con características fundamentales: desgaste profesional, estrés laboral crónico, sacrificio desinteresado a los servicios humanos, altamente motivado, sentimiento acompañado de altruismo. A esta motivación puede repercutir factores de oposición laboral, reducen los sentimientos de auto-eficacia y terminan causando el burnout. La profesión de enfermería es una de las que manifiesta mayor incidencia, debido al acrecentamiento del absentismo, desmotivación y sobrecarga laboral, conflictos

interpersonales, ausencia de recursos, disfunciones de rol y, la incapacidad del trabajo en equipo.

1.1.3 Delimitaciones históricas del síndrome del burnout.

“**Richardson y Burke** evidenciaron en médicos canadienses que el burnout intolerante se relacionaba con menos satisfacción en la práctica médica y con actitudes negativas hacia el cuidado de la salud de los pacientes”. “**Catherine Maslach y Susana Jackson** lo han descrito como una causa que se inicia con una carga emocional y su consecuente insensibilidad que transfiere al agotamiento del sujeto, acompañado de síntomas físicos: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional. Su modelo teórico ha conducido a la elaboración del Maslach Burnout Inventory (MBI)”. “**Pines, Aronson y Kafry** contemplan que el burnout nace del cansancio ocupacional y de sus respectivas secuelas emocionales debido a características internas del trabajo (deserción, independencia e importancia de éxito) y externas (ambiente de trabajo, relaciones laborales, apoyo)”. (Hernández 2003. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención).

“**Taris, Peeters, Le Blanc, Schreurs y Schaufeli**, en un estudio hallaron que la inequidad en las relaciones (altos esfuerzos y bajas recompensas), específicamente las establecidas con los beneficiados de sus servicios profesionales se relaciona a los estresores derivados de los pacientes, y a los elementos del síndrome de burnout”. “Este enfoque defiende la hipótesis profunda al modelo de estrés del desbalance esfuerzo-recompensa, propuesto por J. Siegrist, como ajustable no solo al estrés de las relaciones sociales, sino a la correlación del hombre con el trabajo”. “**Schaufeli** dogmatiza, que médicos y enfermeras advierten un nivel comparable de agotamiento emocional, pero los médicos tienen observaciones importantes”. Por su parte, “**Allan Wolfgang** se ha enfocado a los orígenes de estrés en los distintos profesionales del sector de la salud, diseñó el Health Professions Stress Questionnaire, con el cual ha examinado a médicos, enfermeras, administrativos y farmacéuticos, y ha logrado resultados que garantizan la fiabilidad y estructura de su instrumento.” (<http://tesisdeinvestigadores.blogspot.com/2011/05/estres-y-burnout-en-profesionales-de-la.html>).

El burnout, es un término anglosajón cuya interpretación es desgastado, “quemado”, algunas de las delimitaciones históricas en relación a los profesionales de la salud, han revelado cómo sus consecuencias se revierten en un desempeño profesional inadecuado con las personas que reciben sus atenciones, refiere un conflicto psicológico, que altera la capacidad laboral de un sujeto. En el rango de salud únicamente los médicos no están expuestos al estrés de origen asistencial, por lo que se prevé investigar la existencia del burnout en profesionales médicos y enfermeras.

1.1.4 Poblaciones propensas al burnout.

El burnout puede vincular a toda persona que se desempeña en profesiones que requieren entrega, altruismo, responsabilidad, y ayuda a personas. “Francisco Alonso-Fernández, catedrático de psiquiatría de la Universidad Complutense de Madrid, establece una clasificación de las trabajadoras/res que experimentan burnout: estrés de competitividad (empresariado, directivos/as); de creatividad (escritores/as, artistas, investigadores/as); de responsabilidad y abnegación (médicos/as, enfermeras/os); de relaciones (servicios en apoyo espontáneo con las personas: profesorado, funcionarios/as, vendedoras/es); de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto peligro, fuerzas del orden). (Torres 2001).

No obstante, de las disertaciones relativas al burnout han alcanzado la conclusión de que son las labores básicamente asistenciales a víctimas las más angustiadas por el desgaste, mientras más urgentes sean las demandas y más profundo su nivel de dependencia de la labor y del especialista, existe mayor posibilidad de que el síndrome se manifieste; a esto se añade el entorno físico y social del trabajo, una elevada auto-exigencia, lo que debilita la tolerancia a la frustración, sentimiento de superioridad y reconocimiento frente a la tarea.

1.1.5 Fases y desarrollo del Síndrome del burnout.

El burnout en los profesionales de la salud está motivado por la mezcla de variables físicas, psicológicas y sociales, de índole cuantitativa y cualitativa, que traslada al sujeto a asumir una idea negativa de sí mismo, el trabajo y personas con quienes interactúa, desgastando la vocación del médico y la enfermera, caracterizado por la intranquilidad del paciente desmejorado y de la familia, por la reacción de sus propios conflictos íntimos y frustración de sus esperanzas diagnósticas y terapéuticas.

“El Modelo Procesual de Leiter inicia a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y señala que la aparición del Burnout se impulsa a través de un proceso que principia por una inestabilidad asociada a las exigencias organizacionales y los recursos personales”. (Martínez 2010. El síndrome de Burnout). Esto estimularía cansancio emocional en médicos y enfermeras, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso culmina con **baja realización personal** como consecuencia de la incapacidad al confrontar los diferentes estresores profesionales y estrategias de afrontamiento. Como se puede advertir, son tres las dimensiones que revelan la evolución del síndrome, **el agotamiento emocional**, es la figura clave en este paradigma y se alude a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. **La despersonalización** experimentada por el médico o la enfermera se representa en un modo de afrontamiento que protege al profesional de la desilusión y agotamiento e involucra actitudes y sentimientos cínicos, hostiles sobre los propios usuarios.

Por lo descrito el desarrollo del burnout, provoca sentimientos de disconformidad, incompetencia y desconfianza en sus habilidades, percepciones y conducta. Son médicos y enfermeras en los que se introducen principalmente estresores que atribuyen sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios difíciles, relación frecuente con la enfermedad, sufrimiento, dolor y muerte, negligencia de especificidad de funciones y tareas, confusión de roles, conflictos interpersonales, lo que reduce el apoyo de los compañeros, dando lugar a la aparición de rasgos y síntomas generales.

1.1.6 Características, causas y consecuencias del burnout.

“La manifestación a diferentes estresores crónicos en un individuo se relaciona con el deterioro de la salud; situando al personal sanitario grupo de conflicto por los escenarios estresantes y alteraciones producto del burnout (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Cano *et al.*, 1996; De la Fuente *et al.*, 1994; De la Gángara, 2002; Eastburg *et al.*, 1994; Espinosa, Zamora y Ordóñez, 1995; Flórez, 2002; Garcés *et al.*, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997; O’Brien, 1998; Guerrero, 2001; Maslach *et al.*, 2001; Olabarria, 1995; Turnipseed, 1994”. (Ortega R. y López R. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios). Se dividen en tres:

Implicaciones en la **salud física** (alteraciones físicas). Variaciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria), fatiga crónica, cefaleas y migrañas, alteraciones

gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera d duodenal), variaciones respiratorias (asma), alteraciones del sueño, alteraciones dermatológicas, cambios menstruales, disfunciones sexuales, dolores musculares y articulares. Secuelas en la **salud psicológica** (alteraciones emocionales). Ansiedad, depresión, irritabilidad, baja satisfacción laboral, distanciamiento emocional, sentimientos de frustración profesional y deseos de abandonar el trabajo. Consecuencias expuestas al ** mbito laboral** (transformaciones conductuales). Absentismo laboral, abuso de drogas, desarrollo de conductas violentas, conductas de elevado riesgo (conducción temeraria, ludopatía), alteraciones de comportamiento alimentario, deterioro de productividad, limitación de competencia y disminución de la calidad de servicio de la organización". La agitación mental es otra característica del burnout, que manifiesta el desconcierto de médicos y enfermeras sometidas a tensiones, pueden aparentar sensibilidad, e insatisfacción.

Determinadas causas de burnout están originadas por el exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales, deterioro de equidad organizacional, existencia de presiones, turnos rotativos, lo que le proporcionan un perfil patológico, por un agotamiento saturado. Falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y autoridades de la institución, conflictos interpersonales y familiares, imposibilidad de logro, ambigüedad de rol. Las características de personalidad, existencia de sentimientos de altruismo, en la enfermera, le involucra en los problemas del usuario lo que le causa sentimientos de baja realización personal en el trabajo y puede concebir sentimientos de frustración.

Las consecuencias del burnout son potencialmente trascendentales y muy graves, debido al incremento del absentismo laboral, la desmotivación e ineficacia del trabajo en equipo, etc., deterioro en las relaciones interpersonales, desgaste o pérdida de la empatía, y síntomas emocionales (depresión) físicos (insomnio crónico, graves daños cerebrales o cardiovasculares).

1.1.7 Prevención y tratamiento del síndrome del burnout.

La prevención y tratamiento se afronta a partir de una triple probabilidad:

- **El trabajo personal:** El manejo del burnout plantea una modificación adecuada de actitudes y aptitudes del trabajador. Se compromete tener una fase adaptativa entre las perspectivas originarias del sujeto, con las condiciones que se le atribuye,

contrastándole aspiraciones más razonables, que accedan a instigar un sueño sin incurrir en la insensibilidad. Las destrezas de prevención extra laborales (deporte, cine, lectura, etc.). Incrementar las relaciones familiares, espirituales, y sociales”.

- **“El equipo:** La forma de advertir el burnout es cooperando en el trabajo de equipo, hacer frente a numerosas contrariedades. Las destrezas de prevención inciden en proporcionar áreas habituales, no formales al interior de la zona laboral. Impulsar la cooperación, no la competitividad. Instauración de grupos de meditación para relacionarse habitualmente en la tarea-paciente, aspectos emocionales, impulsivos y relaciones interpersonales”.
- **Organización-empresa:** planes claves para la prevención del burnout: Organización de diálogos conforme a las necesidades sin perturbar el tiempo de la persona con una “alteración más”. Flexibilidad horaria, variar jornadas de distracción sujetas a horarios libres y/o descanso, apoyo a la formación, desarrollar la condición de independencia de los profesionales de la salud. Promover actividades que beneficien la comunicación (verbal y no verbal) de los médicos y enfermeros (as) identificados por empatía, compañerismo, que los periodos vacacionales se formalicen una vez al año. Ejercitar la habilidad corta de meditación precedida por ejercicios de relajación media a profunda en los espacios de interrupción de trabajo.

Lo referido aspira a que los profesionales de asistencia, mediten en lo relativo a sus objetivos particulares, disciernan sobre los trastornos de conducta como el egoísmo, la competición y el orgullo, esto favorecerá a que el burnout empiece a suprimirse.

1.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

“Fernández (1998) deriva en su investigación, que la satisfacción laboral de los profesionales sanitarios, se asocia con una mejor salud mental y ausencia de síntomas de burnout, precisa que la satisfacción con las perspectivas intrínsecas de la actividad habitual reduce el burnout y que el bienestar con colegas y autoridades salvaguarda el agotamiento emocional. Piko (2006), alude que el entusiasmo laboral es un predictor perjudicial de cada una de las dimensiones que conforman el burnout por el trabajo,

sobre todo del agotamiento emocional que sobrellevan profesionales de la salud”. (Ríos, Godoy 2008).

1.2.1.1 Variables de riesgo y protectoras.

“Nagy y Nagy (1992) y Sandoval (1993), clasifican las variables en tres categorías: Interpersonales, variables particulares del individuo que conciben aspectos de su personalidad, sentimientos, pensamientos y actitudes. Organizacionales, son privativas a la organización, influyen en generar escenas aversivas interpersonales o ambientales, motivan roces significativos: familia, amigos, estilos de vida”. **Variables de contexto organizacional:** “Inadecuación profesional: Ayuso y López (1993), aluden potencial origen del burnout, no ajustarse el perfil profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que profesa. Kremer y Kofman (1985); Exigencias al trabajo, importante responsabilidad en sus jornadas normales, mayor probabilidad de aparición del síndrome, (Sarros, 1998). Realización en el trabajo, conforme el cumplimiento es menor (Garden 1987), expone la presencia de mayor grado de burnout. Interacción trabajador-cliente, Ursprung (1986); Burke y Richardsen (1991); Lee y Ashforth (1993), determinan que la citada interacción da parte a conflictos habituales posibilitando a una variable predictora del burnout; conflictos y ambigüedad de rol, estímulos, perspectivas en el trabajo, resistencia organizacional, estresores financieros, entusiasmo laboral, adicción, desafío, independencia y compromiso con el trabajo”.

Variables intrapersonales predisponentes al burnout: “Diferentes autores hallan similitudes explicativas entre locus de control externo y crecida del burnout, Wilson y Chiwakata (1989) mayor posibilidad que brote el síndrome, en situaciones que el individuo considera poseer escasa probabilidad de confrontar. Indefensión aprendida, Ensiedel y Tully (1981) el burnout, estaría relacionado con el inexistente dominio de la persona sobre la condición o suceso aversivo. Interés social, personalidad resistente, edad-madurez, exigencias emocionales-apasionadas, estrategias de afrontamiento equivocadas, auto eficacia, auto concepto, expectativas personales”.

Variables de contexto ambiental predisponente del burnout: “Apoyo social, que el individuo adopta de familiares y amigos. Jackson y Schuler (1983) Freddy y Hobfoll (1994), conciben que al mínimo apoyo social más riesgos de sufrir el síndrome. Smith,

Birch y Marchant (1984), sostienen que las relaciones familiares y/o de pareja efectivas otorgan a la persona cierta inmunidad a percibir el burnout. Entusiasmo trascendental, sentimiento de felicidad y satisfacción con su estilo de vida; exigencias como, matrimonio, familia, amistades; complicaciones familiares”. Useche P. (2008). *Factores de Personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. (Tesis de postgrado, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis06.pdf>.

Considero que la satisfacción laboral se relaciona con multitud de variables, de índole personal como organizacional, condiciones de trabajo, características del puesto, conflicto de rol, sistema de recompensas, absentismo, abandono del puesto, compromiso organizacional. Las variables socio-demográficas intervienen de forma significativa en los niveles de burnout, referente al componente tridimensional: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, que comprenden perspectivas del puesto, entorno laboral y relaciones interpersonales, cuyo objetivo es determinar en profesionales sanitarios, el nivel del burnout que permita desarrollar acciones encaminadas para mejorar la calidad de vida laboral.

1.2.1.2 Motivación y satisfacción laboral.

“Autores Houkes, Hanssen, de Jonge y Nijhuies (2001) vaticinan que la motivación laboral intrínseca estará primariamente señalada a partir de las características de la tarea, el cansancio emocional a partir de las circunstancias de responsabilidad, la falta de apoyo social, la pretensión de abandono y desánimo a partir de las expectativas de carrera, estudios abandonados y descuidados”. Topa C. G. y Morales D. J. (2005). Determinantes específicos de la satisfacción laboral.

La Motivación intrínseca es la inclinación innata de comprometer los intereses propios, las capacidades personales, buscar y dominar los desafíos máximos (Deci y Ryan, 1985^a). La motivación intrínseca nace de manera espontánea de necesidades psicológicas orgánicas, curiosidad personal y empeños innatos por crecer.

Basándome en los fundamentos teóricos referidos, sintetizo que la motivación y satisfacción laboral, se manifiesta a partir de las características del trabajo y cuando médicos y enfermeras se comprometen en tareas, se sienten competitivos y responsables, experimentan la motivación intrínseca como una fortaleza motivacional

propia, que estimule su comportamiento en ausencia de compensación y amenazas extrínsecas. En la práctica la motivación intrínseca facilita la motivación innata para estimular al individuo que alcance sus metas, persiga intereses personales, exprese la voluntad necesaria para desarrollar y perfeccionar habilidades y capacidades.

1.2.1.3 Investigaciones realizadas.

Prevalece un importante cuerpo de investigaciones que menciona una reducida afinidad entre el síndrome de burnout y diversas complicaciones de salud "(Shirom, Melamed, Toker, Berliner y Shapira, 2005; Weber y Jaekel-Reinahrd, 2000), se ha advertido que médicos y enfermeras con burnout crónico soportan más trastornos y enfermedades asociadas con el estrés, como alteraciones cardiovasculares (Appels y Schouten, 1991), enfermedades psicósomáticas (Appels, Bart, Bart, Bruggeman y Baets, 2000). Se conoce que el desgaste profesional se halla relacionado con una debilitada productividad, un mayor ausentismo y mayores intentos de abandonar el lugar de trabajo (Firth y Britton, 1989). Algunos estudios muestran que los hombres exhiben mayores niveles de burnout (Lackritz, 2004; Brake, Bloemendal y Hoogstraten, 2003), otros indican que son las mujeres (Freudenberger y Nort, 1985; Mas-lach y Jackson, 1981), y en otros no se halla relación alguna entre el sexo y las diferentes dimensiones del burnout (Gil-Monte y cols., 1996; Pierce y Molloy, 1990)". "Moreno J. B., Meda L. R. M., Rodríguez M. A., Palomera Ch. A. y Morales L. Ma. M. El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados".

En la actualidad se puede hallar distintos criterios sobre el burnout y que está expuesto en profesionales sanitarios muy vinculados al bienestar y a los servicios, muchos investigadores han tratado de identificar las variables sociodemográficas, se ha señalado que ciertas personas parecen tener mayor riesgo de experimentar burnout, la influencia de la edad se considera como la variable demográfica asociada con el desgaste profesional, no obstante, parece ser que los años de experiencia en la profesión está asociado al síndrome lo que facilita la adquisición de modos de afrontamiento. Esta investigación pretende analizar la prevalencia del burnout en una población considerada de riesgo, médicos internistas, generales, residentes, pediatras, ginecólogo, médico familiar, enfermeras de consulta externa y de emergencia.

1.2.2 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD.

1.2.2.1 Definiciones de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define el estrés como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el organismo para la acción", se captan involuntariamente como amenazas que estimulan respuestas defensivas en los individuos, transformándolos en violentos y de mal carácter, experimentando efectos perjudiciales y dañinos en su organismo, por espacios prolongados. "Autores como Freudenberger, Maslach y Jackson, Pines, Aronson y Kafry, lo refieren como un fenómeno social en sus delimitaciones conceptuales". "Greber incurre en que la descripción sintomática del síndrome cambia según los autores que lo investigan. "Nagy y Nagy establecen que el Burnout se ha transformado en un interesante descriptor del estrés laboral y señala que se ha difundido tanto que quizás se ha perdido su origen. Martín propone que "el Burnout refleja una respuesta al estrés y en ocasiones a la depresión como síndrome específico" por lo que considera que puede existir una relación entre Burnout y la depresión. Leiter distancia el Burnout del estrés laboral y lo define como una crisis de auto-eficacia. Singh, Goolsby y Rohoads creen que Burnout y estrés laboral son conceptos claramente diferentes". <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/relaciones-estres-burnout/index.htm>

El contenido es motivo de preocupación por las consecuencias de ámbito personal e institucional que se derivan como disminución del nivel de bienestar en profesionales y pacientes, riesgo de conductas adictivas, repercusiones familiares, por ello es importante que los profesionales sanitarios, consideren que la buena higiene y estado mental ejerce un perfecto estado corporal, liberar tensiones, bloquear pensamientos, meditar, respirar mejora la actitud del individuo en todo sentido, es capaz de enfrentarse al medio y modificarlo en su beneficio si cuenta con estrategias de afrontamiento adecuadas orientándose activamente al bienestar y la salud.

1.2.2.2 Síntomas somáticos.

Las manifestaciones somáticas asociadas al burnout perturba la calidad de vida de las personas: cefaleas, migrañas, alteraciones orgánicas y menstruales, dolores musculares /articulatorios (Belcastro1982). Complicaciones por baja alimentación y pérdida de peso, disfunciones sexuales, dificultades de sueño habituales en las

personas aquejadas por el síndrome (Kahill, 1988). Shiron (1989) considera que la manifestación más frecuente sería la fatiga crónica con pérdida progresiva de la energía (agotamiento), dolor precordial, dolor de estómago, agresividad. Entre los trastornos psicosomáticos afloran síntomas dermatológicos como alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, trastornos respiratorios. Neurovegetativas como taquicardias, hipertensión, palpitaciones, incremento en la ingesta de cafeína, cigarrillo, alcohol, automedicación desproporcionada y drogas ilícitas como tranquilizantes, alteración de las relaciones interpersonales con compañeros, deseo de cambiar de trabajo o de profesión.

Por lo relatado considero que la motivación del recurso humano es vital, ya que el conjunto de manifestaciones antes descritas son provocadas por la presión psicológica impuesta por el trabajo, situaciones familiares, sociales y económicas, situaciones agobiantes que originan reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos, por lo que plantear alternativas de solución, con apoyo de la pareja, familia, amistades, ayuda profesional y espiritual, así como medidas de prevención en búsqueda de un nuevo estilo de vida.

1.2.2.3 Ansiedad e insomnio.

“La ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro (American Psychiatric Association, 1994; Barlow, 1998, en prensa). Howard Liddell (1949) fue el primero en llamar a la ansiedad la “sombra de la inteligencia”. (Barlow David H.; Durand V. Mark, 2001. Psicología anormal. Un enfoque integral. México: Editorial Thomson Learning. Segunda edición). Investigaciones más recientes describen que la ansiedad casi siempre precede a la depresión, y cualquier persona que sufre de depresión padece ansiedad. La ansiedad como el insomnio son enfermedades muy frecuentes y pueden alterar las funciones y actividades normales de los profesionales de la salud. Los trastornos de ansiedad se presentan con síntomas somáticos: dolor muscular, cefalea, insomnio y fatiga, es frecuente su comorbilidad con otros trastornos emocionales (ansiedad y/o depresión).

El insomnio es definido por las alteraciones en el inicio del sueño y en el mantenimiento del mismo, con una frecuencia diferente según la edad y acompaña a muchos trastornos médicos y psicológicos, incluidos el dolor, malestar físico,

inactividad durante el día y problemas respiratorios. La privación del sueño tiene efectos antidepresivos temporales en algunos individuos, pueden ser en extremo perturbadores y son un factor importante de muchos trastornos psicológicos.

Considero que el insomnio dificulta el bienestar y entusiasmo, disminuye la eficiencia y productividad en el trabajo, es conocido que el sueño es reparador y prodigioso, tanto mental como físicamente. La ansiedad patológica puede advertirse por la manifestación de irritabilidad, resentimiento, dificultades para conciliar o mantener el sueño por períodos inadecuados, producto de los turnos que realizan los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería que labora en el servicio de emergencia, además provoca problemas de atención, desconfianza, disminución del rendimiento intelectual, intranquilidad e impaciencia excesiva, entre otros muchos síntomas y signos posibles.

1.2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria.

Los componentes psicológicos y sociales intervienen en las complicaciones de salud físicos-somáticos, pueden afectar a los procesos biológicos elementales que conduce a dolencias y enfermedades, “los modelos de conducta adaptados durante mucho tiempo pueden ubicar a las personas en riesgo de desarrollar ciertos trastornos físicos, (Taylor y Repetti, 1997); Unchino, Cacioppo y Kiecolt-Glaser, 1995)”. (Barlow *et al.*, 2001. Psicología anormal. Un enfoque integral. México: Editorial Thomson Learning. Segunda edición)

Para la psicología, una disfunción es una anormalidad, los principales factores que contribuyen a las enfermedades y a la muerte son de orden psicológico y conductual. Los factores psicológicos y sociales como la tensión, ansiedad, depresión, intervienen en el sistema inmunológico debilitado, un sistema nervioso complicado, son respuestas a las amenazas, consecuencia de la ansiedad estimulando enfermedades, dolores crónicos, problemas cardiovasculares que contribuyen a estas condiciones y que pueden prevenirse mediante la modificación de estilos de vida saludables.

Uno de los grupos profesionales más afectados por el síndrome del burnout en su trabajo diario lo constituyen los profesionales de la salud y en especial el personal de enfermería, con prevalencias altas de trastornos psicológicos conectados con el estrés, insatisfacción laboral, periódicos cambios administrativos. Por lo cual en el

Área de Salud No. 1, se determinará si existen factores de riesgo relacionados con el burnout, en una muestra de 15 médicos y 15 enfermeras, vinculados con el nivel de responsabilidad, el conflicto, ambigüedad del rol, contactos sociales, ambiente laboral, contacto con pacientes, necesidad de recreación, evaluación del desempeño profesional. Al momento se percibe desafíos hacia el profesional sanitario, la ampliación de la carga horaria de cuatro a ocho horas laborables, la compra voluntaria de renuncias y el consiguiente proceso de jubilación que lleva adelante el gobierno, son factores que pueden desencadenar serias dificultades psicológicas.

1.2.2.5 Tipos de depresión.

La depresión es una de las enfermedades mentales más comunes, es una anomalía virtualmente catastrófica que afecta al cuerpo, la mente y susceptibilidad de la persona que resulta atrapada bajo su influencia. Los Trastornos depresivos, una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales, juegan un rol determinante en la aparición y desarrollo de los síntomas característicos de la depresión. Investigación científica introducida en los últimos años destaca como los principales Trastornos Depresivos: Depresión Mayor, La Distimia, Trastorno Maníaco-Depresivo, Trastorno Afectivo Estacional, Trastorno Disfórico Premenstrual". (Puchol E. D. La Depresión).

Trastorno de Depresión Mayor. Implica un constante cambio de ánimo decaído, pérdida de capacidad para percibir placer por actividades habituales, cambios característicos en la alimentación y peso corporal, alteraciones en los patrones de sueño, sentimientos de culpa, apatía, dificultades de atención, entorpecimiento en las habilidades cognitivas, pensamientos recurrentes relativo al suicidio o la muerte, pueden ser de largo plazo y durar meses o años si no se tratan. **La Distimia.** "Representación menos insensible, de carácter más crónico, que la Depresión Mayor, es calificada cuando el estado de ánimo depresivo perdura durante al menos dos años en adultos (un año en niños y adolescentes), se encuentra conducido por otros síntomas depresivos.

El Trastorno Maníaco-Depresivo (Bipolar).- Se caracteriza por la presentación de episodios de depresión mayor, se relaciona con hechos de manía, determinados por la aparición de períodos de cambios de ánimo anormal y síntomas característicos como

privación de descanso y sueño, agitación física, sentimientos injustificados de bienestar y euforia, delirios de grandeza, agitación psicomotora, irritabilidad, disposición al abuso de drogas (cocaína, alcohol y barbitúricos), etc. Los síntomas pueden manifestarse en días o semanas. La duración de los episodios, cambia de unos pocos días hasta seis meses y un año. **Trastorno Afectivo Estacional.** “Manifestación de eventos depresivos recurrentes vinculados a determinadas estaciones del año. Se conoce dos modelos temporales de este tipo de Trastorno Depresivo: un tipo de aparición otoñal y el más frecuente distinguido como ‘Depresión Invernal’, en el que los principales episodios depresivos inician a final del otoño y primeros meses de invierno, posteriormente desaparecen los meses de verano, y un tipo de aparición primaveral, denominado ‘Depresión Veraniega’, en el que el Episodio Depresivo inicia a finales de primavera y primeros meses del verano.

El Trastorno Disfórico Premenstrual.- Variante severa del Síndrome Premenstrual que perturba aproximadamente al 5% de las mujeres en edad fértil, sin diferencias socioeconómicas, geográficas, étnicas o culturales. El trastorno surge durante el lapso previo a la menstruación y se desvanece a la mitad de ésta. Los síntomas orgánicos, (cefalea, fatiga, hinchazón abdominal, hipersensibilidad mamaria, acné, etc), emocionales (ansiedad, depresión y hostilidad explosiva e irracional, y conductuales (alteraciones en la alimentación e incremento del sentimiento de aislamiento).

Dadas las características particulares en los tipos de depresión, considero que los profesionales de la salud pueden adaptarse a las circunstancias laborales aceptando las consecuencias emocionales de su exposición al sufrimiento de otros, situaciones estresantes que puede llevar a producir una serie de consecuencias graves en su salud, tanto física como psíquica, como resultado de un afrontamiento basado en control, evitación de pensamientos y sentimientos negativos, en lugar de un afrontamiento basado en la aceptación de tales condiciones, dando lugar al burnout examinado como un todo.

1.2.2.6 Investigaciones realizadas.

Numerosas investigaciones sobre esta temática (Gil-Monte y Peiró, 1997) lo delimitan como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional,

así como la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”. “Gil-Monte (1991) afirma que el burnout y la insatisfacción laboral son prácticas psicológicas internas y negativas, que incluye cambios de conducta hacia la actividad laboral, cambios en el agotamiento de la energía, calidad y desarrollo del trabajo. “Moreno y Peñacoba (1996), mencionan que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses, que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. Las personas no son receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que, en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos (Marquinez y Ayala, 1995)”. (Ortega R. C. y López R. F. (2004). El *burnout* o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios).

El burnout puede identificar características frecuentes, prevalecen los síntomas como el agotamiento emocional, alteración de conducta, síntomas físicos, cansancio hasta el agotamiento, baja realización personal de ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional, depresión, estrés e insatisfacción laboral.

“El estudio realizado por Aiken y cols., en 168 hospitales americanos, pone de manifiesto la influencia de la carga de cuidados sobre el nivel de burnout y la insatisfacción laboral de las enfermeras, pone en evidencia la relación entre la carga de cuidados de las enfermeras hospitalarias y la mortalidad de los pacientes. Estudios realizados recientemente en EEUU, demuestran que la frecuencia de errores disminuyó un 50% después de que se implementaron las actividades de prevención en un hospital de 700 camas. En un segundo estudio se redujo en un 70% el número de demandas por mala práctica en 22 hospitales que pusieron en práctica tareas para la prevención del estrés. Por contraste, no hubo ninguna disminución en el número de demandas en un grupo de 22 hospitales que no implementaron actividades para la prevención estrés”. (Gamo G. M. F. (2000)¿Cuál es el bienestar psicológico del personal de enfermería).

El propósito del presente trabajo implica en identificar los posibles casos de alteraciones anímicas en personal médico, y de enfermería, observando los factores sociodemográficos y laborales de riesgo, determinar la disposición de los síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, depresión y disfunción social.

1.2.3 EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO.

1.2.3.1 Definición de afrontamiento.

El afrontamiento se conceptualiza como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo (Folkman y Lazarus, 1985). Parasuraman y Cleek, 1984; Parkes, 1990) (Hernández-Zamora, Olmedo-Castejón e Ibáñez-Freire, 2004). Leiter (1990, 1991), destaca que las estrategias de afrontamiento de control previenen el síndrome de “quemarse” porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome. Para Compas, Connor, Osowiecki y Welch (1997) el afrontamiento se inicia con los intentos conscientes de resolver las situaciones estresantes y puede llegar a convertirse en automático a través de una práctica repetida. La magnitud de la discrepancia determina, en parte, el estrés que experimenta la persona (Soucase Lozano, Soriano-Pastor y Monsalve-Dols, 2005). Otros autores (Ardí et al., 1996) mantienen que las estrategias de afrontamiento pueden iniciarse con una cognición mínima. No obstante, las respuestas automáticas al estrés no tienen porqué formar parte del proceso de afrontamiento”. (Hernández Z., Olmedo C. Ibáñez F.(2004). *Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento*).

Lo conceptualizado por diversos científicos, se puede señalar que afrontamiento es la combinación de respuestas motivadas de manifestaciones estresantes desarrolladas para reducir las característica aversivas de tal o cual situación generadas para confrontarla, este proceso encierra los esfuerzos de médicos y enfermeras para resistir y vencer exigencias descomedidas que se les presentan en su caminar habitual, y recuperar el equilibrio y la tranquilidad, para adaptarse al nuevo escenario.

1.2.3.2 Teorías de afrontamiento

Las tipologías de afrontamiento desplegadas (Parker y Endler, 1992; Zeidner y Endler, 1996) y diversos investigadores se han basado en la distinción de Lazarus y Folkman (1984a) entre las dos grandes dimensiones funcionales del afrontamiento. La primera dimensión, afrontamiento orientado a la tarea (TOC, del inglés task-oriented coping), se refiere a las acciones que tienen como objeto cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante, incluye estrategias específicas como

aumento del esfuerzo, planificación y análisis lógico. La segunda dimensión, afrontamiento orientado a la emoción (EOC, emotion-oriented coping), representa las acciones con objeto de cambiar el significado de una situación estresante y regular el resultado negativo de las emociones, para facilitar la adaptación por medio de una regulación emocional que se alcanzaría evitando al agente estresante, situándolo en un nuevo marco cognitivo o centrándose de forma selectiva en los aspectos positivos de la situación (Compas, 1987). Esta dimensión incluye estrategias específicas como el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el aceptar la responsabilidad, etc. “Distintos autores han propuesto la existencia de una tercera dimensión funcional (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Endler y Parker, 1994), apoyada en los resultados de análisis factoriales de segundo orden (Hudek-Knezevic, Kardun y Vucmirovic, 1999; Zautra, Shets y Shandler, 1997). Esta tercera dimensión, el afrontamiento de evitación, redirige la atención a estímulos no relevantes e incluye estrategias como la negación o el uso de alcohol y drogas. De acuerdo con el paradigma de afrontamiento como rasgo, representa las acciones que la gente realiza habitualmente en situaciones estresantes (Anshel y Kaissidis, 1997; Bolger, 1990; Carver et al., 1989). Esta perspectiva contrasta con la aproximación orientada al proceso, que define el afrontamiento como respuestas dependientes del contexto (Lazarus y Folkman, 1984a) y asume que las respuestas deberían cambiar en función de la situación estresante y de sus diferentes fases (Compas y Epping, 1993). (Marquez S. (2006). Afrontamiento del estrés. Red de Revistas Científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal).

En base a las teorías mencionadas, el síndrome burnout, sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, lo que afectaría a aspectos organizacionales y sociales, por ello es vital que el individuo incluya en su estilo de vida cambios motivacionales, modificar condiciones amenazantes del entorno y desarrolle nuevos patrones de conductas, etc.

1.2.3.3 Estrategias de afrontamiento

“Moos y Billings (1982) mencionaron tres extensiones a las propuestas por Lazarus y Folkman en 1986. Endler y Parker (1990) plantearon que se hallan privilegios en determinadas estrategias, independiente del estresor y a través del análisis factorial de estrategias de afrontamiento, medidas por su "Inventario Multidimensional de

Afrontamiento": "afrontamiento orientado a la tarea", "afrontamiento orientado a la emoción", "afrontamiento orientado a la evitación". "En un estudio Roger, Jarvis y Najarian (1993) al modelo citado agregaron una cuarta dimensión, señalada "separación o independencia afectiva respecto al estresor". (Martín *et al.* Estudio sobre la Escala de Estilos de Afrontamiento. Revista Electrónica de Motivación y Emoción) "Las estrategias de afrontamiento son los procesos delimitados que se manejan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes (Fernández-Abascal, 1997, p.190)". (Popp M. S. (2008). Burnout y estrategias de afrontamiento. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines). Cada dimensión cuenta con tres estrategias de afrontamiento.

El afrontamiento centrado en el problema, estrategias: Requerimiento de información o asesoramiento a otras personas significativas; ejecución de acciones que resuelvan el problema, desarrollando planes alternativos; desarrollo de recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción. **El afrontamiento centrado en la emoción**, estrategias: Aceptar con resignación la situación e imposibilidad de provocar cambios en ella; control afectivo de las emociones para que no interfiera en otros aspectos de la vida; descarga emocional, por medio de palabras o acciones como llorar, fumar y comer. **El afrontamiento centrado en la evaluación**, estrategias: Análisis lógico de la situación, causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla; redefinición cognitiva de los acontecimientos, halla un significado positivo; evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías.

Científicamente se han señalado estrategias de afrontamiento que pueden ser utilizadas por los profesionales de la salud, es evidente que el empleo de estrategias de control previenen el desarrollo del burnout, mientras que las de evitación y centradas en la emoción facilitan su aparición, por lo que es vital buscar apoyo social, cambiar el estilo de vida, entrenarse en habilidades de resolución de problemas, ejercitarse en el manejo de emociones y sentimientos de culpa.

1.2.3.4 Investigaciones realizadas

"Leiter (1990, 1991) de una investigación amplia, determina que las estrategias de afrontamiento de control evitan el síndrome de "quemarse" puesto que desarrollan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape

posibilitan la aparición del síndrome”. “Ceslowitz (1999) especifica que las enfermeras con mínimos sentimientos de “quemarse” utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo orientadas al problema; las enfermeras que experimentaban altos niveles de “quemarse” empleaban con más frecuencia estrategias de afrontamiento de escape-evitación, autocontrol y confrontación”. “De forma idéntica, Boyle, Grap, Younger y Thornby (1991) recogieron en una muestra de enfermeras, que los niveles del síndrome correlacionaban de manera significativa con las estrategias de distanciamiento y con el énfasis en los aspectos beneficiosos de la realidad”. “En coincidencia la mayoría de los investigadores de estrés (Folkman y Lazarus, 1985) formula que las estrategias de afrontamiento activas y directas, están relacionadas con niveles de “quemarse” inferiores a los asociados con las estrategias de afrontamiento inactivas o indirectas (Burke, 1998; Burke y Greenglass, 2000; Leiter, 1991)”. En este término, se enfatiza el estudio de Anderson (2001), realizado con profesionales de servicios sociales, indicando que aquellos que recurrían a estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema, exhibían menor despersonalización, se consideraban más realizados en su trabajo y presentaban mínimo nivel de “estar quemado” que los profesionales que manejaban estrategias de afrontamiento centrado en la emoción. En otra investigación cercana Greenglass y Burke (2001), apoyado en un estudio preliminar ejecutado por Leiter (1991), hallaron que las enfermeras de un hospital que se esforzaban por cambiar las condiciones estresantes como forma de afrontar el problema, demostraban más satisfacción laboral y menos sensación de cansancio emocional, lo que ayudaba a tener unos niveles menores de “quemarse”. “Nuevas derivaciones manifiestan que el afrontamiento centrado en la emoción se relacionó con los niveles más altos de “quemarse” y menor autoeficacia (Burke, 1998; Burke y Greenglass, 2000; Chwalisz, Altmaier y Russell, 1992; Leiter, 1991). La conducción de la estrategia escape- evitación correlacionó con los tres factores característicos del “estar quemado”: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (Thorton, 1992)”. (Hernández *et al.* (2004). *Estar quemado burnout y su relación con el afrontamiento*).

Partiendo de las diferentes investigaciones realizadas, se ha encontrado que los profesionales más propensos a padecer la sintomatología del burnout, son personas con un nivel bajo de insensibilidad emocional, una baja sensación de control personal sobre el entorno, elevada ansiedad, variables sociodemográficas, utilización de

estrategias de afrontamiento inadecuadas, por lo que considero esencial la motivación, ya que redundará en el bienestar personal, compromiso con la organización, una mayor satisfacción laboral, productividad, y una disminución de los riesgos psicosociales asociados a los niveles altos del SQT.

1.2.4 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL.

1.2.4.1 Definición de apoyo social.

“La opinión más famosa y utilizada sobre el apoyo social hace referencia a las transacciones que se llevan a cabo entre los individuos (Cassel, 1976; Rodríguez, 1995, Barrón, 1996). La influencia que el apoyo social tiene sobre la salud es el de reducir las manifestaciones ante el estrés, de forma directa o moduladora (Cohen, 1985; Gil-Monte, 1997) a favor de la calidad de vida”. (Aranda B. C., Aldrete R. Ma. G., Pando M. M. (2008). Las Redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome del burnout en agentes de vialidad).

“House (1981) define al apoyo social como una transacción real entre dos o más individuos en la que se da (Durá y Garcés, 1991. p. 258): una implicación emocional, una ayuda instrumental, información contextualizadora, apreciación personal. Heaney et al. (1993) precisaron al apoyo social como un recurso que utilizan las personas para afrontar situaciones estresantes. Desde una perspectiva psicosocial, en su mayoría los autores asumen la definición construida por Maslach y Jackson, que el *burnout* debe ser definido como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, que puede propagarse como consecuencia de la manifestación prolongada a estresores profesionales (Martos 2000, Gil-Monte, 2002; Martínez, Del Castillo, Magaña y cols., 2003). Varios estudios demostraron que el apoyo social concebido como: amistad, acceso a la información, ayuda en situaciones difíciles, le permite a la persona: reducir el estrés, disminuir los problemas de salud, reforzar las estrategias psicológicas de supervivencia y de afrontamiento de los individuos de esas situaciones estresoras (Matthiesen et al., (2003)”. (Género X. (2011). Burnout y Apoyo Social).

El burnout y su relación sobre el apoyo social, se desprende una diversidad de definiciones, entre las más conocidas “estar estresado”, “estar quemado”, “síndrome

del burnout”, producto de una respuesta dilatada de estrés en el organismo ante factores emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, por las inconformidades con los compañeros y superiores donde existe un inadecuado clima laboral, la tensión y frustración por no obtener los resultados esperados por su trabajo. En la actualidad considero que predominan más los síntomas conductuales que los físicos, pienso que es un síndrome con identidad propia, que se va desarrollando día a día, promoviendo variables emocionales, cognitivas y actitudinales dentro de un contexto laboral.

1.2.4.2 Modelos explicativos del apoyo social.

“Laslach y Leiter en (1997) desarrollaron un modelo sobre las causas del burnout, el cual propone que dicho síndrome se produce cuando existe un desequilibrio entre la naturaleza del trabajo y la naturaleza de las personas en las siguientes áreas: displacer de la tarea, carga de trabajo, propulsión, necesidad de cambio. Comunidad, grado de control, y nivel de justicia, grado de compromiso, sentimientos de pertinencia (recompensa), grado de confiabilidad general (valores), grado de cooperación”. “Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales, se clasifican en tres grupos (Gil-Monte y Peiró, 1997). El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría sociocognitiva del yo. Se caracterizan por otorgar a las variables de autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc., un papel central para explicar el desarrollo del síndrome. Uno de los modelos más representativos de este grupo es el modelo de competencia social de Harrison (1983)”. Un segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social, tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad, que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. “Para Buunk y Schaufeli (1993) el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo. En relación a los procesos de intercambio social, identifican tres fuentes de estrés: la incertidumbre, la percepción de equidad, y la falta de control”. “El tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional, un modelo característico del grupo es el modelo de Winnubst (1993), resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Los antecedentes del síndrome varían dependiendo del tipo de estructura

organizacional y de la institucionalización del apoyo social. En las burocracias profesionalizadas (hospitales y centros de salud), el síndrome está motivado por la relativa apatía de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y que origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales”. (Gil Monte P. (2011). Revista de Psicología Científica. El síndrome de quemarse por el trabajo).

En resumen, todas estas investigaciones destacan factores y variables personales como las más determinantes frente a las características organizacionales, por ello el síndrome de burnout se debe a la continua confrontación, originando disfunciones en el rol y conflictos interpersonales, por ello es importante procurar que las organizaciones vivan libres de burnout, por lo que resalto la importancia de desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el contexto del clima organizacional.

1.2.4.3 Apoyo social percibido.

“Autores como Aranda (2004, 2006), Albar (2004), Topa (2007) contrastan en que ante un inapropiado apoyo social, el desarrollo del burnout es más factible en ocasiones hacia una de las dimensiones o en su totalidad. Según Lin, Dean y Ensel (1986), Stewart (1989) y Barrón (1996), para investigar el apoyo social se debe considerar tres aspectos: el nivel de análisis (comunitario, redes sociales y relaciones íntimas; las diferentes fases (estructural, funcional y contextual) (Barrón, 1996); Lin y cols., 1986; Stewart (1989) y la naturaleza del apoyo social (cuando se considera la calidad de apoyo social). Otras investigaciones señalan distintas formas de dominio masculino laboral en término de una cultura de género, se ha encontrado que las mujeres de todas las edades padecen de discriminación en el empleo a causa de su sexo y edad, combinando edad y sexo en su perjuicio (Bernard y Meade, 1993; Itzin, Newman y Gender, 1995; Tyler y Abobott, 1996)”. (Aranda A. et al. (2008). Las Redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome del burnout en agentes de vialidad).

En este contexto considero, que el apoyo social es calificado como uno de los procedimientos más trascendentales para afrontar estresores habituales o tensiones crónicas, que en caso de necesidad perciban médicos y enfermeras por parte de sus compañeros, autoridades y familiares, que intervendrán de manera significativa en disminuir los sentimientos de quemarse por el trabajo.

1.2.4.4 Apoyo social estructural.

El apoyo social estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo. “Las redes sociales suministran el "marco estructural" y los recursos necesarios para que el apoyo social se conciba viable al individuo. Los cuatro ejes de investigaciones más importantes son: (a) para la gente es vital la ayuda percibida como disponible, ayuda percibida como efectivamente recibida; (b) el apoyo social puede producirse en tres ámbitos varios: la comunidad, redes sociales y relaciones íntimas; (c) la ayuda puede ser principalmente de dos tipos: instrumental (como medio para conseguir otros objetivos) o expresiva (como fin en sí misma); y (d) desde el punto de vista del bienestar y la salud”. (Avendaño C., Bustos P., Espinoza P., García F., Pierart T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público). En relación al burnout, diversas investigaciones muestran que un apoyo inadecuado, facilita su aparición y el desarrollo de enfermedades.

Considero que los sistemas de apoyo social están íntimamente conectados con el tipo de estructura organizacional, pero el deterioro de apoyo por parte de los compañeros de trabajo, autoridades, administración de una organización, dificultades familiares, rivalidad descomedida entre sus pares y mecanismos para desarrollar habilidades, son características que logran influir de manera alarmante en la aparición del burnout.

1.2.4.5 Investigaciones realizadas.

Dentro de las investigaciones realizadas por famosos científicos, el diario “La Nación anunció en abril 30 de 2001 que, según la Organización Internacional del Trabajo (OIT), los problemas psicológicos originados por el estrés se han aumentado; que uno de cada diez trabajadores experimenta depresión, ansiedad y agotamiento, que en determinados casos conducen al desempleo y a la hospitalización. En Argentina, se estima que el número de individuos perturbados sería similar. En El Reino Unido, cerca de tres de cada diez trabajadores padecen problemas de salud mental, según informe de investigación concerniente al estrés en el trabajo, elaborado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo(SNC, 2000); en septiembre de 2000, el estrés laboral perturbaba a un tercio de los trabajadores”. (Aranda B., Pando M., Pérez R. (2004). Apoyo social y el SQT).

Con respecto a la calidad de vida, “Vinaccia (2007) demuestra en estudio la relación positiva entre el problema de salud (tuberculosis pulmonar) con el bajo apoyo social influenciando en la calidad de vida. Maslach (1998) postula que el desequilibrio entre la naturaleza del trabajo y la naturaleza de las personas en el área de la comunidad, se produce cuando las relaciones laborales se caracterizan por la falta de apoyo social y por la existencia de conflictos interpersonales crónicos”. (Aranda B. et al. (2008). Las redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome del burnout en agentes de vialidad).

Las diversas investigaciones revelan, que un apoyo extemporáneo e inadecuado facilita la aparición del burnout y consecuentemente el desarrollo de enfermedades, también se percibe que los compañeros de trabajo, jefes y familiares construyen y estimulan fuentes de apoyo valioso, asociados con una mínima incidencia de burnout. En forma general, la bibliografía sobre apoyo social en el trabajo, permite sustentar que ha sido el recurso más investigado en su relación al burnout y que la evidencia en referencia con la importancia de la falta de apoyo, es eficazmente invulnerable.

1.2.5 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.

1.2.5.1 Definición de personalidad.

La personalidad se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones que distinguen a una persona de otra, Morris (1992), la personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter. “Dentro de las teorías conductuales, Burhus Frederick Skinner, plantea que la personalidad se estudia como la estructura global encargada de organizar todas las conductas del sujeto. Para Labrador (1985) la conducta está administrada por leyes que solo conociéndolas e implantando una observación sobre ellas pueden ser transformadas. La Escuela Rusa y discípulos de Skinner, establecen que la personalidad tiene inclinación para predecir el comportamiento, dado que éste en gran parte obedece a actitudes externas al sujeto (condiciones ambientales) o de características particulares de elementos establecidos y relativamente independientes. Herman (1969) contextualiza a la personalidad como una articulación de conductas evidentes en todo ser humano, efectivamente única, estable y permanente”. (Useche

P. M. J. (2008). Factores de personalidad relaciones con el síndrome del burnout. Pdf (Tesis de Postgrado). Pontificia Univ. Javeriana de Bogotá).

De entre los varios investigadores que han contextualizado a la personalidad, se confirma que las personas con niveles más bajos de estrés y mayor personalidad presentan ausencia de sentimientos de quemarse por el trabajo, que las personas con niveles más altos de estrés y menor personalidad, que las consecuencias del burnout no sólo se manifiestan por el deterioro en la adopción de actitudes negativas, sino por deterioro de la salud física, psicológica y social. En conclusión considero que la personalidad se refiere a los patrones de pensamientos propios que perduran a través del tiempo y de los escenarios que diferencian a una persona de otra, asimismo está intrínsecamente relacionada con el temperamento y el carácter.

1.2.5.2 Tipos de personalidad.

Representan la manera de razonar, de sentir y de comportarse de las personas, las cuales pueden ocasionar angustia e intranquilidad significativa, desencadenando en problemas emocionales, afectivos y sociales causados por perturbaciones emocionales. La frecuencia de las perturbaciones emocionales, originan como consecuencia un desajuste social, difícil de determinar las causas y los efectos. De acuerdo con el DSM-IV los trastornos de personalidad se dividen en tres grupos y comprende 10 tipos de personalidad. **Grupo A (trastornos raros o excéntricos):** Personalidad paranoide, desconfiados en extremo, pensamientos de que la gente es engañadora y amenazadora, la conducta se basa en suposiciones equivocadas sobre los demás. Personalidad esquizoide, aislamiento social, aparentan ser fríos y desvinculados, no les afecta el elogio y la crítica. Personalidad esquizotípica, desconfiados y comportamiento extraño, expresan poca emoción, síntomas de trastorno depresivo mayor. **“Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos):** Personalidad antisocial, violación de los derechos de los demás, dificultad para aprender a evitar el castigo. Personalidad límite, inestabilidad frenética-impulsiva, suicidio. Personalidad histriónica: dramáticos, vanidosos y egocéntricos. Personalidad narcisista, sentido irrazonable de importancia personal, fantasías de grandeza, carecen de sensibilidad por las personas”. **“Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos):** Personalidad por evitación, personalidad fóbica, temor al rechazo, baja

autoestima, inhibición, sensibilidad extrema. Personalidad obsesiva-compulsiva, rígidos.

Se ha señalado diversos tipos de personalidad, que en definitiva incorporan diferentes formas de proceder de una persona ante la sociedad y el mundo que nos rodea, estas características o conductas de sentimientos y emociones, unidos al comportamiento, como los pensamientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo, que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro, haciéndolo independiente y diferente a los demás, conducen a una perturbación y desajuste clínicamente significativo.

1.2.5.3 Patrones de conducta.

“Según Price (1982) el patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta evidente y una determinada activación psicofisiológica”. (Useche P. M. J. (2008). Factores de personalidad relaciones con el síndrome del burnout. Pdf (Tesis de Postgrado). Pontificia Univ. Javeriana de Bogotá). Predominan diversos patrones de conducta característicos de pensamiento, emoción y acción: el patrón de conducta tipo A, el tipo B y tipo C. Las personas con modelo de conducta tipo A, comprende la acción-emoción, se manifiesta demandas desafiantes, pertenecen a perfiles psicológicos que prevalece respuestas equivocadas. Presentan hiperactividad e irritabilidad, son ambiciosos, impulsivos, impacientes crónicos, y competitivos, sus relaciones interpersonales son problemáticas con tendencia dominante. El patrón de conducta tipo C, se manifiesta en individuos tímidos, miedosos, obsesivos que interiorizan su respuesta al estrés, características: pasivos, indiferentes, tolerantes, considerablemente colaboradores, dóciles y conformistas, tendencia a sufrir de reumas, infecciones, reacciones dermatológicas e inclusive son proclives a soportar enfermedades degenerativas como el cáncer. El patrón de conducta tipo B, comprende a los individuos que habitualmente son pacíficos y de buen carácter, ingenuos, relajados, abiertos a las emociones incluidas las hostiles. Es indiscutible la intervención de mecanismos adaptativos de estrés y su fracaso, desilusión como elementos provocadores, desencadenantes de estados depresivos.

Considero que los patrones de conducta, son respuestas de una persona dispuesta caracterológicamente para un escenario que le resulta desafiante, de acuerdo a los modelos A, B y C. El comportamiento es el resultado de las primeras experiencias

relacionadas con la humanidad, a través de nuestros padres, la sociedad, religión, clase social, familia, etc. Fundamentalmente de manera subconsciente creamos en nuestra vida patrones de conducta y su influencia en nuestra vida es enorme.

Pienso que es trascendental conservar la disciplina mental, ya que las recompensas serán extraordinarias, empezar hablar siempre bien de uno mismo e imaginar que su vida se activa y se desarrolla como lo anhela, así se conseguirá introducir nuevos patrones de bienestar, felicidad y satisfacción. En este sentido se puede comparar los patrones de conducta A, B y C, con el síndrome del burnout y las variables socio demográficas.

1.2.5.4 Locus de control.

“Los primeros hallazgos de McGhee y Grandal (1968) basados en hallazgos previos realizaron uno de los primeros intentos para distinguir el locus de control asociado a resultados de éxito y de fracaso”. (Oros L. B. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. Revista de psicología). En los últimos años ha habido un incremento de los estudios destinados al locus de control, debido a la concientización de que el locus de control funciona como un recurso de afrontamiento que tiene gran relevancia como factor predictivo de otras variables actitudinales, afectivas y comportamentales.

“Lefcourt (1984) revela que personas con un locus de control externo, juzgan que la casualidad o la providencia solucionará sus dificultades y son menos productivos, por el contrario, los individuos con un locus de control interno adjudican sus logros a su propio empeño y habilidad para lograr el éxito. Sus frustraciones experimentan culpa y vergüenza, mientras que los logros de las personas externas atribuyen a la buena suerte o al destino, logran el trabajo sin mayor impotencia para conseguir el éxito y la superación; sus decepciones las inculpan a la mala suerte o mala voluntad de las personas, al trabajo más complicado y agotador (Gómez & Valdés, 1994)”. (Palomar L. J., Valdés T. L.M. (2004). Pobreza y Locus de Control. Revista Interamericana de Psicología).

Por lo anotado, el Locus de Control (LC), es el estado emocional en la vida de una persona que determina y controla el sentido de su existencia, percibe que el origen de conductas de su propio comportamiento puede ser interno o externo. Determinados

científicos afirman que el entorno puede ser un factor que interviene en el sentimiento de control de un individuo, como desilusiones y represiones que originan que las personas se tornen habitualmente resistentes a cambios auténticos y efectivos, lo cual puede provocar una gran transformación en sus conductas, ya que sus habilidades de oposición están más ubicadas al trabajo y menos orientadas a la emoción.

1.2.5.5 Investigaciones realizadas.

Existen muchas investigaciones y citaremos algunas, “Molina, Ávalos y Gimenez (2005) investigaron a 115 enfermeras en un hospital de la ciudad de Granada, ubicando que el 7% registraban en el inventario de burnout de Maslach (MBI) los tres indicadores del síndrome con valores elevados, determinaron que las actividades normales se refieren al desgaste emocional que a las tareas de especialidad. Villena, N. Mendo, T. y Vásquez C. (2003) investigaron las respuestas al MBI de 56 enfermeras vinculadas a tres hospitales de Trujillo. Los productos revelaron que prevalecía un nivel bajo de cansancio emocional y despersonalización del burnout y alto en la realización personal. Por lo cual se definió bajo riesgo de hallar altos niveles en las tres dimensiones que identifican al burnout en las enfermeras de los hospitales designados para la investigación”. “En una investigación cuasi-experimental, Berg, Hansson y Hallberg (1994) dirigieron en un año, la supervisión a 19 enfermeras con burnout, descubriendo que el cansancio y deterioro de la creatividad se vinculaban con la insatisfacción que sentían en su trabajo”. “En referencia a la investigación del burnout y la estructura de personalidad, se ha descubierto la relación entre neuroticismo y burnout, utilizando la escala de Eysenck (Buhler, Land, 2003). “Una investigación reciente en Japón, efectuada por Lee y Ahktar (2007) utilizando el MBI en 2267 enfermeras de 43 hospitales públicos de Hong Kong, concluye en la necesidad de investigar los vínculos del síndrome de burnout con distintas causas psicológicas como auto eficacia y antecedentes de personalidad”. (Roth E. /Pinto B. (2008). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción.pdf)

De las investigaciones anotadas por varios científicos sobre el burnout, especialmente en enfermeras, poblaciones características por su vulnerabilidad, que trabajan en hospitales, se puede determinar que las relaciones existentes entre los niveles de satisfacción laboral y el desgaste profesional, se hallan asociados con el deterioro de la eficacia y calidad del trabajo, la disminución de la responsabilidad laboral, complicaciones de salud vinculados con el estrés. Es importante recalcar que los bajos

niveles de satisfacción laboral pueden perturbar no solo la relación médico-enfermera-paciente, sino también complicar la calidad del cuidado y tratamiento médico. La sobrecarga de trabajo, las guardias, la burocracia, el trato con el paciente y una fuente importante de ansiedad e impaciencia, genera en los profesionales de la salud, síntomas que van desde el agotamiento físico, mental, emocional, sentimental y afectivo. Además de alteraciones emocionales, determinadas por diversidad de síntomas principalmente: distanciamiento social, irritabilidad, depresión, estrés agudo, rasgos de trastornos de temperamento y personalidad.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA.

2.1 Diseño de Investigación.

El síndrome de burnout ha sido investigado en contextos y especializaciones diversas. Para obtener la información sobre la situación en la que se encuentran médicos generales, médicos residentes, médicos internistas, médico familiar, pediatras, ginecólogo y enfermeros (as), del Ministerio de Salud, Área de Salud No. 1, Centro Histórico de la ciudad de Quito, se les aplicará seis instrumentos, a fin de examinar las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud; determinar el estado actual de la salud mental de los profesionales sanitarios; 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 sanitarios los cuales pueden o no poseer burnout, a través de preguntas que se formularán en los cuestionarios, de cuya tabulación y análisis se obtendrán resultados, de si existe o no el burnout en los médicos y enfermeros (as) investigados y en base a ello desarrollar las estrategias de afrontamiento para enfrentar al síndrome del burnout. No obstante en la actualidad se conoce que el burnout agobia a cualquier grupo ocupacional, por lo que existen profesionales más vulnerables a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales sanitarios.

La representación del síndrome de burnout se ha considerado una consecuencia de trabajar con intensidad y perseverancia incluso al extremo exagerado de no tomar en cuenta las exigencias propias, personales. Esta realidad se motiva de sentimientos, falta de apoyo, incapacidad, actitudes negativas y una posible pérdida de autoestima que sobrelleva el sujeto.

En esta investigación se advertirá si predomina el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal. La metodología contiene los objetivos que nos proponemos, el procedimiento para la obtención de la muestra, los instrumentos de evaluación y el proceso estadístico interpretado.

La investigación sustenta las siguientes características:

Es cuantitativa: Se observa la investigación numérica de los instrumentos valorados, se toma una muestra de quince médicos y quince enfermeras. Representar cualitativamente el desgaste profesional o síndrome de burnout y determinarlo conceptualmente.

Es no experimental: Se cumple sin la aplicación estipulada de variables y se advierten los sucesos en su contexto original para a continuación analizarlos, no hubo ninguna interferencia.

Es transeccional (transversal): Se concentra en investigar y analizar cuál es el nivel o etapa de una o distintas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

Es exploratorio: Se trata de una investigación básica en una ocasión o momento señalado.

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

2.2 Participantes.

La población objeto de estudio fueron 30 profesionales de la salud en servicio activo de varias especialidades: 15 médicos y 15 enfermeras de una institución pública, independiente de la especialidad, de los años de servicio, edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Los detalles de esta investigación serán recolectados y protegidos mediante la administración de los siguientes cuestionarios: variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad, los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal sanitario vinculado al Ministerio de Salud Pública, Área de Salud No.1. Del Centro Histórico de la ciudad de Quito.

En primera instancia se mantuvo un diálogo cordial con la Directora del Área de Salud No. 1, a quien se solicitó la colaboración de los servidores públicos, médicos y enfermeras que laboran en dicha institución, con el propósito de desarrollar el proyecto nacional de investigación bajo la temática "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador". Además se le explicó que el tiempo aproximado para la aplicación de los instrumentos llevaría de 30 a 40 minutos y que se requiere que los profesionales seleccionados colaboren con sinceridad en la aplicación de los cuestionarios, de igual manera planifiquen su tiempo con la finalidad de no provocar interrupciones y no afecte a los pacientes que atienden habitualmente en la mencionada Área de Salud. Posteriormente se le manifestó a la Directora que se entregará un informe psicológico individual y confidencial en el mes de junio 2012, debidamente respaldado y rubricado por un psicólogo profesional experimentado de la UTPL, documento que beneficiará al profesional de la salud investigado ya que de manera muy confidencial conocerá si padece o no el síndrome del burnout o fatiga emocional y las estrategias de afrontamiento importantes como buscar apoyo social, modificar el estilo de vida, investigar y entrenarse en habilidades de resolución de problemas, practicar el manejo de emociones y sentimientos de culpa.

2.3 Instrumentos.

Los instrumentos que se aplicarán en el proceso de recogimiento de datos han sido seleccionados con el propósito de cumplir los objetivos proyectados, en esta investigación, herramientas que se puntualizan a continuación, cuestionarios que deben ser administrados en el orden que se subrayan a continuación:

Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Está diseñado con la finalidad de recolectar datos personales y laborales de los profesionales encuestados en la investigación del síndrome de burnout. Los datos a investigar son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

Es fundamental advertir que en la primera y segunda parte del instrumento se ubicará un visto o una cruz en la casilla respectiva a la contestación que el examinado considere acertada, en la parte última del cuestionario se busca obtener antecedentes

sobre la percepción de evaluación y bienestar en el trabajo, el profesional tiene la alternativa de seleccionar su respuesta señalando la numeración pertinente en una escala de likert donde el valor 1 equivale a “nada valorado”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”. Igualmente constan preguntas en las cuales se presentará una línea horizontal, cuyo propósito es que el examinado llene el espacio según sea la respuesta.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Esta herramienta se aplica para investigar y evaluar la presencia del burnout en los profesionales de la salud a nivel personal, social y laboral. Valora también sus emociones y pensamientos acerca de su labor y responsabilidades habituales y los evalúa por medio de tres escalas:

Agotamiento emocional.- determina si los profesionales de la salud investigados se aprecian o se perciben agotados, cansados emocionalmente producto de las exigencias laborales.

Despersonalización.- Establece el nivel de insensibilidad y antipatía con relación al trabajo.

Realización personal.- Precisa el nivel de realización, logro y auto-eficacia alcanzada por el profesional sanitario, para determinar si están relacionados con el burnout.

Al encuestado le corresponderá contestar por medio de una cruz o un visto en la casilla adecuada a una escala de likert que proporciona 7 opciones de frecuencia con la que ocurre la afirmación pertinente.

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.							

Cuestionario de salud mental (GHQ-28).- Es un instrumento auto administrado en el que el sujeto realiza una evaluación de su estado de salud general, cuyo propósito es determinar si ha padecido algunas molestias y evaluar el estado de salud mental, en este caso, de los profesionales investigados para comprobar si se encuentran “saludables” o con “alteraciones psiquiátricas”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro sub-escalas que puntualizo:

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

Este instrumento presenta 4 tipos de alternativas de contestación que varían desde afirmar que lo que se pregunta sucede mucho, bastante, no más de lo habitual o nunca; al lado izquierdo de cada una de las opciones de respuestas se halla una casilla en la que el examinado marca la preferencia que más se adapte a su realidad.

Ejemplo:

A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- | | |
|--|--------------------------------|
| | 1. Mejor que lo habitual. |
| | 2. Igual que lo habitual. |
| | 3. Peor que lo habitual. |
| | 4. Mucho peor que lo habitual. |

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Es una escala multidimensional, que tiene por propósito evaluar los diferentes prototipos de respuesta de las personas ante el estrés o escenarios difíciles, es decir la forma que adquieren para tratar las contrariedades. Para evitar confusiones se explica a los profesionales que marquen las respuestas basándose en cómo maneja los problemas cuando los ha tenido, sin importar que al momento no tenga ninguno. Las formas de afrontamiento que se evalúa son las siguientes:

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

El tipo de respuesta es una escala de likert que varía desde el número 1 hasta el 4, tal como se presente en el siguiente ejemplo:

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 un poco

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables. 1 2 3 4

Cuestionario MOS de apoyo social.- Los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un instrumento auto-administrado, multidimensional que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural), brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

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

Este instrumento comprende dos partes: en la primera parte se solicita a médicos y enfermeras examinados que ubiquen una cantidad en números de cuántos amigos íntimos e inseparables tienen y cuántos familiares allegados tienen.

En la segunda parte los investigados pondrán un visto o una cruz en la casilla adecuada según la frecuencia con la que tiene el tipo de ayuda y respaldo indicado en los ítems.

Ejemplo:

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

	1	2	3	4	5
1. Alguien con quien pueda contar cuando necesite hablar.					

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.- Este instrumento es autoaplicable, implica el estudio de las diferencias individuales, el objetivo es conocer el tipo de personalidad del examinado mediante cuatro factores:

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

En este cuestionario la respuesta es de carácter dicotómico, el investigado solo puede elegir entre dos opciones: “sí” o “no”. En este caso puede existir un término medio, pero se pidió a los profesionales investigados que señalen la respuesta que se aproxime un poco más a su verdad.

Ejemplo:

Descripción	SI	NO
1, ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		

2.4 Recolección de datos.

Con fecha 09-12-2011 se concurrió a la Dirección del Área de Salud No. 1 del Centro Histórico de la Ciudad de Quito, en secretaría se entregó la comunicación proporcionada por la UTPL con fecha Loja, 26-11-2011, suscrita por la Mg. Silvia Vaca Gallegos, Directora de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular

de Loja, a la que se adjuntó una comunicación adicional dirigida a la Dra. Lorena Gómez Albán, directora de la mencionada área de salud con fecha 09-12-2011. Posterior a lo mencionado mediante Oficio No. 392 D.C.S. No.1, con fecha 13-12-2011, la Dra. Lorena Gómez, informa a la Mg. Silvia Vaca, que autoriza realizar el proyecto de investigación sobre el síndrome del burnout y el proceso de recolección de datos mediante la aplicación de seis instrumentos.

El martes 13 de diciembre de 2011, se sostuvo una reunión con la Directora del Área de Salud No. 1, en la que se manifestó que la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL), se encuentra llevando adelante el proyecto nacional de investigación, Programa de Graduación bajo la temática "Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este Fenómeno, en el Ecuador" con la finalidad de alcanzar el título de Licenciatura en Psicología.

Una vez obtenida la autorización pertinente, se coordinó con la Directora del Área de Salud No.1 y la persona responsable de la Unidad de Talento Humano, una reunión con 35 médicos de distintas especialidades y 19 enfermeros (as), de un total de 154 personas que laboran en diversas áreas. La charla se llevó a cabo el 19-12-2011, en la que se agradeció a los profesionales por la asistencia e interés que le dispensaron al evento, se solicitó la colaboración y el compromiso de los servidores públicos, para la aplicación de los instrumentos que se utilizarán en el proceso de recolección de datos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral; Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI); Cuestionario de salud mental (GHQ-28); La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE); Cuestionario MOS de apoyo social; Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

En la charla se destacó el objetivo primordial de la investigación y se puntualizó sobre la temática a investigarse: ¿Qué es el Síndrome de Burnout?, riesgos de padecerlo, causas generales, posibles síntomas y cómo prevenirlo. Del mismo modo se explicó el procedimiento de llenado con un () o una X y el tiempo aproximado de 35 a 45 minutos de aplicación de los instrumentos. Igualmente se explicó que los instrumentos y la información obtenida de cada uno de los profesionales será confidencial, salvaguardada y protegida, así como el compromiso de otorgar un informe psicológico individual y reservado a los profesionales participantes en la investigación del

síndrome del burnout, en el mes de junio de 2012, suscrito por psicólogos profesionales, probos y con experiencia de la UTPL.

Finalizada la reunión se procedió a aplicar los instrumentos a todos aquellos profesionales que voluntariamente aceptaran participar, se inició con ocho médicos que tuvieron la predisposición inmediata y que habían concluido con la consulta externa y los restantes siete se registraron para colaborar en los días siguientes, lo que se dificultó un tanto, ya que algunos de ellos tomaron sus vacaciones y se optó por consultar a otros profesionales que aceptaron gustosos, casi siempre recalando varios de ellos, que es “una investigación del gobierno del Presidente Rafael Correa”, lo que fue desmentida categóricamente, también hubo observaciones como: “al fin se han interesado por los médicos, ya que solo se preocupan por los pacientes y no del bienestar de médicos y enfermeras, quienes entregan el servicio”. La aplicación de los instrumentos con los profesionales médicos culminó el 30-12-2011.

En el caso de los enfermeros (as) se inició el sábado 07-01-2012, día recuperable de un feriado de diciembre 2011, coincidió una reunión de trabajo del personal del área de salud, apliqué los instrumentos a cinco enfermeros (as) de los ya registrados con antelación, muy dinámicos e interesados por conocer si padecen o no el síndrome del burnout. Con los restantes enfermeros (as) no fue un trabajo fácil, varios estaban de vacaciones, otros con permiso médico, calamidad doméstica o se escurrían manifestando evasivas, reiteradamente recalando algunos de ellos, que es “una investigación para el Presidente Rafael Correa”, “para despedirnos del trabajo, o para jubilarnos” inclusive expresaron apatía, frialdad y desinterés de unas cuantas de ellas, lo que fue rechazado terminantemente y explicado que la investigación se la realizará para fines académicos de la UTPL con la finalidad de que los estudiantes egresados alcancen la titulación de psicología, lo que al fin perseveré y logré. La aplicación de los instrumentos con los enfermeros (as) culminó la primera semana de febrero 2012.

Es importante señalar que en el caso de médicos y enfermeros (as) varios (as) de ellos (as), decidieron colaborar auto-aplicándose los instrumentos, por no disponer del tiempo citado, por lo que se les entregó en sobre sellado los seis instrumentos con las correspondientes instrucciones y, se les pidió que llenen los datos con el mayor cuidado y atención posible debido a la investigación que se solicita, con el compromiso de recogerlos al día siguiente.

En el tema de la certificación con los profesionales médicos no existió mayor inconveniente, lo que si aconteció con las profesionales enfermeros (as), se generó con cortesía y amabilidad un acosamiento para lograr obtener números de teléfono y código de enfermeras, en especial en los profesionales que se auto-aplicaron.

CAPÍTULO III

RESULTADOS OBTENIDOS.

3.1 Tabulación de datos.

Por la particularidad del trabajo de investigación y los objetivos propuestos, se utilizarán mapas gráficos comparativos para su procesamiento, análisis e interpretación de la información obtenida y transferida de los instrumentos aplicados a los examinados entre médicos y enfermeros (as), que puntualicen las relaciones existentes entre las diferentes variables investigadas en el siguiente orden:

- Cuestionario Socio demográfico y laboral.
- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Cuestionario de salud mental GHQ-28
- Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).
- Cuestionario MOS de apoyo social.
- Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Este proceso está encaminado a la obtención de resultados numéricos, se procedió a la tabulación, codificación y diseño de gráficos con datos que están contenidos en los instrumentos.

3.2 Caracterización socio demográfica y laboral

Gráfico No. 1

Cuadro resumen comparativo de médicos y enfermeros (as) sin burnout

CUESTIONARIO SOCIO DEMOGRAFICO LABORAL								
	MÉDICOS SIN BURNOUT				ENFERMEROS (AS) SIN BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
Género	Masculino	47%	Femenino	53%	Masculino	7%	Femenino	93%
Zona de vivienda	Urbana	100%	Rural	0%	Urbana	100%	Rural	0%
Con quien vive	Solo	0%	Con más pers	100%	Solo	0%	Con más pers	100%
Tipo de trabajo	Tiempo completo	40%	Tiempo Parcial	60%	Tiempo completo	100%	Tiempo Parcial	0%
Sector de trabajo	Público	20%	Público y Privado	80%	Pública	53%	Público y Privado	47%
Pacientes con riesgo de muerte	Si	47%	No	53%	Si	7%	No	93%
Pacientes fallecidos	Si	27%	No	73%	Si	20%	No	80%
Recursos necesarios	Total	40%	Mediana	60%	Total	20%	Mediana	80%
Permisos	Si	53%	No	47%	Si	80%	No	20%
Valoración pacientes	Bastante	33%	Total	67%	Bastante	53%	Total	47%
Satisfecho con el trabajo	Bastante	33%	Total	67%	Bastante	40%	Total	60%

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

En base al análisis comparativo, en los médicos predomina el género femenino en 53% sobre el 47% masculino, con un promedio de 48 años de edad. Enfermeros (as) prevalece el género femenino en 93% sobre el masculino con el 7%, con una media de 47 años de edad.

El análisis respectivo demuestra que 100% del conjunto de profesionales de la salud, médicos y enfermeros (as), residen y trabajan en zonas urbanas.

Se evidencia en el análisis al comparar que el 100% de médicos y enfermeros (as) evaluado, cohabitan o conviven con más personas en su residencia.

Comparativamente se demuestra que el 40% de médicos trabajan a tiempo completo, mientras que el 60% laboran a tiempo parcial. Enfermeros (as) en su generalidad el 100% lo hace a tiempo completo.

En la investigación se certifica que los médicos trabajan un 20% en el sector público, el 80% en sector público y privado. Mientras que los profesionales en enfermería, ejercen un 53% en la administración pública y el 47% trabajan en las dos secciones estatal y particular.

Los médicos que han experimentado con pacientes que tienen un alto riesgo de muerte, asciende a un 47%, mientras que 53% no han tenido contacto con esta categoría de pacientes. Por el contrario enfermeros (as), revelan un 7% que lo han percibido y 93% no ha evidenciado.

Se demuestra que los médicos el 27% se relacionaron con pacientes que fallecieron y el 73% no han percibido la experiencia. En cambio enfermeros (as), en el 20% si se vincularon con pacientes que perdieron la vida, el 80% no han percibido la praxis. El promedio de pacientes fallecidos en los dos casos es mínimo.

En el comparativo el 40% de médicos, afirma que su institución provee totalmente los recursos necesarios para el desempeño de su profesión, mientras que un 60% lo admite que medianamente. Los enfermeros (as) en un 20% aceptan que totalmente y el 80% reconoce que suministra moderadamente.

Comparativamente los médicos el 53% han solicitado licencia, el 47% no lo han requerido, enfermeros (as) si han necesitado en un 80% y un 20% no ha estimado necesario.

Se evidencia que el 67% de médicos, se consideran totalmente valorados, el 33% se perciben bastante valorado por los pacientes. Los enfermeros (as), el 53% se aprecia bastante valorado y 47% se aprecian totalmente valorado por los enfermos.

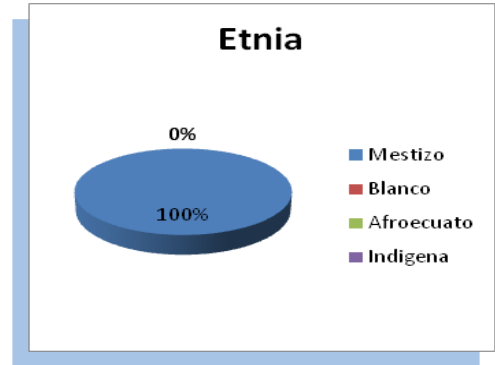
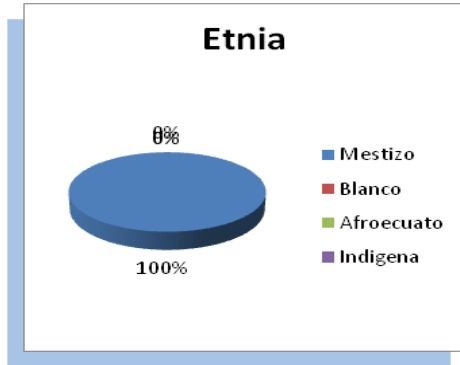
El 67% de los médicos se siente totalmente satisfecho con su labor y el 33% está bastante complacido. En tanto que el 60% de los enfermeros (as), afirma estar totalmente complacido y el 40% bastante entusiasta.

Etnia:

Gráfico No. 2

Médicos sin burnout

Enfermeros(as) sin burnout



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El análisis comparativo demuestra que 100% del conjunto de profesionales de la salud, médicos y enfermeros (as), se identifican con la raza mestiza.

Estado civil:

Gráfico No. 3

Médicos sin burnout

Enfermeros(as) sin burnout



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

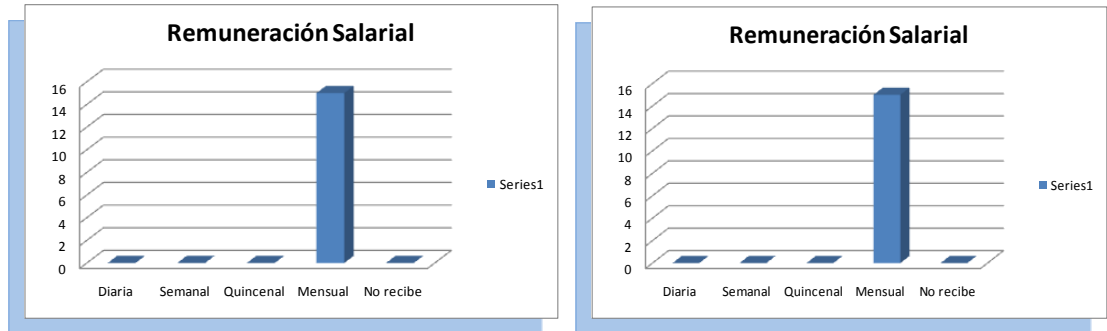
Se demuestra que los médicos ubicados en el nivel 8 son solteros (as), nivel 6 son casados (as) y en nivel 1 divorciado/separado, promedio de hijos 1. Enfermeros (as), ubicaos en nivel 3 son solteros (as), nivel 9 predominan los casados (as) y en nivel 1 disfrutaban de unión libre, divorciado/separado, promedio de hijos 2.

Remuneración salarial:

Gráfico No. 4

Médicos sin burnout

Enfermeros(as) sin burnout



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

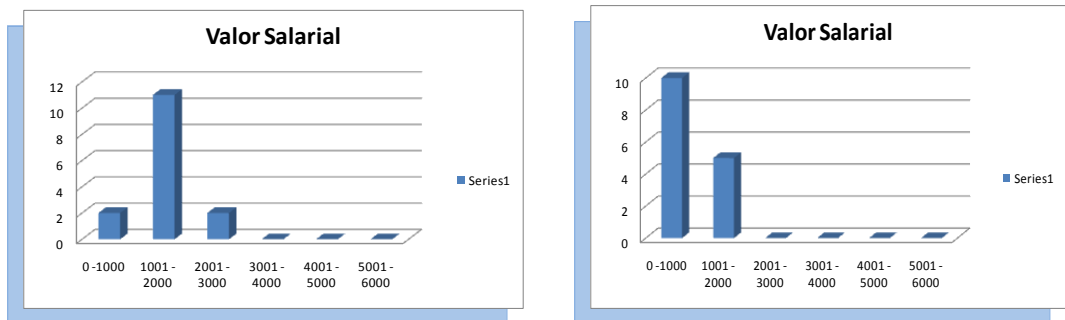
La descripción comparativa contempla en su totalidad, que los profesionales médicos y enfermeros (as) investigados, perciben una remuneración mensual.

Valor salarial:

Gráfico No. 5

Médicos sin burnout

Enfermeros(as) sin burnout

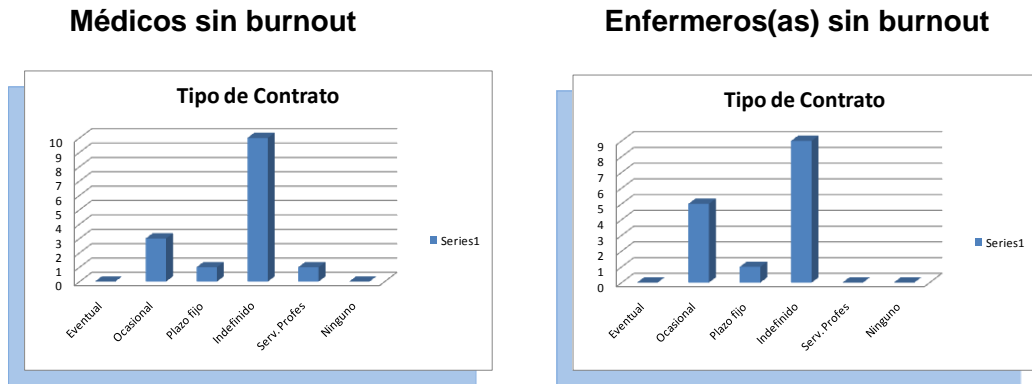


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Se aprecia que los médicos, ubicados en un reducido nivel 2, percibe de 0-1000, el nivel 10 en su generalidad, reciben 1001 a 2000 y un reducido nivel 2, percibe salarios de 2001 a 3000 dólares, con promedio de 20 años de labor. Los enfermeros (as), ubicados en un elevado nivel 10, recibe un salario de 0-1000, el intermedio nivel 5, cobran 1001 a 2000 dólares, con un promedio de 21 años de trabajo.

Tipo de contrato

Gráfico No. 6

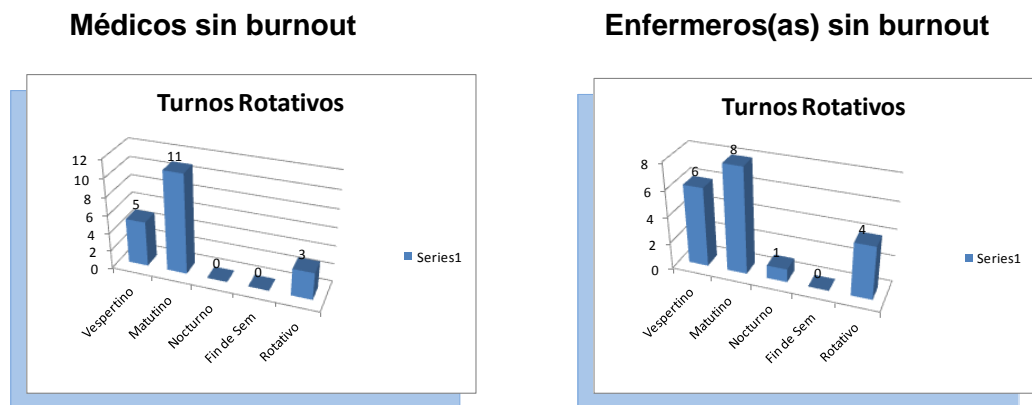


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Se aprecia que los médicos ubicados en un alto nivel 10 tiene contrato indefinido, un bajo nivel 3 ocasional, un reducido nivel 1, plazo fijo y servicios profesionales, en promedio trabaja en 1 institución, 7 horas al día y 35 semanal. Enfermeros (as), se ubican en nivel 9 con contrato indefinido, nivel 5 ocasional y nivel 1 a plazo fijo, en promedio labora en 1 entidad, 7 horas al día y 35 semanal.

Turnos

Gráfico No. 7

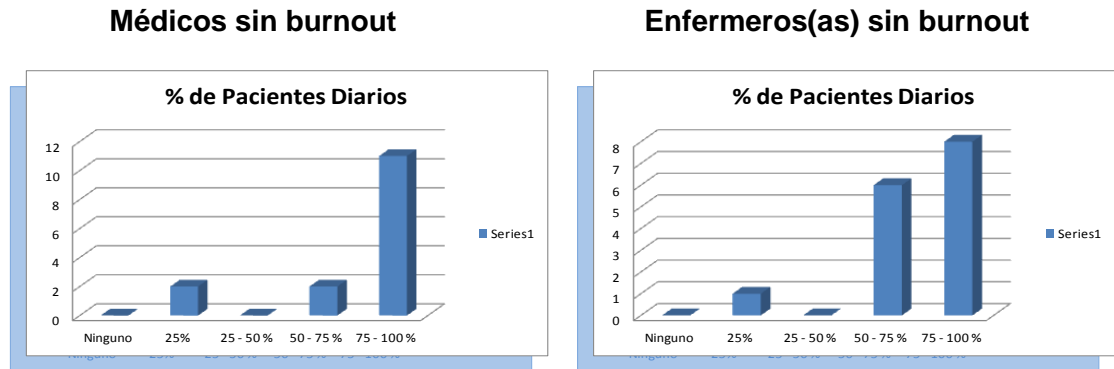


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Los médicos ubicados en nivel 5 trabajan turno vespertino, nivel 11 matutino y nivel 3 rotativo, realizan guardias nocturnas un promedio de 13 horas en 1 día. El personal de enfermería ubicado en el nivel 6 trabaja en turno vespertino, nivel 8 matutino, nivel 4 rotativo, nivel 1 nocturno, guardias nocturnas promedio de 4 horas durante 1 día.

Porcentaje de paciente diarios

Gráfico No. 8

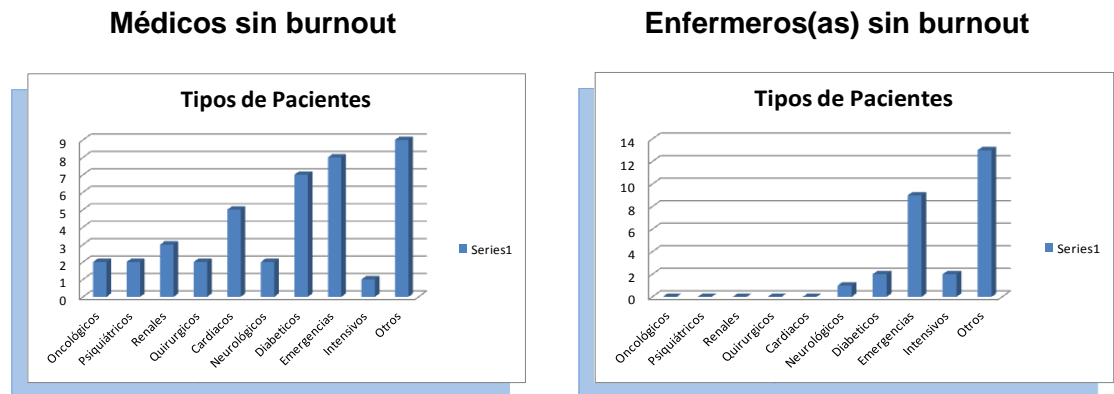


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Los médicos en atención a pacientes, el nivel 10 destina 75-100%, nivel 2 atiende del 50-75%, un nivel 2 atiende del 25-50%, promedio 20 pacientes por día. Enfermeros (as), nivel 8 dedica del 75-100% de su atención, nivel 6 del 50-75%, nivel 1 el 25%, promedio 38 pacientes por día.

Tipos de pacientes

Gráfico No. 9



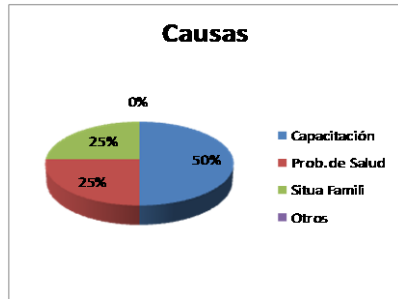
Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Tipo de pacientes a los que atienden los médicos: nivel 2 oncológicos, psiquiátricos, quirúrgicos, renales y neurológicos, nivel 1 intensivos, nivel 5 cardíacos, nivel 7 diabéticos, nivel 8 emergencias, nivel 9 otros. Enfermeros (as) asisten a pacientes: neurológicos nivel 1, diabéticos e intensivos nivel 2, emergencias nivel 9, otros nivel 13.

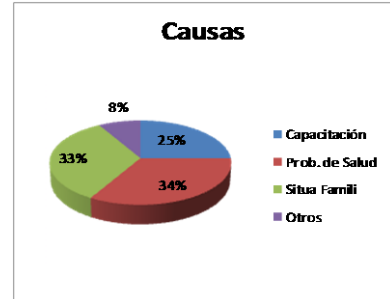
Causas

Gráfico No. 10

Médicos sin burnout



Enfermeros(as) sin burnout



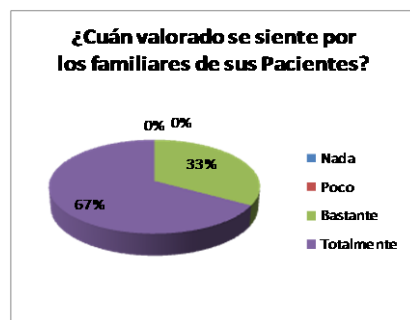
Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Permisos solicitados por médicos: 50% se debe a capacitación, 25% a problemas de salud, 25% a situaciones familiares, promedio días de licencia 5. El 25% de enfermeros (as), se enfoca a capacitación, 34% a problemas de salud, 33% a situaciones familiares y 8% a otros, promedio de días de permiso 10.

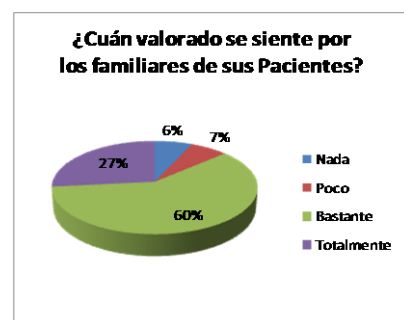
Valoración por familiares

Gráfico No. 11

Médicos sin burnout



Enfermeros(as) sin burnout

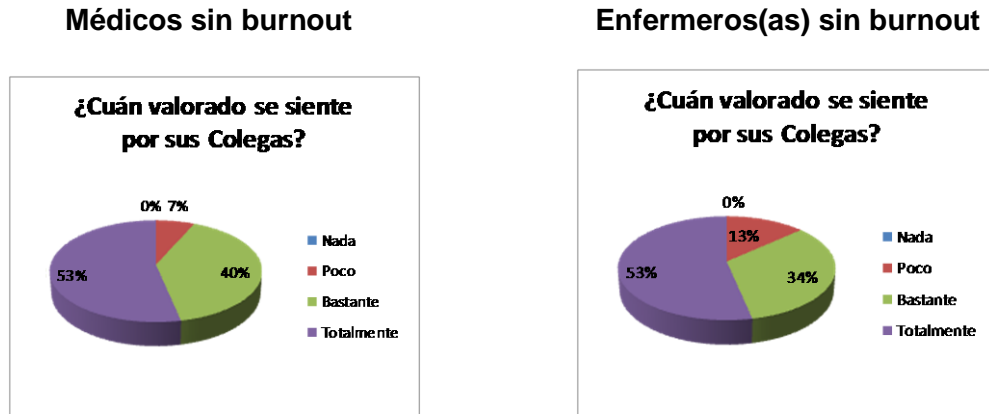


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

En la valoración familiares de pacientes, 67% de médicos está total estimado, 33% bastante respetado, 60% de enfermeros (as), está bastante valorado, 27% totalmente considerado, 7% poco estimado y 6% nada valorado.

Valoración colegas

Gráfico No. 12

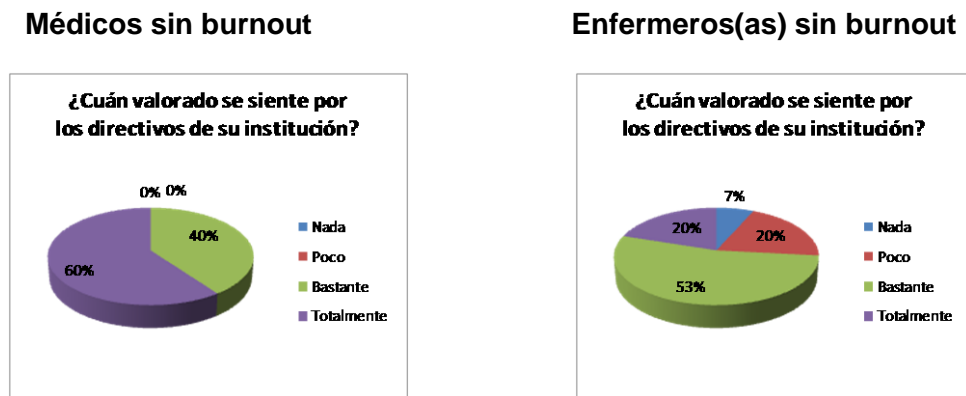


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

En la comparación colegas, 53% de médicos estima estar plenamente respetado por los compañeros de profesión, 40% lo indispensable y 7% poco valorado. Enfermeros (as), 53% totalmente considerado, 34% bastante apreciado, 13% nada estimado.

Valoración directivos

Gráfico No. 13

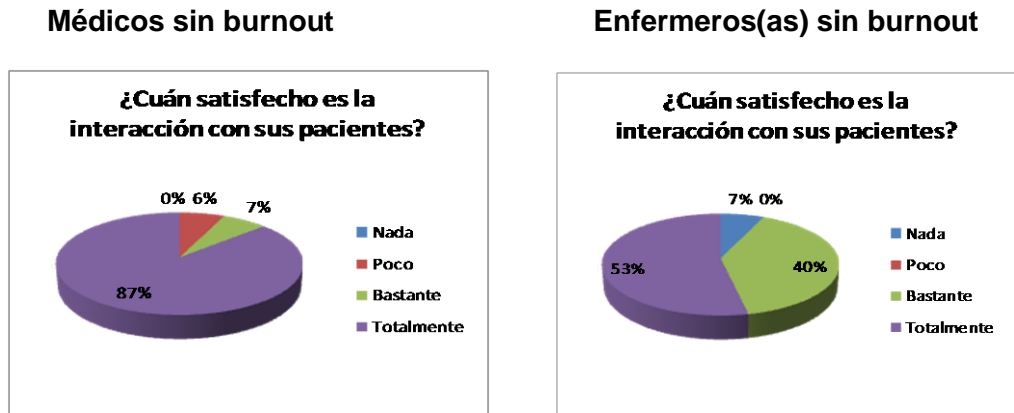


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Los médicos el 60% se aprecia íntegramente respetado y 40% bastante satisfecho. Enfermeros (as), el 53% se percibe bastante valorado, el 20% totalmente apreciado, otro 20% poco estimado, y un 7% nada valorado.

Interacción con los pacientes

Gráfico No. 14

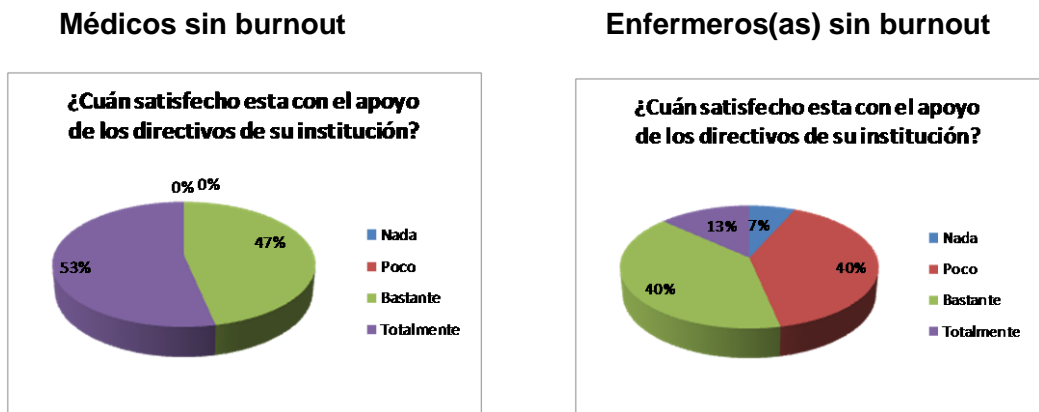


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

En la interacción con sus pacientes, el 87% de médicos está total satisfecho, el 7% bastante conforme y el 6% poco cómoda. Los enfermeros (as), el 53% se halla totalmente tranquilo, el 40% bastante servicial y el 7% se halla poco halagado.

Apoyo directivos

Gráfico No. 15

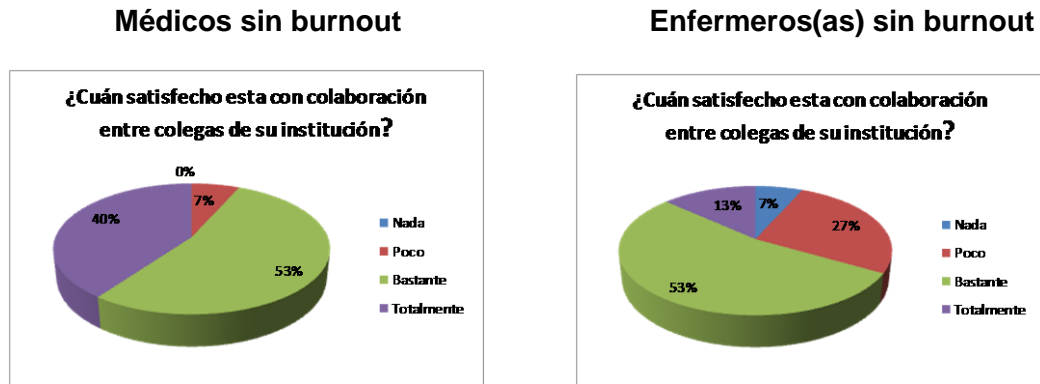


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

El 47% de médicos siente bastante apoyo, el 53% está totalmente satisfecho. Enfermeros (as), el 40% está bastante contento, otro 40% poco animado, el 13% plenamente conforme, el 7% nada satisfecho.

Apoyo entre colegas

Gráfico No. 16

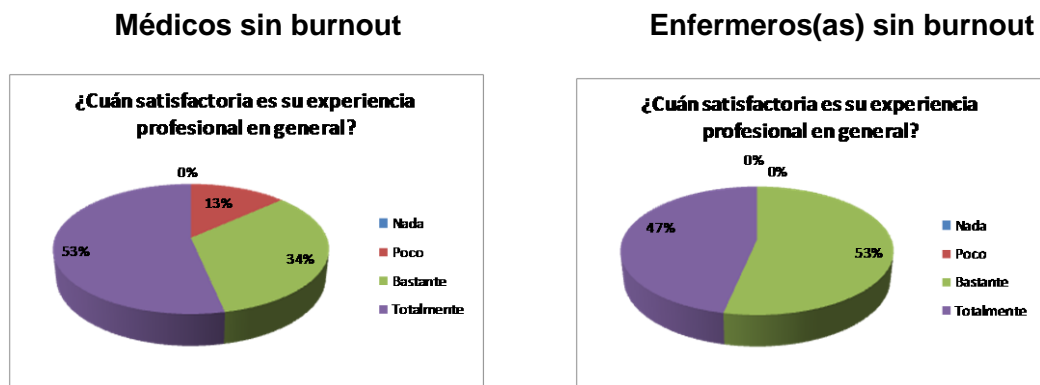


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Se observa que la cooperación entre colegas de su institución, el 53% de médicos y enfermeras están bastante satisfechos, 40% de médicos está absolutamente contento y el 7% se halla poco entusiasta. En los profesionales de enfermería, el 27% siente poca cooperación, el 13% se encuentra totalmente optimista y un 7% insatisfecho.

Satisfacción experiencia

Gráfico No. 17

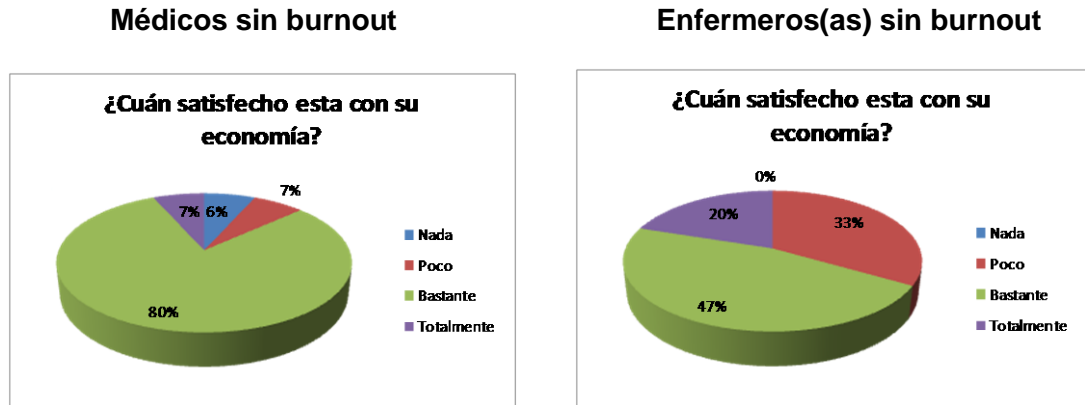


Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Los médicos en lo pertinente al bienestar integral en su experiencia profesional, el 53% está plenamente gustoso, 34% está bastante satisfecho y el 13% poco optimista. Enfermeros (as), el 53% es grande su felicidad y el 47% vive plenamente contento.

Economía

Gráfico No. 18



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento sociodemográfico y laboral.

Al confrontar la satisfacción económica en los médicos, el 80% está considerablemente conforme, el 7% total satisfacción, otro 7% poco entusiasmado y el 6% carece de agrado. En los enfermeros (as) el 47% está bastante optimista, el 33% poco satisfactorio, mientras que el 20% se halla totalmente satisfecho.

3.3 Subescala de burnout

Gráfico No. 19

Cuadro resumen comparativo de médicos y enfermeros (as) sin burnout

CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)						
	MÉDICOS SIN BURNOT			ENFERMEROS (AS) SIN BURNOT		
	Bajo	Medio	Alto	Bajo	Medio	Alto
Agotamiento Emocional	93%	7%	0%	67%	20%	13%
Despersonalización	100%	0%	0%	93%	7%	0%
Realización Personal	0%	0%	100%	0%	0%	100%

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento MBI.

Subescala de agotamiento emocional:

Se advierte que el 93% de médicos, conserva un bajo nivel de agotamiento emocional y el 7% se sitúa en un nivel medio. Mientras que el 67% de enfermeros (as), se halla en un nivel bajo, el 20% se asigna el nivel medio y el 13% se atribuye el nivel alto.

Subescala de despersonalización:

Se distingue que 100% de profesionales médicos, presentan un nivel bajo de despersonalización. Enfermeros (as), el 93% un valor bajo y el 7% el nivel medio.

Subescala de realización personal:

En este análisis comparativo se evidencia que el 100% de los profesionales sanitarios médicos y enfermeros (as), en su totalidad manifiestan un alto nivel en realización personal.

3.4 Salud mental con las dimensiones correspondientes.

Gráfico No. 20

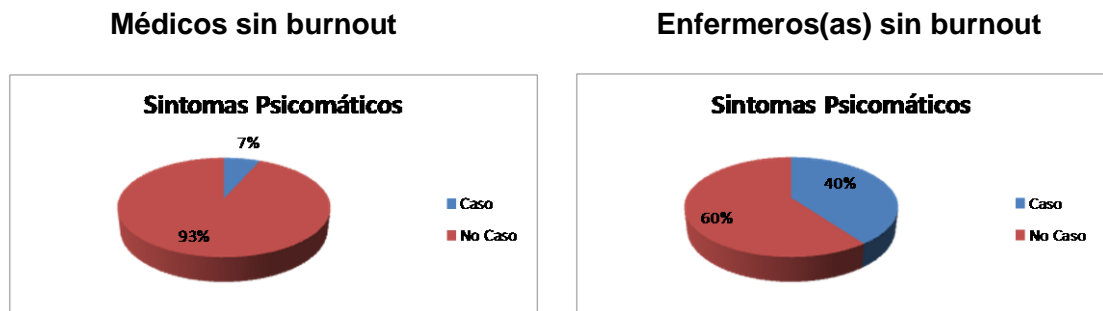
Cuadro resumen comparativo de médicos y enfermeros (as) sin burnout

CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHQ-28)				
	MÉDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS (AS) SIN BURNOUT	
	Caso	No Caso	Caso	No Caso
Sintomas Psicosomáticos	7%	93%	40%	60%
Ansiedad e Insomnio	20%	80%	53%	47%
Disfunción Social	0%	100%	7%	93%
Depresión	0%	100%	13%	87%

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

Subescala síntomas psicosomáticos.

Gráfico No. 21



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

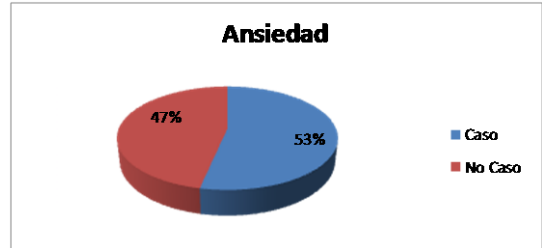
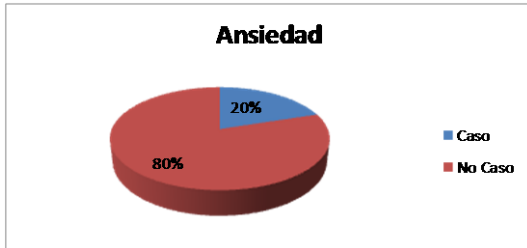
Se indica que el 7% de médicos, si presenta síntomas psicosomáticos y el 93% no tiene sintomatología, mientras tanto que el 40% de enfermeros (as), registra una posible inclinación a las sintomatologías y el 60% no revela indicios.

Subescala de ansiedad e insomnio.

Gráfico No. 22

Médicos sin burnout

Enfermeros(as) sin burnout



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

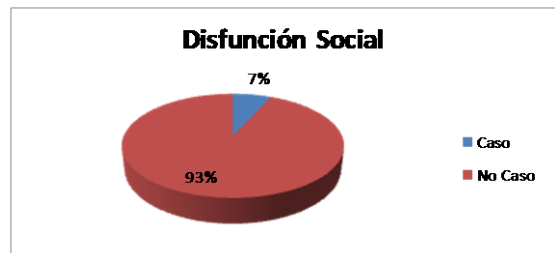
En la representación se explica que el 20% de médicos, si exhibe indicios de ansiedad e insomnio, el 80% no revela características, entretanto que en los enfermeros (as), el 53% presenta la sintomatología y el 47% no muestra síntomas de ansiedad.

Subescala de disfunción social en la actividad diaria.

Gráfico No. 23

Médicos sin burnout

Enfermeros(as) sin burnout



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

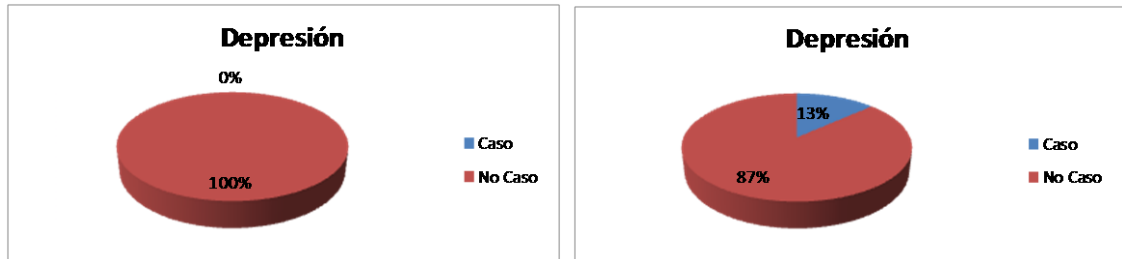
Se evidencia que los médicos en el 100% no presentan niveles de disfunción social en la actividad diaria. Los profesionales en enfermería el 7% no se sienten realizados, mientras que el 93% no lo demuestra.

Subescala de depresión grave.

Gráfico No. 24

Médicos sin burnout

Enfermeros(as) sin burnout



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento GHQ-28.

En el análisis comparativo se certifica que el 100% de los médicos, prueba ausencia de síntomas depresivos, y en los enfermeros (as), el 87% manifiesta ausencia de los síntomas, en tanto que 13% señala probables indicios de depresión.

3.5 Estilos de afrontamiento con las subescalas.

Gráfico No. 25

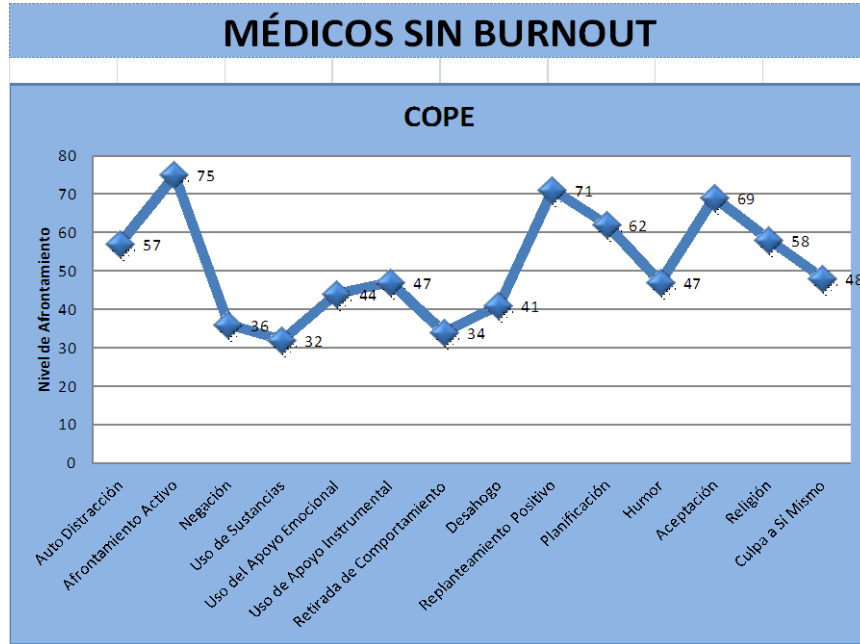
Cuadro resumen comparativo de médicos y enfermeros (as) sin burnout

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)		
	MÉDICOS SIN BURNOT	ENFERMEROS (AS) SIN BURNOT
Autodistracción	57%	53%
Afrontamiento activo	75%	66%
Negación	36%	42%
uso de sustancias	32%	34%
uso del apoyo emocional	44%	45%
Uso de apoyo instrumental	47%	53%
Retirada de comportamiento	34%	53%
Desahogo	41%	56%
Replanteamiento positivo	71%	65%
Planificación	62%	65%
Humor	47%	45%
Aceptación	69%	62%
Religión	58%	63%
Culpa así mismo	48%	64%

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento Brief-Cope.

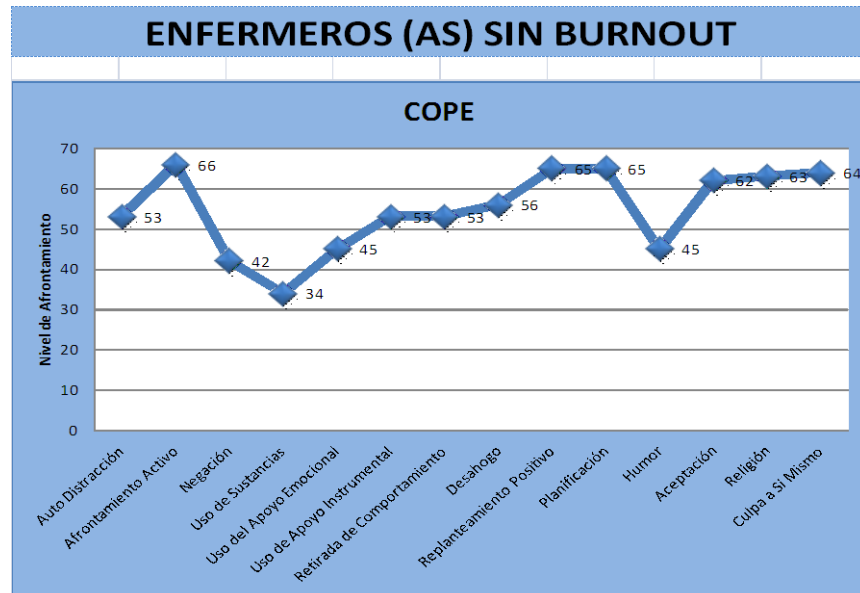
ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Gráfico No. 26



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento Brief-Cope.

Gráfico No. 27



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento Brief-Cope.

En la escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (brief-cope), en la subescala de auto-distracción los médicos, se ubican en el 57% y los enfermeros (as) en el 53%, lo que demuestra que los profesionales médicos, en mayor porcentaje, elimina las situaciones que le causan estrés mediante la ocupación en otras actividades.

En la subescala de afrontamiento activo los médicos, se encuentran en el 78% y los profesionales de enfermería en el 68%, evidenciando que los médicos en superior proporción, realiza ocupaciones para intentar eliminar o reducir el origen del estrés.

Los médicos en el 38%, enfermeros (as) en 42%, en la subescala de negación, señala que los galenos, no desconocen las condiciones causantes de estrés, mientras que el personal de enfermería tiene la tendencia a rechazar.

En el método de afrontamiento uso de sustancias, se evidencia que el 32% de médicos y 34% de enfermeros (as), en los dos casos, no demandan el uso de sustancias o estimulantes, alcohol o medicamentos para desconocer sus dificultades.

Lo que concierne al método uso de apoyo emocional, médicos y enfermeros (as), se ubican en el 45%, lo que deja entrever que prefieren buscar apoyo y comprensión para afrontar sus problemas.

La subescala de apoyo instrumental, demuestra que los médicos, se ubican en el 48% y enfermeros (as) en el 54%, lo que manifiesta que los profesionales de enfermería, en mayor porcentaje, si requiere de personal experimentado para encontrar asistencia sobre cómo corregir situaciones estresantes.

Respecto al método retirada de comportamiento, los médicos se hallan en el 34%, enfermeros (as) en 54%, lo que explica que en su mayoría los profesionales de enfermería, no abandonan las circunstancias que les producen estrés.

En la subescala de desahogo, evidencia que los médicos se encuentran en el 40% y personal de enfermería se sitúan en el 58%, lo que revela en su generalidad que enfermeros (as), procura no manifestar sus emociones cuando posee cierto conflicto.

En lo concerniente al método replanteamiento positivo, los médicos se ubican en el 70% y personal de enfermería en el 66%, en los dos casos se evidencia que contemplan a las condiciones de estrés como una ventaja para crecer e innovar.

La subescala de planificación, señala que los médicos se hallan en el 62% y enfermeros (as) en el 66%, en los dos casos, realizan un afrontamiento activo para hacer frente al estrés.

En lo referente al método de humor, los médicos se ubican en el 48%, mientras que el personal de enfermería en 45%, los profesionales sanitarios en su generalidad perciben los escenarios estresantes de manera prudente.

El método de aceptación en los profesionales médicos se ubica en 70% y enfermeros (as) en 62%, lo que evidencia que los médicos en su mayoría, adquieren con responsabilidad y seriedad las circunstancias estresantes.

En lo que se relaciona a la subescala de religión, los médicos se hallan en el 58% y profesionales en enfermería, se encuentran en 64%, demostrando que enfermeros (as), en su generalidad utilizan esta estrategia para realizar acciones religiosas, lo que les favorece y conlleva a experimentar alivio ante escenarios de estrés.

En la subescala culpa a sí mismo, los médicos se ubican en el 49%, mientras que enfermeros (as) se hallan en el 64%, lo que demuestra que el personal de enfermería en su mayoría, tiene la predisposición a recriminarse y culparse a sí mismo por la condiciones que originan ambientes estresantes.

3.6 Apoyo Social.

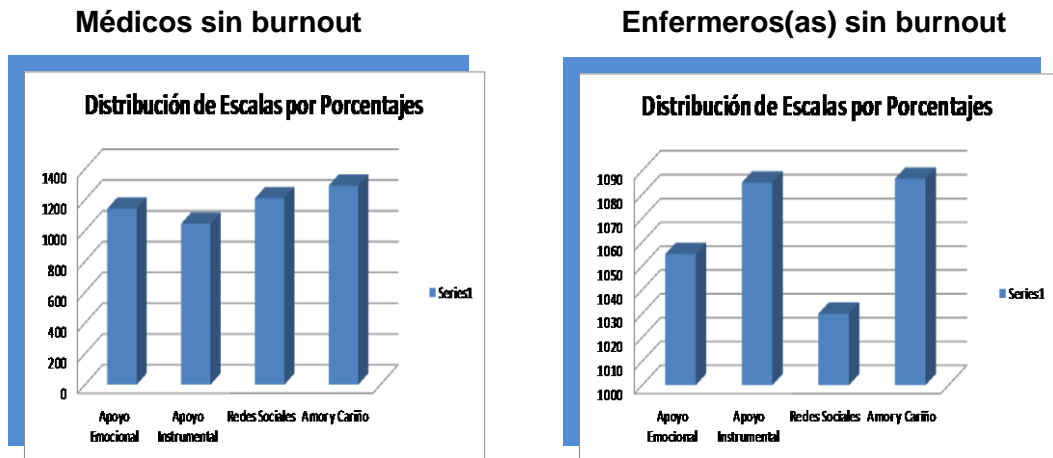
Gráfico No. 28

Cuadro resumen comparativo de médicos y enfermeros (as) sin burnout

CUESTIONARIO DE MOS DE APOYO SOCIAL								
	MÉDICOS SIN BURNOT				ENFERMEROS (AS) SIN BURNOT			
	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Redes Sociales	Amor y Cariño	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Redes Sociales	Amor y Cariño
Personalidad EPQR-A	76%	70%	81%	86%	77%	72%	68%	72%

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento MOS.

Gráfico No. 29



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento MOS.

Es evidente que en escala 1050 los médicos y enfermeros (as), gozan de un cercano apoyo emocional, en escala 1000 los médicos, percibe apoyo instrumental, en escala 1150 exhibe apoyo en redes sociales y en escala 1200 recibe amor y cariño. En enfermeros (as), en escala 1080 apoyo instrumental, en escala 1025 apoyo en redes sociales, y en la escala 1085 recibe amor y cariño.

3.7 Personalidad.

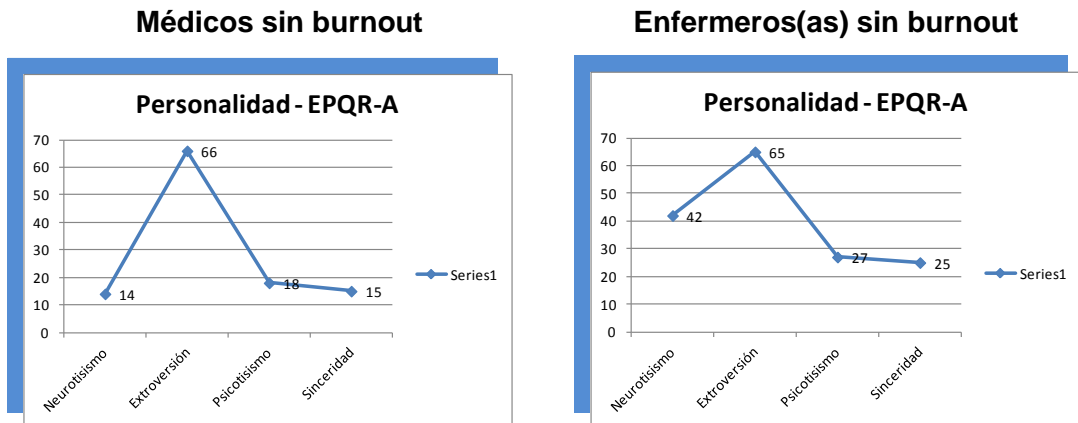
Gráfico No. 30

Cuadro resumen comparativo de médicos y enfermeros (as) sin burnout

CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. EPQR-A								
Personalidad - EPQR-A	MÉDICOS SIN BURNOT				ENFERMEROS (AS) SIN BURNOT			
	Neurotismo	Extroversión	Psicotismo	Sinceridad	Neurotismo	Extroversión	Psicotismo	Sinceridad
	12%	58%	16%	13%	26%	41%	17%	16%

Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento EPQR-A.

Gráfico No. 31



Fuente: Médicos y enfermeros (as) evaluados con instrumento EPQR-A.

El 14% de los médicos presenta un nivel inferior de neuroticismo, entre tanto que en los enfermeros (as) se incrementa en un 42%; en extroversión los médicos se ubican en 66% y los profesionales de enfermería se sitúan en 65%; en lo que respecta a psicoticismo los médicos se hallan en 18% y enfermeros (as) en 27%, mientras que en la subescala de sinceridad los médicos se ubican en 15% y enfermeros (as) en 25%.

CAPÍTULO IV:

DISCUSIÓN DE RESULTADOS.

4.1 Discusión de resultados.

El objetivo de este estudio ha sido la “Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este Fenómeno, en el Ecuador”. Al contrastar las tres **Sub-escalas del Inventario del Burnout de Maslach (MBI)**, concluyó que la población médica investigada, no posee agotamiento emocional, fue la dimensión afectada en menor frecuencia, pero se contraponen una valoración dominante en despersonalización y realización personal, por lo que sus actividades cotidianas no les induce a la intranquilidad, perturbación, ansiedad ni frustración, su estilo de vida se desarrolla en un ambiente de actitudes positivas, su trabajo lo efectúa motivado y con eficacia, por ende se percibe interés en sus atenciones familiares, sociales y recreativas.

La investigación demuestra que ninguno de los investigados de la población estudiada médicos y enfermeros (as) del Ministerio de Salud Pública, Área de Salud No.1, de la ciudad de Quito, provincia de Pichincha, presenta burnout como tal, "**Catherine Maslach y Susana Jackson** lo han descrito como una causa que se inicia con una carga emocional y su consecuente insensibilidad que transfiere al agotamiento del sujeto, acompañado de síntomas físicos: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización profesional”, sin embargo hubieron ciertos casos que se encontraban en un estado límite, es decir sus características denotaban que estaban a punto de llegar a ese estado, por lo que presentó las siguientes características:

En el caso de los médicos como se señala anteriormente, un minúsculo indicador determina una puntuación media en la subescala de agotamiento emocional, es decir que siente tensión, rigidez, nerviosismo, presión, frustración y fracaso, debido a la responsabilidad en el trabajo, lo que contrarresta en su totalidad con una puntuación baja en la dimensión de despersonalización, manifestación de conductas y disposiciones positivas y eficaces hacia los demás, por lo que el trabajo, compromiso y responsabilidad habitual, le proporciona la motivación indispensable y en la subescala de realización personal, en su generalidad se establece una puntuación alta, por lo

que se advierte sentimientos de bienestar y logro personal sobre el trabajo practicado y aspiraciones de efectuarlo con un importante ánimo y eficacia.

En lo que concierne a los enfermeros (as), a través del instrumento MBI, una mínima muestra, concretamente tres casos determina una puntuación media y dos casos un estado límite, en la subescala de agotamiento emocional, es decir sus particularidades manifestaban que aparecían a punto de llegar a ese estado de tensión y frustración: cansancio, fastidio, irritabilidad, desinterés, insensibilidad y disminución de compromiso con el trabajo, "**Pines y Kafry (1978)** definen al burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal"; en la dimensión de despersonalización, un pequeñísimo indicador estipula una puntuación media, una actitud moderadamente aislada originada por el trabajo acelerado y urgente, lo que diferencia en su totalidad una puntuación respetable e importante en la subescala de realización personal, la que señala disposiciones y sentimentalismos de satisfacción, complacencia y logro personal sobre las labores habituales. "**Schaufeli** dogmatiza, que médicos y enfermeras advierten un nivel comparable de agotamiento emocional, pero los médicos tienen observaciones importantes".

Los médicos, enfermeros (as), en cuanto a las características del cuestionario socio demográfico y laboral, los resultados señalan que el 53% corresponden al sexo femenino, promedio de edad 48 años, mientras que en enfermeros (as), predomina el femenino en un 93%, edad promedio fluctúa en 47 años. "Distintos estudios demuestran que los hombres exhiben mayores niveles de burnout, (Lackritz, 2004; Brake, Bloemendal y Hoogstraten, 2003), otros indican que son las mujeres (Freudenberger y Nort, 1985; Maslach y Jackson, 1981), y en otros no se halla relación alguna entre el sexo y las diferentes dimensiones del burnout (Gil-Monte y cols., 1996, Pierce y Molloy, 1990)". En relación al estado civil, el 53% de médicos son solteros, 40% casados y 7% divorciado/separado, promedio de 1 hijo por profesional; en el caso de enfermeros (as), 20% son solteros, 60% son casados, 13% unión libre y 7% divorciado/separado, promedio de 2 hijos por profesional.

Por lo analizado, en su mayoría los profesionales médicos, enfermeros (as), fueron de sexo femenino, de estado civil casado, la situación laboral en la institución gubernamental es permanente, las edades fluctuaron entre 47 y 48 años. En su totalidad los profesionales de la salud, se identifican con la raza mestiza, residen en

zonas urbanas y conviven con su parentela, por lo que conforme a los resultados referidos y según “**Smith, Birch y Marchant (1984)**, sustentan que las relaciones familiares y/o de pareja efectivas otorgan a la persona cierta inmunidad a percibir el burnout”.

Médicos, enfermeros (as), al relacionar las características del cuestionario socio demográfico y laboral, en su mayoría los médicos trabajan a tiempo parcial y un grupo moderado a tiempo completo, mientras el personal de enfermería en su totalidad lo hace en jornada completa; los doctores en su generalidad trabajan en institución pública y privada; enfermeros (as), en un contexto de superioridad laboran en el sector público, también un moderado grupo, lo hacen en las dos secciones privado y público, en promedio general los profesionales, laboran en una institución.

Los médicos han atendido enfermos con riesgo de muerte en un nivel tolerable, enfermeros (as), una mínima parte lo ha experimentado. Los médicos y enfermeros (as), se relacionaron con pacientes que fallecieron, con un promedio imperceptible, destacando que esas frustraciones influyen en su estado emocional. “Exigencias al trabajo, importante responsabilidad en sus jornadas normales, mayor probabilidad de aparición del síndrome, (**Sarros, 1998**)”.

Los clínicos y sanitarios enfermeros (as), al relacionar las particulares del cuestionario socio demográfico y laboral, en su mayoría se encuentra moderadamente satisfecho con los recursos que su institución provee para el desempeño de su profesión. En la población estudiada, los médicos en superioridad tiene un promedio de 5 días de permiso y enfermeros (as) en su generalización tienen una media de 10 días de licencia, por lo que se observó un alto ausentismo laboral y un importante uso de licencias médicas, enfocados en su mayoría a capacitación, nivel intermedio a problemas de salud y una mínima parte a inconvenientes familiares.

Los médicos en una significativa generalidad, se sienten totalmente valorados por los pacientes, mientras que enfermeros (as), en su mayoría está considerablemente satisfecho; los profesionales médicos en su generalidad, se halla completamente complacido por su trabajo, entretanto que los enfermeros (as) en su superioridad se encuentran contentos. Según “**Fernández (1998)**, la satisfacción laboral de los

profesionales sanitarios, se relaciona con una óptima salud mental e inexistencia de síntomas de burnout”.

En la situación laboral, la generalidad de la población investigada percibe una remuneración salarial mensual, entretanto que predominan los médicos que perciben de 1001 a 2000 dólares, con un promedio de 20 años de trabajo en la misma institución; enfermeros (as) en su mayoría percibe de 0-1000 dólares, con un promedio de 20 años de servicio, en la misma institución, destacando en su generalidad que la totalidad de la muestra examinada, tiene un contrato indefinido. De lo analizado percibo que las bajas remuneraciones que fluctúan en el caso de los profesionales de enfermería, podría originar una posible desmotivación.

Los galenos y enfermeros (as) trabajan en su mayoría en horario matutino, y una mínima parte en turnos rotativos, las guardias nocturnas en promedio son de 13 horas por 1 día en médicos y 4 horas durante 1 día en enfermeros (as). En su generalidad, en los dos casos dedican entre el 75 y 100% de su atención, con un promedio de 20 pacientes por día en el caso de los médicos y de 38 por día en enfermeros (as). En cuanto a la población donde los médicos desempeñan su trabajo, predomina en su mayoría en las áreas de pacientes con otras patologías, emergencias, diabéticos y cardíacos, entre tanto que en los enfermeros (as), en su generalidad lo hacen con pacientes que presentan otras patologías y emergencias, destacando que es una área de trabajo que por la características de los pacientes es más demandante de cuidados, teniendo en cuenta que el exceso de trabajo influye en la fatiga, cansancio y el agotamiento.

Médicos y enfermeros (as), a través del cuestionario socio demográfico, respecto a la procedencia de los distintos tipos de valoración, las principales fuentes son: la valoración que sienten por los familiares de sus pacientes, en el caso de los médicos, la mayoría se siente totalmente valorado, entretanto que los enfermeros (as), en su generalidad se aprecia lo suficiente valorado. En el caso de la valoración por sus colegas, médicos y enfermeros (as) en su superioridad, se estima totalmente valorado. En lo concerniente a la valoración por los directivos de su institución, los médicos en un nivel mayor se consideran totalmente valorados, mientras que enfermeros (as) en alto grado se siente adecuadamente valorado. En la interacción con sus pacientes, los médicos en un nivel muy privilegiado, está totalmente satisfecho, los enfermeros (as), en su generalización se halla íntegramente satisfecho.

A través del cuestionario socio demográfico, médicos y enfermeros (as), en relación al apoyo de los directivos de su institución, los médicos en su generalidad está totalmente satisfecho, enfermeros (as), la mayoría se halla lo indispensable complacido. Respecto al apoyo entre colegas, médicos y enfermeros (as), la superioridad está inmensamente complacida, por lo que el bienestar con colegas y autoridades salvaguarda el agotamiento emocional. En lo relacionado al bienestar integral en su experiencia profesional, los médicos, en su superioridad está plenamente satisfecho y, los enfermeros (as), la mayoría permanece satisfecho. Al confrontar la satisfacción económica, los médicos en su mayoría está considerablemente de acuerdo, los enfermeros (as) en un nivel medio está satisfecho, por lo que considero que la edad, tener hijos, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras de burnout. “**Ensiedel y Tully (1981)**, dicen que el burnout, estaría relacionado con el inexistente dominio de la persona sobre la condición o suceso aversivo. Interés social, personalidad resistente, edad-madurez, exigencias emocionales-apasionadas, estrategias de afrontamiento equivocadas, auto eficacia, auto concepto, expectativas personales”.

La mayor incidencia en los enfermeros (as), predomina el género femenino, demarcando una incidencia promedio en niveles medio a alto de agotamiento emocional, por lo que se les concibe desilusionados a causa de sus actividades cotidianas, experimentan irritación, cansancio, ansiedad e intranquilidad; destacando un valor medio en despersonalización, es decir cambian su actitud y se tornan flemáticos y apáticos con los demás, por lo que son proclives a sufrir burnout. En contraste manifiestan valores elevados en realización o logro personal, a menor puntuación más afectado está el sujeto, en este grupo, lo que se percibe es que podrían ser personas con características propias y particulares que les permitiría afrontar de manera positiva su entorno laboral y así de esta manera desarrollar estrategias activas que puedan promover conductas objetivas como la inteligencia, autoestima, capacidad para resolver problemas, el apoyo familiar y el apoyo de los pacientes, que mitiguen el efecto del riesgo.

En lo referente al **Cuestionario de Salud Mental GHQ-28**. En este mismo grupo de médicos, también se investigó la presencia de algunos trastornos psicológicos (presencia de síntomas psicósomáticos, ansiedad), que nos ocupa también en el estudio. **Shiron (1989)** considera que la manifestación más frecuente sería la fatiga

crónica con pérdida progresiva de la energía (agotamiento), dolor precordial, dolor de estómago, agresividad. Como resultado se presentaron datos de ansiedad mínima y leve en síntomas psicósomáticos, no así en los profesionales de enfermería, los resultados presentaron indicios probables de depresión mínima, ósea sentimientos de tristeza, ira o frustración que interfieren en su estilo de vida cotidiano y moderados síntomas psicósomáticos, que sí incide en lo anímico, factor desencadenante que evidencia más vulnerabilidad a las enfermedades, y a una potencial disposición a sufrir dolores de cabeza, escalofríos, fatiga, entre otros.

“La ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro (**American Psychiatric Association, 1994; Barlow, 1998**), en esta sintomatología de la ansiedad se observó datos altos, lo que evidencia que el personal de enfermería es más susceptible a presentar posibles síntomas de nerviosidad, ofuscamiento, variación del humor, rigidez, dificultades para conciliar el sueño, por el contrario disfrutaban de un alto grado en disfunción social en la actividad diaria, es decir son indiferentes a los sentimientos negativos, no les perturba ni menoscaba su estilo de vida, más bien lo aprecian agradable, logrando evitar complicaciones posteriores en el desarrollo de sus labores habituales.

Médicos y enfermeros (as), en lo pertinente a la **Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (Brief-COPE)**, las técnicas de afrontamiento más utilizadas reportó: autodistracción medianamente alto; afrontamiento activo dominante; búsqueda de apoyo instrumental y retirada de comportamiento (53%); desahogo (56%); replanteamiento positivo destacado; planificación (63%); una importante aceptación, un nivel apreciable en religión; culpa a sí mismo (64%), todas técnicas centradas en afrontar activamente el problema o la situación estresante, lo que posibilita mejorar la calidad de vida y evitar el estrés, a excepción de la reinterpretación positiva, la cual está centrada en disminuir el estrés emocional y no la situación crítica en sí. También buscan apoyo social, se relacionan socialmente, posibilitan el desarrollo de sus capacidades, su personalidad no se perturba, consideran a las condiciones estresantes como una oportunidad para progresar y desarrollarse.

Las técnicas menos utilizadas estuvieron referidas a la negación una mínima parte; uso de sustancias pequeñísima fracción; uso del apoyo emocional medianamente bajo; humor moderadamente reducido, por lo que no desconocen los escenarios o experiencias promotoras que son manifiestas de estrés, están absolutamente juiciosos y razonables de ello, prefieren confrontar sus dificultades en forma particular lo que puede provocar tensión y manifestación de conductas no adaptativas y sucumbir al estrés. **Leiter (1990, 1991)**, destaca que las estrategias de afrontamiento de control previenen el síndrome de “quemarse” porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome.

Cabe destacar que gran parte de los profesionales sanitarios médicos y enfermeros (as) examinados expresan tener más de 20 años de experiencia profesional, esta circunstancia sustenta los planteamientos de **Carver et al. (1989)**, quienes postulan que la experiencia laboral permite poner en práctica diversas técnicas de afrontamiento para emplear posteriormente aquellas que considera adecuadas para la situación que los afecta. La indicada experiencia adquirida en los años de ejercicio profesional lograría vincularse con el perfeccionamiento y uso de metodologías más adaptativas ante escenarios de estrés. La reinterpretación positiva, podría considerarse como un componente que contribuye a descargar el agotamiento emocional y disminuir la aparición y desarrollo del burnout.

En cuanto al **Cuestionario de personalidad de Eysenck. EPQR-A**. “Según **Price (1982)** el patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta evidente y una determinada activación psicofisiológica”. En la investigación realizada prevalece en médicos y enfermeros (as), los rasgos de extraversión en un nivel superior, por lo que se comprueba que son personas asertivas, activas, sociables y comunicativas, disfrutan de amistades, se sienten optimistas mentalmente, utilizan formas más adaptativas de afrontamiento, les fascina el esparcimiento y de acuerdo a la **teoría de Eysenck**, tienen una baja excitación crónica, se aburren y por tanto, necesitan estimulación externa para llegar a un nivel óptimo de desempeño. En un nivel leve, los médicos y enfermeros (as) presentan rasgos de psicoticismo, desventaja de presentar episodios de ruptura con la realidad, también con la agresión y características de hostilidad, imprudencia, ira e impulsividad. **La base fisiológica sugerida por Eysenck**, para el psicoticismo es la testosterona y

en una categoría baja predomina los rasgos de neuroticismo, caracterizados por su incapacidad de inhibir o controlar sus reacciones emocionales, es decir experimentan efectos negativos, y en la categoría de sinceridad, tienen leves rasgos de sinceridad, en los dos grupos y si en algún momento estos rasgos de personalidad no logran una buena adaptación al estrés generado por la práctica de la profesión, pueden contribuir a la producción de complicaciones y exteriorizar tendencia al burnout.

La influencia que el apoyo social tiene sobre la salud es el de reducir las manifestaciones ante el estrés, de forma directa o moduladora (**Cohen, 1985; Gil-Monte, 1997**) a favor de la calidad de vida. Se refiere al Cuestionario MOS de apoyo social, es por esto que los profesionales sanitarios médicos y enfermeros (as), poseen un apoyo social elevado, mecanismos mediadores ante el burnout, a excepción del personal de enfermería que tiene una escala moderada en apoyo de sus redes sociales, por lo que los **“Autores como Aranda (2004, 2006), Albar (2004), Topa (2007)** contrastan en que ante un inapropiado apoyo social, el desarrollo del burnout es más factible en ocasiones hacia una de las dimensiones o en su totalidad”.

Estas dimensiones en los examinados denotan que gozan de un cercano apoyo social, la expresión de afecto, simpatía, familiaridad y compañerismo es básica para la solución de conflictos, es por ello que varios estudios demostraron que el apoyo social concebido como: amistad, acceso a la información, ayuda en situaciones difíciles, le permite a la persona: reducir el estrés, disminuir los problemas de salud, reforzar las estrategias psicológicas de supervivencia y de afrontamiento de los individuos de esas situaciones estresoras (**Matthiesen et al., 2003**), lo que les permite a los profesionales sanitarios, equilibrar los efectos negativos del estrés y hallar asistencia sobre cómo remediar las situaciones conflictivas, y sentirse apoyado en general en la integración social, fortaleciendo su autoestima con la construcción de un conocimiento más objetivo y real basado en redes informales de apoyo, vínculos afectivos que comprenden a la familia extensa, las amistades, compañeros de trabajo, mecanismos que le proporcionan una etapa positiva en todas las facetas de su vida para disfrutar de buena salud.

“Para Buunk y Schaufeli (1993), dice que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros del trabajo”.

CAPÍTULO V:

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

5.1 Conclusiones.

- La población de médicos y enfermeros (as) del Área de Salud No.1, es una población sana desde el punto de vista del burnout, con la utilización de técnicas de afrontamiento al estrés medianamente adecuadas, por lo que se caracteriza por un elevado logro personal (en la sub-escala de realización personal, a menor puntuación, más afectado está el sujeto) y bajo nivel de despersonalización. Siendo el agotamiento emocional la única dimensión que aparece descendida en algunos casos, principalmente en los enfermeros (as), vulnerables a experimentar el síndrome de burnout, la presencia de un grado medio a alto en algunos casos de enfermeros (as), especialmente en las mujeres, junto a las demandas de su ejercicio profesional, en el que requiere dedicación y compromiso emocional, afinidad y vínculo con los pacientes, inevitablemente incrementa la angustia y la exigencia en el desempeño de sus labores habituales, situación explicable por la diferenciación de roles y sus consecuencias, ya que las mujeres, deben responder a los compromisos que les exige la familia, evidenciando de esta forma los valores descendidos en agotamiento emocional.
- En referencia a la relación entre las variables socio-demográficas y laborales de los profesionales de la salud con el Síndrome de Burnout y sus dimensiones no se observaron asociaciones reveladoras, logrando concluir que al menos en la población examinada, estos elementos no intervienen en la presencia o ausencia del síndrome, como tampoco establecen diferencias en relación a las dimensiones de burnout, se halló relación entre las variables sexo y agotamiento emocional, encontrándose que las mujeres demuestran un grado medio de agotamiento emocional y los médicos un grado bajo, estas realidades, manifiestan la presencia de una población sana desde el punto de vista del síndrome.

- Respecto al estado actual de la salud mental de los profesionales sanitarios, en especial los médicos, en las cuatro subescalas presentan puntajes bajos en síntomas psicósomáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión, no han experimentado ninguna molestia, no han sufrido ni se han sentido angustiados, por lo que su estado de salud es óptimo, es decir que no existe presunción de casos probables de burnout. Por el contrario en los profesionales de enfermería, en las mujeres se detecta (53%) síntomas de ansiedad e insomnio, casos probables de burnout y 40% manifiesta síntomas psicósomáticos, se halla tendencia a padecer burnout, es decir que los enfermeros probablemente están padeciendo de nerviosidad, pánico, dificultades para dormir, tensión e irritabilidad. Por lo que se demuestra que los enfermeros (as), presuntamente no están dotados de una elemental e imprescindible salud mental y espiritual.
- Las estrategias de afrontamiento reflejan que los médicos presentan un afrontamiento positivo y adaptativo centrado en el problema y en la emoción ante las condiciones estresantes debido a que se controlan las reacciones con predisposición a oportunidades para progresar y desarrollarse, renovar con prácticas e iniciativas formalizadas por el propio individuo para aspirar prescindir o comprimir el origen de estrés: autodistracción, afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, aceptación y religión. Respecto a los enfermeros (as), no utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas: autodistracción, afrontamiento activo, uso de apoyo emocional, retirada de comportamiento, desahogo, replanteamiento positivo, planificación, aceptación, religión y culpa sí mismo, ante los escenarios estresantes para pretender suprimir, tomar en consideración las causas que le perturban y sobresalir de las condiciones promotoras de estrés.
- Los médicos y enfermeros (as) gozan de un cercano apoyo social, e instrumental lo que les permite equilibrar los efectos negativos del estrés y disfrutar de una buena salud, fortalece la autoestima con la construcción de un conocimiento más objetivo y real basado en sus redes informales de apoyo, vínculos afectivos que comprenden la familia extensa, en general en la integración social, lo que les proporciona un paso positivo en todas las facetas de su vida.

- Respecto a la personalidad, en los médicos, están presentes en niveles bajos los rasgos de neuroticismo, psicoticismo y sinceridad, siendo dominante el rasgo de extraversión, lo que les caracteriza por ser sociables, comunicativos, afectuosos, impulsivos, y de mente amplia. Los enfermeros (as) presentan niveles altos de neuroticismo, es decir presentan rasgos de ansiedad, son incapaces de controlar sus reacciones emocionales, experimentan efectos negativos al enfrentar o evitar situaciones estresantes, se disgustan con mucha facilidad, sin embargo presentan un alto nivel de extraversión y, prevalece en un nivel bajo a medio el psicoticismo y sinceridad.

5.2 Recomendaciones.

Teniendo en cuenta los Resultados, la Discusión y Conclusiones investigados, con el propósito de contribuir al mejoramiento de la calidad de vida laboral, mediante la prevención de diferentes manifestaciones, considerando el grado de agotamiento emocional y la despersonalización como variables con diferentes grados de intensidad del Síndrome de Burnout, en el personal médico y enfermeros (as) se sugiere:

- Proporcionar apoyo físico y emocional, en especial al personal de enfermería, introduciendo grupos de autoayuda, dentro de la institución como fuera de ella, con la finalidad de mejorar los mecanismos de afrontamiento adecuados, para intentar eliminar o reducir el origen del estrés laboral, sin prescindir de contar con el respaldo de los profesionales de psicología de la entidad gubernamental.
- Realizar capacitación permanente en el trabajo, previniendo y orientando sobre las sintomatologías e indicios que identifican el síndrome de burnout.
- Generar gestiones por parte de la institución, impulsadas a estimular e incrementar el reconocimiento, por la labor ofrendada y sacrificada que habitualmente realizan médicos y enfermeros (as).
- Lograr entre colegas una apropiada coordinación, mayor equilibrio en la participación y contribución de servicios de salud, que se proporciona a los usuarios externos e internos.
- Promover e impulsar el diálogo y el respeto, renovando e intensificando los canales de comunicación, el compromiso y responsabilidad de trabajo en equipo, mecanismo de prevención en diferentes manifestaciones del síndrome de burnout.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- ✚ ALBAR M., Romero M, González M, Carbayo E, García A, Gutiérrez I, et al. (2010). Rev. Costarricense Salud Pública V.19 N.1 San José de Costa Rica. Apoyo social, características socio demográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Enfermería Clínica.
- ✚ ARANDA C, Pando M, Pérez M. (2004). Revista Cubana de Salud Pública. Recuperado (2006). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout. Guadalajara, México.
- ✚ ARANDA B., Aldrete R., Pando M. (2008). Las Redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome del burnout en agentes de vialidad. Universidad de Guadalajara México p.p. 3. CD UTPL, Disco 4.
- ✚ ÁLVAREZ, E. y Fernández L. (1991). Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría. España. El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional. Revisión de estudio. Vol.11, No. 39. Impreso en España.
- ✚ ALONSO F. (2008). Madrid. Artículo Médico. Prevención y tratamiento del Síndrome del Burnout. Diplomada Universitaria en Enfermería de Empresa. CD UTPL Página 3.
- ✚ AVENDAÑO C. y colaboradores, Bustos P., Espinoza P., García F., Pierart T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Ciencia y Enfermería XV (2). Universidad Concepción Chile pp.58.
- ✚ BARLOW D., Durand V. (2001). Psicología Anormal. Un enfoque integral. México. Thomson Learnig. Segunda edición Pp.431-458.
- ✚ BENCOMO, J., Paz, C., y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería. Investigaciones clínicas. Vol. 45, N°2.
- ✚ BRODY, N., Ehrlichman (2000). Psicología de la personalidad. Madrid: Prentice Hall.

- ✚ DURÁ, E., y Garcés, J. (1991): Revista de Psicología Social. La teoría del apoyo social y sus implicaciones para el ajuste psicosocial de los enfermos oncológicos.
- ✚ FERNÁNDEZ, O. (1998). Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza-España.
- ✚ FREUDENBERGER HJ. Staff burnout. J Soc Issues. 1974.
- ✚ FRIAS A. (2000). Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson.
- ✚ GAMO GONZÁLEZ M. ¿Cuál es el bienestar psicológico del personal de enfermería?
- ✚ GARCÍA, M. (1993): El estrés en contextos laborales: efectos psicológicos de los nuevos estresores, en Buendía, J.: Estrés y psicopatología. Editorial Pirámide, Madrid.
- ✚ GÉNERO X. (2011) Co-autor. Ensayo Mobbing, Burnout y Apoyo Social pp. 5-6
- ✚ GIL-MONTE P. (1996). La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería.
- ✚ GIL-MONTE. R, y Peiró, J.M. (1997): Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid. Síntesis.
- ✚ GIL – MONTE, P.R. (2000). Revista de Psicología del Trabajo y de las organizaciones. Aproximaciones psicosociales y estudios sobre el síndrome de quemarse en el trabajo (burnout). Monográfico.
- ✚ GIL-MONTE P. (2003). Rev. Psicol. Trab. Organ. Burnout síndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás?

- ✚ GIL MONTE P. (2011). Revista de Psicología Científica. El síndrome de quemarse por el trabajo. Universidad de Valencia- España.
- ✚ GRACIA E., Herrero J., Musitu G. (1995). El apoyo social. Barcelona-España.
- ✚ HERNÁNDEZ J. (2003). Revista Cubana Salud Pública. Estrés y burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención. Pp. 1-2.
- ✚ HERNÁNDEZ ZAMORA, Olmedo C. e Ibáñez F. (2004). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. (Universidad de La Laguna, España, Vol. 4, Nº 2 p.p. 4-5.
- ✚ MARQUEZ SARA (2006). Afrontamiento del estrés. Red de Revistas científicas de América Latina y El Caribe, España y Portugal. Universidad Autónoma de México. Vol 6, No.2 .pp.363-364.
- ✚ MARTÍNEZ PÉREZ A. (2010). El síndrome de Burnout. Vivat Academia. Nº 112 Págs. 8, 9,10.
- ✚ MARTÍN Díaz M^a. et.al. Estudio sobre la Escala de Estilos de Afrontamiento. Revista Electrónica de Motivación y Emoción Departamento de Psicología Básica II. Universidad Nacional de Educación a Distancia. España. Volumen: 3 número: 4. UTPL. CD Disco 7.
- ✚ MASLACH, C. y Jackson, S.E. (1981): Maslach Burnout Inventory (1986, 2^a Edición.). Palo Alto, California. Consulting Psychologists Press. Apoyo social y syndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión.
- ✚ MASLACH, CRISTINA. Maslach, C. (1997). Inventario Burnout de Maslach (MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial. Madrid: TEA.
- ✚ MASLACH, C., JACKSON, S. E., & Leiter, M. P. (1996). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto (California): Consulting Psychologists Press.

- ✚ MORENO, B., Oliver, C. Y Aragoneses, A. (1991) El "burnout", una forma específica de estrés laboral, en Buela-Casal: Manual de Psicología Clínica Aplicada. Siglo XXI, Madrid-España.

- ✚ MORENO-JIMÉNEZ. (2001). Desgaste profesional (burnout). Dpto. Ps. Biológica y de la Salud.UAM. Publicado en: J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Editorial Pirámide. pp 4-5. UTPD Disco No. 13.

- ✚ MORENO B, Peñacoba C. (1999). Estrés asistencial en los servicios de salud. En: Simon MA (ed.). Psicología de la Salud. Madrid-España: Editorial Pirámide.

- ✚ MORENO TOLEDO A. Burnout asistencial. Revista Electrónica Internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología. Málaga-(España).

- ✚ MORENO J. B., Meda L. R. M., Rodríguez M. A., Palomera Ch. A. y Morales L. Ma. M. El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados.

- ✚ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ Organización Panamericana de la Salud (1999). Plan Regional de Salud de los Trabajadores. Washington, D.C.

- ✚ OROS L. B. (2005). Locus de control: Evolución de su concepto y operacionalización. Revista de psicología. Universidad de Chile. Vol. XIV. No. 001.pp.92-95.

- ✚ ORTEGA RUIZ Cristina y López Ríos Francisca. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. (Universidad de Almería, España.) Vol. 4, Nº 1, pp. 3-4.

- ✚ PALOMAR L. J., Valdés T. L.M. (2004).Pobreza y Locus de Control. Revista Interamericana de Psicología. Universidad Iberoamericana, México. Vol. 38.

- ✚ PEIRÓ, J.M. y Salvador, A. (1993): Control del estrés laboral. Madrid. Eudema.

- ✚ PEIRÓ, J. M. (1993). Desencadenantes del estrés laboral. Madrid: Eudema.

- ✚ PÉREZ NIETO, M. A., Iruarrizaga, I., Camuñas, N. (2000). Prevención y control del estrés en el ámbito hospitalario. I Congreso virtual de Psiquiatría.
- ✚ POPP MARICEL S. (2011). Burnout y estrategias de afrontamiento. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias Afines. Buenos Aires República Argentina. UTPL CD Disco 7.
- ✚ PUCHOL ESPARZA David. LA DEPRESIÓN.
- ✚ REVISTA ESPAÑOLA Salud Pública. (2004). Síndrome de Burnout en personal de enfermería. Madrid V.78 N.4.
- ✚ RÍOS RISQUEZ M^a. Godoy Fernández C. (2008).
- ✚ REEVE JOHNMARSHALL (2003). Motivación y Emoción. Libro 3^a. Edición. McGrawHill. Interamericana Editores, S.A. de CV. Pp.130.
- ✚ ROTH ERIC /Pinto Bismarck. Vicerrector de la Universidad Católica Boliviana.
- ✚ SÁEZ NAVARRO MC. (1999). Satisfacción laboral, en Psicología del trabajo y de las organizaciones. Diego Marín, Cap. 8.
- ✚ TAMAYO, A. (1993). "Locus de control: diferencias por sexo y por edad". Acta psiquiátrica y psicológica de América Latina.
- ✚ TIRSO JAVIER F., Terán Varela O, Navarrete Zorrilla D., Olvera A. (2007). Vol. 3, No. 5. Síndrome del burnout una aproximación hacia la conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición.
- ✚ TOPA C. G. y Morales D. J. (2005). Determinantes Específicos de la Satisfacción Laboral. (UNED) España Vol. 5, No. 1, pp. 74-75.
- ✚ USECHE PARADA M. J. 2008). Tesis Postgrado de Salud Ocupacional. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, D.C. Págs. 19-28.

PÁGINAS ELECTRÓNICAS

- www.nexgrup.es
- <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>
- <http://www.anesm.net/descargas/ congresos premiomalaga1.htm>
- <http://www.slideshare.net/javiergenero/en-mobbing-burnout-y-apoyo-social>
- [http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\)-aproximaciones-teor.pdf](http://www.psicologiaincientifica.com/bv/psicologiapdf-78-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout)-aproximaciones-teor.pdf)
- http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol29_2_03/spu02203.pdf
- http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf
- <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>
- <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33760209.pdf>
- <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/concepto/index.htm>
- <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/relaciones-estres-burnout/index.htm>
- <http://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>
- <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- <http://psicolatina.org/11/burnout.html>
- http://www.uv.mx/psicysalud/Psicysalud_16_1/16_1/BMoreno.html
- <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/264/26414107.pdf>
- http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf
- <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP03825.pdf>
- <http://www.scielo.org.ar/scielo.php?lng=es>
- http://www.mercaba.org/FICHAS/Medicina/depression_01.htm
- http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272004000400008&script=sci_arttext&tlng=e
- <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/julio/pagina6.html>
- http://dialnet.unirioja.es/servlet/fichero_articulo?codigo=1180948
- <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis06.pdf>
- www.erevistas.csic.es/ficha_articulo.php?...revista106
- <http://www.buenastareas.com/ensayos/Antecedentes-Historicos-Del-Estres/761982.html>

ANEXOS



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD
3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted por turno: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana

Rotativo

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

**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>

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

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

**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>

**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).