



Universidad Técnica Particular de Loja
La Universidad Católica de Loja

TITULACION DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda provincia Bolívar, Periodo 2012”.

Trabajo de fin de titulación.

Autora:

Lara Chávez, Adriana del Carmen.

Director:

Espinoza Iñiguez Jhon Remigio, Lic.

Centro Universitario: Guaranda

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciado.

Espinoza Iñiguez Jhon Remigio, Lic.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo denominado “**Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda Provincia Bolívar, Año 2012** “ realizado por la profesional en formación Lara Chávez Adriana del Carmen; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

.....

Loja, Diciembre del 2012.

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, ADRIANA DEL CARMEN LARA CHAVEZ declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

ADRIANA DEL CARMEN LARA CHAVEZ

0201726957

AUTORÍA

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

ADRIANA DEL CARMEN LARA CHAVEZ

0201726957

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi Madre que con su ejemplo y trabajo, ha apoyado mi formación integral, a mi Hijo quien ha sido la fuente de inspiración, para lograr con éxito la culminación de mis estudios.

Adriana Lara

AGRADECIMIENTO

Al terminar este significativo trabajo de investigación, agradezco a Dios por haberme permitido culminar con éxito una etapa importante en mi vida profesional

A mis padres, esposo e hijo, que se convirtieron en un puntal importante en la terminación de mis estudios.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, al Director de Tesis y a todos los maestros de esta prestigiosa Institución Educativa que aportaron sus sabios consejos y conocimientos.

Al Director del Hospital Alfredo Noboa Montenegro quien me abrió las puertas para realizar el trabajo de investigación, así como también al personal médico y de enfermería quienes dieron sus aportes en la investigación.

Gracias

ÍNDICE

Certificación	ii
Cesión de derechos de tesis de grado	iii
Autoría	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. OBJETIVOS	4
4. MARCO TEÓRICO	5
4.1 Conceptualización del estrés	6
4.1.1 Antecedentes del estrés	6
4.1.2 Tipos de estresores	7
4.1.3 Estrés laboral	8
4.1.4 Desencadenantes del estrés	9
4.1.5 Moduladores del estrés	9
4.1.6 Consecuencias del estrés	10
4.1.7 Medidas preventivas y control del estrés	11
4.1.7.1 Intervención sobre la organización	11
4.1.7.2 Intervención sobre el trabajador	12
4.2 Conceptualización del Burnout	13
4.2.1 Definición del Burnout	13
4.2.2 Delimitación histórica del síndrome de burnout	14
4.2.3 Población propensa al Burnout	15
4.2.4 Fases y desarrollo del síndrome de burnout	15
4.2.5 Características del Burnout	16

4.2.5.1 Causas del Burnout	17
4.2.5.2 Consecuencias del Burnout	17
4.2.6 Modelos explicativos del Burnout	18
4.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout	20
4.2.7.1 Estrategias orientadas a nivel individual	20
4.2.7.2 Estrategias orientadas a nivel organizacional	21
4.3 Conceptualización de las variables de investigación	22
4.3.1 Burnout y la relación con las variables sociodemográficas	22
4.3.2 Variables laborales	23
4.3.3 Motivación y satisfacción	24
4.3.4 Investigaciones realizadas	26
4.4 Burnout y salud mental	28
4.4.1 Definición de salud mental	28
4.4.2 Salud mental y estrés	29
4.4.3 Síntomas somáticos	31
4.4.4 Ansiedad e insomnio	31
4.4.4.1 Ansiedad	31
4.4.4.2 Insomnio	33
4.4.5 Disfunción social	34
4.4.6 Tipos de depresión	34
4.4.7 Investigaciones realizadas	36
4.5 El Burnout y el afrontamiento	37
4.5.1 Definición de afrontamiento	37
4.5.2 Teorías de afrontamiento	38
4.5.3 Estrategias de afrontamiento	39

4.5.4 Investigación realizada	41
4.6 El Burnout y la relación con el apoyo social	42
4.6.1 Definición de apoyo social	42
4.6.2 Modelos explicativos del apoyo social	42
4.6.3 Apoyo social percibido	44
4.6.4 Apoyo social estructural	44
4.6.5 Investigación realizada	45
4.7 El burnout y la relación con la personalidad	47
4.7.1 Definición de personalidad	47
4.7.2 Tipos de personalidad	48
4.7.3 Patrones de conducta	50
4.7.3.1 Patrón de conducta tipo B	50
4.7.3.2 Patrón de conducta tipo C	50
4.7.4 Locus del control	50
4.7.5 Investigación realizada	51
5. METODOLOGÍA	52
5.1 Contexto	53
5.2 Diseño Metodológico	54
5.3 Preguntas de investigación	55
5.4 Objetivos de la investigación	55
5.5 Población	56
5.6 Instrumentos	56
5.7 Procedimiento	58
6. RESULTADOS OBTENIDOS	60
7 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	75

8 CONCLUSIONES	81
9. RECOMENDACIONES	84
10 BIBLIOGRAFÍA	86
11 ANEXOS	90

1. RESUMEN

El presente trabajo de investigación es la Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro la ciudad de Guaranda, tuvo como objetivo principal Identificar el nivel del Burnout en los profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno.

La metodología utilizada llevó un corte transaccional, con carácter exploratorio y descriptivo; bajo un modelo de diseño no experimental. La población evaluada fueron 30 profesionales de la salud entre ellos 15 Médicos y 15 enfermeras, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos: el cuestionario de Variables Socio demográficas y Laborales, Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), la Escala de Salud Mental (GHQ-28), la escala Multidimensional de evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social y el cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck. (EPQR-A), instrumentos que sirvieron para lograr el propósito de la investigación.

El análisis de resultados demostró que en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro no hay prevalencia del síndrome de Burnout gracias a que los profesionales de la salud cuentan con apoyo social significativo.

2. INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la escuela de psicología, plantea para el presente periodo **(Mayo 2012- Diciembre 2012)** el programa de graduación “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”.

Esta investigación recopila información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de Burnout (desgaste profesional del trabajador), pues ocupa una de las principales causas de enfermedad laboral, absentismo.

El trabajo en hospitales puede ser considerado como intrínsecamente estresante, ya que conlleva estar en contacto con el dolor y hasta con la muerte (Rojas y Villanueva, 1998), aunque también con el alivio y la vida, sobre todo en un hospital que brinda atención a la población que no cuentan con seguridad social ni con recursos para acudir a la medicina privada.

Aunado a las tareas, los profesionales de la salud enfrentan otros estresores asociados a la organización propia de las instituciones de salud, tales como largas jornadas, cambio de turno, poco poder y control en su trabajo, así como faltantes de medicamentos y materiales de curación, como resultado de ello, parecen estar susceptibles a alto riesgo de estrés e incluso a padecer Burnout.

La presente investigación se realizó con la participación de profesionales que se desempeñan en el ámbito de la salud tales como, médicos y enfermeras. En este estudio se analizó e identificó la presencia del Burnout y los factores de riesgo relacionados con la aparición de este fenómeno en la ciudad de Guaranda.

En estudios realizados con esta temática en los referente a la prevalencia de Burnout a nivel de Iberoamérica podemos indicar los siguientes datos: en los médicos residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú Colombia, Guatemala y

El Salvador presentaron prevalencia entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones Medicina tuvo prevalencia del 12,1% y Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias 17% e internistas 15,5%.(Grau, A, Flichtertrei, D, Suñer, R, Prats, M y Braga, F, 2007)

Lo anterior es una muestra de cómo el Síndrome del Burnout, tiene una importante incidencia sobre los profesionales de la salud, de ahí que resulte muy beneficioso y pertinente este estudio si tenemos en cuenta que este padecimiento puede incidir negativamente en el correcto desempeño laboral del personal del ámbito sanitario; a partir de que genera toda una serie de síntomas molestos que pueden generar un desequilibrio psíquico sustancial que interfiera negativamente en la praxis cotidiana de cualquier profesional.

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el Burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

Los resultados obtenidos permiten aportar con recomendaciones sobre las medidas preventivas y el manejo de situaciones estresantes.

3. OBJETIVOS

3.1. General

- Identificar el nivel del Burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

3.2. Específicos

- Determinar el estado de salud mental de los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el Burnout.

4.MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

4.1.1 Antecedentes y definición del estrés.

En 1910, el Medico William Osler relacionó la angina de pecho con el estilo de vida que llevaban los hombres de negocio en Londres y empezó a utilizar la palabra inglesa, stress.

En 1920, Walter Bradford Cannon acuñó el término homeostasis, con el que se refería al conjunto de procesos que se ponen en marcha con el fin de mantener estable el medio interno del organismo, ante los estímulos que pueden desequilibrarlo.

En 1935, Helen Flanders Dumber publicó un libro sobre las emociones y los cambios corporales generados por estas. Cuatro años después se fundó la Sociedad Americana de Medicina Psicosomática.

En 1936, Hans Selye definió el síndrome general de adaptación como el conjunto de cambios fisiológicos que tiene lugar por parte del organismo como respuesta a todo un abanico de estímulos nocivos.

Redolar (2011) cita a Hans Selye, quien observó que todos los enfermos a quienes estudiaba independientemente de la enfermedad presentaban síntomas comunes y generales, cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, entre otros síntomas inespecíficos. Selye consideró entonces que varias enfermedades eran provocadas por los cambios fisiológicos producidos por un prolongado estrés en los órganos y que estas alteraciones podrían estar determinadas genética o constitucionalmente al continuar con sus investigaciones integro a sus ideas que no solamente los agentes físicos nocivos son productores de estrés, sino que además en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés.

Para Ravinovich (2004) el estrés puede definirse como el desequilibrio que se produce en un organismo cuando estímulos físicos y psicológicos impactan en el,

una definición mas precisa caracteriza al estrés como la reacción del organismo frente a fuerzas de naturaleza perjudicial, infecciones y varios estados anormales que tienden a alterar su equilibrio fisiológico normal u homeostasis.

Oblitas (2009) cita a Selye quien definió al estrés como la suma de todos los efectos inespecíficos de factores (actividad normal, agentes productores de enfermedades, drogas, etc.) que pueden actuar sobre el organismo.

González (2009) cita el modelo transaccional Lazarus y Folkman (1998) según el cual el estrés se puede entender como el estado resultante de la relación que se establece entre una persona y su entorno cuando la persona evalúa que la situación pone en peligro su bienestar personal y que es superior a los recursos de los que dispone para superarlos.

4.1.2 Tipos de estresores:

Los estresores se pueden clasificar en dos grandes grupos: los físicos y los psicológicos. Para Martínez Selva (2004) se requieren cuatro características para que estos estresores diarios produzcan con el tiempo una tensión disfuncional:

- Que tengan un carácter reiterativo
- Que sus efectos persistan en el tiempo
- Que el organismo no se adapte a ellos que no se pueda recuperar el equilibrio interior.

Aunque ambos estresores son capaces de producir alteraciones nocivas independientemente uno del otro. Para Canino de Lambertini (1997), los estresores psicológicos y físicos potencian entre si sus efectos.

1. Estresores psicológicos: Comprenden todas las emociones, como las frustraciones, la ira, los celos, el miedo y los sentimientos de inferioridad.
2. Estresores físicos: Se produce cuando se realiza un importante desgaste de energía esto puede ocurrir en el trabajo, deporte, corriendo para cumplir horarios

o llevando a cabo tareas extenuantes. Se han considerado cuatro tipos de estresores: el calor el frio, la fatiga y el ruido.

También es importante mencionar que a veces la ausencia de cambios también pueden generar estrés (estrés por aburrimiento) dado que es difícil tolerar la monotonía, como demuestran los experimentos sobre el aislamiento sensorial (Cofer, 2007).

Para Holmes y Rahe (1967), cualquier suceso que genere una respuesta emocional, puede causar estrés. Esto incluye tanto situaciones positivas, como el nacimiento de un hijo, matrimonio, etc., o negativos como la perdida del empleo, la muerte de un familiar, etc. (González, 2010).

4.1.2 Estrés laboral

El estrés laboral es un fenómeno frecuente en el mundo del trabajo, algunos autores lo han caracterizado como “pandemia” del siglo XXI (Caprarulo, 2007).

Según Peiró (2009) la importancia creciente del estrés laboral esta relacionada con las transformaciones que se están produciendo en los mercados de trabajo, las relaciones laborales, las empresas y la propia naturaleza del trabajo. La globalización de la economía, los cambios tecnológicos, los demográficos y sociales tienen importantes repercusiones sobre las formas organizativas de las empresas, las relaciones entre la empresa y el trabajador, los sistemas de trabajo, el contexto del puesto y la propia actividad laboral.

El estrés laboral ha sido definido como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento, ante situaciones nocivas del contenido, organización o entorno del trabajo; caracterizado por altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder hacer frente a la situación.

La organización Internacional del Trabajo se refiere al estrés como: “Enfermedad peligrosa para la economía industrializada y en vías de desarrollo; perjudicando a la producción, al afectar la salud física y mental de los trabajadores.

4.1.4 Desencadenantes del estrés

Peiró (2009) caracteriza brevemente los principales estresores que se incluyen en cada categoría.

1. Estresores del ambiente físico: Son múltiples los aspectos del ambiente físico de trabajo que pueden desencadenar experiencias de estrés laboral: el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, etc.
2. Demandas del propio trabajo: La propia actividad laboral puede presentar fuentes de estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos.
3. Los conflictos interpersonales, los problemas sin resolver, la competencia, las separaciones, el aislamiento es otro factor desencadenante del estrés.
4. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar son también potenciales desencadenantes del estrés.
5. El desempeño de roles como el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.

4.1.5 Moduladores del Estrés

González (2009) señala que hay una serie de factores personales y situacionales que pueden modular el proceso de estrés, incrementado o reduciendo su impacto sobre el bienestar personal.

Los Factores relacionados con las características propias del individuo son:

- La competencia personal percibida: Que se define como la creencia individual y generalizada de que uno mismo es capaz de salir airoso de las situaciones estresantes a las que se ve sometido o el grado en que uno mismo es capaz de conseguir aquellas metas u objetivos deseados.
- Las expectativas de auto eficiencia se refieren a las creencias sobre la propia capacidad que tiene una persona para realizar una determinada tarea

- Las de resultados se refiere a la creencia de que una determinada conducta conducirá unos determinados resultados.
- La experiencia previa, que está relacionada con los aprendizajes previos ante las mismas situaciones de estrés o situaciones similares que favorecen su afrontamiento.
- Los rasgos de personalidad, que son las diferencias individuales que influyen en la elección de las estrategias de afrontamiento y en las apreciaciones o valoraciones de la situación (personas extrovertidas, neuróticas, introvertidas,)

Mientras que los factores sociales moduladores del estrés están relacionados con:

1. El Apoyo social: El impacto del estrés es mucho menor en las personas que tienen un buen apoyo social
2. Las pautas generales relacionada con los estereotipos y valores culturales y morales que pueden facilitar o dificultar el afrontamiento a la situación estresante. (González, 2009)

4.1.6 Consecuencias del estrés:

El estrés puede influir negativamente sobre la salud por varias vías, como son:

- Por los cambios de hábitos relacionados con la salud, de manera que la prisa, la falta de tiempo, la tensión, aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber o comer en exceso, y se reduce las conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud, y por supuesto pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud.

- Por las alteraciones producidas en los síntomas fisiológicos, puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicosomáticas, tales como dolor de cabeza tensionales, problemas cardiovasculares, problemas digestivos, problemas sexuales, etc. (Labrador y Crespo 1993); a su vez, estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir una inmunodepresión que hace aumentar el riesgo de infecciones y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer.
- Por los cambios cognitivos que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud. El estrés puede desbordar al individuo de manera que comience a desarrollar una serie de sesgos o errores cognitivos en la interpretación de su activación fisiológica, o de su conducta, o de sus pensamientos, o de algunas situaciones, que a su vez puedan seguir deteriorando la salud en otras formas.

4.1.7 Medidas preventivas y control del estrés

Como el origen del estrés laboral puede ser múltiple, también las medidas preventivas, pueden ser múltiples; lo que conlleva a intervenir en la organización y en el individuo.

4.1.7.1 Intervención sobre la organización.

Para prevenir el estrés se ha de empezar a intervenir en la fase de diseño, teniendo en cuenta todos los elementos del puesto de trabajo, integrando el entorno físico y social y sus posibles repercusiones para la salud.

La base para reducir el estrés consiste en mejorar la comunicación, aumentar la participación de los trabajadores en las decisiones respecto al trabajo, mejorar las condiciones ambientales.

El aumento de apoyo social en las organizaciones, favoreciendo la cohesión de los grupos de trabajo y formando a los supervisores para que adopten una actitud de ayuda con los subordinados, ya que el apoyo social no solo reduce la vulnerabilidad al estrés sino también sus efectos negativos

En la intervención primaria, es importante actuar sobre los siguientes aspectos organizativos:

- Definición de competencias: Cualquier puesto de trabajo debe tener bien asignadas sus tareas y responsabilidades.
- Estructura jerárquica: Reparto de autoridad, estableciendo un organigrama donde todos y cada uno de los trabajadores tengan claro el lugar que ocupan en la organización y conocer así quien debe actuar en caso de conflicto.
- Estilo de mando del que depende el grado de consulta-participación de los trabajadores.
- Canales de comunicación información para permitir la solución de problemas laborales cotidianos.
- Relaciones interpersonales: Si estas son malas, además de poder perjudicar la salud de los trabajadores, redundaran negativamente en el servicio de la empresa.
- Organización del tiempo de trabajo: El trabajo turnos se puede hacer menos estresantes si los horarios están bien organizados, contando con los trabajadores y que reciban diferentes tipos de asistencia social, como espacios donde se puedan recuperar tanto física como mentalmente. (García , 2010)

4.1.7.2 Intervención sobre el trabajador

Por su carácter eminentemente técnico, debe ser llevado acabo por especialistas, aunque la empresa puede promover programas de formación a los empleados, tanto grupales, como individuales: en dinámicas de grupos, apoyo social, prevención.

A través de distintas técnicas se puede dotar al trabajador de recursos de afrontamiento del estrés laboral, cuando las medidas organizativas no dan resultado. Hay que hacer ejercicio, evitar la ingesta de excitantes como el tabaco, el café o el alcohol, y evitar comunicaciones de tipo pasivo o agresivo, desarrollando tolerancia y respetando a los demás.

CAPITULO 2: CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

4.2.1 Definiciones del Burnout

El termino Burnout es de origen inglés y se traduce como "estar quemado por el trabajo", "quemarse por el trabajo", "quemazón profesional", o el hecho de estar "quemado profesionalmente". Es utilizado para referirse a un tipo estrés laboral vinculado a profesiones asistenciales y de servicios humanos.

El termino Burnout fue introducido en 1974 por Frudenberg que lo definió como el agotamiento de los recursos propios y el vano intento de alcanzar expectativas no realistas impuestas por uno mismo o por valores sociales. En concreto el término hace referencia un tipo de estrés laboral e institucional no generado específicamente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del propio trabajo.

El Burnout resulta de un estado de estrés laboral crónico, que afecta a todos los ámbitos de la vida, no solo al profesional, hace su aparición cuando una situación laboral nos sobrepasa y queda reducida nuestra capacidad de aceptación, se caracteriza por una tríada: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal (Maslach 1986), este cuadro genera distintos grados de discapacidad en el trabajo, por ejemplo; altos índices de ausentismo incremento de morbilidad, aumento de toxicomanías y hasta un incremento del índice de suicidios, en algunos países se la considera como una enfermedad laboral.

El Burnout es considerado como uno de los motivos principales del abandono de la profesión y absentismo dentro de los profesionales sanitarios.

4.2.2 Delimitación histórica del síndrome de Burnout

En 1974, el psiquiatra Herbert Freudenberger describió que algunos profesionales que desarrollaban su actividad laboral en la Free Clinic que proliferaban en los EE.UU, experimentaban un deterioro en los cuidados y en la atención profesional a los usuarios y pacientes. Estos profesionales tenían manifestaciones de sensación de fracaso y agotamiento que resultaba de una sobrecarga, tanto por las exigencias del entorno laboral como por la falta de recursos personales; asimismo se observaba una disminución de la fuerza motivacional del empleado.

En 1976, la psicóloga Cristina Maslach, utilizó el término Burnout que hasta ese entonces era empleado por los abogados en California que describían la pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico, entre compañeros de trabajo y se refirió como Burnout al conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda, determinando que los afectados sufrían de sobrecarga emocional y definiéndolo como “síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización que puede ocurrir entre individuos cuya tarea implica atención o ayuda a personas”.

Para Gil – Monte y Peiró (1997), este proceso implica una experiencia subjetiva interna incluye sentimientos y actitudes que son negativas para el empleado, ya que todo ello va asociado a alteraciones, a problemas, a conflictos, y a disfunciones psicofisiológicas como consecuencias nocivas para la persona y para la organización.

En la definición del Burnout podemos distinguir dos perspectivas, la clínica y la psicosocial. La primera lo considera un estado al que llega la persona como consecuencia del estrés laboral sufrido. La segunda como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de características personales.

El síndrome del Burnout, según Maslach y Jackson (1997), ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes de

despersonalización y sentimientos negativos por las personas con las que se trabaja. (Joan Boada, 2012)

De las definiciones anteriores podríamos extraer que el Burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos podrían ser de carácter laboral, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del Burnout.

4.2.3 Poblaciones propensas al Burnout

El síndrome de Burnout es una respuesta al estrés laboral crónico que se produce principalmente en el marco laboral de las profesiones que se centran en la prestación de servicios, por lo que existe un contacto directo con las personas a las que se destina la labor que se realiza. La mayoría de investigaciones hace referencia a las profesiones vinculadas a labores asistenciales o de servicio, tales como auxiliares de clínica, cuidadores de pacientes geriátricos, médicos de atención especializada, primaria y especial, cirujanos, dentistas, profesionales con pacientes con VIH, de salud mental y psicólogos y por último las profesionales de enfermería que por sus características organizacionales y laborales han recibido una mayor atención por parte de los investigadores.

De acuerdo con Herbert J. Freudenberger (1974) estas personas están propensas a caer en un estado de fatiga o frustración respecto a la devoción que ponen a su causa, forma de vida o relación, la cual ha fracasado en producir los resultados esperados, es una especie de estrés avanzado, sentirse exhausto por demandas excesivas de energía, fuerza o recursos.

4.2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout

El Burnout es un proceso continuo en el que podemos distinguir las siguientes fases:

- Desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos del individuo para resolverlas.

- Respuesta emocional del individuo ante dicho desequilibrio: tensión y fatiga
- El individuo se enfrenta a la situación por medio de mecanismos neuróticos que le modifican cantidades y conductas respecto del trabajo. (Vicente, 2005).

4.2.5 Características, causas y consecuencias del Burnout

El Burnout está considerado como un síndrome tridimensional cuya sintomatología es:

1. **Agotamiento emocional:** Se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos pueden sumarse los de frustración y tensión en los trabajadores. La persona presenta una fatiga física que va aumentando progresivamente. Poco a poco también perciben un agotamiento psíquico con severas dificultades para concentrarse, retener conceptos, pensar con agilidad. en este primer estado los síntomas tienen muchas semejanzas con la depresión.

El profesional comienza a manifestar respuestas emocionales (actitudes, sentimientos, pensamientos) inadecuados que pueden volverse crónicas, ya que la energía de los mecanismos de ajuste y adaptación y de los recursos internos se han debilitado. (Rocain, 2004)

2. **Despersonalización o deshumanización:** Es una actitud negativa hacia los beneficiarios del trabajo, apareciendo un distanciamiento emocional progresivo así como una intensa irritabilidad y rechazo hacia aquellos sujetos que son el objeto fundamental del trabajo (Rocain, 2004)

Es un intento de poner distancia entre uno mismo y quienes reciben el servicio, ignorando que mediante éste es posible hacer sentir únicos e importantes a los usuarios. En este sentido, las demandas del servicio son más manejables cuando se considera a los pacientes como objetos y no como personas. La distancia es tal que puede dar lugar al cinismo (Maslach 2001).

3. **Baja realización personal:** Debe entenderse como los sentimientos de incapacidad y también de frustración que el profesional quemado llega a tener viendo imposible conseguir sus logros o expectativas. Su autoestima disminuye notablemente y cierra de esta forma un ciclo que acaba con una mayor ineficiencia laboral y que se puede resumir con la siguiente frase: “total, si haga lo que haga va dar igual” (Rocain, 2004)

4.2.5.1 Causas del Burnout:

El Burnout surge debido a la consecuencia de situaciones estresantes, el agotamiento de estas personas es principalmente de carácter laboral, puesto que la interacción con los diversos condicionamientos que el individuo mantiene en su trabajo son los factores que aceleran la aparición del síndrome, dentro de los elementos que lo propician cabe mencionar

- La sobrecarga de trabajo, aburrimiento, falta de estimulación
- Crisis en el desarrollo de la carrera profesional
- Pobre orientación profesional, aislamiento y malas condiciones económicas
- Bajas expectativas refuerzo y altas expectativas de castigo
- Baja capacidad de control sobre dichos aspectos (Gándara, 2004)

4.2.5.2 Consecuencias del Burnout.

El trabajador se va viendo afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables, a pesar de poner en juego todos sus recursos personales se produce un deterioro general en su estado de salud.

Los síntomas de Burnout pueden ser agrupados en emocionales, cognitivos, conductuales, físicos, sociales y psicosomáticos (Cherniss, 1980), (Maslach, 1982)

Síntomas emocionales: depresión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia. Predomina el agotamiento emocional lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

Síntomas cognitivos: Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto concepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción, cinismo.

Síntomas conductuales: Evitación de responsabilidad, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, desconsideración hacia el propio trabajo, desorganización, evitación de decisiones, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir en forma relajada, incapacidad de concentración, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas

Síntomas físicos: Malestar general del cuerpo, cefaleas, problemas de sueño, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, alergias, dolores musculares, cansancio hasta el agotamiento y en las mujeres pérdida del ciclo menstrual.

Síntomas sociales: Aislamiento y sentimiento de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, evitación profesional.

Síntomas psicosomáticos: Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambio de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales.

Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social extra laboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.

4.2.6 Modelos explicativos del Burnout

Son numerosos los modelos que intentan teorizar sobre la base conceptual del Burnout, intentando definir las variables que influyen en la aparición de este síndrome y en su mantenimiento; entre los cuales tenemos:

Modelo basado en la teoría sociocognitiva del yo. Se caracteriza por otorgar a las variables del self (autoconfianza, autoeficacia, auto concepto) un papel central para explicar el desarrollo del problema. Consideran que las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y hacen; estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones y por acumulación de las consecuencias observadas en los demás y la creencia de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinara el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos. También determinara ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompaña la acción.

Harrison (1983) la competencia y la eficacia percibida son variables en el desarrollo de este proceso. La mayoría de los individuos que empiezan a trabajar en profesiones de servicio están altamente motivados para ayudar a los demás y tiene un sentimiento elevado de altruismo.

A esta motivación le puede surgir factores barrera como (la sobrecarga laboral) que dificultan la consecución de los objetivos, disminuyen los sentimientos de autoeficacia y terminan originando el síndrome de Burnout.

Modelo basado en la teoría del intercambio social. Propone que el síndrome de quemarse tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultados del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Los profesionales asistenciales establecen relaciones de intercambio con los receptores de su trabajo, compañeros y la organización cuando de manera continuada perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo. Sin resolver y adaptarse a esta situación desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

Modelo basado en las teorías organizacionales.

Incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto

de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

Este planteamiento dice que las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social, por ejemplo, el Burnout se puede originar por agotamiento emocional en una institución burocrática mecánica y de comunicación vertical, mientras que en estructuras con sociedades profesionalizadas, puede aparecer la enfermedad por falta de apoyo social.

4.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout

Desde que se comenzó a investigar el burnout o síndrome de estar quemado se han desarrollado diversas intervenciones para su control y reducción, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajo y su prevención en ese ámbito.

Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se puede plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acorde a las características del burnout.

En cuanto a las estrategias o habilidades a fomentar, (Mingote, 1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional.

4.2.7.1. Estrategias orientadas a nivel individual.

Respecto a las variables individuales que se deben fomentar para la reducción de estar quemado, se debe tener en cuenta que las consecuencias que conlleva esta situación se han dividido clásicamente en tres tipos de aspectos físicos, emocionales y conductuales. Debido a esto, las intervenciones se han dirigido a estas de manera global.

Para la reducción del estrés y emociones se han empleado diversas técnicas (Chreniss, 1980; Gil-Monte y Peiro, 1997; Maslach, 2001; Ojeda, Ramal, Calvo y Vallespi 2001; Peiró y Salvador, 1993; Yela, 1996), entre las que cabe destacar las técnicas de relajación, el biofeedback, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales. En esta línea, (O Brien, 1998) menciona que una forma útil de asesoramiento podría ser entrenar a los trabajadores no solo a reconocer sus síntomas de estrés sino también las potenciales fuentes de estrés; se les podría estimular a considerar frecuentemente estresores que ellos podrían cambiar y aquellos estresores que no son susceptibles al cambio.

Cabe destacar, como sugiere Arraz, Barbero Barreto y Bayés, (1997), el individuo controla el propio ambiente y existen ciertos límites en su organización que no se pueden cambiar, por lo que la aceptación de la realidad es una de las claves que facilitan el proceso de adaptación, sin que ello impida seguir desarrollando nuestra labor lo mejor que sepamos. Según Maslach, (2001) las aproximaciones orientadas individualmente para desarrollar efectivas estrategias de afrontamiento o relajación pueden ayudar a aliviar el cansancio emocional, pero no resultan útiles con los otros dos componentes, ya que las estrategias son inefectivas en el lugar de trabajo donde la persona tiene poco control sobre los estresores laborales.

4.2.7.2 Estrategias orientadas a nivel organizacional

Una gran parte de los elementos de la organización pueden ser evaluados por los sujetos como estresores, por ello las intervenciones se dirigen a ellos mismos. Tomando como referencia a Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach (2001) y Peiró y Salvador (1993), podemos enumerar algunos de los cambios que deberían producirse para reducir este fenómeno, algunos de los cuales han sido comprobados empíricamente mientras otros no:

- Incrementar la autonomía del trabajo, pasando la responsabilidad y el control sobre el trabajo del supervisor a los propios trabajadores

- Planificar un horario flexible por parte del trabajador; se debería dar más oportunidad en la elección de turnos
- Fomentar la participación de los trabajadores en la toma de decisiones
- Mejorar los niveles de calidad del ambiente físico de trabajo
- Enriquecer los trabajos, incorporando en ellos autonomía, retroalimentación, variedad de habilidades, identidad de la tarea y significado de la misma.
- Asignación de tareas al grupo, así como la organización y control del propio trabajo y en su conjunto, proporcionando retroalimentación adecuada de su ejecución.
- Limitar el número de horas de trabajo, así como el número de pacientes que atender.
- Plantearse los objetivos a conseguir en el equipo de trabajo de manera clara.

CAPITULO 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 Burnout y la relación con las variables sociodemográficas y laborales

Los datos entre Burnout y la relación con las variables demográficas son muy controvertidos y se alteran considerablemente de unos estudios a otros; las variables consideradas en los estudios del burnout son el sexo, la edad, estado civil, antigüedad en el trabajo y las características de la personalidad.

Sexo: Maslach y Jackson (1985) han comprobado que las mujeres son más propensas que los hombres a las dimensiones de agotamiento emocional y reducida realización personal, mientras que los hombres lo son en la dimensión de despersonalización.

Para Pines y Kafry (1998); Etzion y Pines, (1986); Greenglass, y Burke, (1998) la variable sexo esta ligada a una serie de características relacionadas con el trabajo que predisponen especialmente a la mujer a padecer el síndrome de burnout por presentar un mayor conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos familiares-trabajo entre otras.

Rout (2001) destaca como ejemplo, el creciente estrés de las mujeres que se han incorporado al mundo laboral, manteniendo toda la responsabilidad respecto a sus familias y tareas domésticas.

Edad: En general, se ha observado que en los trabajadores de mas edad hay una serie de circunstancias que producen sobrecarga y estrés: el trabajo con presión en el tiempo, el uso de nuevas tecnologías, las tareas que exigen un alto nivel de vigilancia, el trabajo por turnos y nocturno, etc.; sin embargo estos mismos individuos tienen un mejor conocimiento de sus propios recursos y una mayor experiencia ante una gran variedad de situaciones, lo que puede proporcionar una mayor capacidad de respuesta para afrontar situaciones difíciles y compensar, en muchos casos, la disminución de su capacidad de trabajo (Hadziolova,1988)

Estado civil: Por lo que se refiere a esta variable tampoco los datos son homogéneos, el grupo de casado puede ser propenso a padecer burnout (Tello, 2002); otros señala al grupo de separados y divorciados en relación a la baja realización personal.

Antigüedad en el Trabajo: Esta variable influye a la hora de estudiar el grado de quemazón Olmedo (2001); Atance (1997) lo sitúa entre los 5 y 10 años como el periodo en que este problema aparece con mayor frecuencia

Personalidad: La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de burnout se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás.

4.3.2 Variables laborales

Inadecuación profesional: Ayuso López (1993) indica que la no adaptación al perfil profesional y la inadaptación personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que desempeña podría ser una de las posibles causas del burnout.

Adicción al trabajo: Esta acepción se aplica a aquellos individuos que presentan una absoluta dedicación al trabajo, por encima de otras actividades familiares o personales, Nagy y Davis (1985) describieron a estas personas como más propensas a padecer Burnout.

Vivencia continúa del sufrimiento y de la muerte: Es un importante estreso del trabajo de enfermería (Escribá y Cadena 1999).

Carga mental del trabajo: Es el conjunto de tensiones inducidas en una persona por las exigencias del trabajo mental que realiza. La carga mental de trabajo remite a tareas que implican fundamentalmente procesos cognitivos, procesamiento de información y aspectos afectivos; por ejemplo, las tareas que requieren cierta intensidad y duración de esfuerzo mental de la persona en términos de concentración, atención, memoria, coordinación de ideas, toma de decisiones, etc.

Ergonómicos: En ocasiones los trabajadores se encuentran con riesgos de tipos físicos, químicos, biológicos y relacionados con la fatiga, así como disposiciones de espacio físico y de los elementos necesarios para desarrollar el trabajo, susceptibles de convertirse en fuentes de estrés (Bueno y Celma, 1999); (Sebastián, 1995).

Trabajo por turnos y nocturnos: este tipo de trabajo influye en los ritmos neurofisiológicos y circadianos (temperatura corporal, índice metabólico y concentración de azúcar en sangre, eficiencia mental, etc.) pudiendo dar lugar a problemas de sueño, fatiga, siendo valorado por los profesionales como una importante fuente de estrés Gracia, Peiro y Ramos (1996); Blasco, Irlles y Huet, (1996).

4.3.3 Motivación y satisfacción laboral

La motivación es el conjunto de factores dinámicos que mueven a la persona a actuar con un objetivo y distintos grados de esfuerzo y persistencia. La conducta motivada puede tener su origen tanto en factores o motivos internos como externos.

Los motivos internos se basan en necesidades, que pueden ser primarias (como la necesidad de alimento) o aprendidas (como la necesidad de autoestima), mientras los motivos externos, o incentivos, son condiciones que se encuentran en el ambiente y estimulan la conducta. Así una necesidad no satisfecha, o un incentivo, es el punto inicial en el proceso de la motivación, esa necesidad insatisfecha produce una tensión (física o psicológica) que impulsa al individuo a hacer algo que alivie el malestar que la carencia le produce hasta que, finalmente, alcanza el objetivo que satisface su necesidad, desapareciendo el malestar.

En el ámbito de las organizaciones los empleados que están motivados muestran comportamientos como los siguientes:

- Conducta auto dirigida hacia metas importantes
- Interés en formar parte del grupo de trabajo
- Colaboración
- Satisfacción con el trabajo que realiza
- Mantenimiento de un ritmo de trabajo intenso, etc.

Estos componentes favorecen un rendimiento más satisfactorio; sin embargo no siempre el bajo rendimiento se debe a una baja de motivación, factores como escasez de recursos, la presión asistencial, la falta de habilidad o capacidades, la mala supervisión, etc. Pueden influir muy desfavorablemente en el rendimiento de los trabajadores.

La motivación y la satisfacción son aspectos muy relacionados; en muchos casos los estudios sobre motivación han tenido una gran influencia sobre los realizados en satisfacción, pero no son conceptos sinónimos.

Escribano (2005) cita a Bravo y Cols para quienes, la satisfacción laboral es una actitud o conjunto de actitudes que las personas desarrollan respecto al trabajo que realiza en general o a aspectos particulares del mismo.

Se entiende a la satisfacción laboral como una actitud, debido a que hace referencia a diversas opiniones y conductas del trabajador hacia sus labores, por lo que se

puede decir que se trata de actitudes laborales positivas, las cuales indican que las personas manifiestan “sentimientos de satisfacción cuando piensan o hablan de sus puestos de trabajo, aunque diversos aspectos del trabajo pueden resultar en tipos diferentes de sentimientos. (Hulin, 1991).

La satisfacción laboral como actitud, se compone, como todas las actitudes de tres elementos: cognitivo, afectivo y conativo. El componente cognitivo se refiere a las creencias, valores y hábitos que la persona tiene hacia su trabajo; el afectivo, a los sentimientos y emociones; finalmente, el conativo se refiere a la predisposición de comportarse de cierta manera hacia los diversos aspectos del trabajo Rodríguez y Dei (2002).

La calidad de vida laboral, define en última instancia la permanencia de los trabajadores, la cual, está relacionada con los niveles de satisfacción laboral. El concepto de calidad de vida laboral, es multidimensional, pero sobre todo, debe ser considerado desde la perspectiva singular de cada trabajador. La forma de enfocar el trabajo de cada quien tiene depende tanto de la experiencia particular del trabajador como del conjunto de estrategias que la organización desarrolle para mejorar la calidad del contexto laboral tanto a nivel de efectividad de la empresa, como de satisfacción de su personal Gonzales, Peiró y Bravo (1996).

4.3.4 Investigaciones realizadas

Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid (2004)

Autores: Romana Albaladejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P Astasio, ME Calle y V Domínguez

Objetivo: Determinar la prevalencia del síndrome de Burnout y de sus tres componentes (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal) entre los profesionales del área de enfermería del Hospital Clínico Universitario San Carlos de Madrid y su relación con determinados factores sociodemográficos, laborales e institucionales.

Método: Se realizó un estudio transversal entre los profesionales adscritos al área de enfermería del mencionado hospital. Las variables implicadas se recogieron mediante un cuestionario de elaboración propia. En cuanto al síndrome de Burnout se midió mediante el Maslach Burnout Inventory, en su versión validada en español.

Resultados: El personal de enfermería está más despersonalizado y menos realizado que el grupo de auxiliares/técnicos. Cuando se analizaron los resultados de las 4 escalas por servicios comprobamos que el agotamiento es superior en los trabajadores de oncología y urgencias, la despersonalización en urgencias, y el Burnout es de nuevo más alto en las áreas de oncología y urgencias. Los profesionales que respondían que su labor asistencial era poco reconocida obtenían las peores puntuaciones en el Burnout y sus tres dimensiones. A menor grado de satisfacción laboral más altas son las puntuaciones en las 4 escalas.

Conclusión: Podemos concluir que en nuestro estudio el perfil del sujeto afecto de Burnout se corresponde con el de un profesional con experiencia laboral que sin embargo manifiesta un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en Médicos Especialistas del hospital Valentín Gómez Farías, México.

Autores: Carolina Aranda Beltrán, Bibiana Zarate Montero, Manuel Pando, José Ernesto Sahun Flores (2010)

Objetivo: Analizar la relación entre los factores sociodemográficas y laborales con el síndrome de Burnout en los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México.

Metodología: el estudio fue descriptivo y transversal. Se aplicó tanto el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales como la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS). Los análisis estadísticos fueron descriptivos (medias y porcentajes) e inferenciales (asociaciones entre las variables de estudio).

Resultados: de los 119 médicos, 64.7% eran hombres y 35.3% mujeres, con un promedio de edad de 34 años. La prevalencia del síndrome fue del 51,3% para la dimensión agotamiento emocional de 31,1% para la de baja realización personal del 35,5% y en despersonalización el 18,5%. Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto con despersonalización y como variables protectoras el pertenecer al servicio de urgencias y clínicas hacia la dimensión de despersonalización.

Conclusión: es probable que los médicos con síndrome de Burnout no se encuentren en condiciones de salud favorables para laborar, por lo que consideramos urgente identificar los problemas que originan tal evento.

4.4. El Burnout y la relación con la salud mental

4.4.1. Definiciones de salud mental

Salud mental suele entenderse como la situación de equilibrio que un individuo experimenta respecto a aquello que lo rodea. Cuando se consigue este estado, la persona puede participar de la vida social sin problemas, alcanzando su propio bienestar.

La salud mental forma parte de la salud integral del ser humano, que es biológica, psicológica, social y espiritual. Ella permite al individuo realizar una síntesis de sus propias tendencias instintivas, mantener relaciones armoniosas con los demás e interactuar en forma constructiva con su medio físico y social.

La salud mental está orientada a mejorar la calidad de vida y bienestar del individuo; promover una mejor existencia, desarrollar la libertad, la responsabilidad de cada uno de nosotros y de los demás.

La salud mental es vital porque se constituye en el marco de desarrollo del ser humano desde su nacimiento hasta su muerte. En el interactúan factores biológicos, personales, familiares, sociales y ambientales que van configurando este equilibrio

interno entre el modo de actuar, un adecuado funcionamiento bio-psico-social-espiritual y el desarrollo de todas las capacidades de una persona.

Las personas gozan de salud mental cuando son capaces de generar un bienestar para si mismo y para los demás, cuando es capaz de tomar decisiones, controlar su propia vida; esa persona goza de: Autoestima, Sociabilidad, adaptación y capacidad de resiliencia, autocontrol, creatividad, tolerancia, integración, empatía, responsabilidad y deseo de superación.(Vargas, 2006).

4.4.2 Salud Mental y el Estrés

En toda sociedad, los servicios de salud tienen una importante labor que solo puede ser alcanzada a través del quehacer responsable y competente de cada sistema de atención para salvaguardar la integridad física y psicológica de los pacientes.

Durante el transcurso de la jornada laboral el personal hospitalario esta cotidianamente expuesto a múltiples presiones, originadas por la función propia de la organización, entre ellas se encuentran la demanda de atención médica, la carga de trabajo; estos requerimientos se pueden convertir en estresores de este personal y están determinados en una gran medida por las condiciones psicosociales del ambiente hospitalario- organizacional inherente.

Estos profesionales trabajan en situaciones de interface entre ellos mismo y el estrés del paciente y la familia del paciente, con sus colegas y personal técnico.

Los efectos del estrés sobre los trabajadores de salud alcanzan otras esferas de la vida, por ejemplo en el plano familiar se detectan problemas conyugales cada vez más frecuentes y prolongados, problemas de relación con los hijos y demás parientes, disfunciones sociales y también disfunciones en la vida sexual; los problemas de relación en general, son manifiestos. Almirall, (2001), sintetiza claramente esta posición al postular que “no se puede aislar al ser humano de las demandas y exigencias de su actividad laboral, de la vida de relación en general y de las condiciones socioeconómicas en que transcurre su devenir.

Las demandas percibidas más frecuentes hacia estos profesionales son: conocimiento, esfuerzo físico, colegas, habilidades, los pacientes, los familiares de los pacientes.

De acuerdo con ciertas investigaciones Porter, Howie y Levison,(1987); Sutherfandy Cooper,(1990); Goldberg, (1972) las listas de estresores que son las más compartidas por los diversos niveles de médicos son:

- Trato con moribundos
- Relaciones con médicos reconocidos en posición jerárquica de poder
- Relaciones con pares en situación de crisis
- Trabajo excesivo
- Comisión de errores
- Competencia y habilidades medicas insuficientes
- Trato con los familiares de los pacientes
- Decisión de carrera

Es evidente que los médicos, comparten estos puntos críticos, por lo que su desempeño profesional puede verse seriamente afectado ya que en ocasiones puede presentar expresiones conductuales y actitudinales no esperadas y que ponen en riesgo su situación personal y familiar como la profesional.

En relación con el puesto de enfermeras, tanto general como de especialidad, tienen características peculiares. Flores Lozano, (1994) sugiere que la insatisfacción laborar en el personal de enfermería se debe entre otros, a una evaluación diferencial de sobrecarga de trabajo; a problemas de turnos; a un exceso de burocracia; a recursos materiales, humanos y de seguridad en el trabajo insuficiente; a conflictos con el equipo interdisciplinario,; en la relación con la familia del paciente para afrontar las necesidades psicológicas de esta.

Cooper (1983) menciona que los principales estresores entre las enfermeras independientemente de su adscripción profesional, son:

- Tareas típicas de la profesión
- Carga de trabajo
- Muerte y moribundos
- Incertidumbre
- Responsabilidad
- Conflicto de roles
- Relaciones con pacientes y familiares de paciente, médicos y otras enfermeras
- Conflicto trabajo – hogar.

De aquí que un aspecto importante para el bienestar tanto del médico como de enfermeras reside en las redes sociales de apoyo y reconocimiento. Cuando tales redes sociales dejan de cumplir esa función, resultan incapaces de matizar y contrarrestar las consecuencias nocivas del estrés laboral.(Gutierrez, s/n).

4.4.3 Síntomas Somáticos.

Los síntomas somáticos han sido considerados tradicionalmente como una variable relacionada con la salud y un tópico dentro de los modelos de la conducta de la enfermedad, son aquellos en la que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional, cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico.

Los síntomas somáticos son: boca seca, aumento de la frecuencia cardiaca, malestar estomacal, deseo frecuente de orinar, palmas de las manos sudorosas, dolor de espalda, tensión muscular que pueden causar contractura y dolor, mareos, problemas para respirar.

4.4.4 Ansiedad e Insomnio

4.4.4.1 Ansiedad

La ansiedad es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro, American

Psychiatric Association, (1994); Barlow, (1988). Es importante apuntar que la ansiedad es muy difícil de estudiar. En los seres humanos, puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas como verse preocupado, angustiado e inquieto, o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardiaca elevada y tensión muscular (Barlow y Durand, 2001)

La ansiedad puede ser considerada como una reacción natural que se produce ante ciertos tipos de situaciones en las que el individuo podría necesitar más recursos.

Las situaciones en las que se desencadena la reacción de ansiedad tienen en común, por lo general, la previsión de posibles consecuencias negativas o amenazas para el individuo. Esta reacción supone una puesta en marcha de diferentes recursos cognitivos (atención, percepción, memoria, pensamiento, lenguaje, etc.), fisiológicas (activación autonómica, motora, glandular, etc.) y conductuales (alerta, evitación, etc.) tales recursos tendrían como objetivo el afrontamiento de las posibles consecuencias negativas, pudiendo paliar, reducir, o eliminar tales consecuencias.

La ansiedad, entendida como respuesta emocional, es definida por Miguel Tobal (1990) como: “Una respuesta emocional o patrón de respuesta, que engloba aspectos cognitivos displacenteras, de tensión y aprensión; aspectos fisiológicos caracterizados por un alto grado de activación del sistema nervioso autónomo y aspectos motores que suelen implicar comportamientos poco ajustados y escasamente adaptativos. La respuesta de ansiedad puede ser provocada tanto por estímulos externos o situacionales como por estímulos internos al sujeto, tales como pensamientos, ideas, imágenes, etc., que son percibidos por el individuo como peligroso o amenazantes”

Las personas que padecen de ansiedad presentan síntomas físicos como inquietud, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, sudoración, taquicardia y problemas gastrointestinales. Además se deterioran sus relaciones familiares, laborales, sociales y sus áreas de actividad.

Podemos decir que la ansiedad está asociada habitualmente a preocupaciones excesivas por la salud, el dinero y la familia. El simple hecho de afrontar un nuevo día puede provocar ansiedad. Igual ocurre cuando llega la noche, ya que el mero hecho de pensar si se va a dormir bien impide conciliar el sueño de forma rápida y relajada (Fuente y Martínez, 2009).

4.4.4.2. Insomnio

La ansiedad es uno de los principales responsables del insomnio, especialmente el llamado insomnio de conciliación, en el cual la persona tarda mucho tiempo en poder conciliar el sueño.

Se considera insomnio a la incapacidad para dormir o dormir poco durante pocos días consecutivos, asociado a esta sintomatología la persona debe sentir algún desgaste físico, psíquico, o psicológico que le impida realizar su día con normalidad, acudir al trabajo o realizar sus tareas de forma continuada en el tiempo.

La interacción entre los acontecimientos vitales estresantes y la vulnerabilidad del individuo son el origen del insomnio, típicamente la tendencia a inhibir la expresión emocional ante dichos estresores, esto da lugar a un estado de excesiva activación afectiva, la cual provoca una enorme aceleración fisiológica antes y durante el sueño que impide dormir y produce vigilia, una vez aparecido el desorden, se establece un proceso de condicionamiento que contribuye a que el malestar se haga crónico, cuando la persona ya padeció la afección, desarrolla miedo a volver a dormir mal y a sus consecuencias, y por tanto una aprensión, a partir de ahí su atención se centra excesivamente, en el temor a trasnochar, produciendo una aceleración emotiva y fisiológica, que pasa a primer plano y agrava la excesiva activación fisiológica y en consecuencia, lo que establece una forma condicionada de insomnio habitual producto del estrés.

4.4.5. Disfunción social en la actividad diaria

Es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad del tratamiento, ya que el rechazo de amigos y familiares causa un gran daño a la personalidad.

Para considerar anormal al comportamiento, debe de crear algún tipo de problema social (interpersonales) u ocupacionales para el individuo. La disfunción en estas dos esferas a menudo es bastante evidente, por ejemplo la carencia de amistades o de relaciones debido a la falta de contacto interpersonal se consideraría indicativo de disfunción social, mientras que la pérdida de trabajo por problemas emocionales sugeriría disfunción ocupacional. (Phares, 2003)

La disfunción social persistente suele crear algunos síntomas tales como: Angustia, ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima y somatización

4.4.6 Tipos de depresión

El termino depresión cubre una variedad de cambios en los estados de ánimo negativos y en la conducta. El cambio de estado de ánimo puede ser temporal o duradero, puede abarcar desde un sentimiento de melancolía menor hasta una visión profundamente negativa y una incapacidad para funcionar eficazmente (Sarason, 2006)

Existen diferentes tipos de depresión, aunque las depresiones de poca gravedad son las más frecuentes.

Depresión reactiva: Los síntomas suelen ser una respuesta a una situación estresante, como por ejemplo, ser despedido del trabajo. Suele ser de intensidad leve o moderada y no dura mucho tiempo. En muchas ocasiones, no necesita tratamiento farmacológico, sino solo apoyo emocional. Sin embargo un factor estresante puede ocasionar una depresión grave en las personas con predisposición a padecerla

Depresión endógena: También llamada unipolar: los síntomas no aparecen tras una situación estresante y suele interferir con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Puede ocurrir una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la misma, suele ser de intensidad moderada o grave y siempre requiere tratamiento antidepresivo.

Distimia: Es un tipo de depresión menos grave. Incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero que sin embargo interfieren con el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con Distimia pueden padecer episodios depresivos graves en algún momento de su vida.

Trastorno bipolar: Antes llamado enfermedad maniática-depresiva: no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios en el estado de ánimo, con fase de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de estado de ánimo bajo (depresión).

Trastorno afectivo estacional. Es la depresión que ocurre en la misma temporada del año, por lo general en los meses de otoño o invierno.

Depresión primaria. No esta ocasionada por una enfermedad física o psiquiátrica, por el consumo de una sustancia o por la administración de un medicamento, ósea su origen es primariamente una alteración del estado de ánimo, es decir, la depresión habitual o común.

Depresión secundaria. Ocasionada por una enfermedad física o psiquiátrica, por el consumo de una droga o por la administración de un medicamento.

Los posibles factores causales de esta depresión son las enfermedades orgánicas como hipotiroidismo, cáncer, infecciones y entre los efectos farmacológicos de tranquilizantes, hipotensores, propranolol, anticonceptivos orales, etc. Entre las causas psiquiátricas tenemos la adicción al alcohol, tranquilizantes, drogas ilícitas, trastornos de la personalidad.

Depresión psicótica. Además de los síntomas habituales de depresión, existen síntomas psicóticos, como delirios y alucinaciones. (San Molina y Arraz, 2010)

4.4.7. Investigaciones realizadas

El síndrome de Burnout en personal médico y de enfermería del Hospital “Juan Ramón Gómez” de la localidad de Santa Lucia, Corrientes.

Autores: Juan Marcelo Reyes, Guillermo Soloaga, Dra. Patricia Pérez Quintana (2005).

Objetivo: determinar la prevalencia de síndrome de burnout en el personal médico y de enfermería de un hospital público del interior de la provincia de Corrientes (Argentina), identificar probables factores predisponentes y propuestos para su resolución.

Se detectó síndrome de burnout en el 73% de los encuestados. El grupo de médicos presentó mayor afectación (100%) que el de los enfermeros (63,6%). La despersonalización “fue la manifestación diagnóstica con mayor puntuación.

Conclusiones: La excesiva prevalencia del síndrome de burnout entre los trabajadores sanitarios del hospital estudiado revela la necesidad de implementar a corto plazo estrategias de afrontamiento y prevención en el entorno laboral.

Depresión y ansiedad en la residencia médica

Autores: Mariana Plata Guarneros, Leticia Flores Cabrera Octavio Curiel Hernández, José Ricardo Juárez Ocaña, José Vicente Rosas Barrientos

Cuando se integran al ámbito laboral, los médicos se enfrentan a procesos de adaptación y aprendizaje constantes, cuyas implicaciones personales, educativas y sociales pueden generar en determinados momentos periodos de angustia, temor inseguridad o estrés, que pueden desencadenar trastornos de depresión o ansiedad. En algunos estudios se ha encontrado que entre 41 y 76% de los residentes

manifiesta el síndrome de Burnout, mientras que las tasas de depresión son de 7 a 56%.

Objetivos: Indagar la existencia de trastornos depresivos o ansiosos en un grupo de residentes de distintas especialidades del Hospital Regional 1° de Octubre, conocer las causas que los producen y canalizar a los residentes a la terapia psicológica, en caso de encontrar evidencia de alguno de ellos.

Participantes y método: a los médicos residentes se les invitó a participar en este estudio descriptivo y transversal, realizado del 1 de mayo al 31 de octubre de 2010; sólo aceptaron la invitación los médicos residentes de las especialidades de Medicina Interna, Urgencias, Terapia Intensiva y Anestesiología. Los residentes con ansiedad o depresión se canalizaron al servicio de Psicología o Psiquiatría para que recibieran el tratamiento correspondiente.

Resultados: en el servicio de Anestesiología cinco residentes (50%) padecieron depresión y ansiedad; le siguió Terapia Intensiva, donde dos (33%) manifestaron ambos trastornos. La mayor estabilidad se identificó en los residentes de Medicina Interna, donde sólo dos (17%) padecieron depresión y ansiedad.

Conclusiones: la prevalencia del trastorno ansioso o depresivo fue mayor en los residentes de menor edad que cursan el primer grado de la residencia médica; la prevalencia fue mayor en las mujeres. En el servicio de Anestesiología los dos trastornos se manifestaron en la mitad de sus residentes. Mientras que en el servicio de Medicina Interna fue menor la coexistencia patológica.

4.5. El Burnout y el afrontamiento

4.5.1. Definición de afrontamiento

La conducta de afrontamiento fue definida por Lazarus y Folkman (1984) como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para mejorar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Otros autores Everly,(1989); Fernández-Abascal, (1997) lo definen como esfuerzo psicológico o conductual para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, o como una preparación para la acción que se realiza para evitar los daños del extrusor. (Fantin, 2005).

Earley (1997) hace referencia al afrontamiento como la evaluación de una persona basada en juicios sociales propio y externo; no cae por completo dentro y fuera del individuo, ya que es proporcionado como reclamo así el concepto del afrontamiento se basa en el proceso de intercambio social que implica el auto presentación. Se propone que nuestra conducta se guía por esfuerzos para regular y mejorar la autoimagen los ejemplos incluye el sentido del prestigio derivado del cargo del trabajo, o de mantener cierta apariencia física. (Muchinsky, 2002)

4.5.2 Teorías de afrontamiento

A pesar de las controversias acerca de la definición del estrés, los investigadores están de acuerdo en que el afrontamiento es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el burnout el concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, 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 psicofisiológicas a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar. Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida

El modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés (Lazarus – Folkman, 1986). Obviamente este modelo está cerca de la psicología cognitiva que es la que ha aportado más soluciones al problema al poner énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de este con su entorno, una de las formulaciones sobre la

jerarquización del afrontamiento es la Menninger (1963) quien identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo al nivel de organización interna.

En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

4.5.3 Estrategias de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. Así pues, el afrontamiento sería un proceso y no un rasgo.

El tipo de afrontamiento dirigido al problema. Engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: las que se refieren al entorno y las que se refieren al sujeto. Las primeras tratan de solucionar el problema definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), como son los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. Las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc.

El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Existen también las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian el significado de la situación, por ejemplo, la atención selectiva. En

síntesis, las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones tienen mayor probabilidad de aparecer cuando, según la evaluación del sujeto, no se puede modificar las condiciones amenazantes del ambiente; y cuando el sujeto evalúa que sí se pueden cambiar, entonces, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema (Martínez, 2010)

Además podemos mencionar las estrategias en función del nivel en que se producen, las podemos agrupar en dos categorías como son individuales y grupales.

Estrategias individuales. Las estrategias de afrontamiento de control o activas previene el Burnout porque aumentan los sentimientos de realización personal en el trabajo, mientras que las de escape facilitan la aparición del síndrome.

Según Ceslowitz (1989) las enfermeras con bajo Burnout emplean con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento de carácter activo dirigidas al problema. Entre estas estrategias se encuentra la elaboración y ejecución de un plan de acción, acentuar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y auto controlarse. Las enfermeras con altos niveles de Burnout utilizaron estrategias de escape/evitación, autocontrol y confrontación.

Estrategias de carácter grupal. La mayoría de las estrategias que abordan el tema desde la perspectiva grupal, aconsejan fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores.

Cobb (1976) define el apoyo social como la información que permite a las personas creer que:

- Otros se preocupan por ellos y les quieren
- Son estimados y valorados
- Pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas.

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del Burnout, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo

del síndrome, los formales, pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen carga e implicación laboral.

El trabajo con grupos de apoyo de profesionales con la pretensión de compartir experiencias que permiten un mejor afrontamiento en el caso de pacientes de características especiales, ha facilitado la comunicación entre los profesionales de salud, el disponer de un lugar de encuentro y sobre todo poder contar y escuchar los problemas y analizar las reacciones de contra-transferencia que dificultan la relación enfermera / paciente.

4.5.3 Investigación realizada

Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de Burnout o de desgaste profesional en trabajadores de la salud (2010)

Autores: Beatriz Cruz Valdés, Fernando Austria-Corrales, Loredmy Herrera-Kiengelher, Juan Carlos Vázquez-García, Cynthia Zaira Vega Valero, Jorge Salas Hernández

Objetivo: Identificar el efecto de las estrategias de afrontamiento activas sobre el síndrome de Burnout, se utilizó estudio descriptivo transversal con una muestra por cuotas a 500 trabajadores de la salud.

Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory versión Human Services, el cual evalúa tres dimensiones: Cansancio emocional, despersonalización y realización personal, y para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el instrumento de afrontamiento ante riesgos extremos.

Resultados: El uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el síndrome de Burnout entre el personal de salud.

Conclusión: El uso de Estrategias de Afrontamiento tiene un papel protector ante el síndrome de Burnout; aunque no protegen totalmente del cansancio emocional, protege de la despersonalización y el decremento de la realización personal y globalmente del desarrollo del síndrome.

4.6. El Burnout y la relación con el apoyo social

4.6.1 Definición de apoyo social

La definición aportada por Lin (1986) concibe el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales, y amigos íntimos. Así la referencia a provisiones instrumentales o expresivas destaca su carácter o dimensión funcional, aludiendo a las dos tipologías principales de apoyo social.

Este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que la persona recibe de familiares y amigos, en relación a su desempeño laboral y las circunstancias que su trabajo la deparan.

Jackson y Schuler (1983), Freedy y Hobfoll (1994) entienden que a menor apoyo social existe más posibilidad de padecer el síndrome. Smith, Birch y Marchant (1984) mantienen que las relaciones familiares y/o de pareja confieren a la persona inmunidad a padecer el Burnout.

El apoyo social generalmente envuelve a un grupo de familia o amigos que proveen el apoyo social permite al individuo sentirse querido y cuidado, estimado y valorado.

4.6.2 Modelos Explicativos del Apoyo Social

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto.

Thoits (1985), desde el Interaccionismo Simbólico, establece tres grandes mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos.

- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles.
- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
- Un aumento de la percepción de control, autoeficiencia y dominio sobre el ambiente que incrementa su bienestar.

La teoría denominada del Efecto Bufer o Amortiguador; postula la existencia de un efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta fisiológica del organismo ante situaciones de estrés (Cohen 1988). Esta teoría señala dos efectos principales derivados de la disposición de apoyo social.

De acuerdo con el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986) el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como en la secundaria. Sobre la primera la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante. En cuanto a la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red tanto emocionales, como instrumentales o de información aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés.

Algunos investigadores han argumentado que la percepción de apoyo social se relaciona con el estrés. Un bajo nivel de apoyo social puede ser también un importante predictor de depresión luego de traumas severos.

4.6.3 Apoyo Social Percibido

Los autores que subrayan el aspecto subjetivo del apoyo social lo conceptualizan en términos cognitivos, como percepción de que uno es amado, estimado, valorado por los demás. Se supone que esta percepción promueve la salud, en este mismo sentido se ha puesto de manifiesto que mientras la presencia de un elevado nivel de apoyo social percibido predice menos síntomas psicológicos. (Cobb, 1976).

Se ha distinguido tres tipos de funciones de apoyo social:

- Emocional muestra empatía, amor y confianza
- Instrumental conductas dirigidas a solucionar problemas de la persona receptora
- Informacional. Que implica consejos, guía pertinente a la relación, conducta dirigida a solucionar problemas

Debido a los diferentes papeles entre hombres y mujeres existen contrastes en el apoyo social, mientras en las mujeres implica calidez, expresividad y confort en los hombres se enfatiza la autonomía, la autoconfianza y la independencia. Tomando en cuenta que las mujeres se dedican en mayor parte al cuidado de la familia y se dedica a profesiones que impliquen el cuidado de otros.

4.6.4 Apoyo Social Estructural

La red social en el área estructural, puede definirse como los lazos directos e indirectos que une a un grupo de individuos según la relación de parentesco, de amistad o de conocimiento (Pérez, 1999).

Dentro de las perspectivas teóricas de las investigaciones sobre apoyo social estructural se centra en el análisis de las condiciones objetivas, en la estructura de las relaciones sociales. Desde este enfoque la unidad de la estructura social que se toma como base de los análisis es la red social.

Las redes sociales pueden estudiarse desde un punto de vista individual o como un todo donde se analizan características como:

- Densidad, una red densa brinda un importante potencial de apoyo social, pero no conviene olvidar que también puede jugar una función de control que puede impedir el cambio de redes sociales
- Tamaño, número de sujetos que conforman una red social de una persona determinada
- Composición: diversidad de personas que componen la red (amigos, familiares, compañeros)
- Reciprocidad: indica el grado en que la ayuda es dada y recibida por la persona. En los vínculos basados en la afectividad es más frecuente la reciprocidad (Nieves Lillo / Elena Resello, 2004)

Es necesario tomar en cuenta tres aspectos en el apoyo derivado de las relaciones sociales; cantidad, estructura y función ya que están teórica y empíricamente interrelacionados.

4.6.5 Investigaciones realizadas

Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital.

Autores: Manuel Romero, Elena Carbayo, Inmaculada Gutiérrez, María Gonzales, Amparo García, María Albar, Silvia Algaba. (2004).

Este estudio explora la relación entre síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y apoyo procedente de la red social: vínculos informales (familia y amigos) y vínculos del lugar de trabajo (supervisores y compañeros de trabajo). En una muestra de enfermeras de un hospital general. Se obtuvieron los siguientes resultados: a) el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros, b) la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada a la realización personal.

Síndrome de Burnout en médicos residentes del NEA:¿Cuánto afecta a nuestros futuros especialistas?

Autores: Guillermo Horacio Cáceres Pallavidino, Dra. María Florencia Echevarría Avellaneda, Prof. Dra. Celeste G. Ghilarducci de Martínez, Prof. Dr. Domingo José Pomares.

Objetivo: Diagnosticar la situación de estrés en residentes de diferentes especialidades y su comparación con las demás especialidades.

Material y método: Se realizó una encuesta a través de un formulario de auto llenado anónimo adaptado del “Malsach Burnout Inventory Manual de 1996”, con datos personales y preguntas que enfocaron el sufrimiento en el ejercicio de su profesión, la repercusión de éstos en su familia, colaboradores y el propio enfermo, además de la suspensión de sus actividades por estrés y su satisfacción con respecto al trabajo, bajo el sistema de una escala de Likert, clasificando el estrés en leve, moderado, manifiesto y grave. El mismo fue entregado personalmente a 190 residentes de 13 especialidades de los Hospitales de Resistencia y Corrientes (capital), entre los meses de septiembre 2008 a mayo de 2009.

Resultados: Se obtuvo en forma global; estrés leve 53 residentes (27,36%), manifiesto 33 residentes (17,36%) y grave 17 residentes. (8,94%). En la evaluación subjetiva de variables relacionadas con situaciones de estrés, en su gran mayoría respondieron creer haber tratado de adaptarse al régimen e incluso lograrlo, pero mencionaron haber sufrido cambios de peso corporal, empeorado sus relaciones afectivas con sus parejas y familiares y haberse enfermado, entre otros.

Conclusión: El estrés es una realidad entre los médicos residentes que no debe subestimarse; más aún en los de ginecología donde existe la mayor cantidad de casos graves, como que de 1ª a 4ª año el estrés leve va en descenso (45,45% a 18,18%) y el grave se incrementa (de 0% a 27,27%), además que más de un cuarto de la población de estos sufre entre estrés manifiesto a grave, situación superior a otras especialidades.

4.7. El Burnout y la relación con la personalidad

La personalidad comprende la forma en que una persona se enfrenta al mundo, se adapta a las demandas y oportunidades en el ambiente.

Es importante considerar que los rasgos permiten una descripción más precisa de la personalidad, ya que cada uno se refiere a un conjunto más enfocado de características que distingue a una persona de otra.

4.7.1. Definición de personalidad

Allport (1937) define a la personalidad como organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos

Rogers (1972) lo define como “una pauta conceptual organizada, fluida, pero congruente, de percepciones de las características y relaciones del yo y del mí, conjuntamente con los valores ligados a estos conceptos.

Maslow defiende una teoría holística- dinámica de la persona humana, donde la personalidad es el resultado de la motivación. El hombre es un ser total e integrado, nunca está satisfecho a no ser de una modo efímero y relativo. Distingue las necesidades según una jerarquía de predominio, cuyo núcleo más elevado es la autorrealización. La personalidad es un proceso de realización, tiene dos tendencias nucleares: impulso a satisfacer sus necesidades básicas y otra el impulso a la realización de la necesidad de desarrollo. (Palacios, 1989)

Según Freud, el fundamento de la conducta humana se ha de buscar en varios instintos inconscientes, llamados también impulsos, y distinguió dos de ellos, los instintos conscientes y los inconscientes, llamados también instintos de la vida e instintos de la muerte.

- **El consciente:** Se refiere a las experiencias de las cuales la persona se da cuenta, incluyendo los recuerdos y acciones intencionales. La conciencia funciona de

manera realista, según las reglas del espacio y del tiempo, nos identificamos con ella

- **El inconsciente:** Es diferente su contenido no se mueve rápidamente hacia la conciencia. Se refiere a los procesos mentales de los cuales las personas no se dan cuenta, tal material permanece en el inconsciente, ya que hacerlo consciente produciría mucha ansiedad.

La personalidad no es más que el patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presenta una persona y que persiste a lo largo de toda su vida a través de diferentes situaciones.

4.7.2 Tipos de Personalidad

Martínez (2010) cita los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral al neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y resistencia al estrés. De estos el patrón de conducta tipo A es particularmente vulnerable al estrés, en contraste con el locus de control, autoestima y sentido de coherencia (Zeidner –Endler, 1996).

1. **Neuroticismo:** Es considerado como inestabilidad emocional y como un factor distorsionador. también puede actuar como un mediador de las relaciones entre estrés laboral y resultados afectivos. los sujetos con este tipo de personalidad son vulnerables al estrés, perciben las situaciones como amenazantes y ansiógenas, es decir que las conductas de afrontamiento no son eficaces. Esto se aval por la relación que se ha encontrado entre neuroticismo y ansiedad.
2. **Patrón de conducta tipo A** engloba la acción- emoción y se manifiesta en un ambiente de demandas desafiantes se atribuye a estos sujetos conductas de impaciencia, apresuradas, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia, se caracteriza también por la irritabilidad, implicación, compromiso excesivo en el trabajo, gran necesidad, deseo de logro, estatus social, y lucha por el éxito, son individuos que se disgustan cuando su tarea es interrumpida por otra persona, prefieren trabajar solos cuando están bajo estrés y se impacientan rápidamente.

3. Personalidad resistente (hardiness) El modelo de Kobasa (1972) plantea un concepto de personalidad dinámico, en el que las dimensiones de la personalidad resistente se configuran en acciones y compromisos adaptados a cada momento. De esta forma, los individuos con puntuaciones altas en las dimensiones de compromiso, control y reto poseerán características de resistencia frente al estrés laboral o de la vida cotidiana.

- **Compromiso.** Tendencia a involucrarse en los aspectos o áreas de la vida que considera valiosos, así como la tendencia a identificarse con lo que hace.
- **Control.** La persona posee el convencimiento de poder intervenir en los episodios que le rodean, modificando o alterando el curso de los mismos.
- **Reto.** Hace referencia a la creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida.

Los individuos presentan actitudes protectoras ante elementos no saludables como el estrés y el desgaste profesional y facilitadores de estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. Es un componente más de una personalidad positiva favorecedora de procesos salutogenicos, actúa sobre la salud mediante diferentes mecanismos:

- Modifica la percepción de los estímulos estresantes haciéndolos cognitivamente menos estresantes
- Induce un determinado estilo de afrontamiento centrado en el problema
- Influye sobre la utilización del apoyo social
- Favorece cambios hacia determinados estilos de vida saludable
- Ejerce efectos positivos de tipo fisiológicos (Mingote, 2009)

4.7.3. Patrones de conducta y personalidad

4.7.3.1. Patrón de Conducta Tipo B

Las personas que presentan un patrón de conducta Tipo B, son personas tranquilas, capaces de utilizar la energía necesaria para la resolución de problemas.

Las personas que poseen este patrón de conducta se caracterizan por: Adaptabilidad, introversión, habla suave, expresión de calma, controlados, suavidad al andar, al moverse, estas personas tienen menos posibilidades de sufrir estrés y problemas cardiacos.

4.7.3.2 Patrón de conducta tipo C

Las personas que presentan este patrón son excesivamente serviciales, pacificadoras con dificultad para reivindicar sus derechos muy pacientes, evitan los conflictos, buscan la armonía, sumisas, suelen estar a la defensiva, suprimen la expresión de las emociones y son incapaces de enfrentarse a tensiones en el ámbito interpersonal, todo ello les lleva a experimentar sentimientos de indefensión y desesperanza y finalmente a la depresión. (Gonzalez, 2006)

4.7.4 Locus de control

Se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Un extremo de esta dimensión es externo y el otro interno. Según Rotter (1966), los sujetos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, presentando insatisfacción, desamparo, a orientarse hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos por la percepción de control de la situación, es decir que suele utilizar el afrontamiento dirigido al problema.

Otro enfoque es el que plantea Weiner (1979), quien subdividió el concepto de locus de control en “Lugar de causalidad y controlabilidad”. Según este autor,

existen causas internas que son incontrolables, pero también causas externas controlables.

Dentro de las características de la personalidad existen autores que defienden la importancia del aspecto denominado “Sede de control”. Esta característica individual se centra en la percepción que una persona tiene de las relaciones causa efecto entre ella y su entorno. Se define como persona con Sede de control interna a aquella que piensa que sus actos influyen en su entorno y el resultado que el entorno devuelve sobre ella.

Por el contrario, el grupo complementario con sede de Control Externo es el de las personas que piensan que hagan lo que hagan o como lo hagan, la incidencia de sus acciones en el entorno y el resultado que este le devuelva no depende para nada de sus actos.

4.7.5 Investigación realizada

Factores de Personalidad relacionados con el Síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad A, B Y C.

Autora: Useche Parada Myriam Janneth (2008) Bogotá

Objetivo: Identificar los factores de personalidad predisponentes al síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad A, B, C.

Se identificaron los factores de personalidad pre disponente al síndrome de Burnout para las personalidades de tipo A,B y C, sin embargo, a pesar de la identificación de estos factores se concluye que por si mismo, no podrían llegar a ser factores predisponentes del síndrome de Burnout, es necesario que estos estén acompañados de condiciones adecuadas en : contexto organizacionales como el diseño de puesto de trabajo, jerarquización, participación, en toma de decisiones y satisfacción laboral; de características personales como lo es el afrontamiento al agente estresor; y una relación con el contexto ambiental, generando sinergia cada uno de estos contextos, buscando entender al trabajador como un ser integral y sistémico.

5.METODOLOGÍA

5.1 CONTEXTO

El trabajo se realizó en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda ubicado en la calle José María Cisneros, en sus diferentes áreas de servicios.

El hospital de Guaranda, oficialmente se crea el 3 de mayo de 1884 mediante decreto legislativo, sancionado el 5 del mismo mes y año por el ejecutivo bajo la presidencia de José María Placido Caamaño, en el mismo decreto se asigna la cantidad de 10.000 sucres para iniciar la construcción (Hospital de Jesús) que se termina 10 años después inaugurándose el 8 de octubre de 1894.

El Hospital de Guaranda a partir de 1911 se le conoce con el nombre de Hospital de Jesús, para luego adoptar definitivamente el nombre desde 1922 el de Alfredo Noboa Montenegro en honor a un notable médico Guarandense

Luego de haber transcurrido varios años se concluye la construcción de la obra civil, instalaciones y equipamiento abierto puesto en funcionamiento el nuevo hospital “Alfredo Noboa Montenegro” el 13 de Junio de 1992.

El Hospital Alfredo Noboa Montenegro, constituye el principal lugar de atención de la salud en el cantón Guaranda tanto para la población urbana como para la rural.

La misión del Hospital Alfredo Noboa Montenegro es la de prestar atención humanizada, integral, individualizada y de calidad en las cuatro especializaciones básicas, constituye la unidad de referencia provincial.”

La visión del Hospital Alfredo Noboa Montenegro es contar con una adecuada capacidad resolutiva técnico administrativo financiero que le permita brindar una atención de calidad en acciones inherentes al diagnóstico oportuno, tratamientos eficaz y rehabilitación de escuelas mentales y sociales que conduzcan a la satisfacción de las necesidades del usuario interno y externo.”

El personal de planta que se encuentra laborando en la institución en sus diferentes áreas y servicios médicos es de 220 personas datos que fueron facilitados y tomados del archivo de la institución en el área recursos humanos.

Las áreas y servicios médicos con los que cuenta el Hospital Alfredo Noboa Montenegro son las que se detallan a continuación:

Servicios médicos

- Servicio auxiliar de diagnóstico y tratamiento
- Cirugía
- Pediatría
- Gineco-Obstetricia
- Medicina Interna.
- Neonatología.

5.2 DISEÑO METODOLÓGICO

Mediante la investigación podemos conocer si existe el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de instituciones sanitarias, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

Esta investigación posee las siguientes características:

- **Es cuantitativa:** Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.
- **Es no experimental:** Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- **Es transaccional (transversal):** Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

- **Es exploratorio:** Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- **Es descriptivo:** Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

5.3.Preguntas de Investigación:

Las preguntas planeadas para la investigación de campo fueron las siguientes.

1. ¿Cuál es la prevalencia del síndrome de Burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias?
2. ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las mas frecuentes en las personas que experimentan el burnout?
3. ¿Cuál es la comorbilidad existente que perciben las personas que experimentan burnout?
4. ¿El estado de apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar un mecanismo protector?
5. ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?
6. ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

5.4 Objetivos

General

- Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Específicos

- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el burnout.

5.5. Población:

La población objeto de estudio serán el personal de instituciones de salud, es decir; 15 Médicos y 15 Enfermeras que laboran en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro independientemente de los años de servicio, edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

5.6 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados, en esta investigación los cuales detallamos a continuación y deben de ser aplicados en el orden que se presentan a continuación:

- **Cuestionario Sociodemográficas y laboral.**- Es un cuestionario ad hoc que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.
- **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).**- Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo.

- **Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).**- El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son:
 - A. Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, entre otros
 - B. Ansiedad e insomnio. Nerviosismo, pánico, dificultad para dormir.
 - C. Disfunción social. Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día
 - D. Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

- **La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).**- Tiene su origen en el año 1989, Crespo y Cruzado, en 1997 publican una versión abreviada, adaptada y validada en la población Española es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles, de esta manera las formas de afrontamiento que se presentan son : Afrontamiento activo, Planificación, Auto distracción, Apoyo instrumental, Apoyo emocional, Reinterpretación positiva, Aceptación, Negación, Religión, Auto inculpación, Desahogo, Desconexión conductual, uso de sustancias, Humor.

- **Cuestionario MOS de apoyo social.**- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto - administrado, multidimensional que se utiliza para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido)

- **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.-** “La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales son el cognoscitivo, el conativo, el afectivo y el constitucional” (Eysenck 1981). Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores: neuroticismo, extraversión, psicotismo, sinceridad.

5.7 Procedimiento

La presente investigación se inició con los datos proporcionados por la Universidad Técnica Particular de Loja en la primera tutoría donde se conoció la importancia de identificar el Burnout en los profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, objetivo que persigue la Universidad Técnica Particular de Loja a través de la Escuela de Psicología.

Para la investigación se tomó en consideración a 15 médicos y 15 enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro de la ciudad de Guaranda, quienes participaron en forma voluntaria y se les explicó que la información obtenida es confidencial.

5.7.1 Recolección de datos

La recolección de datos se realizó en el mes de junio del 2012, a través de un trabajo de campo, aplicando 6 cuestionarios: Cuestionario Socio demográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, Cuestionario de Salud Mental, La escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento, Cuestionario MOS de apoyo social y el Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck. Para realizar este tipo de investigación se utilizó el diseño de tipo transversal o de observación sistemática, el mismo que permitió obtener información sobre aspectos clínicos de los profesionales de la salud.

5.7.2 Tabulación de datos

Todos los datos y materiales de información obtenidos y recopilados en el trabajo de investigación lo sometimos a procesamiento y diseño estadístico a través de la tabulación, cálculo de porcentajes, elaboración de cuadros, gráficos y finalmente se sometieron a un análisis para redactar las conclusiones y recomendaciones.

El análisis estadístico de los datos se efectuó con el sistema (Microsoft Excel), en el cual se realizó diferentes matrices para cada uno de los cuestionarios que se utilizaron para el ingreso de los datos manifestados por parte de los participantes (Médicos y Enfermeras), para así obtener porcentajes y frecuencias generales en cada variable y realizar los siguientes análisis:

6. RESULTADOS OBTENIDOS

TABLA N: 1

CUADRO RESUMEN

VARIABLES	MEDICOS SIN BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%
Genero	9	60	6	40
Zona de vivienda	Urbana	%	Rural	%
	15	100	0	0
Etnia	Mestizo		Indígena	
	14	93,333	1	6,6666
Con quien vive	Solo	%	Mas personas	%
	3	20	12	80
Tipo de trabajo	Completo	%	Parcial	%
	11	73,3333	4	26,6666
Pacientes en riesgo de muerte	Si	%	No	%
	14	93,3333	1	6,6666
Pacientes fallecidos	Si	%	no	%
	8	53,3333	7	46,6666
Permisos.	Si	%	no	%
	8	53,3333	7	46,6666

Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Elaborado: Adriana Lara

TABLA N: 2

CUADRO RESUMEN

VARIABLES	ENFERMERAS SIN BURNOUT.			
	Masculino	%	Femenino	%
Genero	0	0	15	100
Residencia	Urbana	%	Rural	%
	15	100	0	0
Etnia	Mestizo	%	Blanco	%
	14	93,3333	1	6,6666
Con quien vive	Solo	%	Mas personas	%
	0	0	15	100
Tipo de trabajo	Completo	%	Parcial	%
	15	100	0	0
Pacientes en riesgo de muerte	si	%	No	%
	4	26,6666	11	73,3333
Pacientes fallecidos	Si	%	no	%
	3	20	12	80
Permisos.	si	%	no	%
	7	46,6666	8	53,33333

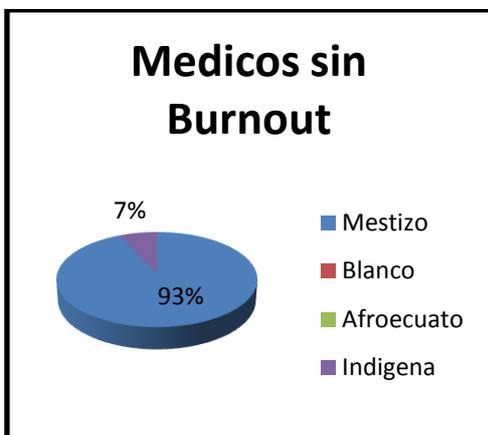
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Elaborado: Adriana Lara

En los siguientes cuadros se puede apreciar que los médicos pertenecen en un 60% que al sexo masculino y en las enfermeras el 100% pertenece al sexo femenino, en relación a con quien viven tanto los médicos como las enfermeras viven acompañados. En cuanto a la atención de pacientes en riesgo de muerte son los médicos quienes atienden en un 93,33% mientras que las enfermeras atienden en un 26,666%. Los demás datos se aprecian similares en los dos grupos.

ETNIA

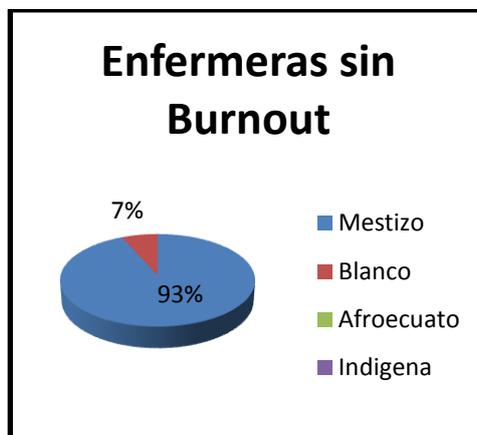
GRAFICO N: 1



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro.

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 2



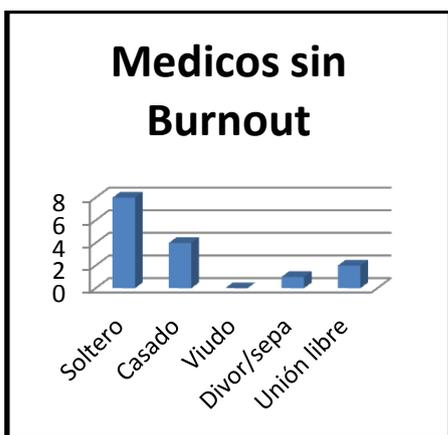
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa M

Elaborado por: Adriana Lara

Se determina que en un 93% de médicos y enfermeras corresponde a una población mestiza, un 7% de médicos corresponde a la población indígena y el 7% de enfermeras restante corresponde a la población blanca.

ESTADO CIVIL

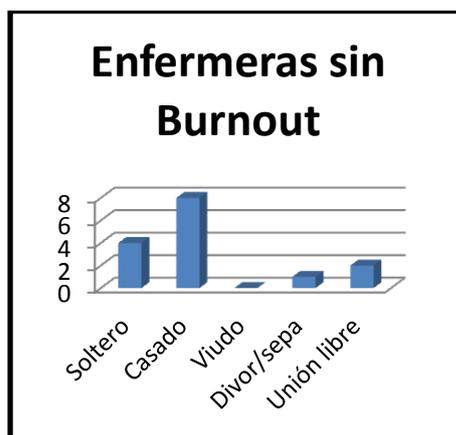
GRAFICO N: 3



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 4



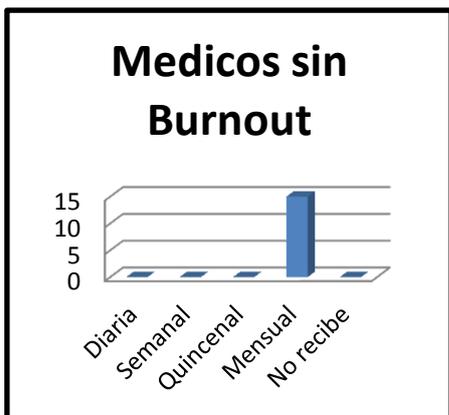
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

Luego del análisis estadístico podemos decir que los médicos en un porcentaje mayor son solteros en relación a las enfermeras que son casadas; tanto en el estado civil divorciado y unión libre son variables en común de nuestra población objeto de estudio.

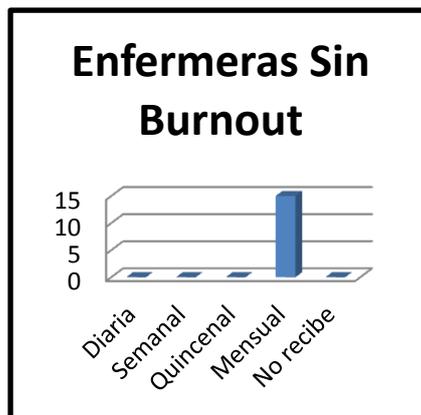
REMUNERACIÓN SALARIAL

GRAFICO N: 5



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 6

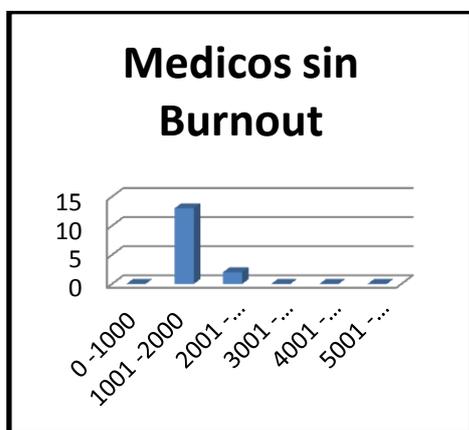


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

De los datos obtenidos del presente grafico se determina que tanto los médicos como las enfermeras reciben su remuneración mensualmente.

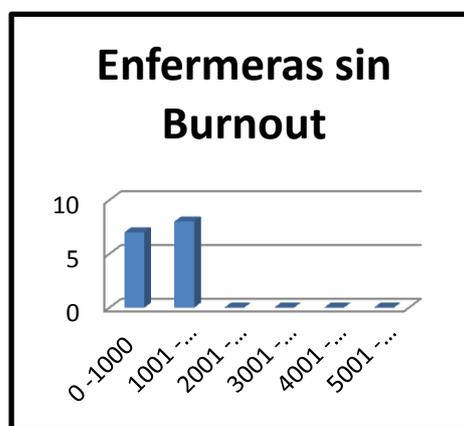
VALOR SALARIAL

GRAFICO N: 7



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N8

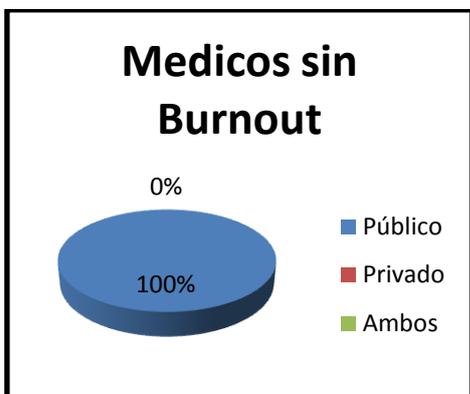


Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

De los datos obtenidos del presente grafico se determina que la remuneración entre \$1001 y 2000 es el mismo para médicos y enfermeras, mientras que un número significativo de enfermeras perciben una remuneración inferior debido a que ellas pertenecen al personal contratado.

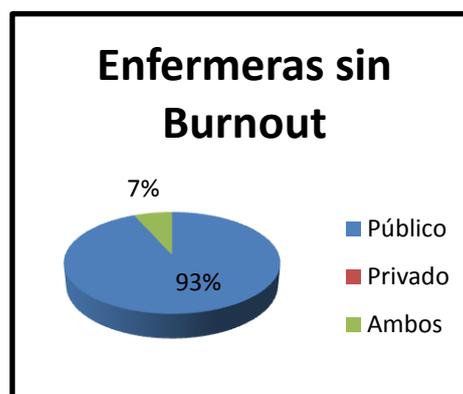
SECTOR DE TRABAJO

GRAFICO N: 9



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 10

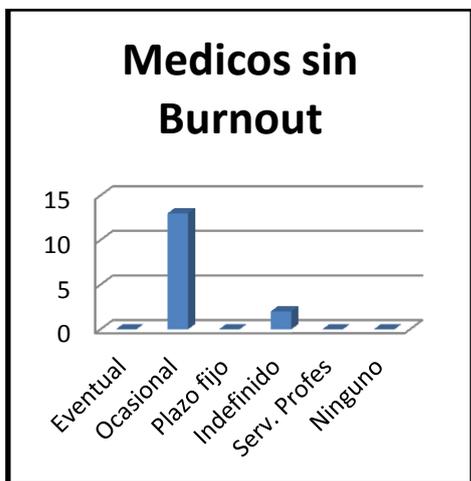


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

De los datos del presente grafico se evidencia que en un 7% de enfermeras trabaja en el sector público y privado, mientras que la mayor parte de enfermeras y médicos trabaja en el sector público.

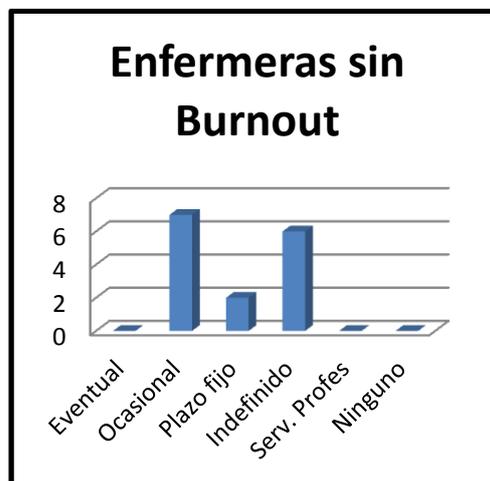
TIPO DE CONTRATO

GRÁFICO N: 11



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 12

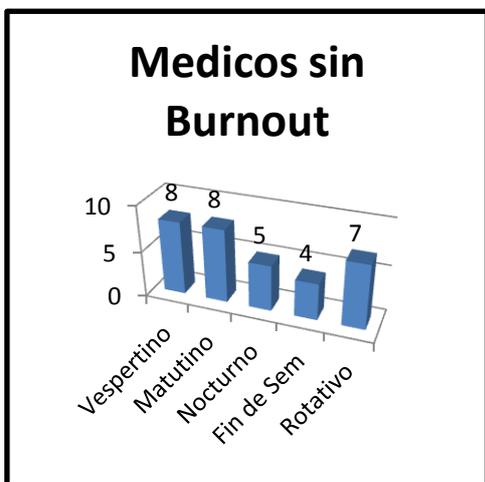


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

Existe una mayoría en los dos grupos que cuentan con contratos ocasionales, sin embargo hay que destacar que en el caso del segundo grupo hay una cantidad importante de enfermeras con contratos indefinidos.

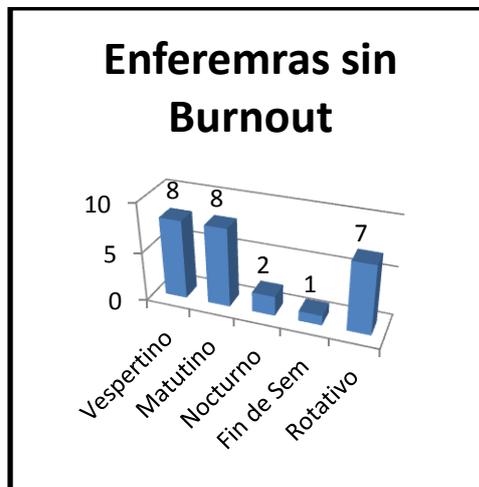
TURNOS

GRAFICO N: 13



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 14

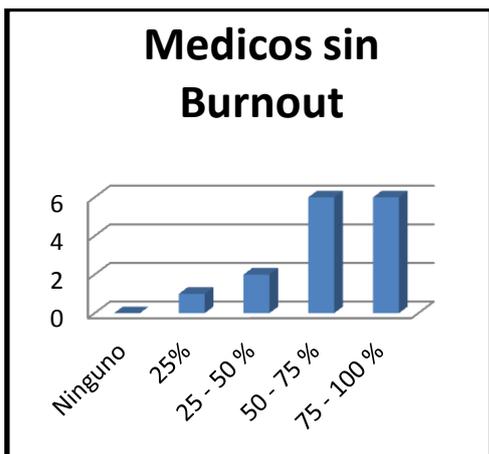


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

De los datos obtenidos del presente grafico tanto los médicos como enfermeras trabajan en turnos rotativos, tomando en consideración que los médicos trabajan en un mayor porcentaje en horarios nocturnos.

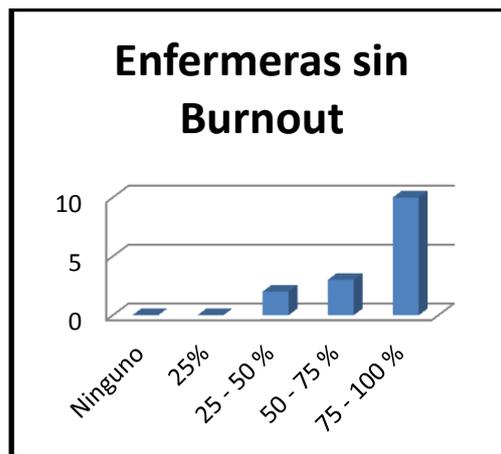
% DE PACIENTES DIARIOS

GRAFICO N: 15



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 16

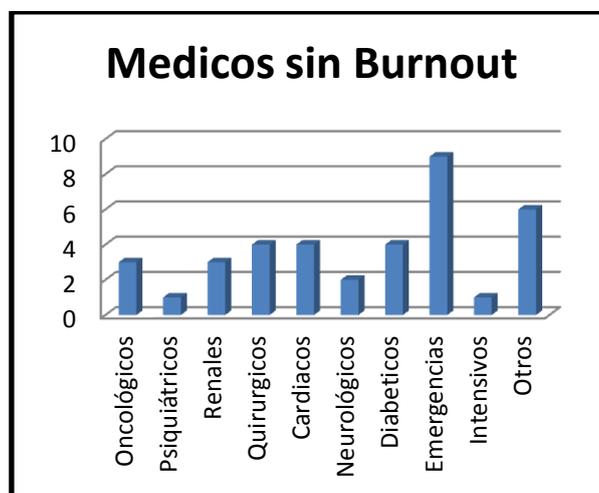


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

En los gráficos se aprecia que tanto los médicos como enfermeras atienden entre el 75 a 100 % de pacientes; habiendo un número considerado de médicos que atiende entre un 50 a 75% de pacientes.

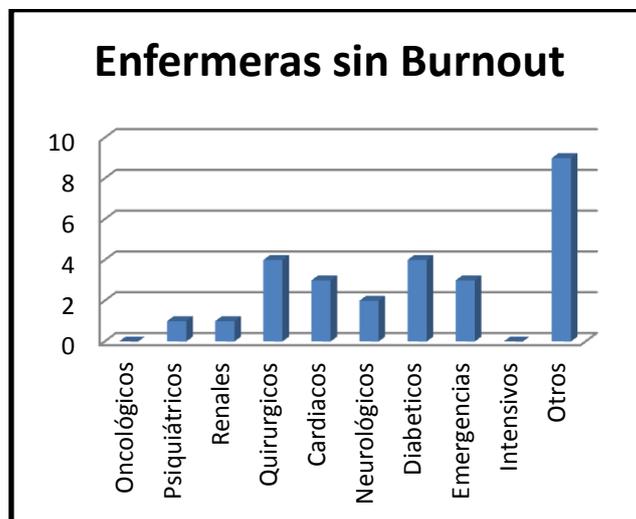
TIPOS DE PACIENTES

GRAFICO N: 17



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 18



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

De los datos obtenidos del presente grafico se determina que los médicos atienden en mayor porcentaje a pacientes de emergencia mientras que las enfermeras atienden otro tipo de pacientes en diferentes áreas siendo la mayoría pacientes quirúrgicos, diabéticos y urgencias.

TABLA N: 3

CUADRO RESUMEN

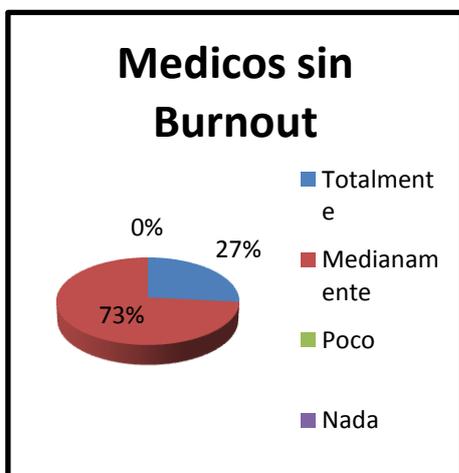
Promedio	Médicos sin burnout	Enfermeros sin burnout
Edad	33,4	35,46
Hijos	0,8	1,6
Años de trabajo		10
Instituciones trabajadas		1
Horas diarias	7,42	8
Horas semanales	49,6	40,4
Guardias nocturnas horas	24	10,8
Guardias nocturnas días		3,75
Pacientes por día	22,4	17,86
Pacientes fallecidos	2,625	2
Días de permiso		7

Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

Se destaca una diferencia importante en el promedio de horas nocturnas siendo los médicos quienes laboran en el doble de horas nocturnas en relación a las enfermeras. Las demás variables se muestran cercanas con excepción del promedio de días de permisos que en el grupo de médicos sin Burnout en el 100% no hay permisos.

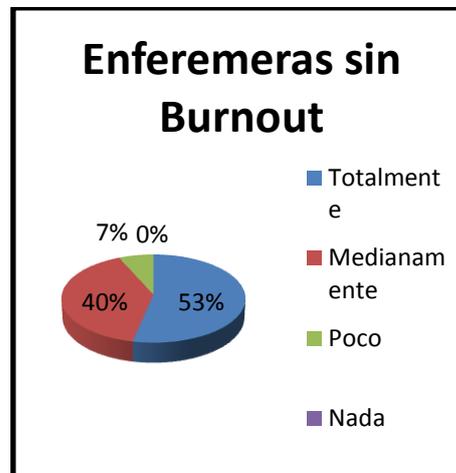
RECURSOS NECESARIOS

GRAFICO N: 19



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 20

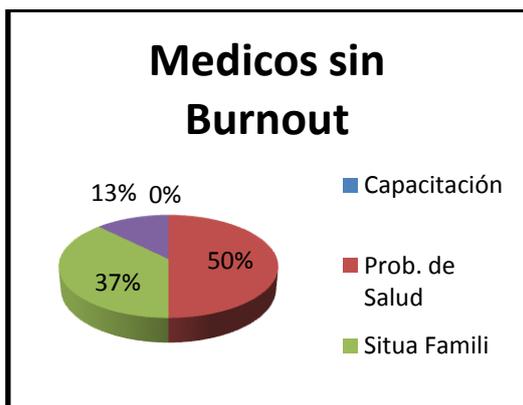


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

De los datos obtenidos se puede apreciar que en los médicos la percepción de recibir los recursos necesarios es medianamente en un 73%, mientras que para las enfermeras es totalmente satisfecho en 53% y medianamente satisfecho en un 43%.

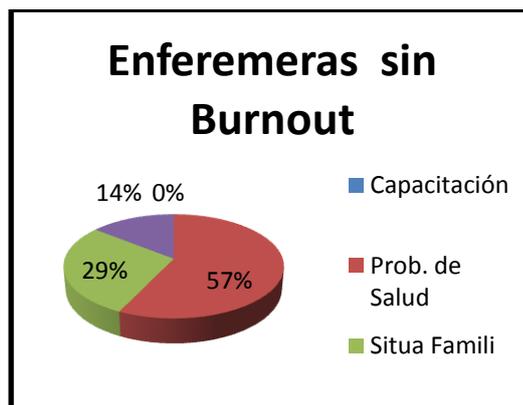
CAUSAS DE PERMISO

GRAFICO N: 21



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 22

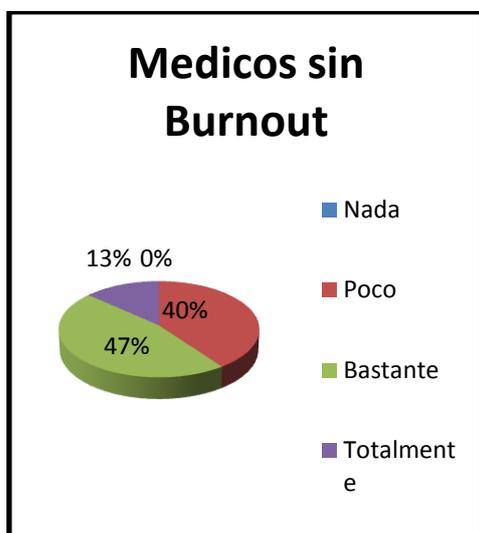


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

Se determina que la mayoría de médicos y enfermeras expresan haber solicitado permiso por problemas de salud y en un porcentaje menor por situaciones familiares.

VALORACIÓN PACIENTES

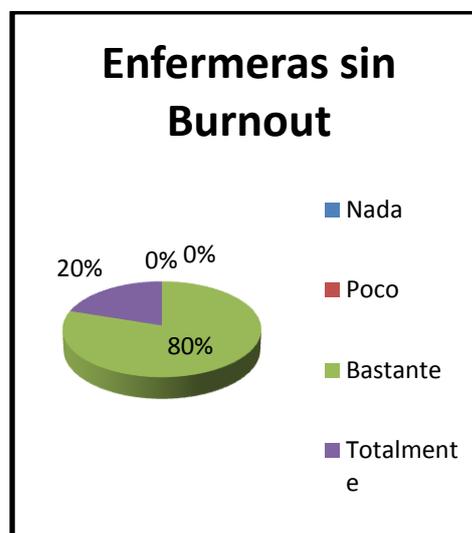
GRAFICO N: 23



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 24



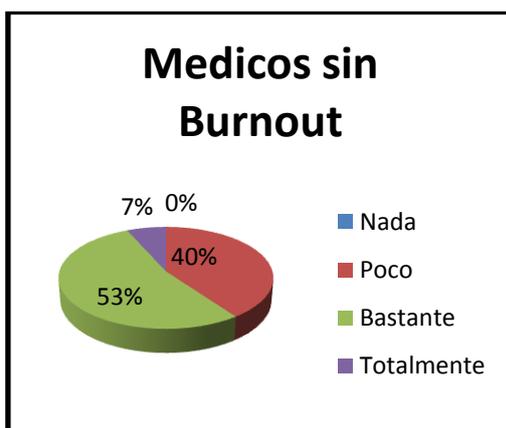
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

En esta variable se puede apreciar que las enfermeras se sienten bastante valoradas por los pacientes en relación a los médicos ya que estos en un 40% se sienten poco valorados por los mismos.

VALORACIÓN FAMILIARES

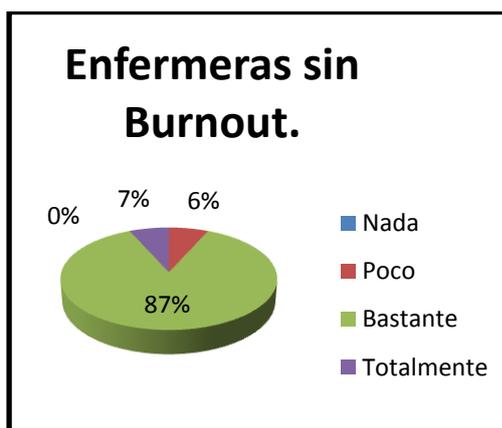
GRÁFICO N: 25



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRÁFICO N: 26



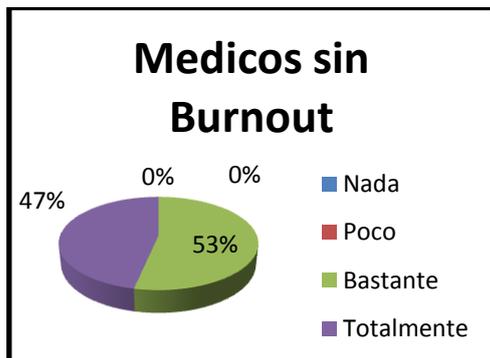
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

En esta variable se puede apreciar que las enfermeras se sienten bastante valoradas por los familiares de los pacientes en relación a los médicos ya que estos en un 40% se sienten poco valorados por los mismos y en un 7% nada valorados.

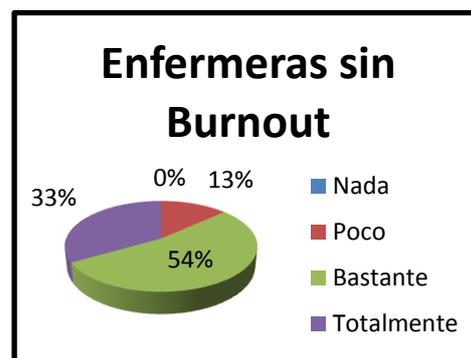
VALORACIÓN COLEGAS

GRÁFICO N: 27



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRÁFICO N: 28

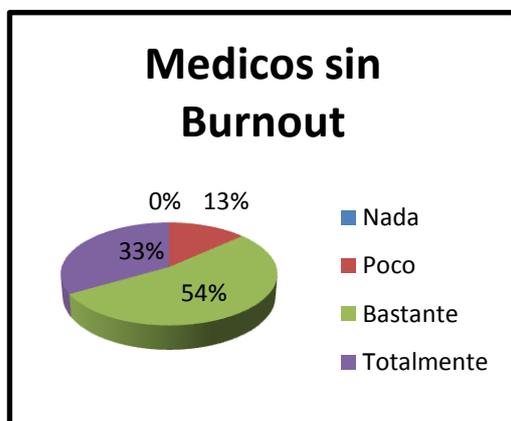


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

En esta variable se puede apreciar que los médicos y enfermeras se sienten bastante valoradas por sus colegas mientras un porcentaje significativo de enfermeras se siente poco valoradas por sus colegas.

VALORACIÓN DIRECTIVOS

GRÁFICO N: 29



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

GRÁFICO N: 30

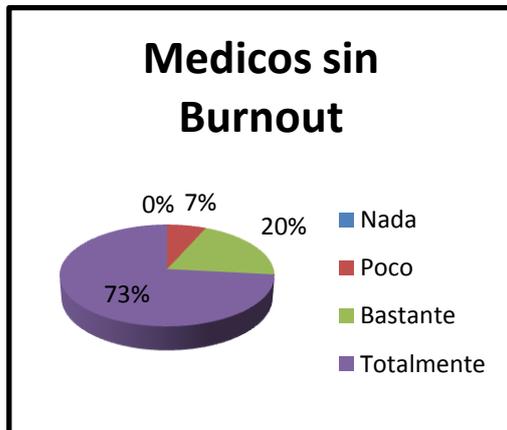


Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro
Elaborado: Adriana Lara

En esta variable se puede observar que los médicos y enfermeras se sienten bastante valoradas por los directivos; mientras que el 7% de enfermeras se siente nada valoradas y un 24% poco valoradas por los directivos.

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

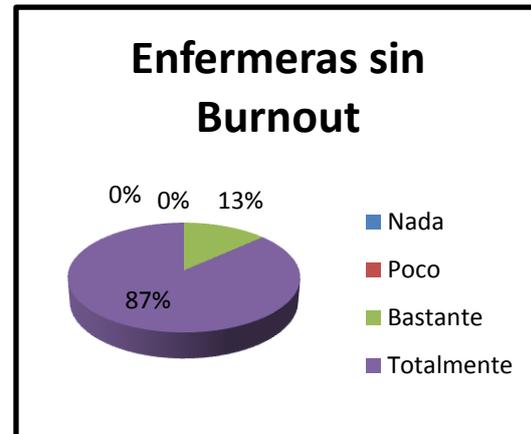
GRÁFICO N: 31



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRÁFICO N: 32



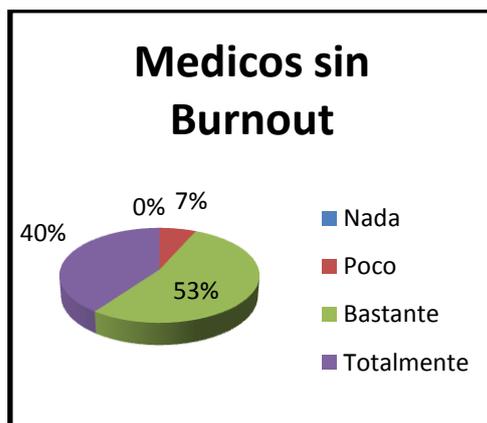
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

En los dos grupos los niveles de satisfacción son altos, sin embargo no se puede dejar de distinguir que el 7% de los médicos, se siente poco satisfecho con su trabajo.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES

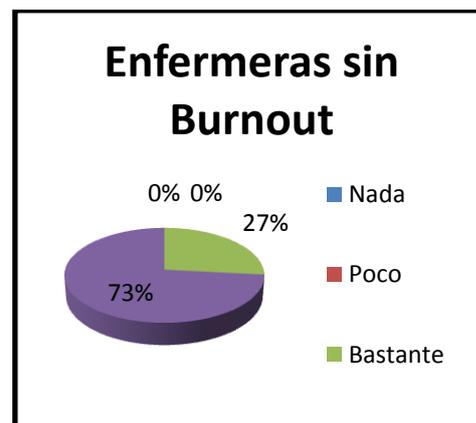
GRAFICO N: 32



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 33



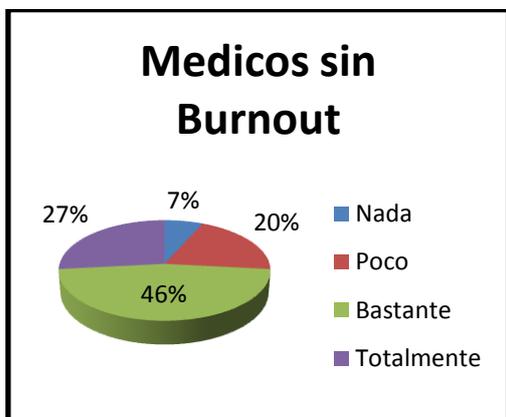
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

Los dos grupos muestran valoraciones positivas, ya que consideran que interactúan bastante y totalmente con sus pacientes.

APOYO DIRECTIVOS

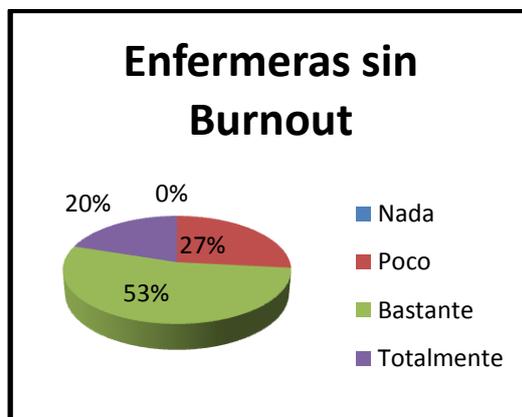
GRAFICO N: 34



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 35



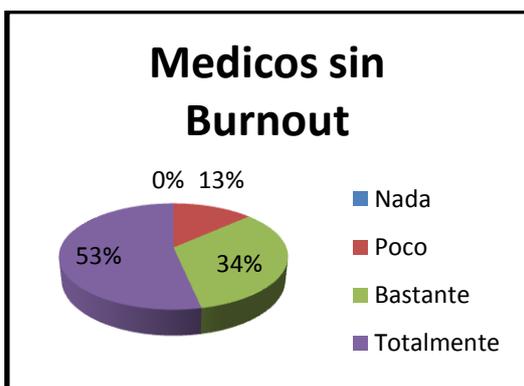
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

En esta variable se puede observar que los médicos y enfermeras sienten bastante apoyo por los directivos; mientras que un 7% de médicos no perciben ningún apoyo por parte de los mismos.

COLABORACIÓN COLEGAS

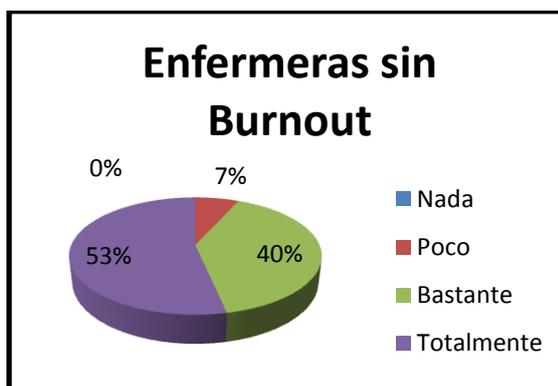
GRAFICO N: 36



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 37



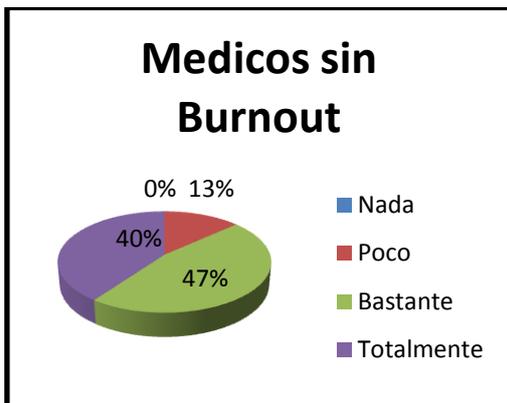
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

En esta variable se puede observar que los médicos y enfermeras perciben una total colaboración entre colegas y un 13% de médicos el 7% de enfermeras sienten poca colaboración entre compañeros.

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA

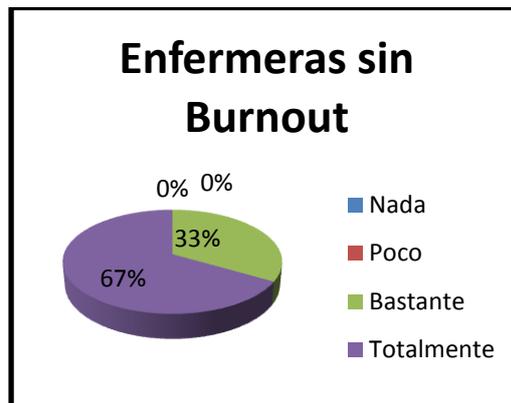
GRAFICO N: 38



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 39



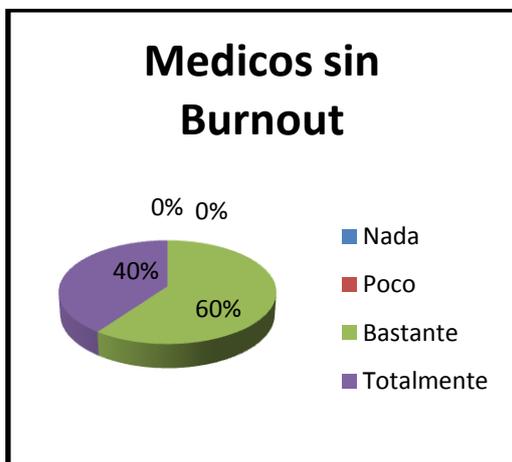
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

El mayor nivel de satisfacción con su experiencia profesional se da en el grupo de enfermeros sin burnout con un 100% entre bastante y totalmente; en los médicos encontramos en concordancia con variables anteriores que existe un 13% que se siente poco satisfecho.

ECONOMÍA

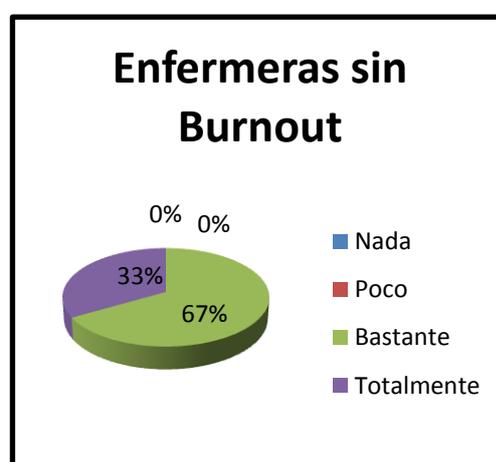
GRAFICO N: 40



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 41



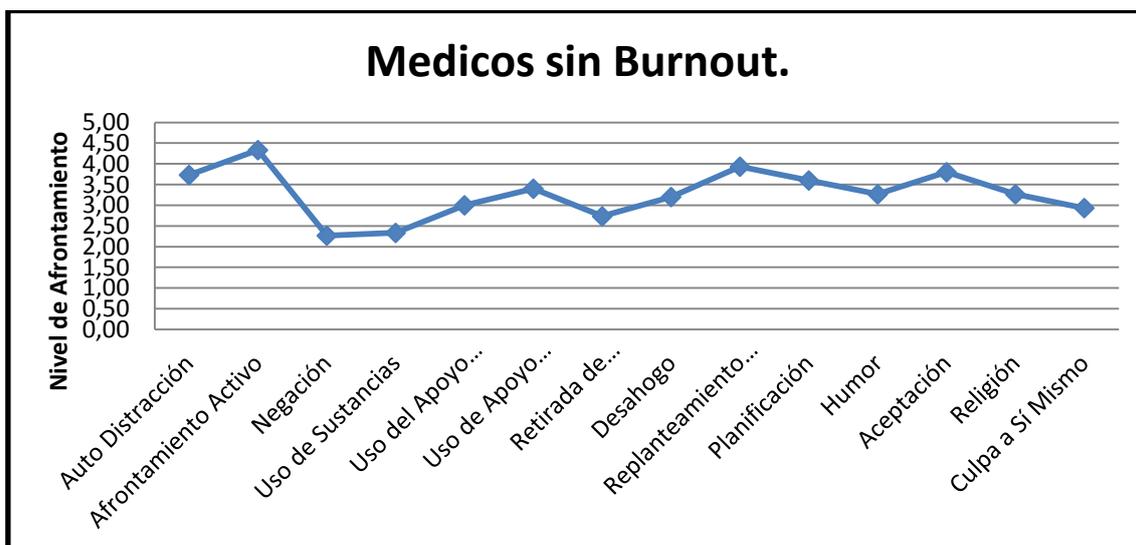
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

Se determina que el mayor nivel de satisfacción con su economía es similar en médicos y enfermeras con un 100% entre totalmente y bastante satisfecho.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

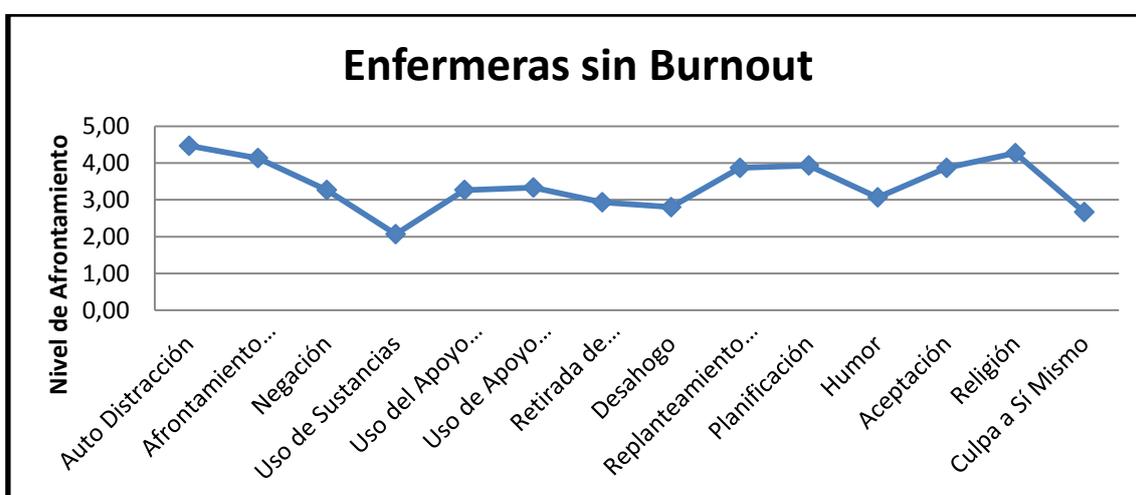
GRAFICO N: 42



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 43



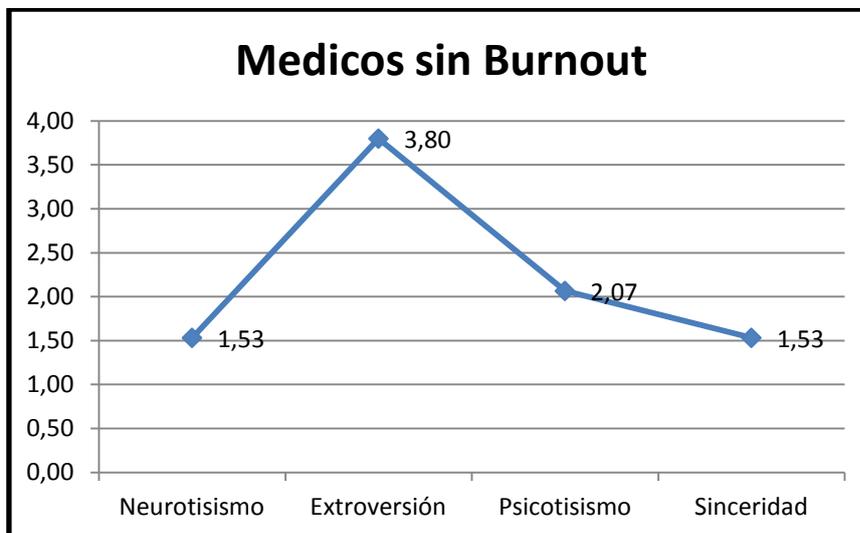
Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

En cuanto a los tipos de afrontamiento que nos señala el cuestionario BRIEF-COPE, podemos apreciar que los datos que presentan los gráficos entre médicos y enfermeros sin el síndrome, son en general parecidos, vemos una gráfica con picos altos y bajos donde se puede destacar un valor alto de auto - distracción, Afrontamiento activo, apoyo instrumental, religión y un valor bajo en uso de sustancias, desahogo y humor.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

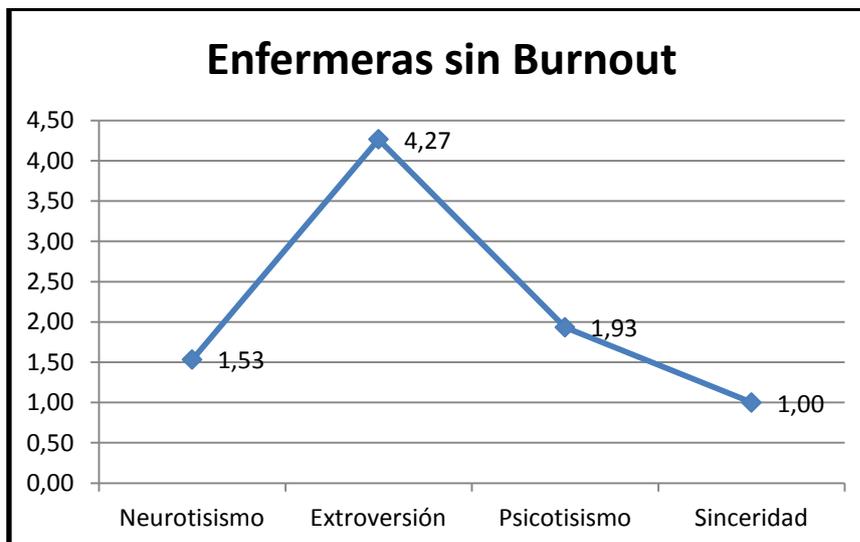
GRAFICO N: 44



Fuente: Médicos del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

GRAFICO N: 45



Fuente: Enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro

Elaborado: Adriana Lara

Se puede apreciar en la gráfica que tanto los médicos como las enfermeras tienen un nivel de extroversión alto; el nivel de sinceridad en las enfermeras es bajo con el 11,45% en relación a los médicos con un 17,16% y el psicotismo es mayor en los médicos con el 23,13% en relación a las enfermeras con un 22,14%.

7. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El síndrome de Burnout es un proceso que ha afectado y sigue afectando a los profesionales de diversos escenarios laborales, en el presente trabajo de investigación se plantea a los profesionales de salud (Médicos y Enfermeras), como una población vulnerable, debido a la gran demanda que a nivel laboral enfrenta.

Según los resultados obtenidos en el cuestionario Inventory de Burnout (MBI) aplicado a la población estudiada se encontró la no prevalencia del síndrome ya que en las sub-escalas Agotamiento Personal, Despersonalización y Realización Personal, tienen puntuaciones favorables, es importante mencionar que dentro de la muestra de médicos sin Burnout uno de ellos de género femenino de 31 años, de estado civil casada, presenta despersonalización alta, agotamiento emocional y realización personal moderada, en donde se determina que esta persona presenta distanciamiento hacia los demás presentando en ocasiones altibajos en sus sentimientos ante los logros de su trabajo lo que indica que estaría próxima a desarrollar Burnout.

Estos resultados son diferentes a la investigación realizada por Juan Marcelo Reyes, Guillermo Soloaga, Dra. Patricia Pérez Quintana en el Hospital Juan Ramón Gómez (Argentina) sobre el personal médico y de enfermería donde se detectó síndrome de Burnout en el 73% de los encuestados, siendo los médicos más susceptibles en un 100%, a padecerlo en relación a las enfermeras, sin embargo ambas investigaciones comparten que la desensibilización es la manifestación diagnóstica con mayor puntuación

Tal como lo señala Maslach y Jackson (1980) la realización personal tiene relación negativa con el cansancio emocional y la despersonalización, es decir que ambos limitan el logro profesional y facilitan la falta de eficacia.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación de la encuesta socio demográfica y laboral aplicadas a los médicos se evidencia que la despersonalización se encuentra presente en el 6,6% y el agotamiento personal en 6,6% tanto en el género

masculino y femenino, como lo indica Pines (1997) quien dice que no existe diferencia en el nivel Burnout en función del sexo, pero si en las diferentes formas de afrontarlo.

La mayoría de los médicos son solteros, lo que parece tener impacto en la no presencia del síndrome ya que no se involucra lo laboral con lo familiar.

Los médicos reciben su remuneración mensualmente y se encuentra entre \$1001-2000 tienen un promedio de 7 horas de trabajo diarias en el sector público, se encuentran laborando mediante contrato ocasiona, tienen turnos tanto vespertino, matutino, nocturno y fines de semana, atienden un promedio de 22 pacientes por día en diferentes áreas emergencia, cirugía, medicina interna.

En las enfermeras no se evidencian datos significativos que pudieran incidir en el desarrollo del síndrome.

En lo referente al estado civil la mayoría son casadas lo que parece ejercer impacto ya que cumplen un papel fundamental en sus familias y el tener hijos les permite aumentar la realización personal involucrando madurez.

La experiencia laboral que presentan las enfermeras podría ser un factor que les ayude a prevenir el Burnout ya que de alguna forma están adaptadas para afrontar situaciones estresantes. El hecho de estar tanto tiempo prestando sus servicios en el sector público coincide con estar de acuerdo totalmente con los recursos que proporciona la institución.

Según la investigación realizada por Carolina Aranda Beltrán, Bibiana Zarate Montero, Manuel Pando, José Ernesto Sahun Flores (2010) en el Hospital Valentín Gómez se puede determinar que la prevalencia del síndrome de Burnout fue de 51,3% para la dimensión de agotamiento emocional, 31,1% para la baja realización personal 35,5% y en despersonalización el 18,5% Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto con despersonalización y como variables protectoras el pertenecer al servicio de urgencias y clínicas hacia la dimensión de despersonalización.

Sin embargo en la presente investigación los resultados obtenidos favorecen para que la población motivo de estudio no desarrolle el síndrome de Burnout, a pesar que los médicos y enfermeras tienen un ritmo acelerado de trabajo y de enfrentarse a situaciones dolorosas con los pacientes gracias al apoyo significativo entre compañeros, la satisfacción de la labor que desempeñan y la valoración que demuestran tanto los pacientes y familiares, esto corrobora a que la población motivo de estudio en su mayoría mantenga niveles bajos de agotamiento personal despersonalización, y niveles altos en realización personal.

Los resultados obtenidos mediante el análisis del cuestionario de Salud Mental (GHQ28) se encontró que el 100% de los médicos no presentan ningún síntoma psicossomático, ni difusión social.

Mientras que para la Ansiedad el 33% de médicos presentan síntomas, este grupo se divide en 4 mujeres y un hombre, la mayor parte de ellos son solteros, viven solos y laboran en el área de emergencia, se puede evidenciar también síntomas como dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, tensión e irritabilidad.

Dentro del factor de Depresión el 6.6% presenta síntomas y corresponde a una sola persona de género masculino y de estado civil soltero.

En cuanto a las enfermeras el 6,6 % presentan síntoma psicossomático como son dolor de cabeza, cansancio y el 100% no presentan Difusión Social en la vida diaria.

Mientras que para la Ansiedad el 86,6% de enfermeras no presentan síntomas, esto se traduce en que su trabajo casi nunca les produce insomnio, ni les cuesta trabajo relajarse al final de la jornada; es poco el estrés que les produce y realmente no experimentan problemas de salud física a consecuencia del trabajo y el 12 % si presentan síntomas de ansiedad como dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, tensión e irritabilidad.

Resultados que demuestran el personal sanitario es muy vulnerable a sufrir un desgaste y padecer síntomas de ansiedad y depresión por enfrentarse a situaciones de estrés diario y la rutina laboral, tomando en cuenta que las mujeres son más vulnerables a padecer los síntomas de ansiedad.

Al comparar estos datos con la investigación realizada por Mariana Plata Guarneros, Leticia Flores Cabrera Octavio Curiel Hernández, José Ricardo Juárez Ocaña, José Vicente Rosas Barrientos sobre la Depresión y ansiedad en la residencia médica se confirma que la prevalencia del trastorno ansioso o depresivo es mayor en los médicos que cursan los primer año de la residencia médica la prevalencia es mayor en las mujeres.

Los resultados obtenidos mediante el análisis del cuestionario acerca del afrontamiento (BRIEF-COPE) nos señala que la población motivo de estudio utilizan los mecanismos de defensa de manera positiva, ya que se pone en marcha estrategias liberadoras de emociones y a su vez centradas en el problema por tal motivo minimizan los síntomas del síndrome de Burnout.

Las estrategias más utilizadas por los médicos y enfermeras son el auto distracción, el afrontamiento activo, el replanteamiento positivo, la planificación, la aceptación y la religión en la cual las personas ocupan su mente y su tiempo libre en otras actividades para eliminar la fuente de estrés.

Según la investigación realizada por Beatriz Cruz Valdés, sobre las Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de Burnout o de desgaste profesional en trabajadores de la salud (2010) se determina que el uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el síndrome de Burnout entre el personal de salud.

Por lo tanto cabe manifestar que existen muchos modos de afrontar y una variedad de características personales que acoplados influyen en el bienestar particular sin embargo estas estrategias le permiten los profesionales de la salud protegerse del

síndrome de Burnout aunque en muchas circunstancias no se puede evitar el cansancio emocional al que se encuentran sujetos en la actividad laboral.

En el análisis del cuestionario de Apoyo Social de MOS (AP) se halló que en base al índice global existen tres médicos y tres enfermeras que se encuentran en el promedio inferior de 0 a 49 lo que significa que tienen un círculo social pequeño, prefieren afrontar sus problemas de manera individual y carecen de amor y afecto de su red social y familiar, al no poseer apoyo social no se evalúa adecuadamente el entorno en el que se desenvuelve y puede desencadenar los efectos del síndrome de Burnout.

Mientras que los 12 médicos y 12 enfermeras cuentan con apoyo emocional familiar lo que ayuda a sentirse realizados personalmente, además cuentan con una red social amplia, lo que refleja que el apoyo social funciona como un mecanismo protector para que no se genere el síndrome de Burnout.

Sin embargo tomando en cuenta la investigación realizada por Manuel Romero, Elena Carbayo, Inmaculada Gutiérrez, María Gonzales, Amparo García, María Albar, Silvia Algaba. (2004) sobre El Apoyo Social, y Burnout en enfermeras confirma que el suficiente apoyo de la familia y de los amigos se asocia a la realización personal, y el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros.

Al realizar el análisis del cuestionario de la Personalidad (EPQR-A) se demostró: Que la mayor parte de médicos y enfermeras tienen una personalidad de extroversión que los describe como impulsivos, arriesgados, son sociables y reaccionan con rapidez ante las situaciones, suelen adaptarse con facilidad a las circunstancias y tiene buenas relaciones con el entorno social, exteriorizan sentimientos y afectos respondiendo rápidamente a los sentimientos que se les ofrece. Se muestra además que tanto los médicos y enfermeras encuestados tienen un nivel bajo en el factor de sinceridad.

Como se puede apreciar en la investigación sobre los Factores de Personalidad relacionados con el Síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C, se concluye que estos factores por si mismo, no podrían llegar a ser factores predisponentes del síndrome de Burnout, es necesario que estos estén acompañados de condiciones adecuadas en : contexto organizacional y satisfacción laboral; de características personales como lo es el afrontamiento al agente estresor; y una relación con el entorno, buscando entender al trabajador como un ser integral y sistémico.

Por tanto al comparar con la investigación que hemos realizado se puede apreciar que la extroversión es un tipo de personalidad tipo B estas personas tienen menos posibilidades de sufrir estrés y problemas cardiacos, sin embargo es necesario tomar en cuenta el entorno en el que se desenvuelve el trabajador para evitar la existencia del síndrome.

8. CONCLUSIONES

Luego de haber realizado el análisis de los resultados obtenidos en los cuestionarios aplicados a los Médicos y enfermeras del Hospital Alfredo Noboa Montenegro me permito concluir lo siguiente:

- Que en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro no hay prevalencia del síndrome de Burnout ya que en el cuestionario MBI, se evidencia que la mayor parte de médicos y enfermeras presentan un bajo agotamiento emocional que demuestra mucha vitalidad y motivación hacia el trabajo, una baja despersonalización que señala actitudes positivas hacia los pacientes y una alta realización personal que nos indica satisfacción en el trabajo que realizan.
- En el instrumento de salud general (GHQ28) se evidencia que los médicos son más propensos a padecer síntomas de ansiedad en relación a los niveles bajos que presentan las enfermeras, sin embargo cabe mencionar que las mujeres que ejercen la profesión de medicina son más propensas a adquirir altos niveles de dicho síntomas ya que además de la sobrecarga laboral se les agrega lo referente al hogar y las de rol de madre, mientras que en los indicadores de difusión social y síntomas psicósomáticos no se observó ningún caso.
- Cabe indicar que la mayor parte de las personas investigadas poseen puntuaciones altas en el índice global del apoyo social lo que hace notable la disminución del agotamiento emocional, la despersonalización y una elevada realización personal.
- La red social y familiar tanto de médicos como enfermeras es buena lo que es un indicador de que estas personas cuentan con un círculo social con quienes comparten diferentes actividades y se sienten apoyados en los momentos que ellos lo necesitan, se sienten querido y valorados.
- Las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los profesionales de la salud ante situaciones estresantes son las centradas en el problema y las centradas en las emociones que les permiten apartar la atención de las actividades generadoras del estrés y concentrarse en otras alejadas de la

actividad laboral cotidiana y realizar acciones para solucionar las situaciones de estrés.

- En lo referente a los rasgos de personalidad médicos y enfermeras presentan bajos niveles de Neurotismo, Psicotismo y sinceridad lo que demuestra que son personas tranquilas, reflexivas, responsables y altamente sociables.
- Por último se pudo apreciar que la mayor parte de la población objeto de estudio presente un alto nivel en el factor de extroversión por lo que podemos concluir que son sociables, amables, reaccionan con rapidez ante situaciones de estrés suelen adaptarse con facilidad a las circunstancias, exteriorizan sentimientos permanecen siempre ocupados en diferentes actividades. y suelen sentirse realizados profesionalmente.

9.RECOMENDACIONES

- Se recomienda a la institución mantener el compañerismo para perfeccionar las buenas relaciones entre los profesionales de la salud y los directivos ya que de esta manera se disminuirán los estresores laborales y se conservará la amistad como apoyo fundamental en el trabajo.
- Incentivar y reconocer el esfuerzo valioso que realizan los profesionales de la salud al salvaguardar la vida de los pacientes para que de esta manera se eleve su autoestima y se sientan realizados profesionalmente.
- Se recomienda a los profesionales de la salud continuar con su red de apoyo social y para quienes no la tienen habrá que crearla y mantenerla adecuadamente ya que ello favorece para el bienestar de la salud.
- Se recomienda a la institución dotar de los recursos necesarios para que el profesional de la salud labore en un ambiente saludable, y con los implementos necesarios para cumplir satisfactoriamente su trabajo.
- A los médicos y enfermeras se les recomienda organizar su tiempo y distribuirlo en actividades que le permitan distraer su mente y eliminar los estresores que se presentan en el diario laborar.
- Formar parte en la planificación de horarios de trabajo, turnos y vacaciones para no agotarse ni física ni emocionalmente con la sobrecarga de trabajo.
- Capacitar al profesional de la salud sobre el síndrome de Burnout, y las manifestaciones clínicas y psicológicas de esta enfermedad para mantener una cultura de prevención. Comunicar el padecimiento físico y emocional y pedir ayuda profesional en caso de padecerlo.
- Promover la investigación para fortalecer el conocimiento tomando en consideración las estrategias de afrontamiento y el apoyo social como medida preventiva del síndrome.

10. BIBLIOGRAFÍA

Barlow, David. & Mark Durand, 2001, *Psicología Anormal*, Segunda Edición.

Boada Joan & Ficapal Pilar, 2012, *Salud y Trabajo*, Primera Edición, Editorial UOC, Barcelona.

Fernández García Ricardo, 2010, *La Productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo*, Editorial Club Universitario

Fuente Victoria & Martínez Carlos, 2009, *Comprender el Insomnio*, Editorial Amat, Barcelona.

Fuertes Rocain José Carlos, 2004, *Acosos Laboral Mobbing*, Ediciones Aran. Madrid.

Gándara Martin, Cabrera Forneiro, & Fuertes Rocañin, 1994, *Enfermería Legal*, Editorial Libro del Año S.L, Madrid.

González Barón Manuel, 2009, *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología*. Editorial Médica Panamericana, S.A, Madrid.

González García Manuel, 2006, *Manejo del Estrés* Edición Innova, España.

Mingote Macarena, 2009, *El Desgaste Profesional del médico*, Ediciones Díaz de Santos, España

Munchinsky Paúl, 2002, *Psicología aplicada al Trabajo. Una introducción a la psicología organizacional*, 6ta Edición.

Oblitas Luis, 2009, *Psicología de la Salud y calidad de vida*, Tercera Edición, Pág. 215.

Palacios Leopoldo Eulogio, 1989, *El concepto de persona*, Madrid.

Phares Jerry & Trull Timothy, 2003, *Psicología Clínica*, Sexta Edición, México.

Peiró Silla José, 2009, *Estrés Laboral y riesgos Psicosociales*, Investigaciones recientes para su análisis y prevención, Valencia

Ramírez Zhindón, Roció.2012, *Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Ecuador*, Guía Didáctica, U.T.P.L, Loja.

Rabinovich Gabriel Adrián, *Inmunopatología molecular*, Madrid, Editorial Medica Panamericana, Pág. 578.

Redolar Ripoli Diego, 2011, *El cerebro estresado*, Barcelona, Editorial UOC, Primera Edición, pág. 25

Rojo Vicente José, Cervera Ana María, 2005, *El mobbing o acoso laboral*, Madrid, Editorial Tébar S.L

Rosello Elena &Lillo Nieves, 2004, *Manual para el trabajo Social comunitario*, Madrid.

Sarason Irwin, Sarason Barbará, 2006, *Psicopatología*, México, Undécima edición,

Vargas Mabel, Triveño Cira, & Ruth Mishel, 2006, *Como lograr salud mental y manejar el estrés*. Editorial San Pablo, Bogotá, Colombia

TESIS

Parraga Sánchez José Manuel, 2002, *Eficacia del Programa IRIS para Reducir el Síndrome de Burnout y Mejorar las Disfunciones Emocionales en Profesionales Sanitarios*, Universidad de Extremadura, Departamento de Psicología y Sociología de la Educación

REVISTAS

Revista Colombiana de Salud Ocupacional 2010, *Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México.*

Revista española de Salud Pública, 2004, *Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid*

PAGINA WEB

García R. y Robles H. (2012). Características de Personalidad como Predictores del Burnout en Personal Sanitario e Cuidados Intensivos. Recuperado el 23 de junio del 2012, de http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3766

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>

Martínez, P. A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. nº 112, 6-7. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/Datos.htm>

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

Navarro, R. (2007) *La organización de la prevención de riesgos laborales en la empresa*. [www.arearh.com/salud % 20 laboral/ prevencion.htm](http://www.arearh.com/salud%20laboral/prevencion.htm) – España.

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

<http://www.lanacion.com.ar/757582-la-oms-considera-que-el-estrés-esuna-grave-epidemia>.

<http://www.madridsalud.es/temas/estrés-laboral.php>

<http://saludality.com/coaching-y-Burnout-como-prevenir-el-fuego>

11. ANEXO**ANEXO N: 1**

Guaranda, 02 de Mayo del 2012.
Of. No. 0114-G- HPANM. -012

Magister
Silvia Vaca Gallegos
**DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**
Loja.

De mi consideración:-

En atención al oficio Nro OF-PSC-072 de fecha 28 de Abril del 2012, me permito indicar que una vez analizado tal pedido para la realización de la recolección de información dirigida a funcionarios entre Médicos y Enfermeras de esta Casa de Salud para el Proyecto de Investigación que están llevando a cabo; se ha autorizado tal labor a la Srta Adriana del Carmen Lara Chavez, estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja.

Por la atención que se sirva dar a la presente anticipo mi agradecimiento

Atentamente

Dr. Jaime López G
DIRECTOR MEDICO DEL HOSPITAL ALFREDO NOBOA M.





UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

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 _____

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
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

	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.						

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
Cuestionario GHC28

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

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

<p>¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <ol style="list-style-type: none"> Más activo que lo habitual. Igual que lo habitual. Bastante menos que lo habitual. X Mucho menos que lo habitual. 	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <ol style="list-style-type: none"> No, en absoluto. X No más de lo habitual. Bastante más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> Menos tiempo que lo habitual. X Igual que lo habitual. Más tiempo que lo habitual. Mucho más que lo habitual. 	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <ol style="list-style-type: none"> No, en absoluto. X No más de lo habitual. Bastante más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <ol style="list-style-type: none"> Mejor que lo habitual. Aproximadamente lo mismo. X Peor que lo habitual. Mucho peor que lo habitual. 	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <ol style="list-style-type: none"> No, en absoluto. X No más de lo habitual. Bastante más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <ol style="list-style-type: none"> Más satisfecho. Aproximadamente lo mismo. X Menos que lo habitual. Mucho menos satisfecho que lo habitual. 	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de “quitarse de en medio”</p> <p>Claramente, no. X</p> <ol style="list-style-type: none"> Me parece que no. Se me ha pasado por la mente. Claramente lo he pensado.
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <ol style="list-style-type: none"> Más útil que lo habitual. X Igual que lo habitual. Menos útil que lo habitual. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <ol style="list-style-type: none"> No, en absoluto. X No más de lo habitual. Bastante más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <ol style="list-style-type: none"> Más que lo habitual. X Igual que lo habitual. Menos que lo habitual. Mucho menos que lo habitual. 	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <ol style="list-style-type: none"> No, en absoluto. X No más de lo habitual. Bastante más que lo habitual. Mucho más que lo habitual.
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <ol style="list-style-type: none"> Más que lo habitual. X Igual que lo habitual. Menos que lo habitual. Mucho menos que lo habitual. Claramente lo he pensado. <p>Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <ol style="list-style-type: none"> Claramente, no. X Me parece que no. Se me ha pasado por la mente. Claramente lo he pensado.

[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)

CUESTIONARIO DE 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
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?		
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)

Cuestionario de 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 No he estado haciendo esto en absoluto	2 He estado haciendo esto un poco	3 He estado haciendo esto bastante	4 He estado haciendo esto mucho
---	--------------------------------------	---------------------------------------	------------------------------------

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

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>

CUESTIONARIO AP

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 de apoyo cuando lo necesita? Señale el número que corresponda a la respuesta mas tipos de ayuda ¿Con qué frecuencia dispone usted de cada uno de los siguientes tipos

Nunca	Pocas veces	Algunas veces	La mayoría de veces	Siempre

	1	2	3	4	5
Alguien que le ayude cuando este 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.					