



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe, durante el año 2012”.

Trabajo de fin de Titulación

AUTOR:

Taques Egas, Jámilton Marcelo

DIRECTORA:

Sánchez León Carmen Delia, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO
SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS-

2012

CERTIFICACIÓN

Magister

Carmen Delia Sánchez León

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

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

.....

Dra. Mgs. Carmen Delia Sánchez León

DIRECTORA DE TESIS

C.I. 110246014-2

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Jámlton Marcelo Taques Egas, declaro ser autor del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Taques Egas Jámlton Marcelo

100332268-0

AUTORÍA

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

.....
Taques Egas Jámlton Marcelo
100332268-0

AGRADECIMIENTO

Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja por ser la precursora del estudio a distancia y por haber pensado en todas las personas que por diferentes razones no hemos podido acceder a una educación presencial, dándonos la oportunidad de estudiar en diferente modalidad.

A todos los docentes que nos han acompañado en este largo tiempo de preparación, que con sus conocimientos han sabido guiarnos y orientarnos, compartiendo todos sus discernimientos con nosotros y que pese a ser a distancia estos conocimientos han sido sólidos e imprescindibles para nuestra superación.

DEDICATORIA

Dedicado a mi Padre y a mi Madre que me han enseñado a superar todas las adversidades que se presentan en la vida, por haberme heredado ese temperamento de superación y constancia, que a pesar de estar distanciados me han apoyado en todo lo necesario para seguir adelante.

Mis padres que siempre han sido mi razón de ser, por quienes he luchado y he dado todos mis esfuerzos por alcanzar las metas propuestas.

ÍNDICE

	Paginación
PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS	iii
AUTORÍA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE	7-11
1. RESUMEN	12
2. INTRODUCCIÓN	13
	14
3. MARCO TEÓRICO	15
CAPÍTULO I	
Conceptualización del estrés	
1.1.- Antecedentes del estrés (origen definición)	15
1.2.- Desencadenantes del estrés	15
1.2.1.- Ejemplos de desencadenantes del estrés	15
	16
1.3.- Tipos de estresores	16
1.3.1.- Tipos de estresores laborales	16
1.4.- Causas de estrés	16
	17
1.5.- Fases de estrés	17
1.6.- Sintomatología del estrés	17
	18

1.7.- Estrés laboral	18
1.8.- Moduladores de estrés	18
	19
1.9.- Estrés como respuesta	19
1.9.1.- Trastornos psicopatológicos que pueden estar causados o potenciados por el estrés	19
1.9.2.- Los trastornos psicológicos que se ven más afectados por las respuestas del estrés	19
	20
1.9.3.- Trastornos emocionales que pueden estar causados o potenciados por el estrés	20
1.9.4.- Alteraciones cognitivas que pueden estar ocasionados o potenciados por el estrés	20
	21
1.10.- Consecuencias del estrés en la organización	21
1.11.-Prevención y reducción de estrés	21
	22
1.12.- Prevención del estrés en la organización	22

CAPÍTULO II

Conceptualización del Burnout

2.1.- Definiciones del burnout	23
	24
	25
2.2.- Conceptualizaciones del burnout	25
	26
2.3.- Delimitación del tema	26
	27
2.3.1.- Evolución histórica del síndrome de burnout	27
	28
2.4.- Consecuencias asociadas	29
2.5.- Identificación y Prevención	29
	30
2.6.- Poblaciones propensas al burnout	31
2.6.1.- Diferencias de género	31

	32
2.6.2.- A quienes afecta	32
2.6.3.- El personal de salud	32
	33
2.7.- Etapas del síndrome de burnout	33
2.7.1.- Desarrollo del proceso de burnout	33
	34
2.8.- Modelos explicativos del burnout	34
2.8.1.- Modelos etiológicos basados en la teoría del intercambio social	35
2.8.2.- Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional	35
	36
2.8.3.- Modelos etiológicos basados en la teoría estructural	36
2.9.- Características del burnout	36
	37
2.10.- Causas del burnout	37
2.11.- Desencadenantes del burnout	37
	38
2.11.1.- Facilitadores del burnout	38
	39
2.12.- Consecuencias del burnout	39
2.13.- Tratamientos del síndrome de burnout	39
	40
	41

CAPÍTULO III

Conceptualización de las variables de investigación

3.1.- El Burnout y su relación con las variables sociodemográficas

y laborales 42

3.1.1.- Variables sociodemográficas 42

43

3.1.2.- Motivación en el trabajo 43

3.1.3.- Fuentes específicas de motivación 43

3.1.4.- Satisfacción laboral 44

3.1.5.- Investigaciones realizadas 44

45

3.2.- Burnout y su relación con la salud mental	45
3.2.1.- Definición de salud mental	45
3.2.2.- Salud mental y estrés	45
	46
3.2.3.- Síntomas somáticos	46
3.2.4.- Ansiedad e insomnio	47
	48
3.2.5.- Disfunción social en la actividad diaria	48
3.2.6.- Tipos de depresión	48
	49
3.2.7.- Investigaciones realizadas	49
	50
3.3.- El Burnout y el afrontamiento	50
3.3.1.- Definición de afrontamiento	50
	50
3.3.2.- Estilos y estrategias de afrontamiento	50
	51
3.3.3.- Moldes mentales	51
3.3.4.- Estrategias de afrontamiento del estrés	51
	52
3.3.5.- Investigaciones realizadas	52
	53
3.4.- Burnout y la relación con el apoyo social	53
3.4.1.- Definición del apoyo social	53
3.4.2.- Nivel de apoyo social	54
3.4.3.- Tipos de apoyo social	54
3.4.4.- Teoría de los efectos del apoyo social sobre el estrés	54
	55
3.4.5.- Modelos explicativos del apoyo social	55
3.4.6.- Apoyo social percibido	56
3.4.7.- Apoyo social estructural	56
3.4.8.- Investigaciones realizadas	56
3.5.- El Burnout y la relación con la personalidad	57
3.5.1.- Definición de personalidad	57

3.5.2.- Patrones de conducta y personalidad	57
	58
3.5.3.- Tipos de personalidad	58
	59
3.5.4.- Investigaciones realizadas	59
	60
4. METODOLOGÍA	61-64
5. RESULTADOS OBTENIDOS	65-100
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	101-109
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	110-111
8. BIBLIOGRAFÍA	112-115
9. ANEXOS	116-126

1. RESUMEN

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer el nivel de Burnout en los profesionales de la salud del hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe. Se trabajó con una población de 30 participantes entre ellos 17 médicos y 13 enfermeras a los mismos que se les aplicó 6 cuestionarios en referencia a datos sociodemográficos, Burnout, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad.

Luego del análisis y de la discusión de los resultados obtenidos, se llegó a la conclusión de que el nivel de Burnout en los profesionales de la salud del hospital Raúl Maldonado Mejía, es bajo y se determinó que un médico de los treinta participantes sufre del síndrome de burnout.

En los profesionales de la salud, los médicos presentan agotamiento emocional más alto que los enfermeros; el médico con Burnout sufre de síntomas somáticos, ansiedad y depresión; los médicos utilizan más estrategias de afrontamiento que los enfermeros; los enfermeros tienen un apoyo social mayor que los médicos y el médico con Burnout presenta un nivel de sinceridad nulo, lo que puede influenciar en los demás resultados obtenidos.

2. INTRODUCCIÓN

Este trabajo de investigación tiene como finalidad identificar el nivel de Burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno, en el hospital “Raúl Maldonado Mejía”.

En el resto del mundo también se han realizado diversas investigaciones respecto a este síndrome tal es el caso de la investigación realizada por Lastenia Hernández, Encarnación Olmedo e Ignacio Ibáñez de la Universidad de la Laguna en España con el propósito de encontrar una relación entre el Burnout y el afrontamiento, para lo cual tomaron una muestra de un personal sanitario de 222 participantes de los cuales 187 son mujeres y 35 son varones. Luego de aplicarles el Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE), el Ways of Coping Questionnaire (WOCQ) y después de hacer los respectivos análisis llegaron a la conclusión de que existen pocas relaciones y una escasa magnitud entre el Burnout y el afrontamiento.

Así mismo en Latinoamérica específicamente en México se llevó a cabo una investigación realizada por María Santes, Sendy Meléndez, Nazarí Martínez, Iracema Ramos, María Preciado y Manuel Pando de la Universidad de Guadalajara, con el objetivo de analizar la salud mental y la predisposición del síndrome de Burnout; para esto tomaron una muestra de 183 estudiantes de enfermería, a los cuales les aplicaron el cuestionario general de salud Goldberg (GHQ-30) y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Los resultados obtenidos fueron que el 85% presentaba perturbaciones del sueño y el 10% síntomas somáticos; en cuanto a la relación existente entre la salud mental y el Burnout hallaron que existe cierta relación significativa.

Actualmente los egresados de la carrera de Psicología de la U.T.P.L. nos encontramos realizando dicha investigación en las diferentes instituciones de salud, con el objetivo de identificar el nivel de Burnout en los profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, previo a la obtención de la titulación de licenciados en Psicología.

El presente trabajo de investigación se desarrolló en el hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe en donde se tomó contacto con 30 profesionales de la salud

entre médicos y enfermeras a los cuales se les dio a conocer acerca de la investigación.

Para la recolección de los datos se aplicaron los siguientes cuestionarios: Cuestionario de variables sociodemográficas y laborales que recolecta datos personales y laborales relacionadas con el estudio del síndrome; Cuestionario del Burnout de Maslach (MBI) que detecta y mide la existencia del Burnout en el profesional; Cuestionario de salud mental (GHQ-28) que evalúa el estado de salud mental del participante; Cuestionario de estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE) que evalúa los distintos tipos de respuesta frente al estrés; Cuestionario MOS de apoyo social que indaga la amplitud de la red social de la persona; Cuestionario de personalidad de Eysenck (EPQR-A) que valora los rasgos de personalidad del individuo.

El análisis de los datos demuestra que un médico de los treinta participantes presenta el síndrome de Burnout y como consecuencia de todo este estudio se puede manifestar que se cumplieron con todos los objetivos propuestos, identificando que el nivel de Burnout en estos profesionales de la salud son bajos, determinamos el estado de salud mental tanto de médicos como de enfermeras, identificamos apoyo social que estos reciben de parte de sus allegados, conocimos las estrategias de afrontamiento que utilizan en una situación estresante e identificamos los rasgos de personalidad de cada uno de estos participantes.

La estructuración de este informe de investigación es el resumen, introducción, marco teórico, la metodología utilizada, los resultados obtenidos, la discusión de resultados, así como las conclusiones y recomendaciones.

3. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I

CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

1.1. ANTECEDENTES DEL ESTRÉS (ORIGEN, DEFINICIÓN)

La palabra estrés aparece en el inglés medieval en forma de distrés que quería decir estar bajo presión, sin embargo el estrés fue descrito por primera vez por T.R. Glynn (1910), término que aplicó para referirse a un grupo de trastornos denominados neurosis traumáticas, los mismos que dieron origen a los trastornos del estrés postraumáticos en los años 80. Glynn (1910) creía que el trauma era responsable del estrés así como de los síntomas neuróticos.

“Actualmente la palabra estrés tiene un significado igual al estar bajo presión, a un estado emocional tenso que impide la correcta realización de alguna tarea y a su vez reacciones fisiológicas y psicológicas que sufre el organismo cuando se somete a fuertes presiones.” (Montes, 2008).

En si el estrés es un conjunto de reacciones fisiológicas y psicológicas que experimenta el organismo cuando se le somete a fuertes demandas.

1.2. DESENCADENANTES DEL ESTRÉS

Bordón, Durán (2007) manifiestan que los desencadenantes del estrés son también llamados estresores o factores estresantes que se atribuye a cualquier estímulo externo o interno tanto físico, químico, acústico, somático o sociocultural, que altera el equilibrio del organismo. Existen ocho categorías de estresores: 1.-situaciones que fuerzan a procesar información, 2.-estímulos ambientales dañinos, 3.-percepcion de amenazas, 4.-alteraciones de las funciones fisiológicas, 5.-aislamiento, 6.-bloqueos en nuestros intereses, 7.-presión grupal y 8.-frustración.

1.2.1.-Ejemplos de desencadenantes del estrés

- El entorno físico.- estímulos del entorno físico como frío, calor, ruido.
- El propio cuerpo.- estímulos internos como el dolor, el hambre, la sed.
- Estresores mentales.- están relacionados con la situación individual como el trabajo, sensación de exigencia excesiva, tener gran responsabilidad.
- Estresores sociales.- son conflictos interpersonales como los problemas sin resolver, la competencia, las separaciones, experiencia de pérdida de seres queridos, aislamiento, etc.

1.3. TIPOS DE ESTRESORES

Bordón, Duran (2007) describen los siguientes tipos de estresores:

- Estresores únicos.- son cambios dramáticos en las condiciones de vida de las personas.
- Estresores múltiples.- afectan solo a una persona o a un grupo de ellas con cambios significativos en las vidas personales.
- Estresores cotidianos.- son cúmulos de molestias, imprevistos, alteraciones en las rutinas diarias.
- Estresores biogénicos.- son mecanismos físicos y químicos que desencadenan la respuesta del estrés sin la mediación de procesos psicológicos.
- Estresores psicosociales.- pueden generar estrés por el significado que la persona les asigna.

1.3.1.-Tipos de estresores laborales

- Estresores del ambiente físico.- iluminación, ruido, ambientes contaminados, la temperatura, el peso.
- Estresores de la tarea.- la carga mental del trabajo, control sobre la tarea.
- Estresores de la organización.- conflicto y ambigüedad de rol, jornada de trabajo excesiva, las relaciones interpersonales, promoción y desarrollo profesional.

1.4. CAUSAS DEL ESTRÉS

- ✓ Ambientales.- contaminación, ruidos, temperaturas extremas, radiación, limitaciones físicas.

- ✓ Emocionales.- frustración, insatisfacción, miedo, decepción, presión por el tiempo, incapacidad para enfrentar los problemas, temor al fracaso, autoestima baja.
- ✓ Familiares.- matrimonio, problemas sexuales, divorcio, enfermedad o muerte de un ser querido, conflicto en pareja o los hijos.
- ✓ Sociales.- crímenes, cambios económicos, conflicto con los amigos, cambios de residencia, sedentarismo.
- ✓ Laborales.- exceso o falta de trabajo, conflicto con los jefes, jubilación, reto a un nuevo puesto, turnos nocturnos, competencia con los compañeros.

1.5. FASES DEL ESTRÉS

1. Fase de alarma.- es el aviso de la presencia de algún agente estresante, las primeras reacciones que aparecen son las fisiológicas para advertir al afectado que necesita ponerse en guardia.
2. Fase de resistencia.- es cuando el estrés sobrepasa la fase de alarma, la situación va acompañada de ansiedad por un posible fracaso.
3. Fase de agotamiento.- es la fase terminal del estrés, se caracteriza por la presencia de fatiga, ansiedad y depresión.

Morris y Maisto (2005), según estos autores en el caso del estrés en fases preliminares, la persona puede orientar su acción y así prevenir la situación terminal del estrés. Sin embargo una cantidad moderada de estrés resulta saludable ya que ayuda alcanzar las metas y resolver los problemas más difíciles.

1.6.- SINTOMATOLOGÍA DEL ESTRÉS

Una vida acelerada, llena de preocupaciones y angustias no nos permiten identificar claramente los síntomas que causan el estrés, inclusive puede confundirse con síntomas de otras enfermedades.

- Síntomas físicos.- dolor de cabeza, dolores musculares, alteración del ritmo menstrual, migraña, ansiedad, picazón y pérdida del cabello, fatiga o cansancio.
- Síntomas psicológicos.- indecisión y desatento injustificado, tabaquismo y dependencia de drogas, exceso de comida o pérdida de apetito, insomnio,

pérdida de interés, impaciencia, sentirse tenso, sentimiento de culpabilidad, distraído, olvidadizo.

1.7.- ESTRÉS LABORAL

“El estrés en el trabajo aparece cuando las exigencias del entorno laboral superan la capacidad de las personas para hacerles frente o mantenerlas bajo control”. (Cano, 2009)

El estrés es una respuesta por parte del individuo que al principio nos ayuda a responder eficazmente ante diferentes situaciones, el problema aparece cuando nuestro cuerpo tiene recursos limitados y es ahí donde aparece el agotamiento y por ende el estrés.

Relacionado con el estrés laboral aparece el síndrome de burnout o estar quemado que es una respuesta emocional y cognitiva a factores laborales a consecuencia del estrés, dando lugar a la aparición de dificultades emocionales y conductuales así como un sentimiento de fracaso personal o incapacidad para el ejercicio de la profesión.

El estrés laboral desencadena efectos tanto físicos como psicológicos en los individuos, desencadena cambios en la percepción, en las respuestas emocionales y afectivas, la apreciación primaria y secundaria, en las respuestas de afrontamiento.

Cano, (2009) la Organización Internacional del Trabajo (OIT) hace referencia al estrés laboral como una enfermedad peligrosa para las economías industrializadas y en vías de desarrollo que perjudica la producción, afectando la salud física y mental de los trabajadores.

1.8.- MODULADORES DEL ESTRÉS

Rivera (2007) indica que los moduladores son una serie de ayudas paliativas para las personas que se encuentran afectadas por las consecuencias del estrés. Su función es relajar las tensiones tanto físicas como emocionales. Las situaciones de estrés a más de generar una gran activación fisiológica también originan angustia emocional. La expresión de emociones resulta un recurso básico para evitar los problemas psíquicos.

El apoyo social es una de los más poderosos anti estrés que existen, una buena charla amistosa, la comprensión y apoyo que recibimos con nuestros iguales no se compara

con ninguna otra cosa, pero no es el apoyo social recibido sino el percibido por la persona. El apoyo social reduce el estrés, mejora la salud y amortigua el impacto del estrés laboral.

1.9.- ESTRÉS COMO REPUESTA

- Respuestas cognitivas.- es un estado que se origina en la persona cuando un estímulo exterior altera la estabilidad de nuestro medio interno produciendo un estado de alerta para poder controlar el cambio de situación, el análisis final de la situación estresante dependerá de los aspectos cognitivos.
- Respuestas fisiológicas.- se creía que la respuesta fisiológica ante el estrés era igual para todas las personas y todas las posibles situaciones estresantes. Dependiendo de los factores de respuesta ante el estrés podemos desarrollar ciertos trastornos psicofisiológicos.

1.9.1.-Trastornos psicopatológicos que pueden estar causados o potenciados por el estrés

Cano (2009) menciona que el estrés es susceptible de agravar o empeorar cualquier tipo de patología psicológica previa, incluso deteriorar las relaciones personales. En el ámbito laboral los efectos de estrés presentan una especial incidencia, causando una disminución en el rendimiento y satisfacción laboral. El estrés puede producir serios problemas de ansiedad que impide el adecuado funcionamiento de la persona en su medio. La ansiedad se puede presentar de forma generalizada, causando ataques de pánico o fobias específicas.

La ansiedad cursa de forma simultánea con trastornos depresivos, esto se da cuando la persona sometida durante mucho tiempo a situaciones estresantes no es capaz de resolver los problemas o al menos no se siente capaz.

1.9.2.-Los trastornos psicológicos que se ven más afectados por las respuestas del estrés

Cano (2009) describe:

- Conductas de ansiedad, miedo y fobias
- Depresión y otros trastornos afectivos

- Trastornos esquizofrénicos
- Conductas de consumo de alcohol y drogas
- Conductas obsesivas compulsivas
- Problemas de insomnio
- Conductas de alimentación alteradas (obesidad, anorexia, bulimia)
- Trastornos de personalidad

1.9.3.-Trastornos emocionales que pueden estar causados o potenciados por el estrés

Cano (2009) da a conocer lo siguiente:

- Apatía.- falta de interés ante situaciones si se lo suscitaban
- Inseguridad.- situaciones de disminución de la autoestima cuando la persona se ve desbordada por la tarea, porque las demandas exceden los recursos que tiene el sujeto para enfrentar la actividad.
- Frustración.- estado afectivo cuando una persona cree haber perdido oportunidades para conseguir la meta
- Agotamiento emocional.- trastorno de tipo funcional caracterizado por sensación de debilidad, cansancio y disminución del tono vital mental y corporal
- Pasividad.- cuando una persona no hace nada por tomar las riendas de su vida es decir se deja arrastrar por los acontecimientos.

1.9.4.-Alteraciones cognitivas que pueden estar ocasionados o potenciados por el estrés

Cano (2009) indica lo siguiente:

- ✓ Relación estrés-rendimiento.- el estrés contribuye a aumentar el rendimiento en una tarea pero solo hasta cierto punto, cuando sobrepasa el umbral los niveles de eficacia decaen. Una dosis de ansiedad puede ayudar en el resultado de una tarea.
- ✓ Atención y concentración.- este proceso mental se dejará afectar por el tipo de demandas de la tarea por el estado emocional del sujeto
- ✓ Memoria.- proceso mental cuyo objetivo es retener y recuperar la información almacenada; el estrés, depresión, fatiga, desinterés lo dificulta.

- ✓ Pensamiento.- constituye un proceso rector del sistema cognitivo, engloba decidir, meditar, ordenar, juzgar, reflexionar; pensamos en imágenes pero la transmisión de ideas lo hacemos a través del lenguaje. El estrés es un factor distractor tanto del pensamiento como del lenguaje.

1.10.- CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS EN LA ORGANIZACIÓN

Moncada (2009), el estrés laboral no solo presenta repercusiones en la salud de los trabajadores, sino que también implica el perjuicio en el rendimiento económico de la empresa.

- Ausencias frecuentes
- Ausentismo laboral
- Retrasos en el trabajo
- Rotación del personal
- Insatisfacción laboral
- Malas relaciones interpersonales
- Baja productividad y rendimiento
- Incremento de las quejas externas
- Equipos y maquinarias averiadas

1.11.- PREVENCIÓN Y REDUCCIÓN DEL ESTRÉS

Casas, Daniel, Espuny, Fernández. (2008) nos informan que para la prevención primaria del estrés debemos seguir las siguientes recomendaciones:

- No fumar.- el tabaco es responsable de enfermedades cardiovasculares, respiratorias, varios tipos de cáncer; muchos fumadores consideran que fumar alivia el estrés, sin embargo esta sensación se relaciona con los efectos de la nicotina y la dependencia que causa, aumentando el estrés ya que estimula la producción de adrenalina.
- Consumir alcohol con moderación.- el abuso del alcohol a más de los efectos en el organismo, favorece los estados depresivos por lo que puede afectar en el entorno laboral, familiar y social del individuo.
- Alimentación sana y equilibrada.- rica en vitaminas y fibra, frutas y verduras frescas. Cereales, pasta, pescado, aceite de oliva y frutos secos es ideal para prevenir el estrés. Reducir el consumo de café, té y bebidas con cafeína. Es

muy importante comer a intervalos regulares ya que la falta de azúcar en la sangre (hipoglucemia) provoca liberación de adrenalina.

- Realización de ejercicio físico.- es importante para la reducción del estrés, elimina los excesos de adrenalina, confiere un estado de alerta mental, físico y favorece el sueño. Caminar, ir en bicicleta o nadar permiten mejorar progresivamente el estado físico.
- Respetar las horas de sueño.- descansar entre 7 y 8 horas para facilitar la recuperación del organismo.
- Dedicar tiempo a la familia, amigos y actividades de ocio.- leer, pintar, pasear, ayuda a disipar los pensamientos negativos y las preocupaciones.

1.12.- PREVENCIÓN DEL ESTRÉS EN LA ORGANIZACIÓN

La prevención de los efectos nocivos de los riesgos psicosociales en la salud debe hacer posible adaptar el trabajo a las personas y no las personas al trabajo. Una organización más justa y democrática contribuye a la prevención de enfermedades y mejora el bienestar de los trabajadores. La organización que desee mantener el bienestar mental, físico y social de los empleados necesita de políticas y metodologías que comprendan una visión en salud y seguridad.

“Disponer de una política de salud mental con procedimientos para la gestión del estrés basados en las necesidades de la empresa y de los trabajadores.

Lo esencial en salud laboral es actuar sobre la raíz del problema, las intervenciones para afrontar el estrés deben dirigirse a cambiar los aspectos negativos de la organización y al contenido de las tareas, no tiene sentido actuar sobre el trabajador sin actuar sobre el origen el problema es decir la organización”. (Casas, Daniel, Espuny, Fernández. (2008).

A continuación se propone algunas recomendaciones:

- Facilitar al trabajador el tiempo necesario para realizar su trabajo
- Facilitar una descripción clara de su trabajo
- Recompensar al trabajador por su buen rendimiento
- Favorecer que el trabajador tenga oportunidad de expresar sus quejas
- Favorecer el control y la satisfacción del trabajador
- Fomentar la tolerancia, seguridad y justicia
- Eliminar las exposiciones a factores ambientales físicos peligrosos
- Aprender a fomentar los aciertos para una mejora del entorno y de la salud.

CAPÍTULO II

CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

2.1.- DEFINICIÓN DEL BURNOUT

“El burnout fue descrito desde la variante organizacional ya que es en este contexto donde se originó y también donde se ha desarrollado diversas investigaciones”. (Carlín, Garcés, 2010).

En el año 1974 se originó el estudio del burnout y se le atribuye a Freudenberger (1971) como autor de dicho estudio. En el mismo año Ginsburg aparece como otro autor que reflexiona sobre el síndrome pero es escasamente citado.

García, Izquierdo (1991) señala que el burnout es un problema característico de los trabajos de servicios humanos, es decir de aquellos profesionales que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el cliente tales como: los médicos, enfermeras, profesores, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc.

Walker (1986) manifiesta que anteriormente Graham Greene (1960) ya había utilizado el termino burnout para referirse a un estado de vaciamiento existencial que una persona sufría como consecuencia de una enfermedad incurable, así como también se había utilizado dicho término para referirse a los efectos que provocaba en la persona el abuso crónico de las drogas.

Según Freudenberger (1977) el burnout sería contagioso ya que los trabajadores que lo padecen pueden afectar a los demás su letargo, cinismo y desesperación, por lo cual la organización puede caer en un desánimo generalizado.

“Freudenberger había partido de un planteamiento individualista y clínico de la depresión ya que este autor considera la depresión como uno de los síntomas características del burnout”.(Carlín, Garcés, 2010).

En el inicio Freudenberger (1974) define el burnout como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral, ya que es este el que puede provocar dichas emociones.

Pines y Kafry (1978) define el burnout como una experiencia de agotamiento físico, emocional y actitudinal que después tendría un desarrollo más completo y que influiría en los planteamientos de otros autores.

Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatizó el trabajo como antecedente en la aparición del burnout y lo define como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes y con excesivas demandas. Con esta definición este autor será uno de los defensores de la importancia de las estrategias de afrontamiento como mediadoras en el proceso que conduce al trastorno.

Maslach y Jackson (1981) entienden que el burnout se configura como el síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

- Agotamiento emocional.- son las sensaciones de sobre esfuerzo físico y emocional, que se produce como consecuencia de las interacciones que los trabajadores mantienen entre ellos y los clientes.
- Despersonalización.- desarrollo de actitudes y respuestas cínicas hacia las personas a quienes los trabajadores prestan sus servicios.
- Reducida realización personal.- pérdida de confianza en la realización personal y un negativo autoconcepto como resultado.

Pines, Aranson y Kafry (1981) definen el burnout como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar sometido durante varios períodos de tiempo a situaciones que afectan emocionalmente.

Maslach y Jackson (1984) indican que los profesionales de ayuda humana han sido el origen del estudio del burnout y las que más investigaciones han generado y donde más resultados han arrojado para la explicación del síndrome.

“En la actualidad la traducción del burnout es la de quemado pero lo que realmente se refleja es una situación más grave, carbonizado”. (Carlín, Garcés, 2010).

Farber (1984) define el burnout como manifestaciones conductuales del agotamiento emocional y físico derivados de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas.

García, Izquierdo (1981) señala el burnout como característica de profesionales de servicios humanos y lo entiende como consecuencia de un prolongado y creciente estrés laboral y por tanto sería similar a la tensión que un individuo siente como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo genera o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral.

Carlín, Garcés, (2010) manifiestan que la mayoría de autores utilizan el Maslach Burnout Inventory (Maslach y Jackson, 1981) como instrumento de medida del burnout para sustentar los diversos resultados en donde la definición de estas autoras está implicada, cuando no es claramente explícita, en los diversos trabajos de investigación que se están desarrollando.

García Izquierdo y Velandrina (1992) plantean casi después de 20 años desde la aparición del término burnout que no hay una definición unánimemente aceptada, la descripción del síndrome varía según los autores que lo estudian.

2.2.- CONCEPTOS DE BURNOUT

Martínez (2010) señala que Freudenberg (1974) es quien menciona por primera vez el concepto del burnout para describir el estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajan en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos jóvenes se esforzaban en sus funciones sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar sus ideales y recibiendo poco reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto después de uno a tres años de labor, presentaban conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.

Freudenberg, describe el perfil de las personas propensas a desarrollar el síndrome que se caracteriza por pensamientos idealistas, optimistas e ingenuos. Estos sujetos se entregan demasiado al trabajo para conseguir buena opinión de sí mismos pero a pesar de todo esto fracasan.

Maslach (1977) utilizó el término burnout para referirse al desgaste profesional de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y educación bajo condiciones difíciles de contacto con los usuarios.

Maslach y Jackson (1981, 1982) conceptualizan el burnout como una manifestación de estrés laboral, entendiéndola como tridimensional caracterizado por cansancio

emocional, despersonalización y realización personal. A partir de estos componentes elaboraron el "Maslach Burnout Inventory" (MBI), para medir el burnout personal de servicios humanos evaluándolos por medio de tres subescalas. Esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Pines y Aranson (1988) conceptualiza el síndrome como un estado de agotamiento emocional, mental y físico que incluye sentimientos de importancia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima causado por una implicación durante un largo tiempo a situaciones emocionalmente demandantes. En la CIE 10 el burnout es clasificado dentro del grupo de problemas respecto a los problemas para afrontar la vida y figura como síndrome de agotamiento (Z73.0).

Maslach y Schaufell (1993) manifestaron que existen características similares en las definiciones del burnout:

- ✓ Predominan los síntomas mentales más que los físicos, cansancio mental, fatiga, depresión.
- ✓ Los síntomas se manifiestan en personas que no han sufrido ninguna psicopatología
- ✓ Se clasifica como un síndrome clínico- laboral
- ✓ Se desencadena por inadecuada adaptación al trabajo y sensación de baja autoestima.

"Cuando los trabajadores presentan estos síntomas en la organización pueden surgir problemas como el deterioro del rendimiento profesional, deterioro en la calidad de servicio, absentismo laboral, rotaciones, abandono del puesto de trabajo, etc." (Martínez, 2010).

2.3.- DELIMITACIÓN DEL TEMA

En la delimitación del tema se puede diferenciar dos perspectivas: la clínica y la psicosocial. (Gil- Monte y Peiró 1997). La clínica es un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, mientras que la psicosocial considera como un proceso que se desarrolla por las características del entorno laboral y orden personal con manifestaciones diferenciadas en distintas etapas.

El burnout como estado entraña sentimientos y conductas asociadas al estrés que plantea un etiquetamiento, mientras como proceso se manifiesta como un mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases de su desarrollo. El burnout puede ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias de afrontamiento usadas por el sujeto.

Carlín, Garcés (2010) dicen que surge un problema con la definición de burnout y es el diferenciarlo con otros estados con los que se confunden: tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, etc. El burnout supone variables afectivas, cognitivo-aptitudinales y actitudinales.

2.3.1.-Evolución histórica del síndrome Burnout

Freudenberger (1974) define el burnout como una sensación de fracaso y una existencia gastada que resulta de una sobrecarga por exigencia de energías, recursos personales o fuerza espiritual en el trabajo.

Maslach (1976) lo describe como un proceso de pérdida de responsabilidad personal y desinterés cínico entre compañeros de trabajo.

Edelwich y Brodsky (1980) considera el síndrome como una pérdida del idealismo, energía y motivos por la gente, en los profesionales de ayuda como resultado de las condiciones de trabajo, proponen cuatro fases para su desarrollo: entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

Pines, Aranson y Kafry (1981) comparan con un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar sometido durante largo tiempo a situaciones que le afectan emocionalmente.

Maslach y Jackson (1981) definen como una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse agotado; desarrollo de actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que trabaja y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional.

Brill (1984) considera el síndrome como un estado disfuncional relacionado con el trabajo, una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor.

Garden (1987) manifiesta que una definición del burnout es prematura ya que existe ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación no ha podido esclarecer.

Burke y Richardson (1993) es un proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia llena de sensaciones, actitudes, motivos, expectativas y es una experiencia negativa que origina inconformidad.

Gil Monte y Peiró (1997) una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Gil Monte y Peiró (2000) desde la perspectiva psicosocial considera el burnout como un proceso que intervienen componentes cognitivos-actitudinales, emocionales y aptitudinales.

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

Molina Linde y Avalos Martínez (2007) lo definen como una paradoja de la atención en salud, el personal de salud se enferma en la misma medida que este sana a los pacientes.

Maslach y Leither (2008) relaciona el burnout con características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, falta de precisión, participación y apoyo social así como experiencia de injusticia.

Carlín, Garcés (2010) concluyen que en definitiva el burnout sería consecuencias de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos podrían ser de carácter laboral por la interacción que el individuo mantiene con las diversas condiciones de trabajo.

2.4.- CONSECUENCIAS ASOCIADAS

Romero (2009) menciona lo siguiente:

- Anivel conductual.- alteraciones de la conducta alimentaria, absentismo laboral, abuso de sustancias, aumento de la conducta violenta, comportamientos de alto riesgo, superficialidad en el trato personal, conductas evasivas, disminución de la productividad, falta de competencia en la organización, absentismo laboral, problemas matrimoniales y familiares, incapacidad de relajación, relaciones interpersonales distantes y frías, aislamiento, cambio brusco de humor, dificultad de concentración, conflicto con los compañeros, aburrimiento, incumplimiento de horario de trabajo, deterioro social y familiar.
- A nivel físico.- alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, migrañas, alteraciones orgánicas (gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas, menstruales) disfunciones sexuales, dolores musculares, articulares, hipertensión, agotamiento, pérdida de peso.
- A nivel psicológico emocional.- autoevaluación negativa, apatía, cinismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, pérdida del idealismo, disforia, hostilidad, melancolía, baja autoestima, falta de motivación, desorientación, sentimiento de vacío, distanciamiento emocional, suspicacia, sentimiento de frustración profesional, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas e inflexibles con los demás, impaciencia, sentimiento de culpabilidad, ansiedad generalizada, dificultad para memorización.

2.5.- IDENTIFICACIÓN Y PREVENCIÓN

Folkman y Lázarus (1985) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que se desarrollan para controlar las demandas externas e internas que son evaluadas como desbordantes de los recursos del individuo. Proponen dos modos de afrontamiento directo e indirecto.

El directo se aplica directamente a la fuente ambiental del estrés para dominar la transacción desfavorable con el ambiente. Las investigaciones concluyen que las estrategias directas son las más efectivas en el control del burnout.

Es necesario reducir las demandas laborales, incrementar los recursos de las personas ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del síndrome.

Burke (1981) tras varios trabajos en esta línea, menciona cinco grupos de estrategias de afrontamiento ante situaciones potenciales del estrés que se dan en la organización: hablar con otros, hacer alguna actividad de tiempo libre, adaptar a una aproximación de solución de problemas y alejarse de la situación estresante.

Romero (2009) propone las siguientes estrategias de afrontamiento que se distinguen desde tres niveles:

1. A nivel individual.- orientadas a la adquisición de estrategias más efectivas de afrontamiento al burnout, el entrenamiento en habilidades sociales median el burnout así como la asertividad, comunicación eficiente, fomento de las relaciones sociales, planificación adecuada del tiempo. Estrategias como el manejo de emociones, sesiones de relajación, manejo de expresión de ira y culpa, formación, competencia laboral, adecuada información respecto al síndrome, planificación y fomento del ocio y tiempo libre.
2. A nivel social-interpersonal.- apoyo familiar, pareja amigos y compañeros constituyen una buena protección frente a la tensión emocional, relaciones positivas dentro de la organización, crear un clima laboral favorable, la comunicación efectiva estimulará la colaboración en el cumplimiento de las tareas. El apoyo social es muy importante para tratar el burnout ya que disminuye el impacto de estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye al cansancio emocional y las conductas y actitudes negativas hacia otros.
3. A nivel organizacional.- mejora de los recursos humanos, división del trabajo en equipos, proporcionar formación a los trabajadores, controlar la formación del trabajo, dar una visión objetiva, hacer partícipe al trabajador en la toma de decisiones, fomentar la motivación y una atmosfera positiva en el trabajo, periodos de descanso dentro de la jornada laboral. Mejorar las condiciones laborales, diseño de los puestos de trabajo, aumento de incentivos, recompensas, autonomía en el trabajo, horario flexible, retroalimentación a los buenos resultados, planteamiento de los objetivos a seguir, mobiliario adecuado, buena iluminación, decoración y colores agradables.

2.6.- POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT

2.6.1.-Diferencias de género

Los factores de estrés pueden ser iguales para hombres y para mujeres, como por ejemplo las condiciones económicas, sociales y políticas. Las personas con pocas oportunidades económicas y sociales viven cada día factores estresantes a más de las condiciones pobres.

Tanto en el estrés como en el burnout las diferencias entre los hombres y mujeres aparecen cuando se consideran las condiciones de género. En este sentido las mujeres han sido consideradas tradicionalmente con los roles de maternidad y trabajo doméstico, en cambio los hombres se les asocia con el mantenimiento económico de la familia.

“Las mujeres que se desempeñan en actividades y profesiones de servicio y siguen realizando labores domésticas, esta doble jornada o multiplicidad de roles constituyen un elemento potenciador del estrés mental con mayores niveles de depresión y adicciones”. (Torres, 2004).

En general la mayoría de las personas tienden a bajar sus niveles de hormonas de estrés al terminar el día, pero las madres que trabajan fuera del hogar pueden mantenerlo e incluso aumentarlo. Si bien los acontecimientos estresantes pueden ser compartidos por ambos sexos, existen situaciones que se presentan con mayor prevalencia en las mujeres tales como: el embarazo, ser víctima de violencia o acoso sexual, maltrato físico y psicológico en su hogar, no desarrollar adecuadamente su carrera profesional. En este sentido los trabajos de las mujeres consisten en posiciones de poco poder y mucho cuidado en los que se les pide mucho y se les ofrece poco.

Torres (2004) indica que hay más elementos que pueden incidir en el estrés de las mujeres, la propia fisiología por ejemplo, que puede contribuir a estados de tensión como el desarrollo de los senos, menstruación, amenorrea, síndrome premenstrual, embarazo, depresión postparto, infertilidad, menopausia.

La manera de enfrentar el estrés es diferente en hombres y en mujeres, las mujeres al tener un mayor predominio del hemisferio izquierdo (dirige el lenguaje, la lógica y las definiciones) serían capaces de desarrollar mejores estrategias verbales para afrontar el estrés que los hombres quienes serían menos capaces de controlarse; mientras la mujer necesita expresar sus emociones el varón necesita encontrar soluciones.

“El burnout afecta de manera diferente a mujeres y a hombres, en las mujeres presentan características relacionadas con el trabajo que les predisponen al síndrome, presentan más conflicto de rol, sintomatología depresiva, conflictos entre familia y trabajo, más propensas al agotamiento emocional”.(Torres, 2004)

2.6.2.-A quienes afecta

El burnout puede afectar a toda persona que desempeña profesiones que exigen entrega, idealismo, compromiso, y servicio a personas.

-Trabajadores que sufren burnout:

Torres (2004) estrés de la competitividad (empresarios, directivos), de la creatividad (escritores, artistas, investigadores) de responsabilidad y entrega (médicos, enfermeras), de las relaciones (profesorado, funcionarios, vendedores) de la prisa (periodistas) del miedo (de alto riesgo, funcionarios del orden) del aburrimiento (mecánicos, rutinarios y monótonos). Sin embargo los profesionales asistenciales son los más afectados por el desgaste. El perfil de la persona más propensa al burnout se caracteriza por una auto exigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control y sentimiento de omnipotencia.

2.6.3.-El personal de salud

Torres, (2004) dice que la población femenina que trabaja en actividades de servicio en la atención y cuidado de otros, le exige gran compromiso emocional y el mejor ejemplo es de las enfermeras.

Las mujeres con actividades que demandan una alta carga laboral con poco control sobre ella, escaso apoyo social de su entorno laboral, presentan disminución en los niveles de salud emocional, física y deterioro de habilidades. Las fuentes de estrés en

los profesionales de salud son las características propias del trabajo, el ambiente organizacional y las características individuales.

Las causas del burnout en el personal de salud son: sobrecargas de trabajo, continuo trato con personas deprimidas, impotencia frente a la enfermedad, turnos rotativos que perturban el ritmo biológico, trabajos nocturnos, alto índice de contratación temporal, cargas de trabajos familiares, alta responsabilidad de las tareas que realizan.

2.7.- ETAPAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Cherniss (1980) manifiesta que se llega al burnout desde el estrés laboral a través de un proceso de acomodación psicológica entre el trabajador estresado y un trabajo estresante. Distingue tres fases:

1. Fase de estrés.- se caracteriza por un desajuste entre las demandas laborales y recursos del trabajador.
2. Fase de agotamiento.- llegan a producirse en forma crónica, respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga
3. Fase de agotamiento defensivo.- se aprecian cambios en las actitudes y en la conducta como el cinismo.

2.7.1.-Desarrollo del proceso del burnout:

Para establecer el desarrollo correcto del proceso del burnout es necesario para su identificación y prevención referirnos al modelo de desarrollo propuesto por Gil Monte y Peiró (1997), este modelo manifiesta que el desarrollo del burnout se inicia con la aparición de bajos sentimientos de realización personal y altos sentimientos de agotamiento emocional. Las actitudes de despersonalización que siguen a esos sentimientos se consideran una estrategia de afrontamiento desarrollada por los profesionales ante la apariencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Ortega y López (2006) expresan que en el desarrollo del síndrome se relaciona el sujeto con el medio laboral a través de 4 fases.

- Fase de entusiasmo.- el trabajador considera su profesión como estimulante, los conflictos lo interpretan como algo pasajero, el trabajador tiene elevadas aspiraciones y energía desbordante
- Fase de estancamiento.- empieza cuando no se cumple las expectativas del trabajo, los objetivos son difíciles de cumplir aun con esfuerzo
- Fase de frustración.- es el periodo de la desilusión y desmotivación laboral, en esta fase brotan problemas emocionales, físicos y conductuales, una mezcla de frustración, desilusión y desmoralización
- Fase de apatía.- resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas.

2.8.- MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Diversos modelos teóricos entienden el síndrome como una respuesta del estrés laboral crónico y agrupan una serie de variables consideradas como antecedentes y consecuencias del síndrome.

- ✓ Modelo de B.M. Byrne.- relaciona los factores generales que propician este síndrome con los conceptos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las variables destacadas son la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga laboral y la autoestima.
- ✓ Modelo de Kyriacou y Sutcliffe.- las causas del burnout están relacionadas con el estrés que surge como descompensación entre la valoración y las estrategias frente a las demandas que le exigen. Factores personales organizacionales y laborales influyen en todo el proceso.
- ✓ Modelo de Leithwood, Menzies, Jantei y Leithwood.- parten de tres conceptos interrelacionados: transformaciones de la organización, decisiones administrativas, factores organizacionales y personales.
- ✓ Modelo Maslach y Leiter.- utilizan el Maslach Burnout Inventory (MBI) como método de evaluación y establecen que el burnout es concebido como una experiencia crónica de estrés relacionada con el contexto social. Este modelo incluye la experiencia del estrés, la evaluación de los otros, la evaluación de uno mismo.

2.8.1.-Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio social

Martínez (2010) manifiesta que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales, se pone en marcha el proceso de comparación social que conllevaría el riesgo de padecer el síndrome.

- Modelo de comparación social de Buunk y Schaufell se desarrolló para explicar el síndrome en enfermedades, se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes y pone énfasis en los procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo, explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros por temor a ser considerados incompetentes.
- Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993) es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada por el estrés puede producir el burnout. De acuerdo con esta teoría la exposición prolongada a situaciones de demandas hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico que es el componente central del burnout.

2.8.2.-Modelos etiológicos basados en la teoría organizacional

Martínez (2010) según esta autora estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el burnout; las variables como las funciones de rol, apoyo percibido, estructura, el clima, cultura organizacional, frente a las formas de afrontar las situaciones amenazantes están implicadas en la aparición del síndrome.

- Modelo de fases de Golembiewsk, Munzenrider y Carter (1988). proponen una proyección en el tiempo, la importancia de las disfunciones de rol- pobreza, conflicto de ambigüedad del rol es un proceso en que los trabajadores disminuyen el grupo de responsabilidad laboral frente al estrés.
- Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993). desde un enfoque transaccional del estrés laboral sugiere que el burnout es un acontecimiento particular que se da en los profesionales humanitarios y que el agotamiento emocional es la dimensión

esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada como una estrategia de afrontamiento frente al agotamiento y la baja realización personales el resultado de la evaluación cognitiva del estrés que enfrenta el trabajador.

- Modelo de Winnust (1993). plantea que el síndrome surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social, en el contexto estructural y cultural de la organización. Los antecedentes del burnout varían en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social.

“El burnout puede afectar a todo tipo de profesionales y no solo aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda”. (Martínez, 2010).

2.8.3.-Modelos etiológicos basado en la teoría estructural

Martínez (2010) estos modelos tienen en cuenta antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología el burnout. Plantea que el estrés es consecuencia de la falta de equilibrio de la percepción entre demandas y capacidad de respuesta del sujeto.

- Modelo Gil Monte y Peiró (1997) explican el síndrome teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada.

2.9.- CARACTERÍSTICAS DEL BURNOUT

“El burnout se identifica al presentarse las características del estrés justo con molestias y síntomas físicos que le llevan a un desgaste mayor”. (Ortega y López 2006).

A nivel físico presenta insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolores musculares, manchas de pigmentación en la piel, trastornos respiratorios, circulatorios, digestivos como variaciones en el peso.

La principal característica es el sentimiento de importancia hacia la tarea y presentar impotencia hacia la realización de la misma ya que desde que se levanta de la cama ya se siente cansado, lo que anteriormente era satisfactorio ahora ya no lo es.

Otra característica importante es la agitación mental que se refiere al comportamiento desordenado ante el objetivo de finalizar la labor, esto refleja la confusión de una persona sometida a tensiones y que se siente abrumada e incapaz. La persona aunque tenga tiempo para realizar la tarea se siente estresada, el trabajo ya no le produce incentivos y ante la mirada de los demás puede presentar sensibilidad, depresión e insatisfacción.

Ortega y López (2006) el burnout no se presenta solo a nivel empresarial, al contrario se presenta en todas las áreas de trabajo como los deportistas de élite, operadores, informáticos, profesionales de auxilio como enfermería, medicina, profesorado, etc.

Las mujeres en su mayoría son las que más presentan este síndrome debido a factores culturales y educativos. Este síndrome también lo presentan las personas altamente calificadas y comprometidas en que los intereses profesionales predominan sobre los intereses personales.

2.10.- CAUSAS DEL BURNOUT

Ortega y López (2006) señalan que el burnout surge como consecuencia de situaciones estresantes, el estrés suele tener un carácter laboral ya que la interacción que el individuo mantiene con las condiciones de trabajo son claves para la aparición del síndrome.

- La naturaleza de la tarea
- La variable organizacional e institucional
- La variable interpersonal (compañeros, familia, amigos, redes de apoyo social)
- La variable individual (edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad)

2.11.- DESENCADENANTES DEL BURNOUT

Ortega y López (2006) en su estudio describen lo siguiente:

- Ambiente físico y contenido del puesto.- podemos incluir el nivel de ruido, vibraciones, características de iluminación, temperatura y condiciones climatológicas, condiciones higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan, disponibilidad de espacio físico, turnos rotatorios, trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros sobre la carga laboral.
- Desempeño de roles, relaciones interpersonales, desarrollo de la tarea.- ambigüedad y conflicto de rol; la ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre del sujeto que desempeña con respecto al mismo y puede ser producido por un déficit de información. El conflicto de rol en cambio se da cuando no se puede satisfacer expectativas de rol contradictorias.
- Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.- estos pueden facilitar o dificultar el desempeño de la tarea dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico y presentar una mayor o menor incidencia en la aparición del síndrome. Entre los aspectos organizacionales tenemos las dimensiones estructurales de la organización, falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo percibido.
- Fuentes extra organizacionales.- relación trabajo- familia, el profesional es el nexo entre el trabajo y la familia por tanto repercutirán en las vivencias, sentimientos, actitudes y conductas que se dan en estos medios como la excesiva dedicación al trabajo, tensiones y agotamiento, frustraciones, conflictos familiares y laborales, afectos y desafectos.

2.11.1.-Facilitadores del burnout:

- Variables de carácter demográfico.- dentro de estos procesos tenemos: el sexo, la edad, estado civil, existencia o no de hijos, antigüedad en el puesto, antigüedad en la profesión.
- Variables de personalidad.- este síndrome se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Sujetos con patrón de personalidad tipo A, baja autoconfianza, y locus de control externo.
- Estrategias de afrontamiento.- los sujetos que emplean estrategias de carácter activo o centrados al problema reflejan menos sentimientos de burnout que los que emplean estrategias de evitación, escape o centradas en la emoción.

- Apoyo social en el trabajo.- la falta de apoyo social en el trabajo puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el burnout, sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización.

2.12.- CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

- Consecuencias para el individuo.- emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos tenemos: sentimientos de soledad, ansiedad, sentimientos de impotencia, sentimientos de omnipotencia, cinismo, apatía, hostilidad, suspicacia, agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, irritabilidad. Dolor precordial, taquicardia, hipertensión, temblor en las manos, crisis asmáticas, catarros frecuentes, infecciones, aparición de alergias, dolores cervicales y espalda, fatiga, alteraciones menstruales, dolor de estómago, diarrea, jaqueca, insomnio.

Martínez, (2010) menciona que Maslach (1982) señala las repercusiones del burnout no terminan cuando el sujeto deja de trabajar, por el contrario afecta a la vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan frecuentemente sobre la familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación. El agotamiento emocional les impide aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados lo que repercute en las relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los sentimientos lo que puede incidir en gran medida en la familia.

- Consecuencias para la organización.- disminución de la satisfacción laboral, elevación de absentismo laboral, abandono del puesto, baja implicación laboral, bajo interés, deterioro de la calidad de servicio, conflictos interpersonales, aumento de la rotación laboral, accidentes laborales. Conductas deshumanizadas, recriminaciones, niveles de compromiso organizacional bajo. Estas consecuencias van más allá de la propia organización y repercuten de manera directa sobre la sociedad.

2.13.- TRATAMIENTOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

“Las estrategias y técnicas de intervención se basan en métodos desarrollados para afrontar el estrés. La mayoría de estos programas se basan en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo para que conozcan el problema, así como el entrenamiento en afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.”. (Martínez, 2010).

Entre los primeros planteamientos un modelo con los pasos a seguir se encuentra Paine (1982) que determinó los cuatro siguientes: 1.- identificar el burnout, 2.- prevenirlo mediante información y afrontamiento, 3.- mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo del síndrome, 4.- restablecer, es decir aplicar el tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

Martínez, (2010) describe las siguientes estrategias:

❖ Estrategias orientadas al individuo

Se centran en la adquisición de las formas de afrontamiento, existen dos tipos de programas orientados al individuo.

1.- Programas dirigidos a las estrategias instrumentales centradas en la solución de problemas, por ejemplo: entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilos de vida.

2.-Programas dirigidos a estrategias paliativas que tienen por objetivo la adquisición de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de los sentimientos de culpa.

Martínez (2010) nos recomienda estrategias desde esta perspectiva: aumento de competencia profesional, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales, habilidades de comunicación, manejo del humor para el control de pensamientos y emociones. Tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico si fuera necesario.

Ramos (1999) y Manasseno (2003) destacan:

- 1.-Ejercicio físico.- por su efecto tranquilizante y ansiolítico
- 2.- Técnicas de relajación.- relajación muscular y mental

3.-Biofeedback.- técnicas de entrenamiento para el control de ciertas funciones corporales para reducir la tensión y los síntomas somáticos del estrés.

4.-Técnicas cognitivas.- reestructurar las situaciones estresantes o problemáticas para que pueda afrontarlas.

5.-Inoculación del estrés.- prepara a la persona a través del ejercicio simulado y progresivo para situaciones de estrés.

6.-Desensibilización sistemática.- para que la persona supere la ansiedad ante situaciones por medio de una aproximación gradual al estrés hasta que se elimine la ansiedad.

❖ Estrategias sociales:

Dar importancia al apoyo social, de la comprensión del entorno, de las estrategias relacionadas con el sujeto, recomendaciones en la actuación de fomentar el apoyo social de los grupos sociales con las que el sujeto tenga relación, de manera que sea consiente en su entorno, hay quien realiza esfuerzos para apoyarle y comprender en su ámbito laboral.

❖ Estrategias organizacionales:

Hay que tener en cuenta que centrarse sobre enfermos y familiares que actúan en el entorno de la enfermedad, es difícil llegar a otros elementos fomentadores del burnout, especialmente las relaciones con el centro del trabajo y las condiciones laborales. Una buena y exhaustiva información sobre familiares y grupos en que puedan apoyarse en el sujeto con el fin de orientarle hacia ellos. Debemos tener cuidado para que la interacción no empeore la situación ya que todo cambio es fuente de estrés.

CAPITULO III

CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

3.1 BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

3.1.1.-Variables sociodemográficas

Felipe, Gonzales, Kornhauser. (2008) estos autores consideran las siguientes variables:

- Variables en función del género.- las mujeres combinan varios tipos de estrés por lo tanto es más susceptible al burnout. Las mujeres tienen más agotamiento emocional ya que los hombres tienen más oportunidades de eliminarlo.
- Variable en función de los años de servicio.- la experiencia laboral es un factor protector del burnout, podemos decir que este síndrome se produce durante los primeros diez años de servicio y sobre todo al final de los mismos, podemos decir que los que tienen más años de servicio son los más estresados.
- Variable en función del estado civil.- se cree que los casados tienen una mayor defensa contra el burnout ya que los hijos y la familia pueden ser una fuente de renovación emocional. Los principales factores protectores del malestar laboral es el poder contar con el apoyo de la familia.
- Variables de personalidad.- las variables de personalidad resistentes al burnout se consideran que son los mismos que le protegen del estrés, estos son el compromiso, control y desafío.
- Variable en función del neurotismo.- la variable neurotismo es un factor preventor del estrés, es el predictor más importante de burnout en varios grupos de estudio.
- Otras variables de personalidad.- estas variables se han tratado de considerar como protectores de este síndrome, se han estudiado como protectores de la vivencia del estrés tales como: el locus de control, el autoeficacia y el autocontrol emocional.

“El locus de control es el grado en que un sujeto percibe que sus conductas o comportamientos son internos y externos a él; autoeficacia es la confianza para alcanzar los métodos deseados; autocontrol emocional es la manera en cómo se logra conflictos ante problemas”. Felipe, Gonzales, Kornhauser. (2008)

3.1.2.-Motivación en el trabajo

Campuzano, Hernández, (2009) destacan que la motivación que lleva al hombre a trabajar abarca recompensas sociales como la interacción social, respeto, aprobación, estatus y sentimiento de utilidad aparte de la necesidad económica. El trabajo proporciona una manera de satisfacer muchas necesidades y sentir un sentido de importancia frente a los demás y así mismo. Los factores de trabajo en si, como las actividades y sentimientos que los trabajadores desarrollan en y hacia su trabajo son parte de la motivación, los cambios de las condiciones del trabajo no solucionan nada si las relaciones entre la empresa y los trabajadores son insatisfactorias.

En cuanto a los factores ajenos a la situación de trabajo es indudable que el hogar y otras actividades son importantes en la motivación. El estado de ánimo, los conflictos, etc., se deben considerar para motivar al trabajador ya que cualquier esfuerzo que haga la organización para aumentar la motivación puede ser que no tenga eficacia sin la solución de los problemas externos de tipo familiar o de las relaciones sociales.

Los resultados que obtienen los trabajadores al asumir ciertas conductas en el trabajo son las razones por los cuales trabajan ya que estos satisfacen sus necesidades.

3.1.3.-Fuentes específicas de motivación

La motivación extrínseca son conductas del trabajo derivados de fuentes diferentes del trabajo mismo tales como: compañeros, supervisor, organización.

La motivación intrínseca la persona muestra comportamientos de trabajo derivados del mismo trabajo, se asocia a sus propias potencialidades, investigar, explorar y dominar su entorno, asumir tareas desafiantes y responsabilidades.

3.1.4.-Satisfacción laboral

Es un motivo en sí mismo, es decir el trabajador mantiene una actitud positiva en la organización laboral para lograr esta; es una expresión de una necesidad que puede o no ser satisfecha.

A través de un estudio de satisfacción la organización podría saber que efectos producen las políticas, normas, procedimientos, disposiciones generales de la organización en el personal. La eliminación de fuentes de insatisfacción mejora el rendimiento del trabajador, manteniendo una actitud positiva frente a la organización. En el modelo de las expectativas, la satisfacción está en función de las discrepancias percibidas por el individuo entre lo que él cree y lo que realmente obtienen del producto. La satisfacción es el resultado de la motivación con el desempeño del trabajo y de la forma en que el individuo percibe la relación entre el esfuerzo y recompensa.

3.1.5.-Investigaciones realizadas

Investigación realizada por Olga Paredes y Pablo Sanabria, de la facultad de Medicina de la Universidad Militar Nueva Granada-Colombia con la finalidad de analizar la prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas y su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales, en donde contaron con una muestra de 138 residentes a quienes se les aplicó el cuestionario Breve de Burnout (CBB).

Paredes, Sanabria (2008) estos autores concluyen que el burnout es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de salud con diversas consecuencias, es una de las causas de ausentismo en el trabajo, baja calidad de atención y demandas laborales. Evidenciaron una asociación negativa entre el burnout y el bienestar psicológico y entre este último y las largas horas de trabajo. Así mismo no se encontraron asociaciones significativas con las variables sociodemográficas y laborales.

Conclusión.- esta investigación demuestra que el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el burnout es inconsistente. También muestran que las variables del ambiente laboral, sobre todo las de tipo motivacional y personal,

como las habilidades de afrontamiento, inciden más sobre el burnout que las características sociodemográficas.

3.2.- EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL

3.2.1.-Definiciones de salud mental

Habbad, Ulrich (2007) describen como la situación de equilibrio que un individuo experimenta respecto a lo que le rodea, cuando se alcanza este estado la persona consigue su propio bienestar. La salud mental trata de fenómenos complicados que pueden ser influenciados por la cultura o un componente subjetivo.

La salud mental es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las funciones cotidianas.

Existen diferentes factores que ayudaran a tener una buena salud mental tales como relajarse, tener respaldo, apoyo de amigos y familiares, el ejercicio.

No podemos entender la salud mental como una realidad separada de la salud física ya que los trastornos mentales están interconectados con las enfermedades físicas. Entre los trastornos más comunes se encuentran los trastornos de ansiedad (fobias, trastornos de pánico), trastornos obsesivos-compulsivos y los de estrés postraumático. La salud mental puede impulsarse desde la perspectiva de la persona estimulando la autoestima así como también teniendo en cuenta lo social.

3.2.2.-Salud mental y el estrés

Habbad, Ulrich (2007) proponen lo siguiente:

- Estrés peligroso.- el estrés es peligroso cuando interfiere en vivir una vida normal por un periodo extenso de tiempo, a su vez puede causarle que se sienta fatigado, no se puede concentrar; el estrés prolongado puede aumentar problemas emocionales que hayan surgido de eventos pasados y aumentar pensamientos suicidas.

- Reacciones naturales.- el estrés puede afectar la salud física debido a los mecanismos internos de respuesta que tiene el cuerpo humano. Estas hormonas son causadas por hormonas que a nuestros antepasados ayudaron a lidiar con amenazas e incertidumbres. Mientras más tiempo la mente se sienta estresada, más tiempo su sistema de reacciones físicas se mantendrán activo y esto puede llevarle a mayores problemas de salud.
- Desgaste físico.- el estrés envejece a una persona más rápido de lo normal, las reacciones al estrés a largo plazo pueden alterar el sistema inmunológico del cuerpo y asociarlo con la enfermedad coronaria, osteoporosis, artritis inflamatoria, diabetes, algunos tipos de cáncer. El estrés incapacita al cerebro de boquear ciertas toxinas potencialmente dañinas.
Mujeres enfermeras que habían pasado muchos años cuidando a personas incapacitadas o muy enfermos, estas mujeres eran físicamente diez años mayores que su edad cronológica.
- Puntos de presión.- el estrés excesivo puede empeorar factores de riesgo como la hipertensión, altos niveles de colesterol. Los sentimientos de desesperación que van con el estrés pueden tornarse en depresión crónica y a su vez aumentar el riesgo de un ataque al corazón, obesidad y disfunción renal. El estrés también puede complicar la recuperación de una enfermedad.

3.2.3.-Síntomas somáticos

Hernández, Juárez, Hernández, Mendoza, Ramírez (2005) manifiestan que los síntomas somáticos que puede presentar una persona con síndrome de burnout son: problemas respiratorios como el asma, taquipnea, catarros; problemas inmunológicos como las infecciones, alergias, alteraciones de la piel; problemas sexuales; problemas musculares como dolor a nivel cervical y lumbar, fatiga o rigidez muscular; problemas digestivos como la úlcera gastroduodenal, gastritis, náuseas, diarrea; alteraciones del sistema nervioso como jaquecas, insomnio, depresión y alteraciones cardiovasculares como dolor precordial, palpitaciones e hipertensión.

En el síndrome de burnout se trata de un efecto psicosocial derivado de la interacción entre el trabajador y su entorno. La mayoría de los orígenes de estas enfermedades tienen un componente psicosocial, generado por patrones conductuales Tipo A, sumado a esto también los elementos estresantes del entorno donde labora.

3.2.4.-Ansiedad e insomnio

Moreno, Garrosa, Rodríguez, Morante. (2005) La ansiedad es un estado emocional desagradable que se acompaña de cambios fisiológicos y del comportamiento, similares a los causados por el miedo. La ansiedad es una respuesta al estrés, también puede ser una reacción a impulsos reprimidos, agresivos o sexuales. La ansiedad puede ser tan estresante e interferir en la vida personal y puede llevar a la depresión.

La ansiedad generalizada es una preocupación y ansiedad excesivas y casi diarias de una variedad de actividades y acontecimientos. Los síntomas de la ansiedad son: inquietud, cansancio, dificultad para concentrarse, irritabilidad, tensión muscular, alteración del sueño. Las preocupaciones comunes son: responsabilidad en el trabajo, dinero, salud, seguridad, labores cotidianas.

El insomnio es la percepción de incapacidad para dormir de manera adecuada según las necesidades físicas de cada persona. Esta incapacidad puede darse de diferentes maneras:

- Dificultad para conciliar el sueño
- Despertar durante la noche y problemas para volverse a dormir
- Despertarse más temprano de lo habitual
- Sensación de sueño no reparador

El insomnio puede ser considerado transitorio si dura menos de tres semanas, intermitente si aparece solo una noche de vez en cuando y crónico si cada día duerme mal durante más de dos meses.

- Causas internas del insomnio.- la mayor parte se debe a otras enfermedades orgánicas: enfermedades reumáticas, musculares, articulares, que generan dolor de manera periódica, enfermedades endócrinas, o metabólicas, enfermedades respiratorias, digestivas, neurológicas, psiquiátricas.
- Causas externas del insomnio.- la conciliación y mantenimiento del sueño requiere más condiciones ambientales adecuadas, el consumo de sustancias tóxicas tales como la heroína, cocaína, anfetaminas, éxtasis, etc.;

medicamentos que pueden ocasionar alteraciones de sueño como los corticoides, teofilinas, sustitutivos tiroideos, anti cancerígenos, diuréticos, pueden provocar insomnio; otros factores individuales como el síndrome de cambio de zona horaria, cambios de horario de sueño por motivos laborales, labores nocturnos.

3.2.5.-Disfunción social en la actividad diaria

La disfunción social es un factor que mide la gravedad de síntomas y la necesidad de tratamientos ya que el rechazo social causa daño en la personalidad. Los síntomas que provocan la disfunción social son: angustia que es un estado de ánimo de inquietud ante el peligro. Ansiedad es el temor anticipado de un peligro futuro de origen desconocido. Tristeza que es la falta de ánimo o un estado de depresión.

Periodo de autoestima y somatización.- la persona se siente poco importante, baja autoestima, no poseen fuerza interior, sienten completa soledad.

Problemas neurológicos.- produce alteraciones en el desarrollo, disfunción social y conductas intensas.

3.2.6.-Tipos de depresión

Morris, Maisto (2005)

- ✓ Depresión severa.- es también llamada trastorno depresivo mayor, es una combinación de síntomas que interfiere en la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, etc.; es un tipo de depresión incapacitante que altera la vida del trabajador.
- ✓ Distimia.- conocida también como depresión crónica, presenta la mayoría de síntomas que aparecen en la depresión mayor aunque dichos síntomas pueden ser menos intensos pero se prolongan por más tiempo. Estas personas pueden llevar una vida normal pero se sienten deprimidos, tienen problemas para disfrutar la vida con un sentido de insatisfacción y desesperanza.
- ✓ Depresión doble.- es una complicación de la distimia, los síntomas empeoran con el paso del tiempo y sufren un episodio de trastorno depresivo mayor escondido tras la depresión crónica.

- ✓ Trastorno bipolar o maníaco- depresivo.- quienes la sufren pasan de la euforia o manía a la depresión, estos cambios de ánimo son dramáticos y rápidos. Cuando la persona en la fase depresiva padece síntomas de trastorno depresivo; cuando están en la fase maníaco la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener gran cantidad de energía. En el trastorno bipolar el factor hereditario desempeña un papel importante.
- ✓ Depresión atípica.- generalmente comen y duermen en exceso, tiene un sentido general de pesadez y un sentido de rechazo.
- ✓ Trastorno afectivo emocional.- se caracteriza por episodios anuales de depresión en otoño o invierno, puede presentar fases maniacos, fatiga, tendencia a comer en exceso, dormir en invierno.
- ✓ Trastorno disfórico premenstrual.- depresión severa, irritabilidad, tensión que procede a la menstruación, su diagnóstico depende de la presencia de cinco síntomas típicos de la depresión severa, aparece en la mayoría de los ciclos menstruales.

3.2.7.-Investigaciones realizadas

Investigación realizada por María Santes, Sandy Meléndez, Nazaría Martínez, Iracema Ramos, María Preciado y Manuel Pando de la universidad de Guadalajara, México, con el propósito de analizar la salud mental y la predisposición del síndrome de burnout en estudiantes de enfermería, con una muestra de 138 sujetos de una universidad de Poza Rica, Veracruz, México. Los instrumentos aplicados fueron integrados por datos sociodemográficos, cuestionario general de salud Goldberg (GHQ-30) y escala de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Al finalizar la investigación los autores manifiestan que los problemas de salud están íntimamente relacionados con el síndrome de burnout ya que estos afectan más a profesionales están en contacto directo con los pacientes. En los estudios revisados no se reportaron datos de asociación entre la sintomatología de salud mental y predisposición del síndrome de burnout. Así mismo se encontró una asociación significativa entre despersonalización con síntomas somáticos, alteraciones de la conducta y depresión, alteraciones del sueño con agotamiento emocional y baja realización personal.

Conclusión.- en esta investigación nos indica que la relación entre la salud mental y el síndrome de burnout en estudiantes de enfermería es relativamente significativa, pero más significativa es la relación encontrada con los síntomas somáticos, alteraciones de la conducta y depresión con despersonalización.

3.3.- EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO

3.3.1.-Definición de afrontamiento

“Es el esfuerzo tanto cognitivo como conductual que realiza el individuo para hacer frente al estrés, para manejar las demandas internas y externas” (Vera 2005).

Lázarus y Folkman (1984) definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas internas o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona. Para ello manejar el estrés incluirá no solo el dominio sino la aceptación, la tolerancia, la evitación o la reducción de las condiciones estresantes. No existen estrategias de afrontamiento que sean válidas para todas las personas, cada uno puede elegir una estrategia según la personalidad, el contexto y el momento en que se encuentre.

El tipo de conducta de afrontamiento es importante ya que a más de servir para dominar las demandas de la situación de estrés, determina la forma con que se activa el organismo. Las conductas motoras para hacer frente a una situación estresante son conductas específicas para una situación concreta o para una amplia gama de situaciones. Las consecuencias de las conductas determinarán que sean incorrectas o correctas por la persona.

“Las técnicas de afrontamiento son: la confrontación, distanciamiento, autocontrol, buscar apoyo, aceptación de responsabilidad, escape, evitación, planificar soluciones, reevaluación positiva, pensamientos positivos, búsqueda de apoyo social, búsqueda de soluciones, contabilizar ventajas”. (Vera, 2005)

3.3.2.-Estilos y estrategias de afrontamiento:

Vera (2005) según esta autora los estilos de afrontamiento son las predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones siendo las responsables de las preferencias individuales en el uso de estrategias de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser cambiantes dependiendo de las condiciones que se den en cada momento.

Las estrategias de afrontamiento tenemos siguientes: focalización en la situación o problemas, auto focalización negativa, autocontrol, reestructuración cognitiva, expresión emocional abierta, evitación, búsqueda de apoyo social, apoyo en religión y búsqueda de apoyo profesional.

3.3.3.-Moldes mentales

Son estrategias habituales y peculiares que cada persona utiliza en el modo de reaccionar o interpretar la realidad en momentos de ego implicación. Los moldes cognitivos es una evaluación más cognitiva afectiva a diferencia de las estrategias que aunque también tienen un componente afectivo es más conductual. La realidad es que sean situaciones de estrés o no, generan en las personas diferentes emociones.

Los moldes mentales no solo se refieren a situaciones estresantes, a diferencia de las estrategias de afrontamiento de estrés, se usan en todos los momentos de la vida, independientemente que sean situaciones positivas o negativas.

Los moldes deben tener consistencia en interpretar las situaciones de las personas a lo largo del tiempo, mientras que las estrategias no tienen que seguir un patrón de estabilidad, pueden ser más variables. Los moldes cognitivos serian un recurso esencial para afrontar el estrés, pero si se usan de manera adecuada. Estos moldes van más allá de las estrategias ya que pueden ser generadoras o atenuadoras del estrés. Los moldes pueden superar las estrategias ya que estos superan un posicionamiento ante la vida en general y no solo en un problema particular.

3.3.4.-Estrategias de afrontamiento del estrés

Hernández, Olmedo, Ibáñez, (2004) describe los siguientes modos de afrontamiento:

- Modos de afrontamiento dirigidos al problema.- engloban un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: la que se refiere al entorno y la que se refiere al sujeto. La primera está dirigida a la demanda de la tarea, trata de solucionar el problema definiendo el problema, buscando soluciones alternativas, es decir incluyen las estrategias dirigidas a modificar el entorno, los obstáculos, recursos, procedimientos, etc. Las estrategias que se refieren al sujeto incluyen cambios motivacionales o cognitivos, variación del nivel de aspiración del sujeto, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc.
- Modos de afrontamiento dirigidos a la emoción.- se refiere a modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se puede hacer nada para cambiar lo externo. Está constituido por medios cognitivos que disminuyen el grado de trastorno emocional tales como: la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

“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”. Hernández, Olmedo, Ibáñez (2004).

Existen muchas maneras de afrontar y características personales que influyen en el bienestar personal y por ende en el estrés laboral. El ejemplo de estrategias centradas en el problema proviene el desarrollo del síndrome de burnout. Por otro lado no es efectivo cuando una persona maneja sus emociones pero a largo plazo desarrolla trastornos emocionales.

La efectividad del afrontamiento se logra adaptando los esfuerzos de afrontamiento y aspectos como valores, objetivos, compromisos, creencias, estilos de afrontamiento. No se puede afrontar con la misma efectividad todas las situaciones muchas veces los fallos del afrontamiento de un individuo se debe al fallo de los sistemas sociales en los que se encuentra inmerso, por ejemplo en el ámbito laboral se necesita intervenciones colectivas.

3.3.5.-Investigaciones realizadas

Estudio realizado por Lastenia Hernández, Encarnación Olmedo e Ignacio Ibáñez, de la universidad de Laguna España, con el propósito de analizar la relación que tiene el síndrome de burnout con el afrontamiento. Tomando una muestra de 222 participantes, trabajadores del hospital Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife. Los instrumentos aplicados son: Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE) y el Ways of Coping Questionnaire (WOCQ).

Al finalizar la investigación los autores concluyen que existe una mínima relación entre el síndrome de burnout con el afrontamiento, hay una ausencia de relaciones y capacidad predictiva del afrontamiento sobre el síndrome de burnout. Así mismo manifiestan que entre el criterio de cansancio emocional y la realización personal no existen correlaciones significativas, encontraron que las personas que creen tener un buen clima laboral son personas que utilizan como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social.

Conclusión.- según esta investigación la relación que existe entre el síndrome de burnout y el afrontamiento es casi nula, es decir mínima; los sujetos que tienen una puntuación alta en burnout utilizan como estrategia de afrontamiento el apoyo social y por tanto una forma de afrontamiento centrada en el problema.

3.4.- BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

3.4.1.-Definición de apoyo social

Calvo, Díaz, (2004) lo definen como la presencia o ausencia de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas. Información que permite a las personas creer que se preocupan por ellos y los quieren, son estimados y valorados, pertenecen a una red de comunicación y obligaciones mutuas.

Disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas. El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros. La provisión a un individuo de afecto, comprensión, afirmación y ayuda por parte de otros individuos.

3.4.2.-Niveles de apoyo social

1. Nivel I.- es el nivel más básico, se entiende como integración social, no hace referencia a la calidad de las relaciones sino a las características de la red social
2. Nivel II.- es la calidad de las relaciones aunque estas no sean numerosas, estas relaciones de calidad influyen sobre la salud y el bienestar psicológico como: necesidades de afiliación, necesidades de afecto, sentimientos de necesidad y pertenencia.
3. Nivel III.- entendido como ayuda percibida, hace referencia a la percepción que disponemos de ayuda por parte de situaciones problemáticas, este nivel ayuda a reducir el estrés.
4. Nivel IV.- consiste en la actualización de conductas de apoyo, constatación efectiva y concreta del apoyo.

3.4.3.-Tipos de apoyo social

- Apoyo emocional.- empatía, cuidado, estima, escucha, confianza, interés, son uno de los tipos más importantes.
- Apoyo instrumental.- conductas instrumentales que proporcionan ayudas tangibles, ayuda económica, trabajo, tiempo, etc.
- Apoyo informativo.- es la información que se ofrece a otras personas para que puedan usarla en situaciones problemáticas tales como sugerencias, orientaciones, consejos, etc.
- Apoyo evaluativo.- implica la transmisión de información, esta información es relevante para la autoevaluación y para la comparación social.

En el trabajo las personas que deben dar apoyo social serían el supervisor, compañeros de trabajo. Para el apoyo social es necesario que permitan contactos libres y frecuentes entre los trabajadores. El apoyo social emocional parece ser el más importante para el estrés y la salud. Este se debe orientar principalmente a trabajadores y contextos laborales donde existan elevados niveles de estrés laboral.

3.4.4.-Teoría de los efectos del apoyo social sobre el estrés

French (1973) describe los niveles donde el apoyo social podría actuar:

- Es posible que reduzca los factores estresantes relacionados con el ambiente laboral, un clima de trabajo que sea cordial a través de la empatía y comprensión entre las distintas personas facilita la adaptación al trabajo.
- Es posible que afecte la percepción que tengamos de los estresores.- la amistad y el contacto social pueden facilitar un mayor contacto con la situación y valoración que el individuo hace de sí mismo.
- Es posible que reduzca las consecuencias experimentadas por el estrés, el apoyo por parte de la familia, de los superiores y de los compañeros puede ser eficaz para moderar los efectos del estrés ocupacional sobre la salud.
- Es posible que incremente los recursos de adaptación del sujeto al entorno laboral, el apoyo social puede proporcionar un sentimiento de apoyo y seguridad que favorece un sentimiento de confianza y dominio de la situación.

3.4.5.-Modelos explicativos del apoyo social

Calvo, Díaz (2004) manifiestan que dos son las principales teorías para explicar los efectos positivos del apoyo social en la salud y el bienestar.

- La primera afirma que el apoyo social actúa sobre variables de modo directo, independientemente del nivel de estrés que esté sometido el sujeto. Los aumentos en el apoyo social incrementan la salud y el bienestar personal sin que esa relación se vea medida por las condiciones estresantes que pueda padecer. La disponibilidad de apoyo supone una mayor sensación de control sobre el ambiente, lo que se traduce en su capacidad de predecir experiencias negativas y evitarlas con anticipación. Todo esto protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los acontecimientos vitales estresantes.
- La segunda teoría denominada amortiguador defiende que es en aquellas condiciones en la que la persona se ve sometida al estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado de ánimo, salud y bienestar general.

Heller y Swindle (1983) desarrollaron un modelo de apoyo social en la que basándose en la hipótesis de amortiguador incorpora aspectos como: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales o los estilos de afrontamiento que presenta el sujeto.

3.4.6.-Apoyo social percibido

“Es la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita. Si bien existe el riesgo de incurrir en confusión entre el apoyo social y sus efectos, algunos autores han argumentado que es posible distinguir esta dimensión operativamente”. (Calvo, Díaz 2004)

3.4.7.-Apoyo social estructural

Está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que contribuyen en la red social del individuo.

3.4.8.-Investigaciones realizadas

La presente investigación es realizada por Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García y Tamara Pierart con el propósito de identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social; para esto se tomó una muestra de 98 participantes de un servicio de psiquiatría de un hospital público, los instrumentos aplicados son: Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ) y algunas variables sociodemográficas.

Según los resultados de esta investigación indican que la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal sobre todo cuando proviene de superiores. También manifiestan que la percepción de apoyo percibido en general y de los compañeros de trabajo y superiores tiene influencia en puntuar diferentemente en las dimensiones de burnout.

Conclusión.- la influencia del burnout es considerablemente notable en algunos aspectos del síndrome de burnout, una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo ya sea apoyo de parte de los compañeros o de los superiores influye en la disminución de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

3.5.- EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD

3.5.1.-Definición de personalidad

Cloninger, (2003) describe la personalidad como un conjunto de características que tiene una persona o alguna manera de comportarse de ese individuo. La personalidad puede sintetizarse como el conjunto de características o patrón de sentimientos, emociones y pensamientos ligados al comportamiento, es decir los pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y la conducta de cada individuo que persiste a lo largo del tiempo frente a distintas situaciones distinguiendo a un individuo de cualquier otro, haciéndolo diferente a los demás.

“La personalidad es la forma en que pensamos, sentimos, nos comportamos e interpretamos la realidad, mostrando una tendencia a ese comportamiento a través del tiempo que nos permite afrontar la vida y mostrarnos el modo en que nos vemos a nosotros mismos y al mundo que nos rodea. Cada persona al nacer ya tiene su propia personalidad como ciertas características propias que con el paso del tiempo más el factor ambiental y las circunstancias es como se definirá esa persona”.(Cloninger, 2003).

La personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter; el temperamento tiene una base hereditaria mientras que el carácter se adquiere en el ambiente a través del tiempo.

3.5.2.-Patrones de conducta y personalidad

Cloninger, (2003) la personalidad se conceptualiza como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Los esquemas pertenecen inactivos hasta que ciertos eventos como el estrés los activa.

- Patrón de conducta paranoide.- desconfianza excesiva, injustificada, suspicacia, restricción afectiva.
- Patrón de conducta esquizoide.- dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos, indiferencia a la aprobación o crítica

- Patrón de conducta histriónica.- conducta teatral, relaciones interpersonales con superficialidad, egocentrismo, hipocresía, manipulación.
- Patrón de conducta narcisista.- sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad de admiración y atención, explotación interpersonal
- Patrón de conducta antisocial.- conducta antisocial continua y crónica, viola los derechos de los demás
- Patrón de conducta límite.- inestabilidad en el estado de ánimo, identidad, autoimagen y conducta interpersonal.
- Patrón de conducta de evitación.- hipersensibilidad al rechazo, humillación o vergüenza, retraimiento social y baja autoestima.
- Patrón de conducta de dependencia.- pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones, incapacidad para valerse solo, falta de autoconfianza.
- Patrón de conducta obsesivo-compulsivo.- perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo, dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

3.5.3.-Tipos de personalidad

Ortega, López (2004) en los estudios del estrés laboral los más relevantes son:

- Neuroticismo.- es considerado como inestabilidad emocional y como factor distorsionador, puede actuar como mediador de las relaciones entre el estrés laboral y resultados efectivos. Las personas con este tipo de personalidad son vulnerables al estrés, perciben las situaciones como amenazantes y ansiógenas, las conductas de afrontamiento no son eficaces.
- Locus de control.- es la atribución que hace el individuo de los resultados, un extremo de estas dimensiones interno y el otro externo. Las personas que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral y presentan insatisfacción, desamparo, síntomas del burnout, etc. En cambio los internos reciben menos amenazas, se orientan a metas laborales, son más activos en la percepción de control de la situación, utilizan el afrontamiento dirigido al problema.

El modo en que el locus de control influye en la situación laboral es por el tipo de afrontamiento dirigido al problema.

Es locus de control es un factor importante en la personalidad, se refiere a la ubicación que cada persona da al control de su experiencia o forma de vida.

-Locus de control interno.- la causa de éxito o fracaso es atribuido como algo interno a ella como sus habilidades y el esfuerzo dedicado al trabajo.

-Locus de control externo.- cuando una persona percibe que los efectos dependen de factores externos como la suerte o destino, es decir el resultado no depende de la persona.

- Patrón de conducta tipo A.- engloba la acción-emoción y se manifiesta en un ambiente de demandas desafiantes. Los sujetos presentan conductas de impaciencia, agresividad, hostilidad, competitivas, irritables comprometidas excesivamente con el trabajo, lucha por el éxito. Los sujetos se disgustan cuando su trabajo es interrumpido por otra persona, trabajan solos cuando están bajo el estrés, se impacientan cuando se retrasan. A estos individuos se les asocia con conductas que no favorecen la resistencia al estrés.

3.5.4.-Investigaciones realizadas

Estudio realizado por Bernardo Moreno, José Luis González y Eva Garrosa con el objetivo de comprobar los efectos de personalidad resistente sobre el desgaste profesional (burnout) y sobre la salud percibida, en una muestra de 107 profesores de formación profesional de 14 centros de la capital de Madrid, los instrumentos que se utilizaron son: Cuestionario del Burnout del Profesorado (CBP), Cuestionario de Salud y el Personal Views Survey.

Con este estudio los autores plantean que la puntuación global de personalidad se asocia altamente con el síndrome de burnout, pero el burnout se predice principalmente por el estrés de rol y en menor medida por las variables de personalidad consideradas, esto nos indica que la interacción entre variables organizacionales y de personalidad no es directa, sino a través de una interacción entre el estrés de rol y las variables de personalidad.

Se observa que en la variable despersonalización no interviene ninguna variable de personalidad, lo que nos puede decir que los procesos son organizacionales.

Conclusión.- de esta investigación podemos concluir que el síndrome de burnout está relacionado con la personalidad pero no lo suficiente ya que existen otras variables como las organizacionales que son más influyentes para el apareamiento de este síndrome; pero en cualquier caso los factores de personalidad parecen ser una vía necesaria en los procesos del burnout.

4.- METODOLOGÍA:

A.- Diseño de investigación:

El presente trabajo de investigación presenta las siguientes características:

- **Es cuantitativa:** porque se analizó la información numérica de los instrumentos utilizados.
- **Es no experimental:** ya que no se realiza ninguna manipulación de las variables, sino que se investiga y observa los fenómenos en su ambiente natural, para luego analizar, interpretar y concluir, discutir y recomendar.
- **Es transversal:** porque se analizó el estado de las diversas variables en un momento específico.
- **Es exploratoria:** porque se trató de una indagación preliminar en un tiempo determinado.
- **Es descriptiva:** porque se eligieron diversas cuestiones a las cuales se midió o se recolectó información de cada una de ellas y así poder describir lo que se investigó.

B.- Contexto:

El hospital base de Cayambe fue fundado en 1910 con el nombre de Hospital San José de Cayambe, que lo conservó hasta septiembre de 1984, fecha a partir de la cual pasó a llamarse Hospital Raúl Maldonado Mejía. Desde 1992 esta unidad es la Jefatura del Área de Salud No. 12 del Ministerio de Salud Pública.

Los servicios que ofrece este hospital, están organizados por niveles de complejidad: en el nivel I, se encuentran ocho subcentros de salud, los cuales ofrecen atención ambulatoria, promoción y fomento de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la salud. Todos promueven acciones básicas de saneamiento ambiental y participación comunitaria y estos subcentros también ofrecen atención del parto, emergencias y atención odontológica. En el nivel II, se encuentra el Hospital Básico Raúl Maldonado Mejía, que ofrece atención de nivel I y atención especializada en pediatría, gineco-obstetricia, cirugía y medicina general, así como los servicios de hospitalización, emergencia, exámenes diagnósticos de laboratorio clínico, rayos X y ecografía.

El total de personal que labora en este establecimiento de salud es de 150 de los cuales el 75,3 % labora en el Hospital Raúl Maldonado Mejía, y el restante 24,7% lo hace en los ocho subcentros. Esta Área de Salud cuenta con el 22% de médicos, 19,7% de enfermeras, 7,3 % de odontólogos, el 2,7% de obstetrices, el 22% de auxiliares en enfermería. El 24 % de personal restante es decir 37 de los 150 trabaja en actividades de administración y servicios generales.

C.- Participantes:

Los participantes para la recolección de los datos en esta investigación pertenecen al Área de Salud No. 12 (hospital Raúl Maldonado Mejía), con una población de 17 médicos y 13 enfermeras de las diferentes áreas del hospital, dando un total de 30 participantes y de quienes se obtuvo la información necesaria para el trabajo de investigación.

D.- Instrumentos:

Los instrumentos aplicados en la investigación fueron:

- **Cuestionario sociodemográfico y laboral.-** este cuestionario recolecta datos personales y laborales relacionados con el estudio del síndrome de burnout tales como: la edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, satisfacción en el trabajo, etc. Datos que son imprescindibles en la investigación.
- **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).-** este cuestionario se utiliza para detectar y medir el burnout en la persona, este instrumento plantea 22 enunciados valorados a través de tres escalas: Agotamiento personal que indica si el individuo se siente fatigado emocionalmente por el trabajo, Despersonalización que refleja el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo y Realización personal que indica el logro, satisfacción y autorrealización percibida por el individuo.
- **Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).-** este instrumento realiza una apreciación de la salud general del individuo con respecto a su estado de salud mental y disturbios psiquiátricos menores, consta de 28 ítems que se evalúan a

través de cuatro subescalas que son: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave.

- **Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).**- este instrumento consta de 28 ítems que evalúan los distintos tipos de respuesta ante el estrés o situaciones difíciles; las formas de afrontamiento que se evalúan son: afrontamiento activo, planificación, auto distracción, apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, autoinculpación, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias y humor.
- **Cuestionario MOS de apoyo social.**- este cuestionario consta de 20 ítems que se utiliza para indagar la amplitud de la red social o apoyo estructural y para conocer las dimensiones del apoyo social funcional o percibido tales como: el apoyo emocional, apoyo material o instrumental, relaciones sociales de ocio y distracción y el apoyo afectivo. Con todo esto se puede saber el apoyo social global que percibe la persona.
- **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).**- este instrumento consta de 24 ítems y evalúa la personalidad a través de cuatro factores que son: Neuroticismo que mide si el individuo es neurótico o estable, Extraversión que indica si la persona es introvertido o extraverso, Psicoticismo indica si el individuo es cruel o de pensamiento duro y Sinceridad que muestra la veracidad de las respuestas.

E.- Recolección de datos:

Para la recolección de los datos, se acudió al Hospital Raúl Maldonado Mejía ubicado en la ciudad de Cayambe y con la carta enviada por la Titulación de la Escuela de Psicología, tomé contacto con el Dr. Carlos Durán Director del Área de salud No. 12, el mismo que me dio la apertura y la respectiva autorización para la aplicación de los instrumentos. Posterior a esto me trasladé a las diferentes áreas del hospital en donde pude contactar a 17 médicos y 13 enfermeras a los cuales les expliqué personal y detalladamente acerca de la investigación.

Para recolectar los datos se entregó a cada participante un sobre cerrado con los seis instrumentos para que llenen de forma auto aplicable, así como también un formato de consentimiento informado indicándoles que los datos recogidos serán manejados de

manera confidencial. Se explicó el tiempo requerido para que completaran los cuestionarios, la fecha de recepción de los mismos y que en aproximadamente tres meses se les entregará personalmente los informes psicológicos con los resultados obtenidos y las recomendaciones respectivas.

Posterior a recolectar los cuestionarios de cada participante se procedieron a ingresarlos datos en las matrices de Excel y con resultados obtenidos pudimos realizar el análisis, la discusión, así como las conclusiones y recomendaciones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS:

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL

TABLA N° 1
MÉDICOS

Género	MÉDICOS SIN BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%
	10	62,5	6	37,5
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	16	100	0	0
Con quien vive	Solo	%	Mas personas	%
	3	18,75	13	81,25
Tipo de trabajo	t. completo	%	t. parcial	%
	14	87,5	2	12,5
Pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%
	9	56,25	7	43,75
Pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	5	31,25	11	68,75
Permisos	Si	%	No	%
	9	56,25	7	43,75

Fuente: Médicos

Elaborado por: Taques Egas Marcelo

TABLA N° 2
MÉDICOS

Género	MÉDICOS CON BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%
	0	0	1	100
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	1	100	0	0
Con quien vive	Solo	%	Mas personas	%
	0	0	1	100
Tipo de trabajo	t. completo	%	t. parcial	%
	1	100	0	0
Pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%

	0	0	1	100
Pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	0	0	1	100
Permisos	Si	%	No	%
	0	0	1	100

Fuente: Médicos

Elaborado por: Taques Egas Marcelo

TABLA N° 3
ENFERMEROS/AS

Género	ENFERMEROS/AS SIN BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%
	1	7,69	12	92,30
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	13	100	0	0
Con quien vive	Solo	%	Mas personas	%
	4	30,76	9	69,23
Tipo de trabajo	t. completo	%	t. parcial	%
	9	69,23	4	30,76
Pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%
	4	30,76	9	69,23
Pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	4	30,76	9	69,23
Permisos	Si	%	No	%
	5	38,46	8	61,53

Fuente: Enfermeros

Elaborado por: Taques Egas Marcelo

Análisis e interpretación:

En estos cuadros se puede observar que en los médicos existe un mayor porcentaje de sexo masculino, es decir, el 62,5 %, mientras que en enfermeras existe un 92,30 % de sexo femenino. En los médicos sin Burnout el 81,25 % manifiestan vivir con otras personas y el 30,76 % de enfermeras sin Burnout dicen vivir solas. En el médico que presenta Burnout se puede apreciar que es de sexo femenino, manifiesta vivir en zona urbana, laborar a tiempo completo y no haber solicitado permisos. En los datos restantes no se detectan muchas diferencias.

ETNIA

Tabla N° 4

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Mestizo	15	93,75
Blanco	1	6,25
Afroecuato	0	0
indígena	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N°5

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Mestizo	1	100
Blanco	0	0
Afroecuato	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N°6

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Mestizo	12	92,3076923
Blanco	0	0
Afroecuato	1	7,69230769
Indígena	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas se puede observar que la mayor parte de la población se considera mestiza 93%, en los médicos sin Burnout el 6% es blanco y en los enfermeros sin Burnout el 8% es afro ecuatoriano.

ESTADO CIVIL

Tabla N° 7

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	25
Casado	8	50
Viudo	1	6,25
Divor/sepa	3	18,75
Unión libre	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 8

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Soltero	0	0
Casado	1	100
Viudo	0	0
Divor/sepa	0	0
Unión libre	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 9

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	30,7692308
Casado	7	53,8461538
Viudo	0	0
Divor/sepa	0	0
Unión libre	2	15,3846154
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas se puede apreciar que en los médicos sin Burnout un porcentaje son viudos o separados 19%, mientras que en los enfermeros sin Burnout un porcentaje su estado civil es unión libre 15%. En los médicos con Burnout el 100% es casado.

REMUNERACIÓN SALARIAL

Tabla N° 10

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	16	100
No recibe	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 11

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	1	100
No recibe	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 12

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	1	7,69230769
Quincenal	0	0
Mensual	12	92,3076923
No recibe	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas se puede observar que en los médicos sin Burnout y con Burnout reciben su remuneración mensualmente, mientras que una mínima parte 8% de los enfermeros sin Burnout reciben su remuneración semanalmente.

VALOR SALARIAL

Tabla Nº 13

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
0 -1000	3	18,75
1001 -2000	12	75
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	1	6,25
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla Nº 14

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
0 -1000	0	0
1001 -2000	0	0
2001 - 3000	1	100
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla Nº 15

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
0 -1000	13	100
1001 -2000	0	0
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Aquí se puede apreciar que una minúscula parte 6% de los médicos sin Burnout perciben una cantidad de entre 3001 a 4000, mientras que en los enfermeros sin Burnout todos reciben una cantidad entre 0 a 1000. En los médicos con Burnout recibe una cantidad entre 2001 a 3000 dólares.

DATOS LABORALES

SECTOR DE TRABAJO

Tabla N° 16

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Público	10	62,5
Privado	3	18,75
Ambos	3	18,75
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 17

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Público	1	100
Privado	0	0
Ambos	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 18

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Público	7	53,8461538
Privado	6	46,1538462
Ambos	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Aquí se puede considerar que en los médicos sin Burnout un fragmento trabaja en el sector público y privado 19%, mientras que en los enfermeros sin Burnout o bien laboran en el sector público o bien en el privado pero no en ambos. En el médico con Burnout solo labora en el sector público.

TIPO DE CONTRATO

Tabla N° 19

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	6,25
Ocasional	7	43,75
Plazo fijo	2	12,5
Indefinido	4	25
Serv. Profes	2	12,5
Ninguno	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 20

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	1	100
Plazo fijo	0	0
Indefinido	0	0
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 21

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	4	30,7692308
Plazo fijo	4	30,7692308
Indefinido	4	30,7692308
Serv. Profes	1	7,69230769
Ninguno	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Se puede apreciar en estas tablas que en los médicos sin Burnout una mínima cantidad de contratos son eventuales 6%, mientras que en los enfermeros sin Burnout hay una cantidad considerable de contratos indefinidos 31%. En los médicos con Burnout el contrato es ocasional.

TURNOS

Tabla N° 22

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Vespertino	13	28,8888889
Matutino	11	24,4444444
Nocturno	7	15,5555556
Fin de Sem	8	17,7777778
Rotativo	6	13,3333333
TOTAL	45	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 23

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Vespertino	1	25
Matutino	1	25
Nocturno	0	0
Fin de Sem	1	25
Rotativo	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 24

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Vespertino	11	24,4444444
Matutino	10	22,2222222
Nocturno	8	17,7777778
Fin de Sem	8	17,7777778
Rotativo	8	17,7777778
TOTAL	45	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas se observa que tanto en los médicos sin Burnout como en los enfermeros sin Burnout la gran mayoría trabaja en turnos vespertinos y matutinos, mientras que en los médicos con Burnout trabaja en turnos rotativos.

% DE PACIENTES DIARIOS

Tabla N° 25

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Ninguno	1	6,25
25%	0	0
25 - 50 %	1	6,25
50 - 75 %	1	6,25
75 - 100 %	13	81,25
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 26

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	0	0
75 - 100 %	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 27

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	1	7,69230769
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	4	30,7692308
75 - 100 %	8	61,5384615
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Aquí se observa que en la mayor parte de médicos 81% y enfermeros sin Burnout 62% trabajan con un porcentaje de pacientes del 50 al 75% y del 75 al 100% de pacientes, mientras que en los médicos con Burnout labora con un porcentaje del 75 al 100% de pacientes.

TIPOS DE PACIENTES

Tabla N° 28

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	4	6,4516129
Psiquiátricos	3	4,83870968
Renales	5	8,06451613
Quirúrgicos	8	12,9032258
Cardiacos	6	9,67741935
Neurológicos	5	8,06451613
Diabéticos	9	14,516129
Emergencias	13	20,9677419
Intensivos	4	6,4516129
Otros	5	8,06451613
TOTAL	62	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 29

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	0	0
Psiquiátricos	0	0
Renales	0	0
Quirúrgicos	1	100
Cardiacos	0	0
Neurológicos	0	0
Diabéticos	0	0
Emergencias	0	0
Intensivos	0	0
Otros	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 30

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	2	4,65116279
Psiquiátricos	2	4,65116279
Renales	4	9,30232558
Quirúrgicos	6	13,9534884
Cardiacos	3	6,97674419
Neurológicos	2	4,65116279
Diabeticos	7	16,2790698
Emergencias	9	20,9302326
Intensivos	2	4,65116279
Otros	6	13,9534884
TOTAL	43	100

Fuente: enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas se puede apreciar que tanto en los médicos sin Burnout como en los enfermeros sin Burnout la mayor parte trabaja con todo tipo de pacientes y sobre todo en emergencias 20%, mientras que en los médicos con Burnout labora solo con pacientes de tipo quirúrgicos.

TABLA N° 31

CUADRO RESUMEN DE PROMEDIOS

Promedio	Médicos sin Burnout	Médicos con Burnout	Enfermeros sin Burnout
Edad	36,75	44	31,38
Hijos	1,31	2	0,92
Años de trabajo	8,56	18	6,53
Instituciones trabajadas	1,37	1	1,07
Horas diarias	9,37	8	11,69
Horas semanales	43,62	40	43,07
Guardias nocturnas horas	22,5	0	20
Guardias nocturnas días	5	0	4
Pacientes por día	32,93	30	38,84
Pacientes fallecidos	1,6	0	1,25
Días de permiso	6,25	0	2,6

Fuente: Médicos y Enfermeros

Elaborado por: Taques Egas Marcelo

Análisis e interpretación:

Aquí se puede distinguir que en los médicos sin Burnout el promedio de pacientes atendidos es de 32% mientras que en los enfermeros sin Burnout el promedio es de 38%. En los médicos con Burnout el promedio de edad es de 44 años, así mismo el promedio de años servicio es de 18, cantidad que es mayor a las otras dos variables estudiadas, de igual manera en los días de permiso el promedio en los médicos con Burnout es de 0%.

RECURSOS NECESARIOS

Tabla N° 32

MÉDICOS SIN BUNROUT		
Nombre	Fr	%
Totalmente	3	18,75
Medianamente	12	75
Poco	1	6,25
Nada	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 33

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Totalmente	0	0
Medianamente	0	0
Poco	1	100
Nada	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 34

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Totalmente	9	69,2307692
Medianamente	4	30,7692308
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas se puede observar en los médicos sin Burnout la mayor parte manifiesta recibir los recursos medianamente 75%, a diferencia de los enfermeros sin Burnout que en su mayoría manifiestan recibir los recursos de forma total 69%. Así mismo los médicos con Burnout indican que recibe poco los recursos necesarios.

CAUSAS DE PERMISOS

Tabla N° 35

Tabla N° 36

MÉDICOS SIN BURNOUT			ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%	Nombre	Fr	%
Capacitación	1	11,11111111	Capacitación	2	40
Prob. de Salud	3	33,33333333	Prob. de Salud	1	20
Situa Famili	4	44,44444444	Situa Famili	2	40
Otros	1	11,11111111	Otros	0	0
TOTAL	9	100	TOTAL	5	100

Fuente: Médicos

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos apreciar que en los médicos sin Burnout la mayor parte han solicitado permiso por situaciones familiares 44% y problemas de salud 33%, mientras que en los enfermeros sin Burnout la mayoría han pedido permiso por situaciones familiares 40% y capacitación 40%. En los médicos con Burnout no se han solicitado permisos por ninguna causa.

VALORACIÓN LABORAL

VALORACIÓN POR LOS PACIENTES

Tabla N° 37

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,25
Bastante	11	68,75
Totalmente	4	25
TOTAL	16	100

Fuente: médicos

Tabla N° 38

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: médicos

Tabla N° 39

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	9	69,2307692
Totalmente	4	30,7692308
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En este caso en la mayor parte de los médicos sin Burnout y de los enfermeros sin Burnout se sienten bastante valorados por sus pacientes 69%, a diferencia de una mínima parte de los médicos sin Burnout que manifiestan sentirse poco valorados por los pacientes 6%. En los médicos con Burnout expresa sentirse bastante valorado.

VALORACIÓN FAMILIARES DE LOS PACIENTES

Tabla N° 40

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,25
Bastante	8	50
Totalmente	7	43,75
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 41

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 42

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7,69230769
Bastante	8	61,5384615
Totalmente	4	30,7692308
TOTAL	13	100

Fuente: enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos observar que los médicos sin Burnout y los enfermeros sin Burnout se sienten bastante y totalmente valorados por los familiares de los pacientes a excepción de una mínima parte que se consideran poco valorados. En los médicos con Burnout se siente bastante valorado por los familiares de sus pacientes.

VALORACIÓN POR LOS COLEGAS

Tabla N° 43

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	25
Bastante	10	62,5
Totalmente	2	12,5
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 44

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 45

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7,69230769
Bastante	8	61,5384615
Totalmente	4	30,7692308
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Estos gráficos nos muestran que alrededor del 62% de médicos y enfermeros sin Burnout se sienten bastante valorados por sus colegas, mientras que en los médicos con Burnout el 100% se siente bastante valorado por sus colegas.

VALORACIÓN POR LOS DIRECTIVOS

Tabla N° 46

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25
Poco	2	12,5
Bastante	12	75
Totalmente	1	6,25
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 47

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 48

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	30,7692308
Bastante	6	46,1538462
Totalmente	3	23,0769231
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Aquí podemos observar que en los médicos sin Burnout una mínima parte 6% no se sienten valorados para nada de parte de los directivos, mientras que en los enfermeros sin Burnout el 46% se siente bastante valorado. En los médicos con Burnout expresan sentirse poco valorados por los directivos.

NIVEL DE SATISFACCIÓN

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

Tabla N° 49

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	6	37,5
Totalmente	10	62,5
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 50

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 51

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	15,3846154
Bastante	2	15,3846154
Totalmente	9	69,2307692
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Podemos distinguir que en los médicos sin Burnout se sienten totalmente 62% y bastante 37% satisfecho con su trabajo, mientras que en los enfermeros sin Burnout existe una parte que se siente poco satisfecho con su labor 15%. En cuanto a los médicos con Burnout se siente bastante satisfecho con su trabajo.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES

Tabla N° 52

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	43,75
Totalmente	9	56,25
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 53

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 54

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7,69230769
Bastante	6	46,1538462
Totalmente	6	46,1538462
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Aquí podemos apreciar que tanto los médicos sin Burnout como los enfermeros sin Burnout se sienten totalmente y bastante satisfechos con la interacción con los pacientes excepción de una mínima cantidad de los enfermeros sin Burnout 8% que manifiestan sentir poca satisfacción con la interacción con los pacientes. En los médicos con Burnout expresan sentir poca satisfacción con la interacción.

APOYO DIRECTIVOS

Tabla N° 55

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25
Poco	6	37,5
Bastante	8	50
Totalmente	1	6,25
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 56

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 57

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	23,0769231
Bastante	5	38,4615385
Totalmente	5	38,4615385
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos observar que una mínima parte de los médicos sin Burnout 6% se sienten nada satisfechos con el apoyo de parte de los directivos, en los enfermeros sin Burnout se observa que el 23% se siente poco satisfecho con el apoyo. En los médicos con Burnout el 100% se siente poco satisfecho con el apoyo de los directivos.

COLABORACIÓN COLEGAS

Tabla N° 58

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	3	18,75
Poco	4	25
Bastante	8	50
Totalmente	1	6,25
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 59

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 60

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	15,3846154
Bastante	7	53,8461538
Totalmente	4	30,7692308
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En cuanto a los médicos sin Burnout se aprecia que el 19% se sienten nada satisfecho con la colaboración de sus colegas, mientras que 15% de los enfermeros sin Burnout perciben poco la colaboración. Los médicos con Burnout se sienten poco satisfechos con la colaboración de parte de sus colegas.

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA PROFESIONAL

Tabla N° 61

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,25
Bastante	12	75
Totalmente	3	18,75
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 62

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 63

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	23,0769231
Bastante	7	53,8461538
Totalmente	3	23,0769231
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos observar que la mayor parte de los médicos sin Burnout se encuentran bastante y totalmente satisfecho con la experiencia laboral, mientras que los enfermeros sin Burnout existe un 23% que se siente poco satisfecho con la experiencia. En los médicos con Burnout manifiesta que se siente bastante satisfecho con la experiencia profesional.

SATISFACCIÓN ECONÓMICA

Tabla N° 64

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25
Poco	6	37,5
Bastante	7	43,75
Totalmente	2	12,5
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 65

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 66

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nombre	Fr	%
Nada	1	7,69230769
Poco	5	38,4615385
Bastante	5	38,4615385
Totalmente	2	15,3846154
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Podemos considerar que en los médicos sin Burnout un 43% se siente entre nada o poco satisfecho con su economía, mientras que en los enfermeros sin Burnout 47% manifiesta sentirse entre nada o poco satisfecho. En los médicos con Burnout el 100% se siente poco satisfecho con su economía.

CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT)

AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Tabla N° 67

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	8	50
Medio	5	31,25
Alto	3	18,75
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 68

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 69

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	9	69,2307692
Medio	4	30,7692308
Alto	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos observar que en los médicos sin Burnout alrededor de la mitad es decir el 50% tiene un agotamiento emocional entre medio y alto, no así en los enfermeros sin Burnout que poseen un 69% agotamiento emocional bajo. En los médicos con Burnout el 100% presenta un agotamiento emocional alto.

DESPERSONALIZACIÓN

Tabla N° 70

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	15	93,75
Medio	1	6,25
Alto	0	0
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 71

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	1	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 72

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	11	84,6153846
Medio	1	7,69230769
Alto	1	7,69230769
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Aquí podemos observar que en los médicos sin Burnout la mayor parte presentan una despersonalización baja 94%, en los enfermeros sin Burnout manifiestan una mínima cantidad entre despersonalización alta y media, mientras que en los médicos con Burnout la despersonalización es baja al 100%.

REALIZACIÓN PERSONAL

Tabla N° 73

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	16	100
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 74

MÉDICOS CON BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	1	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 75

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	1	7,69230769
Alto	12	92,3076923
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos apreciar claramente que en los médicos sin Burnout la realización personal es totalmente alta 100%, igualmente en los enfermeros sin Burnout la mayoría presenta una realización personal alta a excepción de una mínima cantidad que manifiesta presentar una realización media 8%. En los médicos con Burnout la realización personal es baja en un 100%.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

SÍNTOMAS SOMÁTICOS

Tabla N° 76

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	2	12,5
No Caso	14	87,5
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 77

MÉDICOS CON BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 78

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	3	23,0769231
No Caso	10	76,9230769
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos apreciar que en los médicos sin Burnout un 12% presentan síntomas somáticos, mientras que en los enfermeros sin Burnout los síntomas somáticos presentes son mayores con un 23%. En los médicos con Burnout el 100% presenta síntomas somáticos.

ANSIEDAD

Tabla N° 79

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	7	43,75
No Caso	9	56,25
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 80

MÉDICOS CON BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 81

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	5	38,4615385
No Caso	8	61,5384615
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos distinguir que en los médicos sin Burnout la ansiedad presente es de un 44% mayor que en los enfermeros sin Burnout que presentan un 38%, mientras que en los médicos con Burnout el 100% presenta ansiedad.

DISFUNCIÓN SOCIAL

Tabla N° 82

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	16	100
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 83

MÉDICOS CON BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 84

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	1	7,69230769
No Caso	12	92,3076923
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Podemos observar claramente que tanto en los médicos sin Burnout como en los médicos con Burnout no existe ningún caso de disfunción social, a diferencia de los enfermeros sin Burnout que una mínima parte 8% presentan disfunción social.

DEPRESIÓN

Tabla N° 85

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	1	6,25
No Caso	15	93,75
TOTAL	16	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 86

MÉDICOS CON BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	1	100
No Caso	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos

Tabla N° 87

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Estado	fr	%
Caso	3	23,0769231
No Caso	10	76,9230769
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

Aquí podemos observar que en los médicos sin Burnout una mínima cantidad es decir el 6% presenta depresión, mientras que en los enfermeros sin Burnout es aún mayor con el 23%. En los médicos con Burnout el 100% presenta depresión.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Tabla Nº 88

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	4,13	7,81
Afrontamiento Activo	4,81	9,11
Negación	2,75	5,21
Uso de Sustancias	2,44	4,62
Uso del Apoyo Emocional	3,13	5,92
Uso de Apoyo Instrumental	3,38	6,39
Retirada de Comportamiento	3,13	5,92
Desahogo	3,13	5,92
Replanteamiento Positivo	4,75	8,99
Planificación	4,94	9,35
Humor	3,44	6,51
Aceptación	4,69	8,88
Religión	4,44	8,40
Culpa a Sí Mismo	3,69	6,98
TOTAL	52,81	100,00

Fuente: Médicos

Tabla Nº 89

MÉDICOS CON BURNOUT		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	5	8,93
Afrontamiento Activo	5	8,93
Negación	3	5,36
Uso de Sustancias	4	7,14
Uso del Apoyo Emocional	3	5,36
Uso de Apoyo Instrumental	4	7,14
Retirada de Comportamiento	3	5,36
Desahogo	3	5,36
Replanteamiento Positivo	5	8,93
Planificación	5	8,93
Humor	4	7,14
Aceptación	6	10,71
Religión	3	5,36
Culpa a Sí Mismo	3	5,36
TOTAL	56,00	100,00

Fuente: Médicos

Tabla N° 90

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	3,38	7,24
Afrontamiento Activo	4,23	9,05
Negación	2,69	5,76
Uso de Sustancias	2,31	4,93
Uso del Apoyo Emocional	3,31	7,07
Uso de Apoyo Instrumental	3,38	7,24
Retirada de Comportamiento	2,85	6,09
Desahogo	3,31	7,07
Replanteamiento Positivo	4,00	8,55
Planificación	3,38	7,24
Humor	2,92	6,25
Aceptación	3,92	8,39
Religión	3,77	8,06
Culpa a Sí Mismo	3,31	7,07
TOTAL	46,77	100,00

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas nos muestran que tanto en los médicos sin Burnout como en los enfermeros sin Burnout existe un valor alto en afrontamiento activo 9% y en aceptación 8%, así mismo en los dos grupos presentan un bajo nivel en el uso de sustancias 5%. En los médicos sin Burnout podemos ver que presentan un alto índice en planificación 9%, mientras que en los enfermeros sin Burnout muestran un alto índice en replanteamiento positivo 9%. En los médicos con Burnout podemos apreciar un bajo nivel en negación, apoyo emocional, desahogo y religión, también se considera un alto nivel en aceptación 11%.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Tabla N° 91

MÉDICOS SIN BURNOUT		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	1077,50	67,34
Apoyo Instrumental	990,00	61,88
Redes Sociales	1150,00	71,88
Amor y Cariño	1213,33	75,83

Fuente: Médicos

Tabla N° 92

MÉDICOS CON BURNOUT		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	80,00	80
Apoyo Instrumental	85,00	85
Redes Sociales	75,00	75
Amor y Cariño	80,00	80

Fuente: Médicos

Tabla N° 93

ENFERMEROS SIN BURNOUT		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	1035,00	79,62
Apoyo Instrumental	1030,00	79,23
Redes Sociales	1105,00	85,00
Amor y Cariño	1186,67	91,28

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos observar que en los médicos sin Burnout existe un porcentaje entre 60 y 70% en los cuatro aspectos del apoyo social. En los enfermeros sin Burnout podemos observar que los porcentajes en los cuatro aspectos son mayores que de los médicos sin Burnout, existiendo un 90% en amor y cariño como más alto y 78% de apoyo instrumental como más bajo.

En los médicos con Burnout se aprecia que el valor más alto es el de apoyo instrumental con 84% y el más bajo son las redes sociales con 74%.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

Tabla N° 94

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	2,44	27,66
Extroversión	2,75	31,21
Psicotismo	1,75	19,86
Sinceridad	1,88	21,28
TOTAL	8,81	100,00

Fuente: Médicos

Tabla N° 95

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	4,00	16,67
Extroversión	2,00	8,33
Psicotismo	2,00	8,33
Sinceridad	0,00	0,00
TOTAL	8,00	33,33

Fuente: Médicos

Tabla N° 96

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotisisimo	1,85	19,67
Extroversión	4,46	47,54
Psicotisisimo	1,77	18,85
Sinceridad	1,31	13,93
TOTAL	9,38	100,00

Fuente: Enfermeros

Análisis e interpretación:

En estas tablas podemos apreciar que en los médicos sin Burnout el mayor porcentaje es de 2,75 en extraversión, mientras que en los enfermeros sin Burnout la extraversión es más alta con 4,46. Se puede observar que en los médicos sin Burnout la sinceridad es más alta que en los enfermeros sin Burnout. En cuanto a los médicos con Burnout se puede distinguir que presenta un nivel alto de neurotisisimo con porcentaje 4,00 y el nivel de sinceridad es nulo es decir 0,00.

6.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En la investigación realizada a 30 participantes entre ellos 17 médicos y 13 enfermeras del Hospital Raúl Maldonado Mejía de la ciudad de Cayambe para identificar el nivel de Burnout que existe en estos profesionales, se puede afirmar que en esta casa de salud existe un índice bajo de nivel de Burnout ya que solamente uno de los treinta encuestados presenta el síndrome. Los demás encuestados arrojan diferentes puntuaciones que no son lo suficientemente altas como para ser considerados como Burnout, pero de igual manera son tomados en cuenta en el análisis de esta investigación.

En la aplicación del cuestionario sociodemográfico, se identifica las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud. En lo referente al género se puede decir que tiene relación con las investigaciones consultadas ya que la persona que presenta el síndrome de Burnout es de género femenino y en las investigaciones según la autora Torres (2004) en su obra *¿Estrés o Burnout?*, menciona que la mujer puede estar más propensa a presentar el síndrome que los hombres, por que las mujeres a más de dedicarse al trabajo como tal, también se dedican a las actividades domésticas; esta multiplicidad de roles constituye un elemento potenciador del síndrome y puede hacerles más vulnerables al agotamiento emocional.

Se puede observar y conocer que en nuestra investigación el mayor porcentaje de médicos sin Burnout pertenecen al género masculino 62%, mientras que el mayor número de enfermeros sin Burnout pertenecen al género femenino 92%.

En relación a los años de trabajo se puede decir que no compagina con las investigaciones por lo que la persona afectada con el síndrome tiene 18 años de servicio y la investigación según los autores Felipe, Gonzales, Kornhauser. (2008) en su obra *Variables que influyen en el Burnout del docente*, nos indican que la experiencia laboral es un factor protector del Burnout y que este síndrome se produce durante los primeros diez años de servicio.

En la zona de vivienda es sabido que la zona urbana es más estresante que la rural, por el trajín diario, el tráfico vehicular, el ruido, la contaminación visual, contaminación

ambiental, etc. Por todo esto puede haber influencia en el apareamiento de estrés y específicamente el participante con Burnout manifiesta vivir en una zona urbana.

El estado civil del encuestado con Burnout es casado y esto no concuerda con las investigaciones porque según los autores Felipe, Gonzales, Kornhauser. (2008) manifiestan que el poder contar con el apoyo de una familia es un factor protector del malestar laboral.

En el tipo de trabajo el médico con Burnout describe trabajar a tiempo completo, esto puede intervenir en la manifestación del síndrome ya que no cuenta con el suficiente tiempo como para dedicarse a pasar momentos de calidez afectiva con su familia y amigos o como para pasar periodos de sano esparcimiento como el deporte.

En el sector de trabajo el encuestado que presenta el síndrome indica trabajar en el sector público lo que quiere decir que esto puede intervenir en el desgaste profesional ya que si bien es cierto en el sector público se implantó una regularización para que los profesionales sanitarios trabajen ocho horas diarias, dando lugar a que estos estén más tiempo expuestos al estrés laboral y más propensos a padecer el síndrome de Burnout.

En la variable tipo de contrato podemos mencionar que el participante con Burnout tiene un tipo de contrato ocasional lo que puede generar una preocupación y a su vez estrés por la percepción de inestabilidad laboral a diferencia de los enfermeros que el mayor porcentaje 31%, tiene un contrato indefinido.

En el número de pacientes atendidos detalla trabajar con treinta diarios lo que es una cantidad considerable para que al final de la labor se sienta fatigado laboralmente. Haciendo una comparación deducimos que los médicos sin Burnout son lo que más atienden a pacientes 81%, una cantidad considerablemente mayor que los enfermeros sin Burnout 62%.

En el tipo de pacientes atendidos el médico con Burnout menciona trabajar solo con pacientes quirúrgicos lo que puede estar influenciado en el apareamiento del síndrome porque en una operación quirúrgica se necesita de mucha concentración por largo tiempo y esto puede generar cansancio emocional y estrés.

En los pacientes con riesgo de muerte los médicos tienen más alto porcentaje 56%, que los enfermeros 31%, lo que puede ser que por esta causa los médicos se encuentren bajo mayor presión.

En los recursos necesarios el médico con Burnout manifiesta recibir poco, lo que puede aumentar el estrés por no sentirse lo suficientemente apoyado por los directivos y por la falta de recursos que no le provee la institución. A diferencia de los enfermeros sin Burnout que mayoría dice tener totalmente los recursos necesarios 69%, para cumplir a cabalidad con las labores encomendadas.

En cuanto a los permisos el médico con Burnout describe que no los ha solicitado por ningún motivo, lo que indica que en cualquier necesidad sea familiar o personal el encuestado con Burnout se abstiene de pedir permisos. Estos permisos no los ha solicitado ni siquiera por capacitaciones esto puede ser debido a que el médico con Burnout describe tener un posgrado en salud pública lo cual puede tener cierta relación en el nivel de satisfacción con el trabajo que realiza donde dice sentirse bastante satisfecho.

La valoración de parte de los directivos y de sus colegas el médico con Burnout menciona que es poco, lo que concuerda con la investigación consultada en donde los autores Campuzano, Hernández (2009) en su obra El síndrome de burnout y su relación con el clima y la motivación laboral, describe que el aprecio que recibe una persona de parte de la organización hace que mejore el rendimiento del trabajador y esto puede intervenir en el surgimiento de insatisfacción, desvalorización y por ende de estrés. En comparación de los médicos sin Burnout 13% y de los enfermeros sin Burnout 31%, estos últimos mencionan sentirse más satisfechos con el apoyo que reciben de parte de los directivos y de sus colegas.

En cuanto a la satisfacción de la interacción con los pacientes el médico con Burnout menciona sentirse poco satisfecho lo que nos quiere decir que no tiene una relación cercana con sus pacientes y esto puede influir en la manifestación del estrés y concuerda con las investigaciones consultadas en donde los autores: Calvo, Díaz, (2004) en su obra Apoyo social percibido: características psicométricas en una población urbana geriátrica, describen que un clima de trabajo que sea cordial a través de la empatía y comprensión entre distintas personas, en este caso entre médico y

paciente facilita la adaptación al trabajo, así mismo es posible que reduzca las consecuencias experimentadas por el estrés y también puede ser eficaz para moderar los efectos del estrés ocupacional sobre la salud.

En la satisfacción con la economía manifiesta que se siente poco satisfecho, respuesta que puede generar una preocupación por lo económico ya que puede tener muchas necesidades materiales que no pueden ser alcanzadas debido a sus ingresos, pero esto no nos da una relación directa con la manifestación del síndrome de Burnout. Los enfermeros sin Burnout 38%, dicen sentirse menos satisfechos que los médicos sin Burnout 44%, esto puede ser debido a que los enfermeros ganan no más de mil dólares a diferencia de los médicos que reciben más que esta cantidad.

En la aplicación del cuestionario de MBI se identifica el nivel de Burnout en estos profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno. Con los resultados obtenidos se puede afirmar que un médico de los treinta participantes presenta el síndrome de Burnout ya que su puntaje en agotamiento emocional (sentirse exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo) es 3 que equivale a alto, su despersonalización (frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo) es 1 equivalente a baja y su realización personal (realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo) es 1 equivalente a baja y con esto se deduce que presenta dos de los tres aspectos del Burnout por lo tanto sufre de este síndrome.

Aquí se debe tomar en cuenta también que una de las 13 enfermeras presenta una puntuación en agotamiento emocional 2 equivalente a medio, despersonalización 3 equivalente a alta y realización personal 3 equivalente a alta, por lo que es probable que con el paso del tiempo llegue a presentar el síndrome si su agotamiento emocional aumenta.

Cabe mencionar que en los médicos sin Burnout alrededor del 50%, presentan agotamiento emocional entre medio y alto esto quiere decir que el agotamiento emocional es más mayor en médicos que en enfermeros de los cuales alrededor del 30% presenta agotamiento emocional medio.

En despersonalización podemos ver que los médicos sin Burnout presentan 94%, un porcentaje más alto que los enfermeros sin Burnout 84%.

En realización personal una mínima parte 8% de los enfermeros presentan una realización personal de nivel medio, mientras que la realización personal en los médicos sin burnout es alta 100%.

En el estudio del cuestionario de salud general se determina el estado actual de la salud mental de los profesionales sanitarios. Con los datos encontrados se puede decir que el médico con Burnout presenta síntomas somáticos (dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, etc.); ansiedad (nerviosismo, pánico, dificultades para dormir) y depresión (sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte); lo que puede ser que influya en el apareamiento del síndrome y concatena con las investigaciones realizadas en donde los autores María Santes, Sendy Meléndez, Nazarí Martínez, Iracema Ramos, María Preciado y Manuel Pando (2009), de la Universidad de Guadalajara- México, en su estudio realizado a 183 estudiantes de enfermería, con el objetivo de analizar la salud mental y la predisposición del síndrome de Burnout en estos estudiantes, encontraron que el 85% manifestaba perturbaciones del sueño y el 10% presentaba síntomas somáticos. El 42% presentó un alto agotamiento emocional, el 14% baja realización personal y el 16% despersonalización.

También indican que la salud general está relacionada con el síndrome de Burnout, así mismo manifiestan encontrar una asociación significativa entre despersonalización y los síntomas somáticos, alteraciones de la conducta y depresión, alteraciones del sueño con baja realización personal y agotamiento emocional.

Se puede establecer que la salud general de los profesionales sanitarios participantes es considerable ya que los síntomas somáticos en los médicos sin Burnout es de 12%, se puede ver que una cantidad es menor que en los enfermeros sin Burnout 23%.

En ansiedad los médicos sin Burnout presentan un porcentaje mayor 44%, que los enfermeros sin Burnout 38%.

En disfunción social (sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día) se aprecia que solo los enfermeros sin Burnout presentan una mínima parte 8%.

En depresión los enfermeros sin Burnout muestran una cantidad mayor 23%, que los médicos sin Burnout 6%.

A través del cuestionario de afrontamiento se conoce los modos de afrontamiento utilizados por el personal sanitario ante situaciones adversas, por lo cual se puede describir que el médico con Burnout presenta un nivel bajo en negación (rechazar la realidad de la situación fuente de estrés) con un porcentaje de 5,36%, apoyo emocional (buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía) con 5,36%, retirada de comportamiento (abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés) con 5,36%, desahogo (expresión o descarga de los sentimientos) con 5,36%, religión (aumento de participación en actividades religiosas en momentos de estrés) con 5,36% y culpa así mismo (criticarse o culparse a sí mismo por la situación estresante) con 5,36%; todos estos niveles de afrontamiento no son lo bastante altos como para ser lo adecuados, y su único nivel eficaz es la aceptación (tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real) con un porcentaje de 10,71% por ser el nivel más alto.

Los datos encontrados en afrontamiento influyen en la manifestación del síndrome de Burnout y tiene cierta relación con las investigaciones realizadas en donde los autores Lastenia Hernández, Encarnación Olmedo e Ignacio Ibáñez (2004) de la Universidad de la Laguna- España, estudiaron a 222 participantes de un personal sanitario con el propósito de establecer una relación entre el síndrome de Burnout y el afrontamiento. En este estudio llegan a la conclusión de que existe una cierta relación entre el síndrome de Burnout y el afrontamiento.

Cabe recalcar que las estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos investigados son relativamente mayores que en los enfermeros, por ejemplo en los médicos sin Burnout los niveles más altos y efectivos están en el afrontamiento activo (actividades o acciones realizadas por el individuo para reducir el estrés) con un porcentaje de 9,11% y en la planificación (pensar y analizar cómo hacer frente al estresor) con 9,35%.

En los enfermeros sin Burnout los índices más altos están en el afrontamiento activo con 9,05% y en el replanteamiento positivo (tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar) con 8,55%.

En cambio los índices más bajos e ineficaces en médicos sin Burnout son la negación con un porcentaje de 5,21% y el uso de sustancias (utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación) con 4,62%. Así mismo en los enfermeros sin Burnout los niveles más bajos están en negación con un porcentaje de 5,72% y en el uso de sustancias con 4,93%. Lo que nos da a entender que los estilos de afrontamiento son un componente protector en el surgimiento del síndrome.

En el cuestionario de apoyo social se identifica el apoyo procedente de las redes sociales y con los resultados se puede aseverar que los trabajadores de la salud tienen un apoyo social general mayor al 70% esto quiere decir que presentan buenas relaciones tanto con sus allegados como con sus familiares.

Así mismo en las investigaciones realizadas en donde los autores Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García y Tamara Pierart (2009) estudiaron a 98 participantes del personal de servicio de psiquiatría de un hospital público, con el objetivo de encontrar una relación entre el apoyo social y el síndrome de Burnout, llegando a la conclusión de que con la influencia del apoyo social es notable la disminución de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal sobre todo cuando proviene de superiores.

En el médico con Burnout la escala más baja se presenta en las redes sociales (contar con otras personas para comunicarse) equivalente a 75%, apoyo emocional (posibilidad de tener alguien que le brinde asesoramiento, información y consejo) equivalente a 80%, amor y cariño (demostraciones de amor, cariño y simpatía) equivalente a 80% y la más alta se presenta en el apoyo instrumental (contar con ayuda doméstica) equivalente a 85%.

En los médicos sin Burnout el porcentaje más bajo está en el apoyo instrumental con una equivalencia de 61% y la más alta está en el amor y cariño con 75%.

En los enfermeros sin Burnout la elevación más baja está en el apoyo instrumental con 79%, mientras que la elevación más alta está en el amor y cariño con 91%.

La percepción de apoyo social en general percibido por el personal sanitario de parte de sus compañeros y familiares tiene influencia en disminuir el apareamiento del

Burnout. En los médicos y enfermeros es imprescindible el apoyo social procedente de su red social ya que dicho apoyo es un factor protector del síndrome de Burnout.

En el cuestionario de personalidad se identifica los rasgos de personalidad los cuales pueden o no poseer Burnout. Con los resultados obtenidos se observa que el médico con Burnout presenta el nivel más alto en neuroticismo (ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos) con un porcentaje de 4,00 y el nivel más bajo o nulo en sinceridad (tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social) con un porcentaje de 0,00.

En los médicos sin Burnout el nivel más alto en extraversión (sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio) con un porcentaje de 2,75 y el nivel más bajo en psicoticismo (despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad) con 1,75.

Los enfermeros sin Burnout presentan un nivel alto en extraversión con un porcentaje de 4,46 y un nivel más bajo en sinceridad con 1,31.

Al relacionar estos resultados con las investigaciones realizadas en donde los autores Bernardo Moreno, José Gonzales y Eva Garroso (2001) estudiaron a 107 profesores de formación profesional de la capital de Madrid con el propósito de encontrar una relación entre el síndrome de Burnout y la personalidad, llegan a la conclusión de que existe cierta relación ya que la puntuación global de personalidad se asocia altamente con el síndrome de Burnout.

La puntuación alta de neuroticismo en el médico con Burnout también se complementan con las investigaciones consultadas en donde los autores Ortega, López (2004) en su obra El burnout o síndrome de estar quemado en profesionales sanitarios: revisión y perspectivas, al neuroticismo lo describen como una inestabilidad emocional, que las personas con este tipo de personalidad son vulnerables al estrés, perciben las situaciones como amenazantes y que las conductas de afrontamiento en estas personas no son eficaces.

La puntuación nula en sinceridad del médico con Burnout 0,00 nos da a entender que emite respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión. De igual manera en los enfermeros sin Burnout que obtuvieron el puntaje más bajo en sinceridad 1,3.

Con todos los resultados obtenidos en esta investigación se puede concluir que los profesionales sanitarios del Hospital Raúl Maldonado Mejía poseen una mínima parte el síndrome de Burnout, específicamente un médico de los 30 participantes sufre del síndrome. Esto quiere decir que la mayor parte del personal sanitario de dicho hospital se mantiene en un estado aparentemente normal, sin menospreciar los resultados obtenidos por cada uno de ellos en donde se mantenían entre un nivel bajo y medio de los cuestionarios aplicados.

Se puede asegurar que se cumplió con todos los objetivos propuestos pese haber realizado la mencionada investigación en un período en donde los galenos se mantenían en un estado de conmoción por la regularización de horarios propuesta por el gobierno nacional en donde los médicos debían trabajar las ocho horas diarias.

Todo esto afectó en el libre desenvolvimiento de la aplicación de cuestionarios y en la recolección de datos, ya que algunos de los profesionales sanitarios se negaban a colaborar, aun así se hizo lo posible por cumplir con todos los objetivos propuestos en la investigación.

7.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

1. Con la investigación realizada se pudo identificar el nivel de Burnout en los profesionales de la salud del hospital Raúl Maldonado Mejía en donde se conoció que los médicos presentan más agotamiento emocional que los enfermeros, esto puede ser debido a que los médicos tienen mayor responsabilidad, pasan más tiempo con los pacientes y por ende enfrentan el dolor físico y psicológico, el temor, la ansiedad, la enfermedad, la muerte, etc. En definitiva todo aquello que hace al ser humano sentirse débil, indefenso, deprimido y estresado.
2. Se determinó el estado de salud mental de los profesionales de la institución sanitaria a través de los resultados que dan a conocer que en el médico con Burnout sufre de síntomas somáticos, ansiedad y depresión, esto puede ser debido al estrés causado por el tipo de pacientes que atiende (quirúrgicos), ya que estos pacientes demandan de mucha concentración por largo tiempo y mayor responsabilidad.
3. En la investigación según los datos reflejados en los modos de afrontamiento utilizados por los profesionales de la salud ante situaciones adversas, se descubrió que los modos de afrontamiento manejados por los médicos sin Burnout tienen un mayor porcentaje que los enfermeros, esto nos da a entender que los médicos son los que más utilizan estrategias de afrontamiento, entre los cuales están el afrontamiento activo y la planificación.
4. Se identificó el apoyo social procedente de la red social y se revela que los enfermeros poseen más apoyo social que los médicos, esto logra explicar el por qué ninguno de los enfermeros posee el síndrome, puede ser debido a que el apoyo social es un protector y disminuye el apareamiento del síndrome de Burnout. El apoyo social que más reciben son: las relaciones sociales y el apoyo afectivo.

5. Se identificó los rasgos de personalidad de la institución sanitaria y los resultados obtenidos proyectan que los rasgos presentados por el médico con Burnout en sinceridad es nulo 0,00; esto nos da a entender que emite respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión.

7.2 RECOMENDACIONES:

1. En la institución sanitaria se debería implantar un horario más flexible, con periodos de descanso, para que los profesionales de la salud no se sientan fatigados emocionalmente al final de la jornada laboral.
2. Los directivos de la institución deberían estudiar a profundidad a los profesionales de la salud que presentan estos problemas para saber a ciencia cierta el estado de salud de estos profesionales ya que una buena salud mental es imprescindible para un buen desenvolvimiento en las labores cotidianas. Así mismo se debería contratar a más médicos cirujanos de manera que se puedan turnar para que las cirugías no se tornen tediosas.
3. Los profesionales de la salud de esta institución sanitaria deberían aplicar todos los modos de afrontamientos eficaces y necesarios para que puedan contrarrestar cualquier situación amenazante o estresora.
4. Los familiares y allegados de los profesionales de la salud deberían brindar todo el apoyo, ya que su profesión demanda de mucha responsabilidad por el hecho de que en sus manos está la vida de otras personas y el apoyo social que reciban será un factor protector ante el estrés laboral.
5. Los directivos de la institución deberían dar apertura y disponibilidad a los profesionales de la salud que sufran de algún trastorno y dar todas las facilidades para que tengan un tratamiento adecuado. También se deberían seguir haciendo más investigaciones en torno al tema para profundizar y saber una estadística a nivel nacional.

8.- BIBLIOGRAFÍA:

1.- LIBROS:

Barlow, David H. Durand V. Mark (2006) *Psicopatología, Un enfoque integral de la psicología anormal*. 4ta ed. 302-368. México. Thomson Ed.

Bordón, Ivana. Durán, Carlos. (2007) *Desencadenantes del estrés*. 12-110. Argentina. Paidós Ed.

Carlín, Maicon. Garcés, Enrique. (2010) *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. 169-180. España. Edit.um Ed.

Casas, Elisenda. Daniel, Monserrat. Espuny, Carolina. Fernández, Pilar. (2008) *Control de estrés*. 6-102. España. Asepeyo Ed.

Cloninger, Susan. (2003). *Teorías de la personalidad*. 3ª ed. 3-89. México. Pearson Educación Ed.

Gelles, Richard J. Levine Ann. (2000) *Sociología*. 6ta ed. 422-468 México. Mc Graw-Hill/ Interamericana Ed.

Habbad, Ivón. Ulrich, María (2007). *Salud mental y Psicoanálisis: una tensión irreductible*. 8-96 .Argentina. Paidós Ed.

Moreno- Jiménez, Bernardo. Gonzales, José. Garrosa, Eva. (2001) *Desgaste profesional (burnout) Personalidad y Salud Percibida*. 59-83. España. Pirámide Ed.

Moreno, Jiménez. Garrosa, Hernández. Gálvez, Herrer (2005). *Personalidad positiva y salud*. 59-76. Madrid. Alapsa Ed.

Morris, Charles. Maisto Albert. (2005). *Psicología*. 12ª ed. 450-483. México. Pearson Educación Ed.

Myers David G. (2006) *Psicología Social*. 8va ed. 145-194 México Mc Graw- Hill/ Interamericana Ed.

Newstrom John W. (2007) *Comportamiento Humano en el trabajo*. 20ª ed. 62-96. México Mc. Graw- Hill/ Interamericana Ed.

2.- REVISTAS WEB

Avendaño, Cecilia. Bustos, Patricia. Espinoza, Paula. García, Felipe, Pierart Tamara (2009) *Burnout y apoyo social en personal de servicio de psiquiatría de un hospital público*. Scielo. Vol. 15 nº 2 55-68. Concepción. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/cient/v15n2/art07.pdf (consulta 29-05-2012)

Calvo, Fernando. Díaz, María (2004) *Apoyo social percibido: características psicométricas en una población urbana geriátrica*. Psicothema. Vol. 16 nº 4 570-575. Madrid. Disponible en: www.psicothema.com (consulta: 26-05-2012)

Cano, Antonio. (2009) *El Estrés laboral*. SEAS. Vol. 15 nº 23 119-209. Sevilla. Disponible en: www.ucm.es/info/seas/estres_lab/el_estres.htm (consulta: 18-05-2012)

Hernández, Lastenia. Olmedo, Encarnación. Ibáñez, Ignacio. (2004) *Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento*. HJCHP. Vol. 4 nº 2 323-326. Laguna. Disponible en: www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf (consulta: 28-05-2012)

Hernández, Vargas. Juárez, García. Hernández, Arturo. Mendoza Elena, Ramírez Antonio (2005) *Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud del Distrito Federal*. REIMSS. Vol. 1 nº 3 125-132. Distrito Federal. Disponible en: www.mediagraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=71v8IDARTICULO=4528&IDPUBLICACION=528 (consulta: 30-05-2012)

Martínez, Anabella (2010) *El síndrome Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivataca. Vol.15. nº 112 88-112. La Rioja. Disponible en: www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf (consulta 24-05-2012)

Moreno, Jiménez. Garrosa, Hernández. Rodríguez, Carvajal. Morante, Benadero. (2005) *El burnout medico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes*. Rev Ansiedad y Estrés. Vol. 11 nº 1 87-100. Madrid. Disponible en: www.uam.es/gruposinv/esalud/articulos/personalidad/ansiedadystres-burnoutmedico.pdf(30-05-2012)

Nayarit, Barrasa Salas, Romero Paredes, Lores Padilla, Pérez Reyes, Romero Pérez (2009) *Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMMSS en Tepic*. Medigraphic. Vol. 1 nº 1 35-41. Juárez. www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2009/wax091f.pdf(29-05-2012)

Ortega, Ruiz. López, Ríos (2004) *El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. IJCHP. Vol. 4 nº 1 137-160. Almería. Disponible en: www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf (consulta: 23-05-2012)

Paredes, Olga. Sanabria, Pablo. (2008) *Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades medico quirúrgicas: su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales*. Scielo. Vol. 16 nº 1 116-135 Bogotá. Disponible en: www.scielo.unal.edu.co (consulta: 26-05-2012)

Romero, Ángel. (2009) *Burnout asistencial*. Iztacala. Vol. 12, nº 2 187-212. Distrito Federal. Disponible en: www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/principal.html (consulta: 21-05-2012)

Santes, María. Meléndez, Sandy. Martínez, Nazaría. Ramos, Iracema. Preciado, María. Pando, Manuel. (2009). *La salud mental y predisposición a síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería*. Rev. Chil. Salud Pública. Vol. 13 nº 1 23-29. Santiago. Disponible en: www.revistasaludpublica.uchile.cl/index.php (consulta: 28-05-2012)

Torres, Carmen (2004) *¿Estrés o Burnout?* ISIS. Vol. 10 nº 24 169-192. Santiago. Disponible en: www.isis.cl/temas/salud/agenda/agenda24.htm (consulta 23-05-2012)

3.- ARTICULO WEB

Moncada, Blanca. (2010, 28 de abril). *Aumentan trastornos causados por el estrés laboral*. El universo. Disponible en: www.eluniverso.com/2010/04/28/1/1384/aumentan-trastornos-causados-estres-laboral.html (consulta: 19-05-2012)

4.- PAGINAS WEB

Barraza, Arturo. Carrasco, Raymundo. Arreola, Martha. (2007) *Síndrome de burnout: un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango*. [En línea]. Durango. Disponible en: www.upd.edu.mx/librospub/inv/sinburnout.pdf (consulta: 26-05-2012)

Campuzano, Julio. Hernández, Anaid. (2010). *Síndrome de burnout y su relación con el clima y la motivación laboral en los trabajadores de Sinogas. S.A. de C.V planta tres Marías*. [En línea]. Guadalajara www.factorpsicosociales.com/tercerforo/posters/c09.pdf (consulta: 29-05-2012)

Felipe, Luis. Gonzales, Sahili. Kornhauser Sharon. (2012). *Variables que influyen en el burnout del docente*. [En línea]. Buenos Aires. Disponible en: www.estres.edusanluis.com.ar/2012/01/variables-que-influye-en-el-burnout.html (consulta: 25-05-2012)

Rivera, Jaime. (2007). *Estrés laboral*. [En línea]. Distrito Federal. Disponible en: www.comexan.com.mx/boletin/abr-may-jun-07/6.pdf (consulta: 18-05-2012)

Vera, María. (2005). *La teoría de afrontamiento del estrés de Lázarus y los moldes cognitivos*. [En línea]. Laguna. Disponible en: www.moldesmentales.com/otros/mar.htm (consulta: 25-05-2012)

5.- TESIS WEB:

Montes, Julián. (2008) *Antecedentes históricos del estrés*. (Tesis de maestría, UNIVO). Disponible en: www.univo.edu.sv:8081/tesis/007573/007573_Cap2.pdf (consulta: 18-05-2012)

9. ANEXOS:

1.- Certificación del director de la institución de salud

2.- Instrumentos vacíos



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

Loja, 28 de abril de 2012
OF-PSC-072

Señor (a)
Director(a) de la Institución de Salud
En su despacho.-

MOSP. Raul Maldonado M.	
Recepción de comunicaciones	
Fecha:	28 de abril
Horas:	10:37
A:	
Trámite No.:	708

De mi consideración:

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de su carrera de Psicología ha desarrollado desde 1998, varias líneas de investigación en el ámbito psicológico, en cooperación interinstitucional con diferentes Universidades Nacionales e Internacionales; con el fin de aportar al proceso de investigación y desarrollo del país.

Es importante en el momento actual, promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida, política que también es prioridad del actual gobierno del Ecuador, por ello, participo que en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional, se lleva a cabo el proyecto de investigación: "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador".

Concedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr.(a) **Director** (a) se autorice a Tarvez, Eneas Samilton Marcelo egresado (a) de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para realizar la recolección de información dirigida a 30 funcionarios (15 médicos y 15 enfermeras) de la salud de la Institución que usted tan acertadamente dirige.

Es importante indicar que los datos recogidos serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, salvaguardando la identidad de los profesionales e instituciones participantes. Una vez obtenidos los resultados se entregará el respectivo informe a cada evaluado, certificado por psicólogos de esta institución calificados.

Seguro de contar con la favorable atención al presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Mg. Silvia Vaca Gallegos
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



Sra. María Rios favor contactar con autorización y solicitar colaboración de los funcionarios de la Institución
08-06-2012
[Handwritten signature]



Ministerio de Salud Pública

Área de Salud N° 12 Cayambe – Hospital Raúl Maldonado Mejía

Oficio N° 246 HRMMC
Cayambe, 08 de junio de 2012

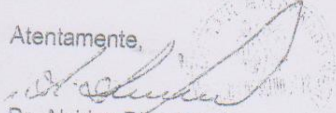
Magister
Silvia Vaca Gallegos
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Quito

De mi consideración:

Reciba un atento y cordial saludo de todos quienes conformamos el Hospital Raúl Maldonado Mejía de Cayambe.

En atención al Oficio PSC-072 de fecha 28 de abril de 2012 y recibida en ésta Casa de Salud el 08 de junio del presente año, comunico a usted, que en relación a su solicitud, cuentan con la autorización respectiva para que el estudiante TAQUEZ EGAS JAMILTÓN MARCELO, pueda realizar la recolección de información dirigida a 30 funcionarios (15 médicos y 15 enfermeras) de ésta Casa de Salud.

Atentamente,



Dr. Alcides Ribadeneira
DIRECTOR

Dirección: Rocafuerte y Córdova Galarza Teléfono: 2360-072 / 2364-502 Fax: 2363-226
Email: cshara12@dosp.gov.ec

ANEXO Nro. 2


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

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

Datos Personales

 Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

 La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

 Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

 Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

 Vive solo Vive con otras personas

 Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

 No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

 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 _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo
 Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes Martes Miércoles
 Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 3

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

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

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

<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

Anexo 2.4.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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