



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito.”

Trabajo de fin de titulación

AUTOR(S):

Toledo Hernández, Gladys Sylvana

DIRECTOR(A) DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

Pineda Cabrera, Nairoby Jackeline, Lcda.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciada

Nairoby Jackeline Pineda Cabrera

TUTORA DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

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

Lcda. Nairoby Jackeline Pineda Cabrera

CI: 1104260516

Loja, agosto del 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Gladys Sylvana Toledo Hernández declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Gladys Sylvana Toledo Hernández

CI: 1714504782

AUTORÍA

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

Gladys Sylvana Toledo Hernández

CI: 1714504782

AGRADECIMIENTOS

Ha sido un largo y arduo recorrido esta etapa de estudio, y estando a una grada de culminarla, quiero agradecer a quienes de alguna manera, me prestaron su mano:

Principalmente a Dios y a la Virgen, por haberme dado la inteligencia, sabiduría, voluntad y fuerzas de principio a fin en esta trayectoria.

A mi padre, porque fue quien me impulsó a iniciar mis estudios universitarios, a llevarlos a cabo, y ha sido un gran empuje para culminarlos.

A la Universidad y a sus docentes, porque fueron quienes me formaron académicamente y estuvieron siempre prestos para apoyarme como estudiante.

De corazón muchas gracias a todos.

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación:

A quienes son la razón de mi vida, mis hijos Benjamín y Francisco;

A quienes me dieron la vida y os admiro, mis padres Gladys y Efrén;

A mi gran amor, mi esposo Miguel

ÍNDICE

	Página
Portada	i
Certificación	ii
Acta de cesión de derechos de tesis de grado	iii
Autoría	iv
Agradecimientos	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	4
CAPITULO I CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	4
1.1. Definiciones del Burnout	4
1.2. Modelos explicativos del Burnout	5
1.2.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo	5
1.2.2. Modelos etiológicos basados en la Teorías del Intercambio Social	5
1.2.3. Modelos etiológicos basados en la Teorías Organizacional	6
1.2.4. Modelos etiológicos basados en la Teorías Estructural	6
1.3. Delimitación histórica del síndrome de burnout	6
1.4. Poblaciones propensas al Burnout	7
1.5. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout	8
1.5.1. Fase primera Incremento del entusiasmo idealista	8
1.5.2. Fase segunda Distanciamiento	8
1.5.3. Fase tercera Emocional	8
1.5.4. Fase cuarta Reducción	8
1.5.5. Fase quinta Indiferencia desinteresada	8

1.5.6. Fase sexta Despersonalización y síntomas corporales	9
1.5.7. Fase séptima Rien ne va plus	9
1.6. Características, causas y consecuencias del burnout	9
1.6.1. Características del síndrome de burnout	9
1.6.2. Causas del síndrome de burnout:	9
1.6.3. Consecuencias del síndrome de burnout	10
1.6.3.1. Consecuencias laborales	10
1.6.3.2. Consecuencias personales	10
1.6.4. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout	11
CAPITULO II: CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA	
INVESTIGACIÓN	12
2.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales	12
2.1.1. Variables de riesgo y protectoras	12
2.1.2. Motivación y satisfacción laboral	12
2.1.3. Investigaciones realizadas	13
2.2. El burnout y la relación con la salud	14
2.2.1. Definiciones de salud	14
2.2.2. Síntomas somáticos	15
2.2.3. Ansiedad e insomnio	15
2.2.4. Disfunción social en la actividad diaria	16
2.2.5. Tipos de depresión	17
2.2.5.1. Depresiones psicóticas-endógenas frente a depresiones neuróticas-reactivas	17
2.2.5.2. Depresiones bipolares y unipolares	17
2.2.5.3. Depresión involutiva	18
2.2.5.4. Depresión somatógenas	18
2.2.5.5. Depresiones crónicas	18

2.2.5.6. Depresiones atípicas	18
2.2.6. Investigaciones realizadas	18
2.3. El burnout y el afrontamiento	19
2.3.1. Definición de afrontamiento	19
2.3.2. Teorías de afrontamiento	20
2.3.3. Estrategias de afrontamiento	21
2.3.3.1. Estrategias individuales	21
2.3.3.2. Estrategias grupales	21
2.3.3.3. Estrategias organizacionales	22
2.3.3.4. Investigaciones realizadas	22
2.4. El burnout y la relación con el apoyo social	23
2.4.1. Definición de apoyo social	23
2.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social	24
2.4.2.1. Apoyo emocional	24
2.4.2.2. Apoyo instrumental	24
2.4.2.3. Apoyo informativo	24
2.4.2.4. Apoyo evaluativo	25
2.4.3. Apoyo Social Percibido	25
2.4.4. Apoyo Social Estructural	25
2.4.5. Investigaciones realizadas	26
2.5. El burnout y la relación con la personalidad	27
2.5.1. Definición de personalidad	27
2.5.2. Tipos de Personalidad	27
2.5.2.1. Personalidad tipo A	28
2.5.2.2. Personalidad tipo B	28
2.5.3. Patrones de conducta	28
2.5.3.1. Patrón de conducta tipo A	28

2.5.3.2. Patrón de conducta tipo B	29
2.5.3.3. Patrón de conducta tipo C	29
2.5.4. Locus de control	29
2.5.5. Investigaciones realizadas	30
4. METODOLOGÍA	31
4.1. Diseño de Investigación	31
4.2. Preguntas de Investigación	31
4.3. Población	32
4.4. Instrumentos	32
5. RESULTADOS OBTENIDOS	34
5.1. Caracterización sociodemográfica y laboral	34
5.2. Subescalas del burnout	41
5.3. Salud mental	44
5.4. Estilos de afrontamiento	46
5.5. Apoyo social	49
5.6. Personalidad	51
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	54
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	60
7.1 Conclusiones	60
7.2. Recomendaciones	61
8. BIBLIOGRAFÍA	62
9. ANEXOS	67

1. RESUMEN

El presente proyecto de investigación titulado “Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito”, contó con la participación de 30 profesionales entre ellos 15 médicos y 15 enfermeras. La metodología utilizada llevó un corte transeccional (transversal), con carácter exploratorio y descriptivo; bajo un modelo de diseño no experimental, y de tipo cuantitativo. Se utilizaron instrumentos de investigación diseñados para aplicar a personal que laboran en instituciones de salud como: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), y Cuestionario MOS de Apoyo Social. Los resultados obtenidos, arrojaron una mínima presencia del síndrome de burnout y similar porcentaje para poder desarrollarlo; sin embargo estos resultados a pesar de ser una muestra pequeña, nos permiten conocer datos estadísticos reales de prevalencia y ocurrencia en nuestro país, y la alternativa de buscar estrategias de intervención y prevención dentro de las organizaciones y del personal de la salud.

2. INTRODUCCIÓN

Como parte del programa de graduación, la Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la escuela de Psicología, plantearon se realice el presente trabajo investigativo titulado “Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito”.

El síndrome de burnout es un fenómeno de estrés laboral generado por la falta de mecanismos compensatorios ante altas exigencias laborales, y se ha asociado con diversas formas de respuestas negativas al trabajo como insatisfacción o bajo compromiso laboral.

Hace más de tres décadas, el síndrome del burnout ha venido siendo investigado desde su país de origen, Estados Unidos, y otros países de habla inglesa; extendiéndose hasta países de habla hispana y países europeos, en donde las cifras de prevalencia caen en profesionales de la salud y servicios, cuyo rol implica relacionarse con otras personas, y en donde intervienen factores ambientales, culturales y personales.

El síndrome de burnout es sin duda un fenómeno que afecta al rendimiento laboral, a la esencia de la profesión, y a los objetivos planteados tanto a nivel personal y profesional.

Tras una investigación realizada en el año 2007 entre profesionales sanitarios de diferentes países de habla hispana residentes en España y Latinoamérica, se pudo constatar que la prevalencia de Burnout en este tipo de profesionales fue en los países de España y Argentina. (Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats y Braga 2007).

Según la Unión Europea, en Polonia, las condiciones de trabajo son relativamente pobres, por lo que se ha identificado altos niveles de burnout al igual que en Norte América. (Davoine, Erhel y Guergoat-Larivière, 2008).

Según la Federación Médica Ecuatoriana (2012), en el Ecuador, la prevalencia del síndrome de burnout en médicos de Pichincha llega al 18%.

Desde este contexto, se ha planteado el desarrollo de la presente investigación con el fin de evaluar los factores asociados con este fenómeno mediante la identificación del burnout en profesionales de la salud, que formará parte de una nueva fuente de conocimiento, ayudando a establecer los componentes principales de este síndrome y formular estrategias de prevención dentro de las organizaciones y personal de la salud, en nuestro país.

Como metodología utilizaremos un plan estratégico para obtener información que parten de inquietudes planteadas sobre la prevalencia del síndrome en los trabajadores de instituciones sanitarias, las características sociodemográficas y laborales más frecuentes y comorbilidad existente de quienes experimentan el burnout, la actuación del apoyo social como mecanismo protector, los mecanismos de afrontamiento y los rasgos de personalidad de quienes lo experimentan. Este proceso metodológico se caracteriza por ser cuantitativo (se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados), no experimental (se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos), transeccional (transversal) (se analizan el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado), exploratorio (exploración inicial en un momento dado) y descriptivo (se seleccionan cuestiones y se mide información sobre cada una para describir lo que se investiga).

La población investigada está compuesta por 15 Médicos y 15 Enfermeras que trabajan en el Hospital de Clínicas Pichincha de la ciudad de Quito. Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHC28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social; y, Cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

El presente trabajo de investigación contiene relevantes apartados tales como: marco teórico que es el sustento de toda nuestra investigación y comprende diferentes aspectos que componen la investigación; resultados obtenidos que representan las tablas y gráficos; la discusión de los resultados donde exponemos las ideas fundamentales resultantes de la investigación y finalmente las conclusiones y recomendaciones.

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

1.1. Definiciones del Burnout

Al síndrome de Burnout o desgaste profesional, se lo define como “un estado de fatiga o frustración” generadas por características físicas, ambientales y organizacionales propias del trabajo y características inherentes a las actividades que realiza la persona dentro del mismo. (Fredeunberger, 1974).

El autor David Ortega (2006) en su libro “Nuevas adicciones, síndromes y trastornos”, define al síndrome de burnout como “el estrés laboral que puede afectar a las actividades y rendimiento en el trabajo de cualquier profesional, y también a la vida personal”, que suelen darse en los ámbitos de la salud y enseñanza al tratarse de profesionales que exigen entrega, implicación, idealismo y servicio a los demás.

Desde la perspectiva psicosocial, al término burnout lo conceptualizan como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. (Maslach & Jackson, 1981).

Haciendo mención a estas tres dimensiones, estos autores conceptúan por agotamiento emocional cuando la persona se siente vacía tanto física como emocionalmente para desarrollar su trabajo y enfrentar su estrés percibido; conceptúan por despersonalización cuando la persona manifiesta un alto grado de desapego, actitud negativa e insensibilidad a quienes presta su servicio y hacia otros aspectos del trabajo y por último conceptúan por reducida realización personal, cuando la persona manifiesta sentimientos de incompetencia, alejamiento de mantener relaciones interpersonales y profesionales y falta de productividad en el trabajo.

En suma, el síndrome de Burnout comúnmente conocido como síndrome del desgaste profesional, ocasiona actitudes, pensamientos y sentimientos de carácter negativos, e implican alteraciones psicósomáticas, conductuales, defensivas y emocionales nocivas

para la persona, que impiden el correcto logro y afrontamiento a las exigencias y demandas del trabajo, generando consecuencias desfavorables en cuanto a la calidad del servicio y rendimiento laboral e inclusive afectando al ámbito personal. Quienes prevalecen de éste síntoma son aquellos profesionales cuya labor se basa en la entrega constante y contacto directo con otras personas.

1.2. Modelos explicativos del Burnout

El objetivo fundamental de toda organización, es ofrecer y dar un servicio de calidad a sus clientes, para ello es necesario crear un buen clima laboral buscando el bienestar físico y psicológico de sus empleados; sin embargo desde la conceptualización del síndrome de burnout a partir de los años 70's, hasta una conceptualización actualizada y aceptada por la década de los 2000's, el tema del síndrome de burnout ha generado un problema crítico en distintas organizaciones, lo que ha originado diversos modelos explicativos que se han materializado en diferentes modelos de relación entre las variables implicadas en el burnout. (Gálvez, Moreno & Mingote, 2009).

Tomando como referencia los modelos psicosociales, a continuación se destaca los modelos explicativos del burnout más relevantes. (Gil Monte & Peiró, 1997).

1.2.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.-

Determinan una gran importancia a las variables del self como son: autoconfianza, autoeficiencia y autoconcepto del sujeto. Consideran que las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad y pueden ser modificadas por efectos y consecuencias observadas. Entre estos modelos nos referimos a: Modelo de Competencia Social de Harrison, Modelo de Pines, Modelo de Chermis y el Modelo de Thompsom, Page y Cooper.

1.2.2. Modelos etiológicos basados en la Teoría del Intercambio Social.-

Determinan la importancia de las relaciones interpersonales en el sujeto, lo cual genera una comparación social en cuanto a equidad o ganancia que desarrollan los sujetos al momento de establecer relaciones interpersonales. Entre estos modelos nos referimos a: Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli; y el Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freddy.

1.2.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.-

Determinan la importancia de los estresores percibidos desde el prisma organizativo y la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones del trabajo evitando que se genere el Burnout. Entre estos modelos nos referimos a: Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter, Modelos de Cox, Kuk y Leiter, y Modelo de Winnubst.

1.2.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural.-

Determinan la importancia de las variables personales, interpersonales y de entorno laboral sobre la etiología y el proceso del Burnout. Entre estos modelos nos referimos a: Modelo de Gil-Monte y Peiró.

1.3. Delimitación histórica del síndrome de burnout

Los autores Gálvez, Moreno & Mingote (2009), en su libro “El Desgaste Profesional del Médico” manifestaron que por los años 50’s:

“...el desgaste profesional tenía un carácter principalmente descriptivo, casi intuitivo, centrado en las manifestaciones sintomáticas percibidas por el individuo, y se realizaron de forma mayoritaria en profesionales asistenciales. Se desarrollaron prioritariamente desde la experiencia clínica mediante metodología cualitativa en el estudio de casos, entrevistas y observaciones sistemáticas.”

Sin embargo, una década más tarde, toma el constructo como un fenómeno psicológico defendido por el autor Bradley, y desde entonces inicia el recorrido hacia las aproximaciones de definirlo como un problema de desgaste laboral. (Gálvez et al, 2009).

A mediados de los años 70, iniciaron las investigaciones y estudios acerca del síndrome de burnout por tratarse de un problema social, en donde se incrementaron el número de trabajadores con una progresiva pérdida de energía hasta llegar a presentar rasgos caracterizados por agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal, debido a la demanda de actividades demasiado exigentes, y como consecuencia a esto, surgió una disminución progresiva de sus niveles de rendimiento.

En el año 1974, el psicoanalista Herbert Freudenberger, fue el pionero en hacer referencia al síndrome de burnout como “un estado de fatiga o de frustración que se

produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo". Transcurridos dos años, la psicóloga Cristina Maslach a través de sus investigaciones dio a conocer públicamente la palabra "Burnout" dentro del congreso anual de la Asociación de Psicólogos de América (APA), desde entonces este término ha pasado a la historia médica, y de allí nace la necesidad de crear modelos teóricos con el objetivo de explicar determinados parámetros del síndrome de burnout.

Una de las definiciones más consolidadas de éste fenómeno, lo manifiesta como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas." (Maslach y Jackson, 1986).

1.4. Poblaciones propensas al Burnout

Actualmente, la complejidad del medio laboral ha incrementando los cuadros clínicos asociados reactivamente al estrés, especialmente en aquellas profesiones de riesgo y que están en constante interacción con personas que presentan problemas o motivos de sufrimiento.

Existen poblaciones con alto riesgo de padecer estrés laboral, debido a que la sensación de control personal sobre los acontecimientos es un fuerte predictor de estrés, y que el componente reto, actúa como un factor directo e indirecto, en la relación de los estresores organizacionales con el burnout.

Según investigaciones, realizadas en España, el síndrome de burnout frecuente en: Administrativos y auxiliares administrativos, Auxiliares de Clínica, Cirujanos dentistas, Cuidadores de pacientes geriátricos, Deportistas, Docentes, Médicos de atención especializada, Médicos de atención primaria y especial, Monitores de educación especial, Profesionales de enfermería, Profesionales de salud mental, Psicólogos, Trabajadores en centros ocupacionales, Trabajadores sociales, Vigilantes de instituciones penitenciarias, Voluntarios. (Ortega & López, 2003)

Francisco Alonso Fernández (1993), clasifica a los trabajadores que sufren burnout según el estrés de la competitividad (empresariado, directivos/as); de la creatividad (escritores/as, artistas, investigadores/as); de la responsabilidad y entrega (médicos/as, enfermeras/os); de las relaciones (servicios en contacto directo con las personas:

profesorado, funcionarios/as, vendedoras/es); de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos).

1.5. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout

El autor Jörg-Peter Schröder (2011), en su libro “Desgaste Laboral”, manifiesta el modelo de las siete fases del desgaste laboral:

1.5.1. Fase primera.- Incremento del entusiasmo idealista.- Se caracteriza por una ambivalencia procedente de un compromiso hiperactivo y un flamante entusiasmo por un proyecto o una meta, acompañado por la necesidad absoluta, la falta de tiempo, agotamiento, cansancio y falta de energía. En esta fase el sujeto no reconoce su agotamiento y cansancio, vistiéndose ante los demás obligadamente como un buen empleado con expectativas no realistas.

1.5.2. Fase segunda.- Distanciamiento.- Inicia la desilusión y el disgusto, la pérdida de actitud positiva, del gusto y compromiso pro el trabajo, se reduce las ganas de trabajar a pesar de su esfuerzo, durante su jornada laboral inmiscuye temas personales Se presenta aplanamiento de las emociones con sus colegas y clientes, presencia el cinismo y evade a sus contactos.

1.5.3. Fase tercera.- Emocional.- Se compone por reproches, irritabilidad, rabia, melancolía y recriminación; acompañado de debilidad, tristeza, vacío, autocompasión, enfado depresivo y miedo.

1.5.4. Fase cuarta.- Reducción.- El rendimiento en el trabajo disminuye, así como la iniciativa y creatividad, pierde energías, baja la motivación, trabaja lo necesario. Hay personas que en esta fase no reconocen lo problema y los pasan por alto. No diferencian entre lo importante y lo significativo, dando paso a la confusión.

1.5.5. Fase quinta.- Indiferencia desinteresada.- Las emociones están afectadas. El interés por las actividades privadas y las aficiones se paralizan, el desinterés, al intolerancia y el cinismo aumentan. Se llega a retroceder en todos los

niveles, con un aplanamiento de la personalidad, que se demuestra en el comportamiento. Voluntariamente pierden el contacto con sus amistades.

1.5.6. Fase sexta.- Despersonalización y síntomas corporales.- Se pierde el entendimiento y lógica de la personalidad. La abnegación lleva a una negación del propio cuerpo causando resfríos duraderos, ruidos en el oído, dificultad par descansar, pesadillas, mareos, cambios de peso, problemas estomacales, problemas cardíacos, alteración en los hábitos de alimentación. Puede aumentar el usos de fármacos, alcohol o drogas.

1.5.7. Fase séptima.- Rien ne va plus.- Domina la máxima actitud negativa hacia la vida propia con graves depresiones, sentimientos e insensatez, pérdida de esperanza, miedo, confusión absoluta y amenaza existencial. No encuentra salida e este agotamiento, pierde el sentido a la vida, aumenta el consumo de drogas, alcohol y fármacos. Esta fase puede llevar a pensamientos suicidas. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

1.6. Características, causas y consecuencias del burnout

1.6.1. Características del síndrome de burnout:

Las principales características se asocian a: Impotencia a desarrollar las actividades diarias, agitación mental que impide llegar al objetivo de su labor, constante estrés laboral, sentimiento de fracaso profesional y personal, desconfianza y desorganización para llevar a cabo su tarea, mismas que aparecen de forma repentina y la persona se niega aceptar que padece el síndrome. (Karwowski, W., 2001).

A criterio personal, las características de este fenómeno son una muestra visible del porque el personal ha generado un bajo rendimiento laboral y una desmotivación, factores que impiden llegar a los objetivos planteados por la organización y a los objetivos planteados por cada empleado.

1.6.2. Causas del síndrome de burnout:

Las características expuestas anteriormente, nacen de ciertos causales que toda institución debe tomar muy en cuenta y estos son: a) Demanda laboral.- Sobrecarga de

trabajo cuantitativa, mala distribución de funciones, horarios prolongados, exceso de actividades rutinarias. b) Malas condiciones del trabajo.- Falta de seguridad física, mala remuneración económica, falta de condiciones materiales, pocos estímulos. c) Falta de liderazgo de parte de sus superiores.- Demasiadas reglas, falta de motivación a nivel organizacional, falta de autoridad y responsabilidad autónoma, inequidad de actividades entre compañeros de trabajo, entrenamiento insuficiente. d) Interacción con pacientes o clientes.- Implicación constante con personas que sufren en largos períodos de tiempo, dependencia emocional, atención en exceso con clientes o pacientes abrumados. (World Health Organization Staff (CB), 2005).

No debemos descuidar el hecho de que detrás de cada causa existe un motivo, y en el caso del burnout, la Institución no se debe descuidar el tema de liderazgo, motivación, equidad, entrenamiento, confianza, integridad y remuneración.

1.6.3. Consecuencias del síndrome de burnout:

El síndrome de burnout no afecta solamente a la salud física y mental de los trabajadores, sino al mismo funcionamiento de la organización y la empresa; es decir afecta al entorno laboral y personal. (Cox, Griffiths y Rial-González, 2000).

1.6.3.1. Consecuencias laborales.- Disminuye la productividad y se genera un deterioro en la calidad de servicio de la organización debido a los siguientes factores: bajo rendimiento laboral, desinterés de los empleados en realizar eficientemente las tareas, elevado absentismo laboral, malas relaciones interpersonales entre compañeros de trabajo, aumento de rotación de personal.

1.6.3.2. Consecuencias personales.- Se presentan consecuencia emocionales, actitudinales y psicosomáticas. a) Emocionales: sentimientos de soledad, alienación e impotencia, ansiedad, frustración, culpabilidad; b) Actitudinales: Apatía, hostilidad, suspicacia, cinismo, autonegatividad, consumo de alcohol y drogas; y c) Psicosomáticas: Hipertensión, crisis asmáticas, palpitaciones, catarros frecuentes, aparición de infecciones y alergias, fatigas, dolores de espalda, jaquecas, úlceras, insomnio.

1.6.4. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Se utilizan técnicas de ayuda orientadas al individuo, al grupo social y a la organización. En cuanto a la prevención y tratamiento del individuo se utiliza técnicas cognitivo conductuales, de relajación y autorregulación con el objetivo de eliminar o neutralizar las consecuencias del burnout, logrando como resultado de esto, que el individuo afronte los estresores laborales, desarrolle habilidades para el manejo de emociones asociadas y administre su tiempo correctamente y a su vez mejore las relaciones interpersonales.

La aplicación de programas en cuanto a motivación profesional, manejo de estrés laboral, afrontamiento de problemas laborales, etc., ayudan al tratamiento del síndrome de burnout. En aquellos profesionales donde ejercen trabajos independientes como es el caso de médicos y enfermeras se deben utilizar estrategias de intervención como evitar el aislamiento y autogenerar actitudes positivas sin necesidad patológica de apoyo, pensando en sus deberes como profesionales de salud en donde exista apego, solidaridad y esfuerzo por el paciente.

En cuanto al grupo social, es necesario fomentar la ayuda social de los grupos sociales con aquellos sujetos que se tenga contacto, de esta manera se constata el apoyo social que satisfaga la necesidad humana de pertenencia y comunicación.

En cuanto al nivel organizacional, se debe considerar en primera instancia al trabajador como ser humano, demostrando interés a sus inquietudes, opiniones y sugerencias; buscando siempre fortalecer su potencial, y llevar a cabo programas de relaciones humanas, trabajo en equipo y mejoras de clima laboral. Generar equidad a nivel económico y a nivel de responsabilidades entre los empleados, manteniendo una continuidad en la línea de gestión.

CAPITULO 2

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

2.1.1. Variables de riesgo y protectoras

El síndrome de Burnout se origina en el ambiente laboral y en las condiciones de trabajo (funciones y necesidades). Estas variables interactúan entre la organización y la gestión del trabajo las cuales según Velásquez (2003) “pueden originar una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia.”

Existen variables de riesgo asociadas al síndrome de Burnout, enmarcadas a profesionales de la salud, y estas son:

- ✓ La edad
- ✓ El estado civil
- ✓ Género
- ✓ Nivel académico
- ✓ Sector de trabajo
- ✓ Horas de trabajo
- ✓ Turno laboral y guardias
- ✓ Tiempo de servicio
- ✓ Área de desempeño
- ✓ Sobrecarga de trabajo
- ✓ El salario

En cambio la edad en etapa joven adulta, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y satisfacción económica, son variables protectoras de burnout. (Grau et al, 2007).

2.1.2. Motivación y satisfacción laboral

La motivación es la fuerza que impulsa al individuo para desarrollar cualquier actividad o a tener un determinado comportamiento en una situación concreta, ésta implica voluntad,

es decir, existe una causa, razón o estímulo que impulsan al individuo a hacer algo voluntariamente. La motivación es de vital importancia para el desempeño de sus tareas en el contexto laboral. En este sentido, las organizaciones buscan motivar a sus empleados para que inviertan esfuerzo e interés en la realización de su trabajo; ya que si el trabajador se encuentra satisfecho, se implicará más aún en sus tareas, generando un buen clima laboral a su alrededor. (Muchinsky, 2002).

A manera personal, quienes alguna vez hemos sentido gusto por ir al trabajo, sentir que estamos puestos la camiseta institucional, aportar más allá de lo exigido, demostrar actitud positiva y trabajar eficaz y eficientemente para y en bien de la institución significa "satisfacción laboral". La satisfacción laboral aumenta la creatividad, iniciativa, metas, esfuerzo, tenacidad y compromiso de la persona, y juega un papel importante en cuanto a deseos de superación tanto a nivel profesional e inclusive personal.

2.1.3. Investigaciones realizadas

- Investigación realizada por Cristina Jenaro-Rio, Noelia Flores-Robaina y Francisca González-Gil de la Universidad de Salamanca, España, (2007). En ésta se evaluó la presencia del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por 64 profesionales de acogimiento residencial de menores que trabajan en diversas provincias españolas, en la que se confirmaron la existencia de una tasa de síndrome en la muestra estudiada. Los análisis de varianza indicaron la existencia de diferencias significativas en función de variables sociodemográficas, así como en función de variables organizacionales (existencia de turnos o satisfacción con la remuneración, entre otras). En este estudio se confirmó una elevada presencia del síndrome entre los profesionales estudiados; en el que influyó algunas variables sociodemográficas y factores relacionados con las demandas del puesto.
- Investigación realizada por Hedy Acosta de la Universidad Jaume I, del Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología Castellón de la Plana, España, (2008). Su objetivo, "determinar la relación entre variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales con las dimensiones del síndrome de Burnout en profesores universitarios chilenos y compararlos con una muestra y baremos españoles. La muestra fue compuesta por 119 profesores

universitarios que tienen jornada completa y exclusividad, y el hallazgo obtenido fue del 17.6% (21).

2.2. El burnout y la relación con la salud

2.2.1. Definiciones de salud

Existen algunas definiciones en cuanto a la salud, entre las que podemos acotar las siguientes:

En el año de 1948, la carga magna de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió a la salud como: "El estado de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", en esta definición, se incluye al factor social como un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas; es un elemento que pasa a depender, no sólo del mundo de la sanidad, sino también del mundo social.

Para la Dra. Diana Doménech, Residente de Medicina Familiar y Comunitaria de la Policlínica de San Antonio – Canelones (Uruguay), "la Salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana".

Henry E. Sigerist, quien fue el primero en diferenciar salud de enfermedad al definir que la medicina debía desarrollar cuatro grandes tareas: La Promoción de la Salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento del enfermo y la rehabilitación, definió que: "La salud no es simplemente la ausencia de enfermedad, es algo positivo, una actitud gozosa y una aceptación alegre de responsabilidades que la vida impone al individuo".

Por la década de los años 80's, se definió a la salud como un "proceso continuo de restablecimiento del equilibrio", es decir, un proceso que cuando alguno de los factores implicados cambia y éste se mantiene en el tiempo, el ser humano adopta una respuesta fija, que en su momento fue adecuada para mantener el equilibrio; pero al volverse inflexible, lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. (Canguilhem, 1982).

A manera personal, la salud es un proceso que se mantiene estable cuando existe un adecuado control en cuanto al cuidado interno y externo del cuerpo; y a su vez se

desgasta cuando permitimos que factores dañinos a nivel psicológico, ambiental y alimenticio lleguen a nuestro organismo. La salud es el resultado de que nuestro cuerpo, espíritu y mente gozan de bienestar, y depende de ésta, la continuidad del ciclo de vida de las personas.

2.2.2. Síntomas somáticos

Es común que los individuos experimenten síntomas somáticos, tales como dolores de cabeza, palpitaciones, vómito, mareos, etc. Se han descrito diversos mecanismos por los que pueden producirse estos síntomas en ausencia de enfermedad física o lesión estructural persistente de los tejidos.

Ante cualquier agente estresante se produce un proceso adaptativo caracterizado por una reacción de alarma, seguida de una fase de resistencia, para concluir en un agotamiento.

Si la presencia e intensidad del elemento perturbador o agente estresante persiste, la fase de agotamiento produce en el sujeto una indefensión paulatina, su energía se agota y se producen alteraciones somáticas, pero llega un momento en el que el organismo es incapaz de mantener las respuestas exigidas.

El cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28), es un instrumento de screening utilizado para estudios epidemiológicos de salud mental, y principalmente para evaluar malestar psicológico y síntomas no psicóticos en la población general, relacionándolo con los acontecimientos vitales estresantes, la utilización de servicios y las variables individuales como edad, sexo, actividad, nivel socioeconómico y cultural. En este cuestionario se hallan 4 subescalas, entre ellas una subescala A que mide los síntomas somáticos. (De la Revilla, De los Ríos y Luna del Castillo, 2003).

2.2.3. Ansiedad e insomnio

Algunos de los síntomas que se presentan en las personas que padecen el síndrome de Burnout son la ansiedad e insomnio. Cuando la persona se vuelve irritable, cansada e inquieta constantemente significa que está sufriendo desordenes de insomnio y ansiedad, estos dos desordenes interactúan entre sí, y se generan el uno al otro.

El insomnio se caracteriza por un desorden del sueño, causado por tensiones a nivel personal o profesional; que sumado a medicaciones administradas por padecer alguna enfermedad, se genera la ansiedad.

El insomnio es una situación clínica definida por las quejas subjetivas que impiden conciliar el sueño; este es interrumpido espontánea e involuntariamente, de despertar precozmente y de sueño no reparador o bien de una combinación de éstos.

La ansiedad y el insomnio se relacionan estrechamente ya que el uno puede provocar el otro. Cuando nuestra mente no descansa lo necesario, nuestro cerebro inteligentemente batalla para pensar claramente; y es cuando en este proceso la persona sufre ataques tanto de ansiedad como de pánico, y en sentido contrario la persona sufre ataques de ansiedad como resultado a problemas en su patrón del sueño, generando el insomnio. Por lo tanto, tratar uno de los dos desórdenes, generalmente resolverá el otro con el mismo proceso, debido a que la ansiedad y el insomnio se experimentan a menudo juntos.

En el DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia en la que se incluye características como la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994). La ansiedad se origina cuando el individuo se siente impotente para afrontar una situación, mientras que el burnout es un sobredimensionamiento de las exigencias sobre las habilidades del individuo.

2.2.4. Disfunción social en la actividad diaria

Las personas que padecen el síndrome de Burnout, presentan sintomatologías que a más del estrés y su afrontamiento, aparecen sintomatologías relevantes como la baja autoestima y la ausencia de apoyo social, demostrando que tales síntomas al parecer están relacionados y son fruto de complejas interacciones entre la persona y su entorno. La baja autoestima se asocia con disfunción social. No en todos los casos se evidencia una relevancia de la autoestima, ya que existen casos que evidencia relevancia solo en determinados síntomas. La disfunción social se asocia con los sucesos y cambios laborales experimentados en cada persona. (Alvarez et al., 1991).

2.2.5. Tipos de depresión

Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia. (Martínez, 2010).

El autor Vallejo, J. (2002), en su libro Introducción a la psicopatología y la psiquiatría, 5ta. Edición, expone la clasificación de las depresiones en donde se consideran los siguientes tipos:

- **Clasificaciones unitarias, binarias o múltiples.-** Defienden una posición unitaria de los trastornos depresivos, partiendo de un modelo de continuo, es decir de las depresiones psicóticas y neuróticas.
- **Clasificaciones categoriales o dimensionales.-** La concepción categorial, considera clases nosológicas independientes y en general excluyentes, que pueden ser identificadas en formas de trastornos específicos. Incorpora variables dimensionales como la gravedad de los síntomas, tipos de síntomas, rasgos de personalidad, historia familiar y acontecimientos sociales. El mayor problema de esta concepción es su complejidad.

A continuación se cita algunos tipos de depresiones:

2.2.5.1. Depresiones psicóticas-endógenas frente a depresiones neuróticas-reactivas.- Los términos psicótico y neurótico están referidos a la presencia o ausencia de un trastorno grave con ideas delirantes y alucinaciones; y falta de contacto con la realidad o personalidad neurótica. Se caracteriza por rasgos neuróticos de personalidad. Psicogénesis del cuadro, ansiedad y agravación de los síntomas. La depresión endógena está constituida por un grupo de síntomas y hechos bastante constantes que le confieren un carácter categorial.

2.2.5.2. Depresiones bipolares y unipolares.- En las depresiones bipolares alternan los períodos melancólicos con otros maniáticos o hipomaníacos. Los trastornos

bipolares aparecen en forma precoz, van asociados con problemas matrimoniales, mientras que los pacientes unipolares están más cerca de personalidades neuróticas, mientras que los pacientes bipolares una vez recuperados del trastorno, no manifiestan rasgos patológicos de personalidad y se muestran afectuosos, extrovertidos y seguros de sí mismos.

2.2.5.3. Depresión involutiva.- A diferencia de la demencia precoz y de la psicosis maníaco-depresiva, que aparece entre los 45 y 60 años, se caracteriza por una depresión grave teñida de una intensa ansiedad que puede llegar a la agitación además de frecuentes ideas de culpa.

2.2.5.4. Depresión somatógenas.- Se producen por trastornos orgánicos de origen cerebral y extracerebral, tales como: trastornos tiroideos, anemias, infecciones víricas, herpes, carcinomas pancreáticos, arteriosclerosis cerebral, todas son producidas por la aplicación de medicamentos. Se señalan como más proclives a producir o inducir depresión.

2.2.5.5. Depresiones crónicas.- La prevalencia de esta depresión es del 12-15%. Existen tres clases: a) Depresiones primarias endógenas de inicio tardío; b) Disforias secundarias crónicas cuya edad de inicio varía; y, c) Depresiones caracterológicas de inicio temprano.

2.2.5.6. Depresiones atípicas.- Existen tres tipos de depresiones: a) Cuadros con marcada ansiedad y síntomas fóbicos; b) Cuadros depresivos con cambios funcionales invertidos como el empeorarse por las tardes, el insomnio inicial y bulimia; y, c) Depresiones no endógenas que responden a los IMAO (Los inhibidores de la monoaminooxidasa).

2.2.6. Investigaciones realizadas

- Investigación realizada por Fernando Arias Galicia y Martha Elva González Zermeño, de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (2009), el objetivo de esta investigación fue “determinar la relación existente entre el estrés, el agotamiento profesional (burnout), y la salud de los profesores, así como detectar los niveles de estrés y de agotamiento profesional y salud en los profesores

de tiempo completo, medio tiempo y por horas de tres niveles educativos (preescolar, primaria y secundaria).

- Estudio realizado por 6 investigadores del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, (2004). El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala de Maslach Burnout Inventory, y se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero las dimensiones que se comportaron como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional.

2.3. El burnout y el afrontamiento

2.3.1. Definición de afrontamiento

El modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. Los esfuerzos por contrarlar, reducir o saber cómo manejar o tolerar las amenazas que nos lleva al estrés se denomina afrontamiento. Se emplea diversos mecanismos de afrontamiento para prevenir el estrés. La mayor parte del tiempo no nos percatamos de estas respuestas; así como tampoco de los estímulos estresantes menores de la vida hasta que se multiplican y alcanzan niveles aversivos. Los mecanismos de defensa ayudan a defendernos del estrés el cual actúa inconscientemente en nuestro organismo. (Feldman, 2002).

El afrontamiento no es más que una respuesta acertada tanto de tipo cognitivo como conductual que actúa cambiante, dependiendo de la circunstancia amenazante en la que atraviesa la persona, y mediante la cual opera objetivamente ante la respuesta al estrés. De cierta forma, todas las personas manejamos el afrontamiento dada la situación presentada en ese momento; y a través de éste mecanismo evitamos que el estrés alcance niveles desarrollados, generando problemas a nivel emocional, conductual, psicológico e inclusive problemas de salud.

2.3.2. Teorías de afrontamiento

Menninger (1963), hace referencia a las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento identificando cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. Su planteamiento menciona a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, de manera que aquellos en los que exista un elevado grado de desorganización interna, serían primitivos los recursos de afrontamiento. El tipo de afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: estrategias direccionadas al entorno y estrategias que se refieren al sujeto. Las estrategias referidas al entorno, inquieren en la resolución del problema, definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno, tales como: barreras, obstáculos, recursos, procesos, procedimientos, etc. En cambio, las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollando nuevas pautas de conductas, etc.

El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional, pretende modificar el modo de vivir la situación, inclusive en aquellos casos en donde aparentemente no exista alternativa de cambio. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

El afrontamiento es un importante moderador en los procesos de estrés, se deriva de la teoría de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar; y ha generado la concepción de simplista, por tratarse de un afrontamiento como constructo unidimensional dado que sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida. (Martínez, 2010).

Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos”, de

ahí que este concepto ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. (Lazarus & Folkman, 1984, 1986).

2.3.3. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento, en función del nivel que se producen, se agrupan en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales.

2.3.3.1. Estrategias individuales.- Las estrategias de afrontamiento de control, previenen el síndrome de Burnout, ya que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centrados en el problema, aumentan sentimientos de realización de personal en el trabajo, que aquellas estrategias que algunos sujetos emplean de evitación/escape o centradas en la emoción. (Matteson e Ivancevich, 1987).

Aquellos profesionales de la salud que presentan bajo burnout, emplean con frecuencia estrategias de afrontamiento de control o activas, dirigidas al problema; tales como: elaboración y aplicación de planes de acción, realzar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y autocontrolarse. En cambio aquellos profesionales con alto burnout, emplean estrategias de evitación/escape y confrontación. Se concluye que, el burnout se origina y desarrolla en aquellas estrategias de evitación/escape y centradas en la emoción, y previene su apareamiento cuando se empleas estrategias de control o centradas en el problema. (Ceslowitz, 1989).

Algunos autores como Ramos (1999) y Manassero (2003), destacan algunas técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del burnout tales como: Ejercicio físico, técnicas de relajación, biofeedback, técnicas cognitivas, inoculación del estrés y desensibilización sistemática.

2.3.3.2. Estrategias grupales.- Las estrategias de carácter grupal, fomentan el apoyo social entre compañeros y supervisores, logrando potenciar sus habilidades, adquirir nuevos conocimientos, obtener refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de sus tareas, generando apoyo emocional entre todos los involucrados. En la prevención del burnout se considera el apoyo social formal e informal; el apoyo social formal incrementa el síndrome de Burnout, debido a una mayor carga labora, mientras

que el apoyo social informal lo previene. El objetivo fundamental de los grupos de apoyo es disminuir los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los individuos, el potenciar sus conocimientos, crea estrategias para tratar los problemas. (Porrás A., 2000).

2.3.3.3. Estrategias organizacionales.- Autores como Folkman, 1984; Everly, 1989; Holahan y Moos, 1987, 1990; McCain & Smith, 1994 y Zeidner & Endler, 1996; señalan que una de las estrategias para la prevención del síndrome de Burnout, es desarrollar programas para mejorar el clima organizacional; ya que los principales estresores percibidos de carácter crónico en cuanto al síndrome son las variables en relación al contenido del puesto, inequidad en cuanto a funciones y el clima laboral. Haciendo referencia a esto, y quienes estamos encargado de la parte del talento humano, es necesario trabajar con los supervisores y jefaturas para establecer políticas que incluyan programas tales como: programa de socialización anticipada, programa de evaluación y retroinformación y programa de desarrollo organizacional.

Es importante tomar en consideración las siguientes estrategias de afrontamiento efectiva: Convertir la amenaza en un reto, disminuir la intensidad de la amenaza de la situación, modificar las metas personales, optar por acciones que incidan en aspectos físicos; y, prepararse para el estrés antes de que ocurra. (Martínez, A., 2010).

2.3.4. Investigaciones realizadas

- Investigación realizada en el año 2003 por G. Lastenia Hernández Zamora del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología; Encarnación Olmedo Castejón e Ignacio Ibáñez Fernández, Campus de Guajara de la Universidad de La Laguna - España, sobre el constructo de “estar quemado”. El objetivo de la investigación fue “centrarse en la relación que el constructo tiene con el afrontamiento. con una muestra de personal sanitario de 222 participantes, de los cuales 187 fueron mujeres y 35 fueron varones. Los resultados de los análisis correlacionales, de regresión múltiples y los efectuados para grupos criterio (“altos” frente a “bajos” en los factores de “estar quemado”) indicaron pocas relaciones y de escasa magnitud entre los dos constructos.

- Investigación realizada en el año 2009 por la investigadora principal Lucía Carolina Barbosa Ramírez y María Liliana Muñoz Ortega, Paola Ximena Rueda Villamizar, Karen Giselle Suárez Leiton, de la Pontificia Universidad Javeriana, su objetivo: determinar el nivel de Síndrome de Burnout existente en docentes universitarios pertenecientes a la facultad de educación, de una universidad privada de Bogotá, y las relaciones existentes entre dicho nivel con variables de género y antigüedad laboral y con las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente por ellos. Se conto con la colaboración voluntaria de 30 docentes. El nivel del síndrome fue bajo para las categorías de cansancio emocional y despersonalización, y medio para realización personal. Las relaciones estadísticas no fueron significativas para género, antigüedad en el cargo y estrategias de afrontamiento. Se establecieron como estilos de afrontamiento más utilizados: desarrollo personal, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva; y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres”.

2.4. El burnout y la relación con el apoyo social

2.4.1. Definición de apoyo social

Según Martínez, García y Mendoza (1995), el apoyo social sería “todo proceso de transacciones interpersonales, basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos, pertenecientes a las redes sociales de pertenecía, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor”. Entre las funciones que el apoyo social puede desempeñar están: apoyo informativo (consejo, sugerencias), instrumental (ayuda material), emocional (estima, afecto, confianza) y empático (auto-afirmación, auto-validación).

El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas; las personas sienten que son valoradas, apoyadas, queridas o consideradas; así como el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros, y la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas. También se lo define como “transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación

o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia". (Pérez y Martín, 2000).

Cuando hablamos de tener amistades nos referimos a que estamos estableciendo relaciones sociales con distintas personas, mas no que tenemos apoyo de éstas, pero si nos referimos a que estamos apoyados por las amistades, incluye la interacción de apoyo social entre las dos partes.

2.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social

A continuación se destacan los modelos de apoyo social que son considerados como formas potenciales de apoyo y su capacidad para tener influencia en la salud de manera empírica. La importancia de un tipo u otro dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera tal apoyo.

2.4.2.1. Apoyo emocional.- Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes. Este tipo de apoyo está recogido en las concepciones de apoyo antes mencionadas. En general, cuando las personas consideran de otra persona que ofrece apoyo, se tiende a conceptualizar en torno al apoyo emocional.

El resto de tipos de apoyo social suelen ser menos utilizados en la explicación y estudio de este concepto pero en ciertas situaciones suelen tener una gran importancia.

2.4.2.2. Apoyo instrumental.- Se ofrece esta calase de apoyo cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se genera ayuda en cuestión de trabajo o de cuidado de algún individuo. Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas (así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; ya que se puede interpretar que la persona requiere ayuda por ineficiencia, falta de capacidad o de conocimiento.

2.4.2.3. Apoyo informativo.- El "apoyo informativo" se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para hacer frente a las

situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.

2.4.2.4. Apoyo evaluativo.- Este tipo de apoyo al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social; e decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

2.4.3. Apoyo Social Percibido

Es muy importante que el individuo tenga alguien con quien pueda contar, alguien que le aconseje a resolver sus problemas, con quien compartir sus temores, alguien que se interese por él, alguien a quien amar y sentirse amado, que esté a su lado en los momentos difíciles, que entienda su situación, en quien busque consuelo, para que se evidencie que el individuo está percibiendo apoyo social, el cual se vuelve necesario e imprescindible para el cotidiano vivir.

Según los autores Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social no es más que la forma en que el individuo evalúa las interacciones que ocurren en sus relaciones sociales. No es igual tener un determinado entramado social que obtener apoyo del mismo. (Ribera, Cartagena de la Peña, Reig, Roma, Sans, Caruana, 1993).

2.4.4. Apoyo Social Estructural

Para brindar apoyo se puede disponer de dos formas: La primera, revertir los factores que inhiben la disposición a prestar ayuda. Podemos tomar acciones para reducir la ambigüedad de una situación de emergencia o para tomar los sentimientos de responsabilidad. Cualquier acto que personalice a los observadores, aumenta la disposición para ayudar. El tratamiento personal hace que los observadores sean más conscientes y por consiguiente más consecuentes con sus propios ideales altruistas. Aquellas personas conscientes de sí mismos aplican sus ideales con más frecuencia. Catalogar a la persona como servicial, puede fortalecer una imagen de sí mismo en cuanto a servicio.

La segunda, podemos enseñar el altruismo. El primer paso para la socialización del altruismo es contrarrestar el sesgo natural hacia el endogrupo que favorece a los parientes, ampliando el rango de personas cuyo bienestar nos concierne. Es muy útil educar a los niños con seguridad en sí mismos, puesto que les permite aceptar la diversidad social sin sentirse amenazados. Si vemos ayuda, se crea en nosotros el prestar ayuda. Si nuestro objetivo es persuadir a la gente de que tenga un comportamiento altruista, debemos recordar el efecto de sobrejustificación, cuando coaccionamos para que se realice buenas acciones, el amor intrínseco por la actividad con frecuencia disminuye. Si damos a las personas suficiente justificación para que realicen su trabajo de manera correcta, atribuirán su comportamiento a su propia motivación altruista, y como resultado a esto, estarán más prestas a ayudar.

2.4.5. Investigaciones realizadas

- Investigación a cargo de Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García, Tamara Pierart de del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción (Chile, 2009) cuyo objetivo fue “identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes presentaron estrés laboral crónico o burnout. Los resultados señalaron la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Por último, la influencia del apoyo social y el reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo fue notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores”.
- Investigación realizada por Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, y María Berenice Reyes Pérez, de la Universidad Veracruzana en Xalapa, México (2004), en este estudio “se aborda el papel que desempeña el apoyo social en la prevención de enfermedades, considerando que hace referencia a las relaciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo y mantienen ciertas conductas que se relacionan entre sí. Cuando el apoyo social es inadecuado o no se brinda, puede

intervenir o facilitar el desarrollo de enfermedades, en particular el síndrome de quemarse por el trabajo, también conocido como burnout. El presente trabajo revisa los efectos de apoyo social en el mencionado síndrome”.

2.5. El burnout y la relación con la personalidad

2.5.1. Definición de personalidad

Personalidad es una construcción hipotética, un artefacto conceptual que pretende exponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico preestablecido, de tal manera que cada individuo tiende a comportarse de una manera congruente con lo que suponemos su modo de ser.

La personalidad es una modalidad total de la conducta de un individuo, que no significa una suma de modalidades particulares o rasgos, sino un producto de su integración, la misma que incide ya sea por factores internos o externos.

La personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás.

Sigmund Freud (1959), es el teórico de mayor importancia que sostuvo que el comportamiento humano es impulsado en gran medida por fuerzas poderosas del interior de la personalidad, de las que los seres humanos no estamos o no somos conscientes. Estas fuerzas poderosas internas, moldeadas por las diversas experiencias cuando niños, cumplen una función de vital importancia para guiarle y activarle a nuestro comportamiento en la vida diaria.

2.5.2. Tipos de Personalidad

En el año de 1959, los doctores Meyer Friedman y Ray Rosenman, cardiólogos en San Francisco, California, con el intento de determinar cuáles eran los rasgos de personalidad de personas que habían sido afectados por un infarto de miocardio, observaron la existencia de un intenso deseo de tener éxito y una competitividad elevada. Entonces,

pusieron un conjunto de características de comportamiento para intentar describir la forma en la que estos pacientes se comportaban y a este tipo de personalidad le dieron el nombre de tipo A. Ellos fueron los creadores de la teoría que existan dos tipos de personalidades el tipo A y el tipo B.

2.5.2.1. Personalidad tipo A.- Los individuos con personalidad tipo A, pueden describirse como personas impacientes, sugestionados, competitivos, ambiciosos, mal humorados, agresivos en los negocios, estresados y evitan el relajamiento. Los individuos con este tipo de personalidad sienten rechazo hacia los individuos que tienen el tipo de personalidad B.

2.5.2.2. Personalidad tipo B.- Los individuos de personalidad tipo B, por el contrario, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar. No son grandes triunfadores en los negocios y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando ellos buenamente se sienten con deseos de completar sus metas. Son personas apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés.

2.5.3. Patrones de conducta

El ser humano desde su nacimiento desarrolla patrones de conducta. Por razones similares, nuestro comportamiento actual es resultado de las experiencias y nuestro cerebro solo absorbe información. De manera consciente, pero de modo subconsciente, creamos en nuestra vida patrones que reflejan nuestra experiencia desde el inicio de nuestra vida.

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas permanecen inactivos hasta que ciertas situaciones lo activan, generando en el sujeto ciertos patrones de conducta.

A continuación se destacan tres patrones de conducta:

2.5.3.1. Patrón de conducta tipo A.- El Patrón de conducta tipo A se manifiesta por la acción-emoción creado en un ambiente de demandas desafiantes, en que los

sujetos manifiestan conductas de impaciencia, apresuradas, estresantes, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia; sumado a esto al irritabilidad, implicación y compromiso excesivo laboral, gran necesidad, orientación al logro, estatus social, y éxito.

2.5.3.2. Patrón de conducta tipo B.- Este patrón se manifiesta en los sujetos de manera relajada y tranquila, existe confianza en sus potencialidades, pendiente de alcanzar satisfacción y bienestar personal; mantiene relaciones interpersonales relajadas, abierto a las emociones tanto hostiles como amables.

2.5.3.3. Patrón de conducta tipo C.- El patrón de conducta C, está el conformado por personas de un estilo pasivo en su comunicación verbal, no asertivo, extraordinariamente colaborador, que manifiesta conductas de resignación, sumisión y bloqueo o contención emocional.

2.5.4. Locus de control

Locus de control, es el grado al que las personas perciben sus logros o sucesos de la vida y sus efectos, de manera interna (locus interno), cuando son controlables por sus propios esfuerzos, acciones y decisiones, o de manera externa (locus externo), cuando son controlables desde fuera o desde fuerzas externas. El autor Weiner (1979), subdividió el concepto de "locus control en "lugar de causalidad" y "controlabilidad", ya que según su pensar existen causas internas que son incontrolables, y causas externas que son controlables.

Aquellos individuos controlados internamente, tienen más posibilidades de tener buen desempeño académico o laboral, voluntad para dejar algún adictivo como fumar o tomar, de practicar el control natal, de manejar directamente los problemas maritales, de enriquecerse, de autocapacitarse y de posponer la gratificación inmediata para lograr resultados a largo plazo; que aquellos individuos que no controlan la situación y que inclusive son más propensos a desarrollar el síndrome de burnout. (Rotter, 1966).

Locus de control, es la creencia de que los sucesos de la vida y sus efectos son controlables por las propias decisiones.

2.5.5. Investigaciones realizadas

- Investigación sobre “burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios elaborado por la Lic. y Prof. María Cristina Bittar, (Mendoza, 2008) llevada a cabo en una universidad de gestión privada con una muestra de 144 alumnos. Entre los resultados hallados, se destacan que los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de burnout y que, si bien los perfiles de personalidad no presentan diferencias significativas entre el grupo que padece el síndrome y el que no lo presenta, se evidencian rasgos que pueden ser considerados como factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo.
- Investigación realizada en el año 2008 por Hernández-Vargas Clara Ivette, Juárez García Arturo, Arias Galicia Fernando, Dickinson Bannack Ma. Eloisa, Coordinadores de Docencia, Medicina Familiar de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Morelos (UNAM), en donde se identifica los niveles de Burnout por componentes y su relación con variables de personalidad (locus de control interno, autoeficacia laboral, falta de control emocional) y organizacionales (supervisión controlante, reconocimiento e inseguridad laboral en trabajadores de Salud del Distrito Federal.
- Investigación sobre el Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz (2010), elaborado por Eric Roth, Doctor en Psicología, Vicerrector de la Universidad Católica Boliviana y Bismarck Pinto, Doctor en Psicología, Coordinador del Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento, con una muestra de 215 enfermeras de 7 hospitales en la ciudad de La Paz en la que se establece la relación entre el “burnout”, la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de Investigación

En el Ecuador, el término burnout se ha ido conceptualizando en diferentes organizaciones tanto públicas como privadas, sin embargo es limitada la concepción del trabajador frente a este fenómeno; no obstante es necesario que en principio se identifique los primeros signos de desarrollo del burnout en personal de salud e identificar a aquellos que se establecen como alto riesgo y que podrían ser el blanco de intervenciones tempranas y preventivas.

En el presente estudio se efectuó la metodología de corte transeccional (transversal) en donde se recopilaban los datos en un momento dado; con carácter exploratorio (exploración inicial en un momento específico) y descriptivo (selección de una serie de cuestiones para medir información sobre cada una); bajo un modelo de diseño no experimental en donde se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos; y, por último de tipo cuantitativo en el que se analizó la información numérica de los instrumentos evaluados.

4.2. Preguntas de Investigación

Dentro del diseño de investigación, se formularon una serie de preguntas que fueron requeridas para posterior análisis y discusión de la muestra:

¿Cuál es la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias? En cuanto al personal médico, el nivel de prevalencia se halla en la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización, en el caso de las enfermeras estas dos dimensiones presentan niveles bajos.

¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout? Entre las características más frecuentes en las personas que experimentan el burnout están: sector de trabajo (público y privado), tipo de contratación (ocasional), situaciones familiares y permisos, valoración (poco) por sus pacientes, por los familiares de sus pacientes, por su colegas, por sus directivos; y

puntuaciones (poco) en cuanto a satisfacción laboral, satisfacción con el apoyo de los directivos, satisfacción con la colaboración entre colegas y satisfacción económica.

¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout? En la población de médicos con burnout, existe una comorbilidad de síntomas somáticos y de la ansiedad.

¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector? En efecto, la persona que experimenta burnout posee apoyo emocional que comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza; y estos factores podrían actuar como un mecanismo protector ante el síndrome.

¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias? En este caso, como métodos de afrontamiento, la persona que padece burnout experimenta 12 de los 14 métodos de afrontamiento: Uso de sustancias, Retirada de Comportamiento, Replanteamiento Positivo, Humor, Religión, Culpa a sí mismo, Autodistracción, Afrontamiento Activo, Negación, Uso de Apoyo Emocional, Desahogo y Planificación.

¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout? Los rasgos de personalidad dominantes en la persona que padece burnout son: Extroversión, Psicotisismo y Sinceridad.

4.3. Población

Participaron en esta investigación 30 sujetos clasificados en 15 Médicos y 15 Enfermeras, todos en servicio activo, y vinculados al Hospital de Clínicas Pichincha de la ciudad de Quito.

4.4. Instrumentos

Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) y

Cuestionario MOS de Apoyo Social, diseñados para aplicar a personal que trabajan en instituciones de salud.

Estos instrumentos de investigación se aplicaron en el siguiente orden, mismos que midieron diferentes ítems y criterios de evaluación:

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Diseñado para recolectar datos personales y laborales respecto a los sujetos encuestados, pertinentes en el estudio del síndrome de burnout.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Utilizado para detectar y medir la existencia del burnout en el individuo, en sus tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal.

Cuestionario de Salud Mental (GHC28)

Utilizado para identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del evaluado.

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Utilizado para evaluar los distintos mecanismos de afrontamiento que posee el individuo ante situaciones adversas.

Cuestionario MOS de Apoyo Social

Utilizado para identificar el apoyo social procedente de la red social, e identificar las cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido): apoyo emocional, apoyo material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y apoyo afectivo.

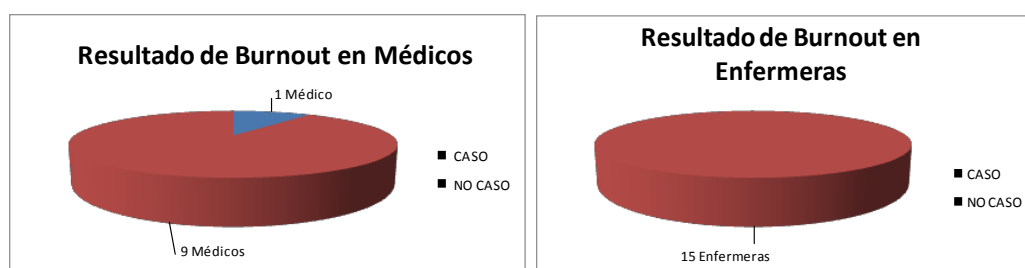
Cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A

Utilizado para evaluar la personalidad del individuo mediante cuatro factores: neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Se aplicó los instrumentos de investigación a 30 profesionales, clasificados en 15 Médicos y 15 Enfermeras; según los resultados obtenidos se identificó que solamente un Médico padece burnout y en el caso de las Enfermeras, ninguna lo padece.

Gráfico N° 1



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
 Autor. Lic. Julio Alvarado

5.1. Caracterización sociodemográfica y laboral

Tabla 1

VARIABLES	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
	FR	VALORES	FR	VALORES	FR	VALORES
Género						
Masculino	10	71%	1	100%	0	0%
Femenino	4	29%	0	0%	15	100%
Promedio de edad		33		29		41
Zona de Vivienda						
Urbana	14	100%	9	100%	15	100%
Rural	0	0%	0	0%	0	0%
Etnia						
Mestizo	14	100%	1	100%	15	100%
Blanco	0	0%	0	0%	0	0%
Afroecuatoriano	0	0%	0	0%	0	0%
Indígena	0	0%	0	0%	0	0%
Estado Civil						
Soltero	7	50%	0	0%	5	33%
Casado	5	36%	1	100%	7	47%
Viudo	1	7%	0	0%	0	0%
Divor/Separado	1	7%	0	0%	2	13%
Unión libre	0	0%	0	0%	1	7%
Con quién vive						
Solo	4	29%	0	0%	1	7%
Con más personas	10	71%	1	100%	14	93%
Promedio de hijos		1		2		1

	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
Remun. salarial						
Diaria	2	14%	0	11%	0	0%
Semanal	0	0%	0	0%	1	6%
Quincenal	0	0%	0	0%	1	7%
Mensual	12	86%	1	100%	13	87%
No recibe	0	0%	0	0%	0	0%
Valor salarial						
0-1000	7	50%	1	100%	14	93%
1001-2000	3	21%	0	0%	1	7%
2001-3000	2	14%	0	0%	0	0%
3001-4000	1	7%	0	0%	0	0%
4001-5000	0	0%	0	0%	0	0%
5001-6000	1	7%	0	0%	0	0%
Promedio años de trabajo		8		5		18
Tipo de Trabajo						
T. Completo	13	93%	1	100%	12	80%
T. Parcial	1	7%	0	0%	3	20%
Sector de Trabajo						
Público	2	14%	0	0%	0	0%
Privado	6	43%	0	0%	14	93%
Ambos	6	43%	1	100%	1	7%
Tipo de Contrato						
Eventual	1	7%	0	0%	0	0%
Ocasional	1	7%	1	100%	1	7%
Plazo fijo	3	21%	0	0%	1	7%
Indefinido	1	7%	0	0%	8	53%
Serv. Profes	2	14%	0	0%	4	27%
Ninguno	6	43%	0	0%	1	6%
Promedio Instit. trabajadas		1		2		1
Promedio horas de trabajo						
Diarias		15		10		7
Semanales		75		70		36
Turnos						
Vespertino	0	0%	0	0%	0	0%
Matutino	0	0%	0	0%	5	33%
Nocturno	1	10%	0	0%	1	7%
Fin de Sem	0	0%	0	0%	0	0%
Rotativo	9	90%	1	100%	3	60%
Guardias Noct. Promedio						
Horas		15		30		3
Días		6		4		4
% de Pacientes diarios						
Ninguno	0	0%	0	0%	0	0%
25%	0	0%	0	0%	0	0%
25 - 50 %	0	0%	0	0%	0	0%
50 - 75 %	2	14%	0	0%	1	7%
75 - 100 %	12	86%	1	100%	14	93%
Promedio ptes. por día		20		30		10
Tipos de pacientes						
Oncológicos	5	10%	1	17%	8	17%
Psiquiátricos	4	8%	1	17%	1	2%
Renales	3	6%	1	17%	6	13%
Quirúrgicos	9	18%	0	0%	7	15%
Cardíacos	6	12%	1	17%	7	15%
Neurológicos	5	10%	1	16%	4	8%
Diabéticos	5	10%	1	16%	9	19%
Emergencias	6	12%	0	0%	1	2%
Intensivos	4	8%	0	0%	0	0%
Otros	4	8%	0	0%	5	9%

	MÉDICOS SIN BURNOUT				MÉDICOS CON BURNOUT				ENFERMERAS SIN BURNOUT			
Pacientes riesgo de muerte												
Si	12			86%	1			100%	6			40%
No	2			14%	0			0%	9			60%
Pacientes Fallecidos												
Si	8			57%	1			100%	5			33%
No	6			43%	0			0%	10			67%
Promedio ptes. fallecidos	1				2				1			
Recursos Necesarios												
Totalmente	7			50%	0			0%	11			73%
Medianamente	6			43%	1			100%	4			27%
Poco	1			7%	0			0%	0			0%
Nada	0			0%	0			0%	0			0%
Permisos												
Si	6			46%	1			100%	7			47%
No	7			54%	0			0%	8			53%
Causas Capacitación												
Problemas de Salud	0			0%	0			0%	0			0%
Situación Familiar	5			83%	0			0%	4			57%
Otros	0			0%	1			100%	3			43%
	1			17%	0			0%	0			0%
Promedio días de permiso	3				3				4			
	Nada	Poco	Bastante	Totalmente	Nada	Poco	Bastante	Totalmente	Nada	Poco	Bastante	Totalmente
Valoración pacientes	0%	21%	21%	57%	0%	100%	0%	0%	0%	27%	33%	40%
Valoración familiares de pacientes	0%	21%	36%	43%	0%	100%	0%	0%	0%	27%	33%	40%
Valoración colegas	0%	8%	69%	23%	0%	100%	0%	0%	0%	7%	47%	13%
Valoración directivos	46%	8%	31%	15%	0%	100%	0%	0%	20%	33%	47%	0%
Satisfacción con el trabajo	14%	7%	7%	71%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	40%	60%
Satisfacción interacción con paciente	0%	7%	50%	43%	0%	0%	100%	0%	0%	7%	40%	53%
Satisfacción apoyo directivos	31%	38%	23%	8%	0%	100%	0%	0%	13%	60%	27%	0%
Satisfacción colaboración colegas	8%	23%	46%	23%	0%	100%	0%	0%	7%	53%	27%	13%
Satisfacción experiencia	8%	0%	50%	42%	0%	0%	100%	0%	0%	40%	40%	20%
Satisfacción económica	21%	29%	36%	14%	100%	0%	0%	0%	27%	53%	7%	13%

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

Médicos sin Burnout

Los resultados obtenidos referente a la caracterización sociodemográfica y laboral en cuanto a la población de médicos sin burnout, fueron los siguientes: el 71% de la población fueron de sexo masculino y el 29% fueron de sexo femenino, el promedio de edad observado fue de 33 años. El 100% resultó vivir en zonas urbanas y pertenecer a la etnia mestiza.

El 29% vivían solos y un 71% vivían con más personas, tienen en promedio un hijo. Con relación al estado civil el 50% eran solteros, el 36% casados, el 7% viudos y el 7% restante divorciados o separados.

El 14% de dicha población perciben diariamente su remuneración salarial y el 86% mensualmente; de los cuales el 50% perciben entre \$0-1000, el 21% entre \$1001-2000, el 14% entre \$2001-3000, el 7% entre \$3001-4000 y el 7% restante entre \$5001-6000.

Existe un promedio de 8 años de trabajo para la población de médicos sin burnout quienes trabajan a tiempo completo el 93%, y un 7% a tiempo parcial; y sectorizados a nivel público con el 14%, privado con el 43% y ambos con el otro 43%.

Su modalidad de contratación corresponde a un 7% eventual, 7% ocasional, 21% plazo fijo, 7% indefinido, 14% servicios profesionales y un 43% a ninguno, y en promedio trabajan en una sola institución.

En promedio, la población de médicos sin burnout, trabajan 15 horas diarias y 75 semanales, con turnos en la noche el 10%, y el 90% con turnos rotativos. Durante la jornada de trabajo, el 14% de esta población dedican a la atención de sus pacientes entre el 50-75%, y el 86% entre el 75-100%, atendiendo un promedio de 20 pacientes por día, y a su vez realizan guardia 15 horas cada 6 días.

El 86% de esta población atienden a pacientes que tienen un alto riesgo de muerte y el 14% no lo ha hecho. El porcentaje de tipos de pacientes que atienden regularmente son: 10% oncológicos, 8% psiquiátricos, 6% renales, 18% quirúrgicos, 12% cardíacos, 10% neurológicos, 10% diabéticos, 12% emergencias, 8% cuidados intensivos y el 8% restante otro tipo de pacientes. El 57% han tenido casos de pacientes fallecidos mas no el 43%, con un promedio de dos pacientes fallecidos.

En temas de recursos necesarios, el 50% confirmaron que la institución si los provee en su totalidad, mientras que el 43% manifestaron que lo proveen medianamente y un 7% que proveen poco.

Durante el último año, el 46% de la población de médicos sin burnout han solicitado permisos a causa de problemas de salud (83%), y a causa de otros motivos el 17%; sin embargo el 54%. no lo ha hecho. El promedio de días de permiso solicitados han sido tres días.

En cuanto a valoraciones, se sitúan en los siguientes niveles: cuan valorado por sus pacientes: poco (21%), bastante (21%) y totalmente (57%); cuan valorado por los familiares de sus pacientes: poco (21%), bastante (36%) y totalmente (43%); cuan valorado por sus colegas: poco (8%), bastante (69%) y totalmente (23%); cuan valorado por los directivos: nada (46%) poco (8%), bastante (31%) y totalmente (15%); satisfacción por el trabajo: nada (14%) poco (7%), bastante (7%) y totalmente (71%); satisfacción en su interacción con los pacientes: poco (7%), bastante (50%) y totalmente (43%); apoyo directivos: nada (31%) poco (38%), bastante (23%) y totalmente (8%); satisfacción colegas: nada (8%) poco (23%), bastante (46%) y totalmente (23%); satisfacción experiencia: poco (8%), bastante (50%) y totalmente (42%); satisfacción economía: nada (21%), poco (29%), bastante (36%) y totalmente (14%).

Médicos con Burnout

Los resultados obtenidos referente a la caracterización sociodemográfica y laboral, dentro de la muestra de médicos con burnout, reflejó que solamente un médico representa a esta población, el cual obtuvo los siguientes resultados: sexo masculino, casado, de 29 años de edad, reside en zona urbana, pertenece a la etnia mestiza, viven con más personas, y tiene dos hijos.

En cuanto a la remuneración salarial, dicho médico percibe mensualmente de entre \$0-1000. Trabaja en promedio 5 años, a tiempo completo en ambos sectores (público y privado). Su modalidad de contratación corresponde a servicios ocasionales, y en promedio trabaja en dos instituciones, 10 horas diarias y 70 semanales, en turnos rotativos.

Durante la jornada de trabajo, dedican a la atención de sus pacientes entre el 75-100%, atendiendo un promedio de 30 pacientes por día, y a su vez realizan guardia 30 horas cada 4 días.

Atiende a pacientes que tienen un alto riesgo de muerte y ha presenciado la muerte de dos pacientes en los últimos meses. Entre los tipos de pacientes que atiende regularmente están: 17% oncológicos, 17% psiquiátricos, 17% renales, 18%, 17% cardíacos, 16% neurológicos y 16% diabéticos.

Afirma que la institución provee medianamente recursos necesarios. Asimismo, durante el último año, ha solicitado tres días de permiso por cuestiones familiares.

En cuanto a valoraciones, refleja “poco” a cuan valorado por sus pacientes, cuan valorado por los familiares de sus pacientes, cuan valorado por sus colegas, cuan valorado por los directivos, satisfacción por el trabajo, apoyo directivos y satisfacción colegas; sitúa en el nivel de “bastante” a: satisfacción en su interacción con los pacientes y satisfacción experiencia, y en el nivel “nada” a satisfacción económica.

Enfermeras sin Burnout

En cuanto a la caracterización sociodemográfica y laboral, la población de enfermeras sin burnout arrojó los siguientes resultados: el 100% de la población fueron de sexo femenino, resultaron vivir en zonas urbanas y pertenecer a la etnia mestiza; la edad promedio fue de 41 años.

Con respecto al estado civil, el 33% eran solteras, el 47% casadas, el 13% divorciadas o separadas y un 7% unión libre; manifestaron vivir solas un 7%, mientras que el 93% manifestó vivir con más personas, en promedio tenían un hijo.

El 87% de dicha población perciben mensualmente su remuneración salarial, el 6% semanal, y el 7% quincenal; de los cuales el 33% perciben entre \$0-1000, y un 7% entre \$1001-2000. Existe un promedio de 18 años de trabajo y trabajan a tiempo completo el 80%, y el 20% restante a tiempo parcial.

El sector en el que trabajan es privado (93%) y ambos (público y privado) el 7%. Su modalidad de contratación corresponde a: 7% ocasional, 7% plazo fijo, 53% indefinido, 27% servicios profesionales y un 6% a ninguno, y en promedio trabajan en una sola institución.

En promedio, dicha población, trabajan 7 horas diarias y 36 semanales, con turnos matutinos el 33%, nocturnos el 7% y rotativos el 60%. Durante la jornada de trabajo, el 7% de esta población dedican a la atención de sus pacientes entre el 50-75%, y el 93% entre el 75-100%, atendiendo un promedio de 10 pacientes por día, y a su vez realizan guardia 3 horas cada 4 días.

El 40% atienden a pacientes que tienen un alto riesgo de muerte mas no el 60%. El porcentaje de tipos de pacientes que atienden regularmente son: 17% oncológicos, 2% psiquiátricos, 13% renales, 15% quirúrgicos, 15% cardíacos, 8% neurológicos, 19% diabéticos, 2% emergencias y el 9% restante otro tipo de pacientes.

El 33% de la población de enfermeras sin burnout han tenido casos de pacientes fallecidos mas no el 67%. Los resultados reflejaron que en promedio han tenido un paciente fallecido.

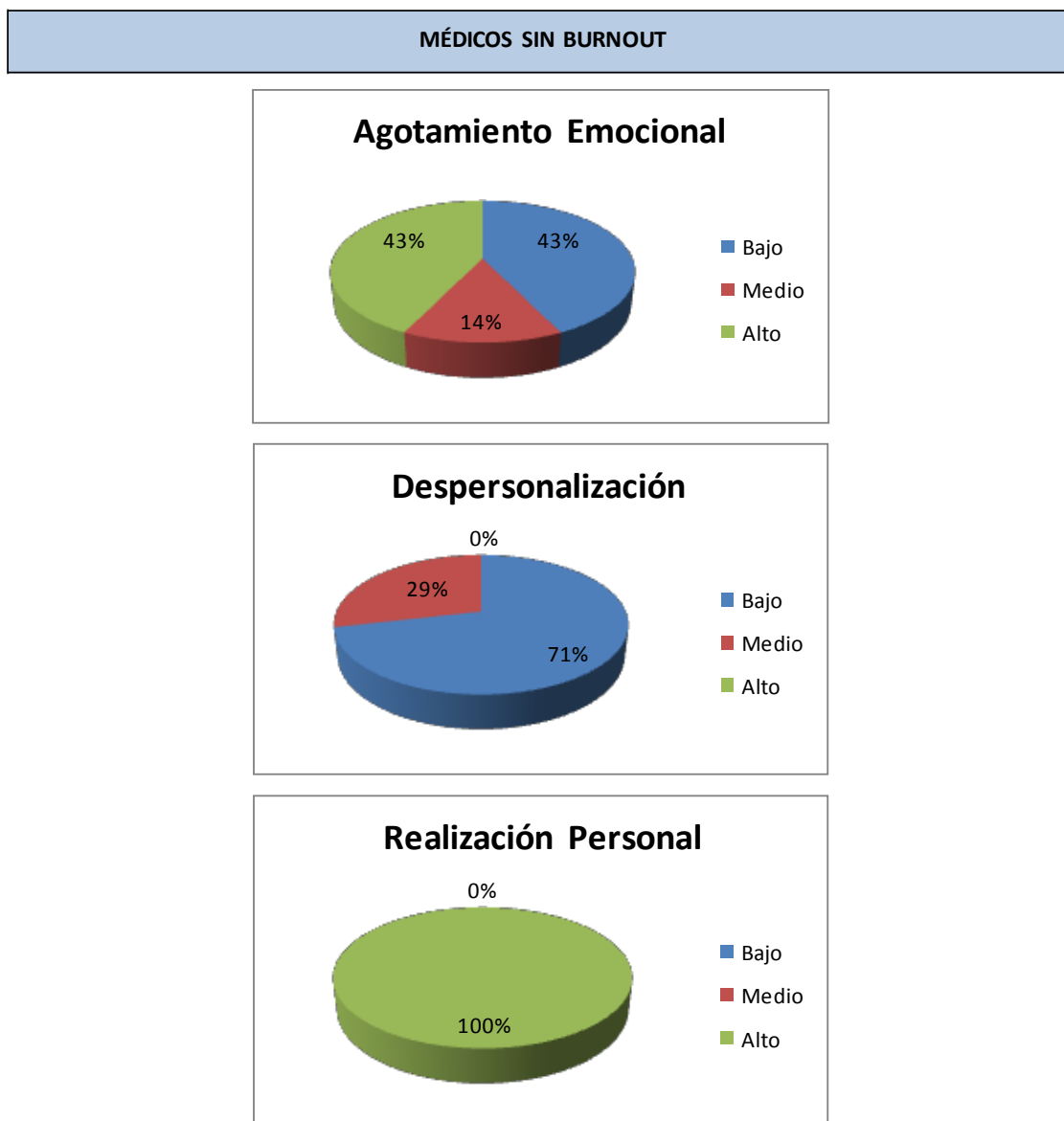
En temas de recursos necesarios, el 73% confirmaron que la institución si los provee en su totalidad, mientras que el 27% manifestaron que lo proveen medianamente.

Durante el último año, el 47% de la población de enfermeras sin burnout han solicitado permisos a causa de problemas de salud (57%), y a causa de situaciones familiares (43%); sin embargo el 53%. no lo ha solicitado permisos. El promedio de días de permiso solicitados han sido cuatro días.

En cuanto a valoraciones, se sitúan en los siguientes niveles: cuan valorado por sus pacientes: poco (27%), bastante (33%) y totalmente (40%); cuan valorado por los familiares de sus pacientes: poco (27%), bastante (33%) y totalmente (40%); cuan valorado por sus colegas: nada (7%), poco (47%), bastante (33%) y totalmente (13%); cuan valorado por los directivos: nada (20%) poco (33%) y bastante (47%); satisfacción por el trabajo: bastante (40%) y totalmente (60%); satisfacción en su interacción con los pacientes: poco (7%), bastante (40%) y totalmente (53%); apoyo directivos: nada (13%) poco (60%) y bastante (27%); satisfacción colegas: nada (7%) poco (53%), bastante (27%) y totalmente (13%); satisfacción experiencia: poco (40%), bastante (40%) y totalmente (20%); satisfacción económica: nada (27%) poco (53%), bastante (7%) y totalmente (13%).

5.2. Subescalas del burnout

Gráfico N° 2

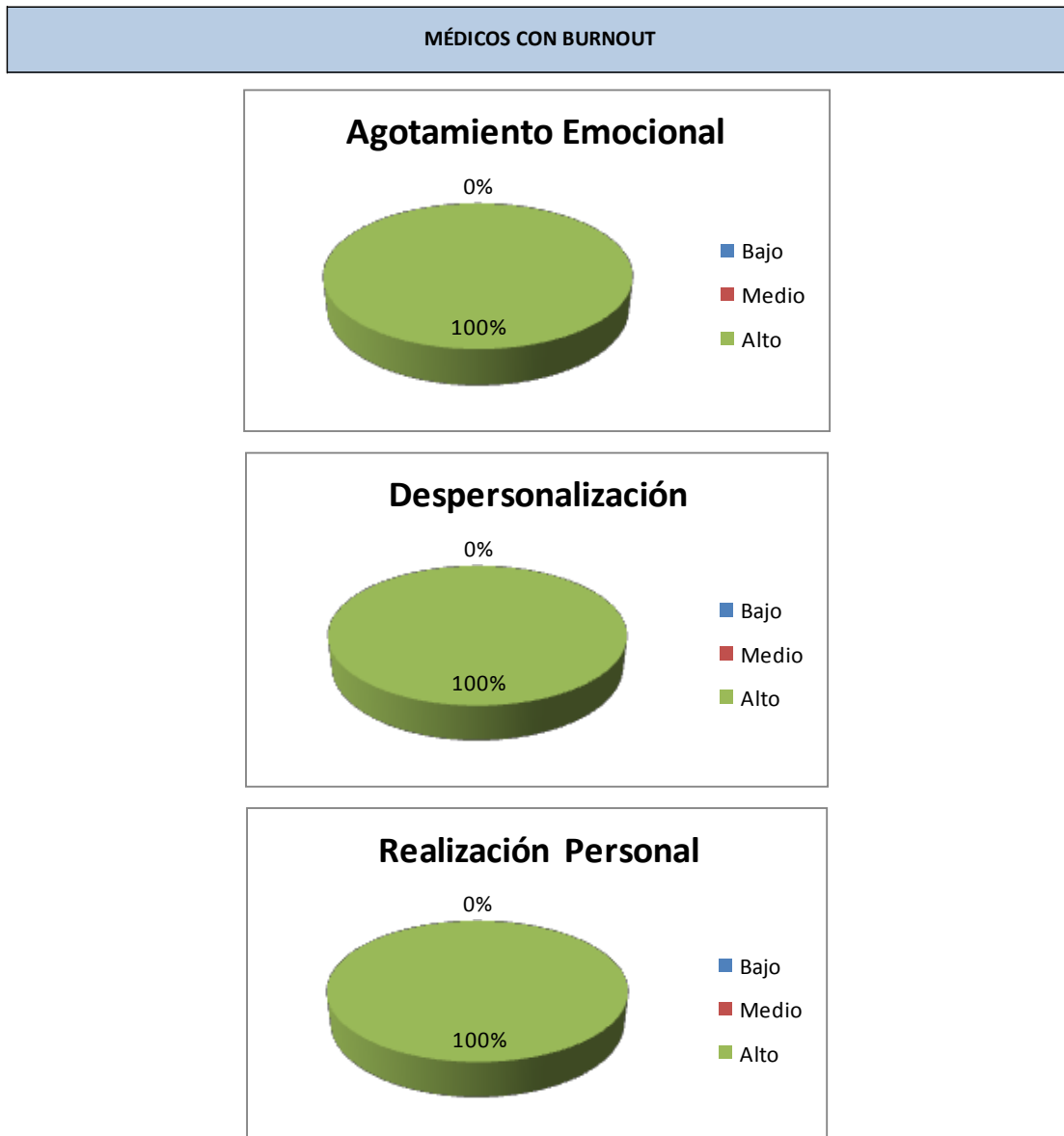


Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

En el Gráfico N° 1 se refleja los siguientes datos: un 14% de la población de médicos sin burnout presentaron niveles altos de agotamiento emocional, mientras que el 43% experimentó presentar niveles bajos y el otro 43% niveles medios. En la dimensión de despersonalización presentaron el 71% niveles bajos, y un 29% niveles medios. Por

último, dicha población en la dimensión de realización personal presentó un nivel alto al 100%.

Gráfico N° 3



Fuente: *Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito*
Autor. Lic. Julio Alvarado

En la muestra se identificó que el médico que padece burnout el cual representa el 100% de dicha población, presenta niveles altos en las tres subescalas del burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.

Gráfico N° 4

ENFERMERAS SIN BURNOUT

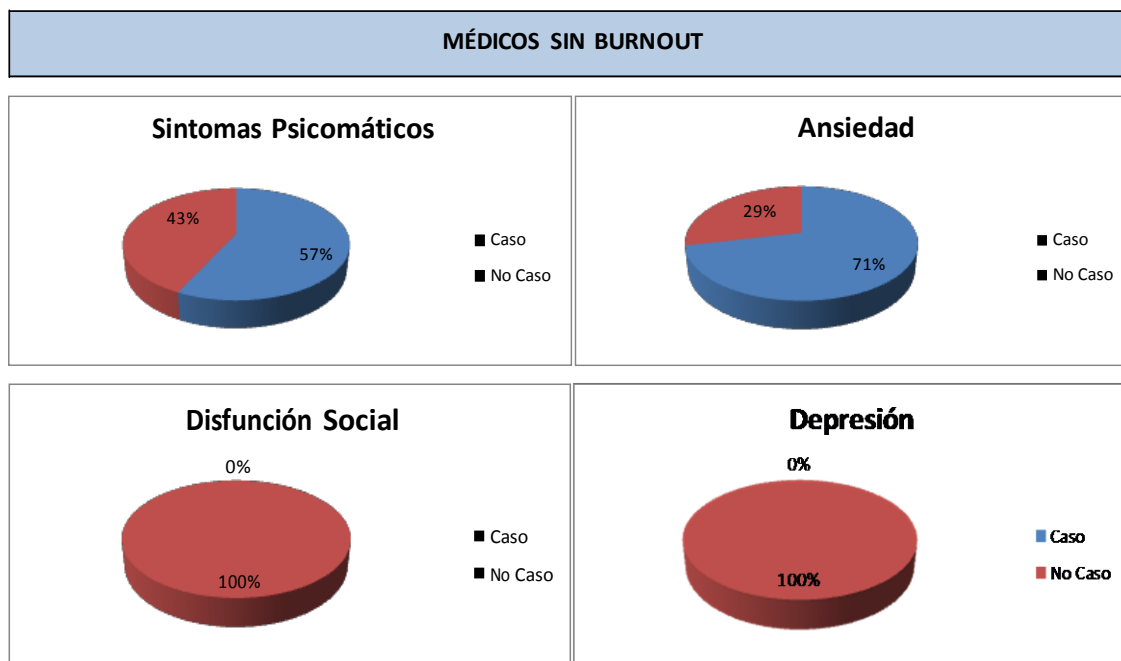


Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

En la población de enfermeras sin burnout, el 67% manifestaron tener niveles bajos de agotamiento emocional, el 27% niveles altos y un 6% niveles medios; en cuanto a la dimensión de despersonalización el 100% de dicha población manifestó tener niveles bajos y en la última dimensión, esto es, realización personal, manifestaron tener un 93% niveles altos y un 7% niveles bajos.

5.3. Salud mental

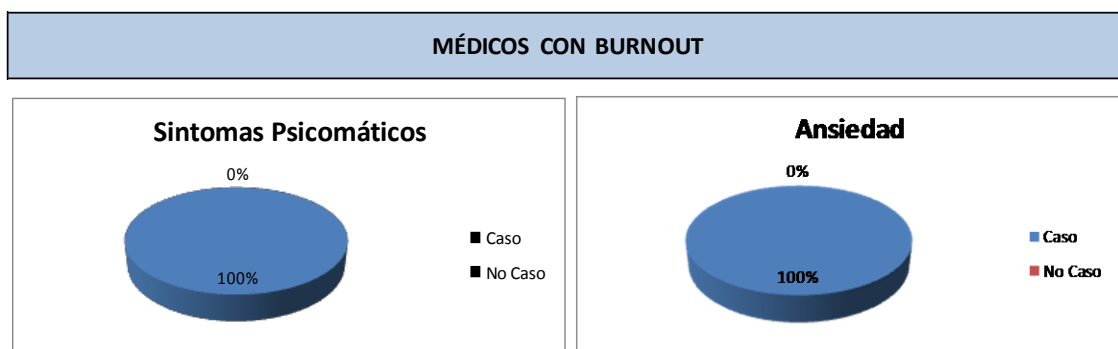
Gráfico N° 5

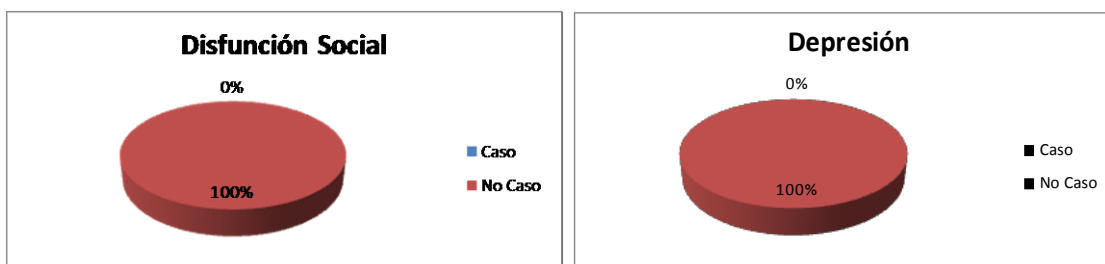


*Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado*

La población de médicos sin burnout presentaron síntomas psicómaticos el 57% y no lo presentaron el 43%; en cuanto a la subescala de ansiedad no presentaron caso el 29% y si lo hicieron el 71%; en las subescalas de disfunción social y depresión el 100% de la población no presentaron caso.

Gráfico N° 6

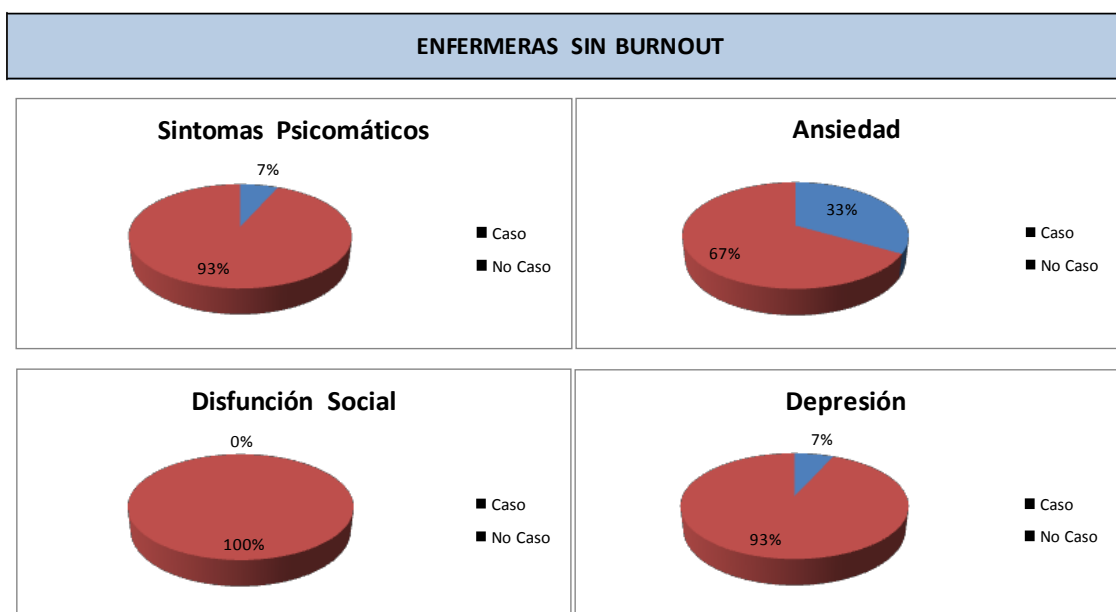




Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
 Autor. Lic. Julio Alvarado

En la muestra, el médico con burnout presentó caso de síntomas psicómaticos y ansiedad al 100%, mientras que en las subescaleas de disfunción social y depresión no presentó caso.

Gráfico N° 7

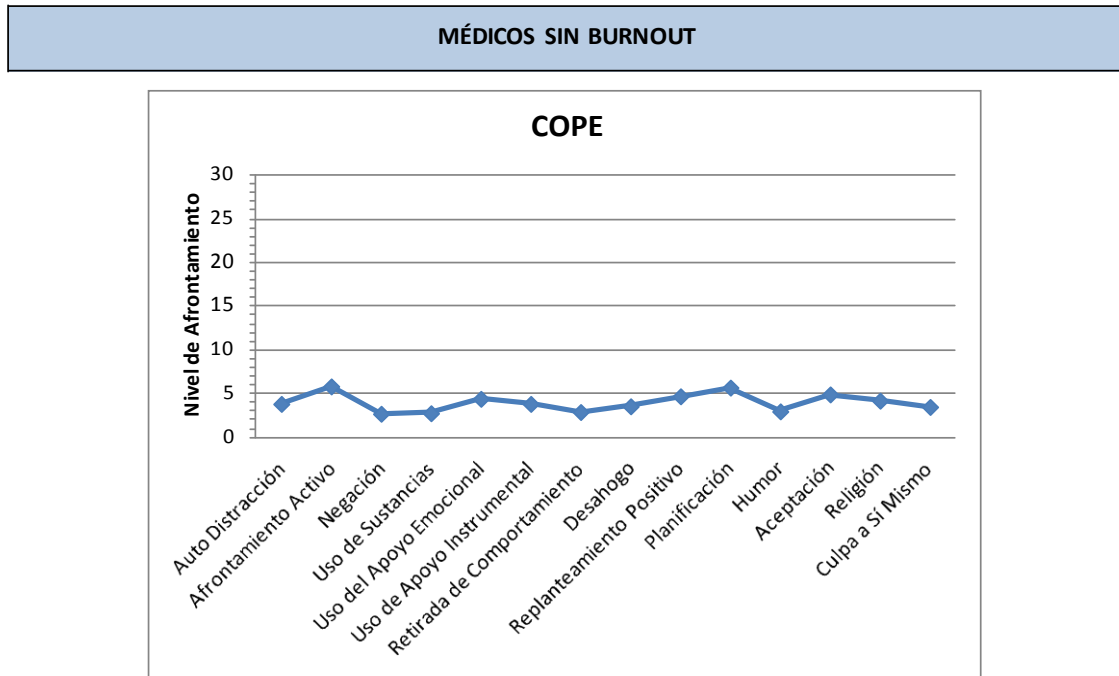


Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
 Autor. Lic. Julio Alvarado

Un 7% de la población de enfermeras sin burnout, presentaron caso de síntomas psicómaticos y depresión, el 93% restante no presentó caso; en cuanto a la subescala de ansiedad, el 33% presentó caso, no así el 67%; y finalmente el 100% de dicha población no presento caso de disfunción social.

5.4. Estilos de afrontamiento

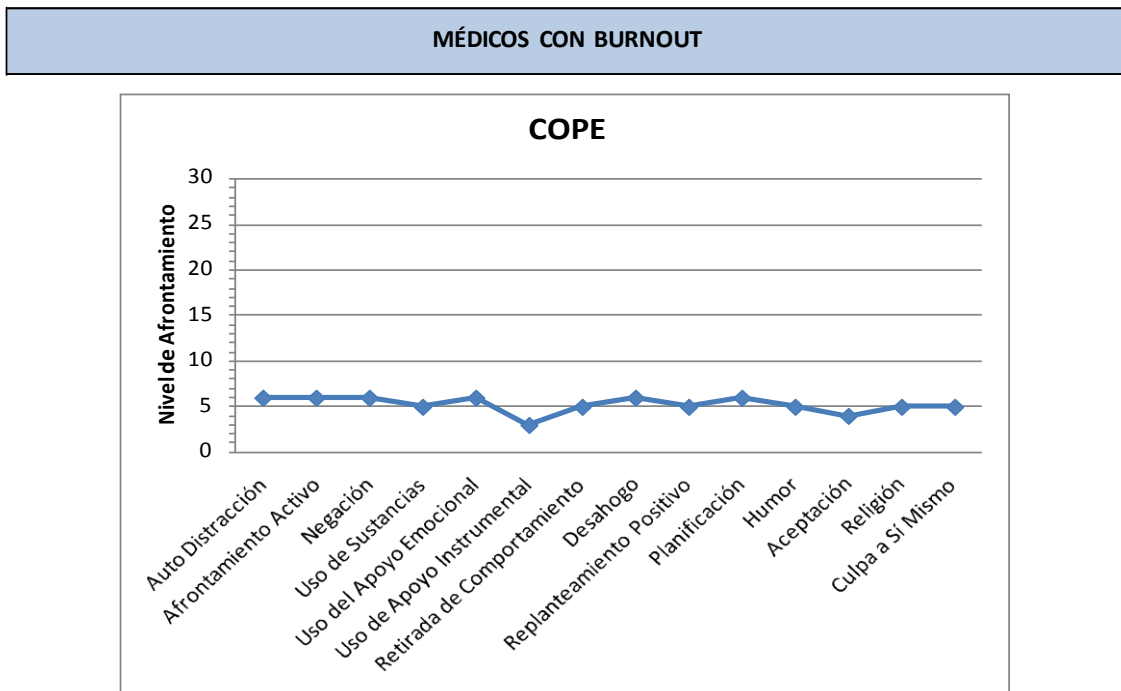
Gráfico N° 8



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

La población de médicos sin burnout presentan puntajes con un punto de corte entre 5-8, como son: Afrontamiento Activo (6p.), Planificación (6p.) y Aceptación (5p.), Replanteamiento Positivo (5p.), y con un punto de corte entre 0-4: Auto Distracción (4p.), Negación (3p.), Uso de Sustancias (3p.), Uso del Apoyo Emocional (4p.), Uso del Apoyo Instrumental (4p.), Retirada de Comportamiento (3p.), Desahogo (4p.), Humor (3p.), Religión (4p.) y Culpa a sí mismo (4p.).

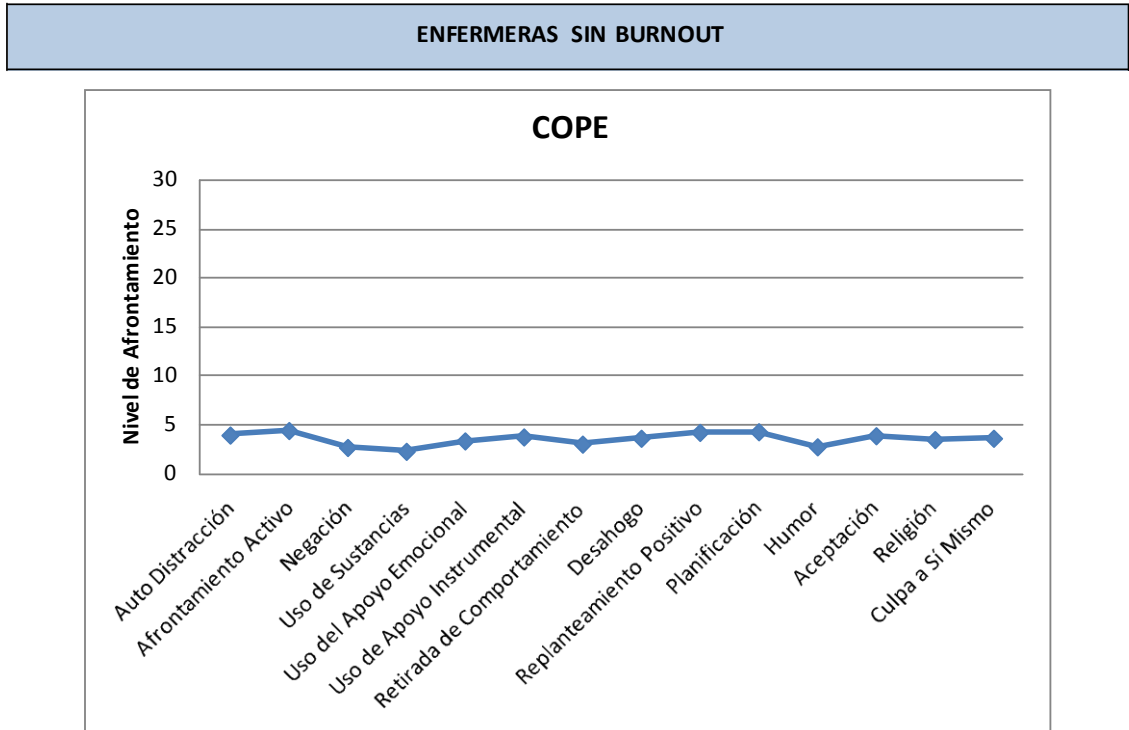
Gráfico N° 9



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

En esta población, en cuanto a las estrategias de afrontamiento se identificó en su mayoría, puntajes con un punto de corte entre 5-8 con excepción de: Uso de Apoyo Instrumental (3p.) y Aceptación (4p.), el resto presentaron los siguientes puntajes: Uso de Sustancias (5p.), Retirada de Comportamiento (5p.), Replanteamiento positivo (5p.), Humor (5p.), Religión (5p.), Culpa a sí mismo (5p.), Auto Distracción (6p.), Afrontamiento Activo (6p.), Negación (6p.), Uso del Apoyo Emocional (6p.), Desahogo (6p.) y Planificación (6p.).

Gráfico N° 10

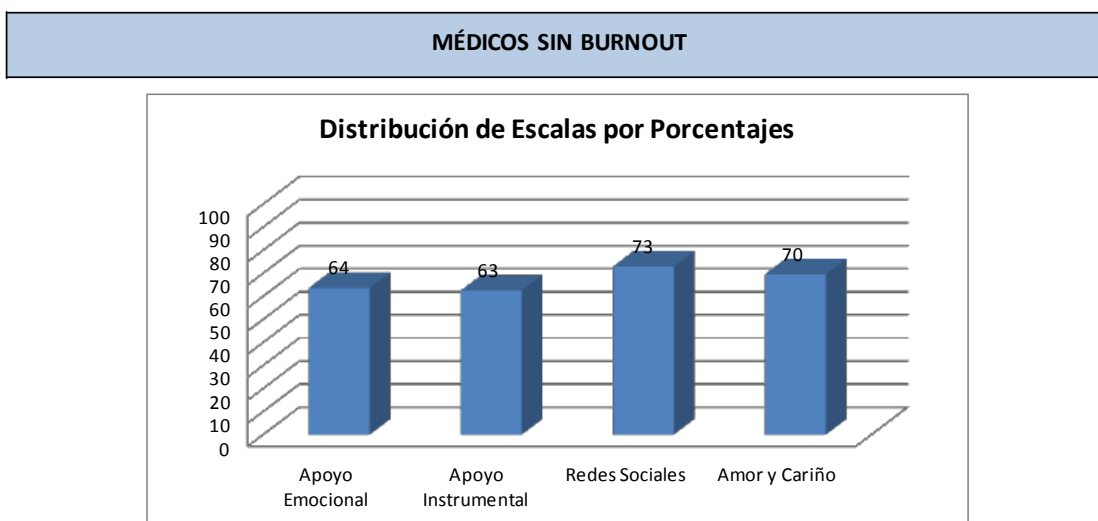


Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

En la muestra, la población de enfermeras sin burnout emplean estrategias de afrontamiento en niveles bajos; así tenemos: Uso de Apoyo Instrumental (4p.), Aceptación (4p.), Uso de Sustancias (2p.), Retirada de Comportamiento (3p.), Replanteamiento positivo (4p.), Humor (3p.), Religión (4p.), Culpa a sí mismo (4p.), Auto Distracción (4p.), Afrontamiento Activo (4p.), Negación (3p.), Uso del Apoyo Emocional (3p.), Desahogo (4p.) y Planificación (4p.).

5.5. Apoyo social

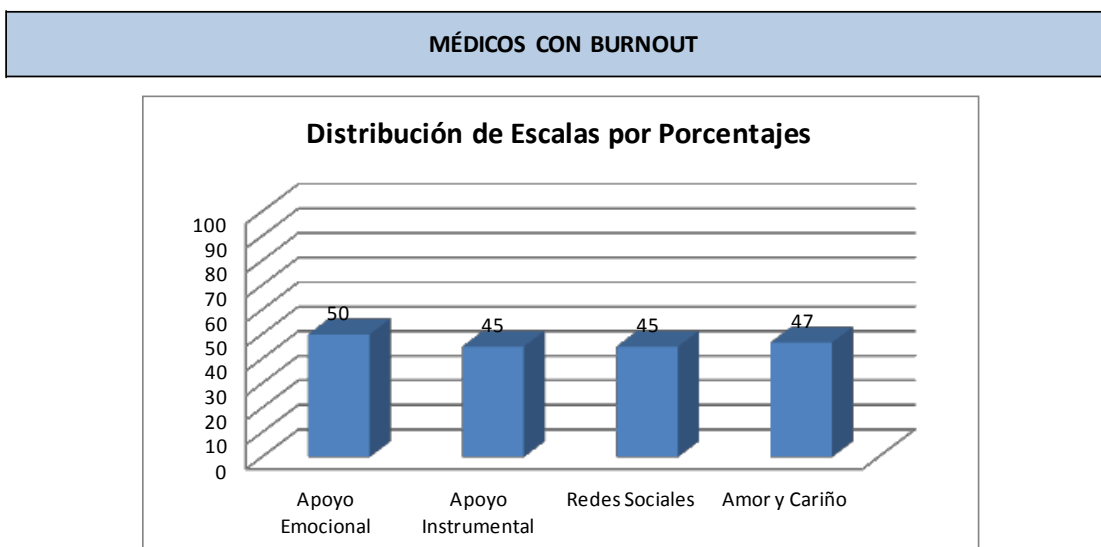
Gráfico N° 11



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

El índice global de la población de médicos sin burnout presentaron porcentajes altos en sus cuatro dimensiones de apoyo social funcional, así: Apoyo emocional con 64, Apoyo instrumental con 63, Redes sociales con 73 y Amor y cariño con 70.

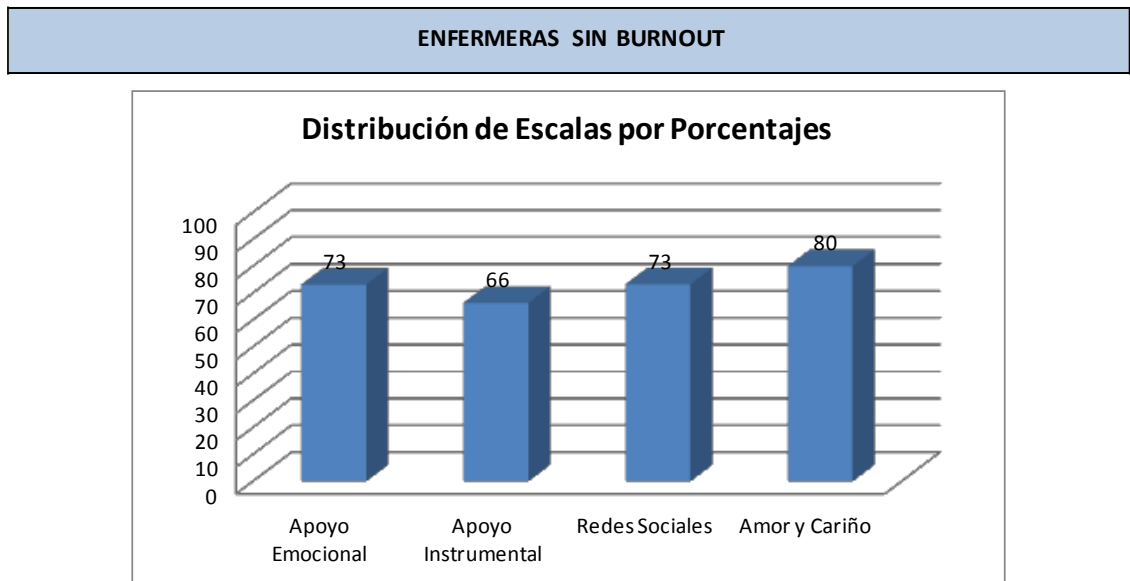
Gráfico N° 12



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

En la muestra, el Gráfico N° 11 refleja que el médico con burnout presentó puntuaciones bajas en cuanto a las dimensiones de: Apoyo instrumental con 45, Redes sociales con 45, y Amor y cariño con 47. En la dimensión de Apoyo emocional arrojó el puntaje de 50.

Gráfico N° 13

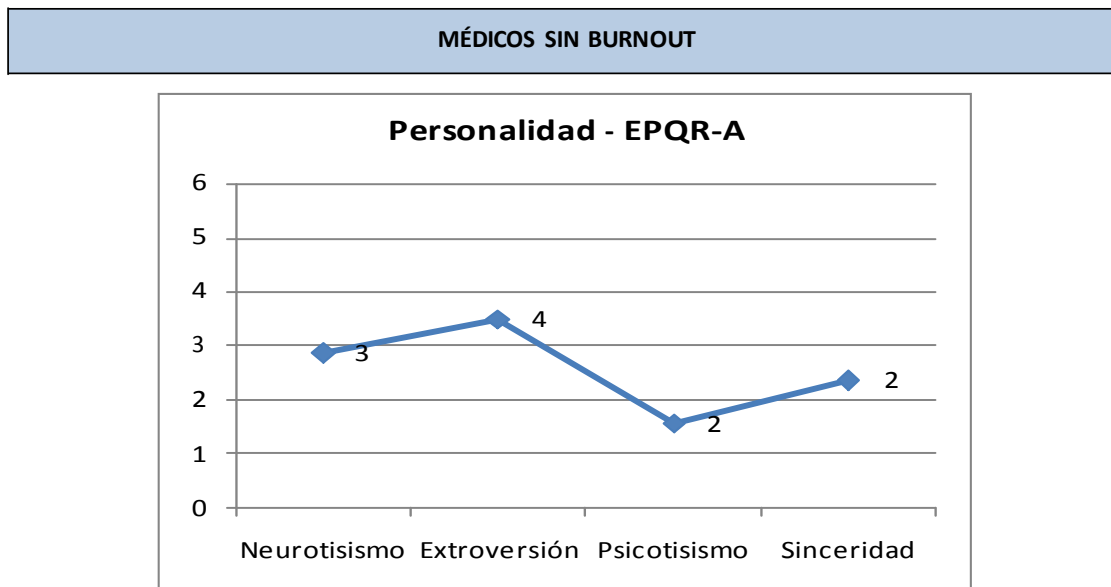


Fuente: *Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito*
Autor. Lic. Julio Alvarado

El índice global de la población de enfermeras sin burnout presentaron porcentajes altos en sus cuatro dimensiones de apoyo social funcional, así: Apoyo emocional con 73, Apoyo instrumental con 66, Redes sociales 73, y Amor y cariño con 80.

5.6. Personalidad

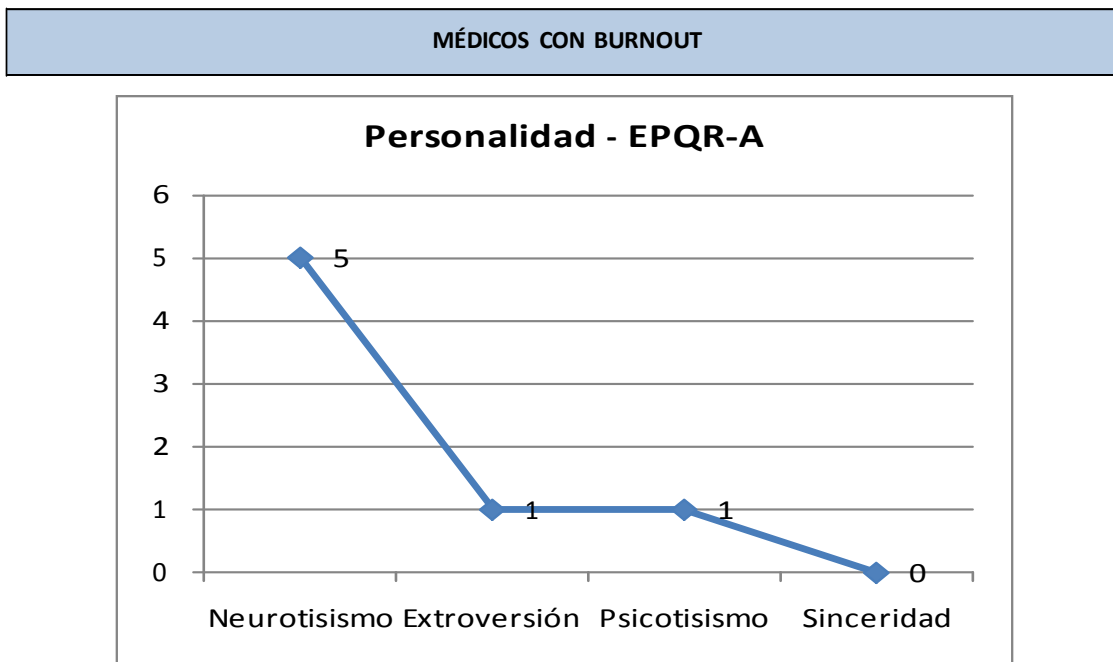
Gráfico N° 14



*Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado*

En la población de médicos sin burnout, los rasgos de personalidad puntuaron lo siguiente: Neurotismo con un puntaje alto equivalente a 3, Extroversión con puntaje bajo equivalente a 4, Psicotismo con puntaje alto equivalente a 2, y Sinceridad con puntaje bajo, equivalente a 2.

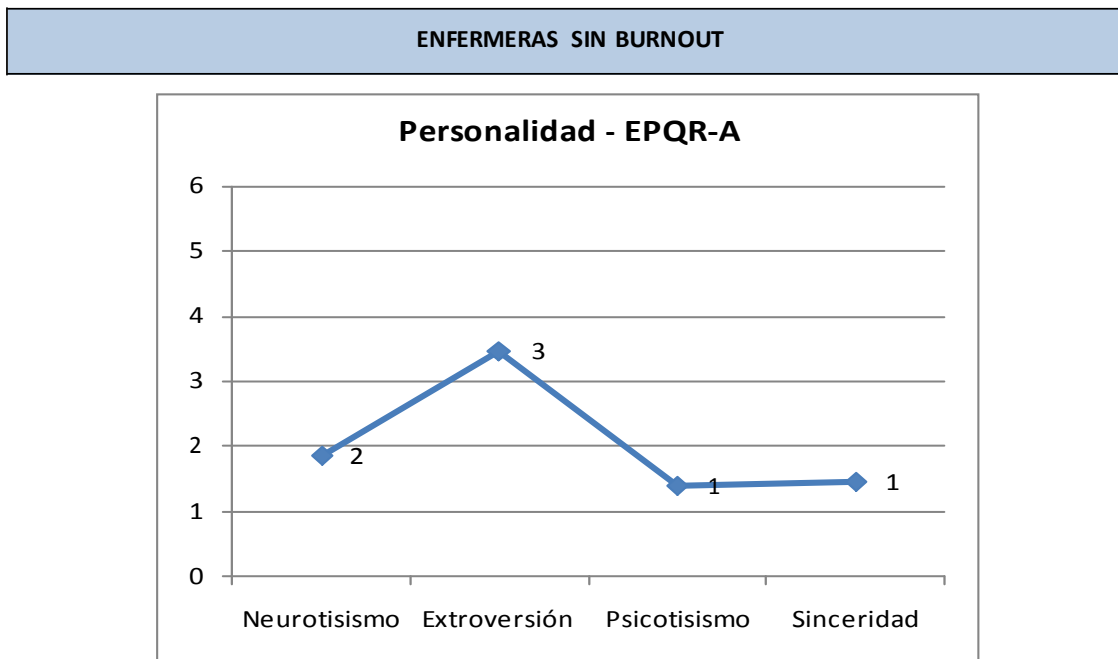
Gráfico N° 15



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

Según el Gráfico N° 14, los rasgos de personalidad evidenciados en el médico con burnout, puntuaron lo siguiente: Neurotismo con un puntaje bajo equivalente a 5, Extroversión con puntaje alto equivalente a 1, Psicotismo con puntaje alto equivalente a 1, y Sinceridad con puntaje alto, equivalente a 0.

Gráfico N° 16



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito
Autor. Lic. Julio Alvarado

En la población de enfermeras sin burnout, los rasgos de personalidad se puntuaron de la siguiente forma: Neurotismo con un puntaje alto equivalente a 2, Extroversión con puntaje alto equivalente a 3, Psicotismo con puntaje alto equivalente a 1, y Sinceridad con puntaje alto, equivalente a 1.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El programa de graduación de la carrera de Psicología, referente al tema “Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito”, cuenta con la participación de aproximadamente 48 egresados, quienes cada uno investigamos una muestra de 30 sujetos vinculados profesionalmente al área de salud, clasificados en 15 médicos y 15 enfermeras, por consiguiente la presente discusión de resultados representa una parte de sujetos investigados a nivel país.

Esta investigación representó un importante paso para conocer los niveles de burnout en nuestro país y poder enfocarnos estratégicamente para afrontar el desgaste laboral. A pesar de no haber encontrado porcentajes representativos de éste fenómeno, ya que solamente presentó caso el 3,33% equivalente a un Médico de Salud, es importante tomar en consideración que este fenómeno va atacando de a poco hasta alcanzar porcentajes considerables, generando graves consecuencias para el trabajador y la organización; sin embargo estos resultados nos revelan la presencia de una alerta temprana del síndrome, para tomar acciones a corto y mediano plazo.

La presente discusión de resultados se efectuó por Especialidad; es decir una comparación entre el Médico con burnout y Médicos sin burnout, y la otra solamente entre Enfermeras sin burnout ya que no se presentaron casos con éste síndrome.

Médicos con y Médicos sin Burnout

Según los resultados obtenidos en esta investigación, se encontró que la única persona que padece el síndrome de burnout es un médico de sexo masculino, que equivale a un rango no relevante de apenas el 3,33% de todo el grupo evaluado. Este resultado es diferente en comparación a las investigaciones señaladas anteriormente en países Latinoamericanos, y más aún si comparamos estos resultados con países como Estados Unidos, Canadá y Europa, donde existe un mayor porcentaje de existencia de este fenómeno.

En este caso, el sujeto que padece el síndrome, presentó niveles altos en las tres dimensiones del burnout: Agotamiento Emocional (AE), Despersonalización (DP) y

Realización Personal (RP); siendo la subescala dominante la de Agotamiento Emocional (AE) por obtener una puntuación de 46 sobre 54 equivalente a un 85%; no así la Subescala de Despersonalización (DP) con un puntaje de 15 sobre 30 equivalente a un 50%; mientras que la subescala de Realización Personal (RP) alcanzó un puntaje de 27 sobre 48 equivalente a un 56%, estos resultados coinciden con la teoría de que el componente más determinante es el agotamiento emocional. (Turnipseed y Moore, 1999).

De los datos extraídos del cuestionario de MBI, pude identificar que los principales factores que inciden en que este sujeto que experimenta el síndrome, se relacionan a un diario agotamiento al final de la jornada, cansancio físico, frustración y agobio por el trabajo, queme importismo hacia los pacientes, sentimientos de culpa de los problemas de los pacientes, endurecimiento emocional y trato a los pacientes como objetos.

Es importante mencionar que dentro de la muestra de médicos sin burnout, 3 de ellos, dos de género masculino y uno femenino, presentaron niveles altos en Agotamiento Emocional y niveles medios en cuanto a Despersonalización, los cuales estarían próximos a desarrollar el síndrome y requieren la aplicación de medidas de cuidado y prevención tanto a nivel institucional como a nivel personal, esta observación la pude identificar al momento de interpretar los Informes Individuales de cada evaluado.

Respecto a las variables sociodemográficas reflejadas en la Tabla N° 1, se evidencia que la presencia del síndrome recae en el sexo masculino mas no en el sexo femenino; y aquí se contradice la teoría que defiende la autora Maslach, quien considera que el cansancio emocional es mayor en las mujeres y la despersonalización en los hombres. (Maslach, 2009). Más bien en este caso se aplicaría la teoría de Pines (1997) que nos dice que no existe diferencia en el nivel burnout en función del sexo, pero sí en las distintas formas de afrontarlo. Sin embargo, el estado civil casado pareció ejercer impacto en el médico con el síndrome, y la explicación podría ser la demanda de factor físico y emocional que amerita la responsabilidad entre lo laboral y lo familiar a comparación de los solteros. También se pudo observar que para ambas poblaciones el tener hijos pudo haber aumentado la realización personal, y a criterio personal, esto involucra madurez, buscar solución a conflictos, cumplir un papel fundamental en la familia, lo cual sería el resultado de obtener altos puntajes en dicha dimensión.

Un factor determinante identificado en el médico con burnout, fue la remuneración salarial, la cual no equipara con el nivel de responsabilidad, jornada laboral y tiempo dedicado a los pacientes. Aunque esta variable tiene relación con la realización personal, también actúa como un causal para generar agotamiento emocional, sumado esto a las guardias y a los horarios rotativos que pudieron haber provocado en el experimentado un estado de ánimo agotador, ya que el privarse del sueño hace que las personas seamos más propensas a cometer errores en tareas rutinarias por el mismo hecho de que nuestra mente está desgastada. Hay que tener en consideración que el 50% de la población de médicos sin burnout también perciben su remuneración dentro de la escala de \$0 a \$1000, y esto puede convertirse en un factor predisponente para el desarrollo del síndrome.

Indiscutiblemente, el bajo grado de valoración que se refleja en los resultados obtenidos por el médico con burnout, inciden en el desarrollo de éste síndrome; estos datos corresponde a un bajo nivel con respecto a la satisfacción con el trabajo, con el apoyo de sus directivos y colaboración colegas, el sentirse valorado por sus pacientes, por los familiares de sus pacientes, y por sus colegas y directivos. Tal cual se mencionó anteriormente respecto a la remuneración salarial, éste sujeto confirma en este apartado valorativo, su insatisfacción económica. El resto de variables sociodemográficas no marcaron diferencias substanciales entre la muestra total de los médicos.

Dado que el médico con burnout experimenta actitudes de desilusión por el trabajo, y sentimientos de frustración y distanciamiento, es común que presente manifestaciones a nivel conductual y actitudinal, en este caso presenta caso probable de síntomas psicómicos y ansiedad, y coincidimos con el autor Garcés de los Fayos (2000,) en que la ansiedad puede incorporarse dentro de la sintomatología del Burnout, y sabemos que esto alude a un estado de agitación e inquietud desagradables. Dentro de estos problemas de salud, el sujeto no presentó caso probable de disfunción social ni depresión. Ahora bien, retrocedamos hasta el tema de los permisos en donde la población de médicos sin burnout habían solicitado por problemas de salud; y guiándonos por el Gráfico N° 5, el 57% de la población de médicos sin burnout, también presentaron caso probable de síntomas psicómicos, y el 71% presentaron caso probable de ansiedad, a pesar que es una presunción, esto nos ayudaría a confirma un hallazgo de un agente estresante que reacciona como alarma, seguida de una fase de resistencia, y que está a punto de caer en un agotamiento. Estos resultados son una luz amarilla para

recomendar se haga un seguimiento a aquellos médicos que están propensos a desarrollar el fenómeno, y desde luego buscar mecanismo de afrontamiento.

A pesar de que el médico con burnout utiliza en algunos casos las estrategias de afrontamiento significativamente, el factor de despersonalización y agotamiento emocional conllevan a que también utilice estrategias de evitación-escape, y esto hace que el sujeto tienda a abandonar sus esfuerzos, alejándole de sus metas y rechazando la realidad de la situación fuente de estrés. En sentido contrario sucede con la población de médicos sin burnout, quienes utilizan los mecanismos de defensa de manera positiva, resultando que tanto unas estrategias como otras se correlacionen significativamente; aquí se pone en marcha estrategias liberadoras de emociones, y a su vez centradas en el problema por tal razón minimizan sus sentimientos de “quemarse”.

La teoría defendida por Gil-Monte & Peiró (1997) en la que señala que la falta de apoyo de compañeros de trabajo, supervisores, de la dirección o administración de la organización, e inclusive familia, puede propiciar la aparición del síndrome de burnout, aquí coincide con los resultados obtenidos en el sujeto quemado; ya que esta variable estaría facilitando los efectos del estrés sobre el desgaste, así como los efectos protectores sobre el agotamiento emocional. Si relacionamos la ayuda material o instrumental con la estrategia de uso de apoyo instrumental, ambas no funcionan como un mecanismo protector ante el síndrome, tan solo el sujeto posee la red social de apoyo emocional que comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza, que podría ser el comienzo a un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, al no poseer apoyo social que permita evaluar adecuadamente el entorno social y las actitudes hacia los demás, desencadenan los efectos del síndrome de burnout; mientras que los médicos sin burnout cuentan con un buen círculo social, que les permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, todo esto debido a una buena comunicación interpersonal que modula los efectos negativos del estrés sobre la salud.

En el tema de rasgos de personalidad, el resultado de que el sujeto con burnout sea una persona con baja empatía, hostil, agresiva, que carece de sentimientos; se corrobora con el resultado de altos niveles de despersonalización ya que estos sentimientos lo alejan de unirse al equipo de trabajo y a los objetivos organizacionales; sin embargo no es regla general ni tampoco en todos los casos el psicotimismo generan despersonalización o agotamiento, ya que la muestra de médicos sin burnout también presentan este tipo de

rasgos inclusive acompañados de ser ansiosos, deprimidos, con poca autoestima, tímidos y autocríticos y sus resultados no identifican burnout; lo que quiere decir que estas personas utilizan mejor sus estrategias de afrontamiento para que ataquen directamente a sus debilidades y mejoren sus destrezas.

Enfermeras sin Burnout

Estos resultados muestran total diferencia en comparación con el médico con burnout, en estos casos sus niveles de Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal, son normales; estos resultados confirman que ninguna persona está próxima a padecer el síndrome de burnout. En cuanto a las variables sociodemográficas, no evidencian datos significativos que pudieran incidir en desarrollar el síndrome. A criterio personal, el hecho de que la población de Enfermeras tengan en promedio 18 años de servicio, podría ser un factor que les ayude a prevenir el burnout, ya que de alguna forma están adaptadas a su forma de trabajo para afrontar situaciones estresantes, y me lleva a pensar que tienen un alto desarrollo de la competencia de inteligencia emocional para manejar adecuadamente a cada uno de sus pacientes. El hecho de estar tanto tiempo prestando sus servicios en una misma institución, coincide el estar de acuerdo con los recursos necesarios que provee la institución; por ende resultan puntajes bajos en despersonalización y puntajes altos en realización personal. No creo necesario validar este criterio con otros autores, ya que en algún momento dado, hemos vivido personalmente esta experiencia a nivel laboral.

En cuanto a valoraciones, la mayoría de la población ubica ciertas variables en niveles altos (bastante y totalmente) como son: valorada por pacientes, valorada por familiares de pacientes, valoración directivos, satisfacción con el trabajo, satisfacción interacción con los pacientes y satisfacción de experiencia; lo cual determina satisfacción en mayor grado, y esto corrobora a que la población en su gran mayoría mantenga niveles bajos en Agotamiento Emocional y Despersonalización; y niveles altos en Realización Personal.

Cabe recalcar que existe un leve porcentaje de esta población con caso probable de ansiedad (33%), síntomas psicómicos (7%), y depresión (7%); y es probable que formen parte de la población de aquellas enfermeras que se encontraban con problemas de salud (57%), y agotamiento emocional alto (27%). Hipotéticamente hablando, la

población que presenta agotamiento emocional, serían quienes presenten caso probable a estos cuadros clínicos de salud mental.

Asimismo los resultados nos reflejan que las enfermeras manejan en general adecuadas estrategias de afrontamiento ante situaciones adversas, liberadoras de emociones y centradas en el problema; además se observa que prefieren afrontar sus problemas en forma personal por lo que no utilizan estrategias de búsqueda de apoyo. En cuanto a las estrategias menos utilizadas, probablemente se deba a que no sean necesario utilizarlas.

En cuanto al índice global de apoyo social de la población de enfermeras sin burnout encontramos que cuenta con niveles altos, lo cual refleja que el apoyo social funciona como un mecanismo protector para que no se genere el síndrome de burnout, y comparto totalmente el criterio de los autores de la investigación realizada en la Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Concepción de Chile (2009), en donde señalan que el apoyo social proveniente de los superiores influye para que disminuya los niveles de agotamiento emocional y despersonalización causando un efecto positivo en las personas, y por experiencia propia este apoyo genera que también se eleve el apoyo entre compañeros, ya que entre todos forman el gran círculo de darse la mano unos con otros.

Los rasgos de personalidad de esta muestra, responden a rasgos neuróticos, ansiosos, y cambiantes de humor (Neuroticismo), pero también sociables, impulsivos, optimistas, abiertas al cambio (Extraversión); y a pesar de presentar también rasgos de Psicosisismo, se compensan con los rasgos de personalidad, lo cual se demuestra que sus estrategias de afrontamiento son bien manejadas para reducir las respuestas emocionales negativas.

Es importante señalar que en general, las Enfermeras han realizado una mayor comprensión de la interacción de la personalidad y de las estrategias de afrontamiento, y como resultado a esto, han prevenido el desgaste profesional y deterioro psicofísico.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

El presente estudio nos da la pauta para concluir con lo siguiente:

- Es evidente que existe una leve presencia del síndrome de burnout en los profesionales de salud que laboran en el Hospital de Clínicas Pichincha de la ciudad de Quito, que equivale al 3,33%.
- Se observó que en el sujeto con burnout predominó la categoría de cansancio emocional.
- Las variables sociodemográficas no marcaron diferencias substanciales entre el médico con burnout y el resto de médicos sin burnout; excepto aquellas variables como estado civil, tipo de contrato y satisfacción económica en las que si existió asociación estadística.
- El total de la muestra de médicos presentaron niveles altos de caso de ansiedad y síntomas psicosomáticos.
- Se observó que el total de la población de médicos presentan rasgos de psicoticismo.
- El médico con burnout no presenta un adecuado manejo de las estrategias de afrontamiento.
- Con estos antecedentes se pudo concluir que dentro del Hospital de Clínicas Pichincha, existe en general un buen equilibrio entre demanda laboral y recurso personal que impiden se desarrolle en gran medida el síndrome; ya que los sujetos hacen funcionar sus estilos de personalidad como factores protectores o condicionantes en la aparición de éste fenómeno.

7.2. Recomendaciones

- Se recomienda que la institución de salud a través de las áreas de recursos humanos, salud ocupacional y docencia médica, presten atención a las metas profesionales planteadas por cada médico y enfermera; y éstas se validen con los resultados obtenidos en su evaluación del desempeño; para luego analizar aquellos casos en donde exista un bajo rendimiento laboral y examinar sus causales; con el fin de proponer mejoras y trabajar paralelamente entre empleado e institución en cuanto a desarrollar sus habilidades y destrezas, mejorar sus debilidades y trabajar en su inteligencia emocional.
- Sabemos que la personalidad influye en nuestras emociones, actitudes y pensamientos, porque configura las estrategias e interviene en el éxito de las mismas, por lo que es recomendable para el caso de aquellas personas que presentaron Neuroticismo, prestarles mayor apoyo psicológico y social, con el objetivo de intervenir para modificar sus acciones y estrategias, y puedan encontrarse en las mejores condiciones para realizar su trabajo.
- Otra importante medida de acción, sería que la Institución a través del Área de Capacitación, programe talleres relacionados al desarrollo de competencias tanto para los empleados como para las Jefaturas; es recomendable que para los empleados dichos talleres contemplen competencias como: Orientación al logro, manejo del tiempo, autocontrol y solución de problemas, las cuales ayudan a formar en los empleados una cultura de actitud constructiva, positiva y organizada, ejecutando soluciones efectivas constantes y regulando sus propias emociones; mientras que a nivel de jefaturas se trabajaría en desarrollar competencias tales como: Gestión del desempeño y liderazgo, las cuales ayudan a generar en su equipo de trabajo un ambiente de confianza y apoyo mutuo, y también realizar acciones para mejorar la motivación y el desempeño de los empleados.
- Finalmente es recomendable que en un par de meses, se evalúe nuevamente al personal que presenta niveles medios en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, acompañados de una muestra más amplia; para que se obtenga resultados más confiables, y se determine medidas y acciones preventivas y correctivas de ser el caso.

8. BIBLIOGRAFÍAS

Alvarez, E. & Fernández, L. (1991). *El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I):* revisión de estudios. *Asociación española de neuropsiquiatría*, 39, 257-265.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th. ed.). Washington, DC: Author.

Canguilhem, G. 1982. *Normal o patológico*. Editora Forense, Rio de Janeiro. En: Caponi, S. (1997). *Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud*. *Histria, Ciencias, Salud*, 4(2), 287-307.

Ceslowitz, S. B. (1989). *Burnout and coping strategies among hospital staff nurses*. *Journal of Advansed Nursing*. 14, 553-557. En: Martínez, P. A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. *Vivat Academia*. 112, 6-7.

Davoine, L., Erhel, C., Guergoat, M. (2008). *La calidad del trabajo según los indicadores europeos y otros más*. *Revista Internacional del Trabajo*. 127, 183–221.

DSM-IV-TR. (2004). *Manual Estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales*. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.

Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. (4ta. Ed.). Editorial Ultra, S.A. 387-390

Fernández, A. (1993). *Salud Mental y Morbilidad Psiquiátrica en personal sanitario*. En: Gestal Otero JJ, editor. *Riesgos del trabajo del personal sanitario* (2da. ed.). Madrid: Interamericana-MacGraw-Hill.

Fredeunberger, H. (1974). *Staff Burnout*. *Journal of social issues*, vol. 30, 159-165. En: Almira, E. & Roca, Ileana. (2008). *Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud del Hospital Universitario "Manuel Fajardo" Hospital Universitario "Cmdte. Manuel Fajardo"*

Freud, S. (1959). *Group psychology and the analysis of the ego*. Londres: Hogarth. En Feldman, R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. (4ta. Ed.). Editorial Ultra, S.A. 387-390

Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote J.C. (2011). *El desgaste profesional del Médico*. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 8, 5-17. Madrid.

Garcés de los Fayos, E. (2000). *Tesis sobre el Burnout*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona.

Karwowski, W. (2001). International Encyclopedia of Ergonomics and Human Factors, 384. En: Hernández, Terán, O., Navarrete, D. & León, A. (2007). *El síndrome de burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*. (3) 51-65.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1984, 1986). *Estrés y procesos cognitivos. El concepto de afrontamiento*. Barcelona, España. Ediciones Martínez Roca, 141. En: Martínez, P. A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. nº 112, 6-7.

Martínez, M. F.; García, M. & Mendoza, I. (1995). *Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces*. Intervención Psicosocial, 4 (2), 47-63.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behaviour, 2, 99-113. En: Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote J.C. (2011). *El desgaste profesional del Médico*. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 8, 5-17). Madrid.

Matteson, M. T. & Ivancevich, J. M. (1987). *Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies*. San Francisco, C.A: Jossey-Bass. En: Martínez, P. A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. nº 112, 6-7.

Moreno, B., Oliver, C. & Aragonese, A. (1991). *El "burnout", una forma específica de estrés laboral*. En G. Buela Casal y V.E. Caballo (eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada*, 271-284. Madrid: Siglo XXI.

Muchinsky, P. M. (2002). *Psicología Aplicada al Trabajo*. Una introducción a la psicología organizacional (6ta. ed.), 331-361.

Ortega, C. & López, F. (2003). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1) 137-160.

Ortega, D. (2006). *Nuevas adicciones, síndromes y trastornos*. Publicaciones Andamio (1ra. ed.), 78, 25-37.

Pines, A.M. (1997). *Gender differences in burnout: Israeli's responses to the Intifada*. *European Psychologist*, 2, 1. En: Agut, S., Grau, R. & Beas, M. (2001). *Burnout en mujeres: un estudio comparativo entre contextos de trabajo y no trabajo*

Rotter, J.B. (1966). *Expectativas generalizadas de control internos o externos de los refuerzos*. *Monografías de Psicología* 80, 609 ss. 94. En: Visdómine, J. & Lozano, C. (2006). *Locus de control y autorregulación conductual*. Revisión conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.6(3), 729-751.

Schröder, Jörg-Peter (2011). *Desgaste Laboral*. Editorial Panamericana, 9-23.

Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Editorial Masson S.A. (5ta. Ed.) 501-530.

World Health Organization Staff (CB), 2005. *Human Resources and Training in Mental Health*. *Mental Health Policy and Services Guidance Package*, 59.

ARTICULOS

Marreno, M. (2004). *¿Está presente el síndrome de burnout en los servicios de neonatología?*. Revista Cubana de Salud y Trabajo, 5(2) 60-62.

PAGINAS WEB

Cox, T., Griffiths, A. & Rial-González, E. (2000). *Research on work-related stress*. European Agency for Safety & Health at Work. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities. En: Mansilla, F. *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. Recuperado de http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_8.shtml.

Da Silva, F. (2001). *El síndrome del Burn Out*. 1-15. Recuperado de <http://www.castalia.org.uy/docs/libros/DrogasyEtica/Presentacion.pdf>

De la Revilla, L., De los Ríos, A. M. & Luna del Castillo, J. D. (2003). *Utilización del Cuestionario General de la Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de la familia*, n° 33(8):417-25. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v33n08a13061584pdf001.pdf>

Edelwich, J. & Brodsky, A. (1980): *Burn-Out. Stages of disillusionment in the helping professions*. New York, NY: Human Science Press. En: Pérez-Camacho, M. (2012). *Origen y consecuencias en el síndrome del desgaste profesional ("burn out")*. Recuperado de <http://eldia.es/2012-01-28/PRENSA/6-Origen-consecuencias-sindrome-desgaste-profesional-burn-out.htm>

Gil, E. (2003). *Sociólogos y Psicólogos advierten que el rol masculino se diluye en las familias españolas*. Recuperado de: http://www.consumer.es/web/es/economia_domestica/2003/03/19/59086.php

Gil-Monte & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis. En Gil-Monte, P., (2006). *Riesgos psicosociales y Síndrome*

de quemarse por el trabajo (*burnout*). Editorial Mexicana S.A. Recuperado de <http://www.uv.es/gilmonte>

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M. & Braga, F. (2009). *El Síndrome Burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos*. Revista Española de Salud Pública, n.º 2, 83: 215-230. Recuperado de <http://saludequitativa.blogspot.com/2009/06/intramed-gilarticulos-el-sindrome-burnout.html>

I.A.S. (2007). *El esfuerzo excesivo*. Boletín informativo confidencial - on line, n.º 207, 2-3. Recuperado de <http://www.ias.org.ar/center/informativos/archivos2007/informativo207-28-27-08-07.htm>

Martínez, P. A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. n.º 112, 6-7. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Maslach, C. (2009). *Comprendiendo el burnout*. Ciencia & Trabajo, 32, 37-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>

Porras, A. (2000). *¿Estás Quemado?* Jornadas Nacionales de Alumnos de Enfermería, Conferencia. Recuperado de <http://antoniopc.blogspot.com/2006/12/estas-quemado.html>

Ribera, D., Cartagena de la Peña, E., Reig, A., Roma, M. T., Sans, I., Caruana, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería*. Edición electrónica Espagraphic, URI: <http://hdl.handle.net/10045/4376>, España. 16-17.

Turnipseed, D. & Moore, J. (1999). *The emotional exhaustion and stress of health care professionals and exploratory study University of Indiana*. On line. Recuperado de: <http://www.sbaer.uca.edu/docs/proceedingsII/97wds515.txt>

Velásquez, M. (2003) *Los riesgos psico-sociales en el trabajo*. Recuperado de: <http://www.areas.com/salud%20laboral/psicosociales2.htm>.

9. ANEXOS



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Indígena Afro ecuatoriano

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera/a

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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



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

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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



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

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

A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? <input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.	B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño? <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.
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante? <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.	B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche? <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.
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas 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.	B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión? <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.
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? <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.	B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado? <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.
A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? <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.	B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? <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.

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

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



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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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



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

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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