



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Carlos Andrade Marín y el Hospital de la Policía Nacional Quito.

Trabajo de fin de titulación.

Autora:

Solís Heredia, Salomé Marlene

Directora:

Vivanco Vivanco, María Elizabeth

CENTRO UNIVERSITARIO: QUITO

2012

CERTIFICACIÓN

Mgs. Elizabeth Vivanco

TUTORA DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

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

.....

Loja, agosto del 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Salomé Marlene Solís Heredia declaro ser autora del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Salomé Marlene Solís Heredia

171366604-6

AUTORÍA

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

.....

Salomé Marlene Solís Heredia

171366604-6

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por brindarme su amor y paz, iluminando cada instante de mi vida.

A mis hermanos, quienes siempre me brindaron el apoyo y la fortaleza en mis momentos difíciles por ser el ejemplo a seguir.

A mis hermanas, por su gran apoyo en los momentos más difíciles para mí y su infinito cariño.

A las enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marín, Quito, por su gentil colaboración y buena voluntad con esta investigación.

A los doctores del Hospital de la Policía Nacional, Quito, por dedicar parte de su tiempo valioso para atenderme y compartir sus conocimientos y apoyo.

A mi directora de tesis, por compartir cada conocimiento y ser la base fundamental para ayudarme a resolver las dificultades con las que me encontré.

A mi tutora, porque con su infinita paciencia me enseñó el camino que debía seguir para alcanzar mi objetivo.

A mis compañeras, con quienes compartí grandes momentos de alegrías, tristeza, fracasos y de éxito.

Salomé Marlene Solís Heredia

DEDICATORIA

A mi esposo y a mi hijo, quienes con su amor me otorgaron la fuerza necesaria para no desmayar en todas las pruebas que se presentaron en la realización de esta investigación.

A mi madre, por su ardua labor y motivación para salir adelante en cada instante de mi vida siendo un ejemplo de fortaleza y amor.

Salomé Marlene Solís Heredia

ÍNDICE

CERTIFICACIÓN	ii
AUTORÍA.....	iv
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE.....	vii
1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	6
3.1 Conceptualización.....	6
3.1.1 Definición.....	6
3.1.2 Modelos Explicativos	7
3.1.3 Delimitación histórica.....	8
3.1.4 Poblaciones propensas.....	8
3.1.5 Fases de desarrollo.....	9
3.1.6 Características, causas y consecuencias.....	9
3.1.7 Prevención y tratamiento	12
3.2 Conceptualización de las variables de investigación	13
3.2.1 Síndrome de Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales	13
3.2.2 Variables de riesgo y protectoras	14
3.2.3 Motivación y satisfacción laboral	15
3.2.4 Investigaciones realizadas.....	15
3.3 El burnout y la relación con la salud.....	16
3.3.1 Definición de salud.....	16
3.3.2 Síntomas somáticos.....	16
3.3.3 Ansiedad e insomnio.....	16
3.3.4 Definición social en la vida diaria.....	17
3.3.5 Tipos de depresión.....	18
3.3.6 Investigaciones realizadas.....	18
3.4 El Síndrome de Burnout y el afrontamiento	18
3.4.1 Definición de afrontamiento.....	19

3.4.2	Teorías de afrontamiento	20
3.4.3	Estrategias de afrontamiento.....	20
3.4.4	Investigaciones realizadas.....	21
3.5	El burnout y la relación con el apoyo social.....	22
3.5.1	Definición de apoyo social	22
3.5.2	Modelos explicativos del apoyo social	23
3.5.3	Apoyo social percibido.....	23
3.5.4	Apoyo social estructural	23
3.5.5	Definición de integración social.....	24
3.5.6	Investigaciones realizadas.....	25
3.6	El burnout y su relación con la personalidad	26
3.6.1	Definición de la personalidad	26
3.6.2	Tipos de personalidad	27
3.6.3	Patrones de conducta.....	28
3.6.4	Locus de control	29
3.6.5	Investigaciones realizadas.....	30
4.	METODOLOGÍA.....	31
4.1	Diseño de la investigación	31
4.2	Instrumentos	32
4.3	Recolección de datos	34
4.4	Población en estudio	36
4.5	Características metodológicas de la tesis	37
4.6	Procedimiento	39
4.7	Instructivo para la Interpretación de resultados individuales investigación	41
5.	RESULTADOS	55
6.	DISCUSIÓN.....	119
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	131
8.	BIBLIOGRAFÍA.....	133
9.	ANEXOS.....	135

1. RESUMEN

El Síndrome de Burnout es un padecimiento mundial. Es la respuesta prolongada al estrés en el organismo humano debido a factores emocionales e interpersonales que inciden constantemente en el ambiente laboral. La fatiga emocional, seguida de ineficacia y despersonalización, se manifiesta fundamentalmente en profesionales de la salud.

Este estudio tiene por objetivo principal identificar la existencia o no del Síndrome de Burnout en trabajadores de instituciones sanitarias ecuatorianas y evidenciar los factores relacionados con este fenómeno. Los objetivos específicos son identificar la incidencia de las variables sociodemográficas y laborales, el estado de salud mental, el apoyo social, los modos de afrontamiento y los rasgos de personalidad en los individuos investigados.

Los instrumentos de medida utilizados fueron el Cuestionario sociodemográfico y laboral, el MBI, el MOS, el BRIEF-COPE, el GHQ-28 y el EPQR-A.

Los investigados del Hospital Carlos Andrade Marín y del Hospital de la Policía Nacional Quito no padecen del síndrome de burnout porque responden acertadamente ante las situaciones estresantes de su labor, situación que se ve reflejada en el bajo agotamiento emocional y despersonalización; y alta realización personal.

2. INTRODUCCIÓN

En 1960 el escritor Graham Greene caracteriza al protagonista de su novela "A Burn-Out Case" como un sujeto que sufre de burnout.

En 1969, H.B. Bradley describe el síndrome como un fenómeno psicosocial observado en oficiales de policía de libertad condicional, al cual nombró "*staff burnout*".

Presumiblemente, basado en la novela de Graham Greene y en los estudios de Bradley, el psicólogo estadounidense Herbert Fredenberger realiza en 1974 un estudio de campo a personal sanitario, donde lanzó el término Síndrome de Burnout y lo describió a través de los estados físicos y psicológicos de colegas que trabajaban con jóvenes drogadictos.

Fredenberger -psiquiatra en una clínica para toxicómanos- observó "*que al año de trabajar, la mayoría de los voluntarios sufrían una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los paciente*".

Fredenberger explicaba que este síndrome involucraría:«(...) deterioro y cansancio excesivo progresivo unido a una reducción drástica de energía (...) acompañado a menudo de una pérdida de motivación (...) que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, modales y el comportamiento general». Su libro titulado "*Burn Out: The High Cost of High Achievement. What it is and how to survive it*", publicado en el año 1980, es una referencia obligada para el aprendizaje sobre el Síndrome de Burnout.

"C. Maslach y S. Jackson hicieron los primeros estudios de caracterización de este síndrome y lo concibieron como un fracaso para afrontar el estrés generado en la relación con los clientes, pero lo definieron como un síndrome integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (despersonalización), hacia el propio profesional (reducida realización personal en el trabajo) y una vivencia de encontrarse emocionalmente cansado". (Marrero, S. 2003)

En 1976, en el congreso de la American Psychological Association, la psicóloga social Christina Maslach, presenta la definición del Burnout como un síndrome tridimensional que consideraba como dimensiones de análisis a los siguientes constructos:

agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y que ocurriría entre sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes.

“Desde que en 1974 H. J. Fredenberguer introdujera el término burnout, se han presentado distintas conceptualizaciones y modelos explicativos; unos autores lo consideran una forma particular de estrés laboral, pero la mayoría lo interpreta como una respuesta al estrés ocupacional crónico con manifestaciones específicas. La revisión de estos conceptos nos indica que las explicaciones sobre el síndrome fueron desplazándose desde el énfasis en los aspectos organizacionales hacia la perspectiva interaccionista propia de los actuales modelos transaccionales de estrés, donde se enfatiza en la interacción persona ambiente, alcanzando un lugar primordial las variables personológicas.” (García Pérez, M. A. 2002)

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) se refiere al estrés laboral como una enfermedad que es un peligro para las economías de los países industrializados y en vías de desarrollo porque resiente la productividad y afecta la salud física y mental de los trabajadores.

Los tribunales judiciales también emiten sus sentencias teniendo en cuenta la importancia actual del Síndrome del Burnout por el cuadro estresante de las actividades laborales fundamentalmente en las profesiones de ayuda como las sanitarias y las relaciones interpersonales en general. Las decisiones judiciales implican reconocer al Síndrome de burnout como accidente laboral.

“...el burn-out tiene importantes consecuencias tanto en la salud de los profesionales que la sufren como en la calidad de la atención que pueden prestar a sus pacientes... Entre las posibles repercusiones en la calidad de la atención prestada, la más inmediata nos aparece entre las propias dimensiones del síndrome en cuestión: la despersonalización, interpretada por algunos como mecanismo de defensa ante el desarrollo del mismo, influiría muy negativamente en el trato con el destinatario del servicio sanitario, contribuyendo, por tanto, a la prestación de una atención deshumanizada. Pero las implicaciones van más allá, habiéndose recogido una percepción más negativa de la calidad de la asistencia prestada entre los profesionales afectados por burnout que entre el resto de profesionales,

aun cuando la presión asistencial soportada fuera la misma.” (García Pérez, M. A. 2002).

Las hipótesis causales del cuadro burnouniano están dirigidos a la interacción entre los factores personales y el entorno laboral. Como factores personales, juegan la personalidad, valores y expectativas del individuo, entre otros. Como factores del entorno laboral inciden la sobrecarga de trabajo, relaciones sociales y los valores institucionales, entre otros.

El paso primordial para el afrontamiento del Síndrome del Burnout es el reconocimiento del problema y su dimensión actual, a nivel individual, institucional y estatal; el reconocimiento de su importancia sobre todo en la atención sanitaria primaria y de la aprehensión de todos ante el padecimiento, incluso y de manera vital en los mecanismos de prevención ya desde la etapa de estudiante del profesional, de manera multidimensional.

Actualmente el Ecuador, a través del Código de Trabajo, solicita conocer los factores de riesgo psicosociales, entre ellos el Síndrome de burnout, en el diseño del perfil del puesto laboral. Con este proyecto, se trata de identificar estos factores en profesionales ecuatorianos pues el estrés laboral deriva en problemas de salud, psicológicos y conductuales y en pérdidas económicas para los afectados y para nuestro país, que no se exonera del resto de las naciones en este sentido. Al contrario.

El verdadero psicólogo va por la vida proporcionando alivio a su mente y a la de sus pacientes. Hoy en día todos estamos abocados a ser psicólogos empíricos, pues de una u otra manera el estrés afecta en todos los órdenes. Por ello, es necesario enfocarse en la frase del escritor francés François de La Rochefoucauld, (1613-1680): *“Cuando no se encuentra descanso en uno mismo, es inútil buscarlo en otra parte”*. Máxime en los médicos/as y enfermeros/as, quienes se identifican constantemente con el sufrimiento humano. La instrucción y la cultura de saneamiento mental son dos buenos caminos para el fin de ofrecer buenos servicios sanitarios.

El objetivo de este trabajo es identificar la existencia o no del síndrome del Síndrome de burnout en 31 profesionales de la salud que laboran en dos instituciones hospitalarias de Ecuador y los factores relacionados con este fenómeno en cada uno de los investigados.

La población objeto de estudio está compuesta por 15 enfermeros/as del Hospital Carlos Andrade Marín y 16 médicos/as del Hospital de la Policía Nacional de Quito en servicio activo; independientemente de la especialidad, edad, años de servicio, estado civil, número de hijos o algún otro parámetro, pero sí que se encuentren en permanente contacto con los pacientes.

Los datos se recogieron a través de visitas a los hospitales luego de la autorización del médico responsable de planta en sus respectivos puestos explicándoles a los participantes, las generalidades del estudio y las técnicas e instrumentos a utilizar.

Mediante varias encuestas en médicos/as y enfermeros/as que laboran directamente con los pacientes, esta tesis recopila información y llega a conclusiones de la afectación o no del burnout mediante las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

También analiza los riesgos de la profesión y las variables que interactúan en los profesionales para determinar la incidencia burnoniana como los modos de afrontamiento, los rasgos de personalidad y el estado de salud mental.

Los instrumentos empleados fueron los cuestionarios MBI (que mide las tres subescalas del burnout), GHQ-28 (que mide la salud mental), Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, BRIEF COPE (reconoce los modos, estilos y estrategias de afrontamiento), MOS (que trasluce el apoyo social) y el EPQR-A (acerca de los rasgos de personalidad).

Este trabajo es un aporte a otras investigaciones que deberán realizarse en este sentido para llegar a conclusiones nacionales sobre la presencia del síndrome de burnout en Ecuador y por lo tanto proceder a tomar las medidas pertinentes por la gravedad de sus consecuencias.

Investigaciones incentivadas por la Universidad Particular de Loja la cual quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del burnout en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

3. MARCO TEÓRICO

Según Lazarus y Folkman (1984), el *“estrés es el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”*.

Diferenciación entre el Estrés y el Síndrome de Burnout: Este padecimiento no es causado por la sobrecarga de trabajo o exceso de trabajo, es causado por un trabajo que ofrece poca motivación. El Síndrome de Burnout no se asocia con la fatiga sino más bien a la desmotivación emocional y cognitiva seguido por un abandono de intereses que en un determinado momento fue de mucha importancia para el sujeto. (Moreno y Peñacoba, 1999).

3.1 Conceptualización

3.1.1 Definición

“La expresión desgaste profesional (Burnout) se utiliza para hacer referencia a un tipo de estrés laboral institucional generado específicamente en profesiones que mantienen una relación constante y directa con personas, especialmente si esta relación es de ayuda, como profesores, policías, personal de salud, entre otras. Este concepto fue utilizado en psicología por primera vez por el psicoanalista Freudenberger en la década de 1970, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios de las organizaciones de servicios” (Jofré, V. y Valenzuela, S. 2005)

Maslach y Jackson, especialistas en psicología de la salud, lo describieron como un proceso que se inicia con una carga emocional y su correspondiente tensión, que conduce al agotamiento del sujeto, el cual comienza a exhibir conductas de distanciamiento y actitudes cínicas respecto a las personas que atiende, lo que crea dudas en relación con la competencia y realización profesional.

“El rasgo fundamental de este síndrome es el agotamiento emocional, la sensación de no poder dar más de sí mismo; pero además, se

manifiestan sentimientos de despersonalización, actitudes negativas acerca del sujeto con el que trabaja, lo que los lleva a considerar que en alguna medida merecen los problemas que tienen y a responder impersonal y fríamente, y de falta de realización en el trabajo producto del estrés generado en el ambiente laboral y del contacto interpersonal que los profesionales deben mantener cotidianamente". (Maslach & Jackson, 1997)

3.1.2 Modelos Explicativos

Son múltiples los factores que inciden en la existencia o no del Síndrome de Burnout. La importancia de los modelos explicativos es que reúnen grupos de factores como los ambientales, sociales, etc. Ello permite estudiar más puntualmente la existencia o no del padecimiento tomando como punto de partida los factores que inciden en los individuos y la interrelación entre esos factores, agrupados según determinadas similitudes.

Los primeros modelos explicativos del Síndrome del Burnout provinieron de la teoría psicoanalítica y los principales podemos encontrarlos en la teoría de la Psicología Social. Algunos son:

- Modelo Ecológico de Desarrollo Humano: Basado en el conjunto de interrelaciones del sujeto en su ambiente. (Carroll y White, 1982).
- Modelo de descompensación valoración-tarea-demanda: Conceptualiza la operatividad del distrés docente. (Kyriacou y Sutcliffe, 1978; Rudow, 1999; Worrall y May, 1989).
- Modelo sociológico: Consecuencia de las nuevas políticas macroeconómicas (globalización). (Farber ,1991 y Woods, 1999).
- Modelo opresión-demografía: Ve al ser humano como una máquina que se desgasta, combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás. (Maslach y Jakson, 1981).
- Modelo de Competencia Social: Es uno de los modelos más representativos construidos en el marco de la teoría socio-cognitiva del yo. (Harrison, 1983).

- Modelo demografía-personalidad-desilusión: Considera la combinación del estrés, fallas en la personalidad, factores de riesgo y desilusión. Este modelo aún no está validado empíricamente. (El Sahili, 2010).

3.1.3 Delimitación histórica

El Síndrome de Burnout se describe por primera vez en 1969 por H.B Bradley como un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, usando el término "*staff burnout*". Luego de que el psicólogo estadounidense Herber Freudenberger desarrolla el término moderno, en 1974, a través de un ámbito clínico de acuerdo a los avances de su investigación, muchos han sido los estudios. Ya en 1976, la psicóloga social Maslach describe las tres dimensiones de investigación que aún se emplean.

En los estudios constan diversas perspectivas de análisis como la clínica, la conductual y la psicosocial, donde cada una cuenta con su punto de vista. La perspectiva clínica expresa que el Síndrome de Burnout es un estado al que se llega por causa del estrés laboral mientras que la perspectiva psicosocial expresa que considera al estrés como un proceso resultante de la interacción de variables del entorno laboral y personal. (Monte- Piero, 1997).

3.1.4 Poblaciones propensas

El Síndrome de Burnout afecta a todo tipo de profesiones, fundamentalmente cuando en el ambiente laboral hay exposición constante al sufrimiento y cuando hay una relación directa con otras personas que implica estrés emocional.

Las poblaciones más vulnerables a sufrir el Síndrome de Burnout son: médicos/as, enfermeras/os, psicólogas/os, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, consejeros matrimoniales, operadores de centros de llamadas, personas que realicen servicio al cliente, deportistas de élite, ingenieros, personal administrativo y docente, quienes trabajen con alto riesgo de muerte como en las fuerzas armadas o policial.

También se incluyen controladores aéreos, obreros en cadena rápida y compleja, trabajadores sometidos a cambios continuos y abundancia de información, víctimas de catástrofes, emigrantes, procesadores de información a sistemas de computación, trabajadores nocturnos, pilotos de líneas aéreas y azafatas, personal de seguridad, trabajadores del transporte, diplomáticos.

3.1.5 Fases de desarrollo

El Síndrome de Burnout es progresivo y sus fases de desarrollo pueden resumirse en tres dimensiones:

- **Agotamiento o Cansancio Emocional:** Definido como fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente. Es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás a nivel emocional.
- **Despersonalización:** Como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo.
- **Baja Realización Personal:** Es la sensación de que los logros y auto-eficiencia percibida por la persona no se están llevando a cabo. Caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Apples, 1998; Atance, 1997; Chacón, Vecina, Varón y De Paúl, 1999; García, 1995; Gil Monte, 1991,2001; Guerrero y Vicente, 2001; Moreno, Oliver y Aragonese, 1991; Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001; Tortella Feliu, 2001; Wright y Bonett, 1997; Yela, 1996).

3.1.6 Características, causas y consecuencias

Tabla 3.1. **Características, causas y consecuencias del burnout**

Características	Causas	Consecuencias
Fuerte sentimiento de impotencia	Extensión horario laboral	Se sobrepasan niveles de afrontamiento
Cansancio permanente	Mismo ámbito laboral por mucho tiempo	Desequilibrio en el bienestar físico y psicológico
Sensación de infinitud del contenido de trabajo	Clima inadecuado de organización laboral	Aparición de diferentes niveles de estrés en el trabajo
Exageración en el cumplimiento con excelencia	Estilos gerenciales	Afectación del rendimiento personal
Pérdida capacidad de disfrute	Tecnología atrasada	Elevadas tasas de ausentismo laboral
Sensación constante de falta de tiempo	Diseños y características erróneos de los puestos	Disminución en la satisfacción de los trabajadores y los pacientes
Ausencia de incentivos	Fechas topes no racionales	Riesgo a adicciones
Depresión	Remuneración económica inadecuada	Alteración alimenticia
Irritabilidad	Inconformidad con el contenido de trabajo	Violencia
Cinismo	Jubilación brusca	Comportamiento de alto riesgo
Apatía	Vacaciones excesivamente tranquilas o poco estimulantes	Abuso de sustancias
Hostilidad	Inconformidad con los superiores y/o compañeros	Frialdad en el trato personal
Melancolía	Desvalorización del ser humano y de su trabajo	Evasión
Desorientación	Incertidumbre en el resultado del trabajo	Disminución de la productividad
Desmotivación	Ansiedad por gravedad de	Dificultades para sobrellevar
Actitud negativa		
Culpabilidad		
Impaciencia		

<p>Dificultad para memorizar</p> <p>Ansiedad</p> <p>Insatisfacción</p> <p>Sensación de fracaso en las relaciones interpersonales</p> <p>Sensación de fracaso profesional.</p>	<p>las situaciones laborales</p> <p>Riesgos en el puesto de trabajo</p> <p>Premura en la realización de las funciones</p> <p>Contacto permanente con el sufrimiento</p> <p>Intervención en situaciones de crisis</p> <p>Exceso de contenido de trabajo</p> <p>Falta de recursos humanos y/o materiales</p> <p>Falta de autonomía y autoridad para tomar decisiones</p> <p>Conflictos y ambigüedad de roles, discrepancias con las metas de la carrera laboral.</p>	<p>la vida personal</p> <p>Incapacidad para la relajación</p> <p>Cambios bruscos de humor</p> <p>Conflictos entre compañeros de trabajo</p> <p>Aburrimiento</p> <p>Incumplimiento del trabajo</p> <p>Alteraciones cardiovasculares</p> <p>Fatiga crónica</p> <p>Cefaleas y Migrañas</p> <p>Varias alteraciones orgánicas</p> <p>Variaciones de peso</p> <p>Problemas sexuales</p> <p>Dolores musculares / articulatorios</p> <p>Pérdida progresiva de energía</p> <p>Hipertensión</p> <p>Agotamiento</p> <p>Insomnio</p> <p>Mareos</p> <p>Infecciones</p>
---	--	---

		<p>Manchas o afecciones en la piel</p> <p>Autovaloración negativa (baja autoestima, pérdida de idealismo, suicidio)</p> <p>Confusión</p> <p>Embotamiento</p> <p>Desconcentración</p> <p>Crisis de decisión</p> <p>Accidentes de trabajo</p> <p>Reducción calidad del trabajo</p> <p>Taquicardia</p> <p>Aumento del colesterol</p>
--	--	---

Compendio de diversos estudios sobre el Síndrome del Burnout. Elaborado por: Marlene Solís.

3.1.7 Prevención y tratamiento

Sugerencias generales para la prevención y tratamiento del síndrome:

- Ser realista.
- Definir prioridades en la vida personal y profesional.
- Desaceleración, variabilidad y flexibilidad de las actividades.
- Desarrollar estrategias de enfrentamiento del estrés.
- Consultar con un profesional según el grado de estrés.
- Estabilidad de las relaciones personales familiares y de compromiso social.

- No implicación emotiva excesiva con el trabajo.
- Adecuada distribución del tiempo para abarcar toda el área de vida social.
- Trabajo en equipo y aumento del nivel de compromiso con la institución.
- Programas que preparen a los estudiantes próximos a incorporarse a la vida laboral.
- Estimular los vínculos interpersonales.

3.2 Conceptualización de las variables de investigación

Las variables de investigación juegan un papel esencial en el reconocimiento del Síndrome del Burnout en el individuo, de acuerdo a las respuestas que éste les dé a esas variables.

Cuando las respuestas del individuo a las variables son armónicas, o sea con adecuada relación entre demanda y consumo fisiológico y psicológico de energía, se asume el concepto de estrés como eutrés.

Cuando por el contrario, las respuestas resultan insuficientes o exageradas en relación con la demanda, se produce el distrés.

Hasta llegar al distrés, el organismo humano pasa por las fases de alarma, resistencia y agotamiento. En este proceso identificamos el Síndrome de Burnout mediante las variables sociodemográficas, laborales, sociales, personalidad, salud mental y modos de afrontamiento del individuo; las cuales dan las particularidades de la existencia del padecimiento.

3.2.1 Síndrome de Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales

Las variables sociodemográficas y laborales resultan ítems de mucha ayuda a la hora de valorar si un paciente presenta o no el padecimiento y también para tomar las medidas de prevención.

Ha sido muy útil la categorización de los estresores en extra-organizacionales e intra-organizacionales:

Los Estresores Extra-organizacionales son los que aparecen fuera del ámbito de la empresa. Comprenden los factores familiares, políticos, sociales y económicos que inciden sobre el individuo. Los estudios sugieren que es mayor la incidencia de los factores estresantes laborales sobre la vida familiar y conyugal. Pero se ha comprobado que la relación es en ambos sentidos. La inadecuada interconexión hogar-trabajo genera conflictos psicológicos y fatiga mental, falta de motivación y disminución de la productividad, como así también un deterioro de ambas relaciones.

Los Estresores Intra-organizacionales se refieren a los que se manifiestan en el ámbito laboral. Debemos tener muy en cuenta el hecho de que las personas invierten una gran parte de su tiempo en su trabajo, encontrando una parte sustancial de su identidad y gratificación personal en sus tareas. Sin embargo, estas consideraciones no siempre son adecuadamente valoradas por las empresas, ni aún por los propios trabajadores.

3.2.2 Variables de riesgo y protectoras

Las variables de riesgo y protectoras actúan positiva o negativamente en la respuesta del individuo a los factores estresantes. Ellas son:

- Medio laboral (ambiente físico).
- Contenido de trabajo (exigencia psicosensorial).
- Ritmos biológicos.
- Responsabilidades y tomas de decisiones (rango laboral).
- Estimulación (relaciones, motivación).
- Condiciones laborales (condiciones de trabajo, salarios, alimentación, perspectivas de progreso, recreación, estabilidad laboral por renovación tecnológica, disposición de las líneas de montaje).
- Apoyo familiar y de amigos.

- Características sociales del individuo (género, edad, entorno social, preparación profesional).

3.2.3 Motivación y satisfacción laboral

La satisfacción en el trabajo es una de las variables fundamentales y puede tomar valores «positivos» o «negativos», representando sus extremos. Es difícil de estudiar y emplear pues incluye muchos aspectos para poder evaluar al individuo, incluyendo la sugestión, la creatividad y el pensamiento independiente.

En ocasiones las personas huyen de los trabajos estresantes y por ello se constata un alto índice de rotación de personal en las empresas, influenciado también por la reorganización empresarial cada vez más seguida en cada entidad; pero la condición de desocupado es la que genera mayor distrés.

3.2.4 Investigaciones realizadas

Todos los modelos de análisis del Síndrome del Burnout han tenido en cuenta las variables de investigación. Para encontrar resultados es necesario el estudio de los estresores, a saber el problema causante de estrés al que se enfrentan los individuos en su ámbito laboral y social.

En su modelo, MacLean se refiere al contexto, la vulnerabilidad y el factor estresante. Pearson utiliza el modelo de ajuste ambiental donde da más importancia a las percepciones objetivas y/o subjetivas del yo y el ambiente. Baker plantea su modelo sobre el ambiente de trabajo, otros modelos se basan en las decisiones y según Kalimo, en los factores psicosociales.

3.3 El burnout y la relación con la salud

3.3.1 Definición de salud

La salud es nuestro bien más importante. En 1946, la Carta Magna o Carta Constitucional de la Organización Mundial de la Salud (OMS), definió a la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Esta concepción ofreció por primera vez una perspectiva positiva, en la que salud equivale a bienestar y también por primera vez se unifican las áreas física, mental y social.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en 1978 se agrega que la salud *«es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de sectores sociales y económicos, además del sanitario»*.

3.3.2 Síntomas somáticos

La Psicopatología correlaciona los trastornos de salud con alteraciones psicofisiológicas o psicosomáticas. La comorbilidad entre ambos se ha centrado en el análisis de la vulnerabilidad y/o sintomatología de los enfermos ante esos trastornos.

Un resumen de los síntomas somáticos del Síndrome de Burnout pudiera ser: dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, depresión, mareos, dolores musculares, trastornos digestivos, infecciones, manchas en la piel, ansiedad e insomnio y otros.

3.3.3 Ansiedad e insomnio

La **ansiedad** es la falta de respuestas asertivas ante las situaciones estresantes. Suele ser constante y requiere de tratamiento para controlar los síntomas. Se basa en la anticipación de hechos, que pueden llegar a ocurrir o no y a la no utilización de las herramientas adecuadas para afrontarla.

Entre sus síntomas están: dolor abdominal, diarrea o necesidad frecuente de orinar, mareo, tensión muscular, frecuencia cardíaca rápida o irregular, temblores, dolores de cabeza, falta de apetito, sequedad en la boca, dificultad para dormir y pesadillas, respiración rápida, sudoración, disminución de la concentración, fatiga, irritabilidad, con la posibilidad de llegar a perder el control y problemas sexuales.

Entre sus trastornos podemos mencionar: agorafobia, fobias sociales y específicas, pánico, estrés agudo y obsesiones compulsivas.

El **insomnio** es la carencia de sueño y conlleva a problemas físicos, mentales, ambientales y conductuales. La prevalencia varía en función de las distintas definiciones utilizadas y la variedad de tipos de insomnio.

Se han encontrado asociaciones estadísticamente significativas entre este trastorno de sueño y una gran cantidad de enfermedades somáticas y mentales. Entre sus factores de riesgo están los cambios de tipo hormonal, los trastornos psiquiátricos, las condiciones médicas negativas, el consumo de medicamentos, de alcohol, cafeína, nicotina o heroína y los factores ambientales.

En 2005 se publicó la tercera versión de la clasificación de los trastornos del sueño, misma que continúa vigente. El tipo de ocupación de los individuos incide en la prevalencia de insomnio, tal es el caso de los médicos y enfermeras.

3.3.4 Definición social en la vida diaria

Entre las variables relacionadas con el desarrollo del Síndrome de *Burnout* merecen especial atención las relacionadas con el entorno social en la vida diaria.

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

Tradicionalmente, el impacto del apoyo social en el Síndrome de *Burnout* se ha analizado en relación con el proporcionado por los vínculos formales, y se ha prestado escasa atención al procedente de las relaciones más cercanas, como los familiares y los amigos íntimos. Sin embargo, ambos ámbitos de apoyo social son igualmente importantes para el individuo ante los factores estresantes de su vida laboral.

3.3.5 Tipos de depresión

Freud consideró que la depresión es la reacción a la pérdida de un objeto real o imaginario. El científico enfatizó que la “*insatisfacible carga de anhelo*” es un rasgo distintivo de la depresión. No se puede considerar a la depresión como resultado final de algún proceso porque en realidad la depresión es el propio proceso, una serie de pasos concatenados.

Impotencia/indefensión pueden ser también sentidas en situaciones en que el sujeto se halle atrapado por sentimientos de terror, es decir, presa de la ansiedad. Ésta es la razón por la cual en psicoanálisis se ha diferenciado entre ansiedad, como anticipación de un peligro -hay impotencia e indefensión, pero respecto a algo por venir-, y la depresión como la reacción a la pérdida ya ocurrida de un objeto amado, sea éste la representación de una persona, o de uno mismo como ser ideal, o de una abstracción que es adorada.

3.3.6 Investigaciones realizadas

Es preocupante que en países de América Latina se hayan hecho tan pocos estudios para evaluar el impacto de la ansiedad y el insomnio, ya que resulta un poco riesgoso extrapolar los resultados de otros países, por las enormes diferencias que existen en los sistemas de salud, de pensiones, los esquemas laborales, el tamaño de la economía y las características de las relaciones laborales y sociales.

Por eso es importante este tipo de estudio en Ecuador para llegar a investigaciones que aporten datos generales para la cura y prevención de estos síntomas.

3.4 El Síndrome de Burnout y el afrontamiento

El Síndrome de Burnout se produce "*como resultado del contexto laboral de esta profesión, de las características personales y del tipo de afrontamiento adoptado*". (Moreno-Jiménez et al., 2000, p. 5).

El afrontamiento disfuncional favorece la génesis del Síndrome de Burnout y afecta negativamente la salud del profesional, de las personas que éste atiende en su centro laboral y de toda la comunidad.

Una característica del afrontamiento disfuncional es cuando el trabajador llega a las profesiones de ayuda con un fuerte deseo de darse a los otros, con alta motivación e idealismo y con las expectativas de que su trabajo dará sentido a su vida. (Pines y Aronson, 1988).

3.4.1 Definición de afrontamiento

Se denomina afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes.

Las formas de afrontamiento incluyen:

- Estrategias.- son más específicas, se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, por ejemplo: relajarse, ver películas, buscar apoyo social.
- Estilos.- constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento.
- Recursos.- son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores. Por ejemplo, locus de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima, sentido del optimismo. (Sandín, 2003).

"Los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997, p.190).

3.4.2 Teorías de afrontamiento

Los investigadores proponen dos modos generales de afrontamiento: Directo e Indirecto.

El afrontamiento directo se refiere a las acciones del individuo para intentar equilibrar la transacción desfavorable con el ambiente.

El afrontamiento indirecto es realizado a través de las emociones con las cuales la persona intenta reducir el trastorno, cuando es incapaz de controlar el ambiente o cuando la acción es demasiado costosa.

Sin embargo, Moos y Billings (1982) sugirieron tres dimensiones: A las ya propuestas por Lazarus y Folkman (1986) (centrado en el problema y centrado en la emoción) añadieron el afrontamiento centrado en la evaluación.

El afrontamiento centrado en la evaluación es aquel en el cual la persona define el significado de la situación causante de tensión y reflexiona sobre sus causas y posibles soluciones.

3.4.3 Estrategias de afrontamiento

El afrontamiento centrado en el problema incluye las siguientes estrategias:

- Requerimiento de información o asesoramiento a otras personas significativas.
- Ejecución de acciones que resuelvan el problema, accionando ante la situación o desarrollando planes alternativos.
- Desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción.

El afrontamiento centrado en la emoción se asocia a las siguientes estrategias:

- Aceptar con resignación la situación y la imposibilidad de provocar cambios en ella.

- Control afectivo de las emociones que la situación suscita para que no interfiera en otros aspectos de la vida.
- Descarga emocional, por medio de palabras o acciones tales como llorar, fumar y comer.

El afrontamiento centrado en la evaluación incluye las siguientes estrategias:

- Análisis lógico de la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla.
- Redefinición cognitiva de los acontecimientos encontrándole un significado positivo.
- Evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías.

3.4.4 Investigaciones realizadas

El afrontamiento es definido por Everly (1989, p. 44), "*como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales*".

Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas. Las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo; las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979).

Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés.

Endler y Parker (1990) plantearon que existen preferencias en el uso de determinadas estrategias. Independientemente del estresor, hicieron un análisis factorial de las estrategias de afrontamiento, medidas por su "*Inventario Multidimensional de Afrontamiento*". Identificaron tres dimensiones básicas: el "*afrontamiento orientado a la*

tarea", el "*afrentamiento orientado a la emoción*" y el "*afrentamiento orientado a la evitación*".

Posteriormente en un estudio realizado por Roger, Jarvis y Najarian (1993) al modelo anterior le añadieron una cuarta dimensión, denominada "*separación o independencia afectiva respecto al estresor*".

Fernández-Abascal (1997) ha realizado un listado exhaustivo de las diferentes estrategias de afrontamiento que han sido definidas en la literatura científica. Se identificaron como tales 18 estrategias diferentes y se construyó la "*Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento*".

3.5 El burnout y la relación con el apoyo social

3.5.1 Definición de apoyo social

Aunque el concepto de apoyo social presenta varios problemas de definición y operatividad, es determinante para ciertas formas de enfermedad y es una variable independiente.

Muchas son las investigaciones pero el concepto sigue siendo ambiguo. Se le vincula a relaciones sociales, redes sociales, integración social, vínculos sociales, apoyo social. Es un concepto multidimensional.

Se ha analizado el apoyo social en varias dimensiones:

- Grado de integración social: los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría.
- Apoyo social percibido: la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión operacional entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente.
- Apoyo social provisto: esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

3.5.2 Modelos explicativos del apoyo social

Para explicar la relación entre apoyo social y salud se exponen dos modelos:

- Modelo de efecto directo: El apoyo social siempre favorece los niveles de salud. Es una variable antecedente o simultánea en esta relación.
- Modelo de efecto amortiguador: El apoyo social protege ante las situaciones estresantes. Se conceptualiza como variable interviniente.

3.5.3 Apoyo social percibido

La influencia del apoyo social sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida, tanto de sus aspectos funcionales (funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus aspectos estructurales (composición de las redes sociales). (Thoits, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Messeri, Silverstein y Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998).

Cohen y Wills (1985) realizan una importante revisión de la bibliografía sobre apoyo social existente hasta el año de publicación de su trabajo. Tras clasificar los estudios en función del concepto de apoyo social utilizado (funcional o estructural) y por tanto del instrumento de medida empleado, relacionan estas características con los resultados obtenidos en cada estudio (efectos directos, efectos de amortiguación o ambos).

3.5.4 Apoyo social estructural

La relación entre variables socio-estructurales y salud está documentada desde los estudios clásicos de los padres de la Sociología como Durkheim (1897/1976).

Trabajos más recientes del siglo pasado y de éste avalan la aseveración, como los de Faris y Dunham (1939), Hollingshead y Redlich (1958) o el de Mirowky y Ross (1989).

Las experiencias estresantes no ocurren en un vacío sino que se relacionan con la estructura social y con los sistemas de estratificación, tales como la clase social y

económica, la raza, el sexo o la edad. (Pearlin (1989) y Turner, Wheaton y Lloyd, 1995).

Los sistemas sociales producen una distribución desigual de los recursos, de las oportunidades y de las situaciones estresantes en los individuos.

Pero, respecto a esta variable de integración social, los diferentes modelos teóricos la han considerado de forma restrictiva o psicologista, al confundir el concepto de integración social con el apoyo social formal. Son escasos los investigadores que diferencian ambos conceptos como es el caso de Herrero, Gracia y Musitu (1996), cuyo concepto de integración social recoge aspectos de un análisis claramente sociológico.

La obra de Emile Durkheim (1897/1976), también ofrece un análisis detallado del concepto de la integración social. El estado de anomia puede entenderse como una dimensión de la integración, y nos remite a una separación del individuo con respecto a su entorno normativo.

Además, conceptos como el de alienación (Marx, 1844/1985), hacen referencia a las consecuencias de la relación entre individuo y sociedad (existencia de un mundo incontrolable y sin sentido, auto extrañamiento y extrañamiento cultural). (Seeman, 1959).

El apoyo social estructural se refiere a los grupos de ayuda, ámbitos de intervención social, clasificaciones sociales de apoyo comunitario, la familia, los grupos de la tercera edad, grupos de adicciones, clubs psicosociales, grupos anónimos, de enfermos mentales o familiares, de personas con enfermedades nerviosas, de drogodependencias y discapacitados, enfermedades crónicas.

3.5.5 Definición de integración social

Integración social son los estados normativos, simbólicos y materiales en los cuales se ve inmerso el sujeto dentro de su colectivo. Esos estados determinan e influyen en las conductas.

Los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios estructurados para la ayuda mutua y la consecución de un propósito específico. Están integrados

habitualmente por iguales que se reúnen para ayudarse mutuamente en la satisfacción de una necesidad común, para superar un hándicap común o problemas que trastornan la vida cotidiana, y conseguir cambios sociales y/o personales deseados. Los iniciadores y miembros de estos grupos perciben que sus necesidades no son o no pueden ser satisfechas por las instituciones sociales existentes.

Los grupos de ayuda mutua enfatizan la interacción social cara a cara y la responsabilidad personal de sus miembros. Proporcionan ayuda material así como apoyo emocional, se orientan en la causa del problema y promueven una ideología o conjunto de valores a través de los cuales los miembros del grupo crean un sentimiento de identidad personal.

3.5.6 Investigaciones realizadas

Diversas investigaciones se han realizado en relación con el apoyo social. Las fundamentales conclusiones derivan en que el grado de integración social tiene sus determinadas consecuencias para el ser humano en lo biológico, lo psicológico y lo social.

Turner y Noh exploran la relación entre clase social y enfermedad mental. Encontraron que el apoyo social está directamente relacionado con la clase social del individuo y su control personal con los niveles de estrés.

Liem y Liem también reafirman que el apoyo social y el estrés constituyen condiciones de pertenencia de clase desde el punto de vista psicológico.

Kohn señaló que la realidad subjetiva es necesariamente diversa para individuos situados de manera diferente en la escala social. Lógicamente, la conceptualización de Kohn respecto aquello de la clase social que afecta la salud mental no toma en cuenta las diferencias en la disponibilidad del apoyo social, toda vez que el concepto no había aún emergido en la literatura.

Pearlin analizó que el alcance de las redes sociales, influidas por la distribución desigual de los recursos, varía en los diferentes estratos.

Derber, por su parte, se centró en el estudio de una forma de apoyo social: la atención. Su punto de partida es el señalamiento de que los psicólogos trataban a la atención

como una necesidad humana fundamental. La afirmación de Pearlin de que "*importarle a los demás es importante*" adquiere plena significación bajo la conceptualización de Derber.

3.6 El burnout y su relación con la personalidad

Las investigaciones existentes sobre las variables relacionadas con los rasgos de personalidad y su incidencia en el desarrollo del Síndrome de Burnout no coinciden siempre en sus conclusiones.

El estudio de la personalidad se ha beneficiado con la teoría de los rasgos, iniciada por Allport al exponer su modelo de la personalidad fundamentado en la presencia de rasgos centrales y secundarios y el trabajo estadístico de Cattell al identificar dieciséis rasgos fuentes básicos, sugiriendo a la vez, que subyacían a éstos otros rasgos denominados superficiales. (Cattell y Dreger, 1977).

Se define al rasgo como "*la tendencia de un individuo a comportarse de una forma consistente en muchas situaciones distintas*" (Brody y Ehrlichman, 2000, pág.29). En ese sentido, se pueden concebir como disposiciones que tienen las personas para comportarse de determinada manera.

Los estudios de Digman (1990), Costa y McCrae (1988), y Costa y McCrae (1994), establecieron después de exhaustivos análisis estadísticos la predominancia de cinco rasgos básicos, conocidos como los cinco grandes: apertura a la experiencia, responsabilidad, extraversión, amabilidad y neuroticismo.

3.6.1 Definición de la personalidad

Existen muchas definiciones de personalidad, las cuales dependen del modelo teórico del cual surgen. Aún es vigente la afirmación de Allport (Millon y Davis, 1999, pág. 18): "*personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje y, como cualquier otra palabra abstracta que sufre un uso excesivo, permite un amplio abanico de connotaciones...*"

Herman (1969), define la personalidad como una correlación de conductas existentes en todo ser humano, realmente única, estable y permanente.

Catell afirma que la personalidad permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación. El concepto de personalidad de Catell incluye rasgos de personalidad, como una estructura mental que se obtiene de la observación coherente de un determinado comportamiento. Se compone de rasgos únicos (individuales) y comunes (poseídos por todos los que conviven ciertas experiencias), de rasgos superficiales y de rasgos originarios.

Eysenck asegura que la personalidad es heredada y le da un valor del 75 % al aspecto genético, sustentándolo según la corteza cerebral y arausal. Esos estudios explican que la corteza cerebral actúa para controlar, abolir y censurar actividades de los centros inferiores. Dentro de ésta se encuentra el nivel de excitación. La corteza arausal permite el aumento en la complejidad de la cantidad de información que recibe la organización nerviosa, que se manifiesta por la descronización de los informes recibidos a partir del cerebro.

La teoría de la personalidad de Hans Jurgen Eysenck relaciona el desarrollo de la personalidad con las teorías de aprendizaje del individuo, pero eso no va a indicar cómo se va a comportar el mismo, ya que el modelo conductual es el reflejo de lo habitual, no de lo excepcional.

3.6.2 Tipos de personalidad

Los tipos de personalidad se han definido de acuerdo a la inclusión de múltiples variables como son introversión, extroversión, pensamiento, sensación, intuición, sentimiento, factores microsociales y macrosociales, representaciones cognitivas y subjetivas, autoconcepto, competencias personal y social, autorregulación, motivación, empatía, habilidades sociales, autoestima, autoeficacia, optimismo, neuroticismo, locus de control, rigidez y patrones de conducta.

La extraversión es asociada con alta acción racional, pensamiento positivo, sustitución y disuasión. Los individuos con puntuaciones altas en este factor utilizan con frecuencia determinados estilos de afrontamiento tales como la reacción hostil, autculpabilidad, pasividad e indecisión. (McCrae y Costa, 1986).

Los elementos de competencia personal (conciencia de uno mismo, autorregulación y motivación) y de competencia social (empatía y habilidades sociales) se presentan como factores adaptativos de la personalidad. (Goleman, 1998).

La autoestima hace referencia a cómo se aprecia el propio individuo, a la evaluación que hace de su autoconcepto. Tradicionalmente es asociada a la motivación de logro, sociabilidad, ajuste profesional y a componentes afectivos positivos hacia uno mismo que colaboran en la consecución de estrategias conductuales de salud.

La autoeficacia hace referencia a las creencias sobre las capacidades propias que permiten organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar determinados tipos de rendimiento. (Bandura, 1986 y 1997).

Según Bandura, el éxito en el manejo y afrontamiento del entorno que afecta a nuestra vida no consiste sólo en poseer recursos potenciales, conocer previamente la forma más adecuada de actuación para cada situación o poseer los comportamientos adecuados en nuestro repertorio conductual, sino que implica una capacidad socio-cognitiva generativa en la que se integran las competencias cognitivas, sociales y conductuales con el fin operativo de conseguir un propósito.

El optimismo como variable mantiene expectativas generalizadas. (Scheier y Carver, 1985, 1987, 1992).

3.6.3 Patrones de conducta

Observaciones de Price (1982), llevaron a definir a los patrones de conducta como las predisposiciones de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionadas por la escala de valores en uso en una sociedad determinada. El patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.

Patrón de conducta tipo A: Los individuos tienden a reaccionar con la vía autonómica, es decir, por la activación del sistema simpático adrenal. Corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva: hiperactividad o irritabilidad; son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y

competitivos y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia. La persona de este tipo de patrón de conducta autoselecciona puestos con mayor exposición a estresores, motivada por la búsqueda de estatus. Con respuesta autonómica al estrés, posee mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. Tiene con frecuencia elevado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL. Acumula otros factores de riesgo como obesidad, nicotinismo e hipertensión.

Patrón de conducta tipo B: Los individuos son tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles. Se resalta la importancia de los sistemas o vías de activación autonómica y neuroendocrina y los trastornos de angustia, elevados niveles de cortisol y de noradrenalina.

Patrón de conducta tipo C: Los individuos tienden a funcionar con la vía neuroendocrina. Se presenta en sujetos introvertidos, obsesivos, que interiorizan su respuesta al estrés pasivo. Resignados, apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseosos de aprobación social. Tienen mayor predisposición a reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas variadas e incluso a cáncer, éste último asociado a la inhibición inmunitaria de la que padecen en general estos sujetos.

3.6.4 Locus de control

“El locus de control se presenta como una característica relativamente estable (Rotter, 1966) que actúa como modulador de la respuesta de estrés” (Peiró y Salvador, 1993).

En las investigaciones se maneja el locus de control interno y el locus de control externo.

Las personas con locus de control interno asumen que las decisiones y acciones personales influyen en sus consecuencias. Presentan mayores sentimientos de realización personal, (Fuqua y Couture, 1986), menor percepción de sobrecarga, ambigüedad de rol, miedo al éxito y son menos tradicionales en su concepción de los roles sexuales, (Robinson y Skaire, 1986).

Las personas que presentan locus de control externo consideran que dependemos del destino y/o la suerte, presentan mayor insatisfacción laboral (Spector, 1982; Buendía, 1998), más estrés (Halpin y Harris, 1985; Fimian y Cross, 1986), y se “quemar” más (Keane y cols., 1985; Fimian y Cross, 1986; Glogow, 1986; Lunenburg y Cadavid, 1992).

3.6.5 Investigaciones realizadas

Una de las consecuencias del enfoque desde la psicología laboral y social que Maslach y Jackson (1981) le dieron al Síndrome de Burnout, es que no se habían realizado demasiados estudios de investigación sobre las variables de personalidad y las diferencias individuales que entren en juego en el estar quemado.

Posteriormente sí se han realizado estudios de personalidad como el relacionado a las conductas saludables de Antonovsky (1979, 1990) o el de Kobasa, (1982), éste último un esfuerzo por elaborar una psicología social del estrés y la salud y por lo tanto uno de los más conocidos.

Otro concepto a analizar es el Boreout y las diferencias con el Burnout. En el diccionario inglés, bureau es oficina, despacho. El concepto de boreout está compuesto por dos palabras inglesas (bore, aburrido y out, fuera). El trabajador que padece de boreout sería alguien que se encuentra, en cierto modo, más allá del aburrimiento.

Philippe Rothlin y Peter R. Werder describen en su libro “*El nuevo síndrome laboral: Boreout*” (2009) que el Boreout es lo contrario del Burnout. Explican que si lo normal es el estrés en el puesto de trabajo, en este siglo XXI también existe el polo opuesto: trabajadores poco exigidos, desinteresados e infinitamente aburridos; lo que hacen diariamente no les plantea ningún reto ni tiene ningún interés para ellos. Paradójicamente, el trabajador insatisfecho emplea diferentes estrategias de conducta para parecer ocupado y evitar que le encarguen trabajo adicional. Esta conducta es negativa porque estas estrategias consolidan el estado de insatisfacción.

“Hacer ver que uno está constantemente ocupado resulta muy estresante a la larga, y sobre todo es insatisfactorio. Se echan en falta los retos y el reconocimiento personal. Y, tras la jornada laboral, el trabajador se lleva

consigo la insatisfacción a casa... Si un trabajador se siente infraexigido, desinteresado e inmensamente aburrido, e intenta además, paradójicamente, mantener este estado de forma activa, indudablemente padece de boreout". (Rotlhin, P. y Werder, P. R. 2009).

El Boreout se compone de tres elementos, según los estadistas: la infraexigencia describe la sensación de poder rendir más de lo que a uno se le exige, (tareas repetitivas y monótonas); el aburrimiento, donde la desgana se apodera de la jornada laboral, se choca con la falta de ánimo y el estado de desorientación porque uno no sabe qué debe hacer y en el desinterés aparece la falta de identificación con el trabajo. Los tres elementos están siempre ligados entre sí e interactúan entre sí.

Según estos investigadores, aunque el boreout es lo opuesto al burnout, ambos mantienen una estrecha relación, son como primos. En estos dos fenómenos existen, junto a las diferencias, coincidencias como los síntomas psicósomáticos.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

Mediante la investigación se pudo conocer si existe el Síndrome de Burnout o no en los individuos de la muestra, de acuerdo a los resultados de las encuestas donde se midió en cada uno las subescalas agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, la salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social, características sociodemográficas y los rasgos de personalidad.

Esta investigación posee las siguientes características:

- Es Cuantitativa: Se analizó la evaluación numérica de los instrumentos utilizados.
- Es No Experimental: Se realizó sin la manipulación deliberada de variables y se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

- Es Transeccional (transversal): Se centró en el análisis de cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.
- Es Exploratoria: Se trató de una exploración inicial en un momento específico.
- Es Descriptiva: Se seleccionó una serie de cuestiones y se midió o recolectó información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investigó. (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

4.2 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la recolección de datos tienen la finalidad de cumplir los objetivos planificados para esta investigación.

Cuestionario: Es uno de los instrumentos que más se usa en la investigación social. Hernández y otros (2006), expresa que *“(...) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir”*.

- Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.- Tiene la finalidad de recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del Síndrome de Burnout de los investigados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros, que serán de utilidad en este estudio. (Ver Anexo No. 2).
- Cuestionario de MBI.- Se utiliza para detectar y medir la existencia del Síndrome de Burnout en el individuo. La escala MBI plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo por medio de tres escalas que son: Agotamiento Personal (puntuaciones altas indica que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo); Despersonalización (puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo); Realización Personal (indica el grado de realización, logro y autoeficiencia percibida por el individuo; es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con la existencia del Síndrome de burnout). (Ver Anexo No. 3).

- Cuestionario GHQ-28 (Versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldber, en 1970): Es un cuestionario auto administrado donde el individuo realiza una apreciación de su estado de salud. Consta de 28 ítems para identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del investigado. Determina si el individuo se encuentra sano o con disturbios psiquiátricos. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida. Evalúa mediante cuatro subescalas que son: Síntomas Somáticos (dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros); Ansiedad e Insomnio (nerviosismo, pánico, dificultades para dormir); Disfunción Social (sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día); Depresión (sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte). (Ver Anexo No. 4).
- Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF – COPE) Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzada publican versión abreviada adaptada y validada en la población Española, la cual utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems para evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. Las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son: Afrontamiento Activo (actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés); Planificación (pensar y analizar cómo hacer frente al estresor, planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo); Auto- Distracción (disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos); Apoyo Instrumental (la búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación); Apoyo Emocional (buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía); Reinterpretación Positiva (tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar); Aceptación (tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real); Negación (rechazar la realidad de la situación fuente de estrés); Religión (el aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés); Autoinculpación (criticarse y culpabilizarse a sí mismo por la situación estresante); Desahogo (la expresión o descarga de sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional

que sufre); Desconexión Conductual (abandonar o reducir los esfuerzos para superar y 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). (Ver Anexo No. 5).

- Cuestionario MOS de Apoyo Social.- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social de salud, los creadores del instrumento fueron Sherbourne y Cols, en 1991. Es un cuestionario auto administrado, multidimensional de 20 ítems para investigar la amplitud de la red social del individuo (un índice global) y en particular, en cuatro dimensiones que son: Apoyo Emocional: posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo; Apoyo Materia o Instrumental: contar con ayuda doméstica; Relaciones Sociales de Ocio o Distracción: incluye contar con otras personas para comunicarse; Apoyo Afectivo: demostraciones de amor, cariño y simpatía. (Ver Anexo No. 6).
- Cuestionario de EPQR-A.- A través de 24 ítems se evalúa la personalidad de los investigados mediante cuatro factores: Neuroticismo: puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos, 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 que 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 y Sinceridad: evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, busca dar una buena impresión mide el grado de veracidad de las respuestas. (Ver Anexo No.7).

4.3 Recolección de datos

Los datos se recogieron a través de visitas a los hospitales, luego de la autorización del médico responsable de planta en sus respectivos puestos, explicándoles a los participantes las generalidades del estudio y las técnicas e instrumentos a utilizar. El área de estudio correspondió a dos hospitales del área urbana de la Ciudad de Quito.

Encontrar un centro donde realizar la investigación fue muy difícil porque existía la situación de que nuestro presidente Rafael Correa Delgado ejecutaba un proceso de modernización y moralización en el área de la salud.

Las instituciones de salud cerraron las puertas a las investigaciones por miedo a que se filtrara la información recopilada al gobierno y perder sus empleos.

Primero fue negada la petición de realizar las encuestas en el Hospital Eugenio Espejo donde se explicó el proceso y la necesidad de realizar la siguiente investigación. Luego se acudió al Hospital Vaca Ortiz. Después de hablar con el Departamento de Recursos Humanos, se dio autorización para realizar la investigación pero solamente en 8 médicos y 9 enfermeras.

Entonces se buscaron otras opciones tanto públicas como privadas. Las mejores fueron el Hospital Carlos Andrade Marín (se autorizó la aplicación de los cuestionarios a las 15 enfermeras y 3 médicos del Área de Traumatología); y el Hospital de la Policía Nacional de Quito (se obtuvo el permiso para aplicar los cuestionarios a los médicos que se creyera conveniente).

En una parte de los investigados, los cuestionarios fueron aplicados personalmente, paulatinamente, en varias visitas a los hospitales. En otra parte, los cuestionarios fueron dejados a los médicos en sobres cerrados y retirados escalonadamente.

Fue bastante difícil la recolección de los datos por el tiempo dedicado a acceder a los médicos y porque algunos cuestionarios entregados se perdieron, se dañaron o no se llenaron bien.

El Hospital Carlos Andrade Marín, ubicado en 18 de septiembre, número 3220 y Ayacucho, Quito, es líder en la atención de salud a nivel nacional e internacional, con autonomía económica y administrativa y enmarcado en los principios legales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, IESS. Su modelo de organización dentro del sistema de salud permite prestar asistencia integral y especializada, lograr excelencia en sus servicios para satisfacer y superar las necesidades y expectativas del cliente, con el uso racional de los recursos disponibles. Es la unidad de mayor complejidad de

la red de servicios de salud del IESS, regida por políticas y normas dictaminadas por el Consejo Directivo sobre la base de los principios de solidaridad, universalidad y equidad; mediante la utilización de tecnología de punta y capacitación continua del personal en beneficio de la calidad de atención de afiliados y usuarios. Fue inaugurado el sábado 30 de mayo de 1970.

El Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional, ubicado en Avenida Mariana de Jesús y Avenida Occidental, ofrece cobertura médica a los miembros policiales y a sus familias. La institución cuenta con un hospital de especialidades que atiende a alrededor de 120 mil pacientes (policías en servicio activo, pasivo, y derechohabientes), cinco quirófanos totalmente equipados, y 15 camas en la unidad de cuidados intensivos. El centro es dirigido por el coronel Pablo Naranjo. Entró oficialmente en funcionamiento el 28 de febrero de 1991, El *Teniente Coronel de Policía de EM. Dr. Néstor Amaguayo Coronado, Subdirector Médico del Hospital Quito No 1 de la Policía Nacional*, tuvo a su cargo el Plan Estratégico 2010-2013 mediante la aplicación de las tecnologías de la información y de la comunicación, así como un cambio en la cultura profesional y organizativa bajo parámetros de calidad total en el sistema ISO 9001-2008. De acuerdo a su nivel asistencial de Hospital de tercer nivel, dispone de una cartera de servicios de alta complejidad,

4.4 Población en estudio

La población objeto de estudio es de: 15 enfermeros/as del Hospital Carlos Andrade Marín y 16 médicos/as del Hospital de la Policía Nacional de Quito en servicio activo; independientemente de la especialidad, edad, años de servicio, estado civil, número de hijos o algún otro parámetro; pero sí que se encuentren en permanente contacto con los pacientes.

Está constituida por Hospital Carlos Andrade Marín, Departamento de Traumatología, conformado por 32 Enfermeros/as y Hospital Policía Nacional de Quito, aproximadamente 180 médicos/as. Las respuestas fueron recopiladas en trabajadores de diferentes especialidades.

Criterios de Inclusión de los Participantes:

- Ser médico/a

- Ser enfermero/a (Licenciado/a)
- Experiencia laboral mayor de un año
- Encontrarse activamente laborando
- Participación voluntaria

4.5 Características metodológicas de la tesis

- Identificación de la investigadora y tutora mediante nombres y firmas.
- Carácter independiente.
- Debidas autorizaciones fiscales.
- Carácter no confidencial de los datos aportados por los participantes en la muestra.
- Tiempo ilimitado de contestar los cuestionarios.
- Agradecimientos por la participación de quienes incentivaron el trabajo.
- Confidencialidad de las respuestas a los cuestionarios.
- Trabajo con información personal sensible.
- Estrategia basada en un conjunto de acciones y compromisos por parte de la investigadora para impedir el uso inadecuado de los datos como son: a) Nombre de los encuestados, b) Datos personales elementales del encuestado, c) Clasificación de cada encuestado.
- Designación de códigos para el trabajo con el encuestado. (Ver Anexo No. 8).
- Tratamiento de la información y análisis estadístico.

Normas éticas del APA para la evaluación del psicólogo:

- Conocer las pautas de trabajo para psicólogos.
- Ofrecer una orientación general a todos los especialistas en evaluación.
- Entrenamiento, instrucción y experiencia suficiente en el campo que se desea ejercer, estando siempre al tanto de los progresos recientes en el campo.

- Consultar a otros profesionales cuando surjan dudas en el proceso de la evaluación.
- Conocimientos en sesgos personales, sociales y de las prácticas no discriminatorias: sexo, edad, raza, origen étnico, origen nacional, religión, orientación sexual, lenguaje, cultura, discapacidad y condición socioeconómica.
- Evitar relaciones múltiples.
- Consentimiento informado.
- Confidencialidad y revelación de información.
- Diversos métodos de recopilación de información, no se puede utilizar sólo una fuente.
- Interpretación de datos: cuidadosa y apropiadamente.
- Explicación de los resultados de la evaluación.
- Registro y datos: conservar los datos naturales, expedientes, copias de video y audio.
- Confiabilidad y validez.
- Entender la influencia que tienen las recomendaciones.
- Reconocimiento de competencias.
- Investigación: conservar la dignidad y bienestar de los participantes.

Criterios para emitir informes según las normas APA:

- Poseer la cualificación adecuada, deben ser revisados por personas cualificadas.
- El psicólogo tiene la obligación de respetar la dignidad, la libertad, la autonomía y la intimidad del cliente (persona o grupo).
- Respetar y cumplir el derecho y el deber de informar al investigado.
- Organizar los contenidos del informe.
- Describir los instrumentos empleados y facilitar la comprensión de los datos.
- Incluir el proceso de evaluación, las hipótesis formuladas y justificar las conclusiones.

- Mantener la confidencialidad y el secreto profesional.
- Solicitar el consentimiento informado.
- Proteger los documentos.

4.6 Procedimiento

- Acercamiento a las instituciones:

Como primer paso, se escogieron las instituciones y personal con los cuales se realizó la investigación de la tesis. Las circunstancias determinaron la selección, hecha donde hubo mejor acceso y consentimiento a la vez, luego de identificar los datos de los directivos, quienes ofrecieron ideas para la selección del personal para investigar.

Todos los contactos se hicieron de manera personal investigador-directivos e investigador-médico/a o enfermero/a. Realmente así se hizo mucho más viable y profesional.

Cuando se solicitó la colaboración de la institución, se presentó la carta de la Dirección de la Escuela de Psicología, en la que se indica el objetivo y el trabajo a realizar.

En las citas también se explicó el alcance de la investigación, las características de la institución auspiciante (U.T.P.L.) y los requerimientos de parte de la universidad. Se fue explícito en el compromiso de que los datos iban a ser manejados de manera confidencial y que no tendrían ninguna otra finalidad que lo académico.

También se informó que aproximadamente tres meses después de la aplicación de los cuestionarios, se entregaría un informe psicológico personal con los resultados y ciertas recomendaciones, en caso de ser necesario, a cada investigado.

Se coordinó y planificó adecuadamente el tiempo de investigación y obligaciones laborales y familiares con la disponibilidad de tiempo de los investigados, debido sobre todo al tipo de trabajo de estos profesionales, caracterizado por una ocupación constante y en diferentes turnos, además de una alta responsabilidad que no permite desviar la concentración hacia otras labores.

Se organizó entonces algún tiempo libre (de 30 a 45 minutos) luego del horario laboral o antes, de acuerdo a las preferencias de los investigados.

Todos los cuestionarios se realizaron previa coordinación con las instituciones. Esto conllevó empezar por la solicitud de consentimiento de participar de instituciones y personal y prestar particular atención a que el investigado se dispusiera a responder con sinceridad.

Luego de realizadas las evaluaciones psicológicas de cada investigado se procederá a entregárselas y recibir una certificación de recibidas. (Ver Anexo No. 1).

- Aplicación de instrumentos:

Se aplicaron los instrumentos con total responsabilidad y ética profesional. La rigurosidad metodológica permitió obtener los datos necesarios para después hacer la descripción de la realidad encontrada.

Los instrumentos fueron aplicados en el siguiente orden:

- A. Cuestionario de variables sociodemográficas y laboral. (Ver Anexo No. 2).
- B. Cuestionario del Burnout Maslach (MBI). (Ver Anexo No. 3).
- C. Cuestionario de Salud (GHQ-28). (Ver Anexo No. 4).
- D. Cuestionario de Afrontamiento (COPE). (Ver Anexo No. 5).
- E. Cuestionario de Apoyo Social (AP). (Ver Anexo No. 6).
- F. Cuestionario de Personalidad (EPQR-A). (Ver Anexo No. 7).

- Familiarización con el instrumento:

Antes de aplicar los cuestionarios se les hizo conocer a enfermeras y médicos las características de los cuestionarios y cómo se comportan a la hora de utilizarse, su estructura, propósito, cuántas sub-escalas poseen, cuántas preguntas tienen y cuál es el propósito de cada una. Fue muy importante la explicación al investigado de cada aspecto y del carácter personal de las respuestas. De esta manera se evitó el riesgo de que no fueran llenados de la forma adecuada, las dificultades en el ingreso de datos y la tabulación para lograr los resultados.

4.7 Instructivo para la Interpretación de resultados individuales investigación

El siguiente instructivo es para la interpretación de los datos de cada una de las personas investigadas. La información resultante de la interpretación de los datos de cada encuestado es útil para la realización de los informes psicológicos individuales.

Para confeccionar los informes psicológicos, se utilizaron los datos resultantes e individuales de las tablas a ser interpretadas:

- Inventario de burnout (MBI)

Para este inventario, se trabajó sobre la pestaña cuadros resúmenes donde hay 3 grupos de columnas que corresponden a los 3 aspectos que influyen sobre el Síndrome de Burnout; las escalas de arriba hacia abajo corresponden a las personas ingresadas, dicho orden corresponde al mismo utilizado en la pestaña ingreso de datos; en cada uno de los 3 grupos de columnas está la etiqueta “estado” en la cual están los números aleatorios entre 1, 2 o 3; los cuales son los indicadores que señalan el nivel en el que se encuentran el agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal de los investigados; es así que para la interpretación:

- A. El 1 significa “bajo”
- B. El 2 significa “medio”
- C. El 3 significa “alto”

De esta manera se establece el criterio de dos aspectos negativos para la existencia del Síndrome de Burnout; es decir que basta que el investigado tenga dos de los tres aspectos no favorables (la realización personal, se interpreta de manera contraria) y el tercer aspecto no importaría para catalogarlo con Síndrome de Burnout o no. En el caso de tener personas con el criterio 2, 2, 2 en los tres aspectos, se le catalogó como límite, es decir no posee el padecimiento, pero está próximo a desarrollarlo.

Tabla 4.1. Interpretación general.

Puntuación alta	Puntuación media	Puntuación baja
Presenta una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. Se encuentra irritable, se queja constantemente por la cantidad de trabajo realizado y pierde la capacidad de disfrutar de las tareas.	Algunas veces se siente tensionado y frustrado debido al trabajo.	Su trabajo no le produce gran preocupación, tensión ni frustración.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.2. Interpretación de la despersonalización.

Puntuación alta	Puntuación media	Puntuación baja
Presenta distanciamiento, muestra un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo.	Únicamente en ocasiones, cuando el trabajo se torna muy fuerte se torna un poco distante con los demás, caso contrario, se interesa en brindarles una buena atención.	Presenta actitudes positivas hacia los demás, ya que su trabajo le resulta bastante motivador.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.3. Interpretación de la realización personal.

Puntuación alta	Puntuación media	Puntuación baja
Se siente muy satisfecho sobre el trabajo realizado, además siente ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.	Puede presentar en ocasiones altibajos en sus sentimientos ante los logros en su trabajo.	Pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente apartamiento de actividades familiares, sociales y recreativas, creando una especie de auto reclusión.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Nota: Para el diseño del informe solo se utilizó la ponderación y no la numeración es decir: alto, medio y bajo.

- Salud General (GHQ-28)

Al igual que el MBI, se revisó la pestaña de cuadros resúmenes y de la misma manera el orden de ingreso descendente es el mismo utilizado para la pestaña de ingreso de datos en éste y en todas las tablas utilizadas.

En esta tabla, en la pestaña cuadros resúmenes hay 4 grupos de columnas diferentes que corresponden a los 4 indicadores que posee el test; en cada uno de estos grupos hay una columna con la etiqueta Caso/No caso; la cual es la que se analiza para las interpretaciones respectivas. Para ello:

- El 1 es igual a "No caso", que se interpreta como "no lo tiene".
- El 2 es igual a "Caso", que se interpreta como "lo tiene"

Tabla 4.4. Interpretación de los síntomas psicósomáticos.

Caso	No Caso
Los síntomas psicósomáticos corresponden a dolores de cabeza, cansancio, escalofríos etc. y pueden ser causados por varios factores como estrés, depresión entre otros; Es necesario que en primer lugar se descarte una afección biológica.	Carece de síntomas psicósomáticos.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.5. Interpretación de la ansiedad.

Caso	No Caso
Se evidencia síntomas de ansiedad como: dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad.	No hay indicios que muestren una posible ansiedad.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo 2012.

Tabla 4.6. Interpretación de la disfunción social en la actividad diaria.

Caso	No Caso

Se detecta algunos sentimientos negativos hacia las actividades que realiza durante el día, es decir le cuesta más concentrarse, le toma más tiempo hacer las cosas y al realizarlas no se siente satisfecho.	Su desempeño social en la vida diaria es bueno.
---	---

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.7. Interpretación de la depresión.

Caso	No Caso
Existe un caso probable de algún grado de depresión, es decir síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, deseos de quitarse la vida.	No hay indicios que muestren una posible depresión

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

- Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF - COPE)

El cuestionario de afrontamiento indica los métodos que poseen las personas para afrontar los elementos estresores, para lo cual se ha establecido una escala. En la pestaña de **cuadro** resumen, se encuentra un único cuadro con cada uno de estos métodos y el nivel que representan para cada uno de los investigados (cada método está compuesto por la sumatoria de dos preguntas del cuestionario); el orden descendente es el mismo utilizado en la de ingreso de datos.

En cada una de las subescalas o métodos de afrontamiento el puntaje se interpreta; de 0 a 4 como no presente y de 5 a 8 como presente. La interpretación es establecer de entre los métodos de afrontamiento enlistados cual utiliza más y cual menos, sabiendo el significado de cada una de las sub escalas.

Tabla 4.8. Interpretación de la autodistracción.

Presenta	No Presenta
Disipa la concentración en el problema o las situaciones que le causan estrés mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.	No realiza otras actividades para distraerse de situaciones estresantes.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.9. Interpretación del afrontamiento activo.

Presenta	No Presenta
Son actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.	No realiza actividades para eliminar o reducir su estrés.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.10. Interpretación de la negación.

Presenta	No Presenta
Existe una tendencia a rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.	No rechaza las situaciones causantes de estrés, es decir está plenamente consciente de ellas.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo 2012.

Tabla 4.11. Interpretación del uso de sustancias.

Presenta	No Presenta

Se refiere a la utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontar sus problemas.	No recurre al uso de drogas, alcohol o medicamentos para olvidar sus problemas.
---	---

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.12. Interpretación del uso de apoyo emocional.

Presenta	No Presenta
Busca en otros apoyo, comprensión y simpatía.	Prefiere afrontar sus problemas en forma personal.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.13. Interpretación del uso del apoyo instrumental.

Presenta	No Presenta
Recurre a personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.	Considera que puede solucionar ciertas situaciones en forma autónoma.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.14. Interpretación de la desconexión conductual (retirada del comportamiento)

Presenta	No Presenta
Puede tener tendencia a abandonar o	Usted no abandona sus metas a causa de

reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar las situaciones que le causan estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que su problema interfería.	situaciones estresantes.
---	--------------------------

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.15. Interpretación del desahogo.

Presenta	No Presenta
Descarga los sentimientos que se producen cuando tiene conciencia del malestar emocional causado por alguna situación estresante.	Tiende a no expresar sus sentimientos cuando tiene algún conflicto.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.16. Interpretación de la reinterpretación positiva.

Presenta	No Presenta
Considera a la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.	No considera a las situaciones estresantes como una oportunidad para crecer y mejorar.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.17. Interpretación de la planificación.

Presenta	No Presenta
Tendencia a pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.	No tiende a planificar los pasos a seguir para afrontar sus conflictos.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.18. Interpretación de la planificación.

Presenta	No Presenta
Tendencia a hacer burlas y reírse de la situación estresante.	Toma las situaciones estresantes de forma seria, sin hacer burlas ni reírse de la misma.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.19. Interpretación de la aceptación.

Presenta	No Presenta
Toma conciencia y acepta la situación que está viviendo es real.	Tiene tendencia a negar las situaciones estresantes o problemas.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.20. Interpretación de la religión.

Presenta	No Presenta

Cuando tiene alguna situación que le causa estrés usted acude a realizar actividades religiosas ya que estás lo ayudan a sentirse mejor.	Cuando presenta algún conflicto no busca la solución en actividades religiosas.
--	---

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.21. Interpretación de la autoinculpación.

Presenta	No Presenta
Tiende a criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.	No tiende a culparse a sí mismo por las situaciones que le causan estrés sino que busca las causas de una manera objetiva.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo 2012.

- Cuestionario de Apoyo Social de MOS (AP)

En el cuestionario de apoyo social se encuentran diferentes tipos de apoyo que poseen las personas para un mejor desarrollo como es el instrumental, afectivo, emocional, relaciones sociales y ocio. En la pestaña de cuadros resúmenes se encuentran dos tipos de tablas; la primera se refiere a los puntajes individuales de cada una de las subescalas y la segunda de equivalencias porcentuales. En la segunda tabla se hacen las interpretaciones debido a que los puntajes máximos de la escala individual son diferentes de una a otra, así que era necesario igualarlas en criterio, por lo cual se las convirtió en porcentajes.

La interpretación, al igual que la del COPE, permite ver cuál de los tipos de apoyo poseemos más y cual menos. Se trabaja con un corte en las equivalencias porcentuales en las que se establece como alto de 50 a 100, y como bajo de 0 a 49.

Tabla 4.22. Interpretación del índice global de apoyo social.

Puntuación alta (general)	Puntuación baja (general)
Cuenta con un buen círculo de apoyo social lo cual le permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe excelente comunicación interpersonal, puede modular los efectos negativos del estrés como sobre la salud.	Cuenta un círculo social pequeño, y las relaciones sociales no poseen cohesión.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.23. Interpretación del apoyo emocional.

Alto	Bajo
Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza	Prefiere afrontar sus problemas en forma personal.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.24. Interpretación de la ayuda material o instrumental.

Alto	Bajo
Recurre a personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.	Considera que puede solucionar ciertas situaciones en forma autónoma.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.25. Interpretación de las relaciones sociales de ocio y distracción.

Alto	Bajo
Se disipa buscando situaciones que le permitan distraer su atención y mantener el contacto social.	Carece de otras actividades para distraerse.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.26. Interpretación de las relaciones de apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño.

Alto	Bajo
Refuerza la autoestima con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo.	Carece de demostraciones afectivas en la red social.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

- Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

El cuestionario de personalidad sirve para evaluar los rasgos de personalidad. Hay dos cuadros resúmenes diferentes; el primero corresponde a las transformaciones de datos y el segundo a las puntuaciones agrupadas de los factores que componen este cuestionario. Las iniciales en cada una de las columnas corresponden a:

- A. N es Neuroticismo
- B. E es Extroversión
- C. P es Psicotismo
- D. S es Sinceridad

Las puntuaciones entre estos factores oscilan entre 0 y 6 y de igual manera sirve para evidenciar cuál de estos es dominante dentro de la persona. Se evalúa como punto de corte de 0-3 puntaje alto y de 4-6 puntaje bajo.

Tabla 4.27. Interpretación de la extraversión.

Puntaje alto	Puntaje bajo
<p>Persona sociable, le gustan las fiestas, tiene muchos amigos, necesita hablar con la gente y no le gusta leer o estudiar solo. Anhela la animación, es arriesgado, actúa improvisadamente y generalmente es una persona impulsiva. Aficionada a las bromas, siempre con una respuesta a punto y generalmente le gustan los cambios. Despreocupada, condescendiente, optimista y gusto por reír y divertirse. Prefiere permanecer ocupado, tiende a ser agresivo y perder los nervios rápidamente.</p>	<p>Persona tranquila, retraída, introspectiva, aficionada a los libros más que las personas. Es reservada y distante excepto con los amigos íntimos. Tiende a planificar todo, se lo piensa dos veces antes de actuar y desconfía de los impulsos momentáneos. No le gusta la animación, se toma las cosas de cada día con seriedad y le gusta un modo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de una manera agresiva y no pierde los nervios fácilmente. Es fiable, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.</p>

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.28. Interpretación del neuroticismo.

Puntaje alto	Puntaje bajo
<p>Persona ansiosa, preocupada, tiene tendencia a los cambios de humor bruscos y frecuentemente se siente deprimida. Probablemente duerme mal y sufre de varios trastornos psicósomáticos. Es una persona muy emotiva, reacciona de forma excesiva a todo</p>	<p>Persona que tiende a responder emotivamente solo de una forma suave y generalmente débil y vuelve a su línea base rápidamente después de una activación emocional. Habitualmente es</p>

<p>tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel emocional normal después de cada experiencia activadora a nivel emotiva. Sus fuertes reacciones emocionales interfieren la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional y, a veces, rígida. Se puede describir a esta persona como aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal y una fuerte reacción de ansiedad a estos pensamientos.</p>	<p>calmada, emocionalmente equilibrada, controlada y poco aprensiva.</p>
---	--

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.29. Interpretación del psicoticismo.

Puntaje alto	Puntaje bajo
<p>Persona solitaria, le tiene sin cuidado la gente. A menudo es problemática y no encaja en ningún sitio. Puede ser cruel e inhumana y carece de sentimientos y empatía, siendo en general insensible. Es hostil con otros, incluso con su propia familia, y agresiva, incluso con los que la quieren. Le gustan las cosas inusuales y extrañas y no le preocupa el peligro. Le gusta ridiculizar a otras personas y contrariarlas. "Socialización" es un concepto relativamente ajeno a las personas altas en P. La empatía, los sentimientos de culpa o la sensibilidad hacia otras personas son nociones extrañas y nada familiares para ellos. Acostumbran a resaltar por su alta</p>	<p>Persona altruista, altamente socializada, empática, convencional, reflexiva, cálida, amable, responsable y poco agresiva, entre otras características.</p>

creatividad.	
--------------	--

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Tabla 4.30. Interpretación de la sinceridad.

Puntaje alto	Puntaje bajo
No tiene tendencia al falseamiento de la información para lograr aceptación, puede poseer algún grado de ingenuidad social o conformidad.	Puede construir elementos a partir de lista de temas socialmente deseables.

Fuente: Entorno Virtual de Aprendizaje, "interpretación de resultados". Recuperado de: <https://rsa.utpl.edu.ec/eva/loginutpl/>. Mayo, 2012.

Este instructivo fue vital para, luego de tener los resultados, confeccionar el análisis psicológico de cada investigado. Cada uno de los análisis psicológicos será entregado a los médicos y enfermeras, los cuales certificarán haberlos recibido. (Ver Anexo No 10).

5. RESULTADOS

Tabla 5.1. Resultados socio-demográficos y laborales de pacientes sin Síndrome de Burnout. Datos personales.

N°	CÓDIGO	DATOS PERSONALES									
		Género	Edad	Ciudad	Zona	Etnia	E. Civil	# Hijos	Vive	Salario	Salario
MÉDICOS/AS											

1	QT15ME01	1	62	Quito	1	1	4	5	1	3	1
2	QT15ME02	1	50	Quito	1	1	5	1	2	1	1
3	QT15ME03	2	58	Quito	1	1	2	3	2	4	2
4	QT15ME04	1	56	Quito	1	1	2	3	2	4	2
5	QT15ME05	1	61	Quito	1	1	4	4	2	4	2
6	QT15ME06	1	57	Quito	1	1	2	4	2	3	2
7	QT15ME07	1	28	Quito	1	1	1	0	2	4	2
8	QT15ME08	1	54	Quito	1	1	2	2	2	4	2
9	QT15ME09	2	37	Quito	1	1	2	1	2	4	1
10	QT15ME10	1	47	Quito	1	2	2	2	2	4	4
11	QT15ME11	1	61	Quito	1	1	4	4	2	4	2
12	QT15ME12	1	34	Quito	1	1	2	2	2	4	6
13	QT15ME13	1	37	Quito	1	1	2	2	2	4	5
14	QT15ME14	2	54	Quito	1	1	3	2	2	4	3
15	QT15ME15	2	47	Quito	1	1	2	1	2	4	2
16	QT15ME16	2	37	Quito	1	1	1	0	2	4	2
ENFERMERAS/OS											
1	QT15EN01	2	43	Quito	1	1	2	2	2	4	1
2	QT15EN02	1	50	Quito	1	1	2	2	2	4	1
3	QT15EN03	2	45	Quito	1	1	2	3	2	4	1
4	QT15EN04	2	39	Quito	1	1	2	2	2	4	2
5	QT15EN05	2	30	Quito	1	1	3	2	2	4	2
6	QT15EN06	2	26	Quito	1	1	2	0	2	4	1
7	QT15EN07	1	47	Quito	1	1	2	2	2	4	1
8	QT15EN08	1	35	Quito	1	1	2	0	2	4	1
9	QT15EN09	2	51	Quito	1	1	4	3	2	4	2
10	QT15EN10	2	55	Quito	1	1	2	3	2	4	1
11	QT15EN11	2	30	Quito	1	1	2	2	2	4	2
12	QT15EN12	2	49	Quito	1	1	2	3	2	4	2
13	QT15EN13	2	36	Quito	1	1	2	3	2	4	2
14	QT15EN14	2	40	Quito	1	1	2	3	2	4	1
15	QT15EN15	2	50	Quito	1	1	2	2	2	4	1
CLAVES											
GENERO						1. Masculino 2. Femenino					
ZONA						1. Urbana 2. Rural					
ETNIA						1. Mestizo 2. Blanco 3. Afro ecuatoriano 4. Indígena					
ESTADO CIVIL						1. Soltero 2. Casado					

	3. Viudo 4. Divorciado/separado 5. Unión libre
VIVE	1. Solo 2. Con otras personas
REMUNERACION SALARIAL	1. Diaria 2. Semanal 3. Quincenal 4. Mensual 5. No recibe
VALOR SALARIAL	1. 0-1000 2. 1001-2000 3. 2001-3000 4. 3001-4000 5. 4001-5000 6. 5001-6000

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral.

En la Tabla 5.1 se reflejan los resultados de las respuestas de médicos/as y enfermeros/as en el momento de aplicación del Cuestionario socio-demográfico y laboral. Se incluyen los datos sobre:

- Género: Predomina el femenino en enfermeras y el masculino en médicos.
- Edad: En médicos, oscila entre 62 y 28 años; más de la mitad tiene 50 años, sólo uno tiene 28, el resto oscila entre 30 y 40 años. En enfermeras, oscila entre 50 y 26 años; nueve investigadas tienen entre 50 y 40, cinco están en la década de los ´30 y una tiene 26 años.
- Ciudad donde viven: Todos los investigados radican en la ciudad de Quito, capital de Ecuador.
- Zona de residencia: Urbana para todos.
- Etnia: Casi todos mestizos.
- Estado civil: el mayor porcentaje son casados.
- Número de hijos: En médicos oscila entre 5 y ninguno y en el de enfermeras oscila entre 3 y ninguno. En cada grupo sólo dos investigados no tienen hijos. El mayor porcentaje en ambos grupos tiene 2 hijos.

- ¿Con quién vive el profesional?: La mayoría vive con otras personas, sólo un médico vive solo.
- Remuneración salarial y valor salarial: el porcentaje medio de investigadores tiene un salario mensual de entre 0 a 2000 dólares, los médicos tienen una remuneración más alta que los enfermeros.

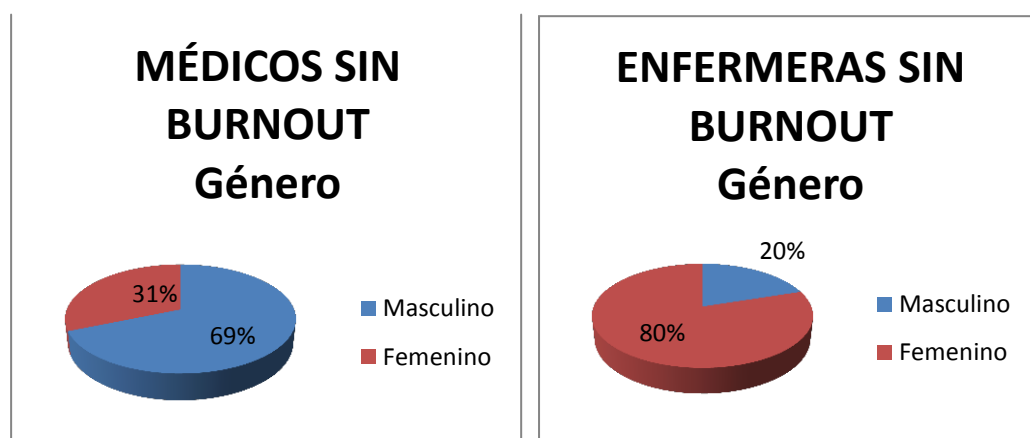
Tabla 5.2. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. GÉNERO.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
GÉNERO			GÉNERO		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Masculino	11	68,75	Masculino	3	20
Femenino	5	31,25	Femenino	12	80
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Género.

En la tabla 5.2 se observan las cifras puntuales de la categoría Género: el grupo de profesionales investigados está compuesto por 11 médicos y 5 doctoras, 12 enfermeras y 3 enfermeros. En total, son 16 médicos y 15 enfermeras.

Gráfico 5.1. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. GÉNERO.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Género.

En el Gráfico 5.1 se observa que en el grupo de médicos predomina el género masculino, con un 69% de médicos y un 31% de doctoras. En el grupo de enfermeras, domina el género femenino, con un 80% de mujeres y un 20% de varones.

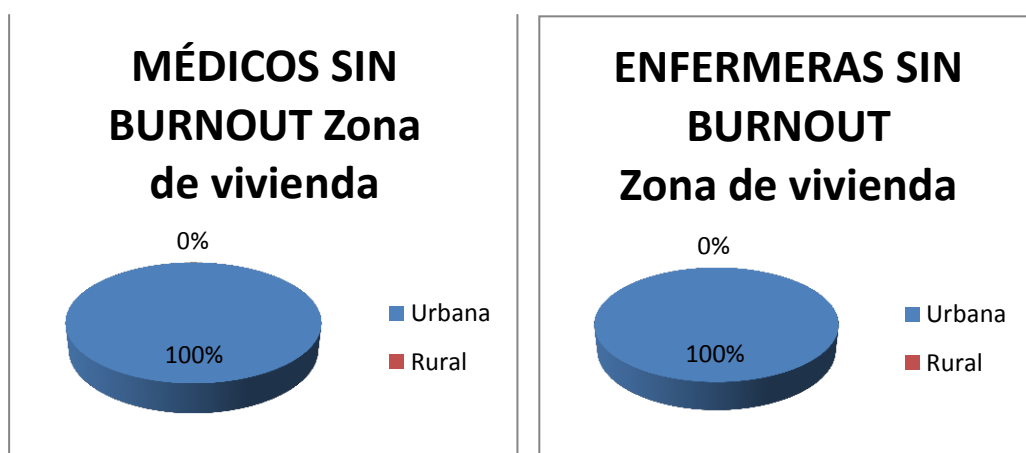
Tabla 5.3. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ZONA DE VIVIENDA.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
ZONA DE VIVIENDA			ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Urbana	16	100	Urbana	15	100
Rural	0	0	Rural	0	0
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Zona de vivienda.

En la Tabla 5.3 se observan los datos resultantes del Cuestionario socio-demográfico y laboral referidos a la zona de vivienda. Los 31 investigados viven en la ciudad de Quito, capital de Ecuador. La zona de residencia es urbana.

Gráfico 5.2. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ZONA DE VIVIENDA.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Zona de vivienda.

En el Gráfico 5.2 se observa que la zona de vivienda es común para todos los investigados. El 100% de los investigados vive en zona urbana.

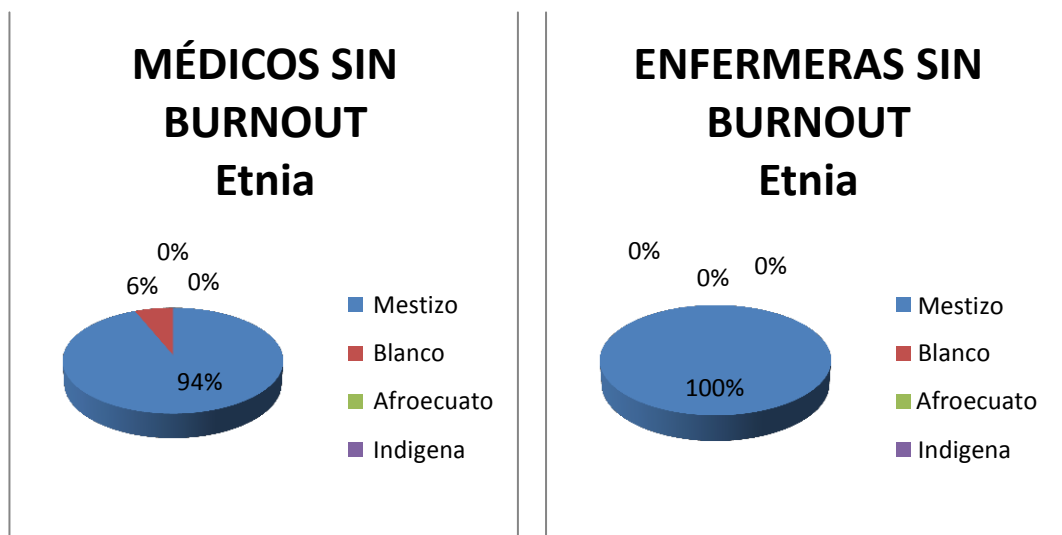
Tabla 5.4. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ETNIA.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
ETNIA			ETNIA		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Mestizo	15	93,75	Mestizo	15	100
Blanco	1	6,25	Blanco	0	0
Afroecuato	0	0	Afro ecuato	0	0
Indígena	0	0	Indígena	0	0
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Etnia.

La Tabla 5.4 muestra los resultados socio-demográficos y laborales de los médicos y enfermeras evaluados en cuanto a etnia. 15 médicos son mestizos y uno es blanco. Las 15 enfermeras son mestizas. No hay representación afro ecuatoriana o indígena.

Gráfico 5.3. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ETNIA.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Etnia.

El Gráfico 5.3 muestra que casi la totalidad de los investigados pertenecen a la etnia de mestizos. Menos un 6% de médicos que pertenecen a la etnia de blancos.

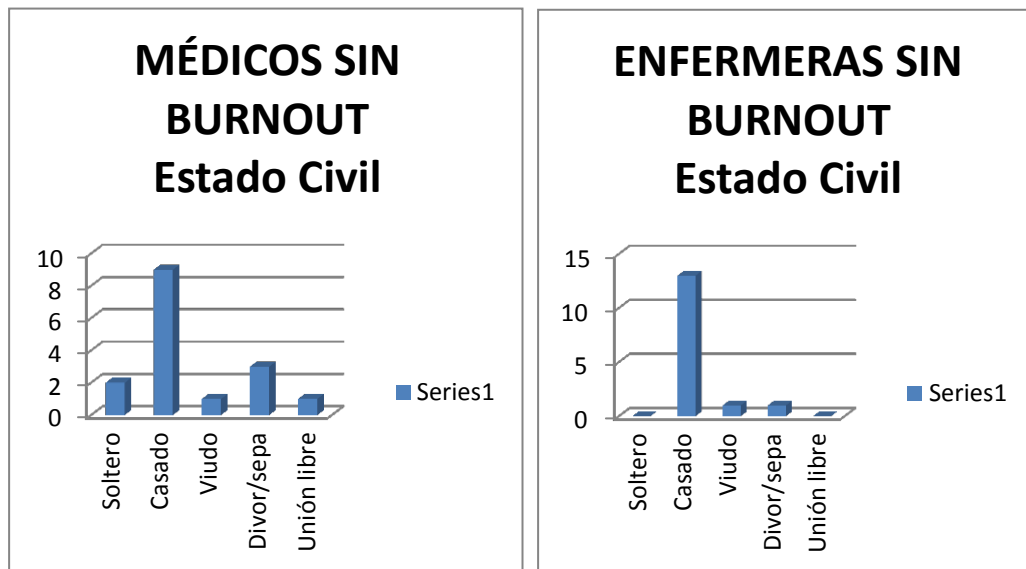
Tabla 5.5. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ESTADO CIVIL.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
ESTADO CIVIL			ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Soltero	2	12,5	Soltero	0	0,0
Casado	9	56,25	Casado	13	86,7
Viudo	1	6,25	Viudo	1	6,7
Divor/sepa	3	18,75	Divor/sepa	1	6,7
Unión libre	1	6,25	Unión libre	0	0,0
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Estado civil.

La Tabla 5.5 muestra que 9 médicos son casados, 2 solteros, 3 divorciados/separados y 1 viudo; 13 enfermeras son casadas, 1 viuda y 1 divorciada/separada.

Gráfico 5.4. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ESTADO CIVIL.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Estado Civil.

El Gráfico 5.4 refleja que el estado civil de la mayoría de los investigados es casado. En porcentaje ínfimo, encontramos solteros, viudos y divorciados-separados.

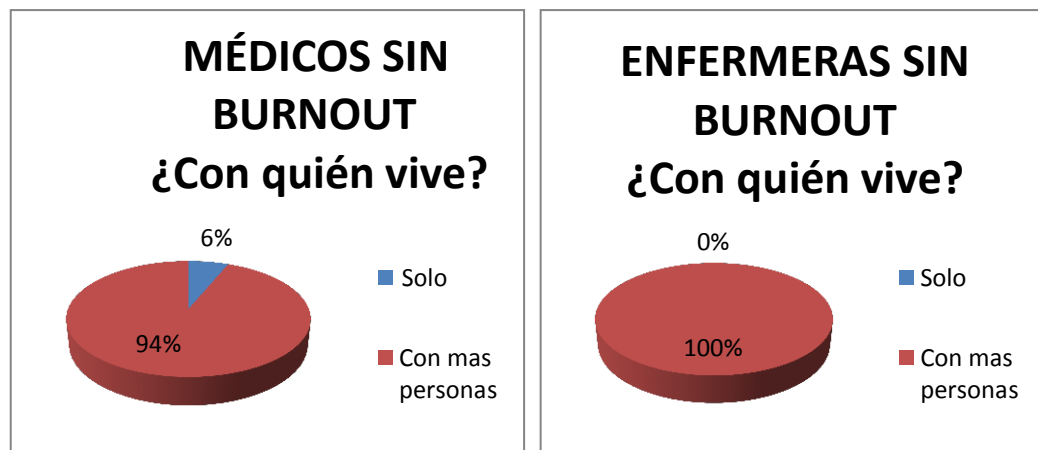
Tabla 5.6. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CON QUIEN VIVE.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
CON QUIEN VIVE			CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Solo	1	6,25	Solo	0	0
Con más personas	15	93,75	Con más personas	15	100
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Con quién vive?

La Tabla 5.6 refleja que el mayor porcentaje de médicos y enfermeras vive con otras personas. Sólo un médico vive solo.

Gráfico 5.5. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CON QUIEN VIVE.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Con quién vive?

El Gráfico 5.5 muestra que un alto porcentaje de los investigados viven con otras personas (el 94% de médicos y el 100% de enfermeras). Únicamente un 6% de médicos vive solo.

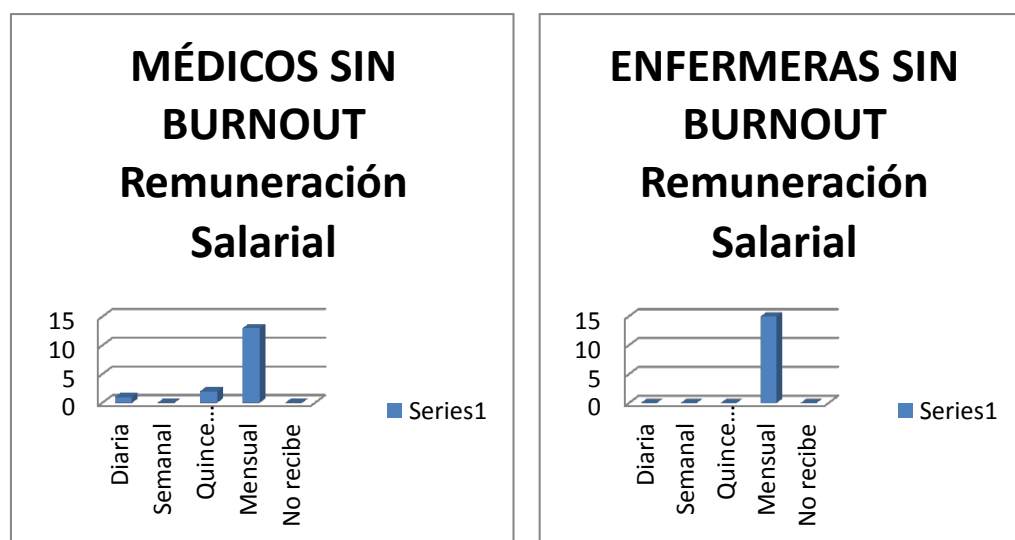
Tabla 5.7. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. REMUNERACION SALARIAL.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
REMUNERACIÓN SALARIAL			REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Diaria	1	6,25	Diaria	0	0
Semanal	0	0	Semanal	0	0
Quincenal	2	12,5	Quincenal	0	0
Mensual	13	81,25	Mensual	15	100
No recibe	0	0	No recibe	0	0
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Remuneración salarial.

En cuanto a remuneración salarial, la Tabla 5.7 explica que un 6,25% de los médicos reciben su salario diariamente (sólo uno); 2 médicos reciben salario quincenal, en un 12,5%; 13 médicos reciben salario mensual, en un 81,25%. Todas las enfermeras reciben salario mensual, en un 100%. Ningún investigado recibe salario semanal o no recibe salario.

Gráfico 5.6. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. REMUNERACION SALARIAL.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Remuneración laboral.

Según muestra el Gráfico 5.6, la remuneración salarial tiene una periodicidad mensual en la mayoría de los investigados, más del 81% de los médicos y el 100% de las enfermeras. En un menor porcentaje encontramos la semanal, la quincenal y la diaria. Un médico recibe salario diario, 2 médicos tienen salario quincenal. Ningún individuo de la muestra recibe salario semanal o no recibe.

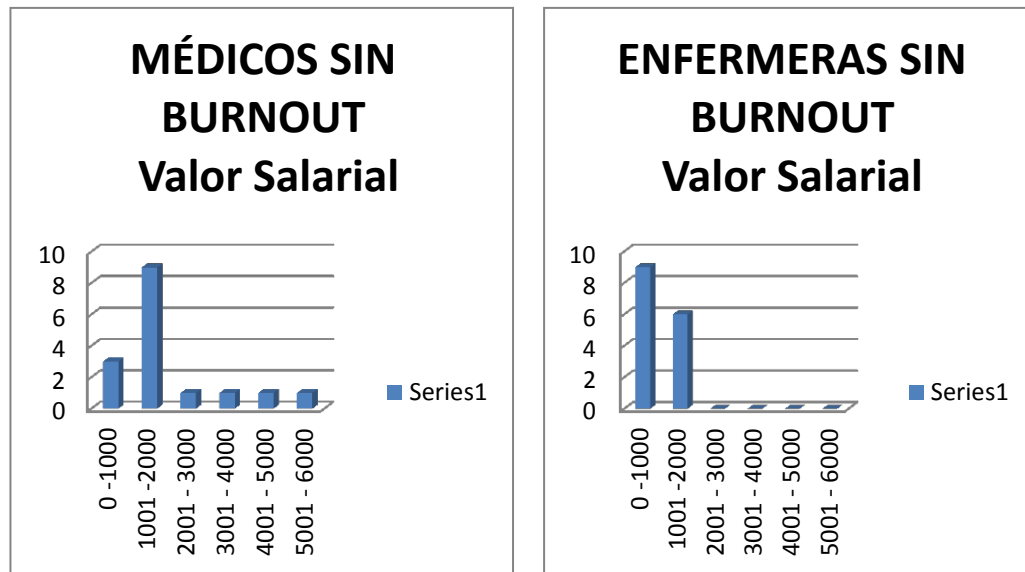
Tabla 5.8. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. VALOR SALARIAL.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
VALOR SALARIAL			VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
0 -1000	3	18,75	0 -1000	9	60
1001 -2000	9	56,25	1001 -2000	6	40
2001 - 3000	1	6,25	2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	1	6,25	3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	1	6,25	4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	1	6,25	5001 - 6000	0	0
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Valor salarial.

Según la Tabla 5.8, tienen un valor salarial de 1001 a 2000 dólares: 9 médicos, para un 18.75% y 6 enfermeras, en un 40%. Reciben de 0 a 1000 dólares, 3 médicos para un 56,25% y 9 enfermeras, en un 60%. 1 médico recibe de 3001 a 4000, en un 6,25%. 1 médico percibe de 4001 a 5000, en un 6.25%. 1 médico recibe de 5000 a 6000, en un 6,25%. Ninguna enfermera tiene un valor salarial mayor de 2000 dólares.

Gráfico 5.7. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. VALOR SALARIAL.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Valor salarial.

Como se observa en el Gráfico 5.7, la remuneración salarial predominante oscila de 1001 a 2000 dólares. Un pequeño porcentaje de médicos perciben un salario de 2001 a 6000 dólares, cifra que no percibe ninguna enfermera. En cuanto al valor salarial de 1001 a 2000 dólares, es recibido mayormente por los médicos (18,75%), en relación con las enfermeras (40%). En general, los médicos tienen una remuneración más alta que las enfermeras. Todos perciben salario estable.

Tabla 5.9. Resultados socio-demográficos y laborales de pacientes sin Síndrome de Burnout. Datos laborales.

N°	Código	Profesión	Especialidad	Postgrados	Experiencia	T. trabajo	S. trab.	Contrato	Instituciones
MEDICO/AS									
1	QT15ME01	1			32	2	2	5	1
2	QT15ME02	1	Otorrinolaringólogo		20	1	2	4	2
3	QT15ME	1	General		33	1	3	3	1

	03								
4	QT15ME 04	1	General		29	1	1	4	1
5	QT15ME 05	1	Traumatología		30	2	2	5	4
6	QT15ME 06	1	General		30	2	2	5	2
7	QT15ME 07	1	Residencia Asistencial		4	1	2	3	1
8	QT15ME 08	1	Dermatólogo		27	2	2	4	1
9	QT15ME 09	1			15	1	1	4	1
10	QT15ME 10	1	Cardiología		18	2	3	4	2
11	QT15ME 11	1	Otorrinolaringól ogo		35	2	1	4	1
12	QT15ME 12	1	Otorrinolaringól ogo		6	1	3	4	2
13	QT15ME 13	1	Otorrinolaringól ogo		7	1	2	4	2
14	QT15ME 14	1	General		30	1	3	3	2
15	QT15ME 15	1	Traumatología		11	1	3	4	2
16	QT15ME 16	1	Dermatólogo		6	2	1	4	2
ENFERMERO/AS									
1	QT15EN 01	2			16	1	1	3	1
2	QT15EN 02	2			1	1	1	4	1
3	QT15EN 03	2			20	2	1	4	1
4	QT15EN 04	2	Medicina Critica		15	1	1	4	1
5	QT15EN 05	2			8	2	3	4	1
6	QT15EN 06	2		Neuroli ngüísti ca	2	1	3	4	1
7	QT15EN 07	2			19	1	1	4	1
8	QT15EN 08	2			9	1	1	4	1
9	QT15EN 09	2			12	1	3	4	1
10	QT15EN 10	2			33	1	1	4	1

11	QT15EN 11	2			1	1	2	2	1
12	QT15EN 12	2			21	1	1	4	1
13	QT15EN 13	2	Enfermería		14	2	2	4	1
14	QT15EN 14	2			14	1	1	4	1
15	QT15EN 15	2	50		1	1	2	2	2
CLAVES									
PROFESIÓN				1. Médico/a 2. Enfermero/a					
EXPERIENCIA				Años de experiencia laboral					
TIPO DE TRABAJO				1. Tiempo Completo 2. Tiempo parcial					
SECTOR DE TRABAJO				1. Público 2. Privado 3. Ambos					
TIPO DE CONTRATO				1. Eventual 2. Ocasional 3. Plazo Fijo 4. Indefinido 5. Servicios profesionales 6. Ninguno					
INSTITUCIONES				Número de instituciones en las que trabaja					

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Datos laborales.

La Tabla 5.9 refleja:

- La profesión de los encuestados (16 médicos y 15 enfermeras)
- Los años de experiencia en la profesión (en este caso oscilan entre 31 y 1 año, aunque el valor medio oscila entre 15 y 20 años). En el grupo de médicos se tiene a 6 con 30 o más años de ejercicio, 3 con 20 o más años y 7 con 10 o menos años de práctica. El grupo de enfermeras tiene una con 33 años de experiencia laboral, dos con una veintena de años de ejercicio y 12 enfermeras con 19 o menos años de profesión.
- Las especialidades son varias para ambos grupos.
- 9 médicos trabajan a tiempo completo y 7 lo hacen de forma parcial. Las enfermeras realizan en su mayoría tiempo completo, sólo tres realizan tiempo parcial.

- El sector de trabajo (los encuestados laboran en sector privado, público y en ambos indistintamente). Sólo 4 médicos trabajan en el sector público, 7 en el privado y 5 laboran en ambos sectores. En el caso de las enfermeras, 9 trabajan en el sector público, 3 en el sector privado y 3 en ambos.
- El tipo de contrato que ostentan los encuestados es indefinido, plazo fijo, servicios profesionales en una o varias instituciones. Ningún investigado tiene contrato eventual. Sólo dos enfermeras tienen contrato ocasional. Tres médicos y una enfermera tienen contrato a plazo fijo. 10 médicos y 12 enfermeras tienen contrato indefinido. Dos médicos tienen contrato de servicios profesionales; pero ninguna de las enfermeras tiene ese tipo de contrato. Todos tienen contrato.
- Número de instituciones en la que trabaja: En el grupo de enfermeras solo una trabaja en dos instituciones, las demás trabajan en una institución. En el grupo de médicos, 8 trabajan en dos instituciones, 7 trabajan en una y solamente 1 trabaja en cuatro de ellas.

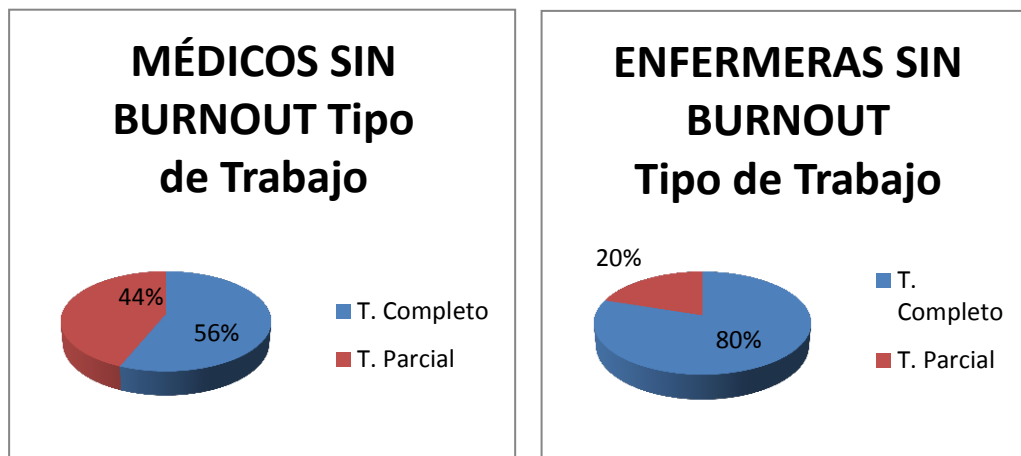
Tabla 5.10. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TIPO DE TRABAJO.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
TIPO DE TRABAJO			TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
T. Completo	9	56,25	T. Completo	12	80
T. Parcial	7	43,75	T. Parcial	3	20
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Tipo de trabajo.

La Tabla 5.10 indica los resultados socio-demográficos y laborales de médicos y enfermeras investigados, según el tipo de trabajo. 9 médicos laboran a tiempo completo, en un 56,25% y 7 realizan tiempo parcial, en un 43,75%. Las enfermeras casi todas labran a tiempo completo, 12, en un 80%. Sólo tres enfermeras trabajan a tiempo parcial, en un 20%.

Gráfico 5.8. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TIPO DE TRABAJO.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Tipo de Trabajo.

En el Gráfico 5.8 se observa que en los individuos evaluados predomina la realización del tiempo completo en el horario de trabajo, tanto en médicos (56%) como en enfermeras (80%). También ambos grupos laboran a tiempo parcial: médicos el 44% y enfermeras el 20%.

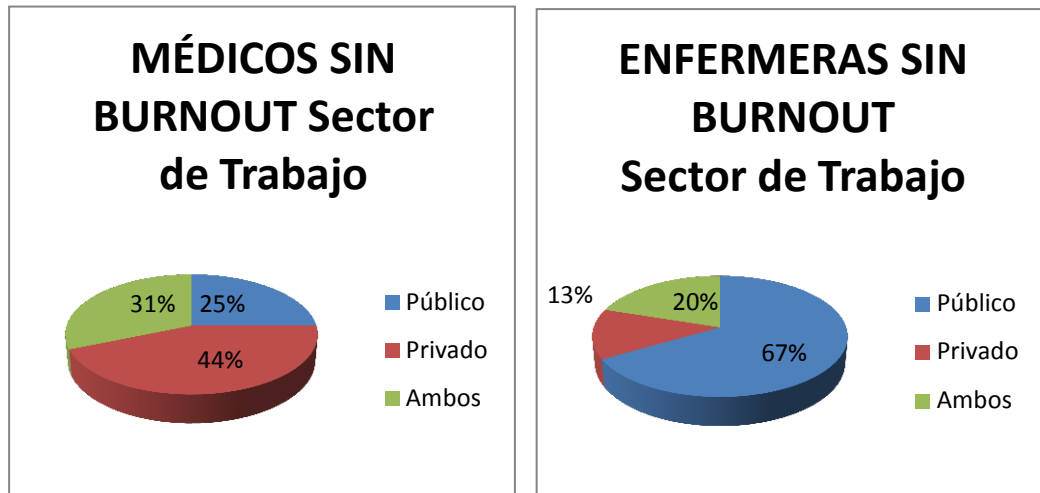
Tabla 5.11. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. SECTOR DE TRABAJO.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
SECTOR DE TRABAJO			SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Público	4	25	Público	10	66,67
Privado	7	43,75	Privado	2	13,33
Ambos	5	31,25	Ambos	3	20,00
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Sector de Trabajo.

La Tabla 5.11 indica que 4 médicos laboran en el sector público, en un 25%; 7 para el sector privado, en un 43,75% y 5 médicos trabajan en ambos sectores, en un 31,25%. 10 enfermeras ejercen en el sector público, en un 66,67%, 2 para el privado, en un 13,33% y 3 en ambos, en un 20%.

Gráfico 5.9. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. SECTOR DE TRABAJO.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio demográfico y laboral. Sector de trabajo.

El Gráfico 5.9 demuestra que los investigados alternan su trabajo en los sectores público, privado y ambos; aunque en el grupo de enfermeras predomina el sector público y en el de médicos predomina el privado. Los médicos (31%) trabajan más en ambos sectores que las enfermeras (20%).

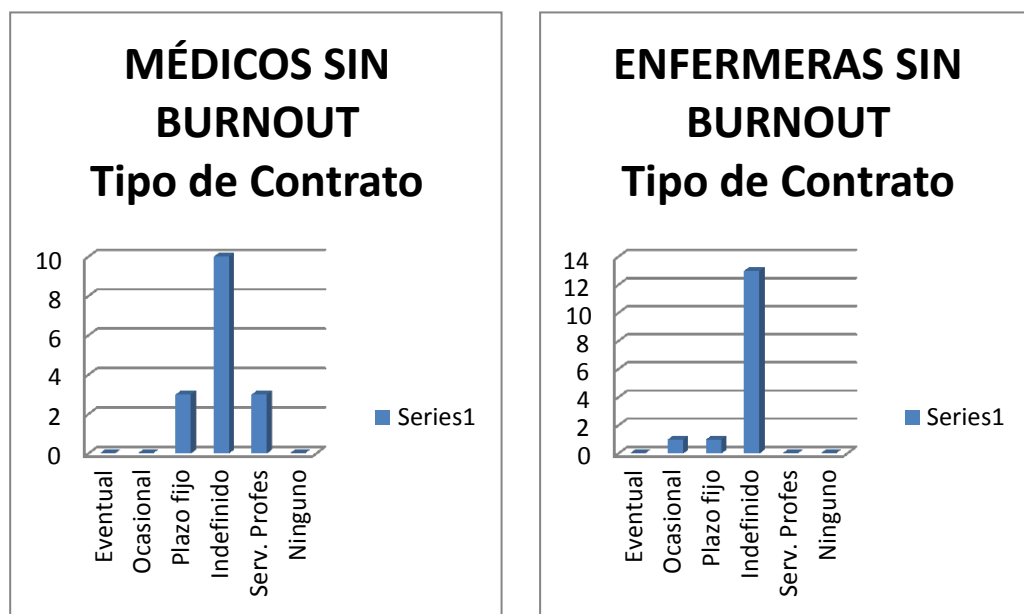
Tabla 5.12. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TIPO DE CONTRATO.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
TIPO DE CONTRATO			TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Eventual	0	0	Eventual	0	0
Ocasional	0	0	Ocasional	1	6,67
Plazo fijo	3	18,75	Plazo fijo	1	6,67
Indefinido	10	62,5	Indefinido	13	86,67
Serv. Profes	3	18,75	Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0	Ninguno	0	0
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Tipo de contrato.

La Tabla 5.12 explica que ningún investigado tiene contrato eventual. Los médicos no tienen contrato ocasional, pero una enfermera sí tiene, en un 6,67%. En cuanto a los contratos de plazo fijo, los médicos tienen un mayor porcentaje (18,75), en un valor de 3 individuos y 1 enfermera tiene plazo fijo, 6,67%. Los mayores valores se encuentran en el contrato indefinido en ambos grupos (10 médicos, en un 62,55, y 13 enfermeras, en un 86,67%). También se observa que tres médicos tienen contrato de servicios profesionales, en un 18,75%; las enfermeras no tienen contrato de servicios profesionales y todos los investigados tienen contrato.

Gráfico 5.10. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TIPO DE CONTRATO.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Tipo de Contrato.

El gráfico 5.10 refleja que el tipo de contrato de los investigados es fundamentalmente indefinido o a plazo fijo. Todos tienen contrato. Sólo una enfermera labora con contrato ocasional, ningún médico tiene contrato ocasional. Nadie labora con contrato eventual. Los médicos trabajan con contrato de servicios profesionales, las enfermeras no.

Tabla 5.13. Resultados socio-demográficos y laborales de pacientes sin Síndrome de Burnout. Datos laborales.

N°	Código	HORAS DE TRABAJO		TURNOS					Guardia	
		Diarias	Semanal	Vespertino	Matutino	Nocturno	Fin de S	Rotativo	Horas	Días
MÉDICOS/AS										
1	QT15ME01	4	24	1	2	2	2	2	0	0
2	QT15ME02	8	54	1	1	2	2	2	0	0
3	QT15ME03	8	56	2	2	2	2	1	24	4
4	QT15ME04	8	40	2	1	2	2	2	0	0
5	QT15ME05	2	8	2	1	2	2	2		
6	QT15ME06	10	50	2	2	1	2	2	2	1
7	QT15ME07	8	40	2	2	2	2	1	24	15
8	QT15ME08	4	20	1	2	2	2	2	0	0
9	QT15ME09	8	40	2	2	2	2	1	0	0
10	QT15ME10	6	30	2	1	2	2	2	0	0
11	QT15ME11	4	20	2	2	2	2	1	0	0
12	QT15ME12	10	50	1	1	2	2	2	0	0
13	QT15ME13	10	70	1	1	2	2	2	0	0
14	QT15ME14	8	40	1	1	2	2	2	0	0
15	QT15ME15	11	55	1	1	1	1	1	24	15
16	QT15ME16	8	40	1	1	2	2	2	24	70
ENFERMERO/AS										
1	QT15EN01	2			16	1	1	3	1	2
2	QT15EN02	2			1	1	1	4	1	2
3	QT15EN03	2			20	2	1	4	1	2

4	QT15EN04	2	Medicina Crítica		15	1	1	4	1	2
5	QT15EN05	2			8	2	3	4	1	2
6	QT15EN06	2		Neurolingüística	2	1	3	4	1	2
7	QT15EN07	2			19	1	1	4	1	2
8	QT15EN08	2			9	1	1	4	1	2
9	QT15EN09	2			12	1	3	4	1	2
10	QT15EN10	2			33	1	1	4	1	2
11	QT15EN11	2			1	1	2	2	1	2
12	QT15EN12	2			21	1	1	4	1	2
13	QT15EN13	2	Enfermería		14	2	2	4	1	2
14	QT15EN14	2			14	1	1	4	1	2
15	QT15EN15	2		Enfermería Quirúrgica	11	1	1	4	1	2
CLAVES										
TRABAJA EN TURNOS VESPERTINOS						1. SI 2. NO				
TRABAJA EN TURNOS MATUTINOS						1. SI 2. NO				
TRABAJA EN TURNOS NOCTURNOS						1. SI 2. NO				
TRABAJA EN TURNOS FIN DE SEMANA						1. SI 2. NO				
TRABAJA EN TURNOS ROTATIVOS						1. SI 2. NO				
DIAS						Cada cuantos días hace				

	guardia
--	---------

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Datos laborales.

La Tabla 5.13 permite comparar las horas de trabajo que oscilan entre 10 y 2 horas diarias, de 56 horas a 8 horas semanales, cubriendo todos los tipos de turnos. En el grupo de médicos, la mitad trabaja en turnos vespertinos, la otra mitad no. Lo mismo pasa con los turnos matutinos. Dos médicos trabajan en horario nocturno, uno hace turnos los fines de semana y 5 realizan turnos rotativos y 5 cumplen horarios de guardia. En el caso de las enfermeras, todas hacen guardias, turnos matutinos, nocturnos, menos una, y guardias. 2 enfermeras realizan turnos vespertinos.

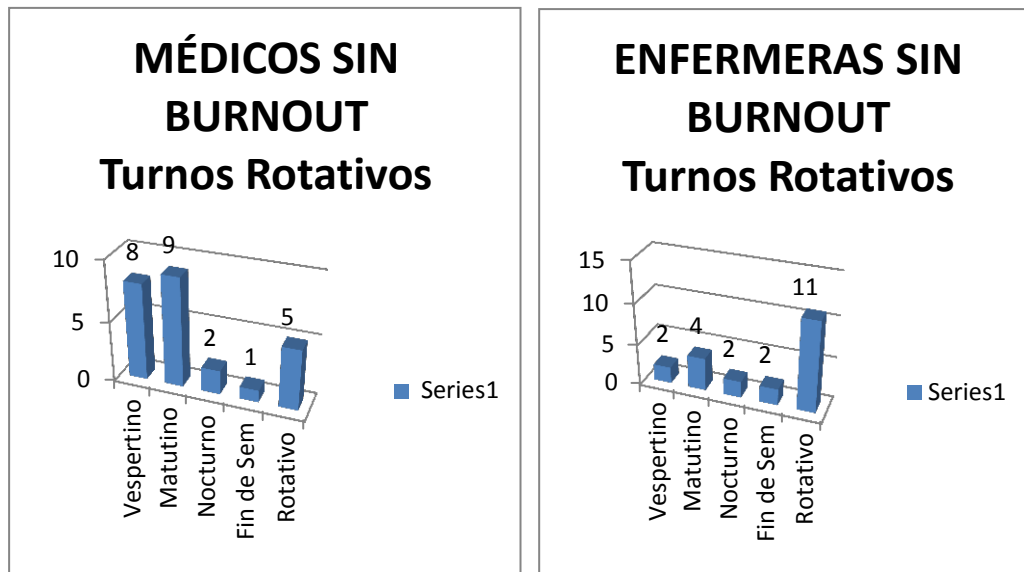
Tabla 5.14. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TURNOS DE TRABAJO.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
TURNOS DE TRABAJO			TURNOS DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Vespertino	8	32	Vespertino	2	9,52
Matutino	9	36	Matutino	4	19,05
Nocturno	2	8	Nocturno	2	9,52
Fin de Sem.	1	4	Fin de Sem.	2	9,52
Rotativo	5	20	Rotativo	11	52,38
TOTAL	25	100	TOTAL	21	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Turnos de trabajo.

Según la Tabla 5.14: 8 médicos (32%) y 2 enfermeras (9,52%) hacen turnos vespertinos; 9 médicos (36%) y 4 enfermeras (19,05%) hacen turnos matutinos; 2 médicos (8%) y 2 enfermeras hacen turnos nocturnos (9,52%) un médico hace turno de fin de semana (4%) y 2 enfermeras también (9, 52%); 5 médicos (20%) y 11 enfermeras (52,38%) hacen turnos rotativos.

Gráfico 5.11. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TURNOS DE TRABAJO.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico. Turnos de trabajo.

El Gráfico 5.11 refleja que las enfermeras realizan más turnos rotativos que los médicos, en un porcentaje significativamente superior. El grupo de enfermeras tiene más turnos nocturnos y de fin de semana. El grupo de médicos realiza más turnos vespertinos y matutinos.

Tabla 5.15. Resultados socio-demográficos y laborales de pacientes sin Síndrome de Burnout. Datos laborales.

N°	Código	N° Paci.	Tipos de Pacientes											¿Cuáles ?	Tod
			Onc	Psic	Ren	Quir	Card	Neur	Diab	Emer	Inte	Otros			
MÉDICOS/AS															
1	QT15ME01	5	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	Medicina Interna	2	
2	QT15ME02	10	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	Otorrinolaringólogo	2	
3	QT15ME03	30	1	2	2	2	2	2	1	1	1	1	Obstétricas	2	
4	QT15ME04	30	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	Pediatría	2	
5	QT15ME05	5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	Traumatología		
6	QT15ME06	8	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	Medicina General	2	

7	QT15ME07	5	2	2	2	2	1	2	2	2	2				
8	QT15ME08	10	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	Piel	2	
9	QT15ME09		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2		1	
10	QT15ME10	25	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2		2	
11	QT15ME11	15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	Otorrinolaringología	2	
12	QT15ME12	25	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	C/E	2	
13	QT15ME13	25	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	Otorrinolaringología	2	
14	QT15ME14	12	2	2	1	2	1	1	1	1	2	2		2	
15	QT15ME15	10	2	2	2	1	2	2	2	1	2	1	Ortopedia	2	
16	QT15ME16	30	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	Dermatología	2	
ENFERMERO/AS															
1	QT15EN01	5	18	2	2	2	2	1	2	2	1	2		1	Primeros Auxilios
2	QT15EN02	4	28	2	2	2	2	2	2	2	2	2		1	Geriátrico
3	QT15EN03	1	25	2	2	2	2	2	2	2	1	2		1	
4	QT15EN04	5	15	2	1	1	1	1	1	1	2	2		2	
5	QT15EN05	4	15	2	1	2	1	1	2	2	2	2		2	
6	QT15EN06	5	28	1	1	1	1	1	1	1	2	1		2	
7	QT15EN07	4	100	2	2	1	1	1	1	1	1	1		1	
8	QT15EN08	4	20	2	2	2	1	1	2	1	1	2		2	
9	QT15EN09	4	18	2	2	2	1	2	2	2	2	2		1	Traumatología
10	QT15EN10	4	51	2	2	2	1	2	2	1	2	2		2	
11	QT15EN11	4	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
12	QT15EN12	4	17	1	1	1	1	1	1	1	2	2		1	Politraumatizados
13	QT15EN13	3	20	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
14	QT15EN14	2	16	2	1	1	1	2	1	1	2	2		2	
15	QT15EN15	5	16	1	1	1	1	1	1	1	1	1		1	
CLAVES															

% PACIENTES	Indica el porcentaje del día que trabaja con pacientes
N° PACIENTES	Número de pacientes que atiende por día
ONCOLOGICOS	1. SI 2. NO
PSIQUIATRICOS	1. SI 2. NO
ALTERACIONES RENALES	1. SI 2. NO
QUIRURGICOS	1. SI 2. NO
CARDIACOS	1. SI 2. NO
NEUROLOGICOS	1. SI 2. NO
DIABETICOS	1. SI 2. NO
EMERGENCIAS	1. SI 2. NO
CUIDADOS INTENSIVOS	1. SI 2. NO
OTROS	1. SI 2. NO
TODOS LOS ANTERIORES	1. SI 2. NO

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Datos laborales.

La Tabla 5.15 refleja que los investigados atienden pacientes de todas las especialidades. También se observa que el número de pacientes no es una cifra tan alta como para producir distrés o sea para sobrepasar las fuerzas emocionales.

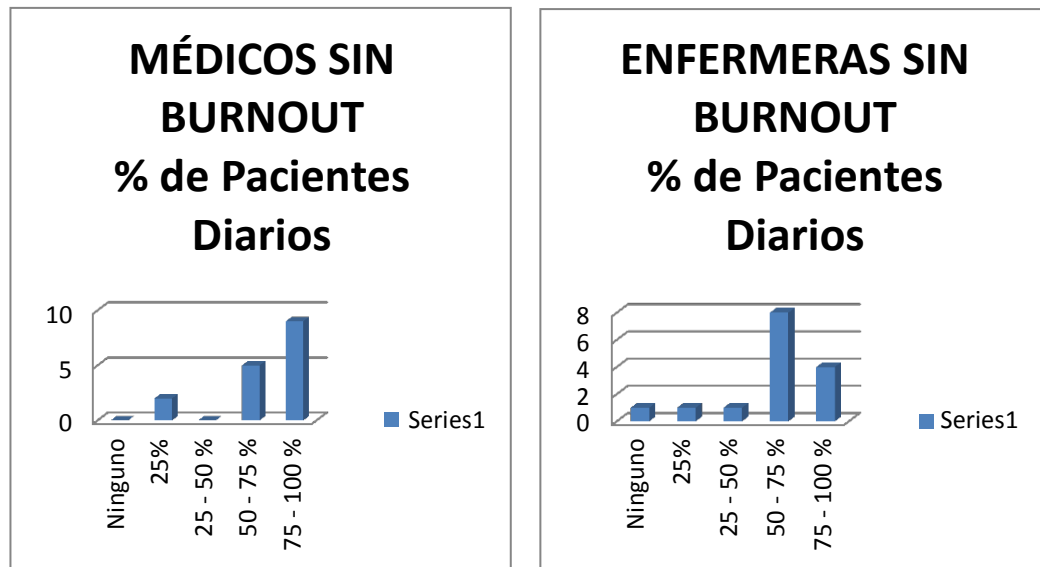
Tabla 5.16. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. NUMERO DE PACIENTES DIARIOS.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
PORCENTAJE DE PACIENTES DIARIOS			PORCENTAJE DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0	Ninguno	1	6,67
25%	2	12,5	25%	1	6,67
25 - 50 %	0	0	25 - 50 %	1	6,67
50 - 75 %	5	31,25	50 - 75 %	8	53,33
75 - 100 %	9	56,25	75 - 100 %	4	26,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Número de pacientes diarios.

La Tabla 5.16 refleja que el 25% de los médicos atiende 2 pacientes diarios (12,5%) y el 25% de las enfermeras atiende 1 paciente diario (6,67%). Del 25 al 50% de las enfermeras atiende 1 paciente diario (6,67%). Del 50 al 75% de médicos atiende 5 pacientes diarios (31,25%) y del 50 al 75% de enfermeras atiende 8 pacientes diarios (53,33%). También esta tabla refleja que del 75 al 100% de médicos atiende 9 pacientes diarios y del 75 al 100% de enfermeras atiende 4 (26,67%).

Gráfico 5.12. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. PORCENTAJE DE PACIENTES DIARIOS.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Número de pacientes diarios.

El Gráfico 5.12 refleja que el 25% de médicos tiene un porcentaje un poco mayor de pacientes que las enfermeras. El 25-50% de enfermeras atienden más pacientes que los médicos. El 50-75% de enfermeras asumen más pacientes que los médicos. El 75-100% de médicos más pacientes que las enfermeras.

Tabla 5.17. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TIPOS DE PACIENTES.

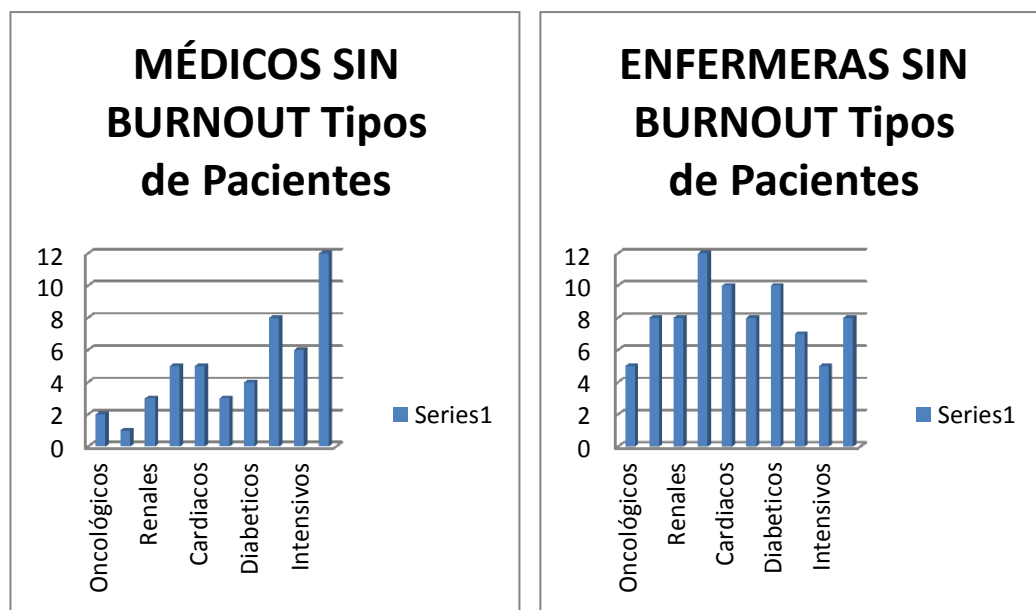
MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
TIPOS DE PACIENTES			TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Oncológicos	2	4,08	Oncológicos	5	6,17
Psiquiátricos	1	2,04	Psiquiátricos	8	9,88
Renales	3	6,12	Renales	8	9,88
Quirúrgicos	5	10,20	Quirúrgicos	12	14,81
Cardíacos	5	10,20	Cardíacos	10	12,35
Neurológicos	3	6,12	Neurológicos	8	9,88
Diabéticos	4	8,16	Diabéticos	10	12,35

Emergencias	8	16,33	Emergencias	7	8,64
Intensivos	6	12,24	Intensivos	5	6,17
Otros	12	24,49	Otros	8	9,88
TOTAL	49	100	TOTAL	81	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Tipos de pacientes.

Según la Tabla 5.17: De pacientes oncológicos, los médicos tienen un 4,08% y las enfermeras un 6,17%; de psiquiátricos, los médicos un 2,04% y las enfermeras un 9,88%; de renales, los médicos tienen un 6,12% y las enfermeras un 9,88%; de quirúrgicos, los médicos aportan el 10,20% y 14,81% las enfermeras; de cardiacos, los galenos un 10,20% y 12,35% las enfermeras; de neurológicos, los médicos tienen 6,12% y 9,88% las enfermeras; de diabéticos 8,16% y 12,35% respectivamente y de emergencias, los médicos un 16,33% y las enfermeras un 8,64%.

Gráfico 5.13. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. TIPOS DE PACIENTES.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio demográfico

El Gráfico 5.13 indica que ambos grupos atienden diversas especialidades. Los enfermeros atienden casos de especialidades más riesgosas para la aparición de cansancio emocional y con pacientes de más riesgos en sus padecimientos. Los enfermeros atienden más casos oncológicos, psiquiátricos, renales, quirúrgicos,

cardiacos, neurológicos y diabéticos. Los galenos atienden más casos de emergencia que las enfermeras.

Tabla 5.18. Resultados socio-demográficos y laborales de pacientes sin Síndrome de Burnout. Datos laborales.

N°	Código	Paci. riesg.	Paci. fallec.	Cuánt.	Recurs.	Permis.	Causas	Cuáles	Cuánt.
MÉDICOS/AS									
1	QT15ME01	2	2	0	2	2			
2	QT15ME02	2	2	0	1	2			0
3	QT15ME03	1	1	1	2	2			0
4	QT15ME04	2	2	0	3	2			0
5	QT15ME05	2			1	2			0
6	QT15ME06	2	2	0	2	1	1		6
7	QT15ME07	1	1	1	2	1	1		15
8	QT15ME08	2	2	0	1	1	3	Personales	7
9	QT15ME09	2	1	1	1	2			0
10	QT15ME10	1	1	1	2	1	1		4
11	QT15ME11	1	2	0	2	2			0
12	QT15ME12	2	2	0	1	1	2		5
13	QT15ME13	2	2	0	2	1	1		4
14	QT15ME14	2	2	0	1	1	2		2
15	QT15ME15	2	2	0	2	1	1		3
16	QT15ME16	2	2	0	2	2			0
ENFERMERO/AS									
1	QT15EN01	2	2	2	0	1	1	2	
2	QT15EN02	2	1	2	0	2	2		
3	QT15EN03	2	2	2	0	1	2		
4	QT15EN04	2	1	1	2	1	2		
5	QT15EN05	2	2	1	2	2	2	2	
6	QT15EN06	2	1	1	3	1	1	1	
7	QT15EN07	2	1	2	0	2	2		
8	QT15EN08	2	1	2	0	1	1	3	

9	QT15EN09	2	2	2	0	1	2		
10	QT15EN10	2	1	2	0	2	2		
11	QT15EN11	1	2	2	0	1	2		
12	QT15EN12	2	1	1	1	2	2		
13	QT15EN13	1	1	2	0	2	1	2	
14	QT15EN14	2	2	2	0	3	2		
15	QT15EN15	1	2	2	0	1	2		
CLAVES									
ATIENDE A PACIENTES CON RIESGO					1. SI 2. NO				
HA TENIDO PACIENTES QUE HAN FALLECIDO EN LOS ULTIMOS MESES					1. SI 2. NO				
CUANTOS					PACIENTES FALLECIDOS				
LA INSTITUCION PROVEE DE LOS RECURSOS NECESARIOS					1. TOTALMENTE 2. MEDIANAMENTE 3. POCO 4. NADA				
SOLICITUD DE PERMISOS A LA INSTITUCION EN EL ULTIMO AÑO					1. SI 2. NO				
SI HA SOLICITADO PERMISO POR QUE CAUSA HA SIDO					1. CAPACITACION 2. PROBLEMAS DE SALUD 3. SITUACIONES FAMILIARES 4. OTROS				
CUALES					EN CASO DE SER OTRAS CAUSAS CUALES SERIAN				
CUANTOS					CUANTOS DIAS DE PERMISO EN EL ULTIMO AÑO				

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Datos laborales.

La Tabla 5.18 incluye la cifra de pacientes con riesgo de muerte y fallecidos, índices mínimos y los permisos que piden los profesionales con la causa. Se puede observar que los investigados son dedicados a su profesión pues piden pocos permisos para ausentarse al trabajo y por causas de superación o enfermedad, fundamentalmente.

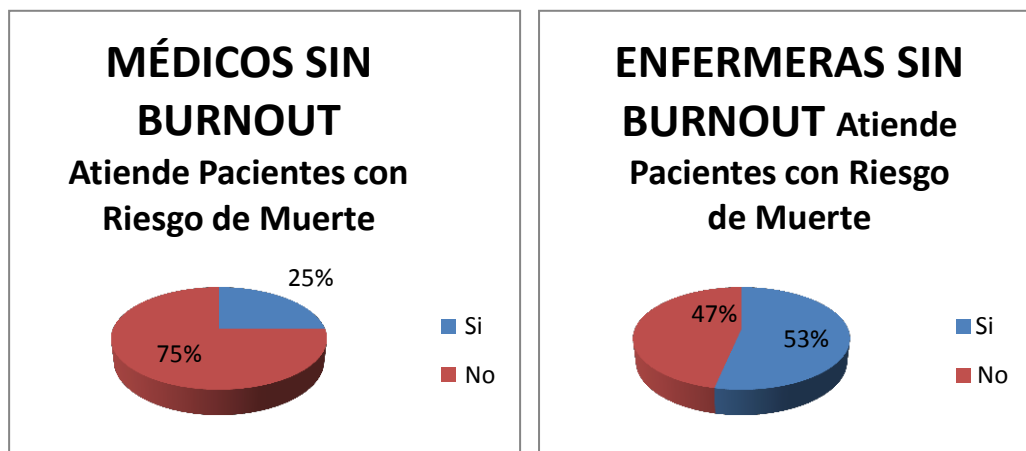
Tabla 5.19. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ATIENDE PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
ATIENDE PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE			ATIENDE PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Si	4	25	Si	8	53,33
No	12	75	No	7	46,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Atiende pacientes con riesgo de muerte.

La Tabla 5.19 indica que 4 médicos (25%) y 8 enfermeras (53,33%) atienden pacientes con riesgo de muerte. Por lo tanto, los mayores valores, 12 médicos (75%) y 7 enfermeras (46,67%), no lo hacen.

Gráfico 5.14. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. ATIENDE PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Atiende pacientes con riesgo de muerte.

El Gráfico 5.14 muestra que el mayor porcentaje de médicos (75%) y enfermeras (47%) no atienden pacientes con riesgo de muerte. Los médicos (25%) están menos expuestos que las enfermeras (53%) a los pacientes con riesgo de muerte. Se debe tener en cuenta que esta exposición es uno de los principales factores de riesgo para los profesionales de la salud.

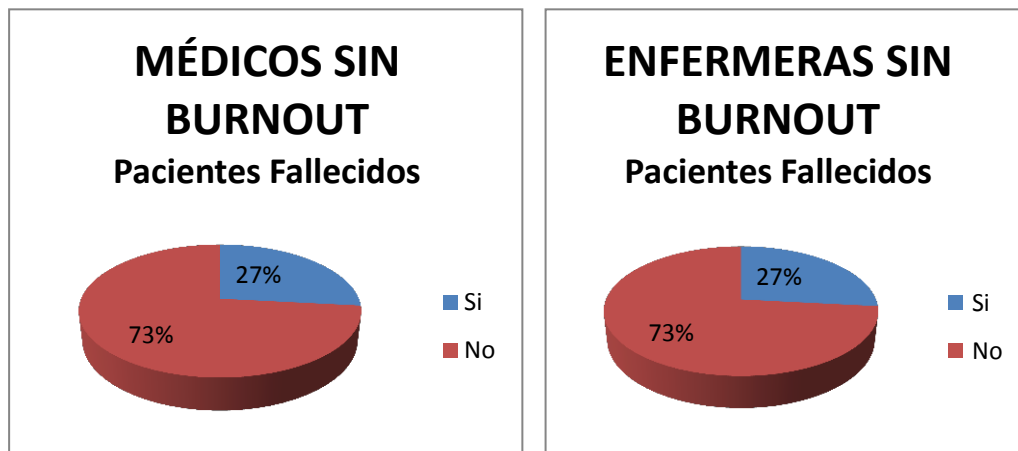
Tabla 5.20. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. PACIENTES FALLECIDOS.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
PACIENTES FALLECIDOS			PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Si	4	26,67	Si	4	26,67
No	11	73,33	No	11	73,33
TOTAL	15	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Pacientes fallecidos.

En la Tabla 5.20 se observa que el mayor porcentaje de los individuos de la muestra no tienen pacientes fallecidos, 11 médicos (73,33%) y 11 enfermeras (73,33%). Sólo 4 médicos (26,67%) y 4 enfermeras (26,67%) tienen pacientes fallecidos.

Gráfico 5.15. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. PACIENTES FALLECIDOS.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Pacientes fallecidos.

En el Gráfico 5.15, las resultantes son iguales para ambos grupos de médicos y enfermeros. Se observa que el índice de pacientes fallecidos es reducido, aspecto que no provoca agotamiento emocional, despersonalización ni insatisfacción laboral.

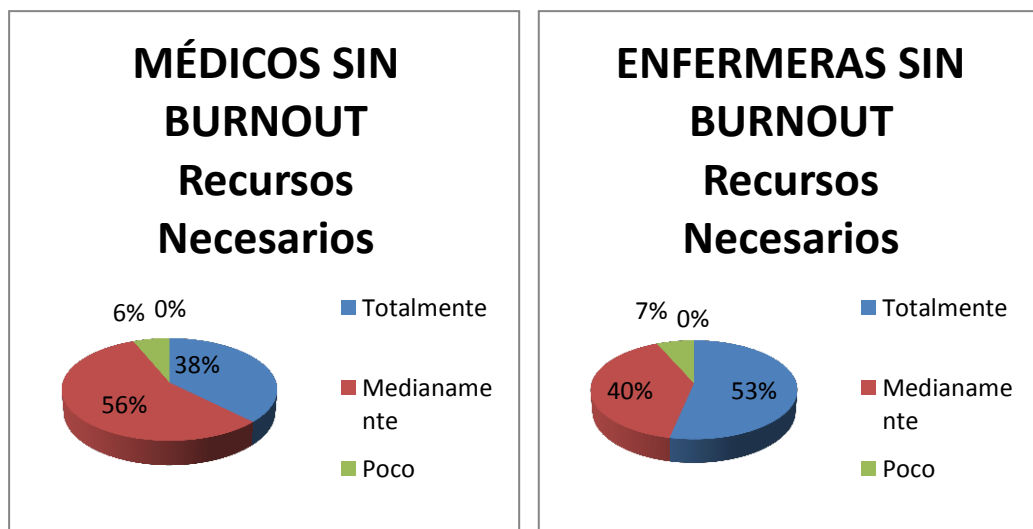
Tabla 5.21. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. RECURSOS NECESARIOS.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
RECURSOS NECESARIOS			RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Totalmente	6	37,5	Totalmente	8	53,33
Medianamente	9	56,25	Medianamente	6	40,00
Poco	1	6,25	Poco	1	6,67
Nada	0	0	Nada	0	0
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Recursos necesarios.

La Tabla 5.21 indica que 6 médicos (37,5%) y 8 enfermeras (53,33%) perciben que son apoyados totalmente en los recursos necesarios para su labor. El mayor número de médicos (9, para un 56,25%) percibe que son apoyados medianamente, al igual que el 40% de enfermeras. Y el mismo porcentaje para ambos grupos sienten que es poco (1 médico y 1 enfermera).

Gráfico 5.16. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. RECURSOS NECESARIOS.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Recursos necesarios.

La disponibilidad de recursos necesarios ofrecidos por la institución es un aspecto que actúa en sentido proporcional para la buena salud de los profesionales de este medio. En el Gráfico 5.16 consta que los médicos perciben un 38 % de total apoyo y las enfermeras un 53%. Medianamente, los parámetros de apoyo se comportan en el orden de 56% para los médicos y de 40% para enfermeras. Pero el índice de percepción de poco apoyo es muy bajo para ambos grupos (6 y 7% respectivamente). Por lo que los investigados perciben adecuadamente la recepción de recursos para su trabajo y ello incide directamente en la no aparición del Síndrome de Burnout.

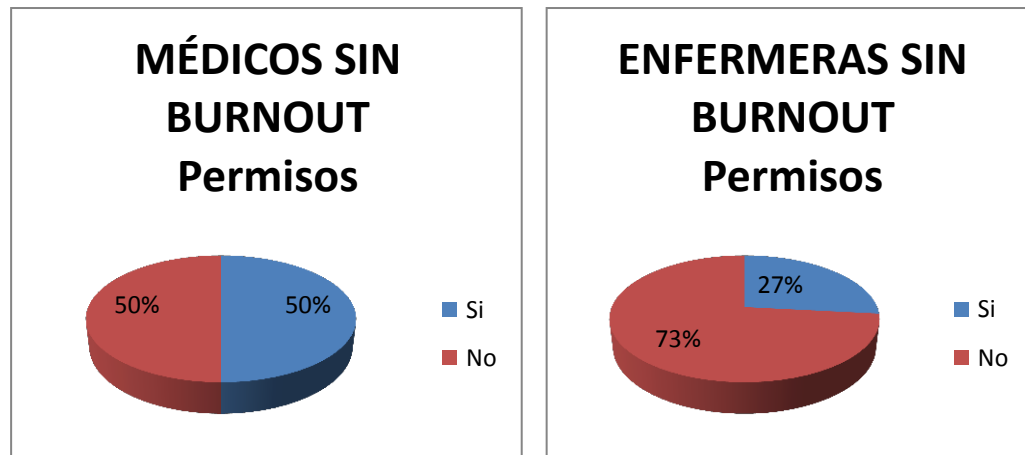
Tabla 5.22. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. PERMISOS.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
PERMISOS			PERMISOS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Si	8	50	Si	4	26,67
No	8	50	No	11	73,33
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Permisos.

La Tabla 5.22 ilustra cómo la mitad de los médicos (50%) han pedido permisos para ausentarse al puesto laboral y sólo 4 enfermeras (26.67%) lo han hecho y un 73,33% de ellas que no lo han hecho.

Gráfico 5.17. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. PERMISOS.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Permisos.

En el Gráfico 5.17 se muestra que los médicos piden más permisos para ausencia laboral que los enfermeros pero las causas son por razones de superación profesional en los médicos y por enfermedad o causas personales en los enfermeros. Ello denota que son profesionales dedicados a su trabajo, y que éste le produce satisfacción.

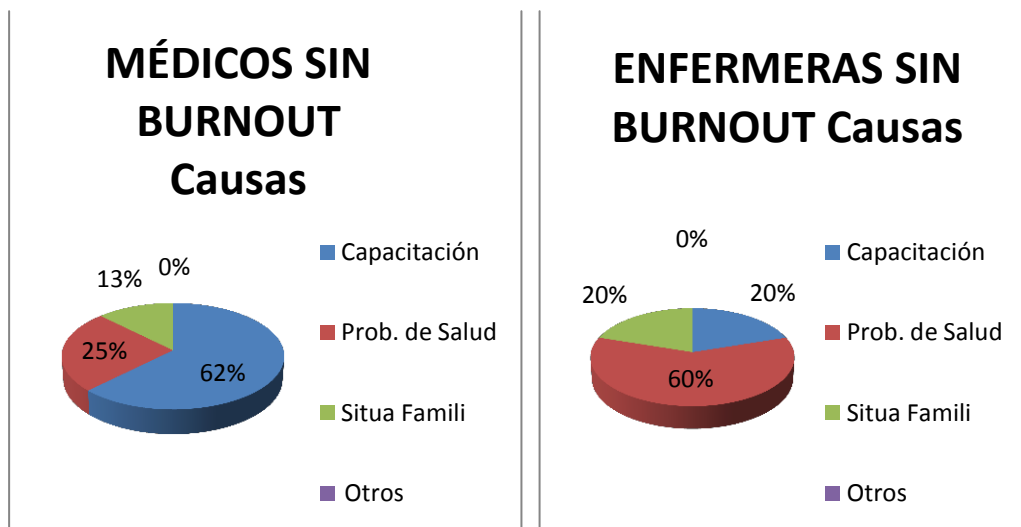
Tabla 5.23. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CAUSAS DE LOS PERMISOS.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
CAUSAS DE LOS PERMISOS			CAUSAS DE LOS PERMISOS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Capacitación	5	62,5	Capacitación	1	20
Prob. de Salud	2	25	Prob. de Salud	3	60
Situa. Famil.	1	12,5	Situa. Famil.	1	20
Otros	0	0	Otros	0	0
TOTAL	8	100	TOTAL	5	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Causas de los permisos.

La Tabla 5.23 indica que 5 médicos (62,5%) tienen la capacitación como causa de sus permisos de ausencia laboral, al igual que 1 enfermera (20%); 2 médicos (25%) alegan problemas de salud, al igual que 3 enfermeras (60%). También se observa que solamente 1 galeno y 1 enfermera presentaron problemas familiares.

Gráfico 5.18. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CAUSAS DE LOS PERMISOS.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. Causas de los permisos.

El Gráfico 5.18 demuestra que las causas de los permisos para ausencia laboral son justificadas: por capacitación (62% en los médicos y 20% en enfermeras), problemas de salud 25% en médicos y 60% en enfermeras) y situación familiar (13% en médicos y 20% en enfermeras); lo cual denota que los profesionales investigados se dedican a su profesión pero sin extremismos que les hagan olvidarse de sus necesidades como individuos.

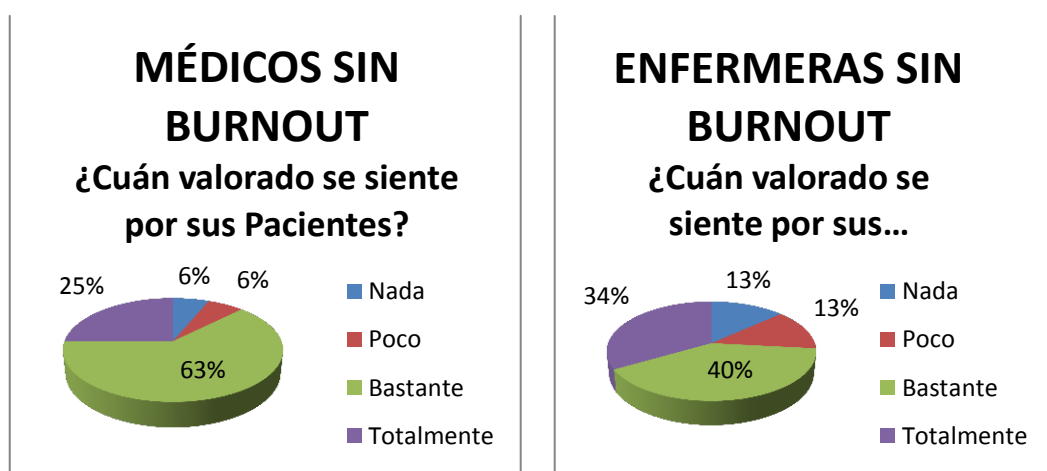
Tabla 5.24. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR SUS PACIENTES.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR SUS PACIENTES?			¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR SUS PACIENTES?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25	Nada	2	13,33
Poco	1	6,25	Poco	2	13,33
Bastante	10	62,5	Bastante	6	40,00
Totalmente	4	25	Totalmente	5	33,33
TOTAL	15	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por sus pacientes?

La Tabla 5.24 muestra que 10 médicos (62,5%) y 6 enfermeras (40%) se sienten bastante valorados por los pacientes. 4 médicos (25%) y 5 enfermeras (33%) se sienten totalmente valoradas. Los índices menores se reflejan en algunos individuos de cada grupo se sienten poco y nada valorados.

Gráfico 5.19. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR SUS PACIENTES.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por sus pacientes?

Como se observa en el Gráfico 5.19, los investigados se sienten totalmente (25% los médicos y 34% las enfermeras) o bastante (40% las enfermeras y 63% los médicos) valorados por sus pacientes. Sólo un 6% de médicos se siente poco o nada valorados. En el caso de las enfermeras, un 13% se siente poco valorado y un 13% nada. Esta interpretación de la realidad por parte del profesional es definitoria para una buena salud emocional, mental y física.

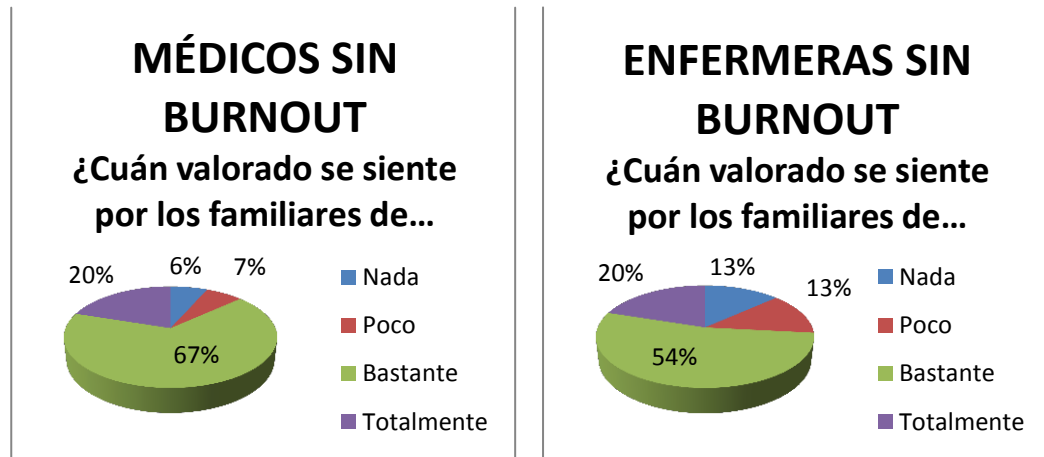
Tabla 5.25. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR LOS FAMILIARES DE SUS PACIENTES.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR LOS FAMILIARES DE SUS PACIENTES?			¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR LOS FAMILIARES DE SUS PACIENTES?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	1	6,67	Nada	2	13,33
Poco	1	6,67	Poco	2	13,33
Bastante	10	66,67	Bastante	8	53,33
Totalmente	3	20,00	Totalmente	3	20,00
TOTAL	15	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por los familiares de sus pacientes?

La Tabla 5.25 muestra que 10 médicos (66,67%) y 8 enfermeras (53,33%) se sienten bastante valorados por los familiares de los pacientes. 3 médicos y 3 enfermeras se sienten totalmente valorados por los familiares de los pacientes. Uno de cada grupo se siente poco o nada valorado.

Gráfico 5.20. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR LOS FAMILIARES DE SUS PACIENTES.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por los familiares de sus pacientes?

El Gráfico 5.20 explica cuán valorado se sienten los profesionales investigados en relación con los familiares de sus pacientes. Un 67% de médicos se siente bastante valorado y un 20% totalmente valorado. Por su parte, las enfermeras perciben bastante valoración en un 54% y totalmente en un 20%.

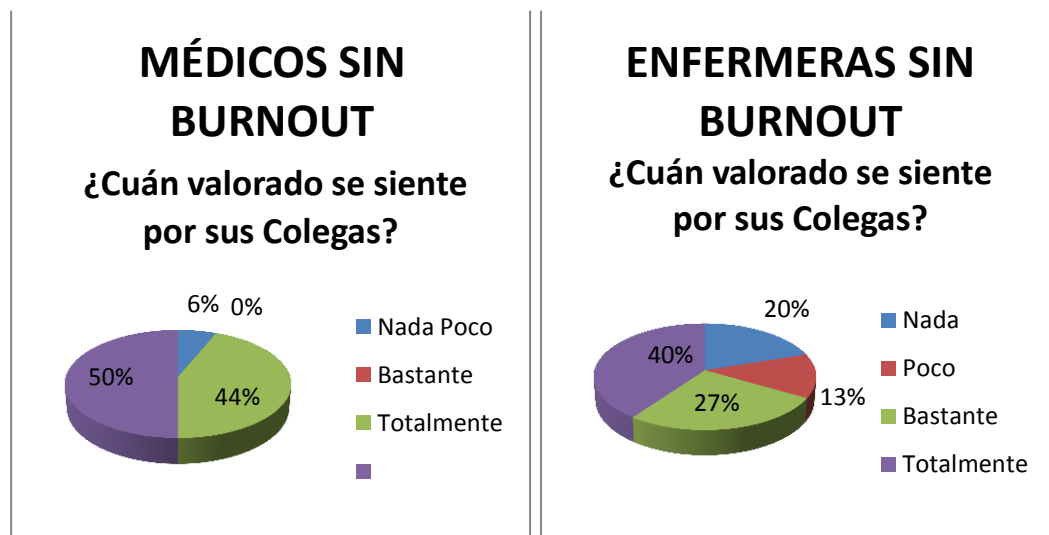
Tabla 5.26. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR SUS COLEGAS.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR SUS COLEGAS?			¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR SUS COLEGAS?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25	Nada	3	20,00
Poco	0	0	Poco	2	13,33
Bastante	7	43,75	Bastante	4	26,67
Totalmente	8	50	Totalmente	6	40,00
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por sus colegas?

La Tabla 5.26 refleja que 1 médico (6,25%) y 3 enfermeras (20%) no se sienten valorados por sus colegas. 2 enfermeras (13,33%) se sienten poco valoradas por sus compañeros. Pero, 7 médicos (43,75%) y 4 enfermeras (26,67%) perciben bastante valoración y 8 médicos (50%) y 6 enfermeras (40%) se sienten valorados totalmente por sus colegas.

Gráfico 5.21. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR SUS COLEGAS.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por sus colegas?

El Gráfico 5.21 describe un índice importante para, de acuerdo a estos resultados, la no incidencia del Síndrome de Burnout. Los investigados se sienten totalmente (50% los médicos y 40% las enfermeras) o bastante valorados por sus colegas (44% los médicos y 27% las enfermeras). La empatía grupal en la profesión es un buen hándicap para contrarrestar los elementos estresores.

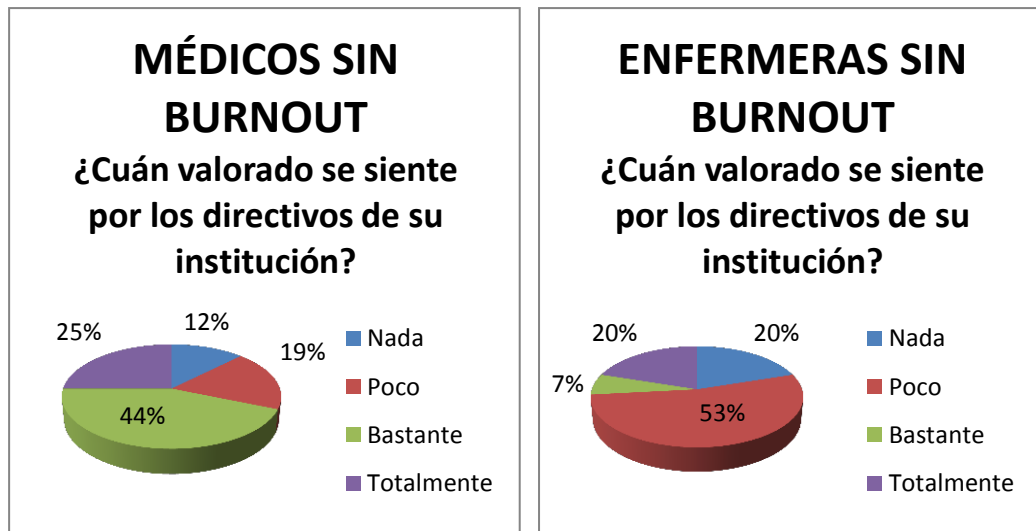
Tabla 5.27. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCION.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCIÓN?			¿CUÁN VALORADO SE SIENTE POR LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCIÓN?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	2	12,5	Nada	3	20,00
Poco	3	18,75	Poco	8	53,33
Bastante	7	43,75	Bastante	1	6,67
Totalmente	4	25	Totalmente	3	20,00
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por los directivos de su institución?

En la Tabla 5.27 se puede observar que 2 médicos (12,5%) y 3 enfermeras (20%) no se sienten valorados por los directivos de su institución. 3 médicos (18,75%) y 8 enfermeras (53,33%) se sienten poco valorados, 7 médicos (43,75%) y 1 enfermera (6,67%) se sienten bastante valorados y 4 médicos (25%) y 3 enfermeras (20%) se sienten totalmente valorados por sus jefes.

Gráfico 5.22. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN VALORADO SE SIENTE POR LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCION.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán valorados se sienten por los directivos de su institución?

El Gráfico 5.22 representa cómo ambos grupos perciben una valoración de los directivos de la institución. Los médicos con un 44% de bastante valorados y las enfermeras con un 53% de poco valoradas. Pero en ambos grupos el índice de nada valorados es inferior (12% en médicos y 20% en enfermeras). Este parámetro incide directamente en la no existencia de Síndrome de Burnout debido a que una adecuada valoración de los jefes eleva la disposición del personal ante el trabajo.

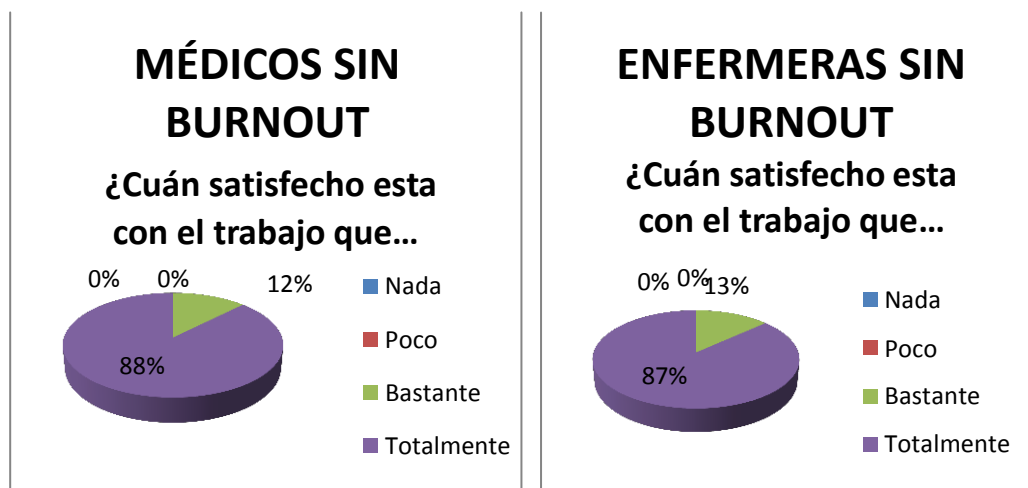
Tabla 5.28. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON EL TRABAJO QUE REALIZA.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON EL TRABAJO QUE REALIZA?			¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON EL TRABAJO QUE REALIZA?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	0	0	Nada	0	0
Poco	0	0	Poco	0	0
Bastante	2	12,5	Bastante	2	13,33
Totalmente	14	87,5	Totalmente	13	86,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza?

La Tabla 5.28 indica que los investigados están satisfechos con el trabajo que realiza en una categorización de bastante y totalmente, sin mucha diferencia factorial entre ambos grupos.

Gráfico 5.23. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON EL TRABAJO QUE REALIZA.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza?

El Gráfico 5.23 representa los resultados de uno de los parámetros más importantes de esta investigación. Los médicos y enfermeras perciben una alta satisfacción en el trabajo, aspecto directamente proporcional a la no incidencia del Síndrome del Burnout. En los médicos observamos un 88% de satisfechos totalmente y un 12% de bastantes satisfechos. En las enfermeras vemos un 87% de totalmente satisfechas y un 13% de bastante satisfechas.

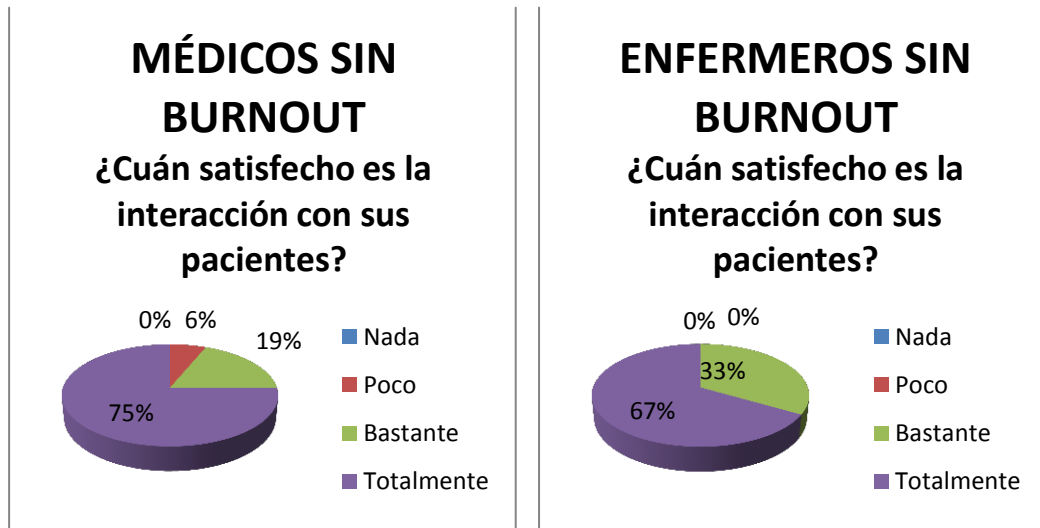
Tabla 5.29. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON LA INTERACCION CON SUS PACIENTES.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON LA INTERACCIÓN CON SUS PACIENTES?			¿CUÁN SATISFECHO ESTA CON LA INTERACCIÓN?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	0	0	Nada	0	0
Poco	1	6,25	Poco	0	0
Bastante	3	18,75	Bastante	5	33,33
Totalmente	12	75	Totalmente	10	66,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán satisfecho está con la interacción con los pacientes?

La Tabla 5.29 muestra que ambos grupos están satisfechos con la interacción con sus pacientes. Ello indica la no despersonalización del profesional de la salud. 12 médicos están totalmente satisfechos y 3 bastante satisfechos; sólo uno manifiesta estar poco satisfecho. Las enfermeras transmitieron un 66,67% de totalmente satisfechas (15 de ellas) y un 33,33% de bastante satisfechas (5 de ellas)

Gráfico 5.24. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON LA INTERACCION CON SUS PACIENTES.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán satisfecho está con la interacción con los pacientes?

El Gráfico 5.24 representa que ambos grupos están satisfechos con la interacción con sus pacientes, aspecto en el cual se basa el trabajo de médicos y enfermeros por lo tanto si es positivo también lo será la percepción psicológica sobre su labor. Vemos un 75% de totalmente satisfechos en los médicos y un 67% de totalmente satisfechas en las enfermeras.

Tabla 5.30. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCION.

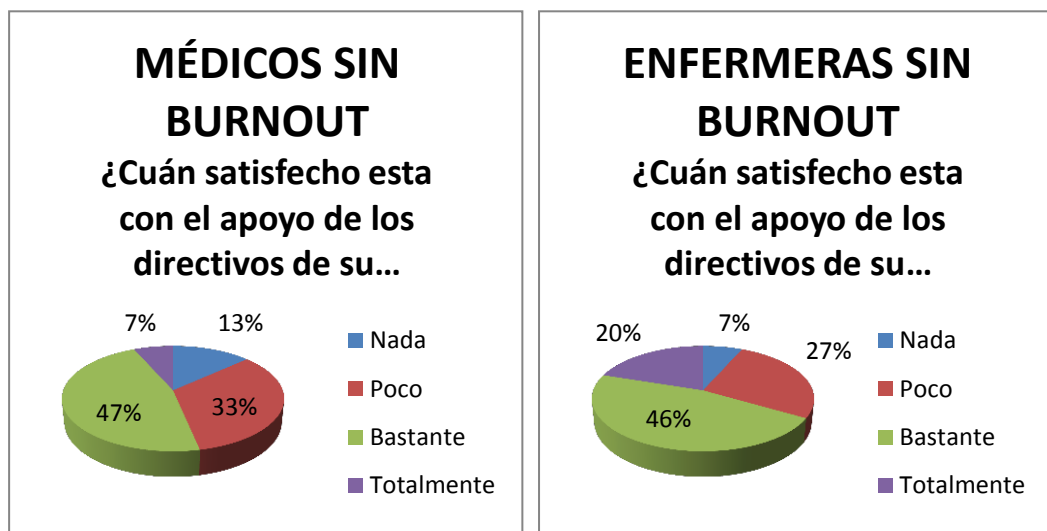
MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCIÓN?			¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCIÓN?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	2	13,33	Nada	1	6,67
Poco	5	33,33	Poco	4	26,67
Bastante	7	46,67	Bastante	7	46,67

Totalmente	1	6,67	Totalmente	3	20
TOTAL	15	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución?

En la Tabla 5.30 sobresalen los porcentos de bastante satisfecho con el apoyo de los directivos de la institución (7 médicos y 7 enfermeras, en un 46,67% para ambos grupos). Un médico se siente totalmente satisfecho, al igual que 3 enfermeras. 5 médicos y 4 enfermeras se sienten poco satisfechos. 2 médicos y 1 enfermera no se sienten satisfechos.

Gráfico 5.25. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE SU INSTITUCION.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico y laboral. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución?

En el Gráfico 5.25 se observa que los investigados están bastante satisfechos con el apoyo de los directivos de su institución pero no totalmente. La figura refleja en qué porcentaje los profesionales analizados en esta investigación desean un mayor apoyo para realizar sus labores.

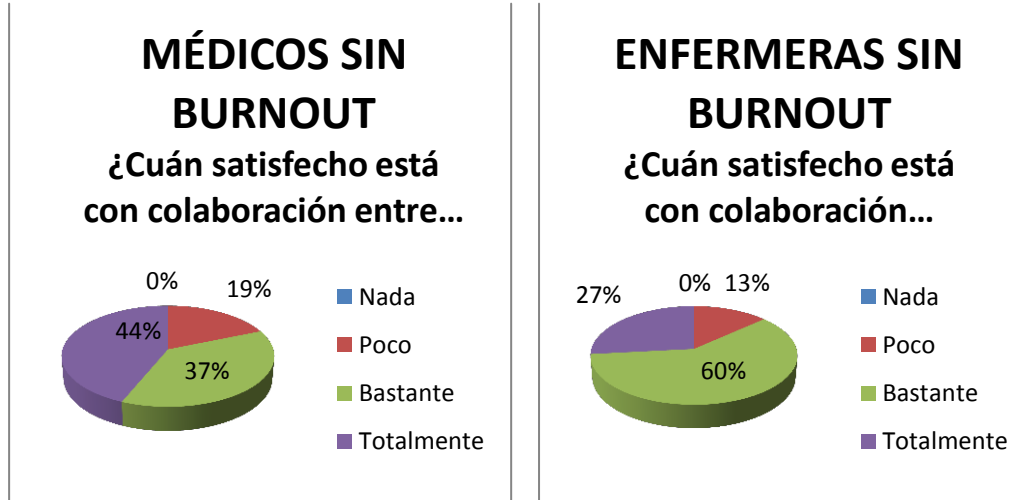
Tabla 5.31. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON LA COLABORACION DE LOS COLEGAS DE LA INSTITUCION.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON LA COLABORACIÓN DE LOS COLEGAS DE LA INSTITUCIÓN?			¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON LA COLABORACIÓN DE LOS COLEGAS DE LA INSTITUCIÓN?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	0	0	Nada	0	0
Poco	3	18,75	Poco	2	13,33
Bastante	6	37,5	Bastante	9	60
Totalmente	7	43,75	Totalmente	4	26,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico ¿Cuán satisfecho está con la colaboración entre colegas de su institución?

La Tabla 5.31 indica que se sienten bastante o totalmente satisfechos con la colaboración de los colegas de la institución. 7 médicos (43,75%) y 4 enfermeras están totalmente satisfechos. 6 médicos (37,5) y 9 enfermeras (60%) están bastante satisfechos. 3 médicos y 2 enfermeras están poco satisfechos.

Gráfico 5.26. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON LA COLABORACION DE LOS COLEGAS DE LA INSTITUCION.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico ¿Cuán satisfecho está con la colaboración entre colegas de su institución?

El Gráfico 5.26 explica que la colaboración entre colegas es satisfactoria: 60% de las enfermeras y 37% de médicos están bastante satisfechos. El 44% de médicos y el 27% de enfermeras están totalmente satisfechos.

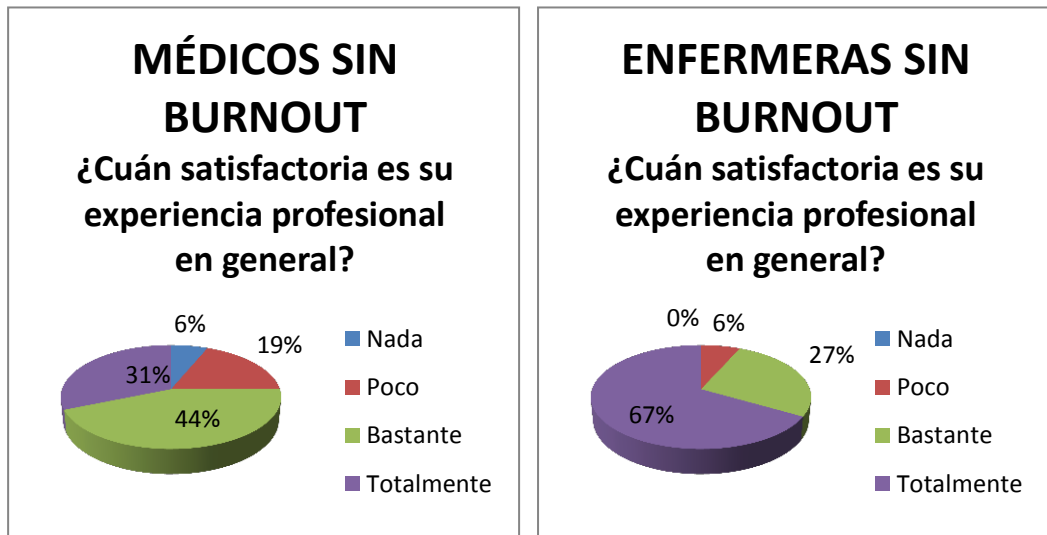
Tabla 5.32. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFACTORIA ES SU EXPERIENCIA PROFESIONAL EN GENERAL.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN SATISFACTORIA ES SU EXPERIENCIA PROFESIONAL EN GENERAL?			¿CUÁN SATISFACTORIA ES SU EXPERIENCIA PROFESIONAL EN GENERAL?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25	Nada	0	0
Poco	3	18,75	Poco	1	6,67
Bastante	7	43,75	Bastante	4	26,67
Totalmente	5	31,25	Totalmente	10	66,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico. ¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general?

La Tabla 5.32 explica que nada o poco satisfechos se encuentran sólo 4 médicos y 1 enfermera. Más del 43% de médicos y más del 26% de enfermeras están bastante satisfechos con su experiencia laboral en general. 15 investigados de ambos grupos están totalmente satisfechos.

Gráfico 5.27. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFACTORIA ES SU EXPERIENCIA PROFESIONAL EN GENERAL.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico. ¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general?

El Gráfico 5.27 incluye los resultados en porcentajes de cuán satisfactoria es la experiencia profesional en general de los investigados. Es buena en general pero se observa mayor satisfacción en el grupo de enfermeros.

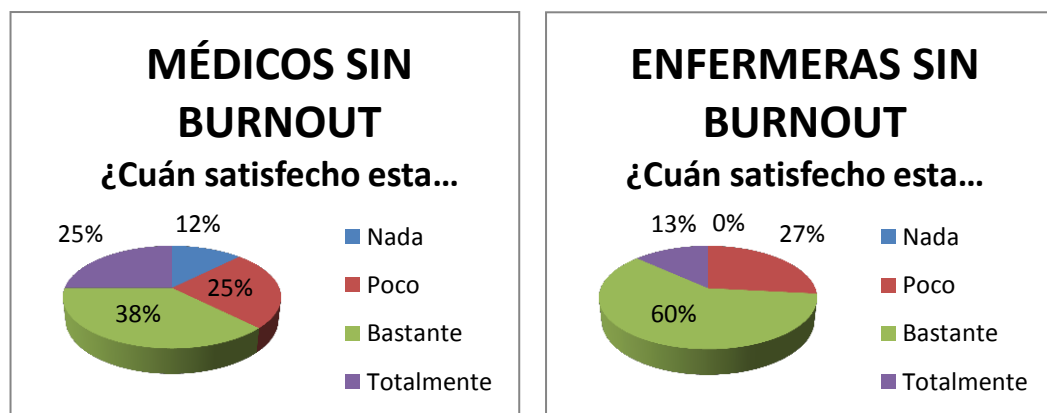
Tabla 5.33. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON SU ECONOMIA.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON SU ECONOMÍA?			¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON SU ECONOMÍA?		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Nada	2	12,5	Nada	0	0
Poco	4	25	Poco	4	26,67
Bastante	6	37,5	Bastante	9	60
Totalmente	4	25	Totalmente	2	13,33
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico. ¿Cuán satisfecho está con su economía?

La Tabla 5.33 señala que la mayoría de los profesionales investigados están bastante (6 médicos y 9 enfermeras) y totalmente (4 médicos y dos enfermeras) satisfechos con su economía. 8 miembros del grupo de esta tesis están poco satisfechos y 2 médicos no están satisfechos para nada.

Gráfico 5.28. Resultados socio-demográficos y laborales globales de los médicos y enfermeras sin Síndrome de Burnout. CUAN SATISFECHO ESTA CON SU ECONOMIA.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario socio-demográfico. ¿Cuán satisfecho está con su economía?

En el Gráfico 5.28 se observa que la satisfacción económica es buena para el grupo de investigados. En un porcentaje mayor de totalmente satisfechos se encuentran los médicos y las enfermeras tienen el porcentaje más alto en bastante satisfechos. En general, sienten como satisfactoria su experiencia profesional y su remuneración salarial. Aspectos que influyen directamente en la no presencia del Síndrome de Burnout.

Tabla 5.34. Resultados del Cuestionario MBI de pacientes sin Síndrome de Burnout.

N°	Código	Agotamiento Emocional	Despersonalización	n Personal
MÉDICOS/AS				
1	QT15ME01	1	1	3
2	QT15ME02	1	1	3
3	QT15ME03	1	1	3
4	QT15ME04	1	1	3
5	QT15ME05	1	1	1
6	QT15ME06	1	1	3
7	QT15ME07	2	1	3
8	QT15ME08	FALSE	1	3
9	QT15ME09	1	1	3
10	QT15ME10	2	1	3
11	QT15ME11	1	1	3
12	QT15ME12	1	FALSE	3
13	QT15ME13	2	1	3
14	QT15ME14	1	FALSE	3
15	QT15ME15	1	1	3
16	QT15ME16	1	1	3
ENFERMERO/AS				
1	QT15EN01	1	1	3
2	QT15EN02	3	2	3
3	QT15EN03	2	1	3
4	QT15EN04	1	1	3
5	QT15EN04	3	1	3
6	QT15EN06	1	FALSE	3
7	QT15EN07	1	3	3
8	QT15EN08	1	1	3
9	QT15EN09	2	1	3
10	QT15EN10	1	1	3
11	QT15EN11	1	1	3
12	QT15EN12	1	FALSE	3
13	QT15EN13	2	1	3

14	QT15EN14	1	1	3
15	QT15EN15	1	1	3
CLAVES				
<ol style="list-style-type: none"> 1. BAJO- DE 1% A 35% 2. MEDIO- DE 36% A 49% 3. ALTO- DE 50% A 100% 4. FALSE.- 0% <p>ESTAS ESCALAS INDICAN LOS ESTADOS DE LAS TRES SUBESCALAS DE BURNOUT. EL ESTADO ES UNA MEDIDA PROPORCIONADA POR EL CEP QUE CORRESPONDE A LA INTERPRETACION DEL PORCENTAJE DE UNA FORMA MAS SIMPLE.</p>				

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MBI.

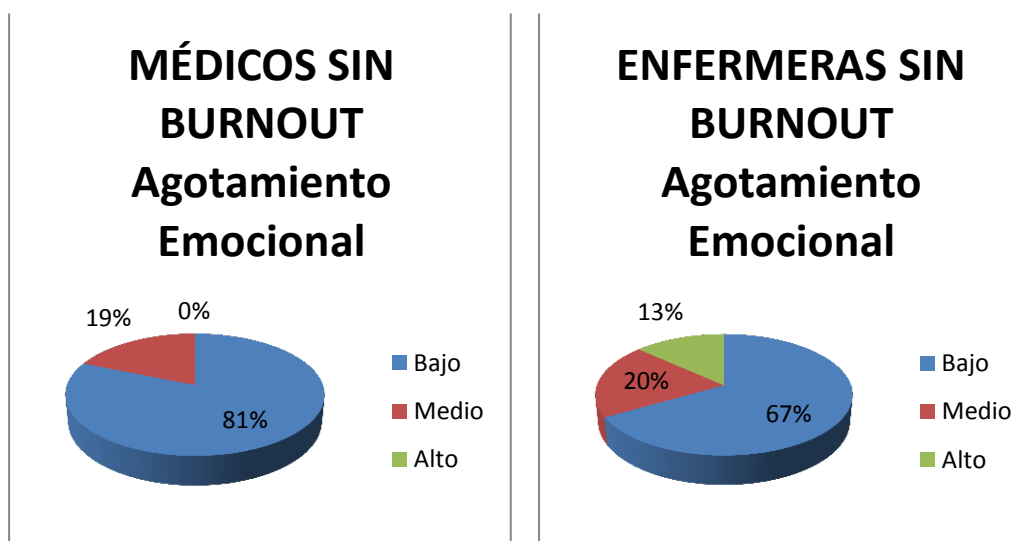
La Tabla 5.34 resume los resultados del Cuestionario MBI. Estos resultados explican que los investigados no tienen Síndrome de Burnout de acuerdo a las tres sub-escalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal pues ninguno constituyó caso en dos de las tres sub-escalas, que es la premisa que indica el padecimiento.

Tabla 5.35. Resultados del Cuestionario MBI. AGOTAMIENTO EMOCIONAL.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL			AGOTAMIENTO EMOCIONAL		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Bajo	13	81,25	Bajo	10	66,67
Medio	3	18,75	Medio	3	20,00
Alto	0	0	Alto	2	13,33
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MBI. Agotamiento emocional.

La Tabla 5.35 indica que 13 médicos y 10 enfermeras tienen bajo agotamiento emocional. 3 médicos y 3 enfermeras tienen medio agotamiento emocional. Ningún investigado tienen alto agotamiento emocional.

Gráfico 5.29. Resultados del Cuestionario MBI. AGOTAMIENTO EMOCIONAL.

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MBI. Agotamiento emocional.

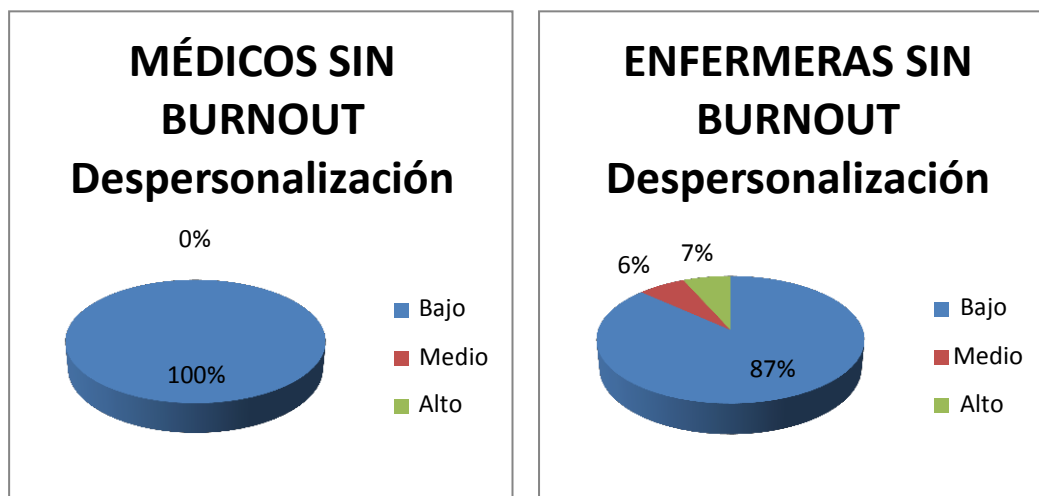
Según el Gráfico 5.29, se puede constatar que el agotamiento emocional resultante de los individuos de la muestra es bajo en su generalidad. Este aspecto es imprescindible al momento de valorar la presencia de síndrome puesto que el agotamiento emocional es el primer paso del proceso evolutivo del padecimiento.

Tabla 5.36. Resultados del Cuestionario MBI. DESPERSONALIZACIÓN.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
DESPERSONALIZACIÓN			DESPERSONALIZACIÓN		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Bajo	16	100	Bajo	13	86,67
Medio	0	0	Medio	1	6,67
Alto	0	0	Alto	1	6,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MBI. Despersonalización

La Tabla 5.36 explica que todos los médicos no tienen despersonalización y sólo dos enfermeras tienen índices de esta sub-escala.

Gráfico 5.30. Resultados del Cuestionario MBI. DESPERSONALIZACIÓN.

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MBI. Despersonalización.

Según el Gráfico 5.30, casi todos los encuestados tienen una baja despersonalización, segunda fase del Síndrome del Burnout caracterizada por apatía hacia los pacientes y sus padecimientos. En los profesionales objetos de este estudio se observa que realizan su labor con interés y dedicación.

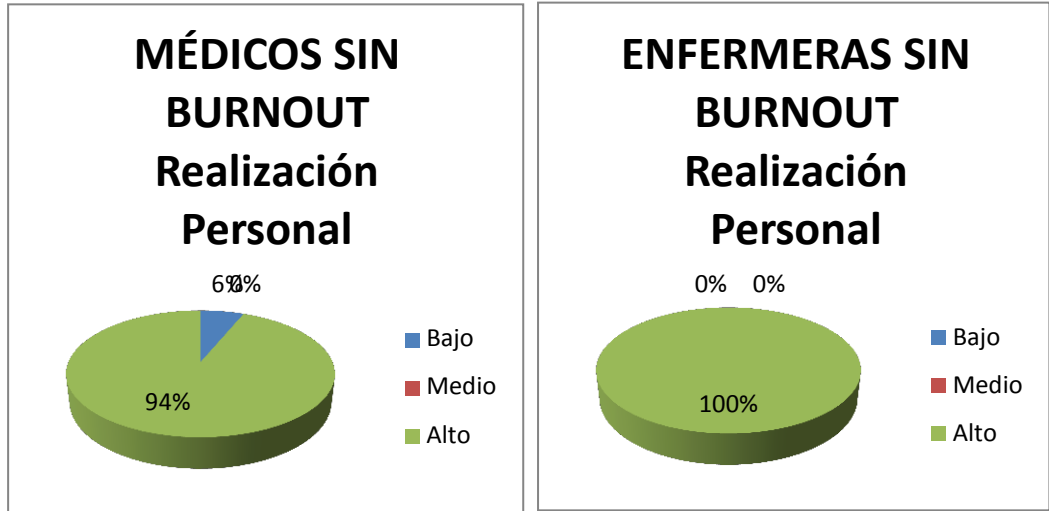
Tabla 5.37. Resultados del Cuestionario MBI. REALIZACIÓN PERSONAL.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
REALIZACIÓN PERSONAL			REALIZACIÓN PERSONAL		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Bajo	1	6,25	Bajo	0	0
Medio	0	0	Medio	0	0
Alto	15	93,75	Alto	15	100
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MBI. Realización personal.

La tabla 5.37 ilustra que todos los investigados, menos un médico, tienen alta realización personal.

Gráfico 5.31. Resultados del Cuestionario MBI. REALIZACIÓN PERSONAL.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MBI. Realización personal.

El Gráfico 5.31 demuestra que todos los encuestados tienen una alta realización personal, aspecto que aparece como el tercero en la sub-escala del MBI pues aparece en tercer lugar durante el desarrollo progresivo de los síntomas del síndrome del Burnout. Pero no por eso menos importante porque el estrés laboral manejado cuidadosamente como hacen estos encuestados se puede sobrellevar y la profesión continúa siendo una fuente de satisfacción y de elevada autoestima.

Tabla 5.38. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout.

N°	Código	Síntomas Psicosomáticos		Ansiedad		Disfunción Social		Depresión	
		Punt.	Caso/No caso	Punt.	Caso/No caso	Punt.	Caso/No caso	Punt.	Caso/No caso
MEDICO/AS									
1	QT15ME01	0	1	2	1	1	1	6	2
2	QT15ME02	0	1	0	1	1	1	0	1
3	QT15ME03	0	1	0	1	1	1	0	1
4	QT15ME04	0	1	5	2	1	1	0	1
5	QT15ME05	0	1	1	1	1	1	0	1
6	QT15ME06	3	1	1	1	1	1	0	1

7	QT15ME07	0	1	6	2	0	1	4	1
8	QT15ME08	0	1	0	1	1	1	0	1
9	QT15ME09	3	1	1	1	1	1	0	1
10	QT15ME10	1	1	6	2	1	1	0	1
11	QT15ME11	2	1	3	1	1	1	0	1
12	QT15ME12	3	1	2	1	1	1	0	1
13	QT15ME13	2	1	5	2	1	1	0	1
14	QT15ME14	3	1	4	1	1	1	2	1
15	QT15ME15	3	1	7	2	0	1	0	1
16	QT15ME16	1	1	2	1	1	1	0	1
ENFERMERO/AS									
1	QT15EN01	3	1	3	1	2	1	0	1
2	QT15EN010	3	1	2	1	0	1	0	1
3	QT15EN02	4	1	4	1	1	1	0	1
4	QT15EN03	6	2	7	2	1	1	1	1
5	QT15EN04	5	2	6	2	1	1	1	1
6	QT15EN05	6	2	7	2	1	1	1	1
7	QT15EN06	2	1	0	1	1	1	0	1
8	QT15EN07	3	1	3	1	0	1	0	1
9	QT15EN08	1	1	3	1	1	1	0	1
10	QT15EN09	3	1	2	1	1	1	0	1
11	QT15EN11	2	1	1	1	1	1	0	1
12	QT15EN12	1	1	3	1	1	1	0	1
13	QT15EN13	5	2	6	2	1	1	3	1
14	QT15EN14	7	2	7	2	0	1	1	1
15	QT15EN15	1	1	0	1	0	1	0	1
CLAVE									
1						Es caso de no síntoma			
2						Es caso de síntoma			

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental.

La Tabla 5.38 resume los resultados de las encuestas en relación con la salud mental teniendo en cuenta síntomas somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión, aspectos a tener en cuenta para medir burnout. Sólo existen casos aislados y la generalidad no constituye caso con problemas de salud mental.

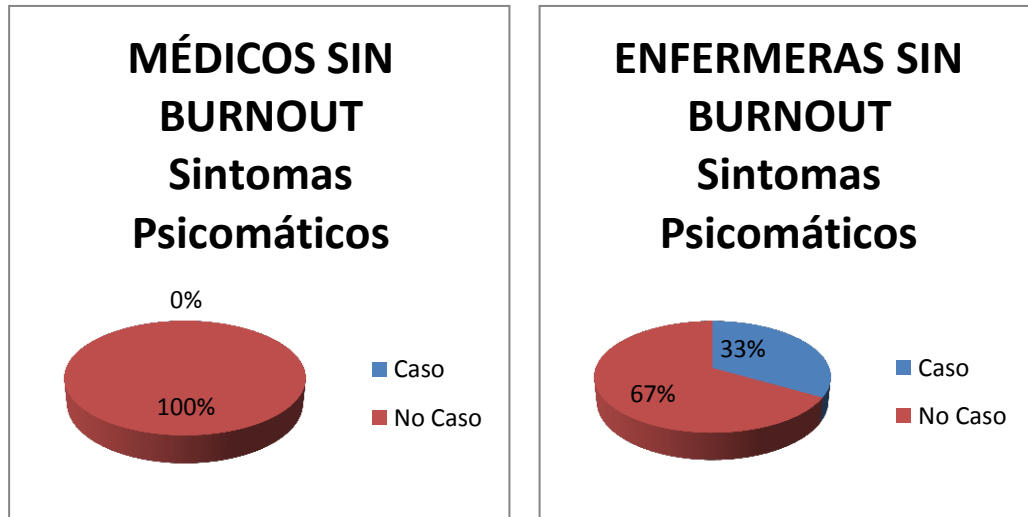
Tabla 5.39. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. SÍNTOMAS SOMÁTICOS

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
SÍNTOMAS PSICOMÁTICOS			SÍNTOMAS PSICOMÁTICOS		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Caso	0	0	Caso	5	33,33
No Caso	16	100	No Caso	10	66,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental.

La tabla 5.39 indica que sólo hay casos de síntomas somáticos en el grupo de enfermeros, con valores minoritarios. 26 integrantes de la muestra investigativa no son casos.

Gráfico 5.32. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Síndrome de Burnout. SÍNTOMAS PSICOMÁTICOS.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Síntomas psicósomáticos.

El Gráfico 5.32 expone que los médicos no son casos de síntomas somáticos y el mayor porcentaje de enfermeras tampoco.

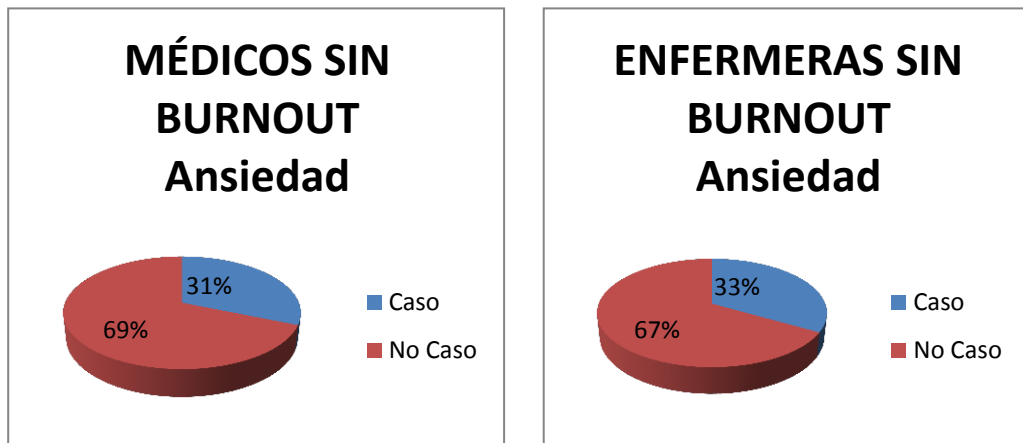
Tabla 5.40. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. ANSIEDAD.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
ANSIEDAD			ANSIEDAD		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Caso	5	31,25	Caso	5	33,33
No Caso	11	68,75	No Caso	10	66,67
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Ansiedad.

La Tabla 5.40 indica que existen 21 investigados con ausencia de ansiedad y 10 de ellos si tienen este síntoma.

Gráfico 5.33. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. ANSIEDAD.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental.

El Gráfico 5.33 indica que se dan algunos casos de ansiedad en ambos grupos, con una diferencia muy pequeña en los valores.

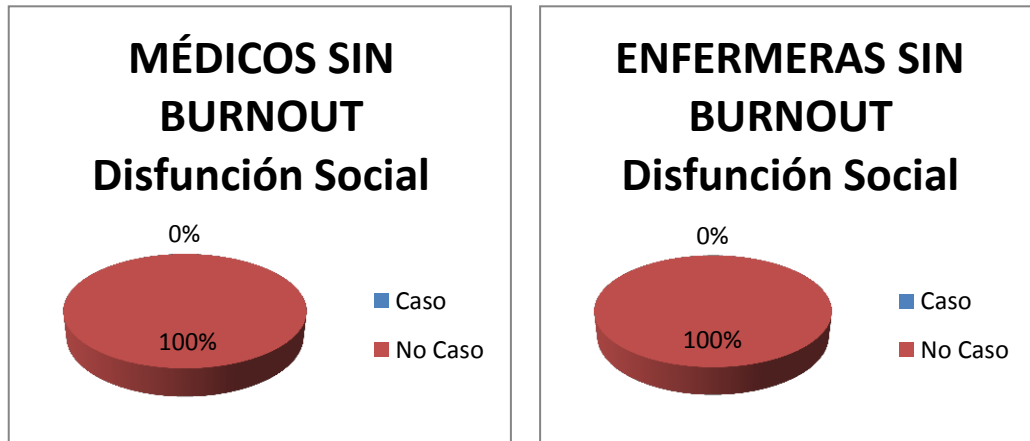
Tabla 5.41. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin burnout. DISFUNCIÓN SOCIAL.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
DISFUNCIÓN SOCIAL			DISFUNCIÓN SOCIAL		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Caso	0	0	Caso	0	0
No Caso	16	100	No Caso	15	100
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Disfunción social.

La Tabla 5.41 refleja que no existen casos de disfunción social.

Gráfico 5.34. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. DISFUNCIÓN SOCIAL.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Disfunción social.

El Gráfico 5.34 indica que no existen casos de disfunción social en ninguno de los investigados, aspecto que colabora a la no existencia del Síndrome de Burnout.

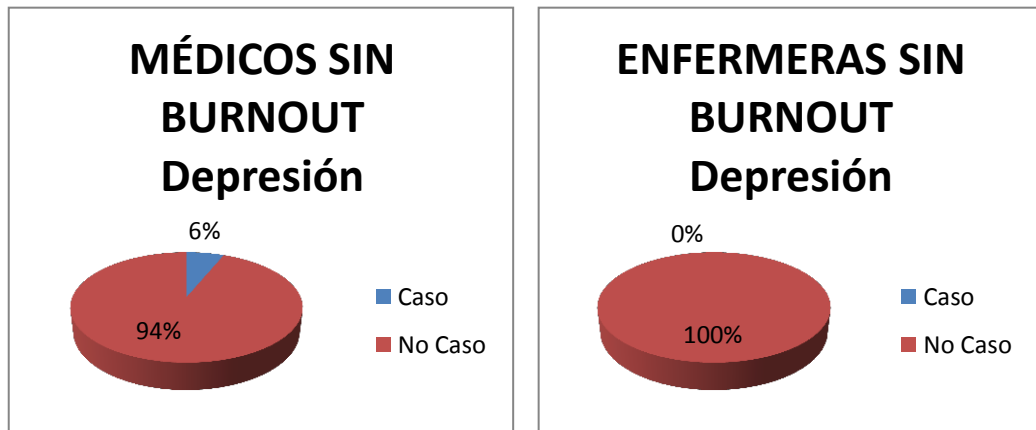
Tabla 5.42. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. DEPRESIÓN.

MÉDICOS/AS SIN BURNOUT			ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT		
DEPRESIÓN			DEPRESIÓN		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Caso	1	6,25	Caso	0	0
No Caso	15	93,75	No Caso	15	100
TOTAL	16	100	TOTAL	15	100

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Depresión.

La Tabla 5.42 refiere que casi ningún investigado tiene depresión. Sólo se reflejó este síntoma en un médico (6,25%).

Gráfico 5.35. Resultados del Cuestionario GHQ-28, de salud mental de pacientes sin Síndrome de Burnout. DEPRESIÓN.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario GHQ-28, de salud mental. Depresión.

El Gráfico 5.35 muestra que no existe depresión en casi todos los investigados.

La salud mental de los encuestados es buena. La mayoría de médicos y enfermeros no son casos de síntomas somáticos, sólo un índice bajo presenta ansiedad, no presentan disfunción social y sólo un 6% de médicos presenta depresión.

Tabla 5.43. Resultados del Cuestionario BRIEF-COPE, AFRONTAMIENTO, de pacientes sin Síndrome de Burnout.

N°	Código	Auto Dist.	Afront. Act.	Negación	Uso de Sust.	Ap. Emoci.	Ap. Instr.	Retid. Comp.	Desahogo	Repl. Posit.	Planificac.	Humor	Aceptación	Religión	Culp. a sí Mis.
MEDICO/AS															
1	QT15ME01	6	6	2	2	3	4	4	4	3	4	2	4	4	2
2	QT15ME02	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	QT15ME03	2	4	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2
4	QT15ME04	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	QT15ME05	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
6	QT15ME06	4	3	2	2	3	4	3	3	4	5	3	7	6	3
7	QT15ME07	7	8	5	2	6	7	4	5	7	7	2	7	2	4
8	QT15ME08	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
9	QT15ME09	3	4	2	2	2	2	2	2	2	3	3	4	3	2
10	QT15ME10	7	6	5	2	3	3	2	4	5	6	3	6	4	4
11	QT15ME11	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	QT15ME12	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	2	2	2	2
13	QT15ME13	4	7	5	3	3	2	2	7	8	7	5	8	5	6
14	QT15ME14	2	4	2	2	3	4	2	3	5	4	2	5	2	3
15	QT15ME15	3	4	2	2	3	3	4	4	4	5	2	4	4	4
16	QT15ME16	3	6	2	2	2	2	2	2	2	4	2	4	6	3
ENFERMERO/AS															
1	QT15EN01	3	5	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	3
2	QT15EN02	5	5	3	2	2	2	5	4	4	4	2	4	8	2
3	QT15EN03	3	3	2	2	4	4	2	2	3	2	2	3	4	2
4	QT15EN04	2	6	2	2	2	4	2	2	2	6	2	5	4	3

5	QT15EN0 4	2	6	3	2	3	3	3	5	3	3	2	3	7	7
6	QT15EN0 6	7	8	2	2	4	4	3	3	8	8	3	8	5	4
7	QT15EN0 7	2	2	2	2	2	5	4	2	2	2	2	2	5	2
8	QT15EN0 8	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
9	QT15EN0 9	8	8	2	2	2	5	2	2	8	8	5	8	8	4
10	QT15EN1 0	4	3	2	2	3	4	2	5	5	3	4	7	2	6
11	QT15EN1 1	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
12	QT15EN1 2	2	5	2	1	4	4	2	3	5	5	5	4	6	2
13	QT15EN1 3	4	6	2	2	4	2	2	4	5	6	4	4	4	4
14	QT15EN1 4	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
15	QT15EN1 5	2	5	2	2	2	2	2	3	2	3	2	3	8	3

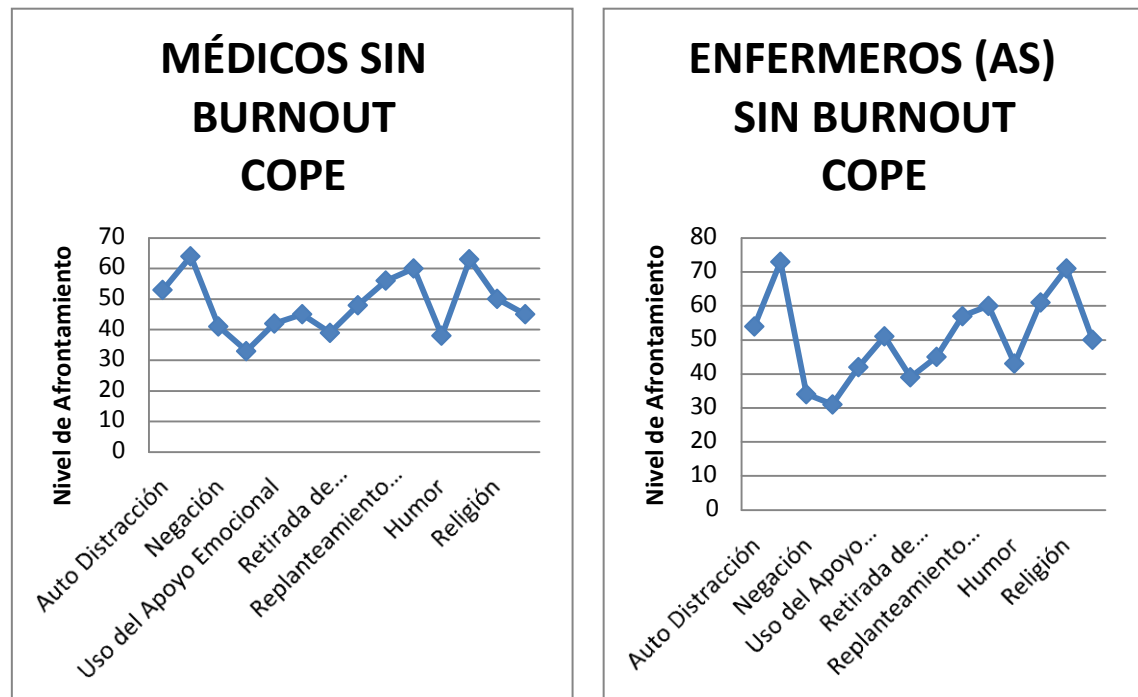
CLAVES

En cada una de las subescalas o métodos de afrontamiento el puntaje puede oscilar en un mínimo de 2 y un máximo de 8 aquí usted realizará la interpretación; como presenta o no y será con un punto de corte de 0 a 4 como no presenta y de 5-8 presenta. La interpretación sería establecer de entre los métodos de afrontamiento enlistados cual utiliza más y cual utiliza menos.

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario BRIEF-COPE

La Tabla 5.43 resume los resultados de las encuestas acerca del nivel de afrontamiento de los investigados.

Gráfico 5.36. Resultados del Cuestionario BRIEF-COPE, NIVEL DE AFRONTAMIENTO.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario BRIEF-COPE. Afrontamiento.

El Gráfico 5.36 indica que los individuos de la muestra realizan adecuadas estrategias de afrontamiento. En sus modos de afrontamiento presentan auto distracción, negación, uso del humor y de la religión, afrontamiento positivo ante los elementos estresantes.

Tabla 5.44. Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo social de pacientes sin Síndrome de Burnout.

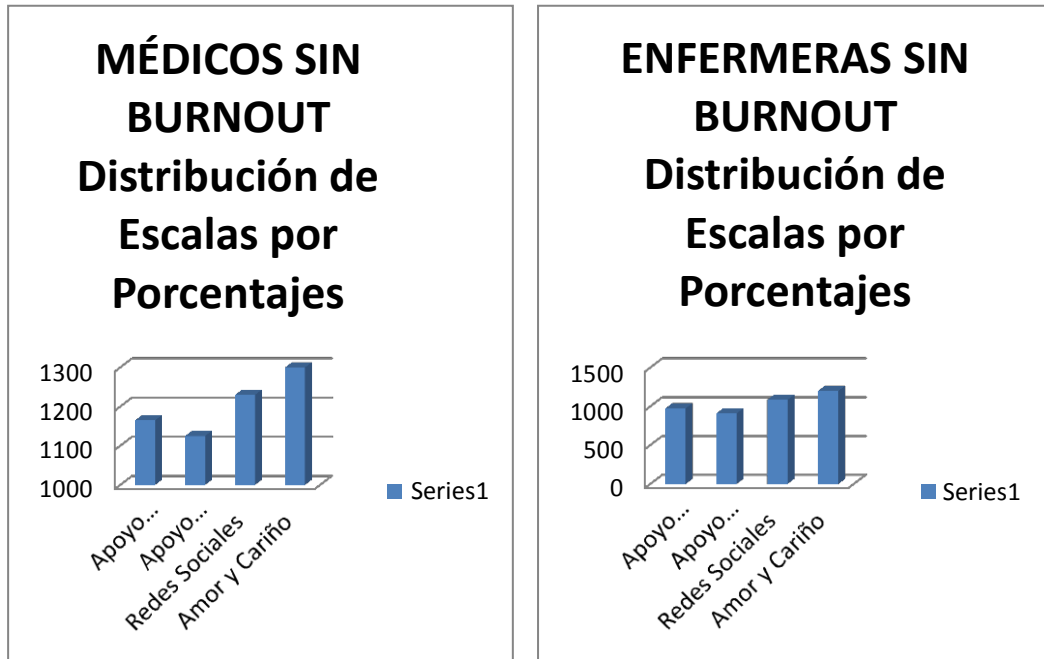
N°	Código	Apoyo Emocional	Apoyo Instrumental	Redes Sociales	Amor y Cariño
MEDICO/AS					
1	QT15ME01	37,5	20	40	53,33333333
2	QT15ME02	42,5	45	65	53,33333333
3	QT15ME03	22,5	20	30	33,33333333
4	QT15ME04	85	90	85	100
5	QT15ME05	42,5	60	50	73,33333333

6	QT15ME06	55	60	65	80
7	QT15ME07	95	100	100	100
8	QT15ME08	45	40	55	60
9	QT15ME09	100	100	100	100
10	QT15ME10	97,5	95	100	100
11	QT15ME11	100	95	100	100
12	QT15ME12	80	70	80	93,33333333
13	QT15ME13	100	85	100	100
14	QT15ME14	77,5	65	85	66,66666667
15	QT15ME15	87,5	80	75	86,66666667
16	QT15ME16	97,5	100	100	100
ENFERMERO/AS					
1	QT15EN01	100	100	100	100
2	QT15EN02	65	80	65	73,33333333
3	QT15EN03	85	75	95	100
4	QT15EN04	37,5	65	45	80
5	QT15EN04	52,5	65	95	100
6	QT15EN06	95	100	100	100
7	QT15EN07	40	40	50	46,66666667
8	QT15EN08	100	100	100	100
9	QT15EN09	72,5	40	55	60
10	QT15EN10	35	35	45	80
11	QT15EN11	65	45	90	93,33333333
12	QT15EN12	60	25	55	40
13	QT15EN13	67,5	55	80	100
14	QT15EN14	30	25	25	40
15	QT15EN15	70	60	85	86,66666667
CLAVE					
PORCENTAJES INDIVIDUALES DE APOYO SOCIAL					

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MOS de Apoyo Social

La Tabla 5.44 resume los resultados de las encuestas realizadas a médicos y enfermeros acerca del apoyo social, aspecto resumido en cuatro acápite: apoyo emocional, apoyo instrumental, redes sociales y amor y cariño.

Gráfico 5.37. Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo social de pacientes sin Síndrome de Burnout.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario MOS de Apoyo Social

El Gráfico 5.37 ilustra el apoyo social de médicos y pacientes. En general es bueno, sienten apoyo emocional, utilizan las redes sociales, perciben amor y cariño de su círculo social y tienen adecuado apoyo instrumental.

Tabla 5.45. Resultados del Cuestionario EPQR-A, de Personalidad, de pacientes sin Síndrome de Burnout.

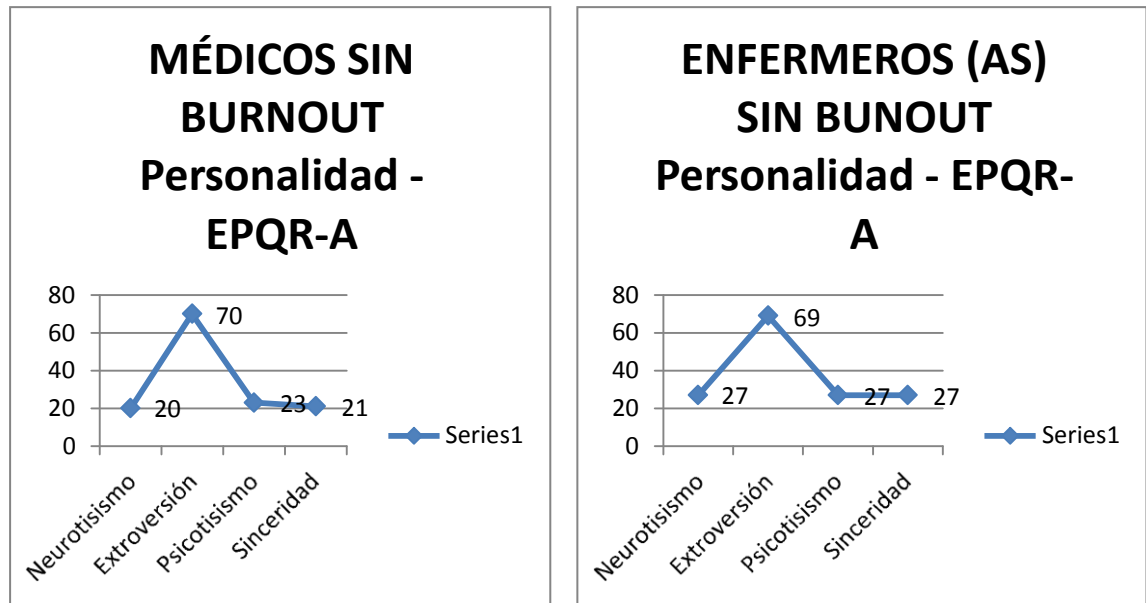
N°	Código	NEUROTICISMO	EXTRAVERSION	PSICOTICISMO	SINCERIDAD
MEDICO/AS					
1	QT15ME01	3	2	0	0
2	QT15ME02	1	6	3	2
3	QT15ME03	0	4	1	0
4	QT15ME04	1	5	2	3

5	QT15ME05	1	5	1	1
6	QT15ME06	1	5	1	1
7	QT15ME07	3	2	2	2
8	QT15ME08	0	6	0	0
9	QT15ME09	1	5	2	1
10	QT15ME10	1	5	2	1
11	QT15ME11	0	5	1	0
12	QT15ME12	0	6	2	1
13	QT15ME13	3	4	2	0
14	QT15ME14	0	5	3	3
15	QT15ME15	2	2	1	5
16	QT15ME16	3	3	0	1
ENFERMERO/AS					
1	QT15EN01	1	2	1	1
2	QT15EN02	1	6	2	1
3	QT15EN03	2	5	1	1
4	QT15EN04	1	6	0	1
5	QT15EN04	4	2	3	3
6	QT15EN06	5	6	4	5
7	QT15EN07	2	5	1	1
8	QT15EN08	1	6	5	0
9	QT15EN09	2	5	1	1
10	QT15EN10	1	6	2	0
11	QT15EN11	0	3	2	1
12	QT15EN12	0	6	1	2
13	QT15EN13	2	4	0	6
14	QT15EN14	5	1	3	2
15	QT15EN15	0	6	1	2
CLAVES					
Las puntuaciones entre estos factores oscilan entre 0 y 6 y de igual manera sirve para evidenciar cuál de estos es dominante dentro de la persona, aquí se debe de evaluar como punto de corte de 0-3 PUNTAJE ALTO y de 4-6 PUNTAJE BAJO .					
Puntaje alto: No tiene tendencia al falseamiento de la información para lograr aceptación, puede poseer algún grado de ingenuidad social o conformidad.					
Puntaje bajo: Puede construir elementos a partir de lista de temas socialmente deseables.					

FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario EPQR-A Personalidad.

En la Tabla 5.45 se resumen los resultados del cuestionario sobre personalidad. Se tuvo en cuenta los niveles de neuroticismo, sicoticismo, extroversión y sinceridad que son adecuados en ambos grupos.

Gráfico 5.38. Resultados del Cuestionario EPQR-A, de personalidad, de pacientes sin Síndrome de Burnout.



FUENTE: Médicos/as y enfermeros/as evaluados con Cuestionario EPQR-A Personalidad.

El Gráfico 5.38 indica que los rasgos de personalidad más sobresalientes son: bajo neuroticismo, psicoticismo y alta extroversión. En general, son buenos los niveles de sinceridad.

6. DISCUSIÓN

Todos los participantes de la muestra no padecen del Síndrome del Burnout porque no se sienten amenazados ni sienten en peligro su bienestar por las circunstancias de su entorno, aspectos que conllevan al distrés.

Los individuos de la muestra no sienten desmotivación laboral que hace que sienta su bienestar emocional en peligro por las circunstancias que le rodean. Este aspecto imprescindible para la presencia del burnout no fue observado en esta investigación.

Los encuestados no tienen sentimientos ni actitudes negativas distantes ni en el trabajo ni con sus pacientes; no tienen desilusión ni baja autoestima, ni sensación de infinidad, disfrutan su labor.

El cumplimiento de las tareas es con excelencia, son dedicados pero no exageradamente. Encuentran el incentivo en su profesión y en sus relaciones laborales y sociales; no tienen irritabilidad, ni cansancio, ni apatía.

Aunque no hay altos niveles altos de humor, no se observó melancolía ni sensación de fracaso; ni altos niveles de inconformidad con los compañeros de trabajo ni con los superiores; no se sienten desvalorizados.

No sienten en general remuneración económica inadecuada ni inconformidad con el contenido de trabajo; no sienten que la gravedad de las situaciones laborales los lleve a ansiedad, ni cambios bruscos de actitudes, ni a evadir sus obligaciones, ni al abuso de sustancias, ni a disminuir su productividad, ni a conflictos, ni a aburrimiento, ni a los síntomas somáticos descritos en la tesis, propios del síndrome del burnout.

Estos resultados son posibles en los encuestados porque confluyen en ellos buen apoyo social, adecuados rasgos de personalidad y buen estado de salud física, mental y emocional. Logran equilibrio activo ante los factores estresantes de su profesión y de su vida.

Pero se debe prestar mucha atención a los datos particulares de los análisis psicológicos realizados pues son los que detallan las particularidades de cada individuo de la muestra y las posibles fisuras a solucionar para la prevención del padecimiento, a saber en la personalidad, apoyo social y modos de afrontamiento.

Los instrumentos utilizados fueron precisos para realizar la investigación. Los resultados de cada uno, como se complementan unos con otros, significaron una medida válida para hacer un análisis exhaustivo de cada aspecto y de la manifestación o no de patologías de manera global. Ningún resultado se puede analizar por separado, la integración de los datos es vital en la investigación y de esa manera he procedido.

En cuanto a las tres subescalas del MBI, no existen índices que denoten burnout en ninguno de los encuestados porque no se observó desmotivación emocional y cognitiva, seguido de abandono de intereses ni despersonalización en resultados globales. Este cuestionario es muy importante porque de sus resultados sale primero a

la luz para un posible desarrollo del padecimiento debido a que relucen las tres etapas en las cuales el Síndrome del Burnout se manifiesta y desarrolla.

El cansancio emocional que es la respuesta más destacada a los estímulos estresantes del ambiente ocupacional y, por lo tanto, la primera etapa del proceso del Síndrome del Burnout no está presente en el mayor porcentaje de las encuestas.

El agotamiento emocional experimentado más en los enfermeros puede estar influenciado porque realizan todo tipo de horarios y guardias y por las especialidades que en el caso de enfermeros son más estresantes, puesto que el número de pacientes atendidos por día es relativamente parecido en toda la muestra.

La mayoría de los encuestados no tiene despersonalización. En algunos encuestados, sólo en pocas ocasiones, cuando el trabajo se torna muy fuerte, se comportan un poco distantes con los pacientes. Sólo un encuestado resultó con despersonalización pero no tiene bajo agotamiento emocional y tiene alta realización personal o sea, no se siente quemado, el trabajo y los logros personales le dan ilusión y sentido a su vida, por lo que no resulta caso de padecimiento.

Casi todos tienen alta realización personal porque al contestar las preguntas de las encuestas resultaron que se sienten satisfechos con su labor, entienden con facilidad lo que piensan sus pacientes, no tratan a los pacientes y familiares de pacientes como si fueran objeto, no les resulta tenso trabajar con ellos, se enfrentan bien con los problemas que se presentan, sienten que mediante su trabajo están influyendo positivamente en la vida de otros, tienen un comportamiento sensible con la gente, el trabajo no los está endureciendo emocionalmente, se perciben con vitalidad, no encuentran su trabajo demasiado duro, sí les importa lo que les ocurrirá a las personas que atienden, no se sienten muy estresados por trabajar en contacto directo con ellos, tienen facilidad para crear un ambiente relajado a sus pacientes, sienten que han realizado muchas cosas que merecen la pena en su trabajo, no se sienten al límite de sus posibilidades, saben tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo, en sentido general no sienten que los pacientes los culpan de algunos de sus problemas.

En general el agotamiento emocional y la despersonalización, que aparece en los resultados con índices bajos, los observamos más en el grupo de enfermeros. Pero se contrarrestan con que todos tienen alta realización personal, encuentran que sólo en ocasiones se sienten emocionalmente agotados, no sienten cansancio en las mañanas

cuando se levantan y tienen que enfrentar otro día e trabajo. En el caso de los médicos, algunos índices de agotamiento emocional y de baja realización personal se contrarrestan con que todos no tienen despersonalización o sea no sienten que el trabajo los endurece ni desarrollan sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes, frías hacia los beneficiarios de su trabajo. También sienten mucha satisfacción personal en sus estudios profesionales.

La incidencia de los estresores extraorganizacionales e intraorganizacionales no afectan en gran medida a médicos y enfermeros de la muestra quienes tienen un equilibrio que les permite mantener su identidad y gratificación personal.

Se nota la amenaza que experimentan los encuestados a la sintomatología multidimensional que influye en la salud mental pero ningún encuestado manifestó distrés que es la respuesta enfermiza a los estímulos. En el cuestionario de salud mental no obtuvimos ningún caso de disfunción social, pero sí hay un porcentaje mínimo de casos con síntomas somáticos, ansiedad y depresión. No es significativo, pero sí digno a tomar en cuenta para la prevención del padecimiento.

No tienen ansiedad porque sus respuestas son asertivas ante las situaciones estresantes. Tienen síntomas ínfimos propios de la ansiedad y sólo en algunos casos. No anticipan los hechos y utilizan respuestas y herramientas psicológicas adecuadas para su bienestar.

Hay también pequeños índices de insomnio pero no hay trastornos siquiátricos ostensibles, ni negativas condiciones de salud. No se presenta consumo de medicamentos, alcohol, cafeína, nicotina o heroína. No se sienten afectados por los factores ambientales propios de su profesión, características que los llevan a tener una salud mental.

No tienen depresión pues no sienten carga de anhelos insatisfechos, ni impotencia, ni indefensión, ni sentimientos de terror o de pérdida. No sienten la necesidad de un energizante, se sienten saludables, con vigor, que no les falta las fuerzas, no están constantemente agobiados ni en tensión, las preocupaciones no le han hecho perder mucho sueño, no tienen dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche, ni con los nervios a flor de piel y malhumorados, ni asustados.

No hay evidencias de opresión en la cabeza o de que la cabeza les va a estallar, se mantienen ocupados pero no obsesivamente, el tiempo para hacer sus cosas no va

más allá de lo necesario, tienen la impresión de que hacen las cosas bien, se sienten satisfechos con su manera de hacer las cosas, se sienten jugar un papel útil en la vida, no sienten sensación de que todo se les viene encima, ni piensan que son personas que no valen para nada, viven la vida con esperanza, perciben que la vida vale la pena vivirla, no han pensado en la posibilidad de “quitarse del medio”, no notan que no pueden hacer cosas porque sus nervios están desquiciados. Se sienten capaces de tomar decisiones, disfrutar sus actividades normales de cada día, no desean estar muertos ni lejos de todo.

Los participantes de la muestra tienen altos estándares de apoyo social; tanto el apoyo emocional como el instrumental y el social. Estos aspectos son directamente positivos para el paciente sin burnout.

Tienen personas a quien acudir cuando están enfermos y los lleven al médico, cuando necesitan conversar o que les den algún consejo sobre algún problema, que les muestren amor y cariño, afecto, personas con quien pasar un buen rato, que les informe y les ayude ante cualquier situación, alguien con quien confiar y con quien hablar de sí mismos y de sus preocupaciones, alguien que les abrace, tan importante, mis encuestados tienen eso incluso de sus propios pacientes y de los familiares de los pacientes, personas con quienes relajarse, hacer comida, de quienes realmente valoran sus consejos, con quienes hacer cosas que les ayude a olvidar sus problemas, cuentan con personas dadas a ayudar en situaciones estresantes como cuando están cansados, para divertirse y para ser queridos.

Cuando el aspecto social es intenso, disminuye la incidencia de la resistencia individual y social. Los ítems del apoyo social inciden en forma directa sobre el individuo. El apoyo social tiene efecto directo para proteger la salud y tiene efecto amortiguador ante el estrés. Por eso se tuvo muy en cuenta para hacer la valoración de cada encuestado.

El apoyo social estructural se ve bien delimitado en los encuestados que logran una integración social en su colectivo, determinante para sanas conductas. Se sienten integrados a su estructura social para sus objetivos específicos. Se insertan muy bien en los estados normativos, simbólicos y materiales en los cuales están inmersos durante su labor y en su organización social. Su conjunto de valores como seres sociales en su estructura social les crea sentimientos de identidad personal.

Nunca está de más mantener bien eficientes los aspectos de apoyo social y de afrontamiento. Los encuestados se centran en el trabajo y otras actividades cuando se trata de apartar de su mente cosas desagradables, concentran sus esfuerzos en hacer algo respecto a alguna situación estresante que se les presenta, No la evaden ni toman estupefacientes, buscan apoyo emocional en los demás, le hacen frente a las dificultades, dan pasos para mejorar las situaciones estresantes, buscan soluciones extrovertidas, dejan salir sus cosas negativas en el círculo laboral, social o personal, sí piden ayuda y consejo a otras persona.

Buscan ver las cosas desagradables que encuentran en su profesión desde una perspectiva positiva, buscan dónde se han equivocado para soluciones no para verse sólo sus lados negativos ni para autocriticarse excesivamente, utilizan estrategias de qué hacer, consuelo y comprensión de alguien a quien puedan acercarse, afrontan los hechos, ven el lado positivo cuando suceden situaciones negativas, realizan cosas para no pensar en las negativas como ir al cine, ver televisión, leer, soñar despiertos, ir de compras o dormir, casi todos buscan consuelo en la religión o creencias espirituales, incluso otros buscan lo cómico y la burla en las situaciones estresantes.

No se encontró en sentido general modos de afrontamiento centrados sólo en las emociones, en la evitación. Sí afloraron los afrontamientos focalizados en el problema que son sinónimos de mejor ajuste y adaptación ante los estresores y por eso se experimenta menos síntomas psicológicos, y conllevan a la no presencia del burnout.

Primó el equilibrio en los modos de afrontamiento pero se indicó en varios encuestados que deben reforzar sus modos de afrontamiento para evitar el Síndrome del Burnout pues las estrategias de afrontamiento siempre operan como moduladores o amortiguadores de los estímulos estresantes colaborando a una actitud saludable.

Los enfermeros tienen un mayor porcentaje de enfrentamiento a casos graves y un mayor esfuerzo físico y emocional en el trabajo que combate con sentirse mejor apoyado en el hospital y en casa y con una mayor satisfacción sentida en el cumplimiento de su deber profesional. Los médicos, a su vez combaten el estrés laboral con su satisfacción de superación profesional, una mayor remuneración laboral y mejores turnos laborales. Estos componentes logran el equilibrio para un profesional sin burnout.

En la escala del nivel de afrontamiento se notó mayor nivel en los enfermeros pero no muy significativo. El grado de estrés laboral depende de la respuesta adaptativa del

trabajador ante la exigencia laboral que puede desembocar en estrés o distrés en relación inversamente proporcional. La respuesta es diferente para cada uno ante la misma situación tanto emocional como física y socialmente.

Sí hubo fisuras no desestabilizadoras en el apoyo social: algunos prefieren afrontar sus problemas en forma personal, consideran que puede solucionar ciertas situaciones en forma autónoma, carecen de otras actividades para distraerse, pero refuerzan la autoestima con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo.

Tienen modos de afrontamiento aceptables, aunque mejorables en algunos, para amortiguar o anular los efectos de las situaciones amenazantes, realizan acciones concretas para modificar las condiciones de los estresores.

Sus estilos de afrontamiento son positivos porque sus predisposiciones personales son optimistas y se apoyan en los recursos de afrontamiento, porque dan valor a las interrelaciones laborales y sociales, al amor, al cariño, a la empatía, al reconocimiento y valoración de sus resultados profesionales y a la importancia de su labor.

Los encuestados son dados a su profesión pero son objetivos, equilibradamente motivados. Sus estrategias de conducta son adecuadas. Sus estilos de vida son sanos. Utilizan recursos de afrontamiento como el locus de control, percepción de control de sus acciones, autoestima, autoeficiencia y optimismo.

Predomina el afrontamiento centrado en el problema y en la evaluación, no en las emociones porque utilizan estrategias como el requerimiento de información o asesoramiento con otras personas significativas, la ejecución de acciones para resolver el problema, accionando ante la situación o desarrollando planes alternativos, el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción, el análisis lógico de la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla, la redefinición cognitiva de los acontecimientos encontrándole un significado positivo y la evitación cognitiva mediante el olvido de la situación desagradable y la focalización en deseos y fantasías.

No se visualizaron aspectos conductuales graves que afecten la actividad laboral de los encuestados. Los resultados sobre personalidad son equiparables en ambos grupos con alta extroversión, y bajos neuroticismo y psicoticismo, donde hay mínimos casos a tener en cuenta para tratamiento de prevención. En cuanto a sinceridad los

niveles son adecuados. De ahí el equilibrio de salud mental que se da en ambos grupos, doctores y enfermeros.

Los rasgos de personalidad fueron positivos, facilitadores en el proceso de aprehensión de las disímiles dificultades que estos profesionales asumen con los pacientes, los familiares de los mismos, su relación con los compañeros de trabajo, con el personal directivo y en las relaciones personales y de convivencia.

Se tuvo en cuenta los rasgos de personalidad de cada individuo encuestado para la evaluación de no burnout pues los rasgos muestran la tendencia del comportamiento de una forma consistente en situaciones distintas.

Mediante las preguntas de las encuestas se logró obtener los datos de experiencia que indicaron que la mayoría tiene suficientes años de labor, los cuales les facilita la comprensión y la estabilidad en su trabajo.

La responsabilidad se manifestó en todos los casos de una manera balanceada pues su entrega es total pero con actitud saludable o sea no exceden sus límites emocionales ni físicos. Quienes tienen extraversión utilizan los aspectos positivos de su personalidad.

Se evidenció neuroticismo pero no en niveles preocupantes pues los encuestados no manifiestan frecuencia en subidas y bajadas de estados de ánimo, son amables, sinceros.

Los de personalidad introvertida tienen modos de conducta estándares, adaptables a su profesión, tienen pensamientos centrados y positivos, demuestran buenos sentimientos hacia ellos mismos, hacia sus compañeros, sensaciones agradables respecto a sus pacientes y sus relaciones personales, tienen una representación cognitiva y subjetiva verídica de la realidad, tienen un adecuado autoconcepto de su rol en la sociedad y para con ellos mismos, ven la competencia como superación profesional y personal.

Tienen buenos mecanismos de autorregulación, no se agobian en su vida laboral, desarrollan la empatía en todos los niveles de su red social, incluyendo a los hijos, sienten alta motivación en el desenvolvimiento de sus habilidades sociales, por lo que es buena la autoestima y la autoeficacia que perciben de ellos mismos.

El balance general de rasgos de personalidad es positivo para esta profesión. Aunque los patrones de conducta fueron A, B y C, fueron compensados los aspectos negativos con los positivos en los rasgos de personalidad.

La generalidad desarrolla locus interno pues asume que las decisiones y acciones personales influyen en sus consecuencias y como resultado, presenta mayores sentimientos de realización personal, menor percepción de sobrecarga, ambigüedad de rol y miedo al éxito.

No se sienten solos, ni desanimados. Como entes sociales se combinan acertadamente en las normas de la sociedad, no sienten necesidad de aprovecharse de otros para sobresalir, piensan en su futuro, se dedican a él pero viven con intensidad y balance el presente, creen en el matrimonio y buscan su estabilidad emocional con las relaciones sociales estables, no se apropian de lo ajeno, no viven en patrones de mentira, son sociables y comunicativos.

De acuerdo a las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud encuestados, podemos analizar varios aspectos:

Aunque en los médicos predomina el género masculino, y en los enfermeros el género femenino, se evidenció que en cuanto al sexo, las mujeres serían el grupo más vulnerable por la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar. No obstante, el sexo femenino de la muestra ha sabido compensar el estrés que conlleva sus deberes familiares y su dedicación laboral con un buen apoyo social en general y una personalidad equilibrada. Sí insistimos en mejorar los modos de afrontamiento que le van a permitir a mujeres y hombres una buena estrategia de prevención.

Respecto a la edad, se sugiere que existe un período de sensibilización en el que el profesional sería especialmente vulnerable al síndrome y que correspondería a los primeros años de ejercicio profesional. Percibimos menor exposición al padecimiento en los más adultos pero también éstos sienten el peso de la profesión, por lo tanto no están exentos del peligro.

Sobre los años de experiencia profesional, en todas las investigaciones se ofrece una relación inversa debido a que los sujetos con menor experiencia están más expuestos al distrés y a niveles de burnout, incluso están más expuestos al abandono de la

profesión. En este caso se cumple porque como la mayoría de los encuestados llevan bastantes años de experiencia están menos expuestos al burnout. Los que tienen pocos años de experiencia tienen índices muy buenos en el resto de las variables, lo cual compensa a que no padezcan del burnout.

En cuanto a zona de vivienda, por ser todos del mismo lugar de residencia, este ítem no puede darnos muchos rasgos de comparación, pero es beneficioso para nuestro estudio pues en cuanto a los niveles de burnout en Ecuador no hay estudios generales, aún no existe evidencia empírica suficiente para determinar lo que ocurre en los profesionales ecuatorianos, según la zona específicamente. Pasa lo mismo en Chile y en otros países. Por eso, es importante que los estudios actuales sean de la misma zona para poder ir creando un banco de datos particulares para llegar a resultados globales. Por dónde mejor empezar que por la capital de nuestro país y por hospitales de gran envergadura.

El rasgo etnia también es bueno de considerar por la incidencia de apoyo social. Casi todos son mestizos y llegan a una realización profesional a pesar de que todavía en el país existen subliminalmente visiones donde el aspecto físico es determinante a la hora de satisfacción laboral pero son tan subliminales que no pudimos concentrarnos en estos detalles y deben ser tema de próximas investigaciones.

Todos en general desarrollan un adecuado apoyo social, importante a la hora de sentirse apreciados emocionalmente, no importa en el vínculo que se desarrolle este aspecto, ya sea en las relaciones sociales o de trabajo sí es importante la empatía como sucede en estos casos de la muestra.

En las investigaciones precedentes tampoco existe acuerdo en el estado civil, aunque algunos resultados han mostrado que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que las que están casadas o conviven con parejas estables, aunque ello siempre depende del apoyo social brindado por la pareja o los hijos y el apoyo social en general.

El menor porcentaje de encuestados que viven solos encuentran en su círculo laboral social y en los hijos un buen apoyo social que influyen en una relación directamente proporcional a que no aparezcan síntomas de burnout. Determina la resistencia al

síndrome el apoyo de compañeros de trabajo y/o supervisor, el de pacientes y familiares y el apoyo en el hogar y en el resto de las relaciones sociales, aspectos encontrados en los resultados pues existen quejas pero en un ínfimo índice.

El salario es uno de los factores sociodemográficos que hemos tenido en cuenta. En la muestra la remuneración monetaria estable, mensual quincenal o semanal, ha primado. Aunque el monto salarial varía en todos los casos es alto. El pago salarial estable y bueno incide en el no padecimiento porque doctores que viven solos se compensan emocionalmente con mayor remuneración salarial y los demás factores como el tipo de trabajo. Y los que perciben menor monto tienen apoyo social más elevado.

En cuanto al tipo de trabajo, el tiempo completo en el sector público de los enfermeros incide en algunos casos de agotamiento emocional y de síntomas somáticos en relación con los médicos que tienen mejores turnos y no tienen guardias ni trabajo rotativo.

La diferencia más significativa en este aspecto del tipo de trabajo es el mayor índice de turnos rotativos de los enfermeros en relación con los médicos. Igual, los enfermeros trabajan más turnos vespertinos y fines de semana y en guardias.

La dedicación laboral es vital en el análisis pues produce mayor agotamiento emocional, que es el caso del enfermero, pero este grupo tiene mayor apoyo social, mejores características de personalidad y satisfacción laboral con lo cual se compensan los resultados que conllevan al no padecimiento.

En la atención a pacientes es bueno señalar que tienen un porcentaje parecido en el número de pacientes que atienden diariamente y en complejidad por especialidad; no son cifras que signifiquen un alto riesgo de distrés en comparación con otros profesionales del país.

No existen diferencias sustanciales entre médicos y enfermeros en el número de pacientes que atienden y los que llegan al centro asistencial con riesgo de muerte, también muere un número reducido de pacientes para ambos grupos. Esta característica del trabajo favorece a la no existencia del burnout pero justifica la aparición (en pequeños índices) de síntomas somáticos porque el combate contra la muerte de sus pacientes es uno de los estresores más notorios de la profesión.

En general, ambos grupos se sienten apoyados en los recursos ofrecidos por la institución. Los enfermeros un poco más que los médicos. Este aspecto compensa la carga que puede sentir el enfermero en su dedicación laboral en relación con el médico de esta muestra para facilitar la no existencia del burnout.

Hay índices mínimos de una falta de balance entre demandas y recursos, de disconformidad con la relación con pacientes y familiares de los pacientes. También se observó disconformidad con ingreso salarial sólo en algunos casos. El grupo de médicos se siente más valorado por pacientes y familiares que por la institución y a los enfermeros le sucede lo contrario. Pero ambos grupos se sienten buena valoración en general.

La satisfacción en su experiencia laboral es positiva en ambos grupos, al igual que la satisfacción económica. Es digno de analizar estas variantes porque dan un resultado lógico de estos casos sin burnout.

En los permisos de ausencia al trabajo el porcentaje también es muy pequeño. Los médicos piden más permisos pero fundamentalmente para superación y los enfermeros piden menos pero fundamentalmente por problemas de salud. De estos datos se desprende que los individuos de la muestra tienen una gran disposición y entrega al trabajo.

En resumen, las respuestas de los encuestados se comportan en armonía, de acuerdo a parámetros adecuados en lo físico, biológico y psicológico; en relación con la demanda, los encuestados consumen una energía aceptable para satisfacer las expectativas, dificultades y retos. No se encuentran ni en la fase de alarma que da paso a la resistencia y al agotamiento en el proceso particular del estrés laboral.

La investigación indicó que la actividad laboral de la muestra es provocadora de distrés por un alto estímulo psicológico, intelectual y físico, aunque no sucede aquí que el número de pacientes con riesgos de muerte sea muy alto y la exposición a la muerte no se hace tan estresante como podrá suceder en otro tipo de muestra.

Los datos obtenidos son alertas a tener en cuenta para no llegar al padecimiento. No hay que esperar a que el síndrome, que inteligentemente avanza subrepticamente, ataque y afecte los resultados laborales y personales.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Según la muestra analizada en la labor investigativa, compuesta por 31 profesionales de la salud en Ecuador: 16 médico/as y 15 enfermero/as, se concluye lo siguiente:

- Los individuos de la muestra, en su totalidad, no presentan síndrome del burnout porque saben enfrentar los elementos estresores de su profesión. a pesar de ser una población propensa al padecimiento por laborar en el área de la salud cuya responsabilidad que tienen a su cargo es la de la vida de un ser humano.
- Las consecuencias nocivas para el individuo y para la organización laboral que produce el Síndrome de Burnout, como paso intermedio entre estrés y consecuencias del estrés, no se manifestaron en sentido general. Sólo relucieron índices menores y esporádicos.
- Las tres sub-escalas del MBI o fases del síndrome permitieron medir la ausencia del padecimiento en cada encuestado. Los ítems de las encuestas demostraron la no presencia de agotamiento emocional y despersonalización y la presencia de alta realización personal como fases del burnout que se manifiesta como un proceso progresivo y por etapas.
- Las características de la personalidad influyeron en la carencia del síndrome del burnout pues son profesionales que presentan una actitud adecuada en el trabajo y en su marco social como bajo neuroticismo y psicoticismo y alta extroversión. Sus rasgos de personalidad son un hándicap de la respuesta de cada profesional de la salud ante los estímulos estresantes de su profesión. Permitieron conocer las particularidades de cada individuo de la muestra y aquellos aspectos donde debe centrarse para mantener una buena salud mental, física y emocional.
- Los individuos de la muestra utilizan adecuadas estrategias y modos de afrontamiento ante las dificultades continuas que se presentan en el día laboral y las desarrollan en el área de trabajo y fuera de ella. Como modos de afrontamiento presentan auto-distracción y negación, usan el humor y la religión, perciben buen

apoyo emocional e instrumental, utilizan las redes sociales para recibir amor y cariño. De esa manera luchan contra los factores estresantes de su profesión.

- Todos los ítem que se tomaron en cuenta en los cuestionarios se interrelacionan entre sí para dar una valoración general de cada encuestado, se complementan vitalmente unos con otros y también proporcionan los aspectos a tener en cuenta por los profesionales de la salud para evitar el padecimiento.
- La investigación comprueba la repercusión en sentido proporcionalmente directo de las variables demográficas y laborales en la incidencia o no del síndrome del burnout en los profesionales de la salud pues en su generalidad tienen contratos de trabajo y salarios estables; la mayoría conviven con otras personas, son casados y tienen hijos, familiares y amistades.
- Todas las variables de salud mental, de personalidad, de apoyo social y las de naturaleza socio-demográfica y laboral realizan un rol facilitador o inhibidor del síndrome. En este caso fueron inhibidoras en la aparición del Síndrome del Burnout pues no se presentaron casos de síntomas somáticos ni de disfunción social y muy pocos casos de ansiedad y depresión.
- Aunque hay ítems de las variables socio-demográficas y laborales, como el de zona de residencia que es común a todos y en ese sentido no se profundizaron las particularidades y otros casi comunes a todos como el de la etnia, sí demostraron que todos los profesionales de la salud están expuestos a situaciones estresantes que constituyen riesgos de contraer el padecimiento.: condiciones laborales, interacción constante con personas enfermas y sus familiares, enfrentamiento a la muerte y a demandas físicas y emocionales. Riesgos con los cuales lidian día a día.

RECOMENDACIONES

- Desarrollar estrategias de enfrentamiento del estrés en los centros laborales objetos de encuestas en esta investigación, con el fin de prevenir las sintomatologías encontradas.

- Elaborar programas educativos: realización de descripciones del síndrome, capacitación de profesores sobre la presencia y prevención del síndrome, campañas de difusión, evaluación en las unidades laborales, programas que preparen a los estudiantes próximos a incorporarse a la vida laboral.
- Se hace imprescindible la realización de más investigaciones en relación con las variables para hacer una mejor descripción del síndrome del burnout en cada país y por supuesto en el Ecuador, caracterizado por la diversidad en todos los aspectos que conllevan a una gran variedad también de personalidades y patrones de conducta que permitan detectar el conocimiento y frecuencia del síndrome en los diferentes estatus profesionales, fundamentalmente en las áreas de salud.

8. BIBLIOGRAFÍA

Básica.-

- Barrón López de Roda, A y Chacón Fuertes, F. (1992), *Apoyo social percibido: su efecto protector frente a los acontecimientos vitales estresantes*. España. Aprendizaje, Revista de Psicología Social.
- García Pérez, M. A. (2002), *Burn-out: Un reto para las instituciones sanitarias*. España. Revista española de Economía de la Salud.
- Hernández Zamora, G. L. y Olmedo Castejón, E. (2004), *Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad*. España. Universidad de La Laguna.
- Jofré, V. y Valenzuela, S. (2005), *Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos*. Chile. Universidad de la Sabana.
- Marrero Santos, M. de L. (2003), *Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de Ciudad Habana* (Tesis de Doctorado). Cuba. Revista Cubana de Salud y Trabajo.

- Morán Astorga, C., (2008), *Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos*. España. Universidad de León.
- Slipak, O. E. (2003), *Estrés laboral*. Argentina. Revista ALCMEON de Clínica Neuropsiquiátrica.
- Useche Parada, M. J. (2008), *Factores de personalidad relacionados con el síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. Colombia. Facultad de Enfermería-Facultad de Medicina.
- Rotlhin, P. y Werder, P. R., “El nuevo síndrome laboral BOREOUT”, (2009). Colombia. Editorial Random house Mondadori, SA.

Páginas y sitios webs, enlaces.-

- <http://www.maricelpopp@hotmail.co>. (Consulta marzo 2012).
- <http://bernardo.moreno@uam.es> (Consulta Marzo 2012).
- <http://joan-montane-lozoya.suite101.net/trastorno-de-ansiedad-generalizada-causas-tratamiento-sintomas-a24235#ixzz1o4JWXDUD> (Consulta Marzo 2012).

9. ANEXOS

Anexo N° 1: Certificación

Los informes son con fines exclusivamente académicos e investigativos.

Anexo N° 2: 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 Un Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos
 Neurológicos Diabéticos Emergencias

Cuidados intensivos Otros, indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

Anexo N° 3: Cuestionario de MBI

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							

13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

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

Anexo N° 4: 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"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y</p>

<p>estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>	<p>malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho 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"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> ho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> ante más que lo habitual.</p>

<p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más activo que lo habitual. I</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más que lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> Lo mismo que lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> Algo menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> En absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> Algo menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Algo menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Lo mismo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> En absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> Algo menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> Mucho mejor que lo habitual. A</p> <p><input type="checkbox"/> Algo mejor que lo habitual. A</p> <p><input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Algo peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> En absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> Algo más de lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> Algo menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>

<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> Satisfecho. A</p> <p><input type="checkbox"/> Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/> Ciertamente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> No parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre me ha pasado por la mente. Ciertamente</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> Menos en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. I</p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/> Menos en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual. B</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> Mucho más que lo habitual. I</p> <p><input type="checkbox"/> Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 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"/> Ciertamente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> No parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> Siempre me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> Ciertamente lo he pensado.</p>

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

Recuperado de

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

Anexo Nº 5: 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

Anexo N° 6: Cuestionario de Apoyo Social

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.					

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

Anexo Nº 7: 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?		

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS. Sherbourne y Cols (1991). Recuperado de

<http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

Anexo Nº 8: Designación de Códigos para el Trabajo

Nombre	Ciudad	Código Base
GAIBOR IZA PAULO CESAR	Ambato	AM01
MOROCHO SIMBAÑA JENNY KARINA	Ambato	AM02
ANDRADE CABEZAS BETTY ALEXANDRA	Ambato	AM03
BARAHONA CABRERA MIREYA DE LA NUBE	Azogues	AZ01
PESANTEZ MOLINA LOURDES DEL ROSARIO	Azogues	AZ02
JARRIN TERAN NATALIA ISABEL	Cayambe	CY01
BRAVO CABRERA LEONCIO IVAN	Celica	CE01
ALVAREZ AVILA CARLOS JOVANY	Cuenca	CU01
PERALTA ZAMBRANO CARMITA ERNESTINA	Cuenca	CU02
QUEVEDO LAPO BELGICA MARIA	Galápagos	GL01
HAMILTON HIDALGO PAULETTE PRISCILA	Guayaquil	GY01
MARTINEZ HIDALGO MARTHA HAYDEE	Guayaquil	GY02
MENA ORELLANA JESSICA MARIA	Guayaquil	GY03
PICO VELEZ RENE ORLANDO	Guayaquil	GY04
PINA PELAEZ CRUZ MARIA	Guayaquil	GY05
BALCAZAR BECERRA BIANNY YOJANA	Huaquillas	HU01
GUEVARA CAZAR MARÍA ELENA	Ibarra	IB01

BERMEO OJEDA TANIA YAJAIRA	Ibarra	IB02
MENDOZA RIVADENEIRA WILMER SEGUNDO	Latacunga	LT01
PARRA FABARA ISABEL CAROLINA	Latacunga	LT02
GOMEZ CORREA JOSE ALBERTO	Loja	LJ01
VALDIVIESO FLOR MARIA	Loja	LJ02
CHAVEZ MONTENEGRO VERONICA DEL CARMEN	Quito	QT01
GRUEZO MOREIRA CHRISTIAN PAUL	Quito	QT02
JIMENEZ LOPEZ TANIA DE LOS ANGELES - RODRIGUEZ ARRIETA ROSARIO YOLANDA	Quito	QT03
MORALES MALES ELSA DEL CARMEN	Quito	QT04
LOPEZ MARTINEZ MARCIA DE LOURDES	Quito	QT05
ORTEGA ANDRADE MARIA ELENA	Quito	QT06
PARREÑO PAZMIÑO MARIA ELENA	Quito	QT07
ROSERO FRISCH MARIA MERCEDES	Quito	QT08
TIBANLOMBO ILLANES ELFIDA SALIA	Quito	QT09
TOLEDO HERNANDEZ GLADYS SYLVANA	Quito	QT10
VIOLETA DEL ROCIO LUNA CABRERA	Quito - Carcelén	QT11
AREVALO HERRERA KARLA MELISSA	Quito - Tumbaco	QT12
FIALLOS MARMOL MARIA ANGELICA	Quito - Tumbaco	QT13
RODRIGUEZ LOJAN SANDRA MERCEDES	Quito - Villaflora	QT14

SOLIS HEREDIA SALOME MARLENE	Quito - Villaflora	QT15
------------------------------	-----------------------	------

NO	NOMBRES	CI	PROFESION	
----	---------	----	-----------	--

PABLO GALARZA	Quito	QT16
YEROVI CARRASCO RODRIGO PATRICIO	Riobamba	RB01
DAVALOS CHIRIBOGA CARMEN CECILIA	Riobamba	RB02
ECHANIQUE CADENA ESMERALDA STEFANIA	Sto. Domingo	ST01
MOREIRA LEMA SILVANA LUCIA	Sto. Domingo	ST02
LANDAZURI ROSERO SUSANA JANNETH	Tulcán	TU01
ZAMBRANO RAMON JANETH MARIA	Zaruma	ZA01

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

Anexo N° 9: Listado de médicos y enfermeras que participaron en la investigación.

1	Marco Cueva	170258105-7	Médico	Centro Comunitario
2	Jairo Sánchez	170782454-4	Médico	Particular
3	Patricio Andrade	170373590-0	Médico	Policía
4	Oswaldo Briones	170308920-1	Médico	Policía
5	Iván Sigüenza	010003537-7	Médico	Policía
6	José Yauri	1704070948	Médico	Policía
7	Edison Ríos	171783496-1	Médico	Policía
8	Gabriel Bonilla	020053299-2	Médico	Policía
9	Ávila Panchi	060268363-3	Médico	Policía
	Carlos Chacón	1704458692	Médico	Policía
11	Gilberto Calle	170276579-1	Médico	Policía
12	Marco Flores	110313621-2	Médico	Policía
13	Ramiro Yépez	170638314-6	Médico	Policía
14	Yolanda Galiano	170497652-9	Médico	Policía
15	Ángela Londoño	177141056-8	Médico	Policía
16	Sin Nombre	000000000000	Médico	Policía

1	Marlene Ruiz	010232332-4	Licenciada Enfermería	IESS
2	Sandra Cadena	170813822-5	Licenciada Enfermería	IESS
3	Florinda López	170862832-4	Licenciada Enfermería	IESS
4	Blanca Calero	171274601-3	Licenciada Enfermería	IESS
5	Mery Santander	010141653-3	Licenciada Enfermería	IESS
6	Lorena Chamorro	040156167-5	Licenciada Enfermería	IESS
7	René Vallejo	017221212-8	Licenciado Enfermería	IESS
8	Carlos Játiva	0171371944- 9	Licenciado Enfermería	IESS
9	Miriam Esteves	000125720-1	Licenciada Enfermería	IESS
10	Gloria Bautista	170499464-7	Licenciada Enfermería	IESS
11	Jeaneth Suasnavas	171549283-9	Licenciada Enfermería	IESS
12	Eugenia Bonilla	090676324-4	Licenciada Enfermería	IESS
13	Elizabeth Rueda	160031689-5	Licenciada Enfermería	IESS
14	Rut Lapo	171028828-1	Licenciada	IESS

			Enfermería	
15	Maritza López	No colabora con el número	Licenciada Enfermería	IESS

Anexo N° 10: Informe modelo entregado a los participantes de la investigación, con fines exclusivamente académicos e investigativos.