



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 en Quito - hospital del paso en Orellana”.

Trabajo de fin de titulación.

Autora:

Tibanlombo Illanes, Elifida Salia

Director:

Alvarado Chamba, Julio César

CENTRO UNIVERSITARIO: QUITO

2012

CERTIFICACIÓN

Lic.

Julio Alvarado.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: **“identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Carlos Andrade Marín en Quito - Hospital del Paso en Orellana”** realizado por el profesional en formación: **Tibanlombo Illanes Elfida Salia**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, agosto de 2012

f).....

Cl:.....

CESIÓN DE DERECHOS

“Yo .TIBANLOMBO ILLANES ELFIDA SALIA Declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

f.

Tibanlombo Illanes Elfida Salia

Cédula 0201452778

AUTORÍA

Yo soy parte de la vida, parte del tiempo, del pasado, del mañana, sobretodo soy parte parte del hoy, asumo cada dia con gratitud y responsabilidad.

Elfida Salia Tibanlombo Illanes

Cédula 0201452778

DEDICATORIA

A mis Padres por su amor y confianza por ser los motores de mi vida por todo el los principios que fomentaron en mí.

A mis hermanos y sobrinos por su apoyo paciencia y comprensión por acompañarme en mí proceso.

A mi maestro y amigo Facundo por su voz de aliento te recordare siempre escuchándote, leyéndote, manteniendo y poniendo en práctica tus consejos, hasta siempre amado Indio Gasparino.

Elfida Salia Tibanlombo Illanes

AGRADECIMIENTO

Al Gran Arquitecto del Universo por no permitir que pierda la voluntad aun pasando por muchos momentos difíciles y darme la fuerza necesaria para seguir.

A mis padres la oportunidad de vida que me han dado como no estar orgulloso de ellos por los buenos ejemplos de amor, respecto, por enseñarme que soy un ser humano al servicio de la humanidad, y que yo tengo una misión en la vida de ser feliz y hacer feliz a los demás.

A mis hermanos, sobrinos, amigos por su apoyo y confianza en mí, los años han pasado tan rápido hemos compartido mucho donde aprendí que no debo correr debo ser más firme en cada paso que doy.

Solo queda en mi gratitud por todo y cada uno de ustedes son una historia infinita para contar.

Elfida Salia Tibanlombo Illanes

ÍNDICE

Certificación.....	ii
Acta de cesión.....	iii
Autoría.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDOS	vii
1. RESUMEN EJECUTIVO.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	5
CAPÍTULO 1.1 Conceptualización del burnout	5
A. Definiciones de burnout.....	5
B. Antecedentes históricos del síndrome de burnout.....	7
C. Modelos explicativos del burnout.....	11
1. Modelos basados en la teoría socio cognitiva del yo	11
a. Modelos de competencia Social de Harrinson (1993).....	12
b. Modelo de Pines (1993).....	12
c. Modelo de Autocontrol de Thompon, Page y Cooper.....	12
d. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1980).....	12
2. Modelos Etiológicos basados en la teoría del intercambio Socia	13
a. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993).....	13
b. Modelo de conservación de recursos de recursos Hobfoll y Fredy (1993). 13	
3. Modelo Basado en la teoría Organizacional	13

a.	Modelo de Golmbiewsky y Munzerinder y Carter (1988).....	13
b.	Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).....	13
c.	Modelo de Winnubst (1993)	14
4.	Modelos etiológicos basados en la teoría estructural.....	14
a.	Modelo de Gil-Monte (1994) Gil-Monte. Peiró y Valcárcer (1995) Gil-Monte y Peiró (1997).....	14
5.	Modelo Tridimensional.....	14
a.	Modelo de Maslach y Jackson (MBI-HSS) (1981).....	14
b.	Modelo teórico integrador de Gil Monte (2005).....	14
D.	Población propensa al síndrome burnout.....	15
E.	Fases y Desarrollo del síndrome de Burnout	15
F.	Características, causas y consecuencias del Burnout.	17
G.	Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout	19
H.	Estrés.....	20
1.	Definición del estrés.....	20
2.	Modelos teóricos de estrés laboral.....	21
a.	Modelo demanda de control (DC) Roberkarask y Theorell (1990).....	21
b.	Modelo de crisis de gratificación en el trabajo (Siegrist, 1996).....	21
3.	Consecuencias del estrés laboral.....	21
CAPITULO 1.2.	Conceptualización de las variables de la investigación.....	23
A.	Burnout y la relación con las variables sociodemográficas y laborales.....	23
1.	Variables de riesgo y protectores.....	23
2.	Conceptualización de las variables de la investigación.	24
3.	Motivación y satisfacción laboral.....	24
4.	Estrés laboral en los médicos.....	24
5.	Investigaciones realizadas.....	25

B. El burnout y la relación con la salud.....	25
1. Definiciones de la salud.....	25
2. Síntomas somáticos.....	26
3. Salud en los médicos.	26
4. Ansiedad e insomnio.	27
5. Disfunción social en la actividad diaria.	27
6. Actitudes disfuncionales.....	28
7. Tipos de depresión.....	28
8. Burnout y depresión.....	28
9. Depresión en médicos.....	29
10. Investigaciones realizadas.	29
C. El burnout y el afrontamiento.....	29
1. Definición de afrontamiento.....	29
2. Teorías de afrontamiento.....	30
a. Afrontamiento centrado en el problema.....	30
b. Afrontamiento cognitivo.....	30
c. Afrontamiento emocional.....	30
3. Estrategias de afrontamiento.....	30
4. Investigaciones realizadas.....	31
D. El burnout y la relación con el apoyo social.....	31
1. Definición de apoyo social.....	31
2. Modelos explicativos del apoyo social.....	32
3. Apoyo social percibido.....	32
4. Apoyo social estructural.....	32

5. Investigaciones realizadas.....	32
E. El burbout y la relación con la personalidad.....	33
1 Definiciones de la personalidad.....	34
2. Tipos de la personalidad.....	34
3. Patrones de conducta.....	35
4. Locus de control.....	36
5. Investigaciones realizadas.....	36
4. METODOLOGÍA.....	37
A. diseño de la investigación.....	38
B. Población.....	38
C. Instrumentos de recolección de datos.....	38
1. Cuestionario MBI de Inventario de Burnout.....	38
2. Cuestionario sociodemográfico y laboral.....	38
3. Cuestionario de salud mental. (GHC28).....	39
4. La escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).....	39
5. Cuestionario de apoyo social.....	40
6. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck.EPQ-R.....	40
D. Acercamiento a las instituciones.....	40
1. Recolección de datos	40
5. RESULTADOS OBTENIDOS	41
A. Representación gráfica del cuestionario de MASLACH DE BURNOUT INVENTORY (MBI) en médicos categorizados sin el síndrome y con el síndrome de burnout.....	41
1. Representación gráfica del cuestionario de Maslach de Burnout Inventory (MBI) aplicado a enfermeras.....	42
B. Cuestionario Sociodemográfico y laboral aplicado a Médicos.....	44

1. Cuestionario sociodemografico y laboral de las enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marín (I.E.S.S).....	60
C. Representación gráfica cuestionario de salud mental aplicado a medicos (GHC28).....	75
1. Representación gráfica cuestionario de salud mental. (GHC28) aplicado en enfermeras.....	77
1. Representación gráfica del cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE) aplicado a medicos con burnout y sin burnout.....	79
2. Toma de datos generales de los medicos de la aplicación del cuestionario de afrontamiento.....	80
3. Representación gráfica del cuestionario de afrontamiento en enfermeras....	84
4. Toma general de datos para medir el nivel de afrontamiento en las enfermeras.....	85
D. Representación gráfica del cuestionario de apoyo social aplicado a médicos.....	89
1. Representación gráfica del cuestionario de apoyo social aplicado a enfermeras.....	91
E. Represetación grafica cuestionario revisado de personalidad de - Eyesenck.EPQ- R.....	93
1. Representación grafica cuestionario revisado de personalidad de Eyesenck.epq-r aplicado a enfermeras.....	94
6. DISCUSIÓN RESULTADOS.....	95
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	106
CONCLUSIONES.....	106
RECOMENDACIONES.....	107
8. BIBLIOGRAFÍA.....	109
9. ANEXOS.....	111

1 RESUMEN

El objetivo de la investigación es la “identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador” para evaluar a los profesionales sanitarios se aplicó seis instrumentos desde el modelo de Maslach Burnout inventory de MBI para ver el grado de agotamiento emocional, el GHC28 con el objetivo de determinar si han padecido algunas molestias de salud durante las dos últimas semanas, el de EPQR-A para analizar la estructura de la personalidad, el BRIEF-COPE y el cuestionario de AP, se realizó con enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marín (IESS) ciudad de Quito y médicos de diferentes especialidades de la ciudad del Coca en la provincia de Orellana, del hospital del PASO. “Patronato de Amparo Social de Orellana

Para la recopilación de la investigación se ha utilizado métodos: exploratorio, descriptivo, cualitativa y transversal los datos recopilados de 30 profesionales se procede a tabulación, arrojan sus respectivos resultados remarcando la presencia del síndrome en su mayoría en Enfermeras, siendo muy contradictorio en los médicos ya que solo uno de ellos manifiesta la prevalencia del síndrome

3. INTRODUCCIÓN.

Hay una fuerza motriz más poderosa que el vapor, la electricidad y la energía atómica la voluntad. (Albert Einstein)

Todos podemos, percibir, experimentar e incluso sentir, cansados, quemados, en épocas de crisis emocionales y pueden surgir la depresión, la apatía, la ansiedad, la desesperanza, el miedo al futuro, la frustración profesional, la desmotivación, estos nos ocurren en cualquier hábito de la vida.

Actualmente, en el plano laboral, cada vez son más las personas que el lugar de trabajo se convierte en un spa para estresarse o literalmente para quemarse laboralmente, donde les cuesta sobreponerse al dolor emocional

Durante las últimas décadas múltiples profesionales han investigado a través de estudios experimentales y se han publicado, libros, revistas, artículos científicos referentes al síndrome de burnout.

Un estudio realizado a médicos Norteamericanos con una muestra de 307 a quienes aplicaron las sub escalas del MBI y fueron enviadas por correo, también incluía una pregunta sobre el burnout con cinco opciones de respuesta que abarcaban cinco niveles sobre la autopercepción de burnout (desde su ausencia a sentirse completamente quemado).

Los resultados percibidos una asociación entre las puntuaciones en la sub escala de agotamiento emocional del **MBI** y la respuesta a la pregunta única, sugiriendo los autores el posible uso alternativo de la pregunta única en la evaluación de este componente en el colectivo médico (Rohland, Kruse y Rohrer 2004).

En Iberoamérica los estudios realizados sobre el síndrome de burnout, también conocido por “síndrome del profesional quemado” o de “desgaste profesional remarca los siguientes resultados, en España un 14,9% de médicos residentes, Argentina con un 14,4% y Uruguay 7,9%, en cuanto a los profesionales de los países de México Ecuador ,Perú, Colombia ,Guatemala y el Salvador presentaron la prevalencia del síndrome 2,5% y 5,9% con porcentajes menores a los países anteriormente

mencionados, por profesiones. Medicina tuvo una prevalencia del 12.1%, entre los médicos el síndrome prevalece más para quienes están trabajando en urgencias con un 17% e internistas con un 15,5% y las enfermeras 7,2%, (Grau, A, Flichetentrei, D, Sueñer, Prats, y Braga, F 2007)

Según la VI Encuesta de Condiciones de Trabajo en España elaborada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo el 70,9% de los trabajadores encuestados señaló que estaba expuesto a riesgo de accidentes de trabajo el porcentaje se eleva al 74,9% en el caso del personal sanitario. El análisis de las causas de accidentes (riesgos de accidente por cortes y pinchazos) reveló que las principales causas de los riesgos se debían a distracciones, descuidos, despistes o falta de atención 45%, trabajar muy rápido 19,4%, y al cansancio o fatiga 17,8% (Gil-Monte 2009)

El síndrome de burnout es una respuesta típica al estrés crónico característico en profesionales de organizaciones de servicio, se dan cuando las estrategias de afrontamiento fallan. (Gil-Monte 2007).

Grande es el interés por conocer en que consiste el síndrome burnout, cual es proceso, como hacer frente a esta situación que numerosos autores durante las tres últimas décadas se ha dedicado a su investigación de los cuales se hablara en los capítulos correspondientes

El objetivo es conocer la prevalencia del síndrome de burnout y sus manifestaciones como afecta y las consecuencias a los profesionales de salud, médicos, residentes y enfermeras de Ecuador, tanto a ellos como a los que le rodean, su vinculación en el aspecto psicológico, con la salud, analizar la fuerte tensión laboral donde ven inmersos los profesionales en el área de la salud se ven inmersos en un alto compromiso de entrega, idealismo, compromiso, ética, servicio.

Los modelos del síndrome de burnout explicado por varios autores y en diferentes fechas radican en si en un agotamiento laboral, en la pérdida de las emociones, el contorno laboral es muy influyente.

Las consecuencias del síndrome se caracterizan por disfunciones, conductuales, psicológicas, y fisiológicas que repercuten negativamente en los individuos y su entorno laboral.

El estrés negativo “distrés” laboral que se da en los profesionales de la salud, por la presión, frustración, donde depende mucho el ambiente laboral donde las personas se desenvuelve, de cómo es el medio ambiente, como se llevan e interactúan con sus compañeros, el trabajo de cara a cara con personas.

El estrés en el personal de salud resultan la acumulación de estresores asociados al desempeño de su profesión cuando las demandas profesionales sobre pasan los recursos de afrontamiento disponible, cuando la estructura el clima organizacional no es manejable, la carga de trabajo la autonomía del empleado; así como la personalidad individual del trabajador, exigencias sociales, muchas horas unidas a los pacientes, ser intermediario entre el paciente, médico y los familiares está más expuesto a críticas y exigencias.

El agotamiento emocional se da más en mujeres, están agobiadas con el trabajo, y responsabilidades extras (hogar, hijos, cargas familiares, etc.). Que incluso a haber adquirido el hábito de comer por causas emocionales, es decir, por estrés, ansiedad o depresión, en lugar de hacerlo sólo por hambre.

La depresión es uno de los principales problemas de la humanidad, es una enfermedad de mayor crecimiento en el mundo, que afecta a quienes tienen mayor problema emocional, alteraciones de ánimo, afecta la vida laboral y condiciona la aparición del síndrome de burnout.

Capítulo 1.1 conceptualización del burnout

A. Definiciones de burnout.

Síndrome Burnout termino que no es tan simple definir, ya que a lo largo de su historia se asimilado con varios conceptos.

En la primera instancia se da en las teorías del estrés y las estrategias de afrontamiento, llegando a usar el término estrés laboral que se dan una trayectoria al surgimiento del Burnout como proceso , que incluye exposición gradual al desgaste laboral, más que un estado y es progresivo. Que hace una evocación a una respuesta de estrés laboral crónico, sumándose por actitudes y sentimientos negativos así como varios síntomas que se supone que afecta al trabajador ya que se desencadena en un agotamiento, emocional y conductual, despersonalización, sensación de falta de realización profesional

El síndrome burnout o desgaste profesional relacionado con el trabajo, no se Germina por la percepción del trabajador de una incompatibilidad entre los esfuerzos realizados y los logros conseguidos, este síndrome se aplica a todo tipo de profesionales, remarcándose más a profesionales que trabajan cara a cara con personas.

La mayoría de autores quienes abordan este tema se alinean a lo que fue descrito en los años 70 por el psiquiatra Herbert Freudenthal "Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador", y que se da el medio laboral.

Para los Norteamericanos Maslach y Jackson (1986) el burnout es un síndrome de estrés crónico que afecta a los profesionales quienes están dedicados a atender a personas que tienen necesidad de dependencia o pasan por una situación de necesidad, donde manifiestan disminución y pérdida de recursos emocionales, se desarrolla actitudes pesimistas, autoevaluación de forma negativa del trabajo.

Para Cherniss (1980) este síndrome es donde los profesionales cambian de una manera negativa sus actitudes y conductas.

Según el diccionario Vox inglés –español la expresión inglesa toburnout significa “pasarse (el fuego), quemarse (un fusible, motor, etc.), fundirse (una bombilla) .Y si lo sustituimos, fusible, motor o bombilla por profesional o trabajador eso es lo que es precisamente lo que es el síndrome de burnout (Bosques 2009).

Encontrar una sola definición para el burnout no es posible ya que en habla castellana se da como diecisiete denominaciones, varias de ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial”

Para los autores Vega, Pérez Urdániz y Fernández Candi “síndrome del desgaste profesional (SDP), “estar quemado profesionalmente”.

Para otros autores como Mingote (1988) o García Izquierdo (1991) manifiestan que el burnout se da más en profesionales con grandes cargas emocionales que trabajan con personas involucrados en los servicios de salud.

Para Leiter (1989) señala que el síndrome de burnout se inicia por un cansancio emocional, donde los profesionales pierden el compromiso por el trabajo y crece el agotamiento, por ende se da disminuye los proyectos profesionales, por cansancio emocional, despersonalización, baja realización personal.

Para otros autores como Pines y sus colaboradores quienes señalaron que el síndrome Burnout es el estado de agotamiento emocional, físico y mental generado por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes.

Para el autor Charles Figley contextualiza al síndrome de burnout como “estado de agotamiento físico y emocional causado cuando por una larga implicación en situaciones emocionales exigentes

Para los psiquiatras Españoles Gervás y Hernández es la enfermedad de Tomás, de la novela de M.Kandura, en referencia a un personaje neurocirujano frustrado.

“Desgaste laboral” (Turner, 2002).

Para Gil Monte (2005) es “quemarse en el trabajo” donde los profesionales de diferentes áreas, va perdiendo la ilusión por el trabajo, agotamiento físico y emocional, con actitudes negativas hacía las personas, en algunos casos se manifiestan sentimientos de culpa.

“Fatiga laboral” (Thomaé, Ayala, Sphan, Stortti ,2006).

El síndrome de burnout es una respuesta típica al estrés crónico característico en profesionales de organizaciones de servicio, se dan cuando las estrategias de afrontamiento fallan. (Gil-Monte 2007).

Mingote Adán hace una definición de burnout“como un tipo específico de trastorno no adaptivo crónico asociado a las demandas psicosociales del trabajo directo con personas a través del trabajo directo de independencia mutua.”¹.

El síndrome de Burnout es la acumulación de agotamiento físico, emocional, mental fruto de situaciones demandantes y que se mantiene con el tiempo. Harris (1999 citado en Moreno y Jiménez et al, 2012).

Y con seguridad seguirá investigando y ampliando sus definiciones, como la búsqueda de prevención y control de este síndrome.

B. Antecedentes históricos del síndrome de burnout.

En los años 60 no se daba a conocer sobre este problema ocupacional, o por lo menos la historia de las bibliografías no lo plasma como tal, pero con el transcurrir de los años y en los actuales momentos es muy diferente, muchos investigadores ha demostrado un interés muy creciente por el síndrome Burnout reconociendo como un problema individual y social relevante.

No se puede esclarecer su nacimiento pero remontándose un poco el tiempo y sobretodo en las últimos 4 décadas más o menos donde se sale a reducir ensí.

Graham Green (1961) fue el primero de usar el término de burnout“A BurnOut Case” en una publicación en la que narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse en la selva africana,

¹ Barón G Manuel ,Lacaste, Ordoñez ,(2008) El Síndrome de agotamiento profesional en oncología Ed. Médica Panamericana .pág. 141

este síndrome surge como resultado de la frustración, y el de no saber enfrentar a situaciones estresantes, en el ámbito laboral.

McGrath (1970), en una de las definiciones más clásicas del término: "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas).

Su gestor el psiquiatra Herbert Freudenberg, (1974, 1975, 1997, 1980,1983 y1986) quien trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York. Descubrió el síndrome de burnout, aunque no con tal nombre. Freudenberg observó que en la mayoría de los voluntarios de la clínica había una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo. (Silva ,2001).

Cristina Maslach (1976) dio a conocer la palabra Burnout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología APA, refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban "quemándose"

Pines y Kafry (1978) "define al síndrome de burnout como una experiencia general de agotamiento, físico, emocional, actitudinal"²

Dale (1979) lo "define como consecuencia del estrés laboral y con la que la mantiene el síndrome podría en relación con la intensidad y duración del mismo"³

Cherniss (1980) "lo define al burnout "como cambios personales negativos que ocurre a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajo frustrantes o con excesivas

² Álvarez LLaneza Javier (2009) Ergonomía y psicología aplicada, 12va –edición España :Lex Nova pág. 512

³ Álvarez Javier (2009) Ergonomía y psicología aplicada, 12va –edición España :Lex Nova pág. 512

demandas”⁴ fue uno de los primeros autores que acentúa la importancia del trabajo que se relaciona en la aparición del burnout.

Competencia, autonomía, autorrealización, corporativismo, y actitudes de los receptores de servicio, para Cherniss eran claves estos cinco elementos para identificar como “Mística profesional”

Edelwich y Brodsky (1980), lo define como una “pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo”⁵

Según estos autores el entusiasmo, estancamiento, frustración, Apatía, estas son las cuatro fases por las que pasa un individuo propenso al síndrome de burnout.

Las investigadoras Cristian Maslach y Susan Jackson de nacionalidad Estadounidense, (1981) luego de varios años de estudios empíricos lo describieron como un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia”.⁶

En (1982) se crea el Inventario de Burnout de Maslach como un proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional (Gil-Monte, 2005)

En (1982) se define como una respuesta emocional despersonalización y baja realización personal en el trabajo ya que el término Burnout ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica según Moriana y Herruzo (2004).

Price y Murphy (1984) para estos autores el síndrome de burnout es un de adaptación a las situaciones de estrés laboral, que son consecuencias por sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, aislamiento, desgaste y fragilidad emocional.

⁴ Álvarez Javier (2009) Ergonomía y psicología aplicada, 12va edición España :Lex Nova pág. 512

⁵Álvarez Javier (2009) Ergonomía y psicología aplicada, 12va edición España Lex Nova pág. 13

⁶ Quiceno (2009) "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT).Colombia: Acta Colombiana de Psicología

Shirom (1989) por su parte considera el Burnout como una forma de cansancio cognitivo. Sostiene que el contenido central del síndrome es la pérdida de energía que sufre el sujeto, manifestando en fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo

Thomas Mann, (1991) en su novela *The Buddenbrooks*, se refiere ya a este término o concepto. En esta obra literaria se relata la decadencia de una familia y va implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre su obra.

Pero también para García-Izquierdo en (1991) el síndrome de burnout es un problema común en aquellas personas que están involucradas en el área de “servicios humanos” generalmente en los profesionales que se ven involucrados en una relación continua con clientes.

Leal Rubio (1993) el burnout resalta la pérdida de autoestima ya que se da por una sintomatología depresiva y por ende no rinde en su trabajo.

Garcés de los Fayos (1994) para el síndrome de burnout puede ser similar o consecuencia del estrés laboral.

Shaufeli y Buunk (1996) para estos autores el Burnout es interpretado como comportamiento negativo a nivel de organización donde no solo afecta al individuo si no a su entorno.

Chacón y Grau (1997) para ellos el burnout afectan directamente a los profesionales que están en la área de servicios como el de la salud por que se da un estrés laboral de asistencial de tipo organizacional.

En (1997) Gil-Monte y Peiró definen el síndrome de Burnout como: “una respuesta al estrés laboral crónico, y una experiencia subjetiva interna donde agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes negativas (2005).

Mingote Adán (1998) hace una recopilación de varias definiciones del burnout donde remarca cinco factores importantes

1. Donde predominan los síntomas disfóricos principalmente el agotamiento emocional, que afecta de manera paulatina.
2. Enfatiza las alteraciones de conducta de tipo de despersonalización.

3. Suelen aparecer síntomas físicos como cansancio, malestar general.
4. Se da por una inadecuada adaptación al medio laboral.
5. implica un bajo rendimiento laboral, demostrando la insatisfacción y desmotivación de la persona que padece el burnout.

Aranda (2006) la palabra burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto y perder la ilusión por el trabajo.

Según el psiquiatra Vieira et al. (2006), el burnout es un síndrome psicológico resultante de agentes estresores interpersonales crónicos en el trabajo y se caracteriza por agotamiento emocional, cinismo y reducida realización profesional.

Según Quiceno y Stefano VinacciaAlpi (2007), el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales.

El síndrome de burnout es una respuesta típica al estrés crónico característico en profesionales de organizaciones de servicio, se dan cuando las estrategias de afrontamiento fallan. (Gil-Monte 2007).

El burnout es el sufrimiento constante de estar quemado profesionalmente y no pueden soportar las tareas que tienen que hacer. (Moreno 2008)

Actualmente el síndrome de burnout es de gran relevancia dentro del contexto de las condiciones de trabajo, y cada vez es más insertarte en la psiquiatría como en la medicina.

B. Modelos explicativos del burnout.

Son varios los modelos explicativos propuestos después de muchas investigaciones y varios autores donde relaciona las causas a varias fases y variables que aportan para el desarrollo del burnout SQT.

1. Modelos basados en la teoría socio cognitiva del yo.

Destacan mucho las aportaciones de Albert Bandura Se trata de modelos que se caracteriza por otorgar a las variables del self (auto eficacia, autoconfianza, auto concepto) un papel central para explicar el desarrollo del síndrome.

a. Modelos de competencia Social de Harrinson (1993).

Son muy importantes los procesos motivacionales, la competencia y la eficacia percibida son variables claves para el desarrollo de este proceso, tanto los factores de ayuda (sentimientos de éxito) factores de barrera (sentimientos de fracaso) sobre carga laboral, conflicto de rol, falta de recursos = a burnout.

b. Modelo de Pines (1993).

Este autor incorpora la idea de que solo los trabajadores que intentan darle “un sentido existencial a su trabajo justificando todo su vida por un labor de ayuda que realizan, desarrollando altas expectativas y fijándose elevados objetivos existenciales”⁷.

El SQT se desarrolla y es el resultado de un proceso, en un fallo y en la contante búsqueda de sentido para su vida en profesionales altamente motivadas por su trabajo, por la labor de carácter humanitario.

c. Modelo de Autocontrol de Thompon, Page y Cooper.

Dentro de este modelo radica “el mayor o menor éxito en este control influirá en el estado de ánimo y en el autoconfianza profesional, influyendo sobre la realización personal y las intenciones del abandono”⁸.

d. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1980)

Contextualizo como un puente en el ámbito laboral, el individuo cuenta con factores potenciadores inhibidores, y el medio laboral con fuente principal del estrés esto hace que las actitudes y el comportamiento del profesional vayan cambiando de manera negativa y por ello describe tres etapas:

Desequilibrio entre los recursos y las demandas. (Estrés).

Desarrollo de la tensión y la fatiga (agotamiento).

Agotamiento emocional. (Afrontamiento).

⁷Gálvez Herrera Macarena (2009) El desgaste profesional del médico: Ediciones Díaz de Santos - Pág. 10

⁸ Gálvez Herrera Macarena (2009) El desgaste profesional del médico: Ediciones Díaz de Santos - Pág. 11

2. Modelos Etiológicos basados en la teoría del intercambio Social

Estos modelos consideran que SQT tiene su etiología en las percepciones de falta de identidad o de ganancia son variables relacionadas social.

c. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993).

Para estos actores tiene su etiología, radica en un proceso de intercambio social, de falta de identidad o falta de ganancias, que desarrollan los sujetos (Estresores) Procesos de intercambio social con pacientes incertidumbre, falta de control, (efecto de respuesta) agotamiento emocional (consecuencias) trabajadores, organizaciones.

d. Modelo de conservación de recursos de recursos Hobfoll y Fredy (1993).

Definen que el estrés se da cuando los sujetos perciben como amenaza o frustración aquellos que les motiva, generan inseguridad y desconfianza sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional, en si duda de ellos mismos dado a los estresores laborales.

3. Modelo Basado en la teoría Organizacional

Estos modelos incluyen al SQT como una respuesta al estrés laboral crónico, remarca mucho interés el clima o medio laboral, las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura.

d. Modelo de Golmbiewsky y Munzerinder y Carter (1988)

El síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso, la motivación inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuestas al estrés laboral y a la tensión que genera, ya que el estrés laboral se relaciona directamente con el SQT que se da por situaciones de sobrecarga laboral.

e. Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993).

Para estos autores es primordial la salud organizacional, y se considera que el burnout surge cuando las estrategias empleadas por los sujetos no dan resultado favorable para manejar el estrés laboral, por ende se dan conductas de despersonalización.

f. Modelo de Winnubst (1993)

Enfatiza la importancia en las relaciones entre la estructura organizacional, la cultura, el ambiente organizacional y el apoyo social en el trabajo, como variables antecedentes de síndrome de burnout.

4. Modelos etiológicos basados en la teoría estructural.

Estos modelos hacen referencia antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar las causas del Burnout de manera general, formulan que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

c. Modelo de Gil-Monte (1994) Gil-Monte, Peiró y Valcárcer (1995) Gil-Monte y Peiró (1997).

Se desarrolla como un modelo integrador donde las variables son de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento, si no son eficaces desabocan, en el desgaste profesional, plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol) como en relación aspectos socio laborales.

5. Modelo Tridimensional.

a. Modelo de Maslach y Jackson (MBI-HSS) (1981).

Los autores enfatizan en el contacto con el cliente mediante la implicación cognitiva y emocional la causa primordial pero suficiente para explicar el síndrome, varios factores aportan, como la falta de retos personales, la frustración, y las expectativas no realizadas, todo ello aporta a generar sentimientos de baja realización personal en el trabajo.

d. Modelo teórico integrador de Gil Monte (2005).

Tiene sus raíces en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establece en el medio laboral, que afecta tanto la salud física y emocional del profesional, este modelo no solo enfatiza en el síndrome si no también los antecedentes.

“Adaptación de modelos explicativos del estrés: equilibrio entre demandas /recursos y esfuerzos / recompensas como explicación del desgaste profesional.

- Enfoques positivos en el desgaste profesional.
- Estudios sobre la secuencia de desarrollo del desgaste profesional.
- Importancia del agotamiento como principal componente descrito del desgaste profesional.
- El papel de las expectativas profesionales.
- Consideración del desgaste profesional como un problema de salud pública”⁹.

D. Población propensa al síndrome burnout.

El síndrome de burnout afecta a muchas personas independientemente de las profesiones o del trabajo que realice, pero de manera fundamental aquellos profesionales donde se presentan relaciones de ayuda, por lo que es muy frecuente en los profesionales de la salud, médicos, enfermeras, educadores, policías, trabajadores sociales entre otros profesionales que de forma general se ven involucrados a las demandas psicosociales, elevadas expectativas, y exigencias.

Según Paredes y Sanabria (2008), en los equipos médicos no sólo se presentan factores predisponentes al SQT sino también factores protectores que permiten afrontar las situaciones realmente estresantes.

E. Fases y Desarrollo del síndrome de Burnout

La mayoría de los autores atribuyen la existencia de fases a la hora de desarrollar el SQT, cada una de las fases aportan de manera negativa para el desarrollo del síndrome.

- **Fase de entusiasmo:** Es el inicio en la carrera profesional los individuos en el trabajo tiene elevadas aspiraciones, motivaciones, presentan energías desordenadas, alto grado de identificación con la organización, donde los conflictos suelen ser pasajeros y con solución.

⁹ Gálvez Herrera Macarena (2009) El desgaste profesional del médico: Ediciones Díaz de Santos - Pág. 19

- **Fase de estancamiento:** Primeros síntomas fisiológicos (dolor de cabeza, problemas musculares, digestivos, Aislamiento del entorno, estos síntomas se presenta cuando no se cumple las expectativas.
- **Fase de frustración:** Los problemas emocionales, físicos y conductuales que presente en esta etapa, los individuos sienten desilusión, desmotivación laboral, el trabajo es carente de sentido, agotamiento de los planes y proyectos e incluso llegando a dudar de su profesión.
- **Fase de apatía:** Pérdida de iniciativas, escasas habilidades sociales, resignación con sensación de no llegar a entablar buenos contactos con los que rodean, disminución de la autoestima, en las actitudes y conductas se da una serie de cambios, siempre están a las defensivas.

Para Cherniss (1982) postula que el SQT se da en un proceso de adaptación psicológica entre el individuo estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso, o interés por lo que en el inicio se veían altamente comprometidos, para este autor el desarrollo de estas fases son las desencadenantes del síndrome que de una u otra manera van ligadas a las fases ya mencionadas.

- **Fase de estrés:** Esta fase radica en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
- **Fase de agotamiento:** Se refiere a la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el sujeto presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- **Fase de afrontamiento:** Implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El desarrollo del síndrome de burnout se trata de una respuesta o el resultado de un adaptativo, por un el estrés crónico, donde se van desarrollando los síntomas que integran, como una baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional, pérdida de ilusión por el trabajo, para la verificación de esta teoría se aplica CUESTIONARIO DE MASLACH DE BURNOUT INVENTORY (**MBI**) a la población de profesionales sanitarios quienes colaboran para esta investigación.

El síndrome de burnout se desarrolla de forma de manera progresiva debido a la falta de estrategias de afrontamiento funcionales, lo que impide a las personas protegerse apropiadamente del estrés laboral (Gil-Monte 2006).

I. Características, causas y consecuencias del Burnout.

El síndrome de burnout se produce por un conjunto de factores o características desencadenantes son personales organizativos, socioculturales, entre otros, y que son modificables, no son predeterminados.

Múltiples son los factores, para el desarrollo de SQT, pero vamos a enfatizar en las relevantes propuestas por algunos autores según las investigaciones realizadas.

Los Autores Grosh y Olsen ,(en Gil Monte 2006) para ellos el primer factor y el más influyente es un factor externo y de tipo sistemático donde atribuye a los sísmas de trabajo ,horarios ,sobrecarga de trabajo , falta de cooperación ,las dificultades que se dan con los beneficiarios ,otro factor es el intrapersonal donde se relacionan las variables como la autoeficacia ,entre otros ¹⁰.

- Factores personales: Las personas que más afectadas son aquellas que se asocian con el idealismo, autocrítica, narcisistas, ansiosas o depresivas, conflicto de rol, el deseo de destacar y obtener resultados brillantes, entre otros.
- Factores educacionales: El perfil profesional y exigencias, el mayor o menor tiempo de experiencias, genero, edad, la incompatibilidad entre las tareas, exigencias entre el mismo rol, la imposibilidad de poder progresar
- Factores organizacionales: Por qué el lugar de trabajo se convierte en un segundo hogar, para todos los individuos quienes se tienen una u otra responsabilidad laboral.

Una serie de factores organizacionales que desafortunadamente ayudan para el desarrollo de SQT, como el autoritarismo, la sobrecarga extra laboral de trabajo, los horarios, responsabilidades, con expectativas irreales del trabajo, la falta de equipo, honestidad, las relaciones conflictivas entre colegas, familia, autoridades de la institución.

¹⁰ López de Mézerville Helena , Sacerdocio y Burnout ediciones San Pablo

Factores según Horacio Cairo¹¹.

1. La falta de discernimiento, de apertura de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de horas de trabajo, la falta de energía y de recursos personales agotados para responder a las exigencias laborales.
3. El conflicto de rol, y la de asumir responsabilidades y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, la falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo.
5. La falta de equilibrio o justicia en el entorno laboral.
6. Las relaciones tensas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los dificultades por parte de la dirección o encargados, para que pueda desenvolver su trabajo.
8. La falta de colaboración en la toma de decisiones.
9. El impedimento de poder prosperar o ascender en el trabajo.
10. Las relaciones beligerantes con compañeros o colegas.

Entre las causas del síndrome de burnout que puede afectar al sistema cognitivo y emocional así como también la actitud de las personas, que se debe tener en cuenta.

- Mental: Sentimientos de vacío, agotamiento emocional, sensación de fracaso, impotencia y pobre realización personal; desesperanza ante el trabajo realizado, alteraciones nerviosas, inquietud, dificultades para concentrarse, frustración, y otros.
- Físicas: Dolor de cabeza, cansancio, insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardias, y otros.
- Conductuales: Comportamientos agresivos, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los usuarios, tristeza, conflictos con amigos, familia y compañeros de trabajo.

Es importante reconocer que el síndrome de burnout, no sólo afecta a las personas con quienes trabajan, afecta a nosotros a nivel físico y sobre todo emocional,

¹¹ www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.shtml

perturbando y alterando la vida social y familiar, afectando la salud física y emocional.¹²

Para Quintana (2005) formula que se puede examinar las raíces del desgaste profesional desde diferentes perspectivas, todas vinculadas entre sí, desde un óptica individual, organizacional, y desde lo supra institucional o una identificación total y amplia.

Las consecuencias del síndrome de burnout afecta tanto a niveles personales, familiares, como social y laboral, por las alteraciones emocionales y conductuales, psicósomáticos y sociales, pérdida de la eficacia laboral.

J. Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout

“Reza un viejo adagio que es mejor prevenir que lamentar”, se puede hacer frente al síndrome en sus inicios.

Cabe recalcar en cuanto yo hice primeros acercamientos a los profesionales de la salud para pedir su colaboración sobre los reactivos los cuales les iba aplicar en un gran porcentaje no tenía conocimiento sobre el síndrome de burnout .Como métodos preventivos:

- Difundir información sobre el síndrome de burnout, cuáles son sus síntomas, y todo lo que implica si no se controla a tiempo.
- Fomentar un clima laboral agradable, saber trabajar en equipo.
- Brindar apoyo a las organizaciones con talleres de liderazgo, habilidades sociales donde se aplique la tolerancia, lapaciencia.
- La recuperación es importante para los sujetos con SQT pueden necesitar un largo periodo de tratamiento depende mucho del interés y actitud, durante este periodo deben recibir:
- Apoyo emocional, relajación progresiva muscular (técnica de relajación de jacabson) restructuracióncognitiva, técnicas basadas en el condicionamiento operante, solución de problemas, en un sentido amplio desde una atención adecuada al tratamiento.

¹²<http://www.anahuac.mx/psicologia/archivos/burnoutempresas.pdf> (recuperado 05/04/2012)

Se debe manejar estrategias individuales, grupales y organizacionales desde una perspectiva unificadora favorable para cada sujeto que forma parte de la institución.

K. Estrés

Estrés tema de moda o enfermedad actual que afecta a casi toda la población, es muy común escuchar estoy estresado.

La revista Time (1983) publicó un artículo en la que calificaba al estrés como la “epidemia de los ochenta” y durante todos estos años parece que el estrés se ha vuelto crónico, lo que quiere decir que continúa con el paso del tiempo.

Los expertos opinan que, en muchos sentidos, el estrés que experimentamos en la actualidad es más peligroso, debido a su origen principalmente psicológico y no tanto físico.

1. Definición del estrés.

El estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción afirmativa (Organización mundial para la salud 1994), el término estrés proviene del latín significa fatiga, cansancio.

La Real Academia de la Española define al estrés como una situación que provoca por situaciones agobiantes que origina reacciones psicosomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

Desde la perspectiva psicológica, el estrés ha sido analizado desde los tres enfoques: (Cano, 2002)

Como estímulo: es capaz de estimular una reacción o respuesta por parte del organismo.

Como reacción o respuesta: puede evidenciar en cambios conductuales, cambios fisiológicos y otras reacciones emocionales en el individuo.

Como interacción: interactúa entre las tipologías propias de cada estímulo exterior y los recursos disponibles del ser humano para dar respuesta al estímulo.

Según Cox (2005) el estrés es un estado manifestado por un síndrome específico que consiste en todos los cambios no específicos en el sistema biológico.

El estrés es la respuesta especificada del cuerpo a cualquier demanda, ya sea causada por algo, ya tenga como resultado condiciones agradables o desagradables.

MacGrath “el estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entra la demanda y la capacidad de respuesta (sujeto) bajo condiciones en las el que fracaso posee importantes consecuencias “el estrés esta correlacionado con el miedo del individuo.

4. Modelos teóricos de estrés laboral.

El entorno laboral es el desencadenante de la etiología y de los síntomas y del progreso de SQTya que las diferentes fuentes de estrés se atribuyen a las experiencias de trabajo diario, el deterioro cognitivo y emocional son respuestas al estrés laboral y debido a su carácter desagradable.

a. Modelo demanda de control (DC) Roberkarask y Theorell (1990).

El interés de este modelo radica en el hecho de que su objetivo inicial es aportar un marco teórico para desarrollar recomendaciones que permita desarrollar la calidad de vida laboral, ya que el estrés laboral va en función de las demandas psicológicas.

b.- Modelo de crisis de gratificación en el trabajo (Siegrist, 1996).

Este modelo nace de la relación de intercambio del puesto laboral, donde se espera identificar las reacciones estresantes: Intrínseco (persona), Extrínseco (situación), afecta a quienes carecen de alternativas laborales, o quienes viven en situaciones desfavorables en el trabajo por usar estrategias para evitar situaciones estresantes.

Según el modelo de Hans Selye, la respuesta de estrés frente a los agentes estresantes se pasa fases, Sapolsky (2004).

Todos los días y todas las personas manifestamos estar estresados por múltiples factores, pero una de las profesiones más estresantes son aquellos que se ven inmersos en las áreas de salud, porque están sometidos, a mucha presión, el gran compromiso profesional, a la conectividad, al contacto con los enfermos, a las exigencias del medio etc.

5. Consecuencias del estrés laboral.

Desde un punto de vista científico se ha definido al estrés laboral con un factor de riesgo para la salud, y que se puede manifestarse síntomas y enfermedades, como

síntomas físicos, (cefaleas, úlceras, hipertensión), psicológicos (ansiedad, hostilidad y depresión) y síntomas conductuales, (absentismo, bajo rendimiento).

Existe un desequilibrio emocional por medios de cambios del funcionamiento del sistema nervioso autónomo, neuroendocrino e inmune, estos sistemas son responsables de que exista equilibrio y un buen funcionamiento corporal.

También el deterioro los hábitos de cuidado con la salud, sin olvidar que produce un desgaste psicológico en el que los sentimientos de tensión, tristeza e irritación se vuelven cada vez más frecuentes.¹³

El Dr. Andrew Miller, profesor de psiquiatría y ciencias conductuales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Emory en sus últimas investigaciones realizadas sobre el tipo de enfermedades que son afectadas por el estrés, en muchas personas debilita sistema al sistema inmunitario, parece desencadenar inflamación. Las personas con más estrés también estaban en mayor riesgo de contraer un resfriado. (Revista Proceedings of the National Academy of Sciences, 2012)¹⁴

¹³ http://www.mastrabajo.com/estrés_laboral.htm

¹⁴ http://lasaludylamedicina.blogspot.com/2012_03_01_archive.html

CAPITULO 1.2. Conceptualización de las variables de la investigación.

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

Los factores sociodemográficos pueden influir en el modo de afrontar el SQT, en función del género, edad, estado civil, números estudios realizados y modos de afrontamiento.

El SQT afecta a hombres y mujeres pero de manera más acentuada en las mujeres sobre todo aquellas profesionales que se ven inmersas en el campo de la salud ,por ejemplo las enfermeras se ven más involucradas con los pacientes, familiares ,médicos y otros sumando las cargas o responsabilidades familiares .

El estado civil también se involucra para el desarrollo del desgaste profesional solo solteros son más proclives

Las variables laborales, como el sueldo, la seguridad en el empleo, variedad en las responsabilidades, uso de capacidades, experiencia profesional, el ruido, y las diferentes estrategias de afrontamiento.

En el caso de los horarios afecta a hombres y mujeres sobre todo para aquellas personas que tiene horarios rotativos y veladas, ya que la baja cantidad de sueño disminuye las capacidades cognitivas y motoras en horas de trabajo,sumado a las diferentes responsabilidades.

1. Variables de riesgo y protectores.

Las condiciones de trabajo que no sean seguras, hacen que enfermedades laborales vayan incrementadas cada día.

Variables internas son aquellas que están relacionadas o vinculadas con la personalidad del trabajador y que son modificables de acuerdo con la trayectoria y que es modificable a su historia de vida personal y laboral.

Las variables externas están relacionadas con el ambiente laboral y el desempeño del trabajador, en las organizaciones u en otro medio en la cual se desenvuelve, ayuda tanto en su aumento o disminución del burnout

De entre los factores de riesgo que se han asociado a las enfermedades de origen laboral se encuentra: el género, el tipo de profesión, el nivel de atención médico, la ausencia o bajo reconocimiento de su profesión, la inseguridad laboral, las exigencias laborales, la ausencia de control y del contenido de las actividades, la insatisfacción con su trabajo, etc.

2. Conceptualización de las variables de la investigación.

Tener conocimiento de las variables descendentes (estresores laborales) puede ayudarnos a conocer el origen del síndrome de burnout.

Las variables más relacionadas con aspectos personales del sujeto, con características propias del contorno laboral, o con los aspectos relacionados con circunstancias externas al trabajo.

3. Motivación y satisfacción laboral.

Motivación y satisfacción laboral son dos aspectos muy relacionados entre sí, la satisfacción laboral para algunos investigadores es una actitud combinada por tres elementos afectivos, conductuales y cognitivos que manifiesta una persona hacia el trabajo (Sáez, 1999), puede estar relacionada con los niveles del síndrome de burnout (Cherniss, 1980, Burke y Greenglass, 1987, Jiménez, 2004).

La satisfacción laboral se basa en el concepto de discrepancia o desajuste, donde depende de la coincidencia entre lo que pretende obtener con su esfuerzo y lo que realmente obtiene el profesional.

La motivación ha tenido una gran influencia, sobre el rendimiento, las variables intermedias que activa la conducta, la intensidad y tiene dos componentes el energético y el direccional cuando el individuo está motivado, la calidad de vida cambia, se ve impulsado hacia metas.

4. Estrés laboral en los médicos.

El estrés laboral en los médicos y demás profesionales sanitarios es el resultado de acumulación de estresores asociados al desempeño profesional, cuando las exigencias laborales trascienden los recursos de afrontamiento disponible.

Para Firth (1986) investigo los niveles y las causas de estrés en los estudiantes de medicina, encontrando como principales estresores, la comunicación con los enfermos al estar en contacto con el sufrimiento y la muerte, el compañerismo mal fundamentado (staff y residentes) estos y otros factores producen frustración e impotencia con el tiempo el autoestima se ve afectado.¹⁵

5. Investigaciones realizadas.

Los investigadores de la Universidad Brigham Young, en Utah, llegaron a esa conclusión tras analizar datos de unos de 150 estudios sobre el riesgo de mortalidad y las redes sociales (reales, no virtuales). Los estudios involucraron a más de 300.000 personas de todo el mundo a quienes se siguió durante un período de siete años y medio.

Los resultados mostraron que la calidad y cantidad de los contactos sociales no sólo está vinculada a la salud mental, sino también a la mortalidad.

Según la investigación publicada en PLoS Medicine (revista de la Biblioteca Pública de Ciencia, Medicina) tener pocos amigos es tan dañino para la supervivencia como fumar 15 cigarrillos al día o ser alcohólico.

"Cuando alguien está conectado a un grupo y siente responsabilidad por la demás gente, ese sentido de propósito y significado se traduce a tener un mejor cuidado de sí mismo y a tomar menos riesgos", (Julianne Holt-Lundstad, 2010), quien dirigió el estudio.

B. El burnout y la relación con la salud.

1. Definiciones de la salud.

La organización mundial de la salud la define como el estado completo bienestar físico, mental, y social , entonces, es el estado equilibrado de todas las potencias del ser humano y no la mera ausencia de enfermedad”.

Nuestros pueblos aborígenes tienen sus propias definiciones sobre el tema de la salud, en la Provincia de Bolívar lo definen la salud como “la convivencia armónica del

¹⁵ Mingote Adán, Pérez Coral (2007) estrés del médico manual de autoayuda ,ed. Díaz Santos

ser humano consigo mismo, con la madre tierra y con los demás, la convivencia armónica se en un desarrollo integral a la plenitud y la paz espiritual individual y social

En la provincia de Cañar ellos lo definen “como un estado de equilibrio, armónico, corporal y espiritual del ser humano”¹⁶.

La salud es un estado de la existencia que el ser Humano lo define en relación a sus propios valores, personalidad y estilo de vida, es un estado positivo de bienestar

2. Síntomas somáticos.

Los síntomas son varios, el C.I.E -10 hace una marcada referencia a los "factores que afectan al estado de salud", incluye un código denominado "agotamiento", que se da por "problemas relacionados con el manejo de las dificultades de la vida".

Álvarez y Fernández (1991), han descrito síntomas asociados al burnout: Síntomas psicosomáticos de aparición temprana, en los que se manifiesta la fatiga crónica, dolor de cabeza, úlcera gástrica, trastornos digestivos, asma, pérdida gradual de peso, dolores musculares, en algunas mujeres se manifiesta desordenes menstruales.

Síntomas y signos conductuales : el más común absentismo laboral, consumo de alcohol, tabacos, u otras componentes químicos, alteración de compartimientos, conflictos familiares y laborales ,y otros .

Síntomas y signos emocionales: distanciamiento del círculo social, irritabilidad, baja autoestima, depresión, dificultades de concentración, celos, ideas de suicidio
Síntomas y signos defensivos: negación de las emociones, atención selectiva, ironía y otros ¹⁷

3. Salud en los médicos.

El burnout o SDP (Síndrome del desgaste profesional) en enfermeras .auxiliares médicos y otros involucrados en la área de salud ,sumergidos en la presión exigencias profesionales , el SDP es un importante mediador patogénico que daña la salud de los médicos ,los autores Dublin y Spiegelman (1974) señalan que es “notable descubrir

¹⁶ Echeverría, Montufar, (2008) plenos poderes y trasformación constitucional edi. Abya -Aya

¹⁷ Fuente <http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm>

que los hombres y mujeres de la profesión médica dedicados en defender la salud de los demás fracasan, en proteger la suya” .Para Dowling (1959) contextualizo que la “ignorancia ,indiferencia ,y la falta de cuidado ” conocido como un triple signo que afecta a la salud del médico .manifestándose enfermedades vasculares (cardiopatía isquémica ,enfermedades cerebrovascular) y muchas otras enfermedades .

4. Ansiedad e insomnio.

Ansiedad puede ser considerada como una reacción natural, que se activa en el momento en que nuestro cerebro considera que existe un peligro, como una señal de alarma psicobiológica funciona a través de anclajes negativos, en respuestas automáticas, asociadas al estímulo supuesto o real y son motivos frecuentes de consulta en la atención primaria de salud.

La ansiedad se genera en los pensamientos, por lo tanto, cualquier cosa que evite seguir pensando en esos pensamientos que generan la ansiedad conseguirá distraer a esa persona durante un rato, (centrarse en el argumento de una película, una conversación agradable, concentrarse en alguna actividad), aunque posiblemente al poco tiempo volverá a seguir pensando lo mismo. ¹⁸

Es la ansiedad la causa del insomnio o será que el insomnio causa ansiedad, algunos estudios enfatizan que la causa de insomnio es ansiosa que se da por el aumento de la actividad mental que se recuerda en la fase de sueños (williamson, 1986).

La ansiedad e insomnio afecta profundamente en el carácter del individuo psicológicamente, y manifiesta problemas de salud, con manifestaciones sintomáticas de estados generales que pueden no acompañar con cuadros psiquiátricos como es obvio se verá reflejando en un bajo rendimiento laboral.

5. Disfunción social en la actividad diaria.

la disfunción social se determina por las dificultades o carencias de adaptación social y falta de respuesta a sí mismo, se puede sentir que persiste de forma cotidiana en las organizaciones, entre compañeros de trabajo en la relación con el entorno esto puede tomar distintas aristas, ésta quien se aísla y sufre en silencio, el que se demuestra irónico o el que descalifica, crítica, el que no quiere reconocer que pedir

¹⁸ <http://www.ansiedad.net/2012/05/hacer-ejercicio-y-ansiedad/>

ayuda es, en este camino, indispensable, especialmente para aquellos que no logran encauzar lo más importante, la mirada hacia uno mismo.

6. Actitudes disfuncionales.

Están ligadas con grandes impactos emocionales ante eventos estresantes, dificultades para resolver problemas, se da más en personas vulnerables, predisponiendo a los individuos a responder de forma desfavorable, que perjudica al colectivo y sobretodo sus propias responsabilidades por estar siempre a la defensiva, los individuos se ve afectados por profundas crisis emocionales, llenándose de opiniones negativas de sí mismo, de los demás y del futuro las actitudes disfuncionales han sido asociadas con vinculadas a estilos de respuestas ante la depresión como la rumiación y atributos de imperfección (Iam, smith,checkley,rijdsdijk y sham, 2003).

7. Tipos de depresión.

La tristeza forma parte de nuestra vida cotidiana, pero si sobre pasa de un límite se convierte un verdadero problema de salud, depresión se conoce como una bajada del estado del ánimo.

Los trastornos depresivos se encuentran entre las enfermedades más frecuentes, hay muchos niveles diferentes en los trastornos de estado de ánimo manifestándose características y síntomas, los más comunes son:

depresión reactiva ,endógena ,distimia ,trastorno bipolar ,trastorno afectivo estacional depresión primaria ,depresión secundaria ,depresión psicótica ,pero también podemos hablar de la ciclotimia, él desorden afectivo emocional .

8. Burnout y depresión.

schwartzmann (2004) concluye luego de una exhaustiva revisión bibliográfica sobre el problema, que el síndrome de burnout a diferencia de la depresión y de otros trastornos asociados (estrés agudo, ansiedad, etc.), es una entidad relacionada exclusivamente con el trabajo, por lo tanto, esta autora, considera que debe constituirse como una enfermedad profesional.

9. Depresión en médicos.

Los médicos y profesionales sanitarios son proclives a la depresión, por exigencias y sobre carga laboral, las responsabilidades clínicas y la pérdida de calidad de vida personal, autocrítica .la comisión de errores y el temor a los litigios (firth –cozens, 1994).

10. Investigaciones realizadas.

Las investigaciones realizadas sobre la ansiedad e insomnio, realizaron estudios en pacientes depresivos y pacientes ansiosos y hallaron alteraciones del sueño similares entre ambos tipos de pacientes.

En lima Perú, (2011) en la universidad de san Marcos de la escuela de tecnología médica se aplicó a 119 alumnos, que oscilan de 15 a 25 años de edad , con una presencia femenina de 48,7% y masculina de 51,3%, el inventario de depresión de beck (book depressioninventory, bdi) que consta de 13 ítems, con una escala de 0 a 3, y cuya calificación es: 0 a 4, ausencia de depresión; 5 a 7, depresión leve; 8 a 15, depresión moderada; más de 15, depresión grave.

Resultados: el 38,7% de la muestra presentó algún nivel de depresión, en caso de los estudiantes varones encuestados, 56 de cada 100 presentan algún nivel de depresión, por lo que se recomienda realizar programas de prevención de depresión y determinar las causas subyacentes.¹⁹

C. El burnout y el afrontamiento.

1. Definición de afrontamiento

Afrontamiento tiene múltiples definiciones que van desde la inclusión de patrones de actividad neuroendocrina y autonómico (estímulos aferentes), hasta típicos de procesamiento cognitivo o interacción social.

El afrontamiento es entendido aquí como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales venerables que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones aversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el trascurso de la vida cotidiana (Lazarus, 2000)

¹⁹ Rosas, Marcelina, Yampufe, Manuel, López, Milena et al. Niveles de depresión en estudiantes de Tecnología Médica. 2011

Pero para muchos investigadores el afrontamiento es como una respuesta o una agrupación de respuestas ante una situación estresante, que se pueda neutralizar.

Es la relación a un proceso que encaja los intentos del sujeto para resistir o superar las situaciones problemáticas que se presenta en el acontecer diario, renovar el equilibrio para adaptarse a nuevas situaciones. (Cárdenas Marcelina ,2010).

2. Teorías de afrontamiento.

Su principal interés es lo emocional focalizado como “coping” voluntad para reducir el malestar emocional es la teoría de afrontamiento del estrés (Lazarus y Folkman) donde enfatizan a la psicología cognitiva o reestructuración cognitiva positiva, enfocándose en el ser humano.

- d. **Afrontamiento centrado en el problema.** Basados en los comportamientos y respuesta, la capacidad de solucionar los problemas como se presente en el diario vivir
- e. **Afrontamiento cognitivo.** Como un estilo cognitivo focalizado a los problemas, y a menudo incluye soluciones a los problemas utilizando (la percepción, la memoria, el procesamiento) que pone en marcha para evitar lo que suele presentirse como inminencia al daño
- f. **Afrontamiento emocional.** Incluye los esfuerzos para controlar y manejar los síntomas emocionales provocados por varios estresores.

5. Estrategias de afrontamiento.

Las diferentes estrategias de afrontamiento pueden producir efectos nocivos para la salud de forma directa, ejemplo afecta la presión arterial, de forma indirecta, ingerir alcohol, tabacos, tranquilizantes.

Las estrategias de afrontamiento aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan los individuos para ser frente a los factores estresantes y como eliminar definitivamente el problema (Lazarus y Folkman ,1986 citado en: Sandín 2003).

Luecken, Trataro, y Appelhans (2004) cuando se presenta un estrés moderado los autores proponen un estilo evasivo de afrontamiento, pero no es aconsejable cuando en niveles altos de depresión y ansiedad.

Las estrategias de afrontamiento puede llegar a ser mas o menos confiables, pues depende de la “capacidad de respuesta, a la especificidad situacional, al contexto ambiental, y a los criterios de los resultados que se utilice” Moreno Jiménez (2007).

Otra forma de entender las estrategias de afrontamiento como un estado de proceso dependiente de la situación.

6. Investigaciones realizadas

Para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el instrumento ante riesgos extremos, el cuestionario fue validado por López-Vázquez et ál en población mexicana; el instrumento es confiable 0.83 y 0.77 para afrontamiento activo y afrontamiento pasivo, respectivamente.

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en la ciudad de México con 500 trabajadores de un hospital de tercer nivel ,146 fueron no cumplieron los criterios de eficacia en el llenado de las encuestas por lo tanto no formaron parte del estudio, para esta investigación se utilizó Maslach Burnout Inventory versión Human Services (MBI-HSS) donde la nuestra final era de 354 personas.

Las investigaciones arrojaron los siguientes resultados que el uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el síndrome de burnout entre el personal de salud.

E. El burnout y la relación con el apoyo social.

1. Definición de apoyo social.

El apoyo social a proliferado desde los años 70 hace referencias a la transacciones entre personas, manifestándose conductas agradables, reduce el estrés ,por estar rodeados de personas que quieren ayudar , escuchan ,muestran empatía ,expresión de afecto ,respecto y otros .

Varios autores interesados en el tema para Lin y Ensel (1989) lo define el apoyo social con el riesgo de moralidad, y con la salud física y mental.

Peter y Cols identifican que el apoyo social debe ser diferenciado de concepciones como compañerismo y afiliación e interacción social.

La satisfacción inicial con el apoyo social proporcionó los mismos efectos, en términos de prevenir la salud física o promover mejoras de salud (Goode y otros,1998).

El apoyo social bien llevado y mantenido mas actividad física permite tener más vida con salud física y mental.

2. Modelos explicativos del apoyo social.

En el mundo moderno actual los sociales se están deteriorando por el esfuerzo que conlleva tener una vida profesional y familiar, y encontrar un equilibrio entre ambas.

La pérdida de este apoyo social reduce las posibilidades de supervivencia aún más que otros factores como la obesidad o la falta de ejercicio.

3. Apoyo social percibido.

El apoyo social percibido es un conjunto de sentimientos como "ayuda percibida". El individuo se siente un poco aliviado por que tiene en quien confiar pedir apoyo sobretodo en situaciones conflictivas, familiares, laborales, bien pueden ser económicas, sobre todo en el área de la salud.

4. Apoyo social estructural.

Hace referencia a la cantidad y calidad de apoyo, cuando el individuo necesita y su participación e integración social, en si es la percepción de la satisfacción del apoyo emocional, para algunos autores hacen referencia el apoyo social estructural como en número de contactos sociales, amistades, integración a grupos u organizaciones y otros.

5. Investigaciones realizadas

Los investigadores de la Universidad Brigham Young, en Utah, llegaron a esa conclusión tras analizar datos de unos de 150 estudios sobre el riesgo de mortalidad y las redes sociales (reales, no virtuales).Los estudios involucraron a más de 300.000 personas de todo el mundo a quienes se siguió durante un período de siete años y medio.

Los resultados mostraron que la calidad y cantidad de los contactos sociales no sólo está vinculada a la salud mental, sino también a la mortalidad.

Según la investigación publicada en PLoS Medicine (revista de la Biblioteca Pública de Ciencia, Medicina) tener pocos amigos es tan dañino para la supervivencia como fumar 15 cigarrillos al día o ser alcohólico.

"Cuando alguien está conectado a un grupo y siente responsabilidad por la demás gente, ese sentido de propósito y significado se traduce a tener un mejor cuidado de sí mismo y a tomar menos riesgos", (Julianne Holt-Lundstad, 2010), quien dirigió el estudio.

E. El burnout y la relación con la personalidad.

1 Definiciones de la personalidad

Han surgido algunas definiciones se dan en este tema muchos psicólogos a lo largo de la historia se han interesado por la personalidad tratando de descifrar o descubrir el misterio en envuelve al ser humano.

El estudio de personalidad se ha beneficiado con la teoría de los rasgos, iniciada por Allport lo que se convirtió en una definición clásica de personalidad, según la psicología, teología, filosofía, sociología, derecho.

La organización mental total de un ser humano es uno cualquiera de los estadios de su desarrollo, comprende todos los aspectos de carácter del ser humano, como intelecto, temperamento, habilidad, moralidades y las actitudes (Warren y Carmichael 1930).

La suma total de los patrones de conducta actuales o potenciales de un organismo, determinados por la herencia y el ambiente". (Eysenck, 1947).

Su patrón único de rasgos (Guilford, 1959).

Un modelo de estado de equilibrio valioso para el individuo, que posee formas singulares de proteger estas condiciones que él han creado (Stagner, 1961).

La personalidad es la organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan a sujetos únicos en el ambiente. (Allport, 1966).

Todos los modelos jerárquicos de la personalidad, en que algunas entidades internas sustentan a otras, y que sus interrelaciones dinámicas determinan la conducta que exhibe el individuo (Michel ,1968).

Remarca que las características de las personas son más esenciales para el propósito de entender y predecir las conductas idiosincrasias (Brody, 1972).

Representa la estructura intermedia, donde la psicología impone entre la estimulación del medio y la conducta con que los sujetos, justamente para dar razón de modo individualizado (Pinillos ,1975).

Hace referencia a las formas en que la gente percibe e interpreta la conducta (Fiske, 1978).

Los patronos típicos de conducta remarcan (incluidos los pensamientos y emociones) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de su vida (Mischel, 1979).

Es una agrupación de características que confirman una atractividad, superficial a la persona, o desde la perceptiva de su valor como estímulo social (Bermúdez Moreno, 1991).

Diferencias individuales que constituyen a cada persona y la distingue de la otra (Diccionario de la Real Academia de la lengua Española, 2001).²⁰

La personalidad no es más que un constructo hipotético que se justifica por los tipos de actos que realizan las personas cotidianamente (Alcover de la Hera ,2007).

Podemos decir que la personalidad es una infinidad de motivaciones, necesidades, preferencias que sirve como de referencias de las fortalezas, debilidades, de las dudas y aciertos.

2. Tipos de la personalidad.

²⁰ Fernández Rebeca, (2007) Técnicas de Apoyo Psicológico y Social al Paciente y Familiares. edi Vigo

A lo largo de la historia de la psicología tanto en Occidente como en el Oriente han surgido varias tipologías de personalidad la gran curiosidad del hombre conocer al hombre y hacen alusión a distintos tipos de personalidades en base a determinados principios conceptuales.

En la Grecia antigua, Hipócrates Padre de la medicina describió cuatro tipos básicos de temperamentos, Éste guarda relación con el carácter de la persona, **Sanguíneo** es (optimista, esperanzado, vigor, impulsividad, sociabilidad inquietas, nerviosas, expresivas, sociables, se distraen con facilidad, son sensibles a los estímulos, adaptables, generalmente extrovertidas y optimistas.), **melancólico** (triste, deprimido son tímidos, introvertidos, son sensibles, a veces son indecisos, se ofenden fácilmente y pueden estar tristes sin razón aparente.), **colérico** (irresistible, desafiantes, segura de sí misma, tiene buena capacidad de atención, rasgos de liderazgo y se enfrenta a los conflictos sin temor, explosivo y controlador) **Flemático** (apático, tranquila, leal, calmada, nunca tiene prisa, le gusta comer y dormir, meticulosa).

Según las teorías de las 4 personalidades linfático, nervioso, sanguíneo, y bilioso

Según el DSM.V contextualiza tres características principales de lo que es un trastorno de personalidad, centrada en los fallos de adaptación, que implican alteraciones de la identidad, cinco categorías diagnósticas (antisocial/psicópata, evitativo, límite, obsesivo-compulsivo y esquizotípico); y una serie de seis dominios ²¹

Los tipos de personalidad de los profesionales de los servicios humanos fueron hallados de manera muy clara según el estudio de McCaulley (1981), Y Myers y McCaulley (1985) afirman que tanto en los servicios de salud como en los educativos, domina el "tipo emocional" (las personas tendrían que desarrollar la sensibilidad ,relacionado con el trato humano) frente a una personalidad de "tipo racional".(estarían los sujetos que desarrollan un gran poder de análisis, objetividad y mirada lógica).

3. Patrones de conducta.

Desde su inicio el ser humano empieza a desarrollar patrones de comportamiento, o pautas de conducta que son pilares fundamentales, las primeras y más importantes relaciones es con los padres y comportamiento actual es fruto de las experiencias

²¹http://www.pcfinternacional.com/upload/news/Rev__AEP_391_111.pdf

No por ello quiere decir que los patrones de conducta no son modificables muy por lo contrario, los patrones negativos puede poner resistencia pero si es modificable aplicando disciplina mental con mucho esfuerzo y paciencia pero favorables recompensas.

4. Locus de control.

Locus de Control: una persona atribuye los sucesos o resultados de sus acciones, las investigaciones han concluido que las personas atribuyen su vida, creencias generalizadas en que los acontecimientos que les toca vivir, ya sean a factores internos (habilidad, esfuerzo,) o externos de él (suerte, destino entre otras) (Wilson y Chiwacate,1989,Neumann y Opperman,2000) .

Locus de control en las personas es modificable por medio de desarrollo de técnicas que ayuda al individuo a transformar su estilo de evaluación cognitiva y agentes estresantes.

5. Investigaciones realizadas.

Estudios realizados sobre le locus de control de muestran que un ejercicio moderado aumentan la formación de nuevas neuronas y los resultados pueden ser favorables sobre el cerebro y sobre el sistema metabólico y cardiovascular ²²

Investigaciones realizadas en el campo de la psicología han demostrado que los sujetos que gozan de un entorno familiar, social, laboral estable afrontan mejor las situaciones adversas.

²² Redolar Ripoll Diego (2011) El Cerebro Estresado editorial UOC.

7. METODOLOGÍA.

Explicaremos detalladamente la metodología de investigación que se aplicará. Se utilizará la investigación de campo, la que nos permitirá hacer observaciones y criterios directos e indirectos en el medio.

E. diseño de la investigación.

En este estudio se utiliza métodos descriptivo, cualitativo, exploratorio y transversal de una población mixta que ha sido como objeto de estudio sobre la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud. En esta investigación posee varias características que permiten organizar, aportar, llevar el control de los datos.

Cuantitativa. Se emprenderá un análisis en forma numérica de los instrumentos evaluados, para controlar y proceder al desarrollo de la investigación.

Es no experimental. El objetivo principal de la encuesta es describir y analizar ciertos fenómenos sin manipular las variables.

Transversal. Recopilación de la muestra, para analizar cuál es el nivel o estado, que facilitan la visión de la investigación, determinar aspectos y sacar conclusiones.

Exploratorio. Es la primera fase de la investigación el objetivo primordial es de proporcionar ideas

Descriptivo. Para alcanzar el objetivo del estudio se selecciona una serie de factores y se busca especificar, y describir características de un grupo de profesionales sanitarios.

Objetivo general

La identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Carlos Andrade Marín (IESS) la ciudad de Quito y Hospital "DEL PASO" de la ciudad del Coca (Orellana) Ecuador.

Objetivos específicos

- Identificar las variables socio demográficas y laborales de los profesionales sanitarios investigados

- Determinar el estado actual de la salud mental de los profesionales
- Identificar el apoyo social procedente de la red social
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones de estrés en los profesionales sanitarios

Identificar rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias

F. Población.

Para el desarrollo de esta investigación que se tomará en cuenta a un grupo de 15 médicos de diferentes especialidades del hospital del PASO. "Patronato de Amparo Social de Orellana, como también participan 15 enfermeras de diferentes áreas del Hospital Carlos Andrade Marín Instituto Ecuatoriano de salud (IESS)

G. Instrumentos de recolección de datos.

Para el levantamiento de información necesaria haremos uso de ciertos instrumentos de varios autores que se encuentran a entera disposición, son prácticos y muy viables para conocer lo que es interesa, para la investigación estos serán de carácter primario y secundario.

7. Cuestionario MBI de Inventario de Burnout

El cuestionario de Maslach consta de 22 ítems con respuestas de 0 a 6 y tiene una estructura tridimensional, este instrumento se utiliza para detectar y medir la existencia del síndrome de burnout, en médicos y enfermas.

- Cansancio emocional: Puntuaciones altas en los nueve elementos que lo definen describen los sentimientos del sujeto que se siente emocionalmente agobiado por su propio trabajo.
- Despersonalización: Puntuaciones altas de los cinco elementos de esta escala describe una respuesta interpersonal de frialdad y alejamiento hacia su propio trabajo.
- Realización Personal: Contiene ocho elementos que describen el grado de realización, describe sentimientos de competencia, las puntuaciones bajas son indicativas del síndrome de burnout

8. Cuestionario sociodemográfico y laboral.

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socios económicos y laborales. Su objetivo es captar información necesaria para una investigación como recolectar datos personales y laborales como género, edad, estado civil, número de hijos, titulación académica, situación administrativa, años de experiencia, años de antigüedad, satisfacción personal, dirigidos a profesionales de salud.

9. Cuestionario de salud mental. (GHC28).

La sobrecarga de actividades cotidianas pueden representar en sí mismas una amenaza para el sujeto que las experimenta, viéndose afectada su salud, este cuestionario constan de 28 ítems cuyo objetivo fundamental, es la revisión y evaluar el estado de salud mental del sujeto.

10. La escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).

Es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés, mide distintos aspectos de afrontamiento.

BRIEF COPE, Es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas, de dos ítems cada una, este cuestionario de afrontamiento que mide la planificación, supresión de actividades distractoras, refrenar el afrontamiento, búsqueda de apoyo social instrumental, afrontamientos centrados en las emociones, como búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, deshago emocional, desconexión, emocional, desconexión mental. Los ítems tienen cuatro alternativas de repuestas:

- No he estado haciendo en absoluto
- He estado haciendo esto un poco.
- He estado haciendo esto bastante
- He estado haciendo esto mucho

11. Cuestionario de apoyo social.

El apoyo social tiene una gran cantidad de beneficios, por su proceso interactivo a través de la cual el sujeto obtiene ayuda emocional, instrumental, hoy es tan de moda el buscar apoyo a través de las redes sociales. Este cuestionario consta de 20 ítems, el primero de lo cual es para averiguar sobre el tamaño de la red social, y cuatro

subescalas que mide el apoyo emocional, apoyo instrumental o ayuda material, la interacción social positiva o redes sociales, el objetivo de este cuestionario es saber con tipo de apoyo se siente más aliado, con quien no se siente ser parte de él.

12. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck.EPQ-R.

Apreciación de cuatro dimensiones básicas de la personalidad: Neurotismo, Extroversión, Psicotesismo, Sinceridad, constan de 24 ítems cuyo propósito es tratar de conocer la forma o manera de pensar y sentir de los encuestados.

H. Acercamiento a las instituciones.

Un procedimiento primario es el acercamiento a las instituciones mencionadas, con respectivas solicitudes, dirigidas a directores, o representantes de dichos establecimientos. Una explicación clara y precisa sobre los instrumentos o cuestionarios a ser contestados de manera plena y libre para quienes estén dispuestos a colaborar, los mismos que son utilizados para la investigación sin ser comprometidos a quienes colaboran en las encuestas, la entrega de las encuestas de manera individual, grupal directa e indirecta, la recopilación no fue muy factible por el tiempo limitado de los profesionales.

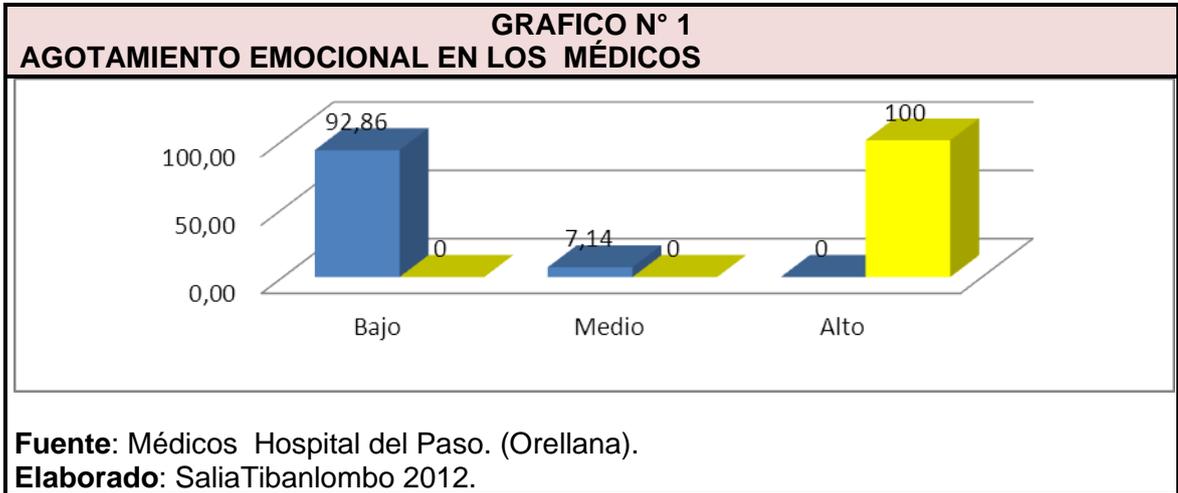
2. Recolección de datos

Recopilación de las encuestas se dio en diferentes días y horas según los horarios de los profesionales, se dio ciertas dificultades por algunos investigados por un poco de temor y desconfianza, falsas sospechas de que pueden ser analizados por alguna cuestión política de gobierno, después de una explicación clara y convincente se dio paso a lo solicitado.

Para poder responder cada uno de los objetivos de la investigación una vez aplicado y recopilado los cuestionarios a la nuestra seleccionada se procede a codificar y tabular, de la cual se analizara cada pregunta respondida por los médicos y enfermera.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

A. Representación grafica del cuestionario de MASLACH DE BURNOUT INVENTORY (MBI) en medicos categorizados sin el síndrome y con el síndrome de burnout.

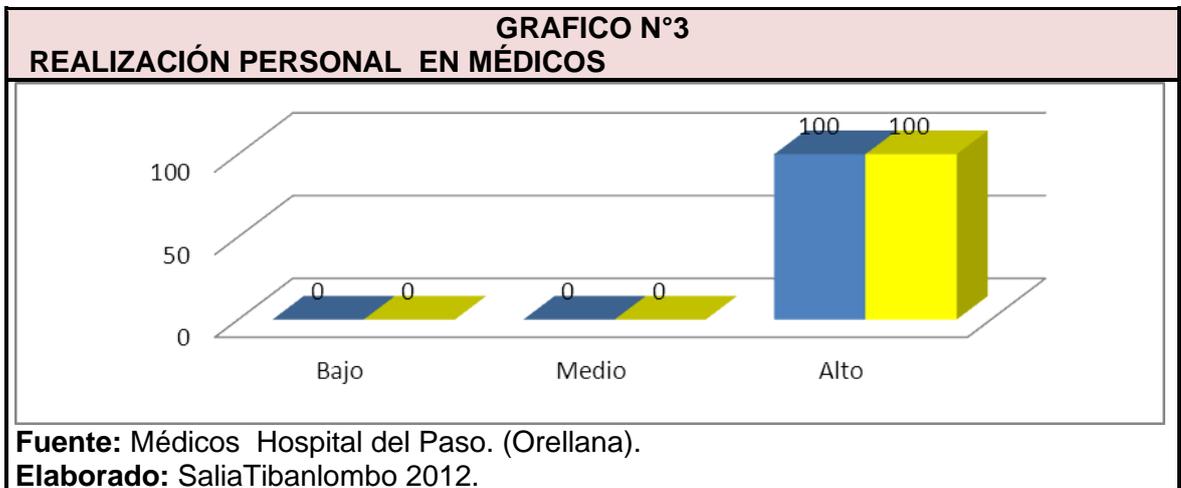


- En el gráfico N°1 se puede observar que un 93% de los investigados sin el síndrome tiene un agotamiento emocional bajo, y un 7% tiene agotamiento emocional medio.
- Se puede observar que el 100% de los médicos investigados con el burnout presentan un agotamiento emocional alto.



- En el gráfico puede observar que un 93% de los investigados sin burnout presentan actitudes positivas hacia los demás, con despersonalización baja, 7% de ellos presenta despersonalización media.

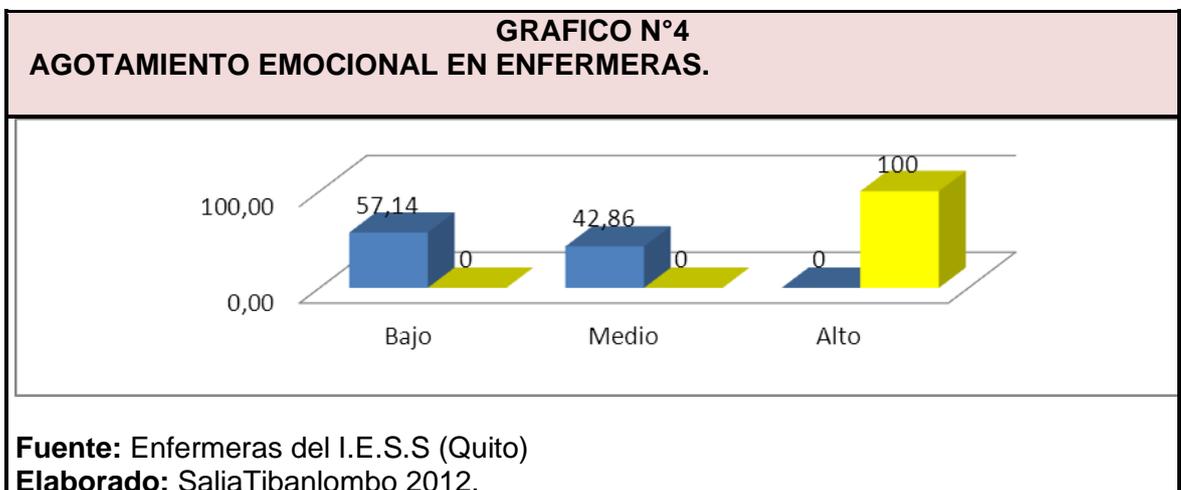
- Se puede observar que en categoría alta se encuentra el 100% de los investigados con burnout.



- En el gráfico N°3 puede observar que el 100% de los investigados sin burnout se encuentran en niveles altos de realización personal.

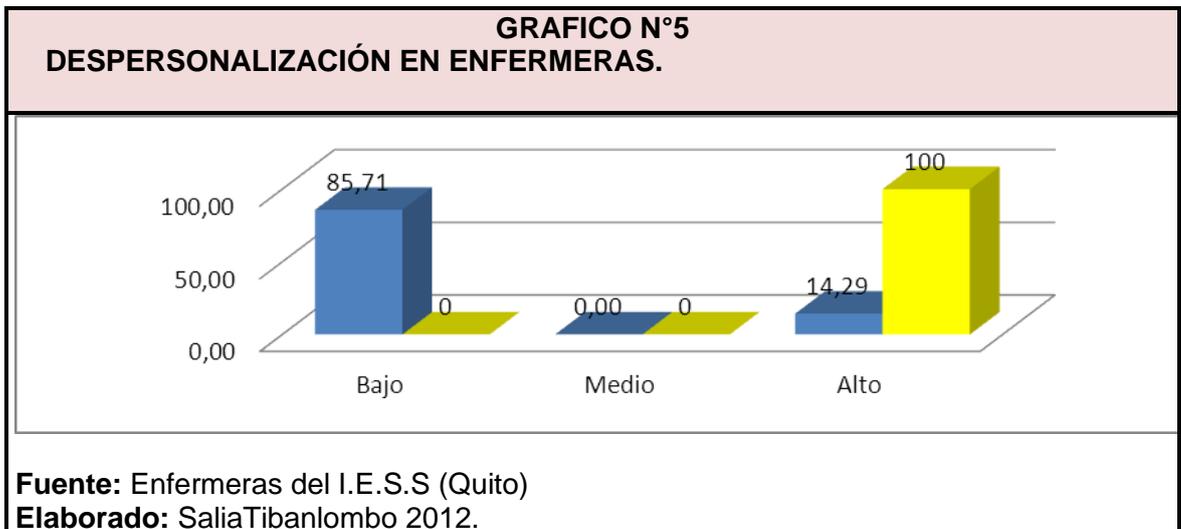
- Se puede observar que en los investigados con burnout la realización personal es alta.

2. Representación grafica del cuestionario de Maslach de Burnout Inventory (MBI) aplicado a enfermeras.

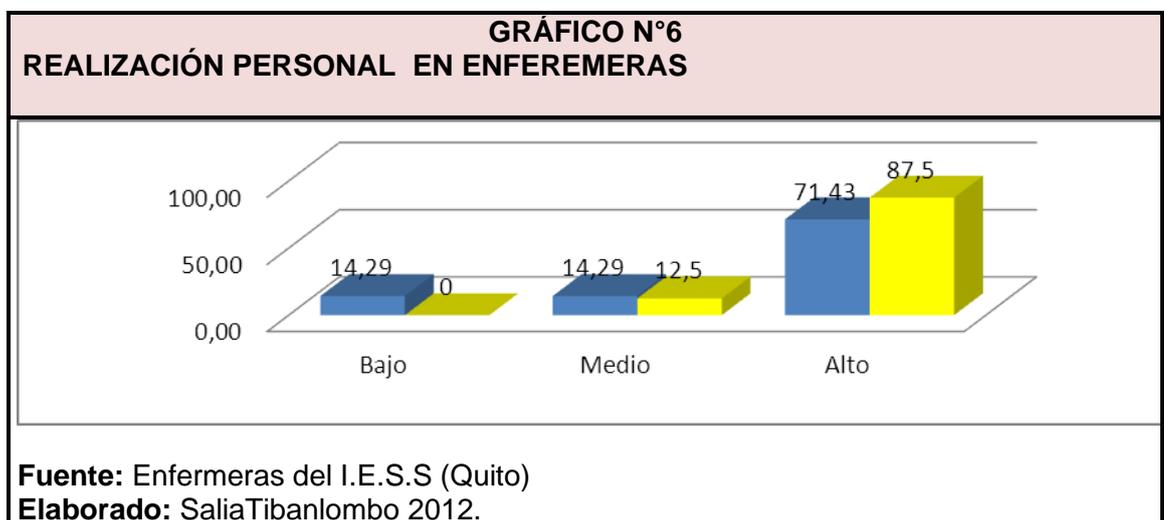


- En el gráfico se puede observar que un 57% de las enfermeras investigadas sin el síndrome presentan agotamiento emocional bajo, y 43% agotamiento emocional medio.

- Se puede observar que el 100% de las investigadas se encuentran en nivel alta de agotamiento emocional presenta una progresiva pérdida de las energías vitales.



- En el gráfico N°5 se puede observar de las investigadas sin burnout un 86% tiene puntuaciones bajas se decir presentan actitudes positivas, un 14% despersonalización alto.
- Se puede observar que en categoría alta se encuentra 100% investigadas presenta distanciamiento, muestra un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo.



- En el gráfico se puede observar de las investigadas sin burnout un 71% tiene puntuaciones altas, 14% puntuaciones, medias y con una puntuación baja con el mismo porcentaje. se decir presentan actitudes positivas, un 14% presentan puntuación alta.

- Se puede observar que en categoría alta se encuentra 100% investigadas presenta distanciamiento, muestra un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo.

B. Cuestionario Sociodemográfico y laboral aplicado a Médicos

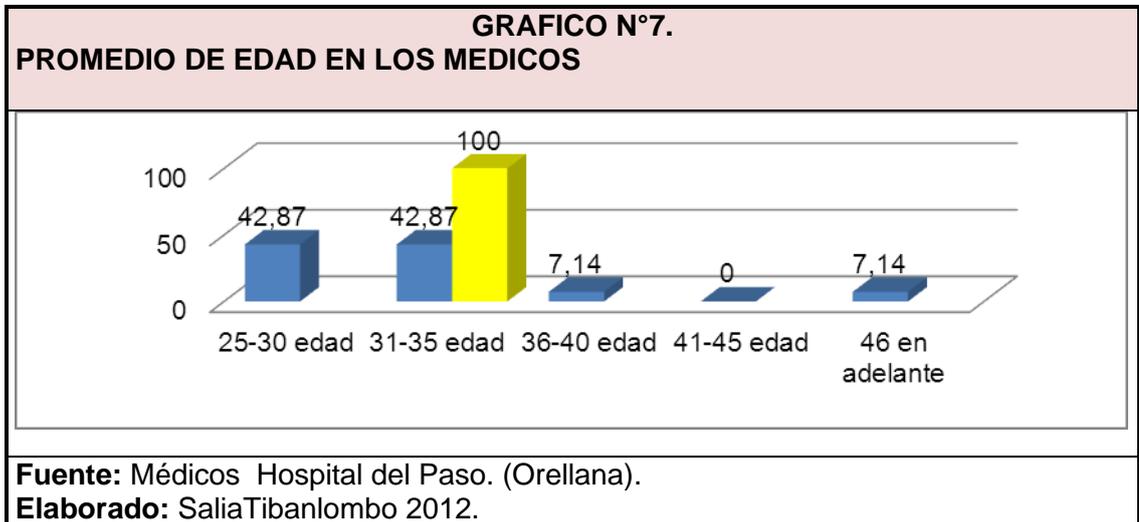
Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales, con dos alternativas

TABLA N° 1. DATOS GENERALES DE LOS MÉDICOS				
	MEDICOS SIN BURNOUT		MEDICOS CON BURNOUT	
1. Género	Fr	%	Fr.	%
masculino	5	35,71	1	100
femenino	9	64,29		
2. Zona de trabajo				
urbana	14	100	1	100
rural				
3 Con quien vive				
solos	3	21,42		
con otras personas	11	78,57	1	100
4. Tipo de trabajo (tiempo)				
tiempo completo	11	78,57		
tiempo parcial	3	21,14	1	100
5. Pacientes con riesgo de muerte				
si	13	92,85	1	100
no	1	7,14		
6. Pacientes fallecidos en los últimos meses				
si	7	53,84	1	100
no	6	46,15		
7. Permiso solicitado en la institución				
si	13	92,85	1	100
no	1	7,14		
Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana). Elaborado: SaliaTibanlombo 2012				

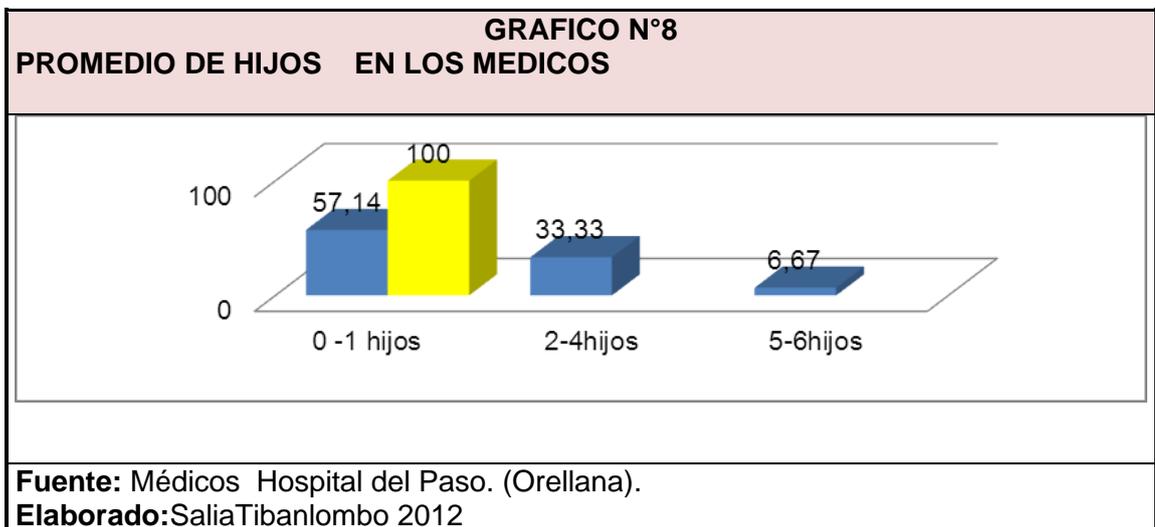
Tabla N°1 Esta corresponde a 7 preguntas de dos alternativas del cuestionario socio demográfico y laboral aplicados a los médicos con burnout y sin burnout

- **GÉNERO** esta remarcado más con por el sexo femenino, su integración de hombres es menor a ellas, aquellos identificados con el síndrome de sinburnout.
- Con burnouts de sexo masculino, tomado en cuenta que solo lo integra una solo persona.
- **ZONA DE TRABAJO** todos los encuestados con burnouttrabajan en zonas urbanas
- El 100%de los investigados trabajan en zonas urbanas
- **CON QUIEN VIVEN** porcentaje de casi un 80% viven acompañados de otras personas, muy pocos de ellos viven solos.
- El investigado con burnout viven con otras personas.
- **EL TIEMPO DE TRABAJO** es completo para la gran mayoría de los médicos sin burnout bordeando casi un 80%, y con un porcentaje menor es de tiempo parcial.
- En un 100% es de tiempo completo de trabajo del grupo con burnout.
- **PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE** los investigados con burnouten un 93% han experimentado estar en contacto con pacientes con riesgo de muerte solo un 7% no han experimentado.
- 100% de los investigados con burnout han experimentado pacientes con riesgo de muerte.
- **DURANTE EN LOS ÚLTIMOS MESES HAN FALLECIDO PACIENTES** el 54% de los médicos sin burnout manifiestan que han fallecido pacientes, y un 46% no han experimentado la muerte de algún paciente.
- Los investigados con burnout manifiesta haber experimentado la muerte de pacientes.
- **HAN SOLICITADO PERMISO EN INSTITUCIÓN** muy pocos no han tenido la necesidad de permisos, pero un 93% sin ha solicitado permiso del grupo de los investigados sin burnout.
- Quien está dentro de la caracterización con síndrome de burnout e igual ha tenido permiso.

Como el cuestionario sociodemográfico y laboral constan de una serie de preguntas y 8 preguntas de ellas se trata de conocer de los investigados el promedio, como edad, hijos, años experiencias laboral, promedio de las instituciones en las que trabajan, horas diarias, semanales, días de guardia.

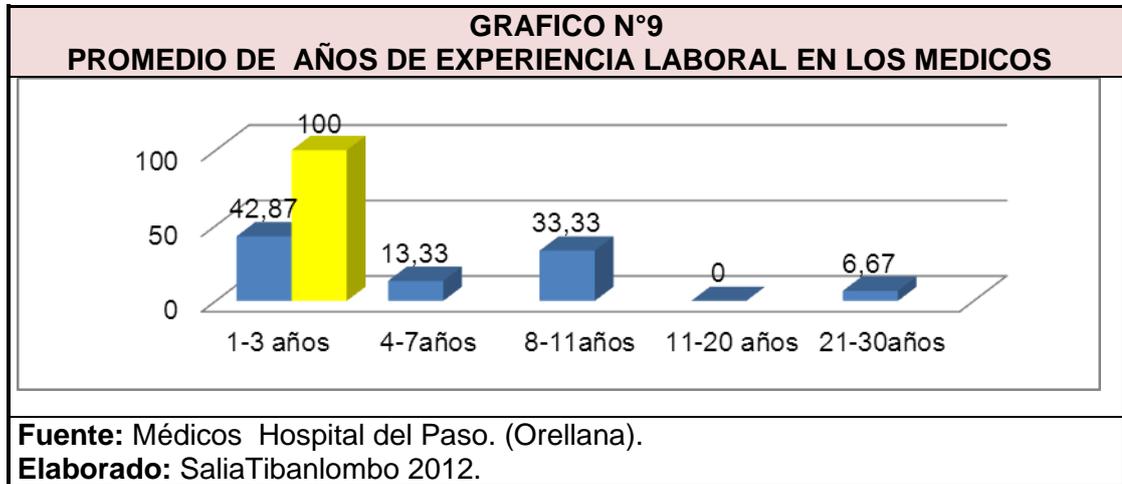


- Prioritariamente en los médicos sin burnout sus edades oscilan 25y 30 años lo cual representan el 43% de los investigados otro 43% están entre 31 y 35 años tan solo el 7% entre 36 y 40 años , le promedio general de la edad de los investigados es 33 años
- En los investigados con el síndrome de burnout oscilan entre 31 y 35 años

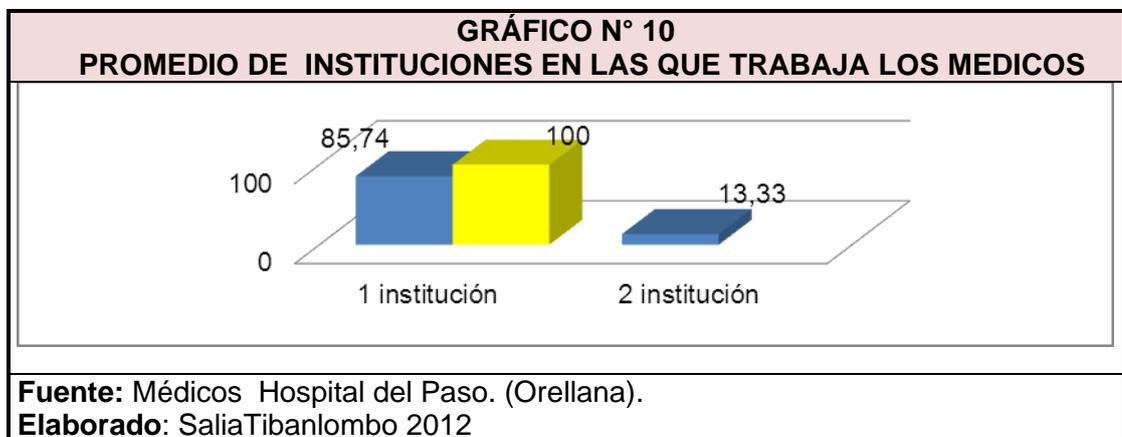


- Los investigados con el síndrome de burnout oscilan entre 31 y 35 años, un 57% de los investigados tiene un promedio de un hijo, un 33% tienen de 2 a 4 hijos y un porcentaje menor tiene de 5 a 6 hijos

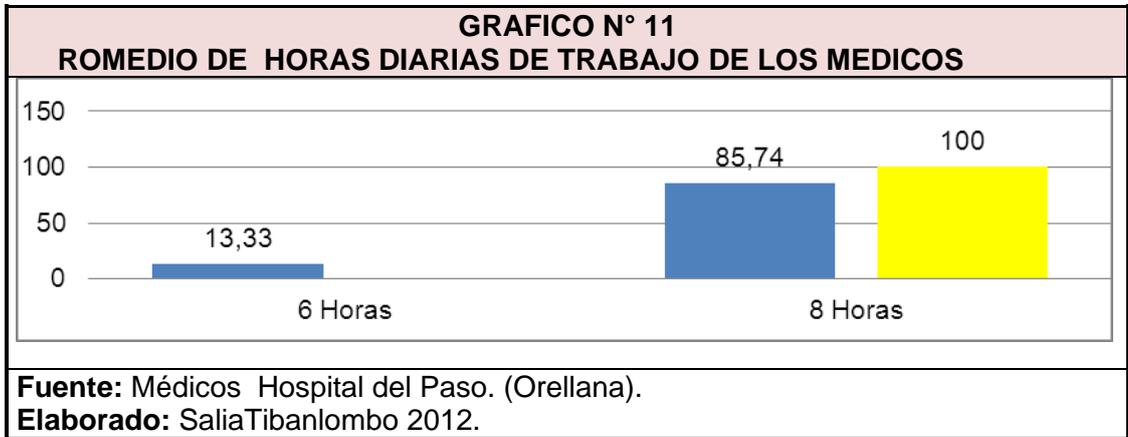
- Los investigados con burnout tienen un promedio de 1 hijo.



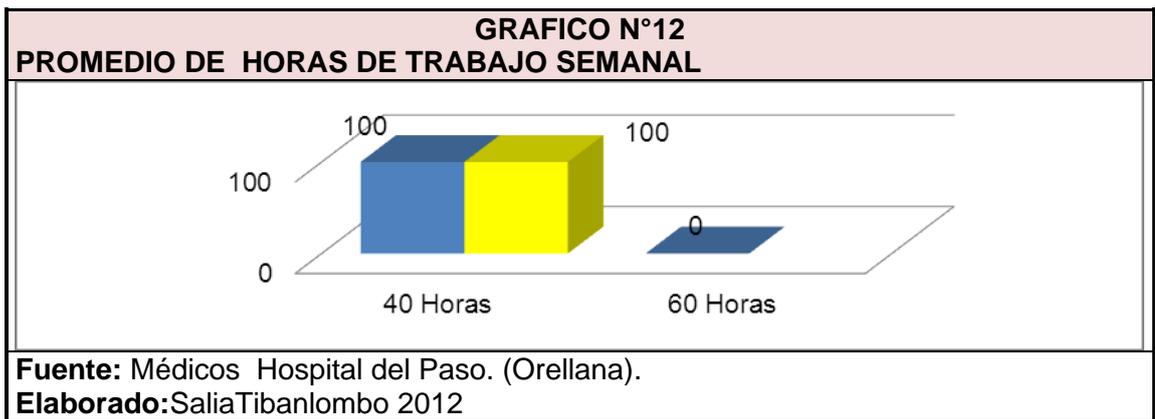
- Aquellos que se caracteriza sin el síndrome de burnout un 43% oscilan entre 1 a 3 años de experiencia laboral, y un 13% manifiestan que su experiencia es de 4 a 7 años ,un 33% oscilan 8 a 11 años y tan solo un 7% tiene más de 20 años de experiencia profesional.
- Los investigados con burnout tiene experiencia laboral de 1 a 3 años.



- En su gran mayoría los médicos investigados sin el síndrome con un 86% trabajan en una solo institución y un 13% de ellos trabajan en dos instituciones
- 100% los médicos investigados con burnout trabajan solo en una institución se debe recalcar que de la toma total de la nuestra de 15 médicos solo uno de ellos pertenece a esta categoría.

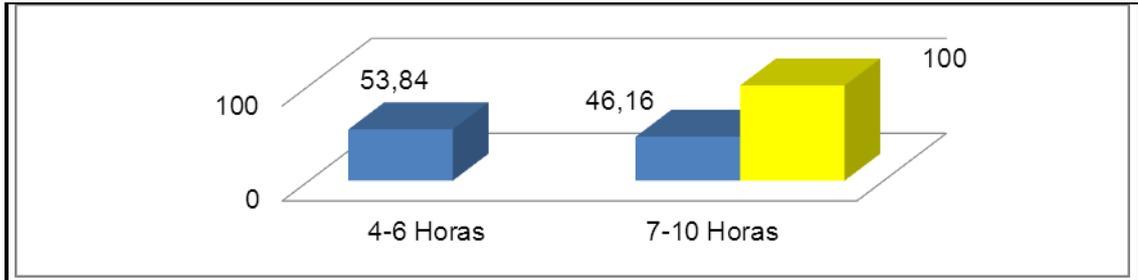


- Los encuestados sin burnout en un de 86% trabajan 8 horas al día, y un 13 % trabajan 6 horas diaria promedio
- Aquellos que tiene el síndrome de burnout el 100% trabajan 8 horas diarias.



- En su totalidad de los investigados trabajan 40 horas en la semana, los médicos trabajan en un promedio.
- Los investigados sin burnout también cumplen un horario de 40 horas en la semana, los dos grupos de investigados cumplen el mismo horario.

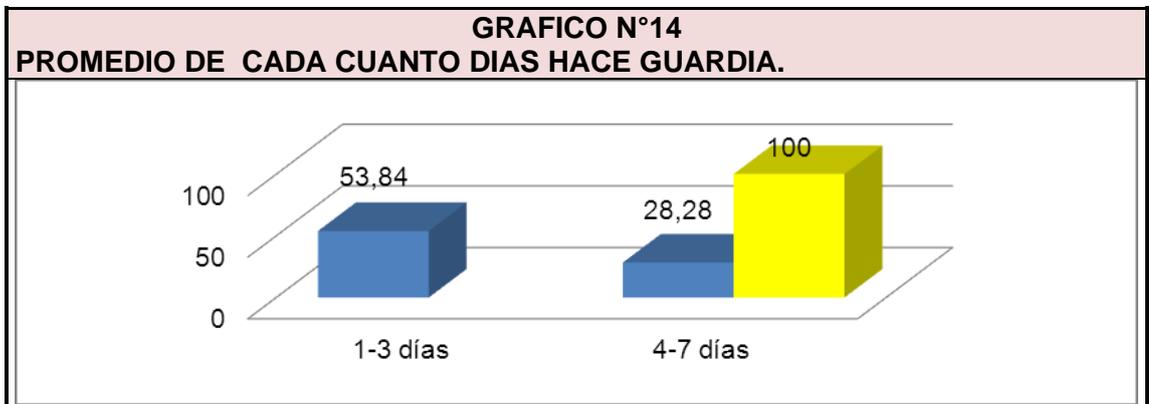
GRAFICO N°13
PROMEDIO DE LAS HORAS QUE HACE GUARDIA EN EL LA INSTITUCIÓN.



Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).

Elaborado: SaliaTibanlombo 2012

- Un 54% de investigados sin burnout hacen guardia de 4 a 6 horas y 46% de 7 a 10 horas de guardia.
- Los investigados con burnout hacen guardia de 7 a 10 horas en promedio.

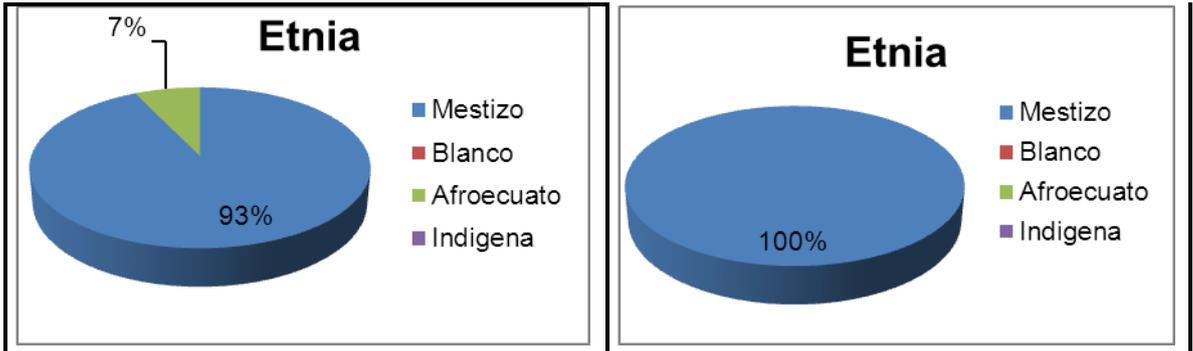


Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).

Elaborado: SaliaTibanlombo 2012.

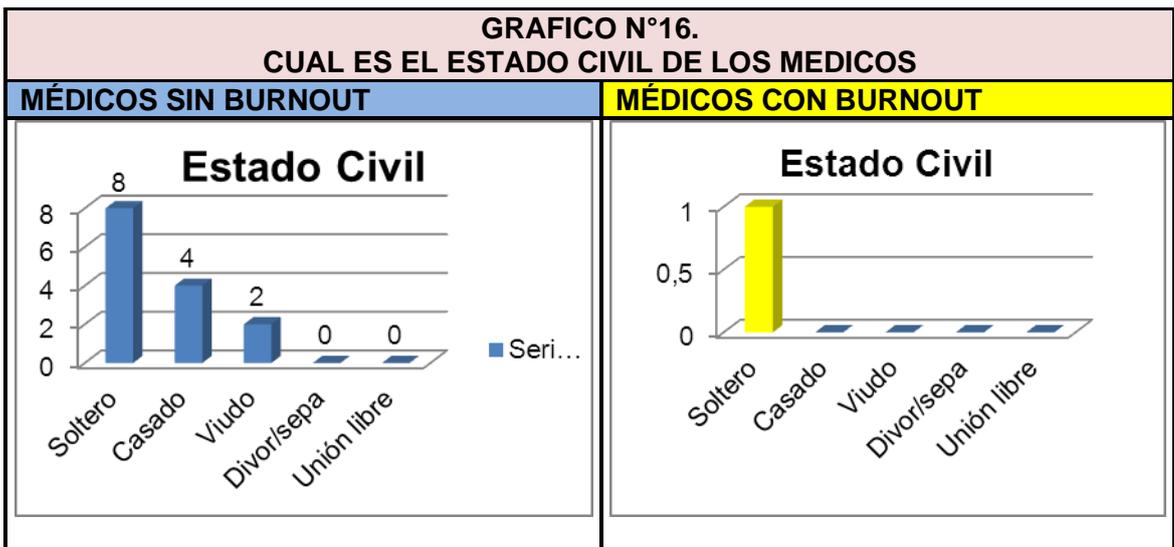
- Un 54% de investigados sin burnout trabajan en turnos en la noche (guardia) más o menos pasando 1-3 días, 28% pasando de 4 a 7 días.
- Los investigados con burnout trabajan en turnos en la noche hacen (guardia) pasando 4 a 7 días.





Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).
Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012

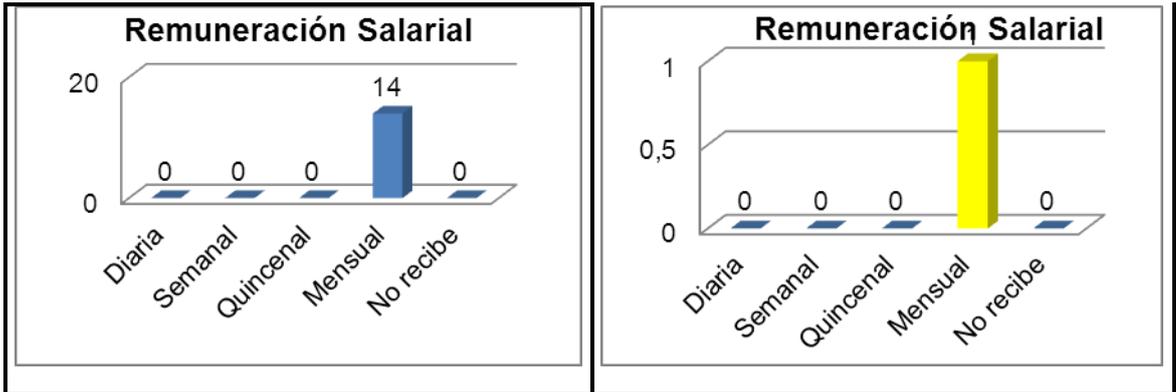
- En su mayoría los médicos sin burnout se auto identifica como mestizos y 7% como afroamericanos.
- Los investigados con burnout se auto identifica con mestizos en su totalidad en un 100%.



Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).
Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012

- En un gran porcentaje de los médicos encuestados sin burnout son solteros en un 70%, casados con un 40% y han enviudado un pequeño porcentaje.
- En su totalidad son solteros de los encuestados quienes tiene prevalencia del síndrome de burnout.

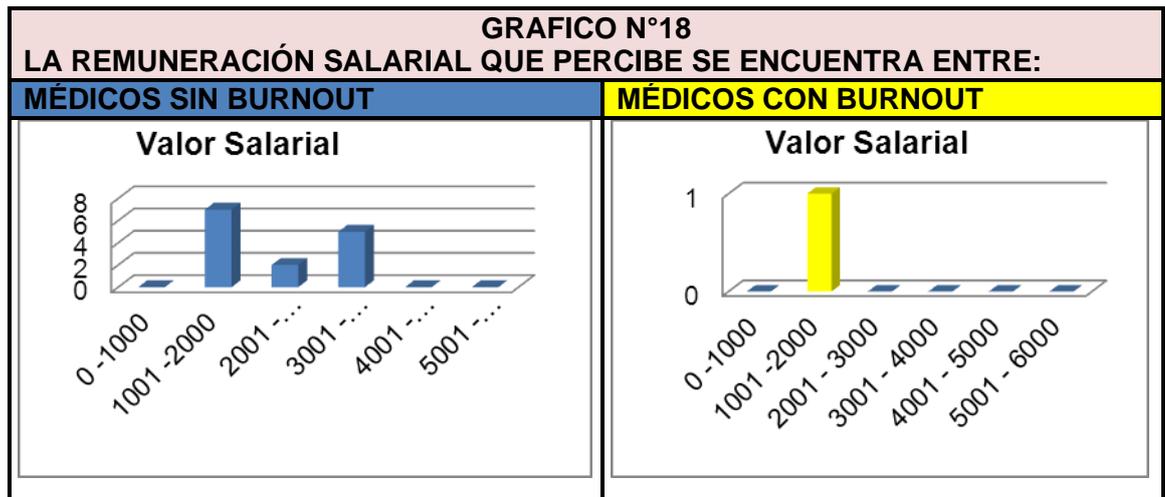




Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).

Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012

- Los médicos investigados sin burnout perciben su remuneración salarial mensual están sujetos a ciertas normas internas de la institución.
- Los profesionales aquellos que se le caracterizado dentro del grupo con burnout percibe su salario mensual, no hay diferencia con el otro grupo.

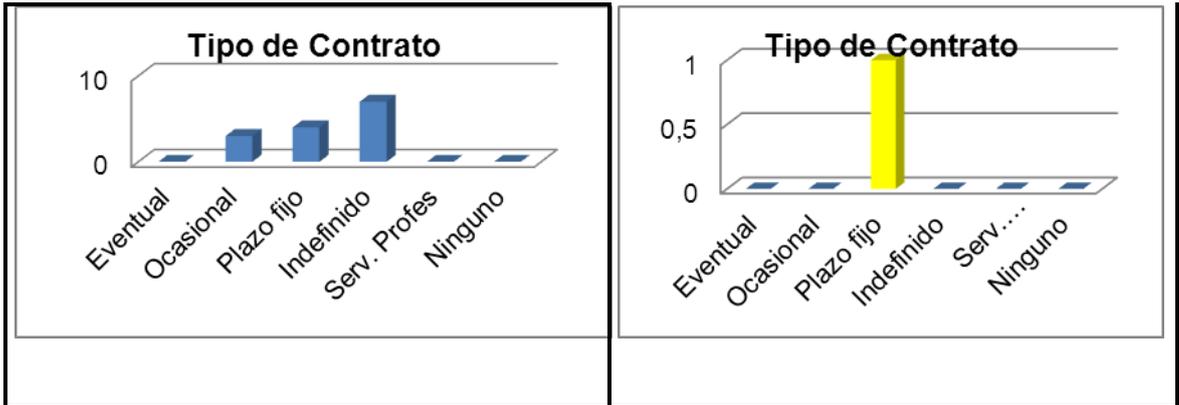


Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).

Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012

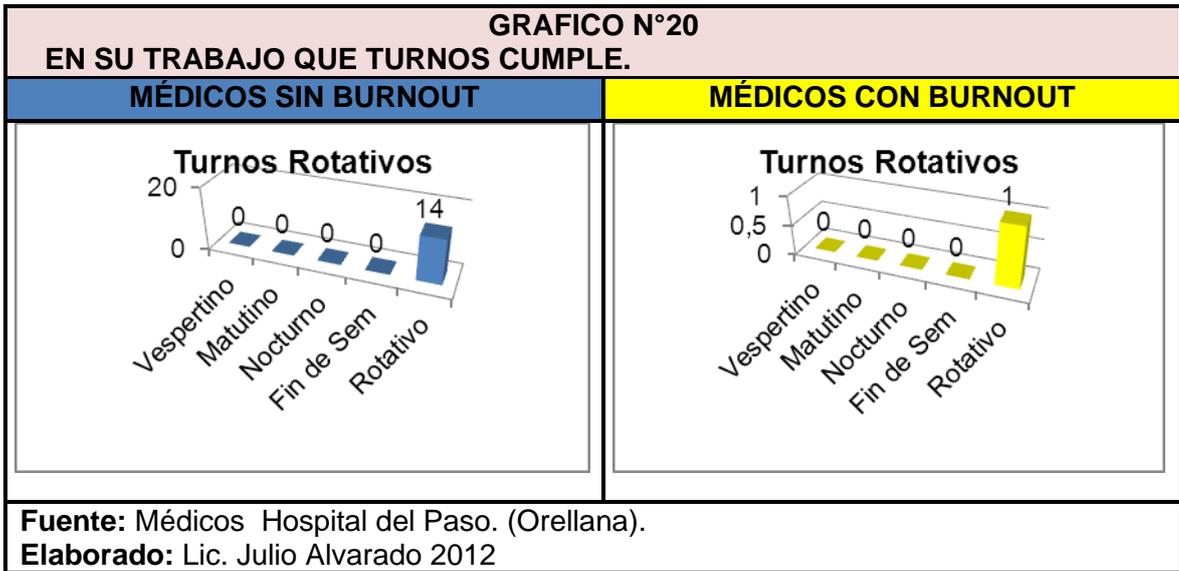
- El salario un rango estable para su mayoría, muy pocos tiene un salario más o menos elevado con un promedio de \$ 3001-4000 y con un salario de \$ 2001-3000 este es el salario que perciben los investigados sin burnout.
- Los médicos con burnout, están en un solo rango salarial entre \$1001-2000.





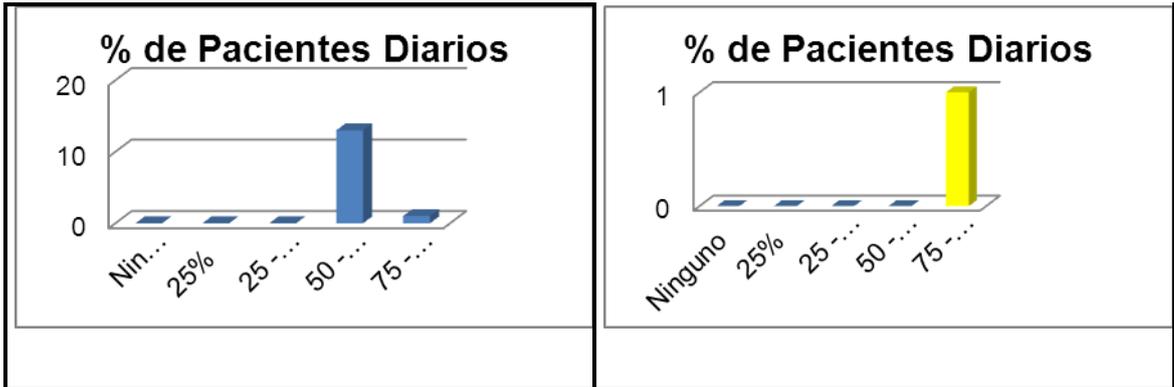
Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).
Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012

- Los médicos sin burnout tiene varios tipos de contrato, muchos de ellos tienen contratos indefinidos que les da seguridad, un porcentaje menor está en la instituciones con contrato a plazo fijo, y un grupo minoritario están en la institución de manera ocasional.
- En el grupo de médicos con burnout prestan sus servicios profesionales con plazo fijo.



- Los investigados trabajan en turnos rotativos en 100% aquellos que no tiene prevalencia al síndrome burnout.
- Y aquellos con burnout trabajan en su totalidad en turnos rotativos

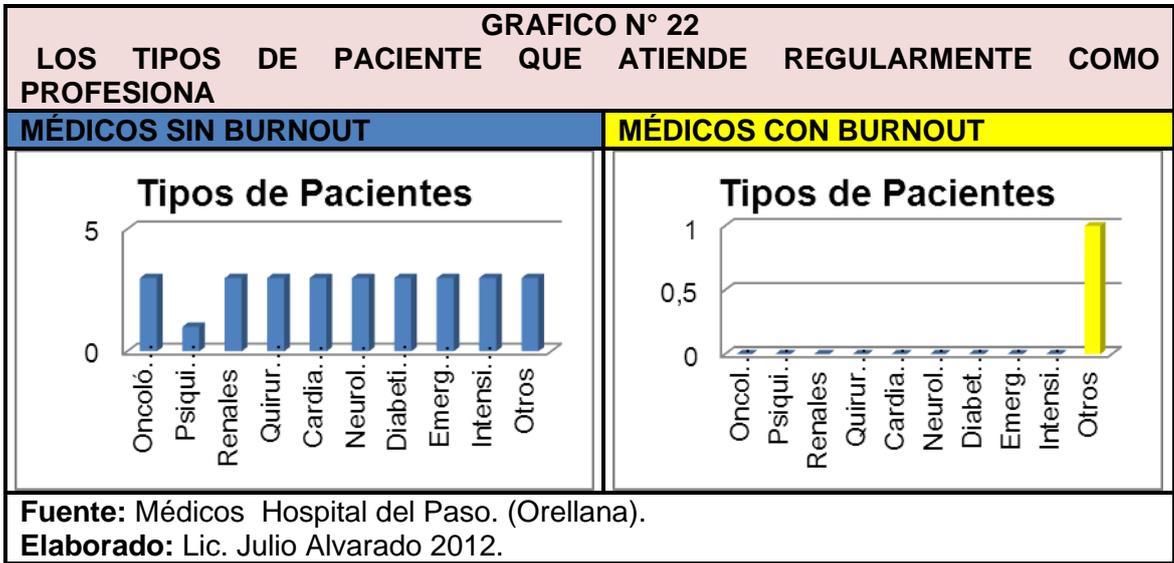




Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).

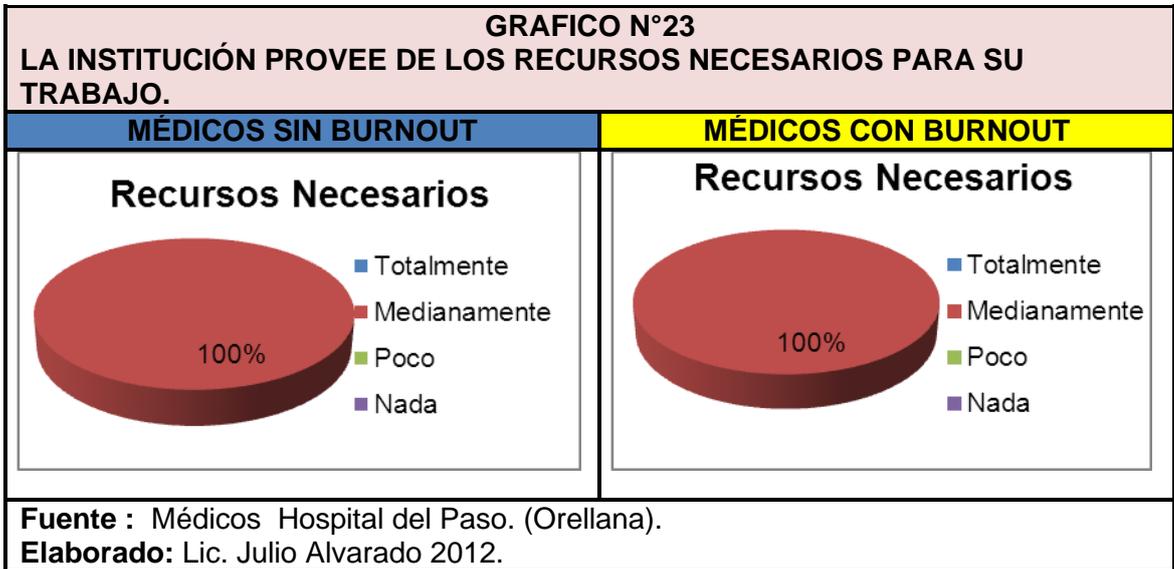
Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012

- Los investigados sin burnout dedican su jornada de trabajo en atención a pacientes 50-75% de la jornada diaria muy pocos dedican el tiempo en un 75-100% diarios en atención a sus pacientes.
- Los médicos con burnout 75-100% de la jornada diaria dedican el tiempo a los pacientes.

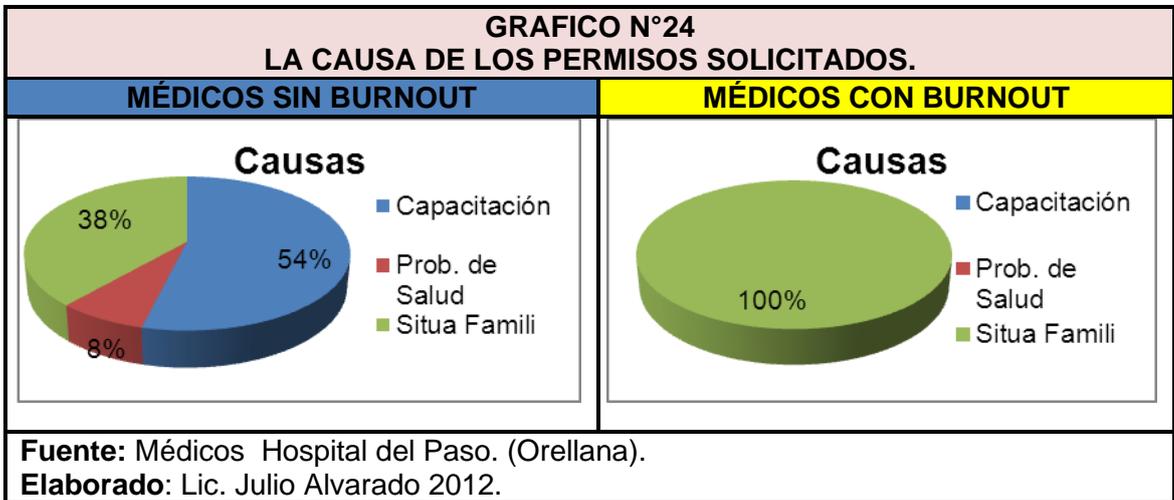


- En el gráfico señal que el grupo investigado sin burnout que atiende pacientes con diferentes problemas Oncológicos, renales, quirúrgicos, cardíacos, neurológicos, diabéticos, emergencias, asilan todos un porcentaje de 11%, pacientes psiquiátricos con un porcentaje del 4%

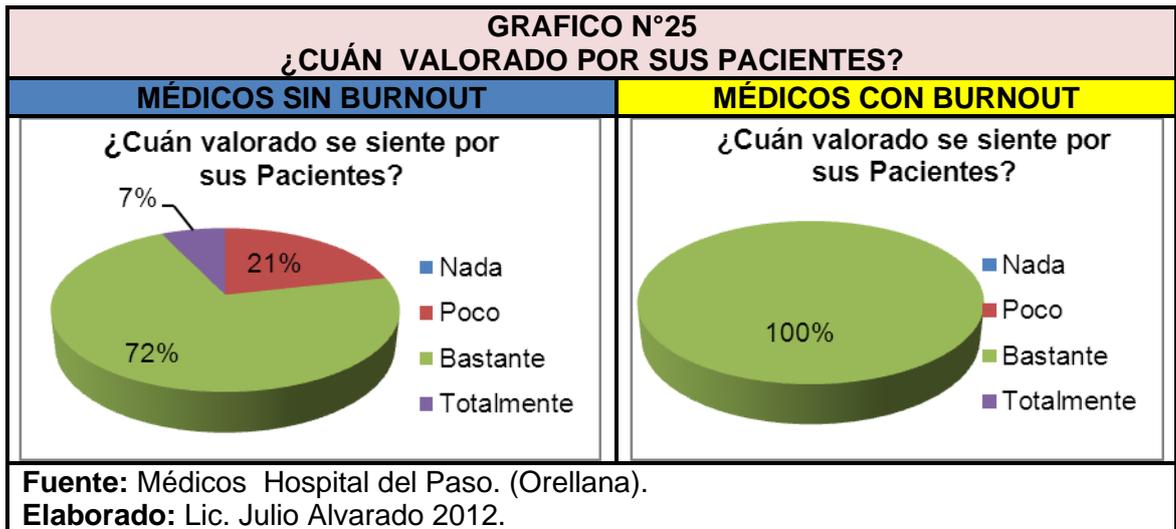
- El grupo con burnout el investigado atiende en un 100% a otro tipo de pacientes.



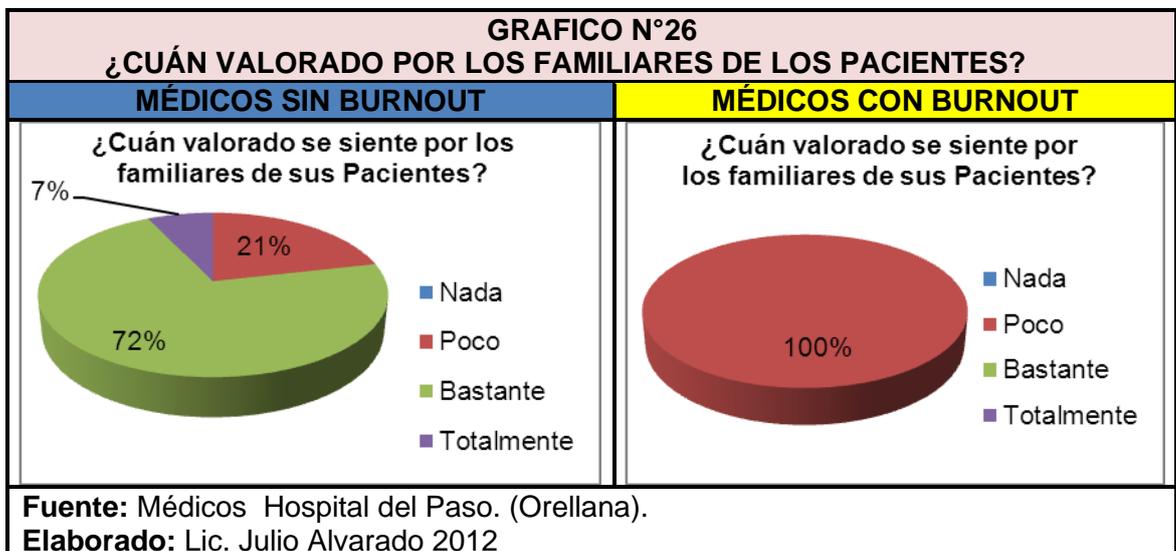
- El 100 % de los investigados sin burnout consideran que la institución provee los recursos medianamente.
- Los médicos con burnout consideran que las instituciones proveen de los recursos necesarios medianamente.



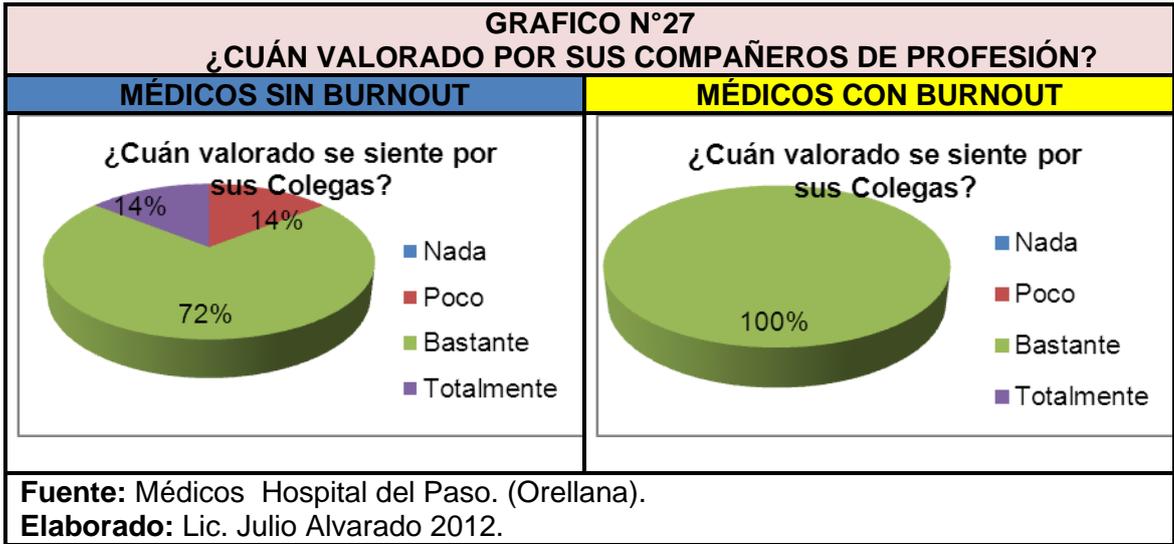
- Las causas de sus permisos son en su mayoría con un 54% es por capacitación, también por los problemas familiares un 38%, pero muy pocos con un porcentaje de 8% por problemas de salud, así lo manifiestan el grupo sin síndrome de burnout.
- El grupo con burnout el permiso se debe por problemas familiares en un 100% de los investigados.



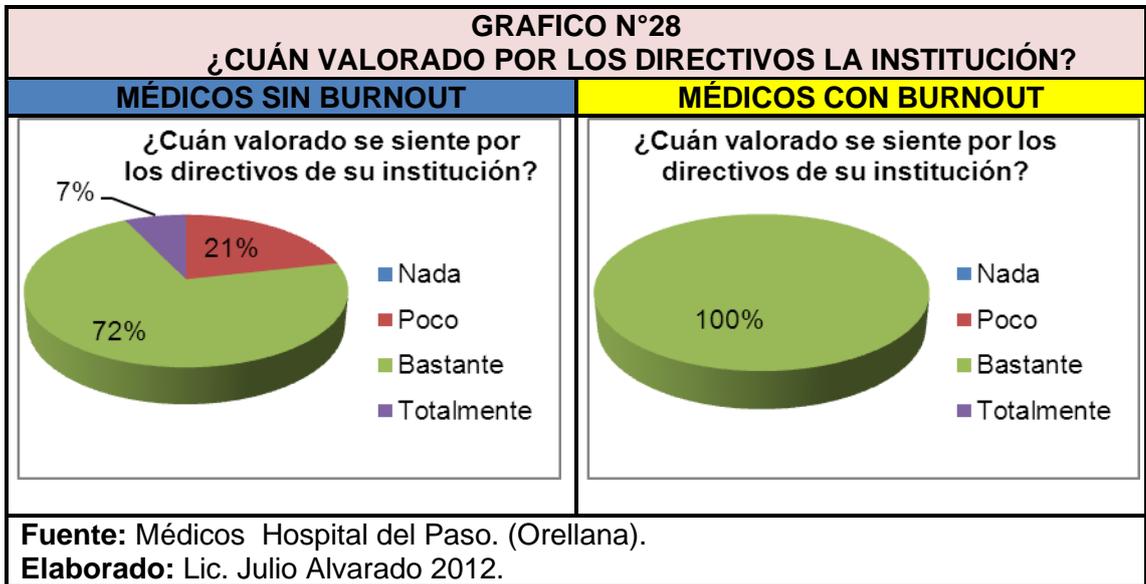
- En el gráfico N° 25 de cuan valorado son por sus pacientes un 72% los investigados los sin burnout manifiestan ser valorados por sus pacientes de una manera positiva, un 21% consideran que los pacientes le valoran poco, y un 7% son valorados totalmente por los pacientes.
- Los investigados con burnout consideran que los pacientes lo valoran de una manera positiva, aunque no es su totalidad.



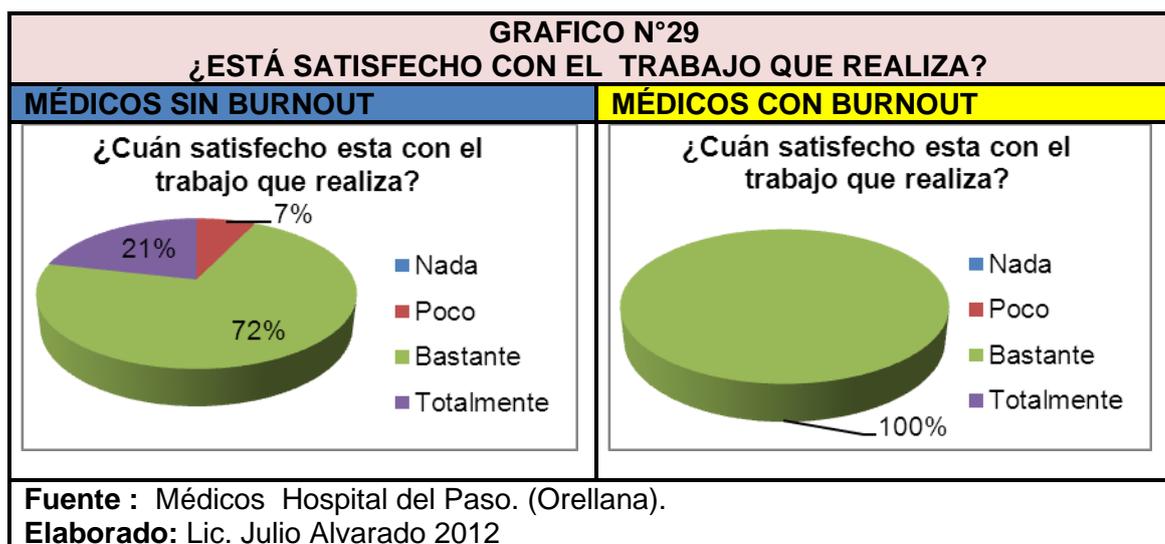
- Del gráfico N° 26 sin burnout un 72 % de los profesionales sanitarios creen que los volaran los familiares de los pacientes, y 21% se siente son poco valorados y un 7% los valoran totalmente.
- Y los investigados con burnout consideran ser muy poco valorados por los familiares de los pacientes.



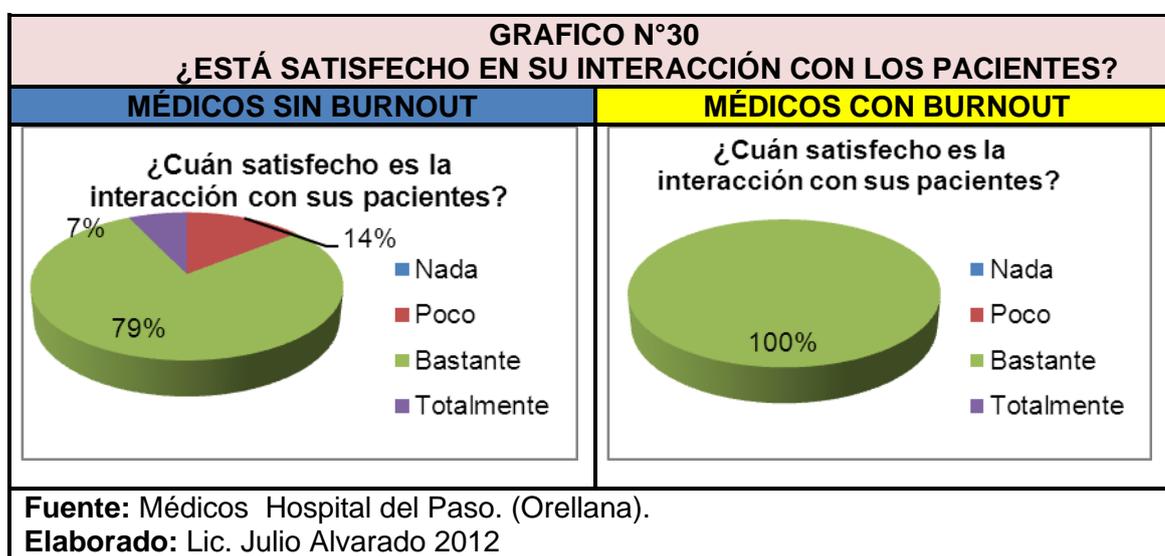
- los investigados sin burnout un 72% son suficientemente valorados por sus compañeros de profesión, un 14% de ellos se siente poco valorados y un 14% creen que los que sus compañeros lo valoran totalmente.
- Los 100% investigados con burnout consideran que son valorados considerablemente por sus compañeros de profesión.



- El 72% del grupo si burnout consideran ser valorados por los directivos de las instituciones, el 21 % son poco valorados, y el 7% son totalmente valorados.
- Los investigados con burnout consideran que lo valoran considerablemente

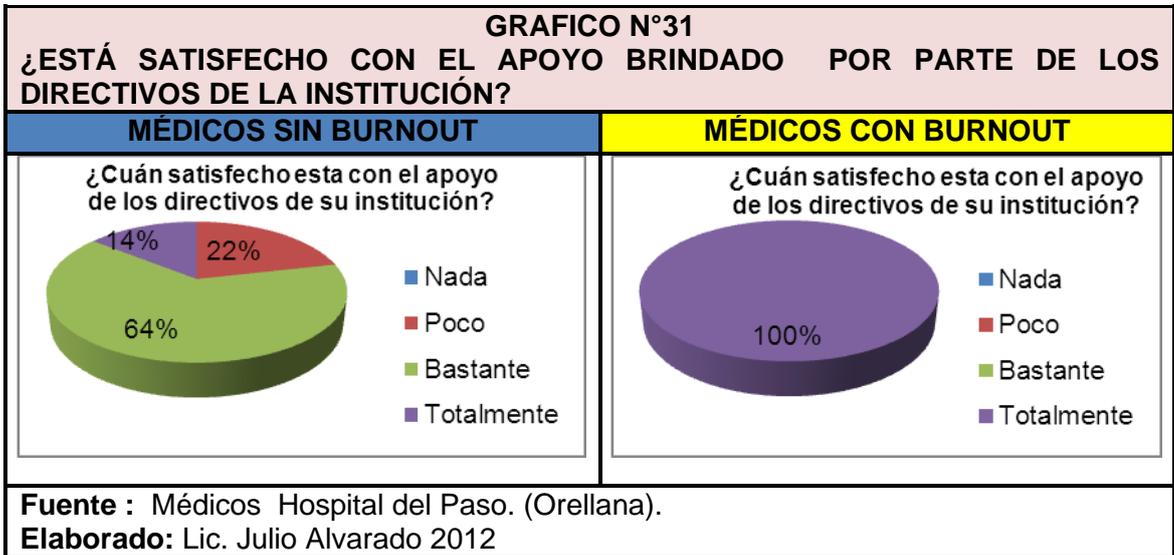


- Del gráfico remarca un 72 % de los profesionales sanitarios se siente satisfechos con sus trabajos, 21% del total de los médicos encuestados sin burnout se sienten totalmente satisfechos con su trabajo en un porcentaje menor de 7% están poco satisfechos de su trabajo.
- Los investigados con burnout consideran que se sienten satisfechos con el trabajo que realice.

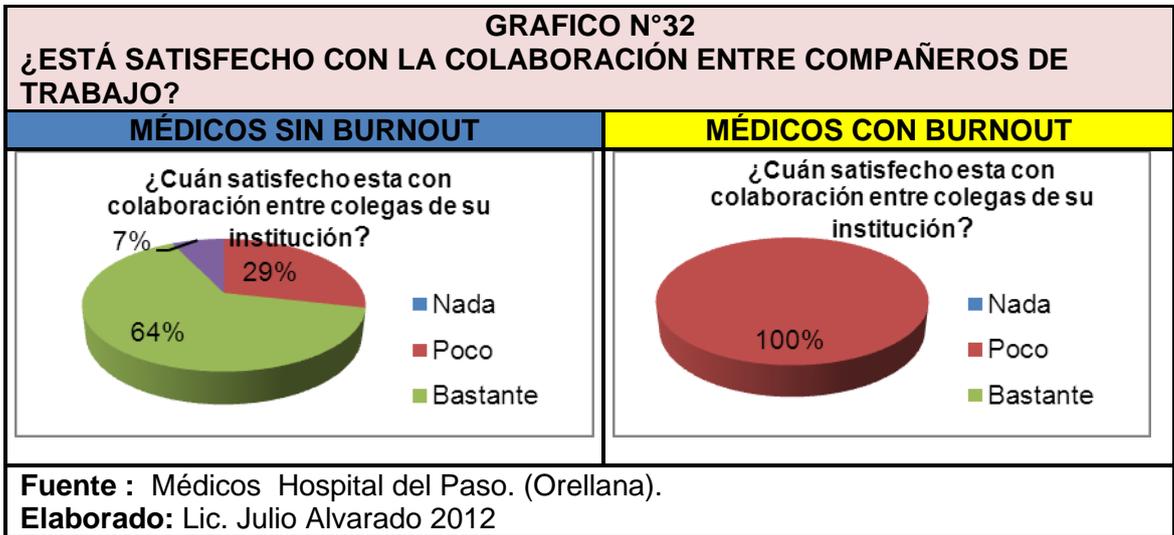


- En el gráfico de cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes de los investigados sin burnout un 79% consideran ser satisfactoria, un 14% poco, y un 7% totalmente satisfactoria.

- Los investigados con burnout consideran ser bastante satisfactoria la interacción con sus pacientes.

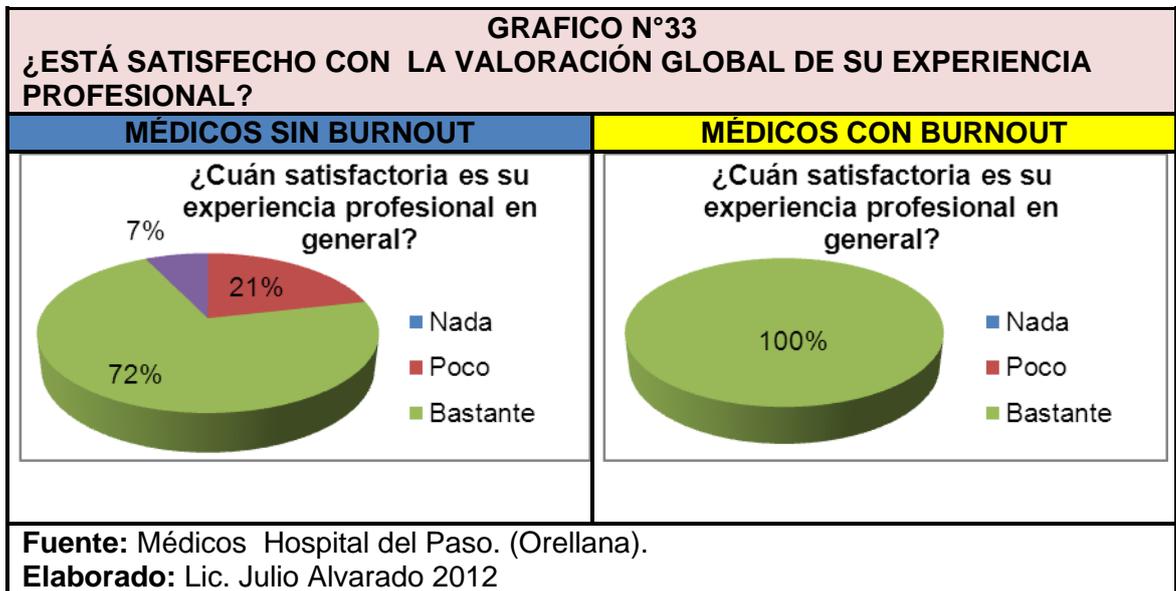


- El 64% de los profesionales investigados sin burnout consideran estar bastantes satisfechos con el apoyo de los directivos de la institución, un 22% poco satisfechos, y un 14% totalmente satisfechos con el apoyo de los directivos.
- Los investigados con burnout consideran que los directivos lo apoyan totalmente.

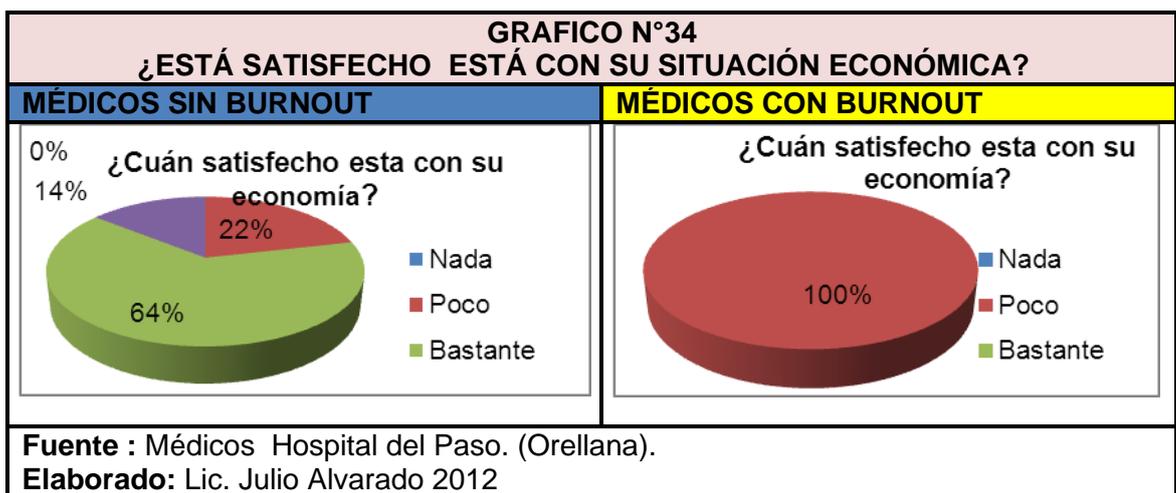


- El 64% de los profesionales investigados sin burnout consideran estar bastantes satisfechos con la colaboración entre colegas de su institución, un 29% poco satisfechos, y un 7 % totalmente satisfechos.

- Los investigados con burnout consideran que la colaboración entre compañeros es poca.



- El 72 de los investigados considera que su experiencia profesional es satisfactoria, 21% tiene poco experiencia, tan solo un 7% tiene un experiencia global totalmente satisfactoria.
- Los investigados con burnout consideran que su experiencial global como profesional es satisfactoria.



- El 64 de los investigados sin burnout están satisfechos con sus ingresos, un 22% poco satisfecho y un 14% totalmente satisfecho con sus ingresos.

- Los investigados con burnout consideran que sus ingresos es poco satisfactoria.

2. Cuestionario sociodemografico y laboral de las enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marín (I.E.S.S)

TABLA N°2 datos generales del cuestionario sociodemografico y laboral				
	ENFERMERAS SIN BURNOUT		ENFERMERAS CON BURNOUT	
1. Género	fr	%	fr.	%
masculino	0	0		
femenino	7	100	8	100
2. Zona de trabajo				
urbana	7	100	8	100
rural				
3. Con quien vive				
solos	1	14,29	1	12,50
con otras personas	6	85,71	7	87,50
4. Tipo de trabajo (tiempo)				
tiempo completo	4	57,14	8	100
tiempo parcial	3	42,86		
5. Pacientes con riesgo de muerte				
si	4	57,14	7	87,50
no	3	42,85	1	12,50
6. Pacientes fallecidos en los últimos meses				
si	4	57,14	7	87,50
no	3	42,85	1	12,50
7. Permiso solicitado en la institución				
si	2	28,57	4	50
no	5	71,42	4	50
Fuente: Enfermeras del I.E.S.S (Quito) Elaborado: Salía Tibanlombo 2012 .				

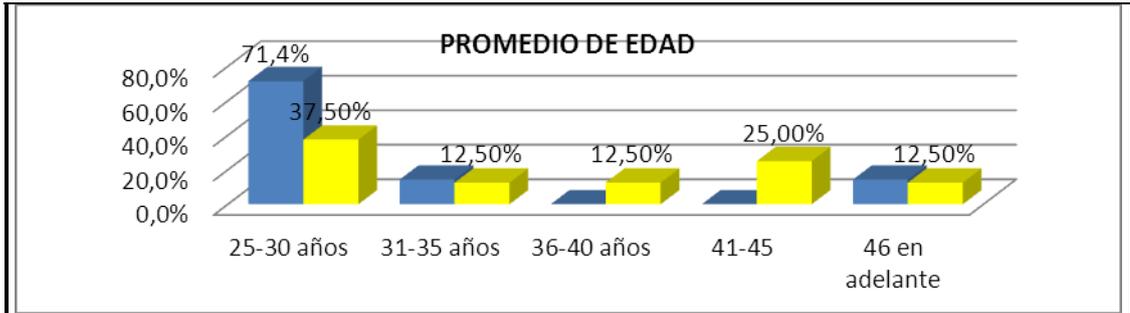
TABLA N° 2 Esta corresponde a 7 preguntas de dos alternativas del cuestionario socio demográfico y laboral aplicados a enfermeras con burnout y sin burnout.

- GÉNERO** esta remarcado más con por el sexo femenino, su integración es total en un 100%.
- Con burnout es de sexo femenino en su totalidad,

- **ZONA DE TRABAJO** todas las investigadas sin burnout trabajan en zonas urbanas
- El 100% de las investigadas con burnout trabajan en zonas urbanas
- **CON QUIEN VIVEN** en un porcentaje de casi un 86% viven acompañados de otras personas, y un 14% de ellas viven solas.
- Las investigadas con burnout en su mayor viven con otras personas solo un 13% viven solas.
- **EL TIEMPO DE TRABAJO** es completo para la gran mayoría de las enfermeras sin burnout y un porcentaje menor trabajan en tiempo parcial
- Las investigadas con burnout en su totalidad trabajan a tiempo completo.
- **PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE** las investigadas sin burnout en un 57% han experimentado estar en contacto con pacientes con riesgo de muerte un 43% no han experimentado.
- Las investigadas con burnout han experimentado pacientes con riesgo de muerte en un 88% y muy pocas manifiestan que no han experimentado.
- **DURANTE EN LOS ÚLTIMOS MESES HAN FALLECIDO PACIENTES** el 57% de las enfermeras sin burnout manifiestan que han fallecido pacientes, y un 43% no han experimentado la muerte de algún paciente.
- Las investigadas con burnout manifiesta haber experimentado la muerte de pacientes en un 88% y un 12% no han experimentado la muerte de pacientes.
- **PERMISO SOLICITADO EN LA INSTITUCIÓN** el 29% de las enfermeras sin burnout han solicitado permiso un 71% no han solicitado permiso
- Las investigadas con burnout en un 50% si y un 50% no han solicitado permiso.

Como el cuestionario sociodemográfico y laboral constan de una serie de preguntas y 8 preguntas de ellas se trata de conocer el promedio de los investigados, como edad, hijos, años experiencias laboral, promedio de las instituciones en las que trabajan, horas diarias, semanales, días de guardia .

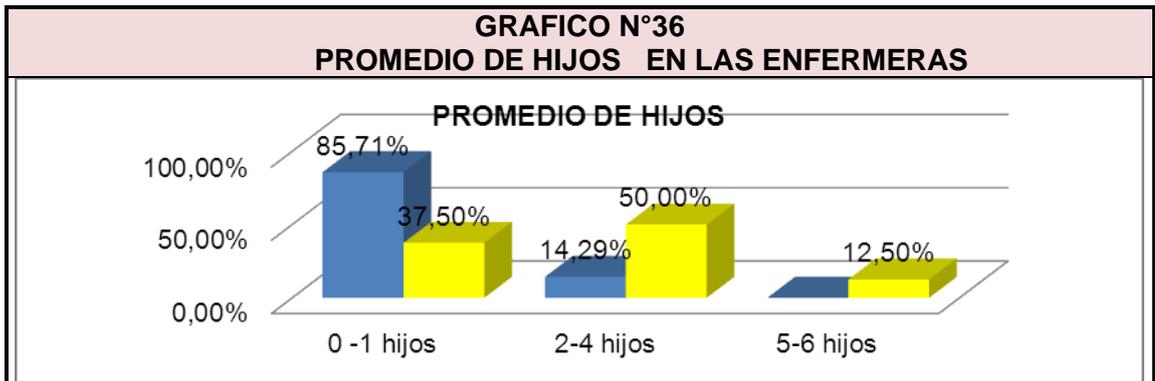
GRAFICO N°35
PROMEDIO DE EDAD EN LAS ENFERMERAS



Fuente : Enfermeras del I.E.S.S (Quito)

Elaborado: SaliaTibanlombo 2012

- Prioritariamente en las enfermeras sin burnout sus edades oscilan 25y 30 años lo cual representan el 71% de los investigados otro 12% están entre 31 y 35 años el 12% tiene un promedio de 46 años en adelante.
- Las investigados con el síndrome de burnout oscilan entre 25 y 30 años el 38% un grupo tiene de 31-53 años, un 12% de las investigadas están entre los 36-40 años ,un 25% de ellas tiene entre 41-45 años y un 12% pasan de 46 años de edad

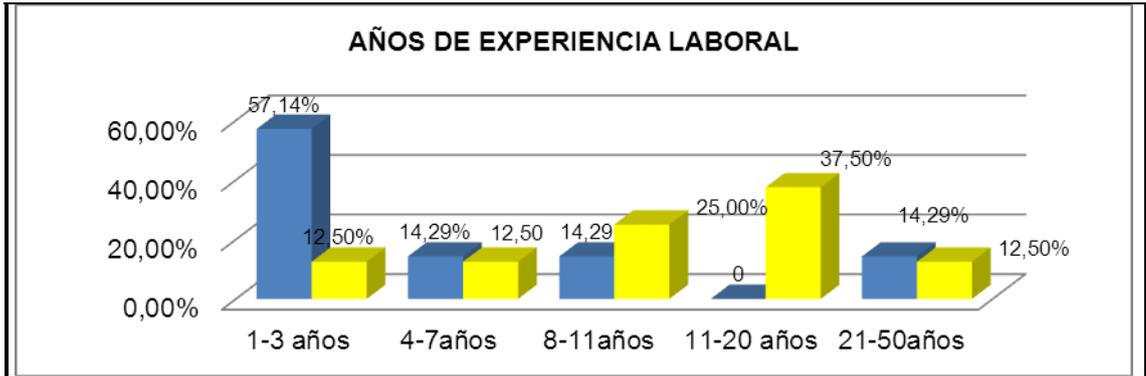


Fuente : Enfermeras del I.E.S.S (Quito)

Elaborado: SaliaTibanlombo 2012

- Las investigadas sin el síndrome de burnout tiene un promedio de un hijo un 86%, tienen de 2 a 4 hijos un 14%.
- Las investigadas con burnout un 38% tienen un promedio de 1 hijo, 50% de 2-4 hijos y un 12% tiene de 5-6 hijos.

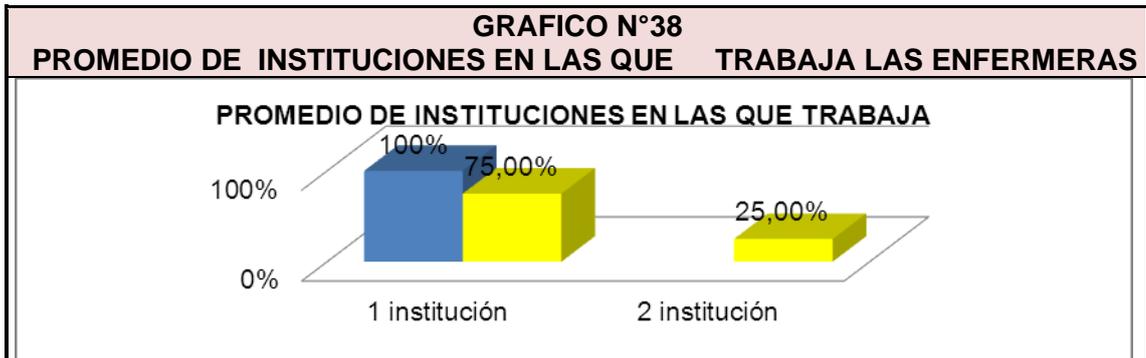
**GRAFICO N°37
PROMEDIO DE AÑOS DE EXPERIENCIA LABORAL ENFERMERA**



Fuente : Enfermeras del I.E.S.S (Quito)

Elaborado: SaliaTibanlombo 2012

- Aquellas que se caracteriza sin el síndrome de burnout un 57% oscilan entre 1 a 3 años de experiencia, y un 14% manifiestan que su experiencia es de 4 a 7 años ,un 33% oscilan 8 a 11 años un 14% tiene más de 20 años de experiencia profesional.
- Las investigadas con burnout tiene una experiencia de 1 a 3 años un 13% , de 4 a 7 años 12%,de 8 a 11 años con un 25%, con un promedio mayor de37% tiene experiencia laboral de 11 a 20 años y con más de 20 años un 13%.

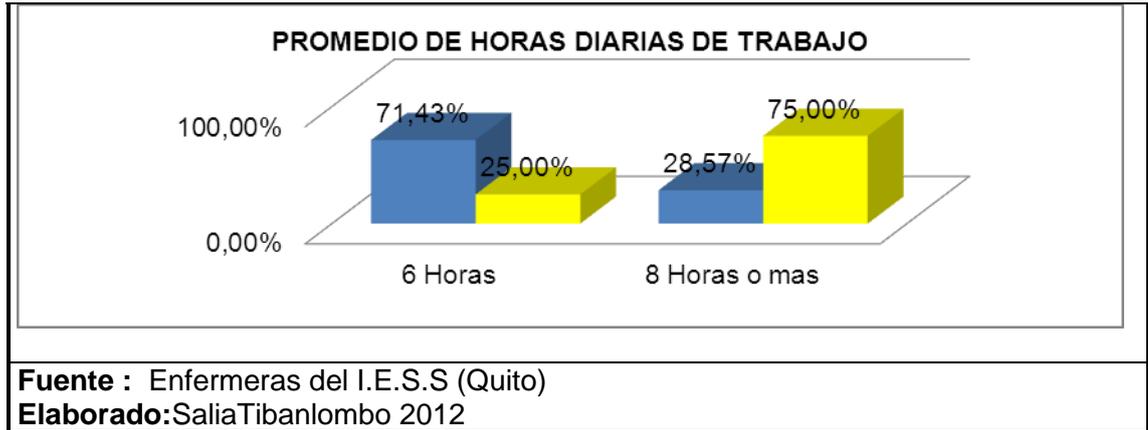


Fuente : Enfermeras del I.E.S.S (Quito)

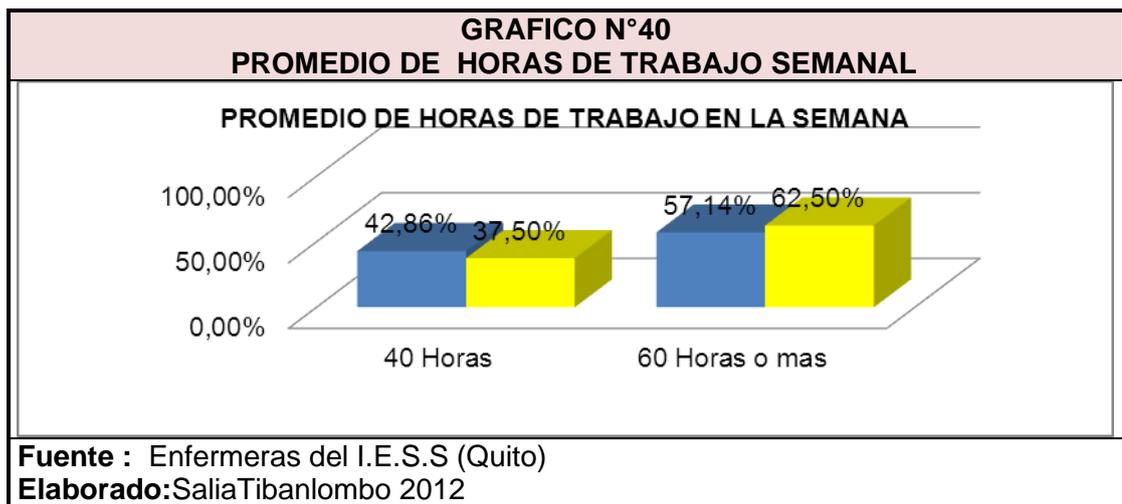
Elaborado: SaliaTibanlombo 2012

- Aquellas que se caracteriza sin el síndrome de burnout un 100% trabajan en una solo institución.
- Las investigadas con burnout un 75% trabajan en una solo institución, y un 25% trabajan en dos instituciones.

**GRAFICO N°39
PROMEDIO DE HORAS DIARIAS DE TRABAJO**

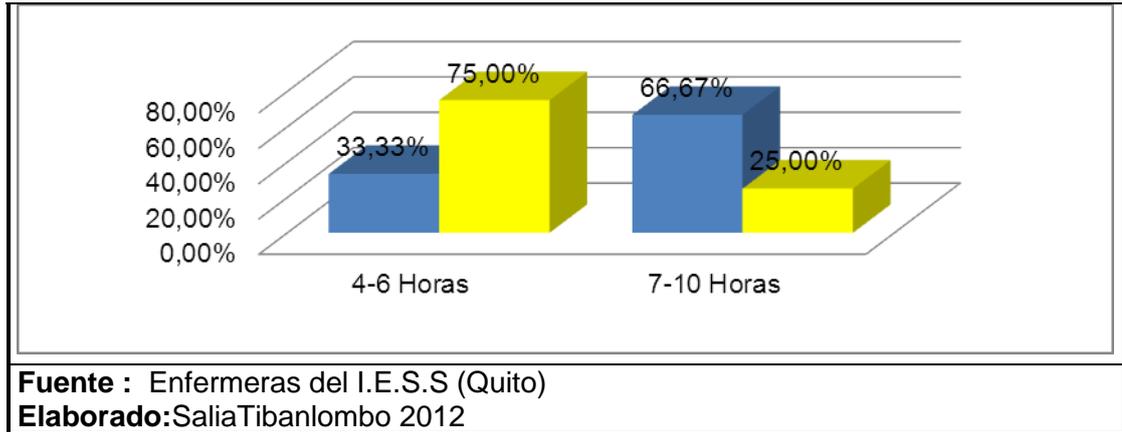


- Aquellas que se caracteriza sin el síndrome de burnout un 71% trabajan un promedio de 6 horas diarias, y porcentaje menor al 29% trabajan más de 8 horas diarias.
- Las investigadas con burnout un grupo con un 75% trabajan más de 8 horas diarias, y un 25% trabajan 6 horas diarias.

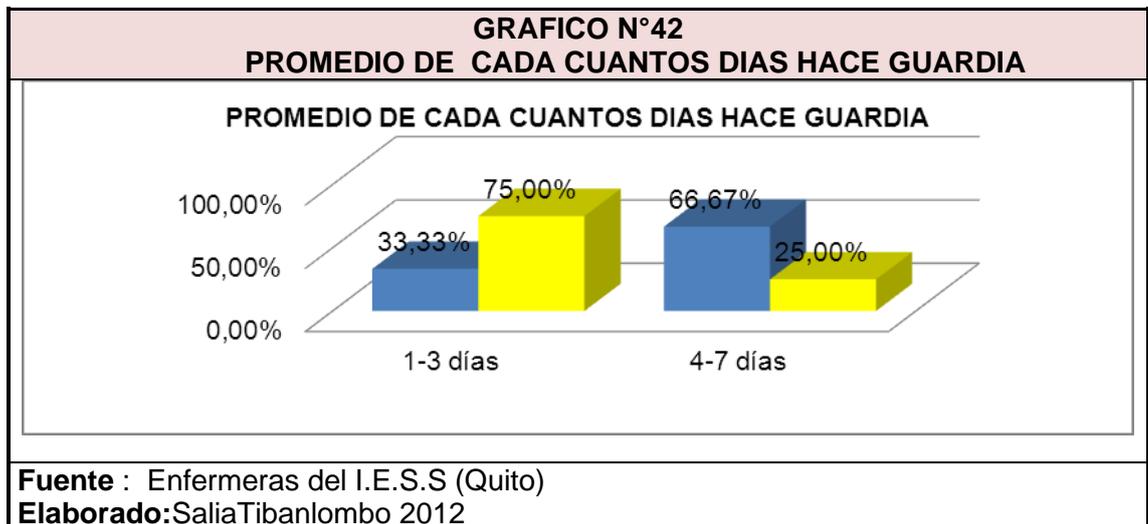


- Aquellas que se caracteriza sin el síndrome de burnout un 43% trabajan un promedio de 40 horas semanales, 57% trabajan más de 60 horas semanales.
- Las investigadas con burnout un grupo con un 37% trabajan 40 horas semanales, y con más 62% trabajan más 60 horas semanales.

GRAFICO N°41
PROMEDIO DE HORAS DE GUARDIA DE LAS ENFERMERAS

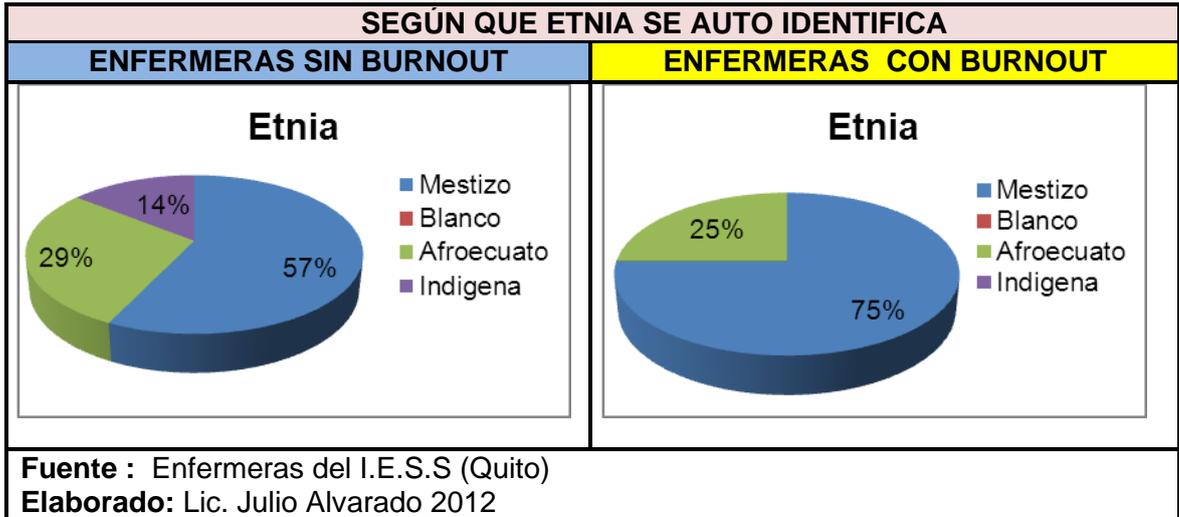


- Aquellas que se caracteriza sin el síndrome de burnout un 33% trabajan en promedio de 4 a 6 horas haciendo guardia y un 77% de 7 a 10 horas.
- Las investigadas con burnout un 75% trabajan en un promedio de 4 a 6 horas de guardia y un 25% de 7a 10 horas.

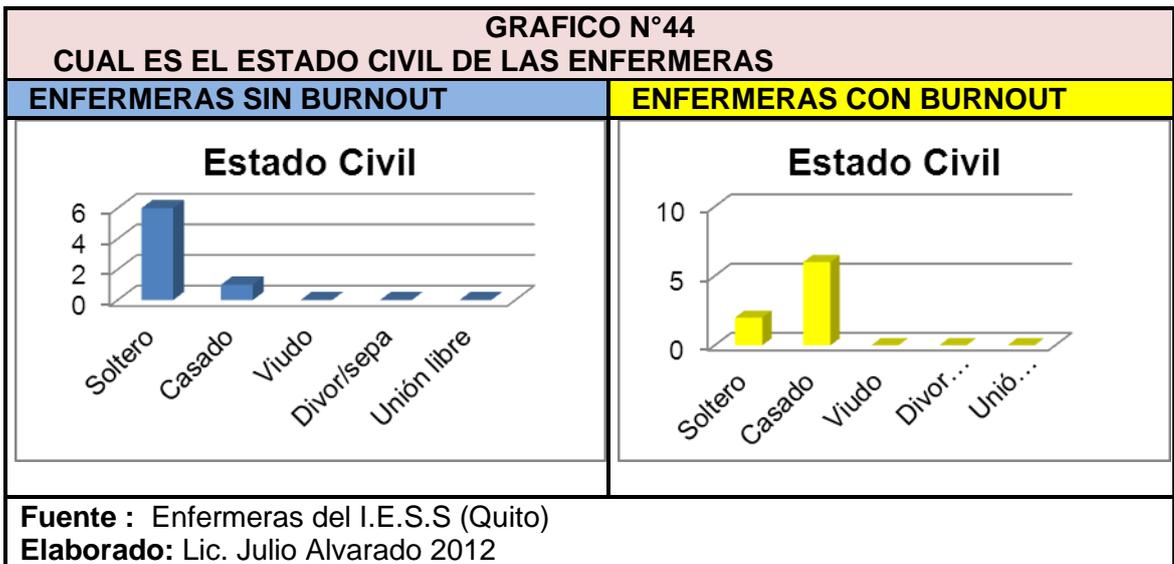


- Aquellas que se caracteriza sin el síndrome de burnout un 33% trabajan en pasando de 1 a 3 días para hacer guardia y un 67% de 4 a 7 días.
- Las investigadas con burnout un 75% trabajan pasando cada 1 a 3 días, 25% en un promedio de 4 a 7 días.

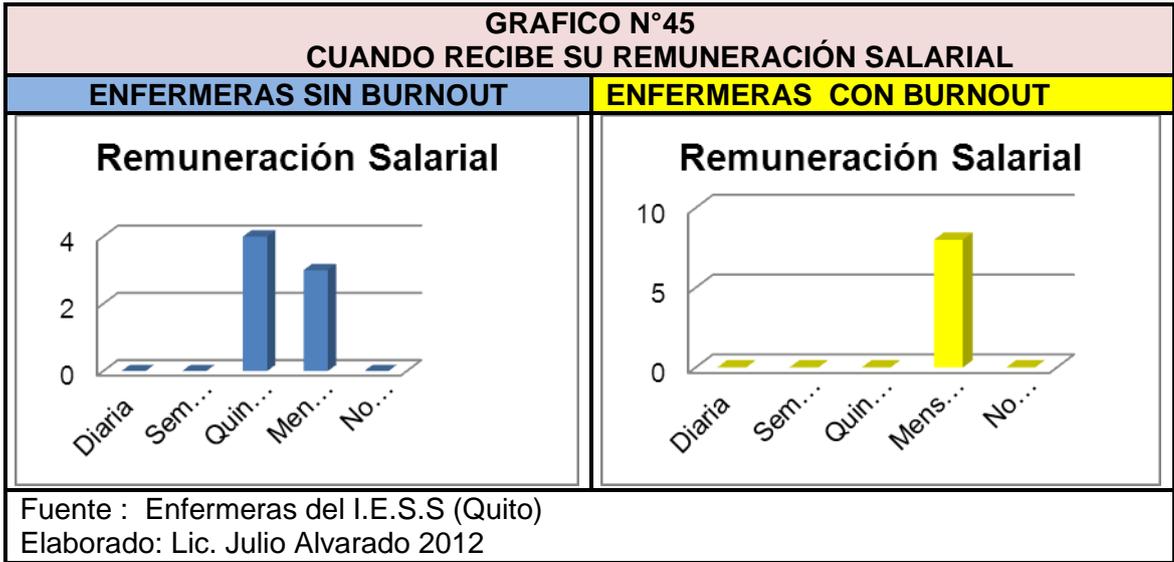
GRAFICO N°43



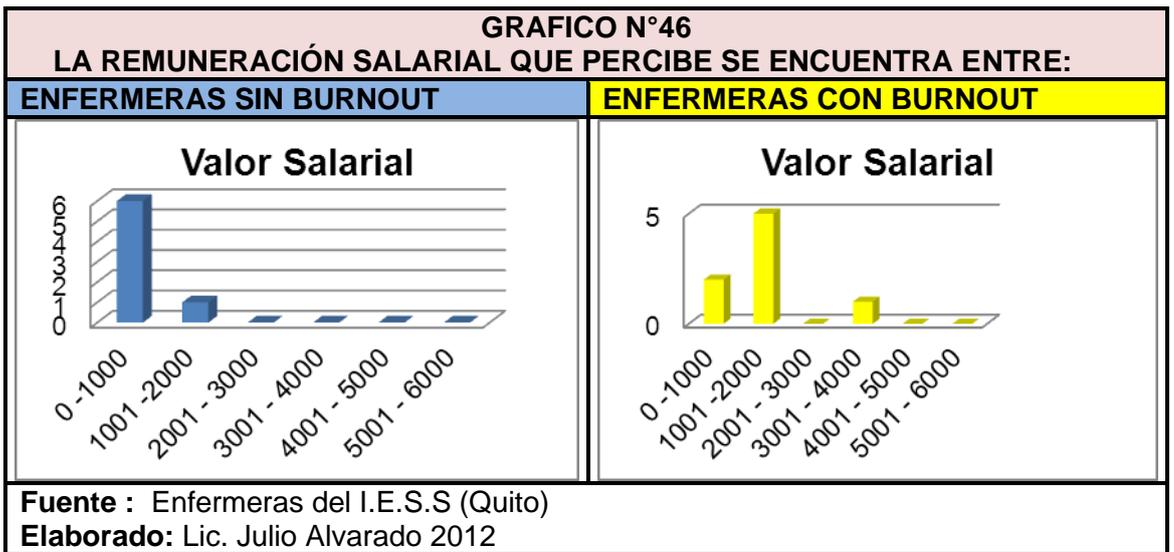
- En su mayoría las investigadas sin burnout, se auto identifica con mestizos en un porcentaje de 57% es auto identifica como afro Ecuatorianos y 14% como indígena, muy minoritario como Afro Ecuatoriano
- Las investigadas con burnout con un gran porcentaje se auto identifican como mestizas y un 25% como afro Ecuatorianas.



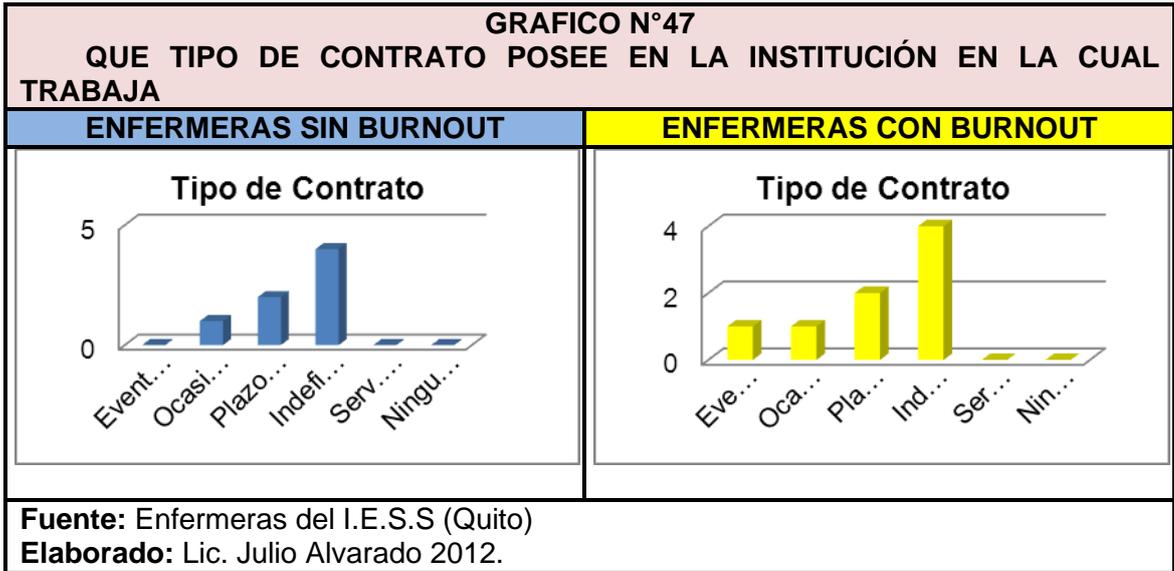
- En un gran porcentaje de las enfermeras investigadas sin burnout son solteros, casados muy pocos.
- Las investigadas con burnout en su mayoría son casadas, y muy pocas solteras ,caso contrario del grupo sin el síndrome



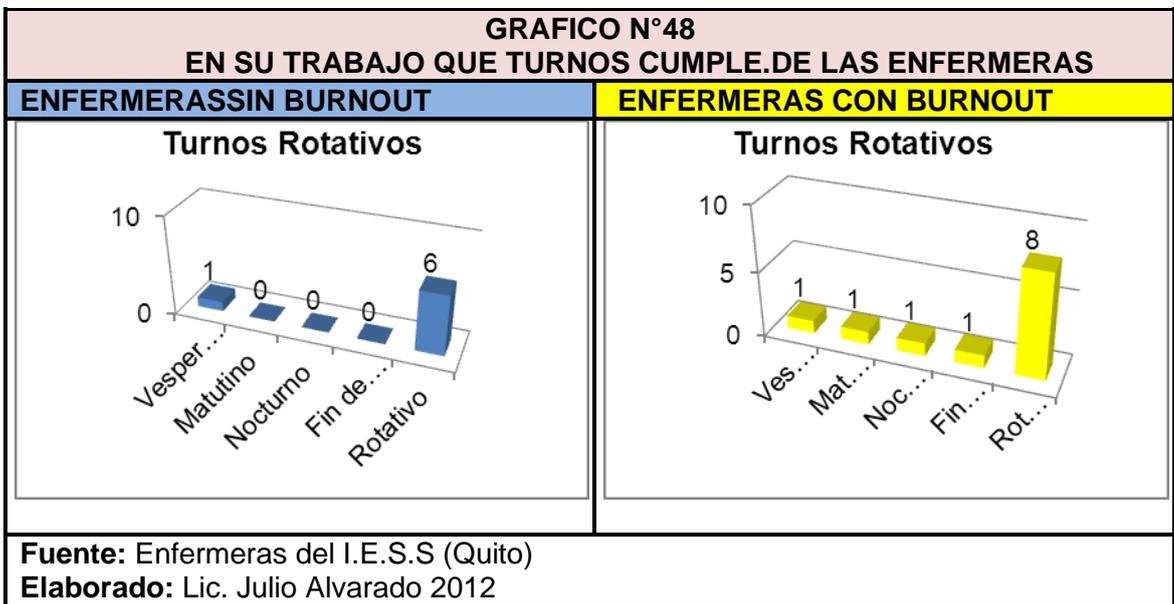
- Las investigadas sin burnout perciben su remuneración salarial quincenal, con un porcentaje similar mensual
- El grupo con burnout reciben mensual su salario.



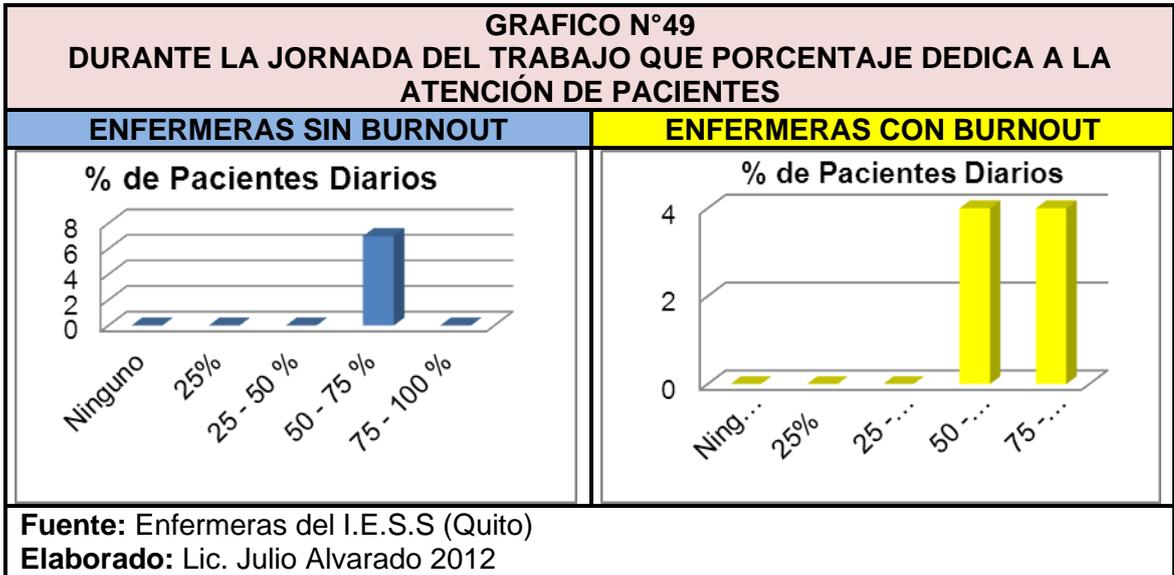
- Las investigadas sin burnout en su mayoría tienen un sueldo más o menos de \$ 1000, muy pocas tienen el sueldo de entre 1001 a 2000 dólares.
- Las investigadas con burnout la mayoría de ellas tiene un sueldo entre 1001 a 2000 dólares, un grupo menor el salario entre \$ 1000 y en un grupo muy bajo ganan entre 3001 a 4000 dólares.



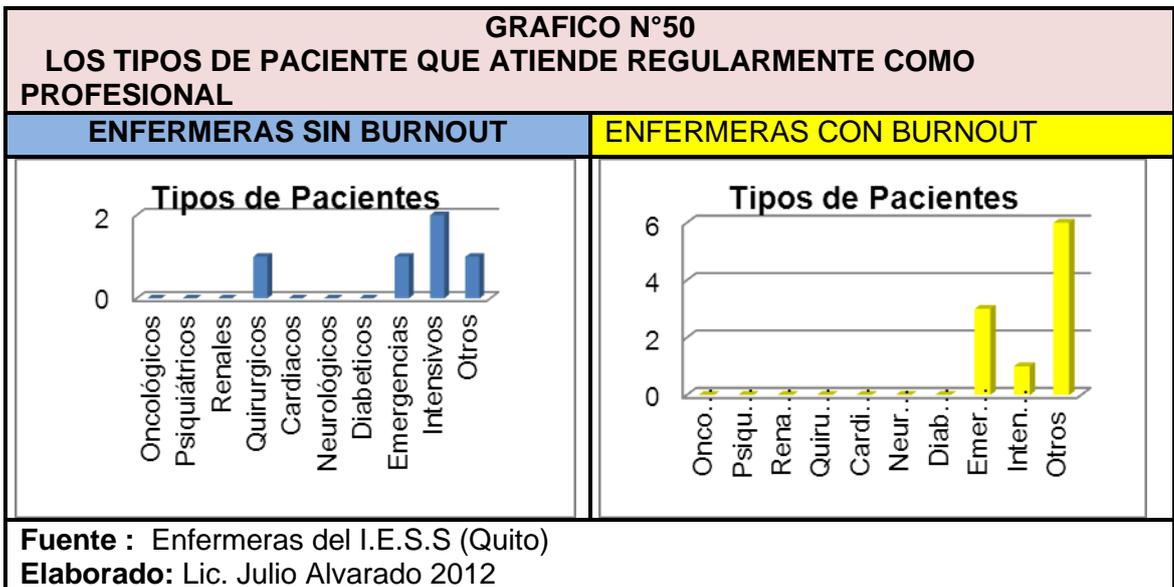
- Las enfermeras sin burnout tiene varios tipos de contrato, en su mayoría indefinidos, un porcentaje menor a plazo fijo, y un grupo minoritario están en la institución de manera ocasional.
- En el grupo de enfermeras con burnout tiene un contrato indefinido en su mayoría, eventual y ocasional tiene un mismo porcentaje que es menor aquella que tiene plazo fijo.



- Las investigadas trabajan en turnos rotativos en su mayoría y con un porcentaje mínimo tiene turnos vespertinos.
- Y con burnout tiene turnos rotativos en un porcentaje mayoritario, vespertino, matutino, nocturno, y fin de semana también con un porcentaje minoritario.

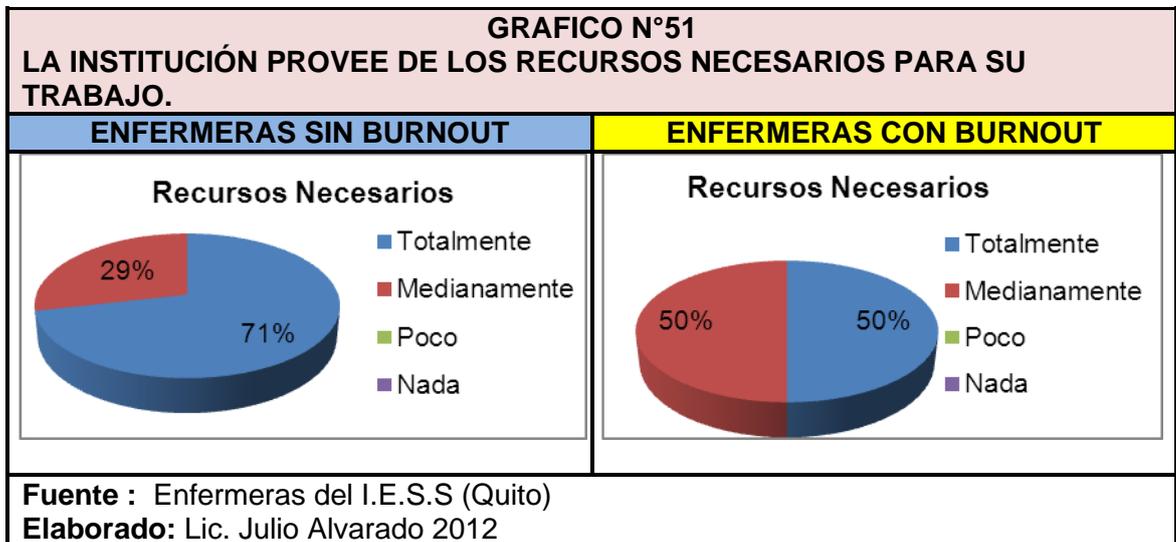


- Las investigadas sin burnout dedican su tiempo 50-75% de la jornada diaria.
- Las investigadas con burnout 50-75% y 75-100% dedican el tiempo a los pacientes

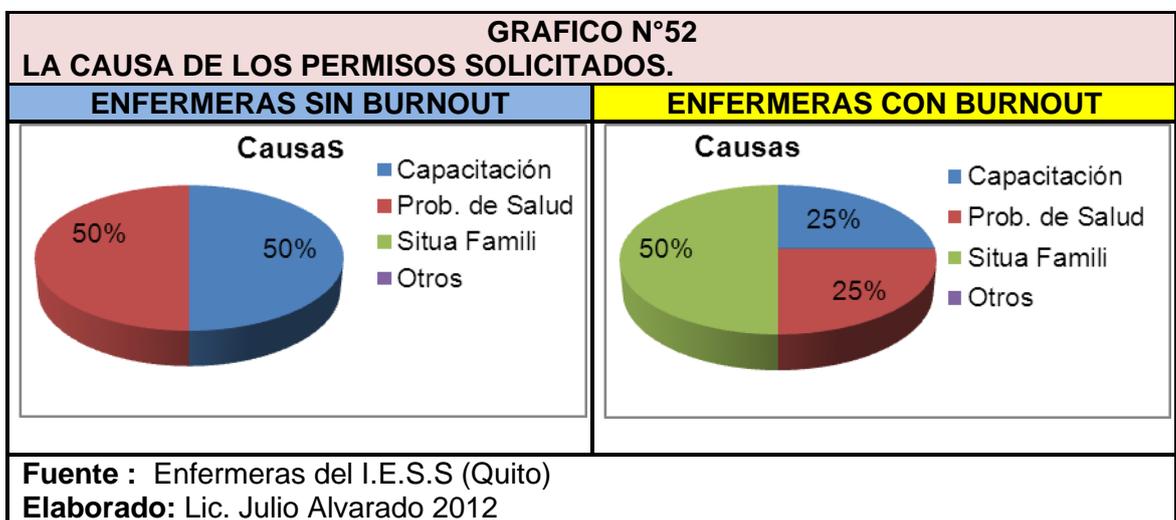


- En el gráfico señal que el grupo de investigadas sin burnout atiende pacientes con diferentes problemas de salud, siendo en su mayoría los de cuidado intensivos, emergencias, quirúrgicos, otros oscilan un mismo porcentaje.
- El grupo de las investigadas con burnout atiende en un 100% a otro tipo de pacientes, seguidos por los pacientes de emergencias y muy pocas tiene

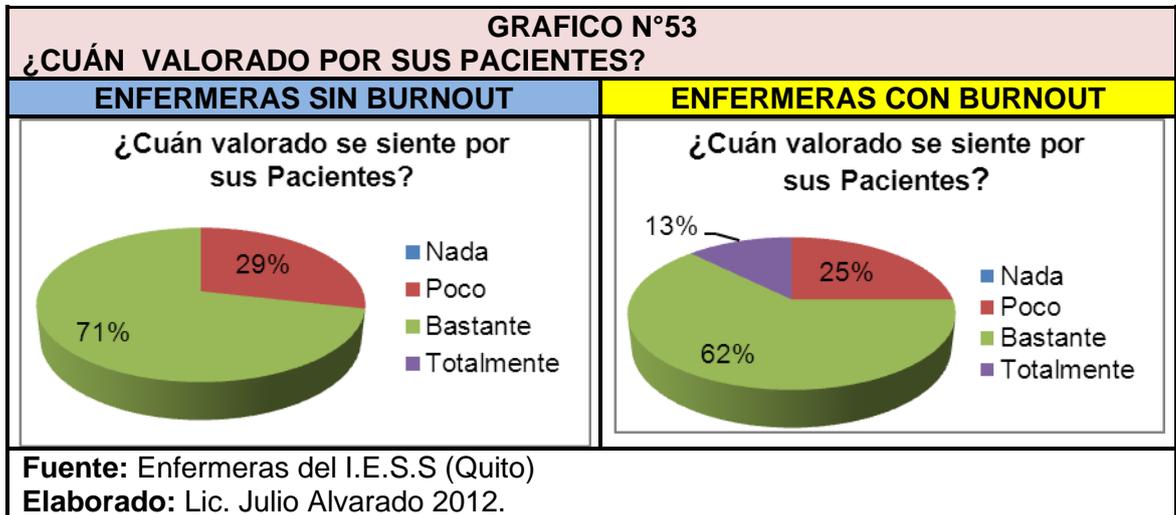
pacientes de la sala de intensivos, este grupo se ven involucradas con pacientes con problemas de cuidado.



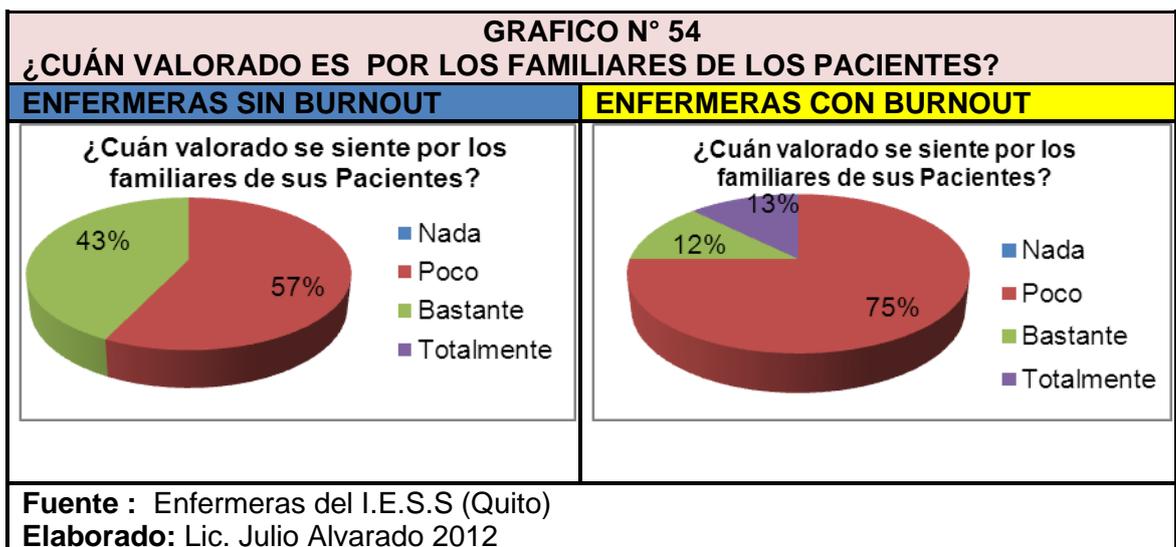
- Las investigadas sin burnout consideran que la institución donde ellos prestan sus servicios profesionales si provee de recursos totalmente en su mayoría y solo un 29% consideran que medianamente la institución provee de recursos.
- Las investigadas con burnout consideran que las instituciones proveen de los recursos necesarios medianamente en un 50% y totalmente en un 50%.



- Las enfermeras investigadas manifiestan que las causas de sus permisos 50% es por capacitación, y el otro 50% por problemas de salud.
- Las enfermeras con burnout manifiestan que el permiso de ellas se debe un 50% por situaciones familiares, por capacitación 25% y problemas de salud 25%.

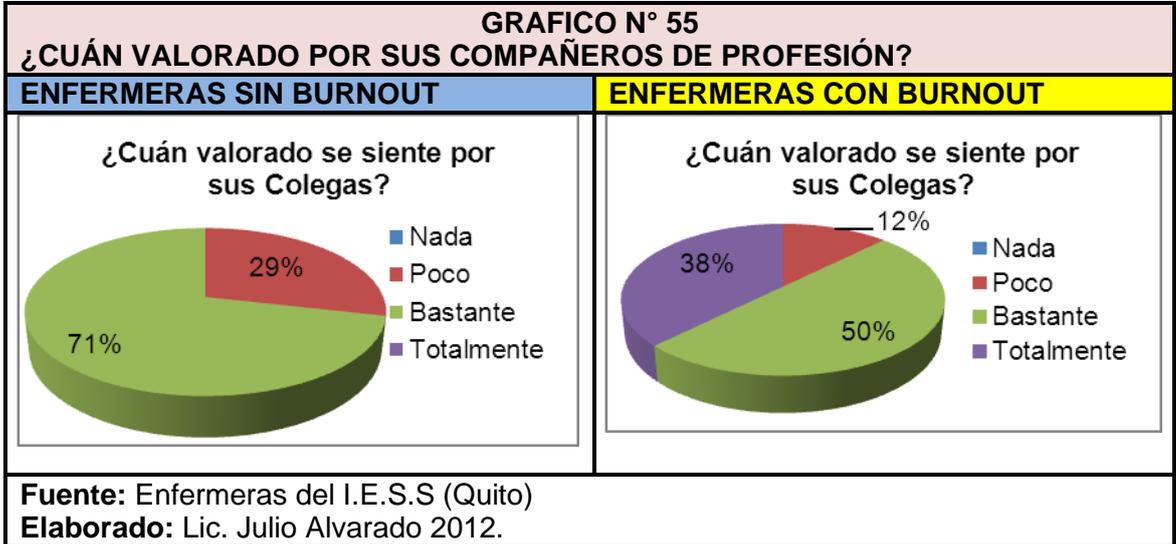


- En el gráfico de cuán valorado son por sus pacientes un 71% las investigadas sin burnout consideran que son valoradas por sus pacientes de una manera satisfactoria, un 29% consideran que los pacientes le valoran poco.
- Las investigadas con burnout consideran que son valoradas los pacientes lo valoran en un 62%, un 25% son muy pocas valoradas y un 13 % consideran que para nada le valoran sus pacientes.

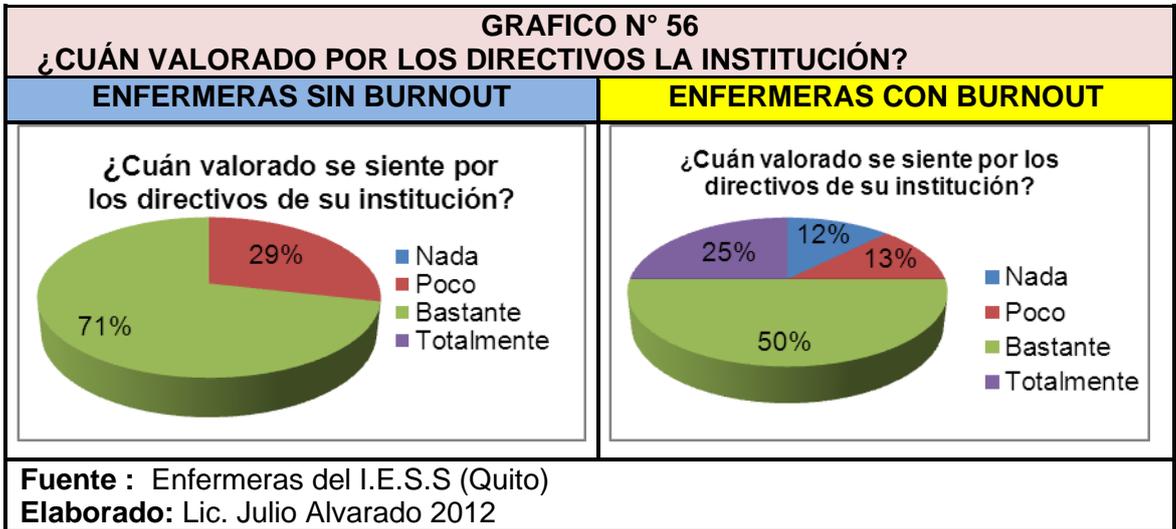


- Del gráfico sin burnout un 57 % creen que los valoran poco los familiares de los pacientes, y 43 % se siente valorados.

- Y las investigados con burnout consideran ser muy poco valorados en su mayoría con un 75% por los familiares de los pacientes, un 12% lo valoran 13% manifiestan que los familiares de los pacientes no le valoran para nada.

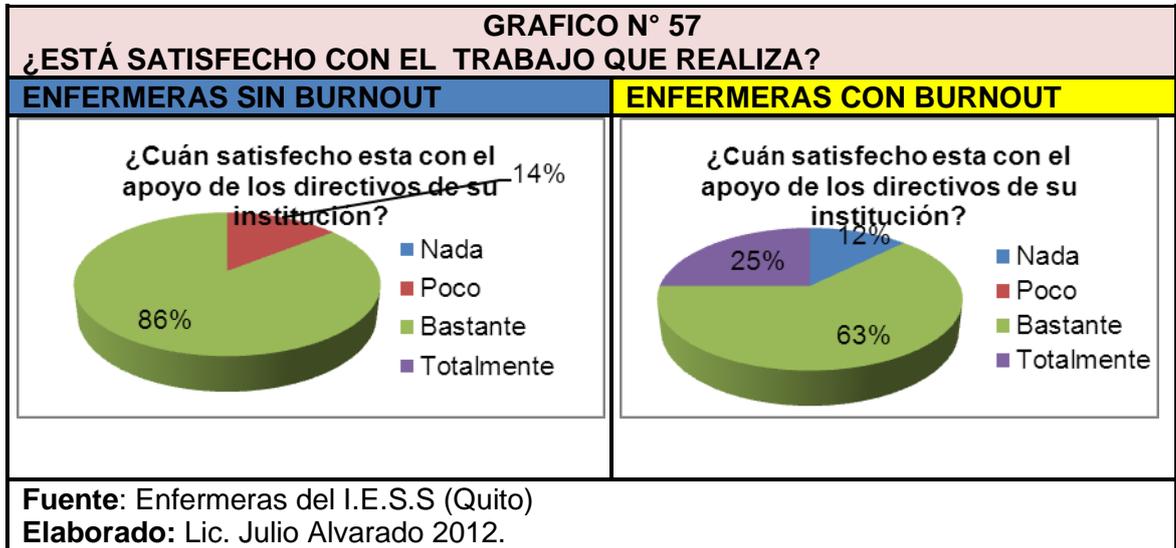


- Las investigadas sin burnout en un 71% son valoradas por sus compañeros de trabajo, un 29% de ellas se siente poco valoradas.
- Las investigadas manifiestan en un 50% que sus compañeras lo valoran considerablemente, un 12% son poco valoradas y un 38% son valoradas totalmente por sus compañeros de trabajo .

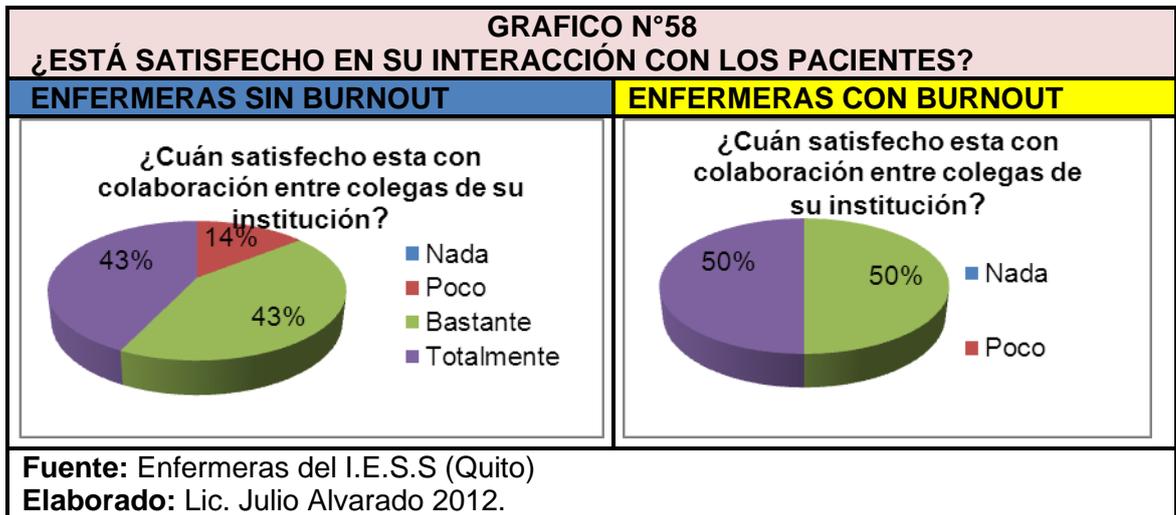


- El 71% del grupo sin burnout siente con los directivos de las instituciones donde trabajan lo valoran, el 29 % son poco valorados.

- Las investigadas con burnout consideran que lo valoran en un 50%, un 25% totalmente, los 13% poco valoradas, y un 12% consideran que para nada son valoradas por los directivos.

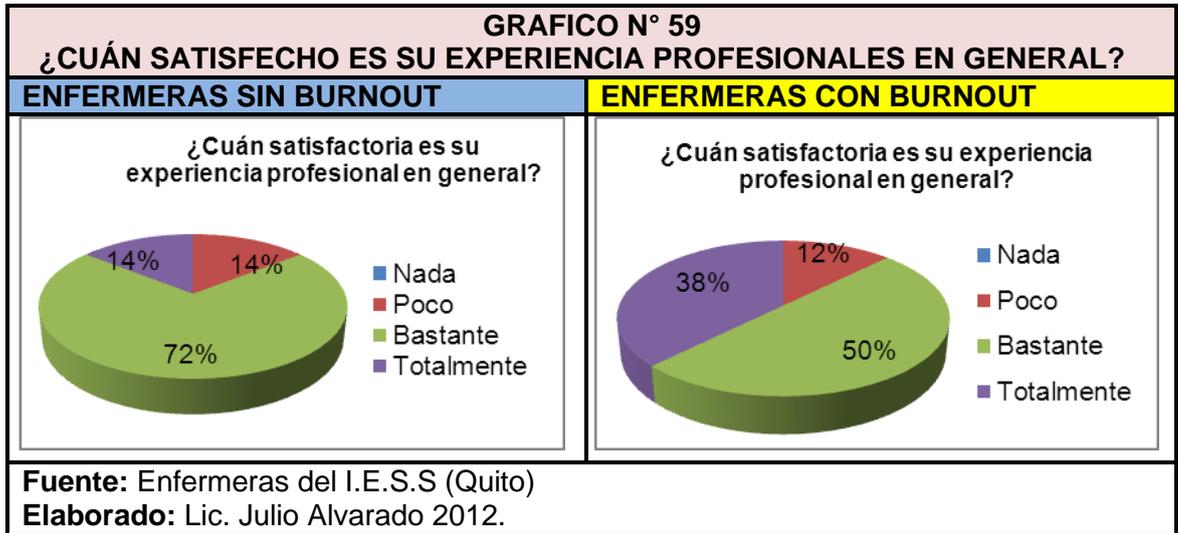


- Del gráfico N°57 remarca un 86% de las investigadas se siente satisfechos con sus trabajos, 14% poco satisfechas
- Las investigadas con burnout un 63% consideran que se sienten satisfechos con el trabajo que realice, un 25% totalmente, y un 12% para nada satisfechas.

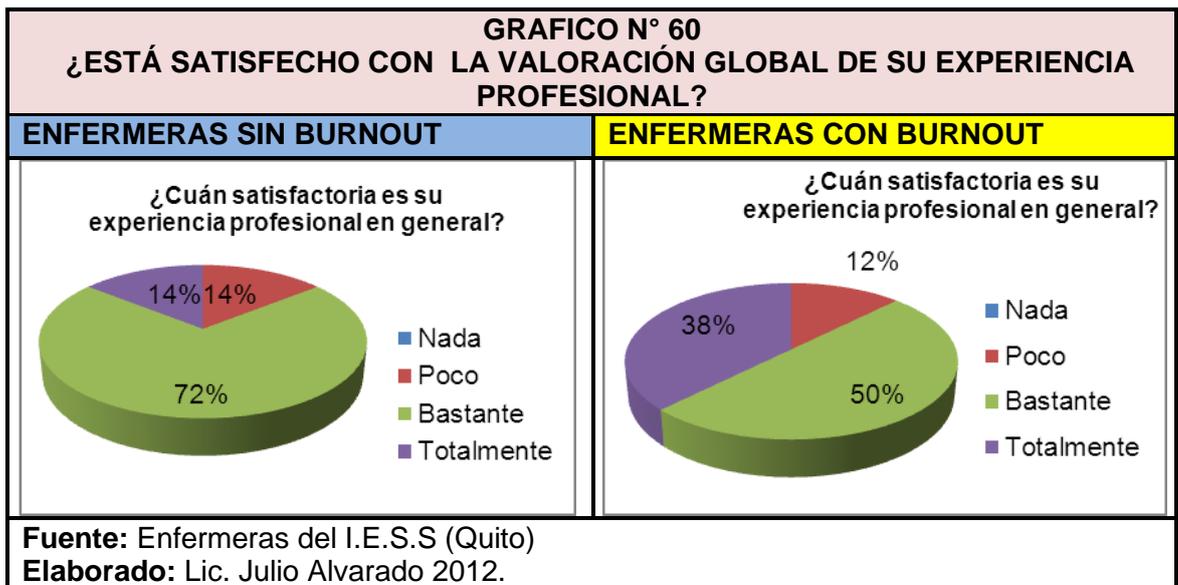


- En el gráfico las investigadas sin burnout un 43% consideran ser bastante satisfactoria, en el mismo porcentaje totalmente satisfecho, y un 14% poco satisfecha con la colaboración entre colegas.

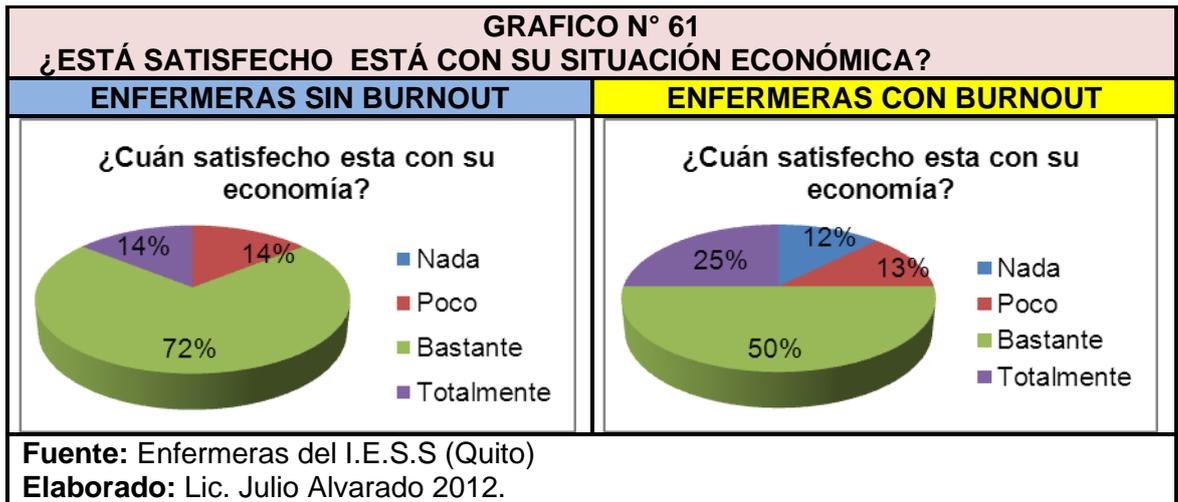
- Las investigadas con burnout consideran ser bastante satisfactoria un 50% con el mismo porcentaje totalmente satisfechas con la colaboración de sus colegas.



- El 72% de las profesionales investigadas sin burnout consideran estar satisfechas como profesionales, un 14% poco satisfecho, y un 14% totalmente satisfecho con su experiencia profesional.
- Las investigadas con burnout consideran que los directivos lo apoyan totalmente en 50%, totalmente un 38% y muy poco un 12%.

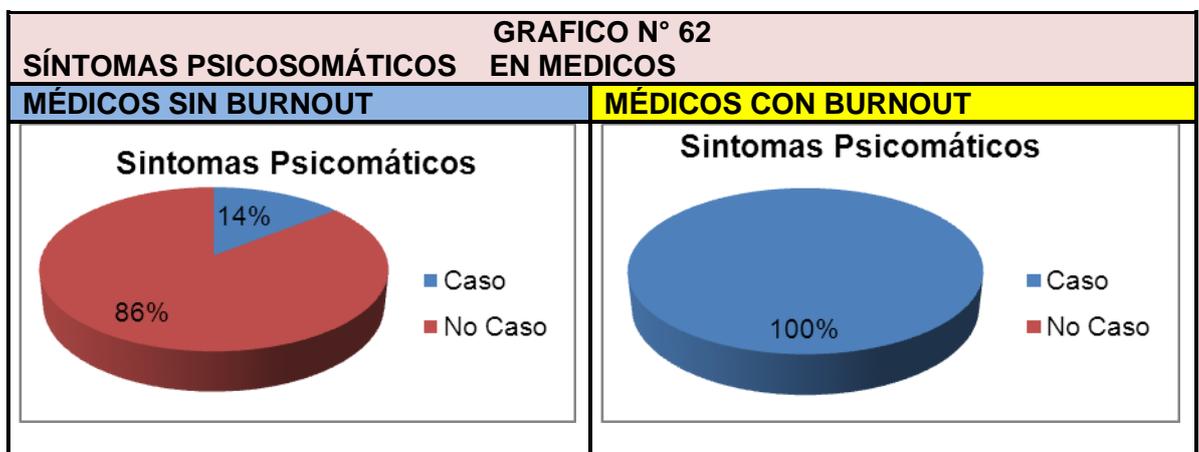


- El 72% de las investigadas considera que su experiencia profesional es satisfactoria, 14% tiene poco experiencia, con un mismo porcentaje tiene una experiencia total satisfactoria.
- Las investigadas con burnout consideran satisfactoria en un 50%, un 38% totalmente, y un 12% tiene poco experiencia.



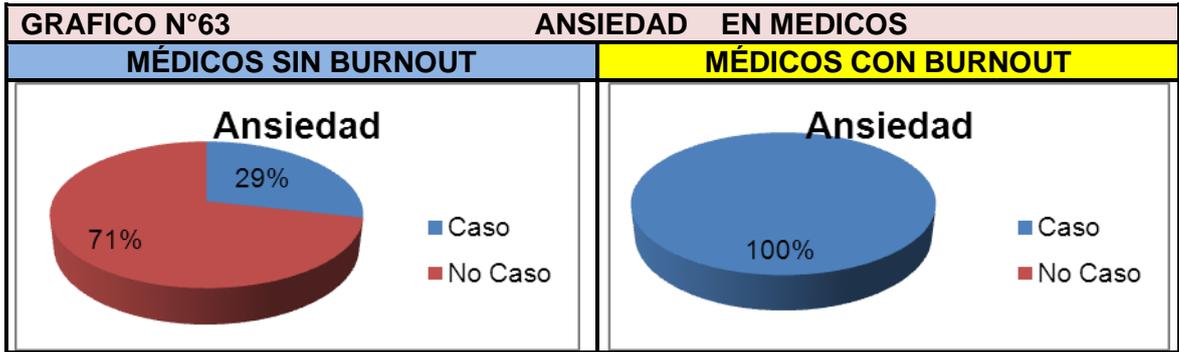
- El 72 de las investigadas sin burnout están satisfechos con sus ingresos, un 14% poco satisfecha y 14% totalmente satisfechas con su economía.
- Las investigadas con burnout consideran que su ingreso economía es satisfactoria en un 50%, totalmente un 25%, con un 13% poco y un 12% para nada satisfechas.

C. Representación grafica cuestionario de salud mental aplicado a medicos (GHC28).



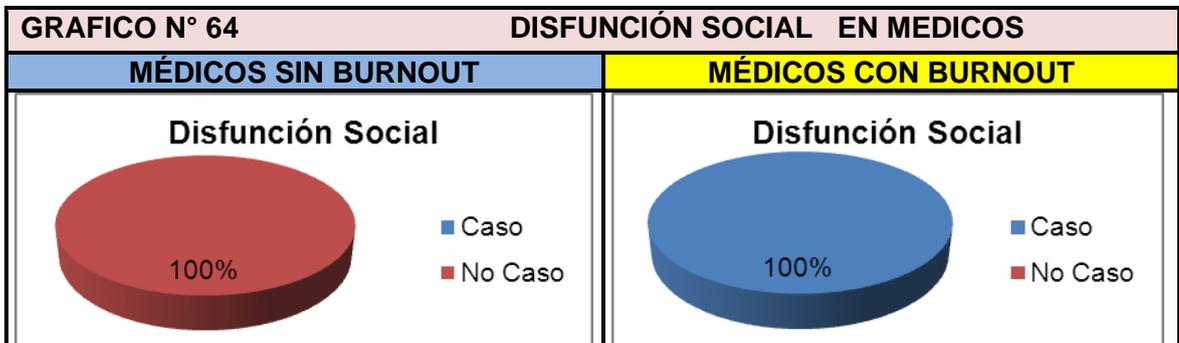
Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).
Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012.

- En el gráfico se puede apreciar que el 86% de los investigados no tiene síntomas psicossomáticos, un 14% tiene síntomas psicossomáticos.
- El 100% de los investigados tiene síntomas psicossomáticos, causado por varios factores de aquellos que tiene prevalencia al síndrome



Fuente : Médicos Hospital del Paso. (Orellana).
Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012.

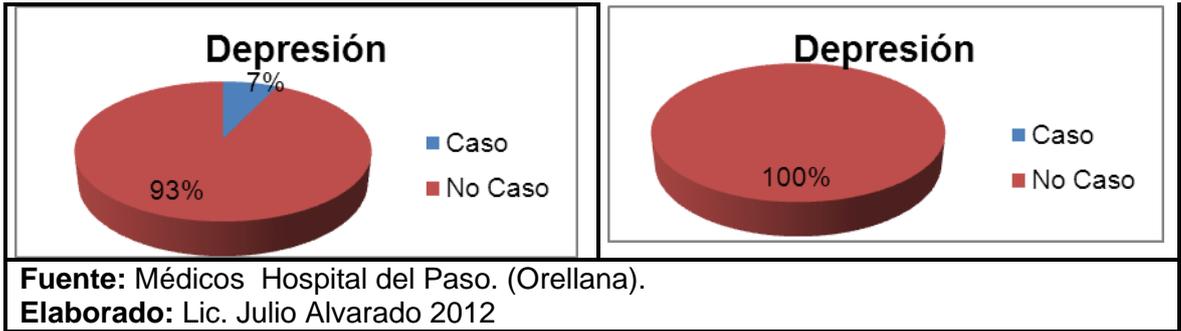
- En el gráfico se puede apreciar que el 71% no tiene indicios que muestren una posible ansiedad, un 14% se evidencia síntomas de ansiedad.
- El 100% de los investigados tiene síntomas de ansiedad.



Fuente : Médicos Hospital del Paso. (Orellana).
Elaborado: Lic. Julio Alvarado 2012

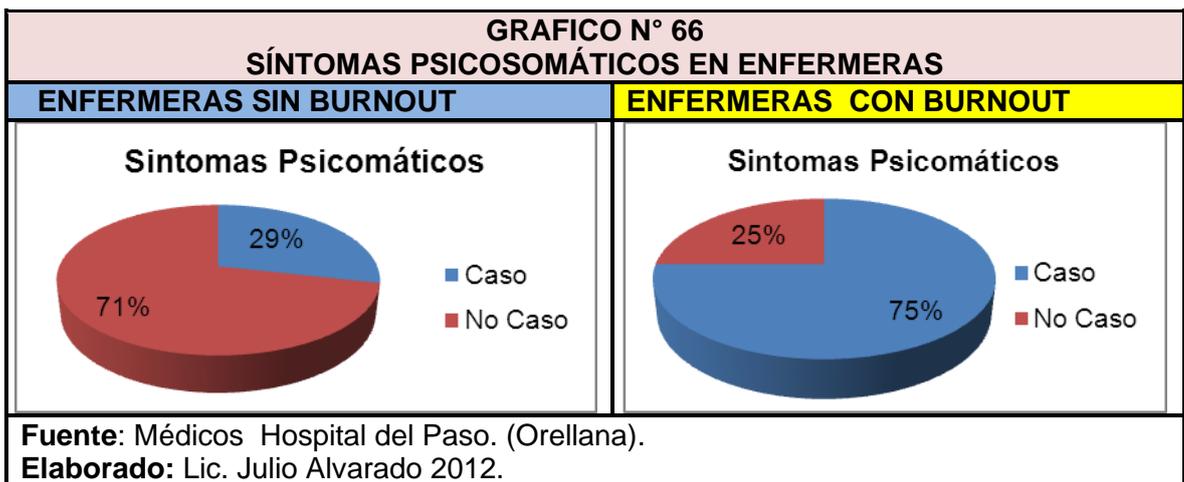
- En el gráfico se puede apreciar que el 100% de los investigados el desempeño social en la vida diaria es bueno.
- El 100% de los investigados manifiestan algunos sentimientos negativos hacia las actividades.





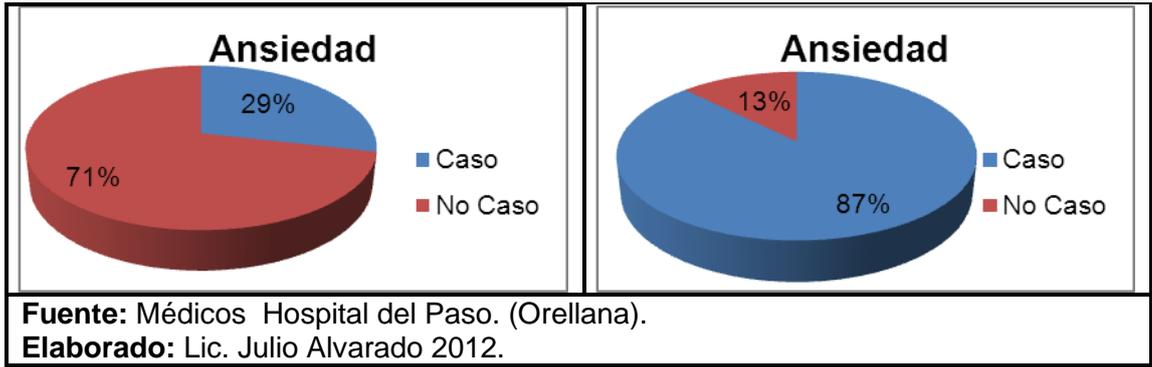
- En el gráfico se puede apreciar que el 93% de los investigados no muestran indicios de estar deprimidos, 7% inciden en la posibilidad de estar deprimidos
- El 100% de los médicos investigados manifiestan algunos la incidencia de depresión.

2. Representación grafica cuestionario de salud mental. (GHC28) aplicado en enfermeras.

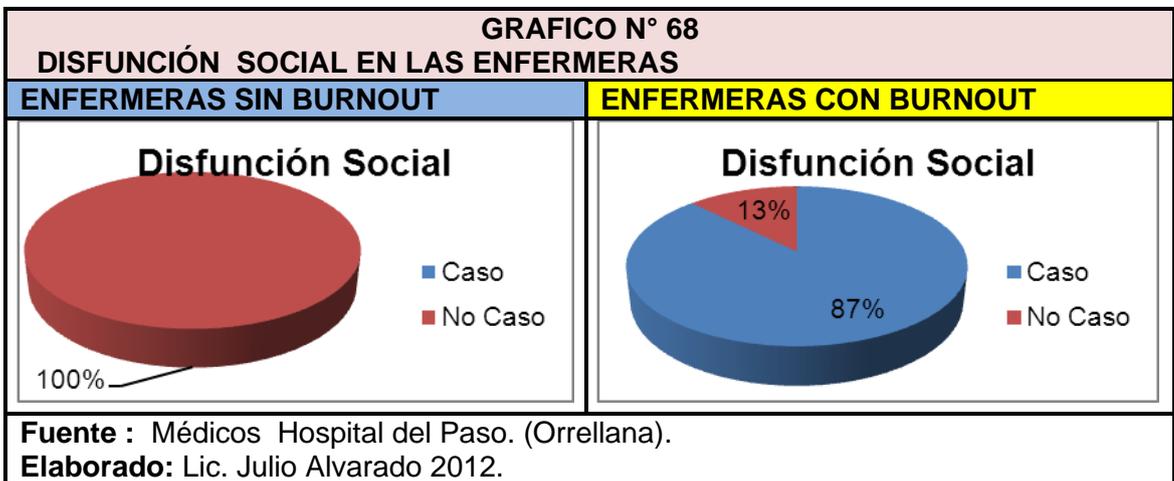


- En el gráfico se puede apreciar que el 71% de las investigadas no tiene síntomas psicósomáticos, un 29% tiene síntomas psicósomáticos.
- El 75% de las investigadas presentan posibles síntomas psicósomáticos, causado por varios factores y un 25% no tiene síntomas psicósomáticos.



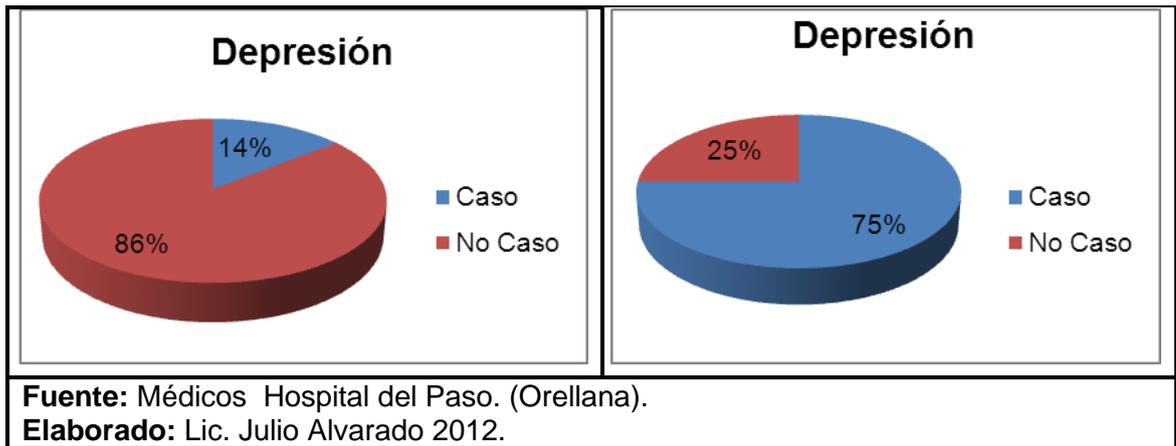


- En el gráfico se puede apreciar que el 71% no tiene indicios que muestren una posible ansiedad, un 14% se evidencia síntomas de ansiedad.
- El 87% de las investigadas tiene probable síntomas de ansiedad y un 13% no tiene indicios de ansiedad.



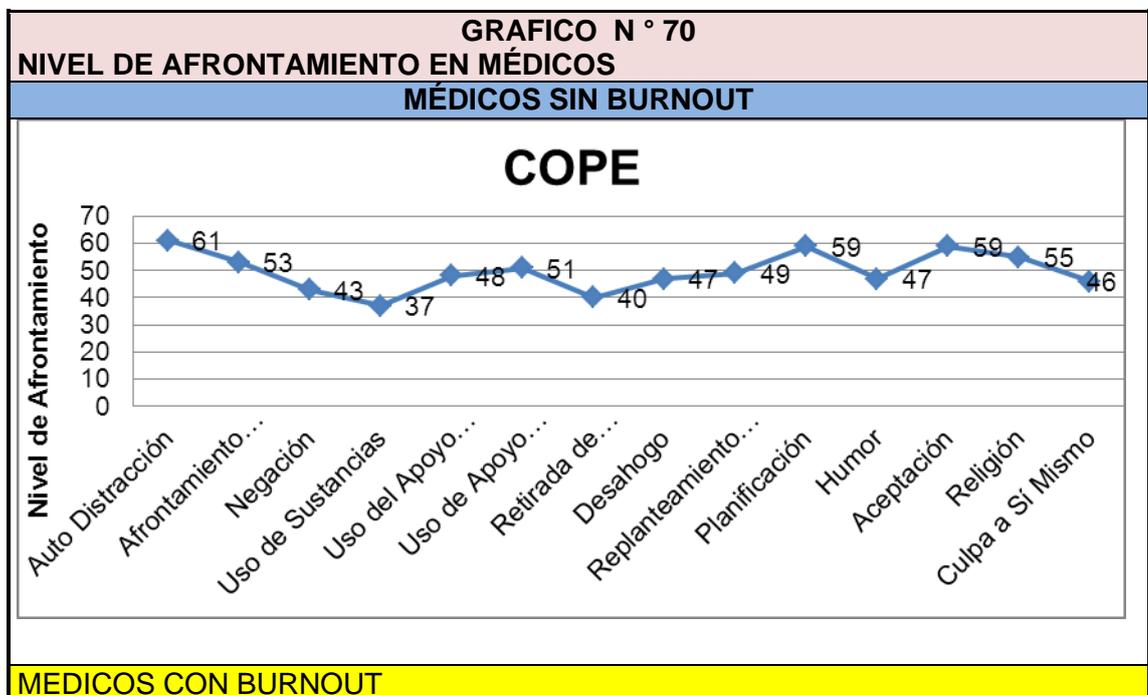
- En el gráfico se puede apreciar que el 100% de las investigadas el desempeño social en la vida diaria es bueno “no caso”.
- El 87% de las investigadas manifiestan algunos sentimientos negativos en el desempeño social en la vida diaria.

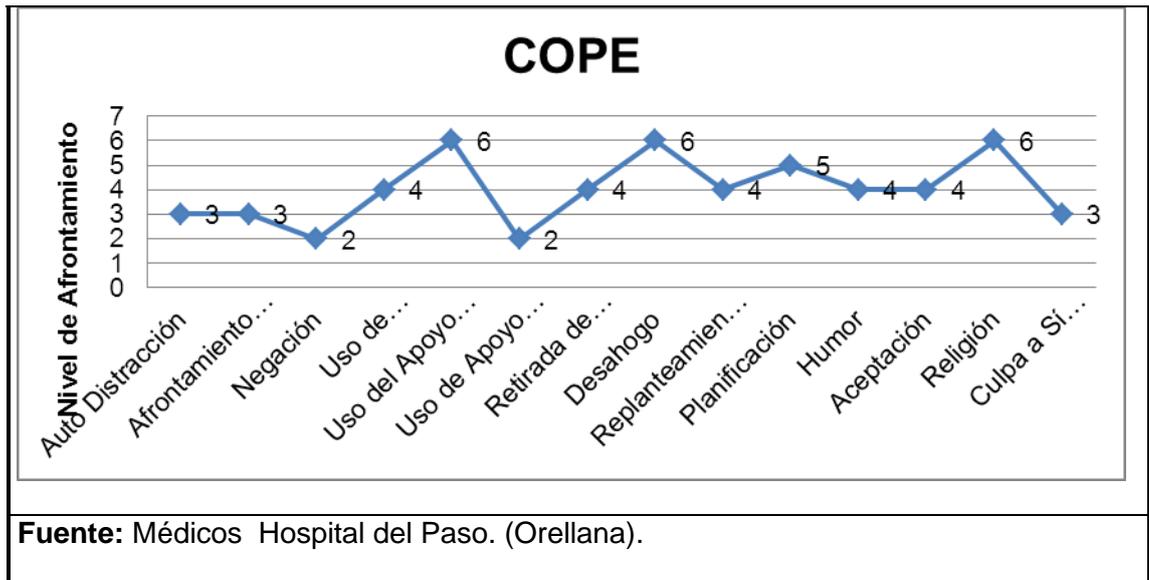




- En el gráfico se puede apreciar que el 86% de las investigadas no muestran indicios de estar deprimidos, un 14 % inciden en la posibilidad de estar deprimidos
- El 75% de las investigadas manifiestan algunos la incidencia de depresión, un 25% no muestran indicios de estar deprimidos.

2. Representación grafica del cuestionario de afrontamiento (brief - cope) aplicado a medicos con burnout y sin burnout





5. Toma de datos generales de los médicos de la aplicación del cuestionario de afrontamiento.

TABLA N° 3					
NIVEL DE AFRONTAMIENTO EN MEDICOS SIN BURNOUT –CON BURNOUT					
	Fr	%		Fr	%
AUTO DISTRACI3N					
0-4 NO PRESENTA	10	66,67%	5-8 PRESENTA	5	33,33%
AFRONTAMIENTO ACTIVO					
0-4 NO PRESENTA	12	80,00%	5-8 PRESENTA	3	20,00%
NEGACI3N					
0-4 NO PRESENTA	14	93,33%	5-8 PRESENTA	1	6,67%
USO DE SUSTANCIAS					
0-4 NO PRESENTA	14	93,33%	5-8 PRESENTA	1	6,67%
APOYO EMOCIONAL					
0-4 NO PRESENTA	11	73,33%	5-8 PRESENTA	4	26,67%
APOYO INSTRUMENTAL					
0-4 NO PRESENTA	12	80,00%	5-8 PRESENTA	3	20,00%
RETIRADA DE COMPORTAMIENTO					

0-4 NO PRESENTA	14	93,33%	5-8 PRESENTA	1	6,67%
DESAHOGO					
0-4 NO PRESENTA	12	80,00%	5-8 PRESENTA	3	20,00%
REINTERPRETACIÓN POSITIVA					
0-4 NO PRESENTA	11	73,33%	5-8 PRESENTA	4	26,67%
PLANIFICACIÓN					
0-4 NO PRESENTA	8	53,33%	5-8 PRESENTA	7	46,67%
HUMOR					
0-4 NO PRESENTA	13	86,67%	5-8 PRESENTA	2	13,33%
ACEPTACIÓN					
0-4 NO PRESENTA	12	80,00%	5-8 PRESENTA	3	20,00%
RELIGIÓN					
0-4 NO PRESENTA	10	66,67%	5-8 PRESENTA	5	33,33%
AUTOINCUPLICACIÓN					
0-4 NO PRESENTA	13	86,67%	5-8 PRESENTA	2	13,33%
Fuente: Médicos Hospital del Paso. (Orellana).					
Elaborado: Salia Tibanlombo 2012.					

Tabla de la muestra general de los médicos investigados para determinar los mecanismos de afrontamiento.

Los médicos investigados respondieron a las siguientes subescalas cuestionario de nivel de afrontamiento sus diferentes formas de enfrentar el estrés como se puede apreciar dos grupos sin el síndrome y aquellos que tiene prevalencia del síndrome de burnout.

AUTO DISTRACCIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Aproximadamente un 70% 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 un 33% de los investigados.

AFRONTAMIENTO ACTIVO

PRESENTA	NO PRESENTA
----------	-------------

Un 80% de los investigados se concentran en actividades y acciones realizadas para intentar eliminar o reducir niveles estrés.	Un 20% no se involucran actividades para eliminar o reducir su estrés
--	---

NEGACIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 93% de los investigados tratan de rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.	Un 7% de los investigados no hacen nada para evitar o rechaza las situaciones causantes de estrés.

USO DE SUSTANCIAS

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 93% tiene tendencia al uso de alguna sustancia drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontar sus problemas.	Un 7% no recurre al uso de alguna sustancia alguna como drogas, alcohol o medicamentos para aplacar sus problemas.

EL USO DE APOYO EMOCIONAL

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 73% de los investigados tratan de buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.	Un 27% consideran que ellas Prefiere afrontar sus problemas en forma personal.

EL USO DE APOYO INSTRUMENTAL

PRESENTA	NO PRESENTA
El 80% de los investigados recurre a personal capacitado o buscan quienes les puede ayudar	20% de los médicos no buscan ayudan creen que ellos solos pueden sobrellevar o solucionar los problemas.

DESCONEXIÓN CONDUCTUAL (RETIRADA DE COMPORTAMIENTO)

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 93% de los investigados suelen tener cierta tendencia a abandonar o reducir los	Un 7% de los médicos no abandona las metas a causa de situaciones estresantes

esfuerzos para superar o sobrellevar las situaciones que le causan estrés.	y no hacen nada para sobrellevar la situación estresante.
--	---

DESAHOGO

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 80% tiende a aumentar la conciencia del propio malestar emocional acompañado de la tendencia a estresar o descargar los sentimientos	Un 20% de los investigados no expresan sus sentimientos cuando tiene algún conflicto, por lo tanto aumenta el malestar.

REINTERPRETACIÓN POSITIVA

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 73% de los investigados buscan el lado positivo de las cosas, considera a la situación estresante como una oportunidad para crecer y mejorar.	Un 27% de los investigados le ve el lado negativo no considera a las situaciones estresantes como una oportunidad para crecer y mejorar.

PLANIFICACIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 53% tiene tendencia a pensar cómo enfrentar, planificar estrategias de acción analizar cómo hacer frente al estresor un afrontamiento activo.	Un 47% tiende a no planificar los pasos a seguir para afrontar sus conflictos.

HUMOR

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 87 % de los investigados tiene tendencia a hacer burlas y reírse de la situación estresante.	El 13% de los investigados toma las situaciones estresantes de forma seria, sin hacer burlas ni reírse de la misma.

ACEPTACIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
El 80% de los investigados acepta los hechos que está viviendo es real.	Un 20% tiene tendencia a negar las situaciones estresantes o problemas. No asimilan la situación

RELIGIÓN

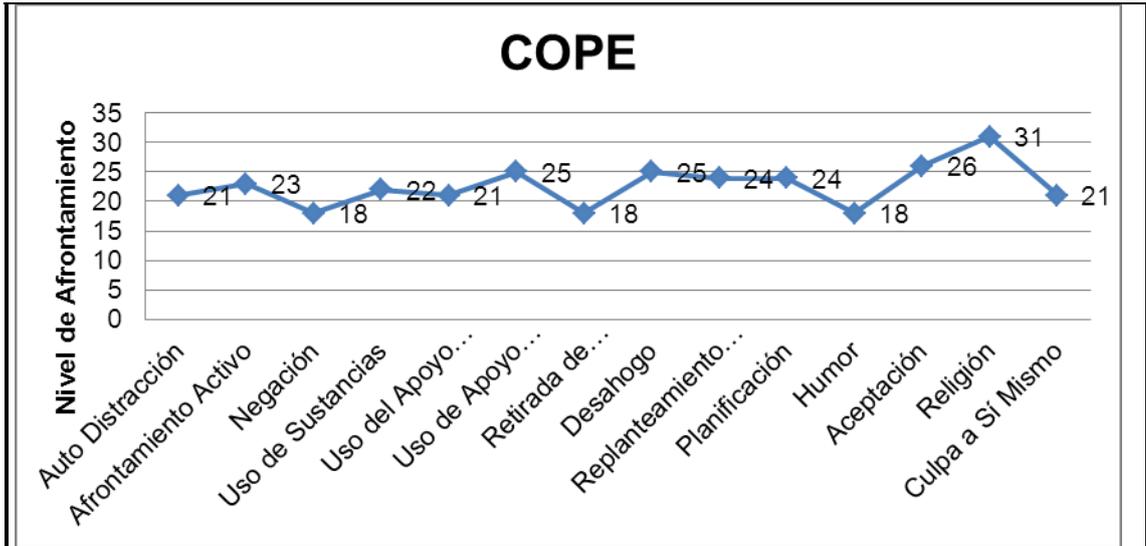
PRESENTA	NO PRESENTA
El 67% de los investigados se refugia o buscan ayuda en la religión cuando se sienten estresados.	Un 33% no buscan apoyo en la religión cuando están en situaciones de conflicto.

AUTOINCULPACIÓN

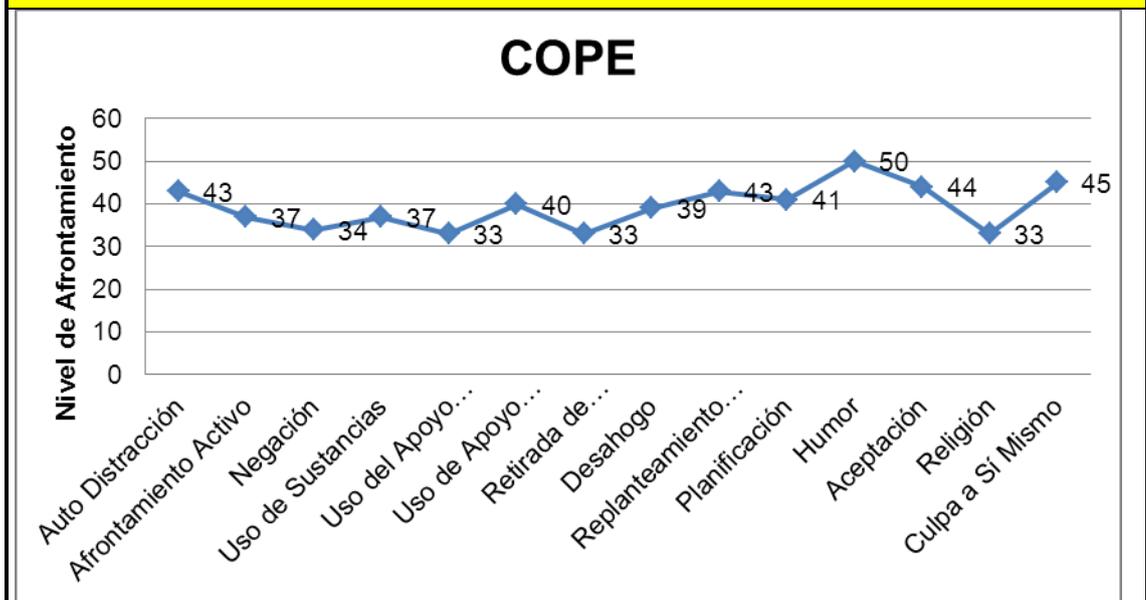
PRESENTA	NO PRESENTA
Un 87% tiende a criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.	Un 13 de los investigados no tiende a culparse a sí mismo por las situaciones que le causan estrés.

6. Representación grafica del cuestionario de afrontamiento en enfermeras.





ENFERMERAS CON BURNOUT



Fuente : Enfermeras del I.E.S.S (Quito)

3. Toma general de datos para medir el nivel de afrontamiento en las enfermeras.

TABLA N° 4 NIVEL DE AFRONTAMIENTO EN ENFERMERAS				
Fr %			Fr %	
AUTO DISTRACCIÓN				
0-4 NO PRESENTA	7	47%	5-8 PRESENTA	8 53%

AFRONTAMIENTO ACTIVO					
0-4 NO PRESENTA	8	53%	5-8 PRESENTA	7	47%
NEGACIÓN					
0-4 NO PRESENTA	10	67%	5-8 PRESENTA	5	33%
USO DE SUSTANCIAS					
0-4 NO PRESENTA	7	47%	5-8 PRESENTA	8	53%
APOYO EMOCIONAL					
0-4 NO PRESENTA	10	67%	5-8 PRESENTA	5	33%
APOYO INSTRUMENTAL					
0-4 NO PRESENTA	8	80%	5-8 PRESENTA	7	20%
RETIRADA DE COMPORTAMIENTO					
0-4 NO PRESENTA	10	67%	5-8 PRESENTA	5	33%
DESAHOGO					
0-4 NO PRESENTA	9	60%	5-8 PRESENTA	6	40%
REINTERPRETACIÓN POSITIVA					
0-4 NO PRESENTA	7	47%	5-8 PRESENTA	8	53%
PLANIFICACIÓN					
0-4 NO PRESENTA	8	53%	5-8 PRESENTA	7	47%
HUMOR					
0-4 NO PRESENTA	6	40%	5-8 PRESENTA	9	40%
ACEPTACIÓN					
0-4 NO PRESENTA	12	80%	5-8 PRESENTA	3	20%
RELIGIÓN					
0-4 NO PRESENTA	9	60%	5-8 PRESENTA	6	40%
AUTOINCULPACIÓN					
0-4 NO PRESENTA	12	80%	5-8 PRESENTA	3	20%
Fuente : Enfermeras del I.E.S.S (Quito)					
Elaborado: SaliaTibanlombo 2012					

Tabla de la muestra general de las enfermeras investigadas para determinar los mecanismos de afrontamiento que son utilizadas en momentos estresantes .

AUTO DISTRACCIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Aproximadamente un 47% de las	Un 53% de las enfermeras no realiza

investigadastratan de distraerse en otros proyectos.	otras actividades para distraerse de situaciones estresantes.
--	---

AFRONTAMIENTO ACTIVO

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 53 % de las investigadas suelen concentrarse en actividades para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.	Un 47% de las investigadas no realiza actividades para eliminar o reducir su estrés.

NEGACIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 67% tiene tendencia a rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.	Un 33% de las investigadas no rechaza las situaciones causantes de estrés

USO DE SUSTANCIAS

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 47% de las investigadas recurre al uso de sustancias como, drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontar sus problemas.	Un 53% de las investigadas no recurren al uso de sustancias como, drogas, alcohol o medicamentos para olvidar sus problemas.

EL USO DE APOYO EMOCIONAL

PRESENTA	NO PRESENTA
67% de las investigadas busca en otros apoyo, comprensión y simpatía, para salir del estrés	Un 33% de las investigadas prefiere afrontar sus problemas en forma personal.

EL USO DE APOYO INSTRUMENTAL

PRESENTA	NO PRESENTA
----------	-------------

Un 53% de las investigadas buscan ayuda en personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.	Un 47% de las investigadas consideran que son capaces de solucionar ciertas situaciones de forma autónoma.
--	--

DESCONEXIÓN CONDUCTUAL (RETIRADA DE COMPORTAMIENTO)

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 67% de las investigadas puede tener tendencia a abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar las situaciones que le causan estrés.	Un 33% de las investigadas no abandona las metas a causa de situaciones estresantes.

DESAHOGO

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 60% de las investigadas suelen descargar los sentimientos negativos que le causa malestar emocional causado por alguna situación estresante.	Un 40% de las investigadas no suelen expresar sus sentimientos cuando tiene algún conflicto.

REINTERPRETACIÓN POSITIVA

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 47% de las investigadas considera a la situación estresara como una oportunidad para crecer.	Un 53% de las investigadas no considera a las situaciones estresantes como una oportunidad para crecer, más le ven como una complicación.

PLANIFICACIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
El 53% de las investigadas suelen tener tendencia a pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.	Un 47% de las investigadas no tiene un alineamiento de planeación de los pasos a seguir para afrontar sus conflictos.

HUMOR

PRESENTA	NO PRESENTA
47% de las investigadas tiene tendencia a hacer burlas y reírse de la situación estresante.	53% de las investigadas toma las situaciones estresantes de forma seria.

ACEPTACIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 40% de las enfermeras investigadas asumen las consecuencias y acepta la situación que está viviendo es real.	Un 60% de las investigadas no asumen las consecuencias tiene tendencia a negar las situaciones estresantes o problemas.

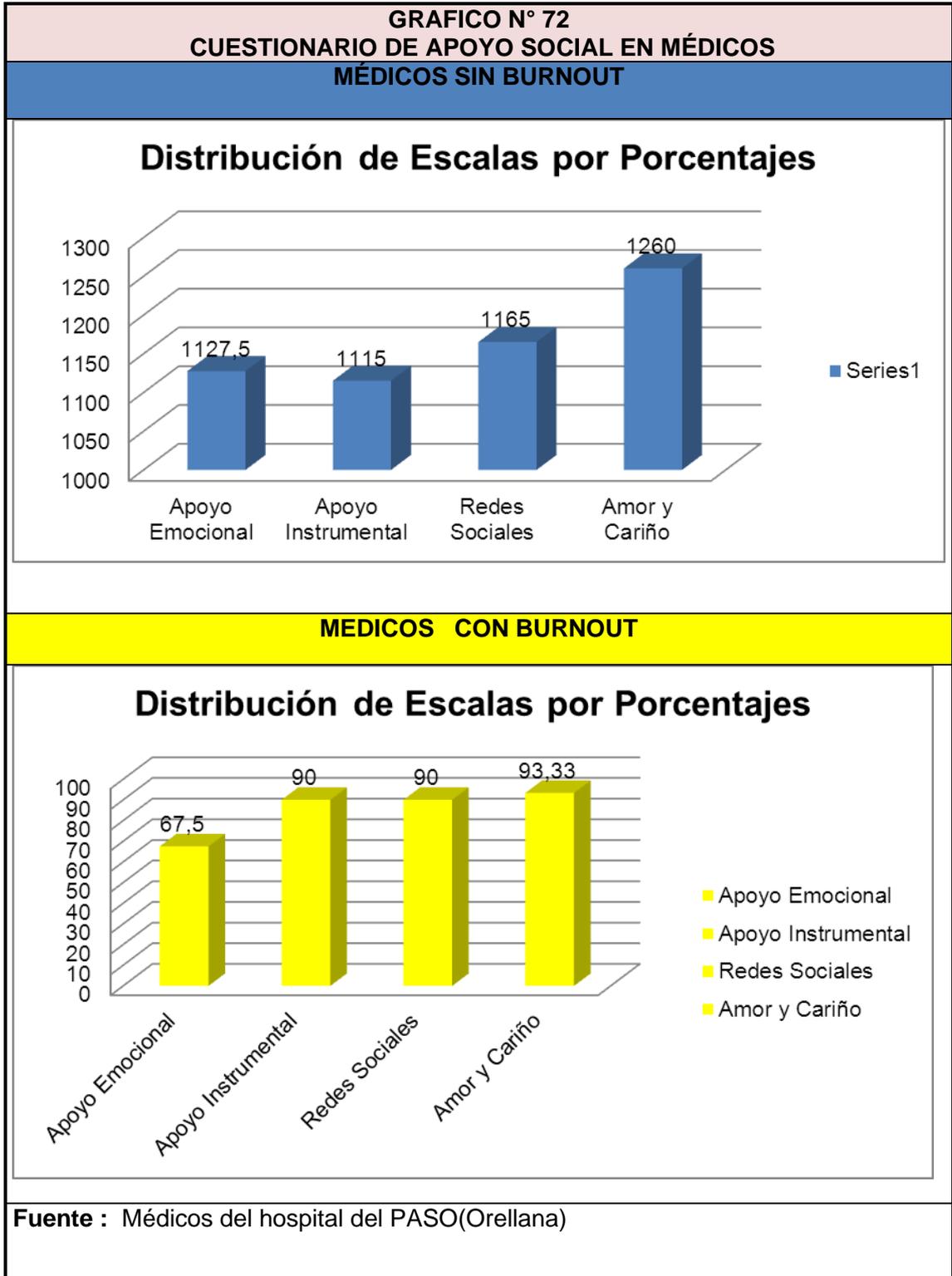
RELIGIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 60% de las investigadas cuando tiene alguna situación que le causa estrés, buscan en la religión un poco de alivio.	Un 40% de las investigadas cuando presenta algún conflicto no busca la solución en la religión.

AUTOINCULPACIÓN

PRESENTA	NO PRESENTA
Un 80% de las investigadas tiende a criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.	Un 20% no se siente culpables por las situaciones que le causan estrés sino que busca las causas de una manera objetiva.

3. Representación grafica del cuestionario de apoyo social aplicado a medicos.



APOYO EMOCIONAL

ALTO	BAJO
Los médicos investigados manifiestan que si hay empatía , el cuidado, el amor, la confianza	Los investigados ellos asumen y afrontan sus problemas en forma personal, no buscan ayuda.

AYUDA MATERIAL O INSTRUMENTAL

ALTO	BAJO
Los investigados si recurren en busca de ayuda a través de capacitaciones encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.	Con un promedio más que el apoyo emocional los investigados consideran que puede solucionar ciertas situaciones en forma autónoma.

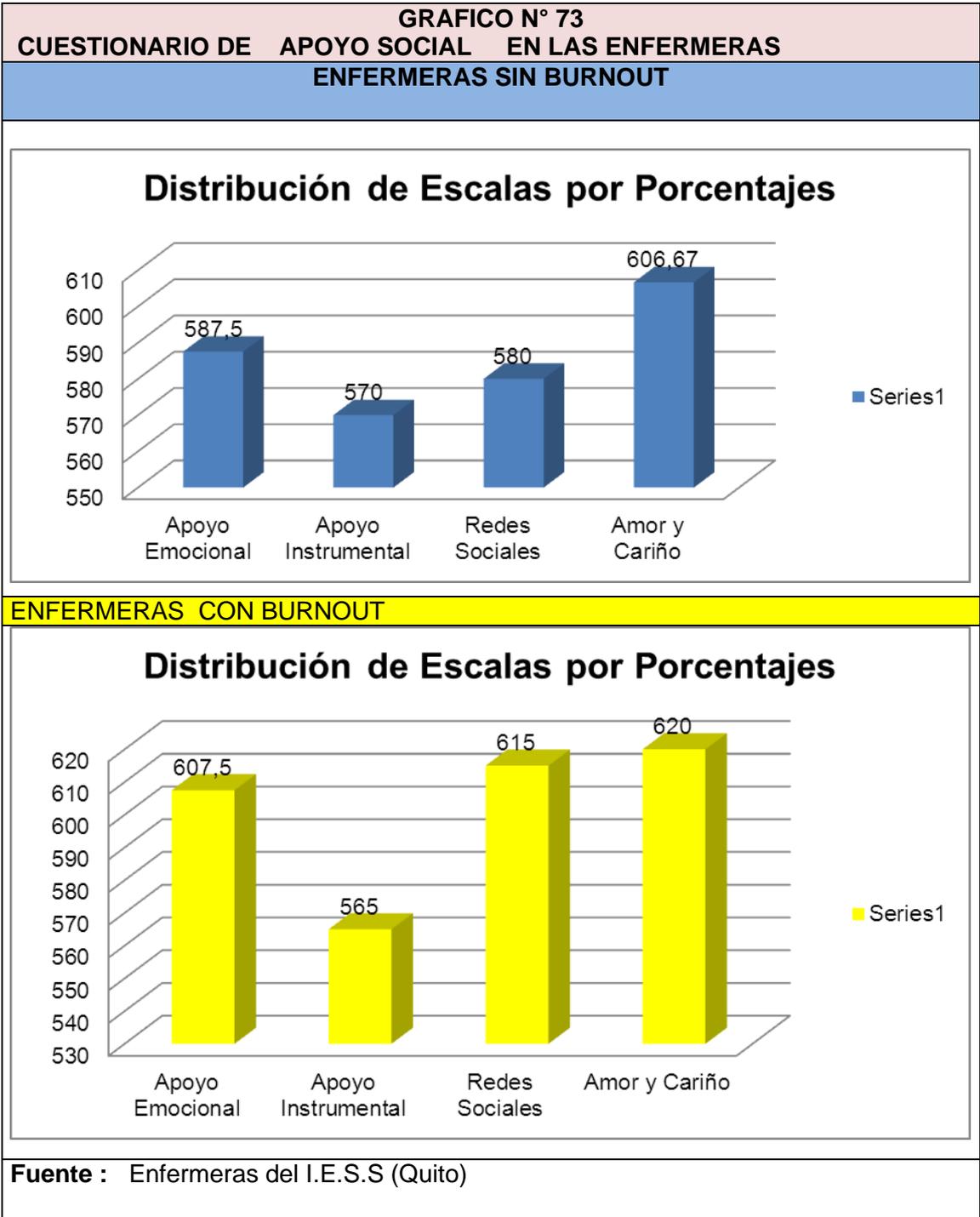
RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCIÓN

ALTO	BAJO
Los investigados manifiestan que el apoyo de las redes sociales si les fortalece que le permitan distraer su atención y mantener el contacto social.	Los médicos investigados Carece de otras actividades para distraerse y no le dan mucha importancia a las redes sociales.

APOYO AFECTIVO REFERIDO A EXPRESIONES DE AMOR Y CARÍÑO.

ALTO	BAJO
Los investigados manifiestan en su mayoría que tratan de reforzar la autoestima con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo.	Los investigados carecen de demostraciones afectivas en la red social.

2. Representación grafica del cuestionario de apoyo social aplicado a enfermeras.



ALTO	BAJO
Las investigadas manifiestan que si hay empatía, el cuidado, el amor, la confianza en las enfermeras	Las investigadas asumen y afrontan sus problemas en forma personal ,en un porcentaje alto

AYUDA MATERIAL O INSTRUMENTAL

ALTO	BAJO
Las investigadas si recurren con frecuencia busca de ayuda a través de capacitaciones encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación, pero no tiene el ayuda requerida	Las investigadas con un promedio menor más que el apoyo emocional consideran que ellas pueden solucionar ciertas situaciones en forma autónoma.

RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCIÓN

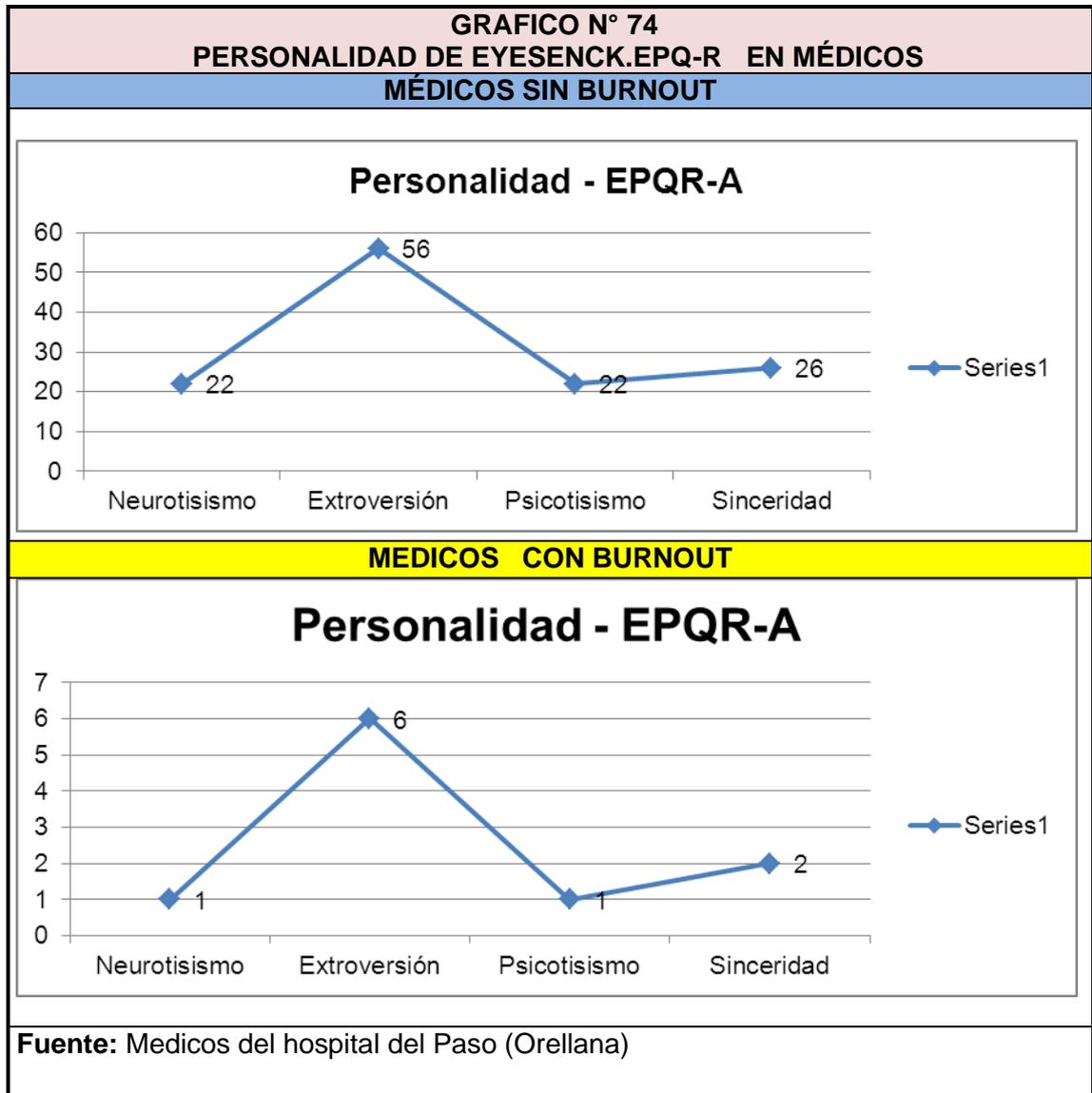
ALTO	BAJO
Las investigadas manifiestan que el apoyo de las redes sociales les fortalece si es de apoyo que le permitan distraer su atención y mantener el contacto social.	Las investigadas con un porcentaje alto no le dan importancia a las redes sociales carece de otras actividades para distraerse y no le dan mucha importancia a las redes sociales.

APOYO AFECTIVO REFERIDO A EXPRESIONES DE AMOR Y CARÍÑO.

ALTO	BAJO
Las investigadas manifiestan en su mayoría que tratan de reforzar la autoestima con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo.	Las investigadas carecen de demostraciones afectivas en la red social, con una puntuación alta, son másresistentes.

4. Representación grafica cuestionario revisado de personalidad de eyesenck.EPQ-R.

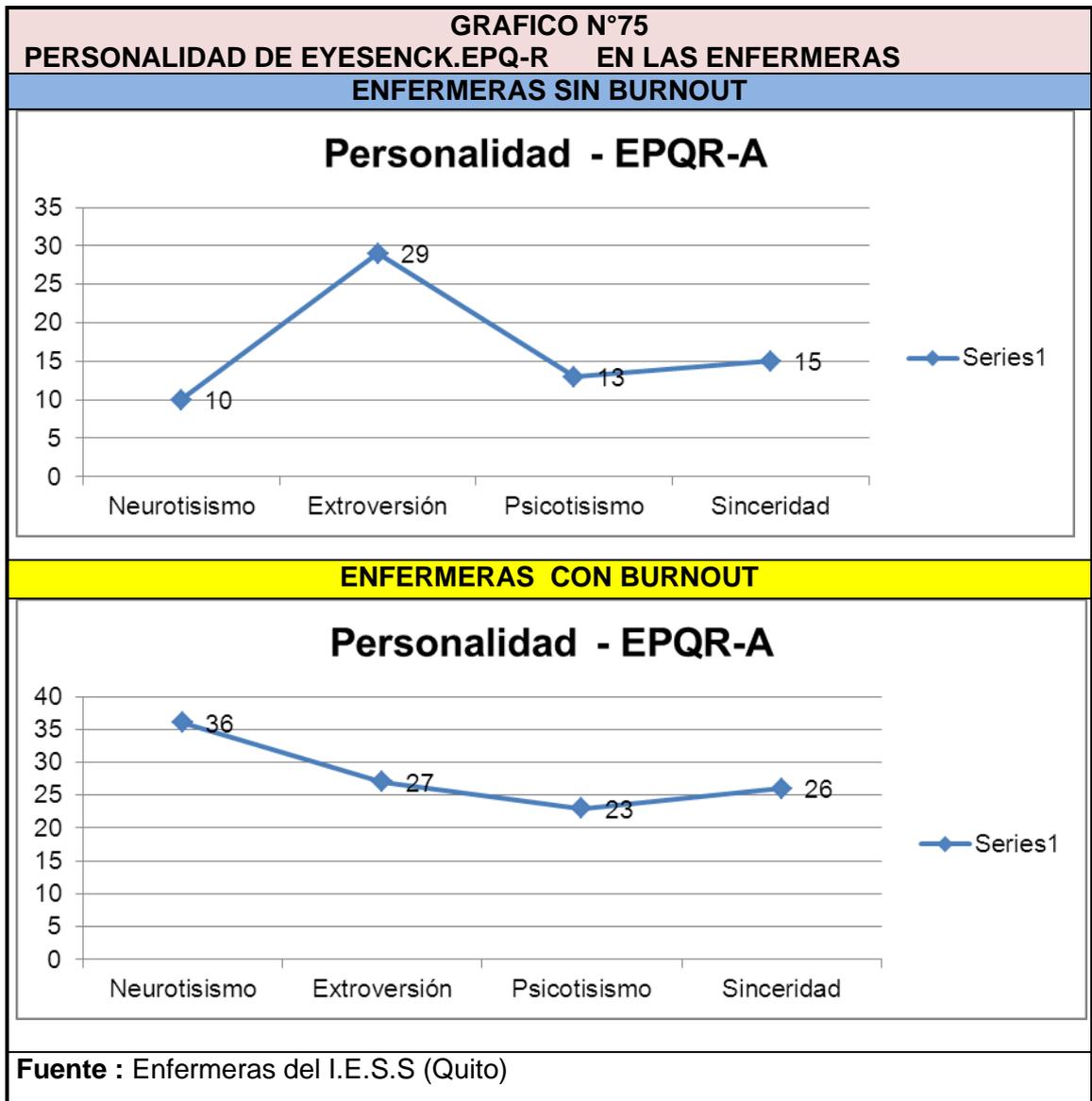
Apreciación de cuatro dimensiones básicas de la personalidad: Neurotismo, Extroversión, Psicotismo, Sinceridad.



Como se puede apreciar en el figura representa las distribuciones de las puntuaciones del cuestionario en la escala EPQ aplicado a los médicos, son semejantes en las escales neurotismo y psicotismo, y con una escala inferior la sinceridad pero lo que más remarca es extroversión en los investigados.

En el grafico se puede apreciar los porcentajes de los médicos investigados sin el síndrome y con el síndrome de burnout radicando más el extroversión en ellos

2. Representación grafica cuestionario revisado de personalidad de eyesenck.epq-r aplicado a enfermeras.



Como se puede apreciar en el figura representa las distribuciones de las puntuaciones del cuestionario en la escala EPQ aplicado a las enfermeras, hay menos neuróticos las enfermeras extrovertidas en escala superior, psicotismo menor y la sinceridad en ellas en escala media.

Las investigadas con burnout en un gran porcentaje manifiesta se neuróticos seguidos por extrovertidos, intercorrelaciones de las escalas con el psicotismo son similares

6. DISCUSIÓN RESULTADOS.

La presentación de la discusión se hará según los objetivos planteados para la investigación

El objetivo primordial es identificar la prevalencia del síndrome de burnout y distribución del desgaste nivel del en los profesionales médicos en la ciudad de Coca Provincia de Orellana y enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marín la ciudad Quito; quienes colaboran libre y voluntariamente en la investigación luego de recolectar los respectivos cuestionarios de 30 voluntarios profesionales sanitarios.

El cuestionario Maslach Burnout Inventory (**MBI**) aplicado a los profesionales de la salud conformado por médicos y enfermeras para valorar tres componentes muy importantes, cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal.

Como ya se señal en el marco teórico que los profesionales en el área de la salud se ven inmersos en un alto compromiso de entrega, idealismo, compromiso, ética, servicio.

La información arrojada de todos los médicos encuestados, donde se puede establecer criterios quienes tiene niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización que lleguen a categorizar con el síndrome de burnout, quienes no están dentro de niveles , y aquellos que se están encaminados a desarrollar el síndrome.

De la población de los médicos dado a los niveles bajos se puede decir que no se encuentra prevalencia del síndrome en la mayoría, pero uno recaee dentro de la categoría del síndrome, y otro se encentra en el límite, es decir si no hace uso de apropiadas técnicas de afrontamiento muy pronto podría llegar a niveles altos de agotamiento y despersonalización.

En cuanto a las enfermeras quienes también formar parte de la investigación, con el mismo objetivo planteados para los médicos, pero adicional para hacer una ligera comparación entre grupos quienes de ellos tienen niveles altos, para categorizar como prevalencia del SDP.El grado académico es una variable relevante, o el sexo, ya que 100% de las enfermeras son de género femenino no así del grupo de médicos que está integrado por los dos géneros.

En las enfermeras investigadas los niveles de puntuación, una marcada diferencia con más del 50 % se encuentran en un nivel alto de **agotamiento emocional**, donde la fuerza emocional se va agotando paulatinamente desencadenando una serie de dificultades, **despersonalización** sale a flote las actitudes y sentimientos negativos, **realización personal** le manifiesta la frustración que siente por muchos aspectos uno de ellos frustración por no conseguir logros personales, los niveles de los médicos son bajos comparados con las de las enfermeras.

Estas circunstancias provocan que los profesionales sanitarios se sientan descontentos, disgustados consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales (Gil Monte, 2005).

El agotamiento físico y emocional en el trabajo genera diferentes grados de despersonalización y bajo rendimiento, sobre todo aquellos profesionales inmersos al contacto o cuidado de personas y empieza a generar actitud negativa, la baja valoración de las tareas que se desempeñan, el stress, malestar en general, problemas de salud, todo esto impactando de manera negativa al correcto funcionamiento de la empresa.

GENERO esta variable tiene mucho peso, en las investigaciones realizadas de forma general un 80% es de sexo femenino, en un menor porcentaje son de sexo masculino, se pudo apreciar claramente que en su totalidad el sexo de las enfermeras son femeninas, la mujer asume más responsabilidades que los hombres ya que tienen el rol familiar vs laboral que hacen más vulnerables al síndrome de burnout pero es una variable que no se puede generalizar, ni enfatizar que las femeninas son más vulnerables al SDP.

LA EDAD de los investigados aparece como una variable que puede matizar el síndrome de burnout en el ámbito laboral, entre médicos y enfermeras que dependientemente de la edad se debe encontrar un punto medio de equilibrio entre experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al sujeto, la edad les hace vulnerable al síndrome, los estudios remarcan que el médico categorizado con SDP oscilando 31-35 años las enfermeras 37 años y las enfermeras en un promedio de 25-a 30 años 37% de 40 –a 5 años demostrando así que no importa la edad.

ZONA. Esta variable no repercute todos los investigados viven en zonas rural ya que todos los investigados viven es esta zona, en su mayoría se auto identifican como mestizos esta variable tiene relación con la última encuesta INEC realizada en Ecuador el (2011) “La población mestiza del Ecuador de acuerdo al último censo corresponde a 9,4 millones de habitantes, su mayor población se encuentran en las ciudades de Loja, Manabí, y Azuay y en menos aportaciones esta Napo, Esmeraldas y morona Santiago

ESTADO CIVIL. La situación conyugal de los investigadoses de 5 alternativas, soltera, casado, viudo, divorciado, unión libre, ya que existen estudios donde se dice que los individuos casados o que viven en pareja tiene menos posibilidades de quemarse es un debate que pasa por varias décadas que el estado civil provee mejor salud y calidad de vida, pero en el estudio realizado a los profesionales sanitarios las enfermeras casadas son más propensas a desarrollar el síndrome.

Un estudio de la Universidad de Warwick (Reino Unido), realizado durante 20 años con 20,000 hombres, concluyó que los casados viven alrededor de 3 años más que los solteros y también que ganan más dinero. Una de las razones por la que los casados viven más, es porque comparten los gastos y entonces sufren menos situaciones de estrés, de los investigaciones realizadas se puede apreciar que un 60% son casados y esto se da en las enfermeras, ya que los médicos en su mayoría son solteros, pero también el estado civil puede ser una arma de doble filo ya que asumen más responsabilidades que pueden ser estresantes, es un tema que será en disputa.

HIJOS. La variable no radica mucha diferencia entre los médicos y enfermeras ya que casi todos tienen un promedio de un hijo, pero cabe recalcar que el 50% de las licenciadas en enfermería con la prevalencia del síndrome de burnout tiene un promedio de 2-4 hijos, tomando como en cuenta que todas son de sexo femenino, corresponde investigar las implicaciones de esta variable. La paternidad, al igual que la maternidad, es una producción cultural, en ella confluyen prácticas, roles, relaciones, mitos y tradiciones.

Las variables organizacionales juegan un papel muy importante para médicos y enfermeras en las instituciones favorece el clima laboral, como la remuneración

salario, el valor salarial, años de experiencia, tipo de trabajo, sector de trabajo, tipo de trabajo, instituciones en las que trabaja, horas de trabajo, turnos, expectativas de los directivos, y otros

SALARIO. La variable salarial es muy influyente desafortunadamente mucho gira entorno a este valor, los investigados genera sueldos flexibles, médicos como enfermeras y lo reciben mensualmente, las enfermeras con el síndrome reciben un promedio de \$1.000 a 2.000 mensual, pero para las familias que tiene más hijos y en épocas actuales de economía, resulta una variable influyente. “La remuneración será justa, con un salario digno que cubra al menos las necesidades básicas de la persona trabajadora, así como de la familia “(artículo 328 de la constitución del Ecuador 2012).

AÑOS DE EXPERIENCIA. Esta variable como profesionales es muy importante, ya que una mala aplicación puede lograr efectos no deseados por el paciente, puede afectar la carrera profesional, es motivo para estresar, pero también muchos años en el mismo trabajo, o la misma área puede resultar desencantador por estar en las misma rutina en el caso de los investigados las enfermeras tiene más años de experiencia que los médicos.

HORAS DE TRABAJO. Esta variable es muy importante para la dimensión del cansancio en su mayoría de los médicos trabajan 8 horas al día y 40 horas a la semana, no así con las enfermeras algunas de ellas trabajan más de 8 horas diarias y más 60 horas en la semana, la sobre carga de trabajo y ausencia del hogar unidos a otros factores ayuda para la existencia de la depresión, ansiedad.

Los Autores Grosh y Olsen ,(en Gil Monte 2006) para ellos el primer factor y el más influyente es un factor externo y de tipo sistemático donde atribuye a los síndromes de trabajo ,horarios ,sobrecarga de trabajo , falta de cooperación ,las dificultades que se dan con los beneficiarios ,otro factor es el intrapersonal donde se relacionan las variables como la autoeficacia²³ ,entre otros .estas son las variables que tiene peso y se confirma después de la investigación realizada a los profesionales sanitarios .

HORAS DE GUARDIA Como variables que incide en el síndrome de burnout es muy fuerte ya que durante las noches se disminuye aptitudes físicas y mentales, y

²³López de Mézerville Helena , Sacerdocio y Burnout edición San Pablo (2011)

mantenerse despiertos en las noches entra "desgaste extra" tiene un efecto acumulativo y puede originar afecciones como hipertensión e hipercolesterolemia, lo que a su vez incrementa el riesgo de sufrir cardiopatías.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) estima que un trabajador envejecerá prematuramente cinco años por cada 15 años que permanezca en horario de trabajo nocturno. Aunque los problemas de salud no se empiecen a manifestar hasta después de 5 ó 10 años de trabajo nocturno, la disminución del rendimiento del trabajador a consecuencia de la fatiga acumulada por la inadaptación al horario, es mucho más fácil de detectar.

De los profesionales investigados las enfermeras hacen más horas de guardias y en días más seguidos que los médicos.

Variables sociales relacionadas con varios ámbitos como la familia, compañeros de trabajo, pacientes, directivos

En cuanto a la valoración esta variable es importante ya que en el ámbito laboral y social muchos factores pueden alterar el buen funcionamiento, sin embargo el que no se valore el esfuerzo realizado para profesionales de salud, los médicos y enfermeras en consideran ser valorados por sus pacientes, en un porcentaje menor creen no ser valorados.

La opinión de los familiares de los pacientes es una variable que puede causar estrés por la presión que ellos pueden ejercer sobre los profesionales los médicos considera ser valorados, pero las enfermeras consideran ser poco valoradas en su mayoría.

Que un profesional se sienta valorado y parte importante dentro de la institución pesa mucho para la parte motivacional, sobretodo la opinión de los directivos influye mucho, para los médicos y enfermeras más de 72% creen ser valoradas , con un porcentaje menor creen que le valoran poco

Mantener la armonía con amigos y compañero ayuda mucho para una estabilidad emocional con un más de 50% de los médicos son valorados y más del 40% poco valorados, las enfermeras manifiestan con porcentajes similares son bastantes valorados, y con más de 43% totalmente valoradas por sus colegas.

“Una de las mayores dificultades con las que se encuentra la persona trabajadora, es que no es suficientemente reconocida por la empresa. Cuando no se siente reconocido, respetado ni valorado, los indicadores del ‘burnout’ suben” (Sigal Barsade 2007).

Los logros obtenidos y las satisfacciones logradas como profesionales y como ser humanos aumentan el ego los médicos con 72% siente bastantes satisfechos, las enfermeras con un porcentaje similar, con más del 20% poco valoradas.

Como ya dice en el marco teórico Según Quiceno y Stefano Vinaccia Alpi (2007), el burnout es una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales

Era necesario valorar las repuestas por cada investigado, para poder el estado de salud mental, que prevalece más en ellos los síntomas sicosomáticos, ansiedad, disfunción social, depresión.

La sobrecarga de actividades cotidianas puede representar en sí mismas una amenaza para el sujeto que las experimenta, produciéndose en el organismo una respuesta conocida como estrés.

La ansiedad es parte de la vida, pero cuando sobre pasa los límites ya se vuelven perjudiciales para la salud física y emocional se vuelve difícil superar.

Investigados 80% de los médicos no padecen de síntomas psicossomáticos “NO CASO” que estos generan molestias físicas, pero las enfermeras con una más del 70% de ellas si padecen síntomas psicossomáticos “CASO”.

La enfermería es considerada una profesión muyestresante, con prevalencias altas de trastornos psicológicos relacionados con la ansiedad, insatisfacciónlaboral y frecuentes cambios de puesto de trabajo un 80% de ellas tiene incidencia de posible ansiedad, las demás no hay indicios que muestren una posible ansiedad.

Disfunción social se determina por varias dificultades o falta de adaptación social de forma cotidiana se las organizaciones, entre colegas, directivos, los profesionales

sanitarios de salud de manera global o total manifiestan que su desempeño social es bueno.

Los profesionales sanitarios son proclives a la depresión, por exigencias y sobre carga laboral, las responsabilidades clínicas y la pérdida de calidad de vida, de los médicos investigados tan solo uno de ellos presenta posible depresión, los demás no las enfermeras investigadas más del 50% de ellas presenta un caso probable de depresión.

EI COPE es un inventario multidimensional, desarrollado para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés. Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales sanitarios, los intentos para superar o neutralizar o superar las demandas excesivas de la vida.

AUTO DISTRACCIÓN .Aproximadamente un 47% de las investigadas tratan de distraerse en otros proyectos, 53% de las enfermeras no realiza otras actividades para distraerse de situaciones estresantes, seconcentra en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades, para tratar de no concentrarse en el estresor, los médicos investigados un 70% de ellos tratan de distraer o desviar sus preocupaciones en diferentes actividades para disminuir el estrés, 30% no realizan otras actividades por lo tanto tiene más tendencia a estresar.

AFRONTAMIENTO ACTIVO. Iniciar acciones directas, incrementar los propios esfuerzos eliminar o reducir los niveles de estrés es la filosofía de vida de un 80% de los investigados, Un 20% no se involucran actividades para eliminar o reducir su estrés, un 53 % de las investigadas suelen concentrarse en actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.Un 47% de las investigadas no realiza actividades para eliminar o reducir su estrés, por múltiples factores, como la falta de tiempo no les permite dispersar.

NEGACIÓN. Con un gran porcentaje los médicos investigados tratan de rechazar la realidad de la situación fuente de estrés, Un 7% de los investigados no hacen nada para evitar o rechaza las situaciones causantes de estrés, las enfermeras un 67% negar los sucesos estresantes un 33% de las investigadas no rechaza las situaciones causantes de estrés asimilan las situaciones o se resigna a vivir los que les toque

dado a estas situaciones van acumulando más factores estresantes para el síndrome de burnout prevalezca en ellas.

USO DE SUSTANCIAS. Un 93% de médicos tiene tendencia al uso de alguna sustancia drogas, alcohol o medicamentos con el fin de sentirse bien desconectarse de la situación, poder afrontar sus problemas un 7% no recurre al uso de alguna sustancia, 47% de las investigadas recurre al uso de sustancias un 53% de las investigadas no recurren al uso de sustancias como, drogas, alcohol o medicamentos para olvidar sus problemas como se puede apreciar en un alto porcentaje de los médicos recurre a medicamento tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor

EL USO DE APOYO EMOCIONAL en su mayoría los investigados médicos y enfermeras tratan de buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía, 33% de las investigadas prefiere afrontar sus problemas en forma personal, tener emociones positivas alentadoras.

EL USO DE APOYO INSTRUMENTAL los médicos tiende a gozar de apoyos instrumentales, ayuda, consejos, competencias de forma autónoma que las enfermeras en si ellas son un apoyo para los médicos

DESCONEXIÓN CONDUCTUAL (RETIRADA DE COMPORTAMIENTO) otro factor importante reducir los esfuerzos, para sobre llevar las situaciones que causan estrés, los médicos casi en su totalidad superan situaciones, no así las enfermeras 33% de las investigadas no abandona las metas a causa de situaciones estresantes.

DESAHOGO Un 80% tiende a aumentar la conciencia del propio malestar emocional acompañado de la tendencia a estresar o descargar los sentimientos Un 20% de los investigados no expresan sus sentimientos cuando tiene algún conflicto, por lo tanto aumenta el malestar.

Un 60% de las investigadas suelen descargar los sentimientos negativos que le causa malestar emocional causado por alguna situación estresante. Un 40% de las investigadas no suelen expresar sus sentimientos cuando tiene a desahogo: Aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos algún conflicto.

REINTERPRETACIÓN POSITIVA en intentar mejor las cosas un de una situación negativa crecer así lo hace el 73% de los pero 53% de las enfermaras investigadas no considera a las situaciones estresantes como una oportunidad para crecer, más le ven como una complicación.

PLANIFICACIÓN algo de mucha ayuda es pensar de cómo afrontar situaciones estresantes con promedios casi similares los médicos si afrontan 47% tiende a no planificar los pasos a seguir para afrontar sus conflictos.

HUMOR tener un buen sentido de humor el tomar las cosa sin que le afecte mucho ayuda a no estresar los médicos investigados tratan de poner en prácticade hacer bromas y no encadenarse en situaciones abrumadoras no así en las enfermeras ya 53% de las investigadas asumen las situaciones estresantes de forma seria, sin hacer burlas ni reírse de la misma, esto no le ayuda para el estrés.

ACEPTACIÓN las cosas son tal cual y admitir lo sucedidoel 80% de los investigados acepta los hechos que está viviendo un 60% de las enfermeras investigadas no asumen las consecuencias o no admiten lo sucedido.

RELIGIÓN buscar refugio, paz tranquilidad en la religión ayuda a apaciguar situaciones estresantes **con más del** 67% de los investigados se refugia o buscan ayudan 33% no buscan apoyo en la religión un 60% de las investigadas si buscan refugio en la religión.

AUTOINCULPACIÓN. Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido tanto médicos como enfermeras en su mayoría viven esta situación.

El síndrome de burnout se desarrolla de forma de manera progresiva debido a la falta de estrategias de afrontamiento funcionales, lo que impide a las personas protegerse apropiadamente del estrés laboral (Gil-Monte 2006).

El apoyo social tiene una gran cantidad de beneficios, por su proceso interactivo a través de la cual el sujeto obtiene ayuda emocional, instrumental, hoy es tan de moda el buscar apoyo a través de las redes sociales.

APOYO EMOCIONAL. Tener la percepción o el apoyo de otros en momentos difíciles los médicos investigados sin burnout el apoyo emocional es mayor de aquellos médicos que tienen características del síndrome, no así en las enfermeras más de 70% de ellas tienen puntuaciones bajas las que tienen el síndrome y las demás tienen puntuaciones altas. Vale recalcar que de la población de los médicos solo uno de ellos tiene características del síndrome de burnout

AYUDA MATERIAL O INSTRUMENTAL. Los investigados si recurren en busca de ayuda a través de capacitaciones encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación, con un promedio más que el apoyo emocional los médicos investigados sin burnout tienen mayor apoyo instrumental que las enfermeras y las con burnout tienen menos apoyo similar consideran que puede solucionar ciertas situaciones en forma autónoma.

RELACIONES SOCIALES DE OCIO Y DISTRACCIÓN. Los investigados manifiestan que el apoyo de las redes sociales si les fortalece que le permitan distraer su atención y mantener el contacto social los médicos investigados sin burnout tienen más apoyo social que las enfermeras sin burnout, en cuanto a los profesionales con el síndrome menor grado pero si tienen apoyo

APOYO AFECTIVO REFERIDO A EXPRESIONES DE AMOR Y CARIÑO. Los investigados manifiestan en su mayoría que tratan de reforzar la autoestima con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo son puntajes elevados en los médicos sin burnout, las enfermeras tienen un 50% menos que ellos, y los que tienen el síndrome tienen rangos similares, he igual se debe considerar entre la nuestra de médicos solo uno de ellos tiene características del síndrome y en enfermeras más de 70 % de ellas tienen características del síndrome es por ello la variación de los puntajes.

Apreciación de cuatro dimensiones básicas de la personalidad: Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo, Sinceridad, el cuestionario evalúa las dimensiones expuestas por una de las teorías de la personalidad, del cuestionario en la escala EPQR-Aplicado a los médicos, y enfermeras sin el síndrome y con el síndrome, las tipologías de las personalidades de los investigados se puede considerar que los médicos sin burnout se destacan como neuróticos con puntajes bajos su personalidad es manejable son emotivos, con un porcentaje mayor al de las enfermeras, el

neurotismo en las enfermeras con el síndrome es mayor que en los médicos ,tiene tendencias a cambios de humor y frecuentemente se sienten deprimidas.

Descriptivamente la personalidad extrovertida en los médicos sin burnout es mayor de las enfermeras sin el síndrome aquellos que disfrutan de las fiestas, amigos son impulsivos, en cuanto a los profesionales con el síndrome se ratifica que es mayor la de los médicos que de las enfermeras son introvertidos son reservados discretos.

Duros de carácter impulsivos les gustan las cosas inusuales y extrañas y no les preocupa el peligro así son los médicos sin burnout y con mayor porcentaje que las enfermeras, los blandos de carácter, altruistas amables el porcentajes de las enfermas con burnout es mayor al de los médicos.

Sinceridad las enfermeras con y sin el síndrome tiene porcentajes más elevados que los médicos no tiene tendencia al falseamiento de la información, pero también se puede apreciar que parece que en las situaciones en las que no esperan beneficios de las puntuaciones del cuestionario

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Tras la tabulación de datos, y discusión de resultados contempla las conclusiones.

- Que los médicos del hospital del “Paso de la ciudad de Orella según el cuestionario aplicado **MBI** solo uno de ellos tiene prevalencia del síndrome de burnout, presentan un agotamiento emocional bajo, mas sin embargo el porcentaje de las enfermeras del Hospital Carlos Andrade Marin (IESS) de la ciudad de Quito que mas del 50% de las investigadas tiene prevalencia del síndrome.
- En cuanto a la despersonalización las puntuaciones ocurren lo mismo en los médicos, las enfermeras los resultados parecen confirmar un grado similar en las categorías, solo el nivel de la muestra se confirma que las enfermeras presentan grados preocupantes, realización personal médicos y enfermeras se encuentran en nivel.
- Del cuestionario **sociodemográfico laboral** se concluí los factores más relevantes que podría relacionarse con el síndrome acerca del aspecto personales como edad, género, ciudad, zona donde trabajan estado civil, hijos, etnia, con quien viven, remuneración salarial.
- En cuanto al género se da una diferencia estadística ya que el 100% de las enfermas son de sexo femenino, no es muy representativa la edad entre los dos grupos la edad en promedios global los médicos oscilan entre los 33 años y las enfermeras 37 años, como no lo es influyente la zona de trabajo, no es significativamente influyente su auto identificación o a que etniapertenecen.
- El estado civil si atribuye al síndrome los médicos y enfermas presentan diferentes estados civiles a la vez diferente grados de burnout, prevaleciendo más en las enfermeras en su mayoría son de estado civil casadas, y asumo diferentes roles a los profesionales médicos.
- En cuanto al salario como se puede apreciar en los datos estadísticos los profesionales 98% perciben mensualmente su salario, puede generar mucha tensión sobre todo en las personas que asumen las cargas familiares, el sueldo es más alto es de los médicos, que le de las enfermeras, ellos por grado académico, pero el labor de la enfermeras es más estresante.

- La en relación con las variables labores con el síndrome de burnout y sus dimensiones se puede apreciar que las enfermeras tiene más años de experiencia, trabajan más horas, tiene más horas de guardia, no tiene permisos, tienen contactos directos y pasan más tiempo con pacientes de cuidados intensivos, estos son factores que influyen en la presencia del síndrome en la población estudiada de la enfermeras.
- Los rasgos de la personalidad son muy variables se puede parecer neurotismo en las enfermeras, la personalidad de los profesionales sanitarios encuestados es ligeramente variable.
- El uso de estrategias de afrontamiento en los profesionales sanitarios según los análisis preliminares se puede concluir que las enfermeras por tiempo o por costumbre tienen menos técnicas de afrontamiento ante el estrés, los médicos de una u otra manera saben como enfrentarse a factores estresantes, se puede tomar como una variable favorable para ellos el hecho de tener varios días de permisos para estar en diferentes capacitaciones

RECOMENDACIONES.

- Mejorar el nivel y la calidad de la comunicación es una de las claves para estar informado, tiene que ser dirigido hacia los directivos de las instituciones, y para quienes forman parte de ella, para saber sobrellevar un clima agradable en el trabajo.
- Fomentar técnicas de prevención con cualidades positivas, honestidad emocional, evitación de ansiedad, reconocer y trabajar cuando las dificultades recién empiezan.
- Aceptar a los demás, y así mismo, la seguridad de ser aceptados les da la libertad de ser ellos mismos, y sobrellevar nuevas situaciones y de diferentes maneras sin son alegres permanecerán tranquilos, alejar la negatividad, empezar a ver con una visión positiva y podemos incluir nuevas perspectivas en la vida, con un sentido de franqueza y responsabilidad.
- Los seres humanos atraviesa por una serie de etapas en las que cada parte es indispensable resolver para que la relación, el compañerismo pueda fluir

puedan sentirse a gusto con su compañero(a) en donde se permita el crecimiento a nivel personal y también profesional de acuerdo a las metas de cada uno se ha trazado.

- Ser pacientes y comprensivos, lo ideal es apoyar y sostener a quien lo padece, incentivar y proponer salidas o momentos divertidos, para descomprimir la situación y despejarse, escuchar y acompañar sin prejuicios.
- La forma más segura de enfrentar al síndrome de burnout es trabajar para el mejoramiento emocional de sí mismo, educarse, adquirir habilidades, ejercitarse, de sentirse inspirado con una buena idea, buscar nuevas oportunidades si el ambiente donde trabaja es muy hostil.
- Actuar a tiempo cuando el síndrome empieza a manifestarse con sus primeros síntomas, Leer, aprender, compartir, comentar, construir, trabajar en red, buscar nuevas herramientas, habilidades e infraestructura necesarias para que se den charlas de prevención , y charlas con hacer frente al síndrome si ya lo padecen .
- Constantemente hacer una auto evaluación para ver como esta, definir lo que se quiere en la vida, trabajar en el autoestima, de cómo se siente consigo mismo, trabajar en los pensamientos y sentimientos sobre de como es y cómo actúa en la vida, ser positivos y mejor uso de estrategias de afrontamiento.
- Para atenuar las situaciones estresantes se necesario darse un tiempo libre para realizar otro tipo de actividades totalmente desvinculada con el trabajo, desarrollar actividades lúdicas y ejercicio físico.
- El gozo, el humor, paciencia y la sabiduría son los dones que tiene que practicar los profesionales sanitarios y todos los individuos para llevar una vida emocional saludable.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. **ÁLVAREZ LLANEZA JAVIER** (2009) Ergonomía y psicología aplicada, 12va –edición España: Lex Nova pág. 512
2. **BOSQUE MARISA** (2009) Quemados, el síndrome del burnout/ Burnt, the Burnout Syndrome: Editorial Paidós, pág 22.
3. **BARÓN G MANUEL, LACASTE, ORDOÑEZ,** (2008) El Síndrome de agotamiento profesional en oncología Ed. Médica Panamericana .pág. 141.
4. **DIÉGUEZ, SARMIENTO Y CALDERÓN** (2006)
5. **EHEVERRÍA, MONTUFAR,** (2008) plenos poderes y transformación constitucional edi. Abya -Aya
6. **FERNÁNDEZ REBECA,** (2007) Técnicas de Apoyo Psicológico y Social al Paciente y Familiares. edi Vigo
8. **FERNANDO MANSILLA IZQUIERDO** manual de riesgos psico-sociales en el trabajo -
9. **GÁLVEZ HERRERA MACARENA** (2009) El desgaste profesional del médico: Ediciones Díaz de Santos - Pág. 10 Pág. 11. Pág. 19
10. **J. M^a. GARCÍA Y S. HERRERO** (2008) Burnout en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario
11. **LAMBARRI ALEJANDRO** (2011) La Mano Maestra: La guía de los grandes- la sabiduría que.
12. **LÓPEZ DE MÉZERVILLE HELENA,** Sacerdocio y Burnout ediciones San Pablo
13. **MINGOTE ADÁN, PÉREZ CORAL** (2007) estrés del médico manual de autoayuda, ed. Díaz Santos pág.
14. **PAREDES G., OLGA L.; SANABRIA FERRAND, PABLO A.** Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales

15. **QUINCENO, JAPSY M; VINACCIA ALPI, STEFANO.** (2009) Burnout: "síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). Colombia: Acta Colombiana de Psicología, pág. 117
16. **REDOLAR RIPOLL DIEGO** (2011) El Cerebro Estresado editorial UOC
17. **BIBLIOTECA DE LA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR. Simón bolívar**

PAGINAS ELECTRÓNICAS

18. Apiquian, A. (2007). El Síndrome del Burnout en las Empresas. Recuperado el 2 de abril de 2012, del sitio Web de la Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>.
19. Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. Revista Costarricense de Salud Pública
19. FUENTES: Sheldon Cohen, Ph.D., professor of psychology, Carnegie Mellon University, Pittsburgh; Andrew H. Miller, M.D., professor, psychiatry and behavioral sciences, Emory University School of Medicine, Atlanta; April 2, 2012, Proceedings of the National Academy of Sciences, online.
20. <http://www.anahuac.mx/psicologia/archivos/burnoutempresas.pdf> (recuperado 05/04/2012)
21. http://www.mastrabajo.com/estrés_laboral.htm
22. http://lasaludylamedicina.blogspot.com/2012_03_01_archive.html
23. [http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm\(21\)](http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm(21))
24. <http://www.ansiedad.net/2012/05/hacer-ejercicio-y-ansiedad/>
25. http://www.pcfinternacional.com/upload/news/Rev__AEP_391_111.pdf
26. [http://www.audiorealizate.com/index-2_buenas_noticias_detalle.php\(numero de revista 125\).](http://www.audiorealizate.com/index-2_buenas_noticias_detalle.php(numero de revista 125))
27. <http://www.inec.gob.ec/estadisticas/>

28. <http://repositorio.espe.edu.ec/handle/21000/5041>.
29. <http://hdl.handle.net/10401/5268>
30. <http://hdl.handle.net/123456789/1192>
31. <http://hdl.handle.net/10785/74>
32. <http://delcuerpoelarteylapsicologia.ning.com/profiles/blog/list?q=+burnout>
33. <http://emotional-lifecoach.com.ar/?m=201008>
34. <http://www.cop.es/publicaciones/clinica/clinica.htm>
35. <http://www.usbbog.edu.co/>
36. <http://site.ebrary.com/lib/uasbsp/Doc?id=10189893&ppg=2> Copyright © 2007. Ediciones Díaz de Santos. All rights Reserved.
37. http://www.mastrabajo.com/estrés_laboral.htm
38. <http://www.cop.es/colegiados/MU00024/tvarios.htm>
39. <http://www.ansiedad.net/2012/05/hacer-ejercicio-y-ansiedad/>
40. <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt103b.pdf>
41. http://www.pcfinternacional.com/upload/news/Rev__AEP_391_111.pdf
42. <http://www.anahuac.mx/psicologia/archivos/burnoutempresas.pdf>
43. Fuente El Código de La Personalidad Escrito por Travis Bradberry Prácticas de Psicología de la Personalidad Escrito por Generós Ortet, Generós Ortet i Fabregat, María Carmen Sanchis.
45. WWW.ARGENTINA-EXPERIMENTAL.BLOGSPOT/2009
46. www.paginadigital.com.ar/articulos/salud.
47. www.ucatolica.edu.com
48. www.mujeresdeempresa.com/relaciones_humanas/relaciones020402.shtml

ANEXOS

ANEXO 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario Socio-Demográfico y Laboral

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

Datos PersonalesGénero Masculin Femen

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urb a R ruralEtnia Mestiz Bl Afro ecuatoriano Ind genaEstado Civil Solter Cas V do Divorciado o s eparado U ón Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras person sRecibe su remuneración salarial: Di a Sem hal Qu cenal ensualNo recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 US 1001-2000 USD 2001-30 USD3001-4000 US 4001-5000 USD 5001-60 USD**Datos Laborales**Enfermer Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo complet Tiempo par alSector en el que trabaja: Privad Pú lico A bos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasior Plaz Fijo Indefinido (Nombrar ento)Servicios profesionales Ning ho

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI Señale los días en los que usted regularmente trabaja: L nes artes

Miércoles

Jueve Viern Sábado Doming Todos los teriores
 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-% 5-75% 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 Alteracion renales Quirúrgicos

Cardiacos Neurológicos Di péticos 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 falle do?

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalment Medianament oco ada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

La causa ha sido por: Capacit ción Problemas de salud Situa nes familiares

ps ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 3

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

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

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

<input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? <input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? <input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? <input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.	D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.

<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/>1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/>1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/>2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

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

Cuestionario 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 bastante	He estado haciendo esto mucho

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

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

Anexo 5
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 6
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

ANEXO. 7

TOMA GENERAL DE DATOS DE LOS MEDICOS CUESTIONARIO MBI									
AGOTAMIENTO EMOCIONAL				DESPERSONALIZACIÓN			REALIZACIÓN PERSONAL		
Nº	Sumatoria	Percentil	Estado	Sumatoria	Percentil	Estado	Sumatoria	Percentil	Estado
1	15	28	1	0	0,00	1	48	100,00	3
2	9	17	1	0	0,00	1	48	100,00	3
3	12	22	1	0	0,00	1	48	100,00	3
4	26	48	2	12	40,00	2	48	100,00	3
5	4	7	1	2	6,67	1	36	75,00	3
6	6	11	1	0	0,00	1	46	95,83	3
7	3	6	1	0	0,00	1	47	97,92	3
8	10	19	1	7	23,33	1	38	79,17	3
9	6	11	1	4	13,33	1	37	77,08	3
10	9	17	1	0	0,00	1	48	100,00	3
11	5	9	1	0	0,00	1	39	81,25	3
12	8	15	1	1	3,33	1	40	83,33	3
13	16	30	1	6	20,00	1	25	52,08	3
14	8	15	1	0	0	1	45	93,75	3
15	34	62,96	3	18	60	3	32	66,7	3
TOMA DE DATOS DE LAS ENFERMERAS CUESTIONARIO MBI									
AGOTAMIENTO EMOCIONAL				DESPERSONALIZACIÓN			REALIZACIÓN PERSONAL		
Nº	Sumatoria	Percentil	Estado	Sumatoria	Percentil	Estado	Sumatoria	Percentil	Estado
1	4	7,407	1	6	20	1	41	85,42	3
2	17	31,48	1	3	10	1	27	56,25	3
3	19	35,19	1	3	10	1	24	50,00	3
4	17	31,48	1	7	23,33	1	17	35,42	1
5	24	44,44	2	0	0,00	1	30	62,50	3
6	23	42,59	2	13	43,33	1	20	41,67	2
7	26	48,15	2	16	53,33	3	34	70,83	3
8	42	77,78	3	18	60	3	36	75	3
9	39	72,22	3	17	56,67	3	31	64,58	3
10	29	53,7	3	15	50,00	3	30	62,50	3
11	33	61,11	3	20	66,67	3	27	56,25	3
12	37	68,52	3	18	60,00	3	23	47,92	2
13	31	57,41	3	19	63,33	3	29	60,42	3
14	32	59,26	3	21	70	3	30	62,50	3
15	36	66,67	3	23	76,67	3	33	68,75	3

Fuente :Medicos del Hospital del Paso-enfermeras del I.E.S.S

ANEXO 8

REPRESENTACIÓN GENERAL DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHC28) APLICADO MEDICOS.								
Síntomas sicosomáticos			Ansiedad		Disfunción Social		Depresión	
N°	Punt	Caso/No caso	Punt	Caso/No caso	Punt	Caso/No caso	Punt	Caso/No caso
1	1	1	6	2	2	1	2	1
3	4	1	1	1	1	1	1	1
4	2	1	7	2	1	1	1	1
5	0	1	2	1	1	1	0	1
6	2	1	1	1	1	1	0	1
7	0	1	1	1	1	1	0	1
8	6	2	7	2	3	1	6	2
9	3	1	2	1	1	1	1	1
10	0	1	0	1	1	1	0	1
11	2	1	0	1	1	1	1	1
12	0	1	0	1	1	1	0	1
13	3	1	3	1	0	1	0	1
14	1	1	1	1	1	1	0	1
15	5	2	7	2	1	1	1	1
REPRESENTACIÓN DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHC28) ENFERMERAS.								
Síntomas sicosomáticos			Ansiedad		Disfunción Social		Depresión	
N°	Punt	Caso/No caso	Punt	Caso/No caso	Punt	Caso/No caso	Punt	Caso/No caso
1	2	1	4	1	1	1	0	1
3	3	1	4	1	0	1	0	1
4	0	1	2	1	1	1	2	1
5	0	1	1	1	1	1	2	1
6	2	1	1	1	0	1	1	1
7	6	2	5	2	1	1	0	1
8	6	2	6	2	0	1	7	2
9	7	2	4	1	2	1	2	1
10	6	2	5	2	2	1	2	2
11	5	2	6	2	1	1	5	2
12	6	2	6	2	1	1	5	2
13	6	2	6	2	1	1	7	2
14	3	2	7	2	1	1	6	2
15	4	1	7	2	3	1	4	1
Fuente: Médicos y enfermeras.								

ANEXO 9



CERTIFICACIÓN

Yo, DR. OLGER ALTAMIRANO MENA con cédula de identidad No. 180333392-9, certifico haber participado, completando los seis instrumentos, para el programa de investigación en "identificación del burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador.", en colaboración con el egresado SALIA TIBANLOMBO ILLANES es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

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

Atentamente;

Firma:

No. De Teléfono: 08 43 75552

Número de Registro del Ministerio de Salud Pública 1005-12-11-03087

ANEXO 10



PATRONATO DE SERVICIO SOCIAL DE ORELLANA

"MATERNIDAD"

POR QUE SU SALUD Y BIENESTAR ES IMPORTANTE PARA NOSOTROS



CERTIFICACIÓN

Yo, WAGNER CARLOS LAURICETE con cédula de identidad No. 130-07-43-944-6,
 certifico haber participado, completando los seis instrumentos, para el programa de investigación
 en "Identificación del burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este
 fenómeno, en el Ecuador.", en colaboración con el egresado SALIA TIBANLOMBO ILLANES es todo
 cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

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

Atentamente;



Firma:

No. De Teléfono:

095388556

Número de Registro del Ministerio de Salud Pública

7508 C9M