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 del IESS "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca, provincia del Azuay. Mayo- diciembre 2012."

Trabajo de fin de titulación

AUTORA:

Vintimilla Muñoz, Paola Cristina

.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Jiménez Gaona, Marco Antonio, Lcdo.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2012

CERTIFICACIÓN

Lcdo. Marco Antonio Jiménez Gaona.

TUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

CERIFICA:

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

f)_____

CI: 1104414014

Loja, _____ de _____del 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo Paola Cristina Vintimilla Muñoz declaro ser autora del presente trabajo de fin de titulación 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”

f)_____

AUTORA: Paola Vintimilla Muñoz

CI: 1707471965

.

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de titulación, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

_____

AUTOR: Paola Vintimilla Muñoz.

CI: 1707471965

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar quiero agradecer a mi mamá, Ana Muñoz Vega, quien con mucho esfuerzo y cariño hizo posible que yo pudiera realizar mis estudios universitarios.

También agradezco a mi esposo Jorge y a mis 3 hijos: Ana Cristina, María Paula y Jorge Luis por el apoyo y la paciencia que me han tenido durante estos 6 años.

Mi sincero agradecimiento a la Universidad Técnica Particular de Loja por dar la oportunidad de poder estudiar una carrera profesional a un grupo de personas con características distintas a las habituales, y que por ser trabajadores, padres o esposos no pudimos hacerlo en el momento que se suponía que debíamos.

A todos los docentes de la universidad que estuvieron ayudándonos en el momento en que más los necesitábamos, especialmente a Julio Alvarado y a Marco Jiménez.

¡GRACIAS DE TODO CORAZÓN, SIN USTEDES NO HUBIERA PODIDO CUMPLIR CON MIS OBJETIVOS Y METAS TRAZADAS!

DEDICATORIA

"Toda la gloria proviene

de atreverse a comenzar."

(Eugene F. Ware)

Este trabajo final de tesis de grado se lo dedico a todas las personas que por su situación piensan que ya es tarde para estudiar, esta es una muestra de que si queremos, todas las metas que nos pongamos en la vida las podemos lograr, lo único que necesitamos es mucha disciplina, optimismo y dedicación.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA……. i
CERTIFICACIÓN……...…….……..... ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS…… iii
AUTORÍA……. …….iv
DEDICATORIA…….. v
AGRADECIMIENTOS……..vi
INDICE……...vii
1 RESUMEN…..……..……..…..…1
2 INTRODUCCIÓN…...……..……...….2
3 MARCO TEÓRICO…..……..…….....4
CAPITULO 1 Conceptualización del Estrés…….……...……...… 4
1.1 Antecedentes del estrés…….….…...4
1.2 Desencadenantes del estrés……....….6
1.3 Tipos de estresores……...……..7
1.4 Estrés laboral…….……..……..…..12
1.5 Moduladores del estrés…….……..…..……13
1.6 Consecuencias del estrés…….……17
1.7 Medidas preventivas y control de estrés……..……..20
CAPÏTULO 2 Conceptualización del burnout……..……..24
2.1 Definiciones de burnout…….……..….24
2.2 Delimitación histórica del síndrome de burnout…….……..….24
2.3 Poblaciones propensas al burnout…….……26
2.4 Fases y desarrollo del Síndrome de burnout…….27
2.5 Características, causas y consecuencias del síndrome de burnout…….….30
2.6 Modelos explicativos del burnout…….……...35
2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout…….…….38
CAPITULO 3. Conceptualización de las variables de la investigación……..…40
3.1 Burnout y la relación con las variables de investigación…….……40
3.1.1 Variables de riesgo y protectoras…….…….41
3.1.2 Motivación y satisfacción laboral……...……42
3.1.3 Investigaciones realizadas……...……42
3.2 Burnout y la relación con la salud mental…….…...…….43
3.2.1 Definiciones de salud mental……...……..…...…….43

3.2.2 Salud mental y estrés……...……...44
3.2.3 Síntomas somáticos……..……..…45
3.2.4 Ansiedad e insomnio……...46
3.2.5 Disfunción social en la actividad diaria……...……..……47
3.2.6 Tipos de depresión……...……47
3.2.7 Investigaciones realizadas…….……49
3.3 El burnout y el afrontamiento……..…….……51
3.3.1 Definición de afrontamiento……...……51
3.3.2 Teorías del afrontamiento……...……...……52
3.3.3 Estrategias de afrontamiento…….……...53
3.3.4 Investigaciones realizadas……..54
3.4 El burnout y la relación con el apoyo social……..…56
3.4.1 Definición de apoyo social……...……...57
3.4.2 Modelos explicativos del apoyo social……..58
3.4.3 Apoyo social percibido……59
3.4.4 Apoyo social estructural……...…….…...59
3.4.5 Investigaciones realizadas……..60
3.5 El burnout y la relación con la personalidad……..62
3.5.1 Definición de la personalidad……...……..62
3.5.2 Tipos de personalidad.……..…….…....63
3.5.3 Patrones de conducta y personalidad……...……..…65
3.5.4 Locus de control……..……66
3.5.5 Investigaciones realizadas…….……67
4 METODOLOGÏA……..69
4.1 Diseño de la muestra……...……..……...69
4.2 Población…...……...……..70
4.3 Instrumentos……...……70
4.4 Recolección de datos……..……..…74
5 RESULTADOS OBTENIDOS…….……...75
6 DISCUSIÓN DE RESULTADOS…….……122
7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES……...……125
8 BIBLIOGRAFIA……..……128
9 ANEXOS……. ……..……132

1.- RESUMEN

Este trabajo de fin de carrera forma parte del programa de investigación nacional titulado "Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador", el mismo fue propuesto por el Departamento de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, y realizado en el Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca.

Esta investigación tiene como características ser cuantitativa, no experimental, transeccional, exploratoria y descriptiva.

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron los siguientes Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, cuestionario MBI, cuestionario de Salud Mental de GHQ-28, cuestionario Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario MOS de Apoyo Social, y el cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Luego de realizar el análisis estadístico de los instrumentos, se obtuvo como resultado que el 9.7% de los profesionales de la salud que laboran en el en el hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca presentan síndrome de Burnout, lo que es preocupante.

2.- INTRODUCCIÓN

En las tres últimas décadas se ha ido dando mayor importancia al tema del cansancio laboral y las consecuencias que este tiene para la persona que lo padece y para la organización en la que labora, por lo que han sido numerosas las investigaciones realizadas acerca del síndrome de burnout.

Kahill, (1988) define al burnout como el síndrome por distrés interpersonal crónico en el ejercicio laboral, caracterizado por sentimientos de autoeficacia reducida, desánimo, despersonalización y fatiga, debido a situaciones crónicas de demandas vividas y excesivas en el ámbito laboral.

Un estudio realizado en enfermeras, médicos y personal de laboratorio en Chile en el 2002, dio como resultado que un 31% presentaban el síndrome de Burnout, un 38% de probabilidades de padecerlo y un 31% sin Burnout, con un mayor porcentaje entre las enfermeras.

Otra investigación realizada en Nicaragua por: María Brunilda Aragón Paredes, Dina Izayana Morazán Pereira y Rene Pérez Montiel acerca del Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León, en el 2007, dio como resultado que un 28% del personal de enfermería y un 14% de los médicos padecen el síndrome de Burnout, es decir un 72% del personal de enfermería y el 86% de los médicos no presentan este síndrome.

Las personas más propensas a desarrollar el síndrome son aquellas que cumplen con un trabajo mediante el cual mantienen un contacto directo con las personas como es el caso de docentes, médicos, enfermeras, psicólogos, debido a que se ven involucrados afectivamente con sus pacientes, viven de cerca la evolución de sus problemas y patologías las cuales en muchas ocasiones termina con la muerte del individuo.

Con todo lo antes expuesto la Universidad Técnica Particular de Loja decidió realizar una investigación nacional acerca del tema, cuya metodología es de carácter cuantitativo, no experimental, transeccional, exploratorio y descriptivo, con el objetivo de determinar si el síndrome de Burnout está presente en el personal médico de las casas de salud de nuestro país; incentivando a que los estudiantes de Psicología realicen dicha investigación como trabajo previo a obtener el título de Licenciado en Psicología.

Cada estudiante participante debía realizar la investigación en la ciudad en la que reside, por lo tanto el presente estudio se realizó en Cuenca en el Hospital de IESS José Carrasco Arteaga. Este hospital cuenta con 127 enfermeras de planta y 90 médicos tratantes, siendo un total de 217 profesionales de la salud; se tomó una muestra con 31 participantes, la misma que corresponde al 14.28% del total de trabajadores, entre ellos estuvieron 18 enfermeras y 13 médicos. (8 varones y 23 mujeres)

Los instrumentos utilizados para la investigación fueron los siguientes: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, cuestionario MBI, cuestionario de Salud Mental de GHQ-28, cuestionario Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario MOS de Apoyo Social, y el cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Luego de realizar el análisis estadístico de los instrumentos, se obtuvo como resultado que en el hospital del IESS “HJCA” el 9.7% de los profesionales de la salud presentan síndrome de burnout, lo que es preocupante ya que es una cifra elevada.

3.- MARCO TEORICO

CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS.

1.1 Antecedentes del estrés.

Claude Bernard, (1867), sugirió que los cambios externos en el ambiente pueden perturbar el organismo y que una de las principales características de los seres vivos reside en su poder de mantener la estabilidad de su medio ambiente interno aunque se modifiquen las condiciones del medio externo.

Cannon, (1929) lo definió como una reacción de lucha o huída ante situaciones amenazantes, postulando que su biología dependía de la estimulación del sistema simpático-adrenal.

Selye, (1936) mientras hacía prácticas médicas observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, independientemente de la enfermedad que padecieran, presentaban síntomas comunes: cansancio, pérdida del apetito, bajada de peso y astenia, por lo que llamó a este conjunto de síntomas el síndrome de estar enfermo, años más tarde en 1950 publicó la que sería su investigación más famosa: “Estrés. Un estudio sobre la ansiedad” en la que planteó que la respuesta al estrés no era específica y propuso hablar de un síndrome general de adaptación.

Mason (1968), agregó un aporte importante al decir que el estresor debe ser inédito y para que el mismo produzca una respuesta debe haber sido previamente evaluado cognitivamente por el individuo. Es decir que no influye tanto el estresor en sí mismo, sino la evaluación cognitiva que se realice de esa situación de amenaza.

Mc. Grath (1970) lo definió como “el desequilibrio sustancial percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo, bajo condiciones en las que el fracaso ante dicha demanda posee importantes consecuencias”.

Selye, (1974), agregó dos conceptos diferentes a tener en cuenta: el estrés, para designar al sistema de respuesta normal con el cual convivimos (conductas y afrontamiento de situaciones cotidianas) y el distrés como el sistema de respuesta disfuncional, anormal o patológica.

En la actualidad existen innumerables conceptos del estrés, por ejemplo la OMS (Organización Mundial de la Salud) en 1978 define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara al organismo para la acción, filogenéticamente, el estrés es un recurso que nos mantiene alerta ante los cambios del ambiente que pueden suponer un peligro para el individuo o el colectivo, anticipando las necesidades y los recursos necesarios para afrontarlos.

Bohus, (1994) en cuanto al estrés aportó diciendo que influyen de manera determinante las características y la duración del estímulo por un lado y por el otro las estrategias de afrontamiento que posea el individuo, según sus recursos psicobiológicos.

Burgos, (2006) Las personas hacen uso de diversos mecanismos para hacer frente al estrés; estos mecanismos podrían ser negativos como la evasión del problema, idealización de situaciones, aislamiento social, autocrítica excesiva, entre otras cosas, o podrían ser mecanismos positivos como el afrontamiento del problema, comunicación y manifestación de emociones.

Melgosa, (2006) Dice que el estrés no siempre es negativo, cuando el estrés es moderado, el rendimiento aumenta hasta alcanzar los niveles más altos, finalmente, si el estrés es muy intenso y prolongado el rendimiento disminuye.

Según Tania Molina, Ana Gutiérrez, Lizette Hernandez, y Carlos Contreras (2008) Las definiciones contemporáneas de estrés distan de ser satisfactorias, pero se reconoce que el término implica una amenaza ante la cual el organismo requiere de ajustes adaptativos

que le permitan mantener la homeostasis y asegurar la supervivencia con base en su experiencia, su predisposición biológica y el estado en el que se encuentre el organismo.

De acuerdo con Angela Morrow (2011) El estrés es la reacción del cuerpo a un cambio que requiere un ajuste físico, mental o emocional. El estrés puede provenir de cualquier situación o pensamiento que lo haga sentir a uno frustrado, nervioso, enojado, o ansioso. El estrés es causado por una tensión existente que causa "factor de estrés."

En síntesis, de acuerdo con lo antes expuesto el estrés sería la reacción neuropsicofisiológica que tiene un individuo cuando percibe estímulos que pueden afectarlo de alguna manera.

1.2 Desencadenantes del estrés.

De acuerdo con Orlandini (1999) En el libro El estrés: que es y cómo evitarlo se denominan estresores a los "estímulos que provocan la respuesta biológica y psicológica tanto del estrés normal como de los desarreglos que llegan a convertirse en enfermedad".

Según las autoras del "Programa Asepeyo de control del estrés" Elisenda Casas Cáncer, Montserrat Daniel Solsona, Carolina Espuny Caballero y Pilar Fernández Marín, (2009) Cualquier aspecto de nuestra vida personal o del funcionamiento de la organización del trabajo que pueda ocasionar conductas negativas o indeseables se correspondería con un estresor.

Según Selye (1950) un estresor es un generador de estrés que a su vez provoca el llamado "Síndrome General de Adaptación", por el que nuestro cuerpo responde a las emergencias vitales con todo los recursos fisiológicos a su alcance. Los estresores constituyen por tanto un conjunto de situaciones físicas y/o psicosociales de carácter estimular que se dan tanto en la vida en general como en el trabajo en particular y que con frecuencia producen tensión y otros resultados desagradables para la persona. Son elementos que se repiten, de carácter sensorial o intrapsíquico, es decir, pueden provenir

tanto del mundo exterior como interior, ante los cuales las personas suelen experimentar estrés y anticipar consecuencias negativas.

Según Filippis (2008) en el libro “Desafío de bienestar viviendo más allá del stress” considera a los estresores, como un hecho, una situación, una persona o un objeto, como mínimo; estos son variables de persona a persona y también en la misma persona en diferentes épocas. Los efectos de los estresores se suman y se acumulan, de no modificarse perduran en la vida, hasta que obtengan su respuesta.

De acuerdo con las definiciones anteriores se puede concluir que un desencadenante del estrés puede ser cualquier evento que al ser percibido negativamente por un individuo va a tener un efecto psicofisiológico desagradable en él, el grado de afectación dependerá de aspectos personales como: la valoración que la persona hace de la situación, la vulnerabilidad de la persona al mismo y sus características individuales y los recursos de afrontamiento disponibles a nivel individual, grupal u organizacional.

1.3 Tipos de estresores

Un estresor puede ser cualquier tipo de estímulo que al ser percibido negativamente por un individuo puede afectar su normalidad, entre ellos podemos mencionar:

1.3.1 Factores medioambientales

De acuerdo con el profesor Thomas Holmes y su colaborador el doctor Richard Rahe, (1967) los factores estresores ambientales son aquellos factores productores del estrés que pueden ser estímulos físicos y que se encuentran en el ambiente de la organización que no tienen que ver directamente con el logro de los objetivos de la tarea pero que si influyen en el resultado de esta como iluminación, temperatura, distribución del contexto laboral.

Baum, Singer & Baum (1982) consideran que el estrés es un proceso mediante el cual los eventos ambientales o fuerzas, llamadas estresores, amenazan la existencia de un organismo y su bienestar, a través del cual el organismo responde a la amenaza.

Según Filippis (2008) los climas demasiados fríos o calientes pueden resultar ser estresantes, también la altitud de una cuidad, al igual que la contaminación por toxinas o venenos, como el tabaco y el smok funcionan como poderosos estresores.

En síntesis las investigaciones anteriores concuerdan con que los factores medioambientales como luz, temperatura, espacio físico, etc. no afectan al individuo al momento de realizar la tarea, pero que pueden influir en el resultado final, estos factores pueden ser perjudiciales a largo plazo. La reacción de estrés, que conlleva generalmente síntomas como miedo, ansiedad o enojo, es solamente una parte de los mecanismos más complejos que se presentan en la percepción de la amenaza, afrontamiento y adaptación.

1.3.2 Factores hormonales.

De acuerdo con Everly, (1989), actualmente existe evidencia suficiente de que mecanismos neurales y endocrinos están implicados en la respuesta de estrés. Este autor distinguió tres ejes diferentes de actuación en la respuesta de estrés; el eje neural, endocrino y neuroendocrino. El primero se activaría de forma inmediata a través del sistema nervioso autónomo (elevación del ritmo cardíaco, aumento de la respiración, sudoración etc.) a través de su rama simpática y del sistema somático, encargado de regular la tensión muscular. Esta activación no suele provocar trastornos psicofisiológicos.

Continuando con lo que dice Everly, el eje neuroendocrino es más lento en su activación y necesita unas condiciones de estrés más mantenidas e implica su disparo la activación de las glándulas suprarrenales. El sistema cardiovascular es el más afectado. Este eje está relacionado con la puesta en marcha de conductas motoras de afrontamiento y el que se active o no dependerá de como la persona perciba la situación (evaluación primaria) y de su capacidad para hacerle frente (evaluación secundaria). Si el sujeto percibiera la situación como inevitable, se activaría el siguiente eje, el eje endocrino. Este es más

lento, sus efectos son más duraderos y necesita de una situación de estrés más mantenida. Sus efectos están relacionados con la indefensión, pasividad, y depresión ya que uno de los órganos aquí activados es el cerebro, siendo su efecto mucho más generalizado. Las principales hormonas implicadas en el eje endocrino son el ACTH, las hormonas del crecimiento, los opiáceos endógenos y las hormonas tiroideas.

Según la revista Argentinawarez (2012) Cuando el cuerpo se ve sometido a un estrés físico o psicológico, aumenta la producción de ciertas hormonas como la adrenalina y la hidrocortisona. Estas hormonas provocan cambios significativos en las pulsaciones, la tensión sanguínea, el metabolismo y la actividad física. Aunque esta reacción estimula un funcionamiento más eficaz durante lapsos breves, a largo plazo puede ser extremadamente perjudicial.

Según Filippis (2008) en los factores hormonales se incluyen los siguientes períodos biológicos:

- **Pubertad:** los grandes cambios hormonales de la pubertad son severas causas de estrés.
- **Síndrome premenstrual:** una vez al mes, antes de la menstruación, los niveles de hormonas femeninas disminuyen abruptamente, esto es suficiente para causar un episodio de sobreestrés.
- **Postparto:** después del embarazo las hormonas cambian drásticamente y la ausencia de hormonas podrá causar un episodio de sobreestrés.
- **Menopausia:** el declive de hormonas durante la menopausia es leve y constante, este declive menopáusico es suficiente para causar sobreestrés en muchas mujeres.

Resumiendo lo investigado el cerebro produce hormonas que juegan un papel importante en el desarrollo de los seres humanos, sobre todo en períodos críticos como pubertad, etapa premenstrual, post-parto, menopausia, pueden provocar síntomas perjudiciales para las personas, provocando estrés, el mismo que puede llegar a trastornos como la depresión, bipolaridad, psicosis post parto, etc.

1.3.3 Estrés alérgico.

De acuerdo con Filipps (2008), las reacciones alérgicas son parte natural del mecanismo de defensa del cuerpo. Cuando el cuerpo se encuentra con una sustancia que considere peligrosa trata por todos los medios de librarse de ella; la alergia es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que considera peligroso.

Fernando López Malpica, (2007) en su artículo titulado: Las alergias y el estrés: desbalance inmunológico. Explica que aunque los signos de estrés más comunes son la depresión, la ansiedad y el coraje, el estrés (sin ser la causa primordial de las alergias) es capaz de empeorar o producir síntomas alérgicos en algunas personas. Así como la presión arterial, la diabetes, las insuficiencias cardiacas, la úlcera del estómago, el estreñimiento y la colitis, entre otras condiciones, se empeoran al presentarse situaciones amenazantes, las enfermedades alérgicas, de igual forma, pueden verse muy afectadas por el estrés crónico.

El estrés crónico, que incluye el estrés psicológico/emocional, afecta de manera especial el sistema inmune. Recientemente, algunos estudios científicos han identificado las relaciones complejas que existen entre el sistema neurológico, el sistema hormonal y la respuesta inmune. El sistema nervioso central, específicamente el cerebro, continuamente está percibiendo estímulos, tanto externos como internos, que procesa en el hipotálamo. Esta región del cerebro controla la producción y la secreción de hormonas como el cortisol y de estimulantes como la epinefrina (también conocida como adrenalina). A su vez, estas hormonas tienen la capacidad de influir directamente en la respuesta inmune. A todo este complejo se le conoce como el sistema hipotálamo-pituitario-adrenal.

Siguiendo a Selye (1976) podemos identificar los siguientes tipos de estresores:

- **Biogénicos:** situaciones que pasan a ser estresores por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos que automáticamente disparan la respuesta del estrés.

- **Psicosociales:** provienen de las relaciones con los demás, generan estrés por el significado social que tienen para el individuo. Ejemplo: dar una conferencia.
- **Vitales:** son acontecimientos decisivos en la vida del individuo presentes en el ámbito laboral, familiar. Psicológico y social.

Según Everly (1989) podemos encontrar dos tipos principales de sucesos estresores:

- **Psicosociales:** son situaciones sociales que en sí mismas no tienen porqué ser peligrosas, pero a las que el sujeto asigna un valor potencialmente dañino para él. Por ejemplo: una reunión de trabajo, en la que la persona anticipa consecuencias negativas.
- **Biogénicos:** en este caso nos referimos a aquellas situaciones que son susceptibles de producir estrés, independientemente de la interpretación cognitiva que se haga de ellas. Este tipo de estímulos estresores se caracterizan por su capacidad de generar automáticamente ciertas modificaciones químicas en el organismo. Por ejemplo: temperaturas extremas, la ingesta de café o té, ruido intenso...

De acuerdo con Lazarus y Folkman (1984), para quienes el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y el entorno (que es evaluado por el individuo como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar), se ha tendido a clasificarlos por el tipo de cambios que producen en las condiciones de vida. Conviene hablar, entonces, de cuatro tipos de acontecimientos estresantes:

- **Los estresores únicos:** hacen referencia a cataclismos y cambios dramáticos en las condiciones en el entorno de vida de las personas, y que habitualmente afectan a un gran número de ellas.
- **Los estresores múltiples:** afectan sólo a una persona o a un pequeño grupo de ellas, y se corresponden con cambios significativos y de trascendencia vital para las personas.

- **Los estresores cotidianos:** se refieren al cúmulo de molestias, imprevistos y alteraciones en las pequeñas rutinas cotidianas.
- **Los estresores biogénicos:** son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica y, también, pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro.

Según la Dra. Virginia Viguera, (2001), directora de la revista tiempos, en su Curso Virtual "**Educación para el envejecimiento"** manifiesta que los estresores pueden ser:

- **Internos:** se los puede definir como aquellos estresores que son propios de las características personales del individuo, como por ejemplo si es introvertido, extrovertido, estructurado, etc.
- **Externos:** Se lo pueden definir como aquellos estresores que son ajenos a las características personales del individuo, como por ejemplo sobrecarga en el trabajo, ambigüedad en el rol, etc.

Según lo expuesto anteriormente existe gran variedad de estresores, cualquier tipo de estímulo puede llegar a convertirse en un estresor, pero depende de los factores personales de cada individuo para establecer el grado en que le puede afectar un evento estresante.

1.4 Estrés laboral.

La Organización Internacional del Trabajo (1992) se refiere al estrés laboral como una: "Enfermedad peligrosa para las economías industrializadoras y en vías de desarrollo; perjudicando a la producción, al afectar la salud física y mental de los trabajadores".

Según Banchs, González & Morera (1997) 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, (2002) señala que "hablamos de estrés cuando se produce una discrepancia entre las demandas del ambiente, y los recursos de la persona para hacerles frente". El estrés es una respuesta adaptativa por parte del individuo, que en un primer momento nos ayuda a responder más rápida y eficazmente a situaciones que lo requieren.

Peiró, (1992). El estrés laboral desencadena cambios en: la percepción, las respuestas emocionales y afectivas, la apreciación primaria y secundaria, las respuestas de afrontamiento.

Según el Dr. Jaime Rivera Flores (2007) el estrés ha sido identificado como uno de los riesgos emergentes más importantes en el panorama laboral actual y como uno de los principales retos para la seguridad y la salud a que se enfrentan las organizaciones.

El estrés laboral ha sido definido por el Dr. Flores (2007) como un conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento, ante situaciones nocivas del contenido, organización o entorno de trabajo; caracterizado por altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder hacer frente a la situación.

Las investigaciones demuestran que los trabajadores que tienen una mayor predisposición de padecer estrés laboral son aquellos que trabajan directamente con las personas, entre ellos están: personal médico, docentes, policías y psicólogos. La personalidad de cada individuo, sobre todo las personalidades de tipo “A”, la forma de afrontar los problemas y la percepción del apoyo social también aporta para que una persona se vea más afectada que otra.

1.5 Moduladores del estrés.

Los llamados moduladores del estrés resultan ser una serie de ayudas paliativas para la persona que se encuentra afectada por las desagradables consecuencias del estrés. No constituyen recursos de reducción o afrontamiento directo de los temidos efectos del mismo, tan sólo se caracterizan por modular los efectos de una respuesta fisiológica o

emocional, una vez que ésta ya se ha producido, evitando, de esta manera, que el exceso de activación pueda llegar a generar algún tipo de problema psicofisiológico. En general, tienen la función de relajar las tensiones tanto físicas como emocionales.

Entre los moduladores más mencionados tenemos:

1.5.1 Apoyo social

Según las autoras del "Programa Asepeyo de control del estrés" Elisenda Casas Cáncer, Montserrat Daniel Solsona, Carolina Espuny Caballero y Pilar Fernández Marín, (2009) el apoyo social constituye uno de los más poderosos moduladores antiestrés que existen, pocas cosas relajan más y producen más placer que una buena charla amistosa tras un día "infernal", la sensación de compresión y de apoyo que recibimos de nuestro grupo de iguales no es comparable a ninguna otra. En este concepto hay que hacer especial énfasis en que lo fundamental a nivel personal, una vez más, no es el apoyo social recibido, si no el percibido por el sujeto.

House (1981). Utiliza otro marco de referencia para el estudio del apoyo social y lo relaciona con el estrés laboral en particular, después de que Inicialmente el apoyo social fue estudiado como un concepto unitario. El interés por este tema proviene del hecho de que el apoyo social reduce el estrés, mejora la salud y amortigua o modera el impacto del estrés laboral.

A la hora de definir el concepto de apoyo social no existe un consenso generalizado sobre los componentes precisos del término. Se presentan diversas definiciones que los investigadores han dado del apoyo social:

- "El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas".

- “La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas”.
- “Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia”.
- “La 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”.

En resumen el apoyo social percibido modula positivamente nuestras respuestas ante el estrés, es importante para los seres humanos sentirnos queridos, aceptados y que contamos con apoyo en los momentos más críticos de nuestras vidas, de hecho somos seres innatamente sociables, por lo tanto para poder desarrollarnos como personas es indispensable tener con quienes contar.

1.5.2 Situaciones de carácter positivo que acontecen en la vida diaria.

Según Kanner (1981) y Buceta y Bueno (1995) las situaciones de carácter positivo que acontecen en la vida diaria, pueden de alguna manera modular o contrarrestar los numerosos efectos perniciosos que potencialmente puede desencadenar el estrés en el organismo, sobre todo si la persona es vulnerable y susceptible de enfermar ante las respuestas de estrés. El tipo de situaciones positivas al que nos estamos refiriendo son aquellas que sin cambiar de forma radical la orientación de nuestra vida, sí que contribuyen decididamente a mejorar su calidad de forma ostensible. Se trata de disfrutar del placer del amor o de la amistad, o de aficiones placenteras que nos alegran el alma, o de poder descansar cuando sentimos que lo necesitamos, y por supuesto de oír buenas noticias de esas que todos deseamos. Parece que aunque según Buceta y Bueno (1995) los efectos paliativos de estas situaciones todavía están sin verificar científicamente, todo apunta a que realmente evitan a largo plazo los efectos perniciosos del estrés sobre el

organismo, sobre todo si atendemos al modelo transaccional y multifactorial propugnado inicialmente por Lazarus y Folkman (1986).

Lazarus y Folkman (1986) En su modelo transaccional nos presenta un concepto dinámico referido a la interacción bidireccional entre la persona y su entorno. El estrés sería la interacción entre estímulo o situación amenazante y la forma como el organismo evalúa la situación y sus propios recursos para hacerle frente.

Los cuatro elementos que el modelo considera relevantes al tema del estrés son:

- **Estímulos:** los diferentes tipos de situaciones y acontecimientos (vitales, cotidianos, físicos, psicológicos, sociales, etc.)
- **Respuestas:** fisiológicas, subjetivo-cognitivas y comportamentales entendidas como formas de afrontamiento adecuado/inadecuado ante el estímulo.
- **Mediadores:** evaluación cognitiva del estímulo como amenazante/no amenazante y de las respuestas de afrontamiento como suficientes/insuficientes.
- **Moduladores:** factores biológicos, psicológicos y sociales que potencian o amortiguan las respuestas.

Labrador, (1993) indica que las situaciones de carácter positivo se refieren a situaciones que acontecen en la vida diaria que son de fácil acceso y que por razones de tiempo, sobrecargas, etc. no nos permitimos disfrutar. Nos referimos a actividades de ocio y tiempo libre tan sencillas como: pasear, descansar, oír buenas noticias, recibir sesiones de masaje, ir al teatro, etc. Todas estas situaciones modularían la respuesta de estrés.

1.5.3 Recursos utilitarios

Folkman Schaefer y Lazarus (1979) promulgan la existencia de unos recursos de signo más material que los anteriores, pero que a su entender, también son capaces de reducir o amortiguar igualmente a largo plazo, los devastadores efectos que el estrés repetido puede ocasionar sobre organismos especialmente predispuestos a enfermar. En este caso nos estamos refiriendo a recursos utilitarios como dinero, acceso a una sanidad de

mayor calidad, servicios sociales, programas de entrenamiento, asistencia legal eficaz, recursos económicos... todos ellos constituyen un entramado de recursos que llegado el momento pueden contribuir decisivamente a resolver una situación de forma más rápida y satisfactoria, evitando problemas, y básicamente contribuyendo a que la persona se sienta más segura, lo cual va a redundar, sin duda, en un efecto amortiguador del estrés.

En el caso de nuestro país se puede hablar de una remuneración justa para personal médico, sobre todo si trabaja en el sector público, otra ventaja es contar con los servicios sociales que por ley le corresponde a cada empleado y la capacitación que en algunos casos las instituciones proveen a sus colaboradores. Cuando los trabajadores cuentan con los recursos utilitarios necesarios se despierta en ellos una motivación que de hecho dará por resultado trabajar con eficacia, en el momento que la organización cuenta con personal eficaz obtendrá los resultados que espera.

1.6 Consecuencias del estrés.

El Equipo de Especialistas de Medicinas Alternas (2006) Estrés y Fatiga Crónica, consideran que el proceso del estrés puede desarrollar enfermedades físicas y psíquicas en el sujeto afectado. El camino hasta la enfermedad se inicia con la percepción del estresor por parte del sujeto afectado.

Álvarez (2009) en “Ergonomía y Psicología Aplicada” describe que las consecuencias del estrés son muy diversas y numerosas, unas son primarias y directas; otras indirectas y constituyen efectos secundarios o terciarios, unas son resultados del estrés, y otras se relacionan de forma hipotética con el fenómeno; también pueden ser positivas. Los efectos pueden agruparse de la siguiente manera:

- **Efectos psicológicos:** ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca estima, amenaza y tensión, nerviosismo, soledad.

- **Estrés conductuales:** propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, anorexia, bulimia, consumo excesivo de bebidas y cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud, temblor.
- **Efectos cognitivos:** incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.
- **Efectos fisiológicos:** aumento de las catecolaminas y corticoides en sangre y orina, elevación de los niveles sanguíneos de glucosa, incremento del ritmo cardiaco y de la presión sanguínea, sequedad de boca, reducción de la salivación.

El Equipo de Especialistas de Medicinas Alternas (2006) Estrés y Fatiga Crónica, citan gran variedad de enfermedades que puede derivar un cuadro de estrés:

- **Con respecto al sistema cardiovascular:** el estrés ejerce su acción sobre el sistema circulatorio por lo que puede derivar en un cuadro de aterosclerosis, un proceso por medio del cual las arterias son obstruidas impidiendo el paso de la sangre cargada de oxigeno hacia los tejidos. Por medio de la aterosclerosis podemos llegar a dos de los síntomas más comunes del estrés con respecto al sistema cardiovascular: el infarto agudo de miocardio y la angina de pecho.

  El estrés, también favorece mediante la estimulación del sistema nervioso simpático la elevación de la frecuencia cardiaca, así se llega a casos como las arritmias o casos de taquicardia. El estrés crónico también produce un daño directo sobre las células cardiacas, con tal intensidad en algunos casos que termina modificando la estructura como la célula, como consecuencia, se ve disminuida la capacidad contráctil del corazón, lo que se denomina miocardiopatía.

- **Otros efectos circulatorios del estrés:** un cuadro de estrés puede derivar en un accidente cerebro vascular. Esto ocurre cuando se obstruyen arterias o cuando se produce una hemorragia por la ruptura de una arteria de una arteria lesionada. La modificación del tamaño de las arterias también puede derivar en una migraña vascular.

- **Con respecto al sistema digestivo:** el estrés puede alterar la secreción normal del ácido clorhídrico y de enzimas digestivas, también estimula la secreción gástrica acida. La consecuencia inicial de este cuadro es la acidez gástrica y el dolor epigástrico pero puede derivar en ulceras gástricas hasta lesionar la mucosa del estómago. Las diarreas frecuentes, la constipación, la colitis ulcerosa, la inflamación y la ulceración de la mucosa del colon y la sensación de sequedad bucal son algunas de las tantas consecuencias del estrés en el sistema digestivo.

- **Con respecto al sistema respiratorio:** un cuadro de estrés puede hacer aumentar la frecuencia respiratoria y si se mantiene en el tiempo puede provocar cambios en el ritmo respiratorio y hasta dificultades para respirar con normalidad.
  Hiperventilación, alergias respiratorias, asma e infecciones respiratorias están muy relacionadas con el estrés.

- **Sobre el sistema inmunológico:** el estrés puede disminuir la calidad de nuestro sistema encargado de defender a nuestro organismo de virus y bacterias (inmunodepresión).

- **Con respecto a las funciones sexuales y la reproducción:** el estrés puede modificar en el hombre la concentración cerebral de algunas hormonas que inhiben el funcionamiento normal del eje endocrino sexual; así es como se produce una disminución de la libido y de los espermatozoides con los consecuentes casos de impotencia y esterilidad.
  Las mujeres en cambio, frente a un cuadro de estrés que modifica su equilibrio hormonal, pueden presentar ciclos anovulatorios y amenorrea.

- **Efectos sobre los músculos:** el estrés puede, mediante la tensión muscular, generar diversos tipos de contracturas y dolores musculares que afectan especialmente al cuello, los hombres y la columna.

A continuación se presenta un cuadro en el cual se resumen los síntomas físicos del estrés.

Cuadro 1. Síntomas del estrés

SINTOMAS DEL ESTRÉS		
Síntomas físicos a corto plazo	**Síntomas físicos a largo plazo**	**Síntomas internos de estress**
Aceleración del ritmo cardíaco	Alteraciones del Apetito	Ansioso y preocupado
Aumento de la Sudoración	Fríos frecuentes	Confusión y dificultad para concentrarse o tomar dediciones
Piel fría	Enfermedades como: asma, problemas digestivos	Reducción del interés sexual
Manos y pies fríos	Diversos trastornos sexuales	Sentirse fuera de control ó abrumado por eventos
Sensación de nausea y mariposas en el Estómago	Dolores en general	Cambios de conducta: depresión, frustración, hostilidad, irritabilidad
Respiración rápida	Sensación de fatiga extrema y constante	Se siente más letárgico
Músculos tensos	Cefaleas	Dificultad para dormir
Deseos constantes de orinar	Dolores de cuello y 'espalda	Ingiere más alcohol ó fuma más
Diarrea ó Estreñimiento	Erupciones de la piel	Cambio en hábitos de comida

Elaborado por: Paola Vintimilla.
Fuente: Todos los autores.

1.7 Medidas preventivas y control del estrés.

Está demostrado que la mejor manera de no tener que enfrentarse a ningún tipo de patología física o mental es prevenirla, existen numerosas técnicas para evitar que el

estrés altere de forma significativa nuestro estilo de vida, entre las cuales podemos encontrar las siguientes.

1.7.1 Medidas preventivas

Aunque ningún ser humano puede evitar las situaciones estresantes, sí puede prevenir enfermedades graves a causa del estrés, tomando en cuenta algunas medidas preventivas como:

- **No fumar**: el tabaco es responsable de enfermedades cardiovasculares, respiratorias y está implicado de forma inequívoca en la génesis de varios tipos de cáncer, sobre todo el de pulmón. De forma errónea muchos fumadores consideran que fumar alivia el estrés. Sin embargo esta sensación está relacionada con los efectos de la nicotina y la dependencia que genera, exacerbando las manifestaciones de estrés, ya que estimula la producción de adrenalina.

- **Consumir alcohol con moderación**: el abuso de alcohol, aparte de sus efectos sobre el organismo (alteraciones circulatorias, hepáticas, trastornos metabólicos, endocrinos y nerviosos) favorece los estados depresivos y puede afectar al entorno laboral, familiar y social del individuo.

- **Alimentación sana y equilibrada**: Rica en vitaminas y fibra (frutas y verduras frescas), pobre en grasas, azúcar y sal. La dieta mediterránea rica en elementos tan saludables como cereales, pasta, pescado, aceite de oliva y frutos secos, es ideal para prevenir el estrés. Así mismo es aconsejable reducir la ingesta de café, té y bebidas con cafeína.

- **Ejercicio físico:** La realización de ejercicio físico de forma regular es un elemento muy importante para la prevención del estrés, elimina el exceso de adrenalina, confiere un estado de alerta mental y físico y favorece el sueño. Deben escogerse ejercicios que no provoquen un estrés adicional. Actividades físicas como caminar,

ir en bicicleta o nadar permiten ir mejorando el estado físico progresivamente. Otros ejercicios recomendables donde además se favorece la relación social son el golf, los bolos, y otros deportes de equipo.

- **Respetar las horas de sueño:** Descansar entre 7 y 8 horas (en el caso del adulto) es fundamental para facilitar la recuperación del organismo.

- **Dedicar tiempo a la familia, a los amigos y a las actividades de ocio**: leer, pintar, pasear ayuda a disipar los pensamientos negativos y las preocupaciones.

1.7.2 Técnicas de control de estrés

Para ayudar a controlar el estrés existen técnicas que al ser aplicadas adecuadamente reducen e incluso eliminan los molestos síntomas que causa esta patología, en el siguiente cuadro se exponen la más utilizadas:

Cuadro 2. Técnicas de control de estrés.

TÉCNICAS DE CONTROL DE ESTRÉS	
TÉCNICAS DE RESPIRACIÓN	La respiración profunda es uno de los métodos más rápidos de relajación que existen. Bien utilizada puede constituir para *cualquier persona* un potente agente ansiolítico que le tranquilizará y le dará las fuerzas necesarias para continuar con la tarea que se encuentre realizando.
TECNICAS DE RELAJACIÓN	**MEDITACIÓN:** técnica que pretende alcanzar un estado de relajación completa de mente y cuerpo utilizando métodos de concentración o contemplación de imágenes, objetos o palabras. **YOGA:** técnica y filosofía utilizada en la prevención y tratamiento del estrés. Favorece el entrenamiento físico, mental y espiritual. Mejora la flexibilidad y se apoya en la respiración.

	MASAJES: técnica que se utiliza fundamentalmente para estimular la circulación, aliviar dolores musculares y provocar una sensación placentera. **DIGITOPUNTURA:** técnica que combina el masaje con la acupuntura y que se utiliza asociada a otros tratamientos complementarios o tradicionales. **REFLEXOLOGÍA:** se trata de una terapia relajante basada fundamentalmente en el masaje de unas zonas específicas del pie, donde se encuentran los llamados "puntos de reflexión", que se corresponden con los diferentes órganos del cuerpo. **MUSICOTERAPIA:** aplicación científica del sonido, la música y el movimiento que, a través del entrenamiento de la escucha y la ejecución sonora, facilita la comunicación, la expresión individual y favorece la integración social y controla el estrés.
TÉCNICAS DE VISUALIZACIÓN	La visualización es la creación voluntaria y consciente de imágenes mentales y sensaciones, con el objetivo de obtener cambios positivos en la calidad de vida.
ESTIRAMIENTOS	Sus beneficios frente al estrés son múltiples: va a favorecer una elongación de los músculos rígidos o contracturados, favoreciendo el aporte sanguíneo, con lo cual el organismo se recupera y se prepara para cualquier tipo de actividad.
TÉCNICAS COGNITIVAS ANTIESTRÉS	- Estrategias para el cambio de pensamiento. - Técnica de Reorganización Cognitiva: - Auto instrucciones anti estrés - Técnica SERVASA (Fernández-Marín, P. 2004), basada en en análisis de la oración de la serenidad.
OTRAS INTERVENCIONES	- Biofeedback o biorretroalimentación. - Entrenamiento en habilidades sociales. - Gestión del tiempo. -Técnica de solución de problemas.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Programa Asepeyo del control de estrés (2009)

CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

2.1 Definiciones del Burnout

Freudenberger (1974), describe el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía.

Maslach (1976), dio a conocer el término Burnout en el congreso anual de la Asociación de Psicología Americana (APA) refiriéndose a una condición cada vez mas frecuente en los trabajadores de servicios de salud.

Maslach y Jackson (1986), indican que el Burnout es considerado una consecuencia negativa de los estresores crónicos, el cual es visto desde una perspectiva psicosocial por ser un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas.

En la actualidad el término burnout es posiblemente uno de los términos más utilizados en los hospitales, centros educativos y empresas.

2.2 Delimitación histórica del Síndrome de Burnout.

Thomas Mann, (1901) utiliza por primera vez término inglés Burnout en su novela “The Bunddensbrooks”, donde relata la decadencia de una familia quedando implícito en las características del personaje, un senador, del cual toma el nombre su obra.

Freudenberger, (1974) fue el primero que lo definió como: “Un estado caracterizado por un conjunto de síntomas médico biológicos y psicosociales inespecíficos, el agotamiento, decepción y perdida de interés, como consecuencia del trabajo cotidiano desarrollado por profesionales dedicados al servicio y a la ayuda, que no logran alcanzar las expectativas

depositadas en su trabajo." Las primeras observaciones de Freudenberguer, que trabajaba en una clínica neoyorquina de adicciones tóxicas, fueron los efectos que en poco más o menos de un año sufrían muchos de los voluntarios: una progresiva pérdida de energía que llevaba al agotamiento, ansiedad inespecífica y en algunos casos cuadros de tipo depresivo, en un marco de pérdida de la motivación e interés con que abordaran inicialmente su trabajo, e incluso manifestando intolerancia, resentimiento y agresividad con los pacientes.

Von Ginsburg, (1974) describe el cuadro característico del síndrome de burnout aplicándolo al agotamiento psicofísico de los trabajadores de organizaciones de ayuda.

Para Cristina Maslach, (1976) el síndrome de burnout se instala definitivamente en el ámbito académico a partir de los trabajos de la psicóloga presentados públicamente en el Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA), refiriéndose a una situación de "sobrecarga emocional cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, que después de meses o años de dedicación terminaban quemándose". Junto con su colega Susan Jackson estructuraron este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionaron tres grandes aspectos: cansancio emocional, despersonalización y sensación de falta de realización profesional.

Cherniss, (1980) afirma que el síndrome puede darse como consecuencia de una sensación personal e íntima de ineficacia, y describe su instalación en tres fases evolutivas:

En la primera etapa, tiene lugar un desbalance entre las demandas y los recursos, es decir se trataría de una situación de estrés psicosocial, en la segunda, se produce un estado de tensión psicofísica con diversas manifestaciones psicosomáticas y en la tercera, se suceden una serie de cambios de conducta.

Eloisa Guerrero (1981) afirmó que si bien inicialmente se proponía una instauración secuencial según los tres grandes aspectos antes enunciados (cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal), fue ganando terreno la idea de que no

es necesario este orden secuencial, y pueden darse formas agudas y crónicas del síndrome.

Freber, (1983) en sus investigaciones marca las diferencias entre el Burnout y el estrés, para él, el estrés era el resultado de una situación exterior que produce una tensión interior, una respuesta física y emocional a toda situación de cambio laboral, económico, familiar, estilo de vida, pérdidas, desapariciones, enfermedades o muertes; es la percepción de una falta de equilibrio entre las demandas y los recursos disponibles para responder a las demandas. Por el contrario define el Burnout como el resultado del estrés excesivo, presente, cuando otros mecanismos de ajuste no funcionan.

2.3 Poblaciones propensas al Burnout.

Las personas más propensas a desarrollar el síndrome son aquellas que cumplen con un trabajo mediante el cual mantienen un contacto directo con las personas como es el caso de docentes, médicos, enfermeras, psicólogos, debido a que se ven involucrados afectivamente con sus pacientes, viven de cerca la evolución de sus problemas y patologías las cuales en muchas ocasiones termina con la muerte del individuo.

Los factores personales, familiares y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este Síndrome ya que influyen en el individuo al momento de hacerle frente de manera efectiva a cualquier situación estresante que se le presente, una persona que se encuentre satisfecha en estos ámbitos podrá superar de mejor manera cualquier eventualidad.

La personalidad también tiene mucha importancia en esta afección, se presenta en personas autoexigentes y perfeccionistas, que tienen dificultades para delegar**,** concentradas en su rendimiento y superación profesional.

2.4 Fases y desarrollo del síndrome de Burnout

Cherniss (1982) postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en cuatro fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La Fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibro, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. La Fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

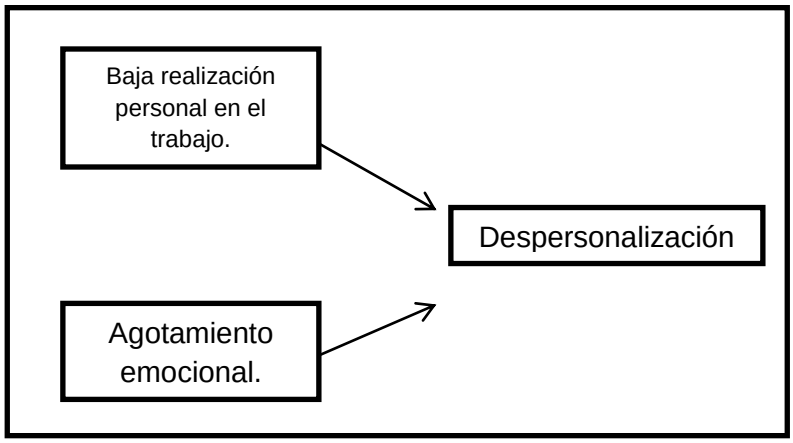
El modelo de Farber (1991) muestra seis estadios sucesivos: 1. Entusiasmo y dedicación. 2. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales. 3. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas. 4. Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo. 5. Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales. 6. Agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría cansancio emocional en el trabajador, para luego experimentar la despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja realización personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

El modelo de Gil-Monte y Peiró (1997) mantiene que el proceso de desarrollo del burnout (síndrome de quemarse por el trabajo) se inicia con la aparición de bajos sentimientos de

realización personal en el trabajo y paralelamente 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 experiencia crónica de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional.

Cuadro 3 Desarrollo del proceso de burnout



Elaborado por Gil-Monte, Peiró y Valcarcel.
Fuente: Trabajo "Síndrome de Burnout en personal de Enfermería"

De acuerdo con Gil-Monte, Peiró y Valcarcel, (1995) el Síndrome de Burnout se desarrolla en 5 fases, las cuales son:

- **Fase inicial, fase de entusiasmo:** esta fase aparece cuando nos ofrecen un nuevo puesto de trabajo que deseamos y en el que tenemos puestas unas buenas perspectivas de futuro. En este momento experimentamos un gran entusiasmo, parece que estamos llenos de energía e incluso no nos importa quedarnos más tiempo del habitual en el trabajo.

- **Fase de estancamiento:** muy a nuestro pesar nos vamos dando cuenta de que aquellas perspectivas de futuro tan positivas que teníamos no se cumplen. Empezamos a dar vueltas a las cosas, hasta llegar al punto en el que sentimos que la relación que existe entre el esfuerzo que realizamos y la recompensa que

tenemos del trabajo, no está para nada equilibrada. En este momento tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos con lo que parece irremediablemente un problema de estrés psicosocial, así que nos sentiremos incapaces de dar una respuesta eficaz cuando se nos planteen los problemas cotidianos del trabajo.

- **Fase de frustración:** llegado a este punto, como cada vez estamos más desmotivados con nuestro trabajo y el entorno que le rodea, nos aparece irremediablemente un sentimiento desagradable como una mezcla de frustración, desilusión y desmoralización. Aquel trabajo que nos parecía maravilloso ya nada tiene que ver con lo que experimentamos ahora de él, ya no tiene ningún sentido para nosotros, nos irritamos fácilmente con cualquier cosa que surja y claro aparecen los problemas con el resto de compañeros. Las cosas comienzan a ponerse mal, incluso puede empezar a fallar nuestra salud, estamos emocionalmente mal, nos comportamos de forma diferente a coso realmente somos, e incluso nos pueden surgir problemas fisiológicos.

- **Fase de apatía:** la situación ya llega a ser casi insostenible y como una especie de defensa cambiamos nuestras actitudes y conductas, por ejemplo, si trabajábamos cara al público nos comportamos de forma distante con los clientes, de forma mecánica. Evitamos las tareas estresantes o directamente nos vamos para no hacerlas. Cada vez aguantamos menos por eso utilizamos los métodos de defensa.

- **Fase de quemado:** nuestro cuerpo decide que ya no sigue más y nos da un colapso emocional y cognitivo que conlleva importante consecuencias para nuestra salud. Esta situación nos puede empujar a dejar el empleo y arrastrarnos a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

El punto negativo que tiene esta evolución por todas estas fases, es que el síndrome de estar quemado tiene carácter cíclico, de forma que se puede repetir en el mismo trabajo o en otros.

De acuerdo con los modelos antes expuestos, se puede afirmar que el burnout se va desarrollando por etapas, no existe un consenso en cuanto a cual de las tres dimensiones que explican el síndrome aparece primero, pero el agotamiento emocional es la que más se evidencia en el momento evaluar los resultados.

2.5 Características, causas y consecuencias del Burnout.

2.5.1 Características.

Según Xavier Miravalles (2009) Las profesiones relacionadas con el mundo sanitario, de la educación o la administración pública suelen ser las que más incidencia reflejan en las estadísticas porque están en contacto con las personas que tienen problemas y suelen ser ellos los que deben solucionar esos problemas. La frustración se produce cuando ven que su trabajo no es productivo y sienten que su trabajo es baldío.

Siguiendo con Miravalles el Burnout o “síndrome del quemado” se identifica al presentarse las características del estrés junto con molestias o síntomas físicos que llevan a un desgaste aun mayor, entre estas características tenemos: insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolores musculares, manchas o alteraciones de pigmentación en la piel, trastornos respiratorios, circulatorios y/o digestivos como presentar variaciones en el peso.

Dentro de las características de Burnout, la principal es el fuerte sentimiento de importancia hacia la tarea y al mismo tiempo presentar impotencia hacia la realización de la misma, ya que desde el momento de levantarse el individuo ya se siente cansado, es decir, lo que anteriormente era satisfactorio ahora no lo es.

Otra característica de Burnout es la agitación mental, que se refiere a un comportamiento desordenado ante el objetivo de finalizar una labor, que aunque en realidad pueda hacerlo, siente que no lo va a lograr.

Una más de las características de Burnout se refiere al hecho de que la persona aun cuando tiene tiempo para realizar las tareas, se siente siempre estresado. A diferencia de lo que ocurre al principio (sin Burnout), el trabajo ya no produce incentivos para la persona y ante la mirada de los demás puede aparentar sensibilidad, depresión e insatisfacción.

2.5.2 Causas.

En síntesis existen múltiples factores que podrían causar el síndrome de Burnout, entre ellos los factores organizacionales, personales y ambientales influyen indudablemente y que a todo ello colaboran componentes personales premórbidos que aumentan la susceptibilidad personal, entre los cuales se pueden mencionar:

- **La edad:** relacionada con el sexo
- **El sexo:** las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.
- **Variables familiares:** la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- **Personalidad:** por ejemplo las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otra aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo.
- **Inadecuada formación profesional:** por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.
- **Factores laborales o profesionales:** condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo de equipo. La relación cuasi díada médico paciente que

tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud.

- **Factores sociales:** como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.
- **Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.

2.5.3 Consecuencias del Burnout

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si persisten con el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas actúan como mediadoras en la relación estresor-salud.

En cuanto a las consecuencias del estrés asociadas al burnout podemos diferenciar entre las que afectan al propio individuo y las que afectan a la organización.

Consecuencias para el individuo

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral.

Según Gil-Monte y Peiró (1997) las consecuencias a nivel individual si identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. En el primer caso hablaremos de manifestaciones de sentimientos y emociones, mientras que el segundo aspecto hace referencia a las actitudes o posicionamientos que el sujeto toma como reacción a la influencia del síndrome, y que son el sostén cognitivo de las conductas que

se manifiestan en las relaciones interpersonales identificadas en el tercer aspecto. Estos tres índices enmarcan el aspecto emocional y el cognitivo-conductual que se desprenden de la aparición del síndrome. Por otro lado, el grupo de manifestaciones psicosomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en una patología somática.

Siguiendo con Gil-Monte y Peiró, las manifestaciones psicosomáticas las podemos agrupar en:

- Algias: como dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores cervicales y de espalda, dolor de estómago y jaqueca.
- Neurovegetativas: como taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos.
- Fenómenos psicosomáticos tipificados. Como crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal, diarrea.
- Otras manifestaciones: catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, fatiga, alteraciones menstruales e insomnio.

En el siguiente cuadro se muestran las consecuencias laborales que se asocian al síndrome de Burnout.

Cuadro 4. Principales consecuencias del estrés laboral que se asocian al síndrome de Burnout

INDICES EMOCIONALES	**INDICES ACTITUDINALES**	**INDICES CONDUCTUALES**	**INDICES PSICOSOMÁTICOS**
Sentimientos de soledad. -Sentimientos de alienación. -Ansiedad. -Sentimientos de impotencia. -Sentimientos de omnipotencia.	-No verbalizar. -Cinismo. -Apatía. -Hostilidad. -Suspicacia.	-Agresividad. -Aislamiento del sujeto. -Cambios bruscos de humor. -Enfado frecuente. Irritabilidad.	-Dolor precordial, taquicardia, pinchazos en el pecho y palpitaciones. -Hipertensión. -Temblor de manos. -Crisis asmáticas. -Catarros frecuentes. -Mayor frecuencia de infecciones. -Aparición de alergias. -Dolores cervicales y de espaldas. -Fatiga. -Alteraciones menstruales. -Dolor de estómago. -Úlcera gastroduodenal. -Diarrea. -Jaqueca. -Insomnio

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Artículo de Gutiérrez y Pedraza, Cancerología 5 (2010): 31 - 35

Consecuencias para la organización.

Entre las consecuencias más importantes que repercuten en la organización podemos destacar:

- Disminución de la satisfacción laboral.
- Elevación del absentismo laboral.
- Abandono del puesto y/o organización.
- Baja implicación laboral.
- Bajo interés por las actividades laborales.
- Deterioro de la calidad del servicio.
- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- Aumento de la rotación laboral.

Sintetizando el artículo publicado por Gutierrez y Pedraza (2010) Para la organización el hecho de tener trabajadores que presenten el síndrome significaría mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones, niveles de compromiso organizacional más bajo, absentismo laboral, rotación de personal, en definitiva el costo no sería solamente económico sino que afectaría también a la imagen y funcionamiento de la organización.

2.6 Modelos explicativos del Burnout.

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes- consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos resumidos en el siguiente cuadro.

Cuadro 5. Modelos explicativos del Burnout.

MODELOS BASADOS EN LA TEORIA SOCIO-COGNITIVA DEL YO	
• Modelo de competencia social de Harrison (1983) • Modelo de Pines (1993) • Modelo de Cherniss (1993) • Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)	Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas; el empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto. Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como son, la autoconfianza, autoeficacia y autoconcepto.
MODELOS BASADOS EN LAS TEORÍAS DEL INTERCAMBIO SOCIAL	
• Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) • Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).	Plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.
MODELOS BASADOS EN LA TEORIA ORGANIZACIONAL	
• Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)	Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de

• Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993), Modelo de Winnubst (1993)	afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.
MODELOS BASADOS EN LA TEORÍA ESTRUCTURAL	
• Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)	Tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Todos los autores.

2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout

Gil-Monte y Peiró, (1997) Las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo o burnout pueden ser agrupadas en tres categorías:

1. Estrategias individuales
2. Estrategias grupales
3. Estrategias organizacionales

En el nivel **individual**, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, dentro de las técnicas y programas dirigidos a prevenir el síndrome son:

- Entrenamiento en solución de problemas.
- Entrenamiento de la asertividad.
- Entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo.
- Olvidar los problemas laborales, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir.
- Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo.
- Aumentar y conservar amistades con interacciones satisfactorias y emotivas.
- Delegar responsabilidad.
- Solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo.
- Compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

En el nivel **grupal** e interpersonal el empleo de estrategias de prevención e intervención están basadas en el apoyo social:

- Escuchar al sujeto de forma activa.
- Dar apoyo técnico.
- Crear necesidades y pensamiento de reto, desafío y creatividad.
- Dar apoyo emocional.
- Participar en la realidad social del sujeto confirmando o cuestionándole las creencias sobre si mismo, autoconcepto, autoeficacia y autoestima.

A nivel de la **organización** se plantea ahora la necesidad de intentar articular estrategias de prevención y de intervención, entre las que se consideran relevantes:

- Prevención primaria, mediante cursos y talleres acerca del tema.

- Prevención secundaria, mediante la evaluación a los profesionales que laboran en la organización.
- Prevención terciaria, en base al tratamiento de los trabajdores que fueron diagnosticados con el síndrome.

Paine (1982), se encuentra entre los primeros que plantearon un modelo con los pasos a seguir y 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 de síndrome. 4) Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

CAPITULO 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN

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

De acuerdo con las investigaciones, no existe un consenso claro acerca de las variables sociodemográficas que facilitan el burnout, a continuación se cita a algunos autores y sus conclusiones:

- Atance, (1997) dice que son las mujeres las que están más propensas al burnout.
- Investigaciones más recientes con autores como: Aldrete, (2002); Alvarez, (2005), y Prada, (2005) también muestran que las mujeres son más propensas al burnout.
- Gil Monte, (1996) en sus investigaciones encontró que son los hombres los que presentan un vínculo más fuerte entre cansancio emocional y despersonalización.
- Vera, (2007) dice que son los hombres los que presentan mayor prevalencia al burnout.
- Burke, (1996) demostró que ante menor antigüedad laboral, mayor era la presencia de burnout.
- Moreno (1996) dice que son los solteros los que presentan mayor prevalencia del síndrome.
- Gil Monte, (1997) encontraron que el turno laboral facilita el grado de percepción del estrés.

Como podemos ver la mayoría de investigaciones muestran que las mujeres son más propensas al burnout, esto puede deberse a que la mujer que trabaja cumple dos roles, el de ser profesional y el de ser madre y esposa, este hecho puede causar mayor estrés.

Igualmente en cuanto al tiempo de experiencia laboral existe discrepancia entre los autores como Meneces de Lucerna (2006) que sostiene que el promedio de años de labores en personas con burnout es de 11.7 años, su investigación contrasta con Carolina Aranda Beltrán, Biviana Zarate Montero, Manuel Pando Moreno, José Ernesto Sahún

Flores, (2010) que en su investigación encontraron que el promedio de años de labores en pacientes con burnout era de 6 años.

3.1.1 Variables de riesgo y protectoras

Velásquez (2003), acerca de las variables de riesgo manifiesta que aquellas pueden originar una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia.

Existen variables de riesgo asociadas al síndrome de Burnout, entre ellas tenemos:

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

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

3.1.2 Motivación y satisfacción laboral.

Pinder, (1998) manifiesta que la motivación laboral es el conjunto de fuerzas energéticas que se originan dentro y más allá del individuo que utiliza para iniciar la conducta relacionada con el trabajo y para determinar su forma, dirección, intensidad y duración.

Es esencial que el profesional se sienta motivado y satisfecho en cuanto a su trabajo, sería imposible que una persona se desarrolle de una manera adecuada si no se siente a gusto en el medio en el que ejerce, el éxito en la vida se logra cuando las labores realizadas producen satisfacción.

3.1.3 Investigaciones realizadas

A continuación se presenta un cuadro en el cual se sintetizan las investigaciones realizadas en cuanto al tema.

Cuadro 6. Investigaciones acerca de las variables sociodemográficas y laborales.

AUTOR	AÑO	TEMA	LUGAR	RESULTADOS
Carolina Aranda, Biviana Zarate, Manuel Pando y José Sahún	2010	Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gomez Farías.	México	De una muestra de 119 médicos el 51.3% presentan el síndrome, la mayoría son hombres, con una edad promedio de 43 años y 6 años de labores.
IntraMed y el Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida de la Universidad de Girona	2009	"El Síndrome Burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos"	España	Variables protectoras: la mayor edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica.
Dra. Carmen	2006	Síndrome de Burnout en el	Chile	El perfil

Sandoval; Dr. Pablo González; Dr. Luis Sanhueza; Dr.Rodrigo Borjas y Sicóloga Claudia Odgers		Personal Profesional del Hospital de Yumbel		sociodemográfico que más se acercó al diagnóstico tener Burnout fue: Sexo femenino, edad entre 24-40 años, soltera y ejercicio profesional menor a 10 años.
Quevedo Bastidas, e Inti – Kory,”,	2006	“Síndrome de Bunrout y calidad de la atención en el área de emergencia del Hospital Regional Dr. Teodoro Maldonado del IESS.	Guayaquil	Encontraron el 52,2% presencia de burnout en los médicos de emergencia, el síndrome se distribuyó de igual manera para ambos géneros y la edad media fue de 31 años.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Todos los autores.

3.2 Burnout y la relación con la salud mental.

Según la revista Enfermería Global, en su artículo titulado Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros (2010) manifiesta que el *burnout* está relacionado a la característica del ser neurótico, lo que lleva a creer que, de cierta forma, el burnout es una enfermedad mental en sí misma. Sin embargo, la hipótesis más común es que el *burnout* causa disfunción mental, que desencadena síntomas de ansiedad, depresión, baja autoestima, entre otros.

3.2.1 Definiciones de salud mental

Clifford Whittingham Beers (1908) describió el concepto de salud mental en primer lugar como "higiene mental", este autor fundó el Comité Nacional de Higiene Mental en 1909 y adelantó la campaña por los derechos de los enfermos mentales.

La OMS, (1945) describe a la salud mental como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Dubos, (1965) en su publicación “Salud y enfermedad como expresiones del éxito o fracaso experimentados por los organismos en sus esfuerzos por adaptarse a los cambios del ambiente” sostiene que los cambios ambientales ejercen influencia positiva o negativa en el individuo, esta influencia puede desencadenar salud o enfermedad.

Milton Terris, (1975) considera al Estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento y no únicamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Sintetizando las definiciones de los diversos autores, la salud mental es el estado de equilibrio entre todos los aspectos de la vida: social, físico, espiritual y emocional, al igual que la salud física, la salud mental es importante en todas las etapas de nuestro desarrollo, desde la niñez y la adolescencia hasta la edad adulta; también ayuda a determinar cómo manejamos el estrés, nos relacionamos con otras personas y tomamos decisiones.

3.2.2 Salud mental y estrés

Diana Restrepo, (2011) en su publicación titulada Riesgos Psicosociales y Estrés Laboral menciona que en Colombia, para el año de 1997, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, basado en investigaciones y datos de organizaciones internacionales, publicó un

documento donde se consignaron los protocolos de diagnóstico para las enfermedades de origen laboral. En dicho documento se plantea claramente que el estrés de origen ocupacional puede tener como repercusiones en la salud enfermedades del aparato digestivo (enfermedad ácido péptica por estrés ocupacional, gastritis por estrés ocupacional, úlcera duodenal por estrés ocupacional, etc.), del sistema cardiovascular (angina de pecho, disritmia cardiaca, insuficiencia cardiaca, enfermedad cardiaca hipertensiva, etc.) y trastornos mentales (estados de ansiedad, neurosis de angustia, trastorno depresivo, etc.). En este mismo documento plantea que el agente etiológico del estrés ocupacional y de las enfermedades psicosomáticas derivadas del estrés ocupacional es uno o la combinación de varios de los factores de riesgo psicosocial coadyuvados por otros factores presentes en el medio.

Siguiendo con la Dra. Restrepo el Ministerio de la Protección Social de Colombia en el documento “Protocolo para la determinación del origen de las patologías derivadas del estrés”, define que “son aquellas en las que las reacciones de estrés, bien sea por su persistencia o por su intensidad, activan el mecanismo fisio-patológico de una enfermedad” (MPS, 2004c, p. 17). Y el decreto 1832 de 1994, presenta la tabla de enfermedades profesionales vigente para Colombia, donde se establece que ciertos estados de ansiedad y depresión, el infarto del miocardio, angina de pecho, enfermedades cerebro-vasculares, la hipertensión arterial, la enfermedad ácido péptica severa y el colon irritable, son enfermedades derivadas del estrés.
El estrés, como factor de riesgo, está relacionado con la morbilidad mental, por lo tanto una persona que sufre de estrés presentará graves síntomas siendo afectada su salud mental en cualquier momento.

3.2.3 Síntomas somáticos

Freud, (1895) En “Estudios sobre la histeria”, incluso antes de descubrir el significado simbólico de los síntomas en las pacientes histéricas, señala que los síntomas somáticos son el resultado de la transformación, de la conversión de una excitación endógena en una inervación somática.

Según la Asociación Psiquiátrica Americana (1980), “Los trastornos somatomorfos constituyen un grupo de enfermedades psiquiátricas que están caracterizadas porque el paciente presenta síntomas corporales que sugieren un trastorno físico. Sin embargo, no existe ninguna causa orgánica demostrable o mecanismo fisiopatológico conocido que los explique completamente. Por otra parte, existe una presunción razonable de que dichos síntomas están asociados a factores psicológicos o al estrés.”

Según el diccionario alot.com “Los síntomas somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico que es la que evidenciará los síntomas. En la biología y la medicina**,** un síntoma somático es aquel cuya naturaleza es eminentemente de este tipo (corpórea), a diferencia de los síntomas psíquicos Los trastornos psicosomáticos son aquellos procesos psíquicos que tienen influencia y efectos en lo somático. Esto quiere decir que ciertos síntomas somáticos (con evidencia corporal) pueden tener su origen en procesos emocionales. Dicha realidad es muy difícil de precisar para los médicos ya que inciden variables inaccesibles para el método científico.”

3.2.4 Ansiedad e insomnio

De acuerdo con Rut García Lorenzo, (2011), en su artículo titulado “La Ansiedad: un Problema Actual” La ansiedad es un concepto frecuentemente empleado y se ha venido asociando con otros términos relacionados como miedo, angustia o estrés, en ocasiones utilizados con un significado equivalente. La definición de ansiedad suele hacerse en términos subjetivos y, tal como encontramos en el Manual de Psicopatología de Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos (2008), cuenta con acepciones como la de Spielberg, Pollans y Worden (1984) que definen el estado de ansiedad como *“*una reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo y preocupación, así como activación del sistema nervioso autónomo*”*. Otros autores ofrecen una definición más operativa definiendo la ansiedad como *“*la reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo*”* (Wolpe, 1979).

Según el diccionario alot.com “El concepto de ansiedad tiene su origen en el término latino anxietas. Se trata de la condición de una persona que experimenta una conmoción, intranquilidad, nerviosismo o preocupación**.** Para la medicina, la ansiedad es el estado angustioso que puede aparecer junto a una neurosis u otro tipo de enfermedad y que no permite la relajación y el descanso del paciente.”

Hugo Peretti, (2010), el insomnio es un síntoma, más que una enfermedad en sí misma, está caracterizado por: inadecuada cantidad o calidad de sueño. Los pacientes afectados sienten dificultades para: iniciar o mantener el sueño, resultado en un sueño no reparador y alteraciones en el funcionamiento diurno.

No cabe duda que los síntomas más comunes del estrés son la ansiedad y el insomnio, todas las personas en algún momento ha vivido situaciones estresantes y la evidencia más notable de este estado es angustia, preocupación, euforia, incapacidad para conciliar el sueño o se despierta a media noche o muy temprano.

3.2.5 Disfunción social en la actividad diaria

René Orlando Pico, (2012) manifiesta que la disfunción social es el incumplimiento de una actividad o expectativa en el plano social. En consecuencia cuando un profesional no cumple con las tareas encomendadas por su empresa puede generar un desorden o una alteración en una organización.

En el momento en que una persona presenta estrés y está siendo afectado por los síntomas característicos del mismo, su vida diaria también se verá perturbada, es común ver que este tipo de personas presentan una disfunción social marcada, evitan estar en contacto con las personas con las que solían compartir y no disfrutan como antes de las actividades que comúnmente les gustaba, también la el entorno se verá afectado por los cambios conductuales evidentes.

3.2.6 Tipos de depresión

Según la Asociación de Trastornos Depresivos de Aragón (2010) así como sucede con la mayoría de las enfermedades comunes, la depresión también tiene un amplio espectro de intensidad y alcances, lo que determina que se clasifiquen, según origen y efectos, distintos tipos de trastornos depresivos.

- **Depresión severa:** es el grado más alto de la enfermedad que se traduce en una incapacidad absoluta para trabajar, estudiar, dormir, comer o realizar cualquier tipo de actividad cotidiana o que producían placer como ocurre en los casos en que se abandonan las aficiones y el esparcimiento. Por lo general existe cierta predisposición a padecer la enfermedad, y si bien un caso de depresión severa puede ocurrir sólo una vez en la vida, es frecuente que se repita en el tiempo.

- **Distimia:** es un nivel menos grave de depresión que incluye síntomas crónicos a largo plazo, por lo general un mínimo de 2 años. Es muy fácil confundir un estado de distimia con estrés o cansancio. Los efectos de este tipo de depresión no incapacitan tanto pero impiden un normal desarrollo de los hábitos más comunes. Afecta entre el 3 y el 6% de la población general. Los síntomas han sido descritos como un "velo de tristeza" que afecta a la mayoría de las actividades. Los pacientes no muestran cambios aparentes en la conducta o comportamiento diario, aunque tienen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza.

- **Trastorno bipolar:** también conocido como enfermedad maníaco-depresiva, es bastante infrecuente pero no por eso menos grave. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios anímicos suelen ser paulatinos pero hay que prestar especial atención a cada uno de ellos. Cuando la persona atraviesa el período depresivo, es común observar todas las características de una depresión severa. Por su parte cuando se manifiesta el ciclo maníaco, es posible que en la euforia e hiperactividad de esta fase, la persona se vea involucrado en problemas

o emprendimientos (económicos, personales, etc.) que luego no podrá manejar. El trastorno bipolar se encuentra a un paso de un estado psicótico (pérdida temporal de la razón).

- **Depresión posparto:** definida en los tratados médicos como “baby blues”, esta sensación de tristeza, llanto repentino y dificultades de la concentración, suelen manifestarse aproximadamente a los 4 días posteriores a dar a luz, y desaparecen alrededor de los 10 días. Sin embargo pueden llegar a intensificarse y perdurar. En ese caso se está ante la presencia de una depresión post-parto y es necesario requerir asistencia profesional para salir de esa condición.

- **D.A.E:** o Desorden Afectivo Emocional. Es la depresión que ocurre en la misma temporada cada año, por lo general durante los meses de otoño o de invierno. También existe una clase más rara, la cual ocurre a principios del verano y termina en el otoño. Esta no es una tristeza normal, debido a que persiste por mucho tiempo y es preciso solicitar ayuda médica.

- **Depresión Doble:** en un estudio a largo plazo, casi todos los pacientes con distimia sufrieron como mínimo un episodio de depresión mayor (a veces denominada como depresión doble) en algún momento de su vida. Algunos expertos creen que estas depresiones dobles deben ser consideradas como parte del curso natural de la distimia. Las mujeres pueden ser más susceptibles a la depresión doble.

- **Depresión Atípica:** las personas con depresión atípica generalmente comen y duermen con exceso, tienen un sentido general de pesadez, y un sentimiento muy fuerte de rechazo.

3.2.7 Investigaciones realizadas

A continuación se presenta un cuadro en el cual se sintetizan las investigaciones realizadas en cuanto al tema.

Cuadro 7. Investigaciones acerca de la relación entre burnout y la salud mental.

AUTOR	AÑO	TEMA	LUGAR	RESULTADOS
Lurdes Pezantez Molina	2012	Identificación del Burnout en profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier de Azoguez.	Azoguez	Los médicos presentan casos de síntomas somáticos en un 53% seguido de un 60% de ansiedad, en cuanto a las enfermeras presentan casos de ansiedad en un 53%.
Revista Chilena Salud Pública,	2009	"La Salud Mental y predisposición al Síndrome de Burnout en estudiantes de enfermería"	Chile	De los 183 estudiantes de enfermería encuestados el 85% tiene perturbaciones del sueño y el 10% síntomas somáticos, existe asociación entre salud mental y burnout y también entre los síntomas somáticos y despersonalización
Ibañez N	2004	Estudio de la prevalencia del síndrome de Burnout, así como su relación con los factores socio demográficos y el estado de salud general de las diplomadas universitarias de enfermería (DUE) adscritas al área de urgencias de un hospital de tercer nivel de Barcelona	España	El 17,14% de las enfermeras estudiadas presentaron síntomas psicosomáticos, éstos se correlacionaban con el cansancio emocional y la despersonalización
Horacio Barraza, José Romero, Luis Lores,	2009	Estado de Salud y Estrés Laboral en Médicos Internos del IMSS en Tepic, Nayarit	México	De los 25 internos participantes el 28% padecen un probable

Berenice Perez, Nestor Piña, Berenice Romero				trastorno mental.
Susana Landázuri	2012	Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados en el Hospital Luis G. Dávila de la Ciudad de Tulcán.	Ecuador	La investigación dio como resultado que el 50% de participantes con burnout presenta alteraciones psicosomáticas y el otro 50% ansiedad.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Todos los autores.

3.3 El Burnout y el afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento que utilizan las personas pueden ser de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

3.3.1 Definición de afrontamiento

Según Morris-Maisto, (psicología general, 2005, página 460), el afrontamiento son todos los esfuerzos cognoscitivos y conductuales para manejar el estrés psicológico.

Lazarus y Folkman, (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto.

Lazarus (1993) lo define como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Por lo tanto, un afrontamiento adecuado a una situación determinada conduce a un ajuste adecuado, y como resultado de la adaptación se origina un buen bienestar, el funcionamiento social y la salud somática.

3.3.2 Teorías del afrontamiento.

En cuanto a afrontamiento han surgido varias teorías, las cuales cito a continuación:

Cuadro 8. Teorías del afrontamiento.

TEORIA	AUTOR	AÑO	DESCRIPCION
Teoría transaccional de Lázarus y Folkman.	Lázarus y Folkman	1986	Definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. Así pues, el afrontamiento sería un proceso y no un rasgo, tiene múltiples funciones, entre las que resaltan dos: las englobadas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional.
Teoría del Afrontamiento de Erica Frydemberg	Erica Frydemberg	1997	Define al afrontamiento como «las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas». Afirma que es fundamental que el psicólogo identifique las estrategias de afrontamiento de los adolescentes con los que se relaciona, para poder así conocer sus sentimientos, ideas y conductas. También señala la

			importancia de su estudio e identificación, al afirmar que estas estrategias pueden repercutir en el nivel de bienestar psicológico de cada sujeto
	Casullo y Fernández Liporace	2001	Encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tipo de estrategias de afrontamiento empleadas según el género de los estudiantes de la zona de Buenos Aires, Argentina. Las mujeres de Buenos Aires buscan más apoyo social, se concentran más en resolver el problema, se preocupan, invierten en amigos íntimos, buscan grupos de pertenencia, no afrontan sus problemas y se fijan en el lado positivo de la situación en mayor medida que los varones de la misma zona. Por otro lado, los varones emplean más que las mujeres las estrategias de ignorar el problema y buscar distracciones físicas. En este sentido, "el perfil de afrontamiento masculino es más homogéneo y el número de estrategias que emplean es más reducido
	Menninger	1963	En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Todos los autores.

En síntesis los recursos de afrontamiento que se utilizan en determinada situación dependen de las circunstancias del momento y de la personalidad de cada individuo.

3.3.3 Estrategias de afrontamiento.

Existen múltiples estrategias de afrontamiento que son utilizadas por las personas en determinados momentos de estrés, las mismas se pueden clasificar en:

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

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

Estrategias grupales.- Las estrategias de carácter grupal, fomentan el apoyo social entre compañeros y supervisores, logrando potenciar sus habilidades, adquirir nuevos conocimientos, obtener refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de sus tareas, generando apoyo emocional entre todos los involucrados. En la prevención del burnout se considera el apoyo social formal e informal; el apoyo social formal incrementa el síndrome de Burnout, debido a una mayor carga labora, mientras que el apoyo social informal lo previene. El objetivo fundamental de los grupos de apoyo es disminuir los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los individuos, el potenciar sus conocimientos, crea estrategias para tratar los problemas. (Porras A., 2000).

Estrategias organizacionales.- Autores como Folkman, 1984; Everly, 1989; Holahan y Moos, 1987, 1990; McCain & Smith, 1994 y Zeidner & Endler, 1996; señalan que una de las estrategias para la prevención del síndrome de Burnout, es desarrollar programas para mejorar el clima organizacional; ya que los principales estresores percibidos de carácter crónico en cuanto al síndrome son las variables en relación al contenido del puesto, inequidad en cuanto a funciones y el clima laboral.

En concordancia con lo antes expuesto cada individuo utiliza las estrategias de afrontamiento de diferente manera, si mantiene una actitud positiva, busca formas adecuadas de arreglar sus problemas, sabe distraerse sanamente y busca ayuda cuando lo necesita podrá sobrellevar de una manera adecuada los momentos críticos que se le presenten. No podemos evitar los problemas, pero si podemos aprender a superarlos.

3.3.4 Investigaciones realizadas

A continuación se presenta un cuadro en el cual se sintetizan las investigaciones realizadas en cuanto al tema.

Cuadro 9. Investigaciones acerca del afrontamiento y su relación con el burnout.

AUTOR	AÑO	TEMA	LUGAR	RESULTADOS
Lurdes Pesántez Molina	2012	Identificación del Burnout en profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier de Azoguez.	Azoguez	En lo referente al cuestionario BRIEF-COPE, los resultados demuestran que los evaluados utilizan estrategias de afrontamiento como, afrontamiento activo, aceptación, auto distracción, humor, planificación y en el caso de las enfermeras la religión muestra un nivel muy alto.
Susana Landázuri Rosero.	2012	"Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el período 2011 - 2012"	Tulcán	Con una muestra total de 30participantes se determina que las respuestas o formas de afrontamiento de los Médicos y Enfermeras sin Burnout son altos, especialmente los niveles de: afrontamiento activo, planificación, replanteamiento positivo, aceptación y la religión; los médicos con burnout, presentan porcentajes bajos que no sobrepasan el 22 %, lo que determina problemas de estrés o situaciones difíciles que se les

				presente.
Eduardo Jaramillo, Viviana Ruiz, Íngrid Pardo	2009	Sindromede Burnout y Estilos de Afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la Ciudad de Montería	Colombia	El estudio se realizó con 70 profesionales entre médicos y enfermeras, el 63% mujeres y el 37% hombres entre 21 y 28 años, los resultados muestran que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son: afrontamiento dirigido al problema, búsqueda de ayuda social, indiferencia, pensamiento ilusorio y centramiento en lo positivo.
Fernando Austria Corrales	2010	Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout "o desgaste profesional" en trabajadores de la salud.	México	**Material y metodos:** Estudio descriptivo transversal con una muestra por cuotas a 500 trabajadores de la salud. Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory versión Human Services, el cual evalúa tres dimensiones: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, y para medir las estrategias de afrontamiento se utilizó el instrumento de afrontamiento ante riesgos extremos. Se concluye que el uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el síndrome de burnout entre el personal de salud.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Todos los autores.

3.4 El burnout y la relación con el apoyo social

Acuña & Bruner, (1999); Aduna, (1998); Lemos, (1996). Manifiestan que a través del apoyo social se reciben recursos psicológicos y materiales para que el sujeto pueda responder adaptativamente a situaciones consideradas de alta demanda.

Por lo que el apoyo social percibido por una persona tiene una relación directa con el burnout, ya que una buena percepción del apoyo que recibe de su entorno le va a servir de modulador ante el estrés.

3.4.1 Definición de apoyo social

Cassel, (1974) y Cobb (1976), tras una recopilación de los estudios existentes sobre los efectos en la salud de la exposición a estímulos estresantes en aislamiento o en compañía propusieron que el apoyo social protege a las personas de las consecuencias negativas, físicas y psicológicas, de los sucesos vitales estresantes.

Para Caplan (1974), un sistema de apoyo implica un patrón duradero de vínculos sociales continuos e intermitentes que desempeñan una parte significativa en el mantenimiento de la integridad física y psicológica de la persona (efectos protectores):

- Al promover el dominio emocional,
- Al proporcionar orientación y consejo,
- Al proveer de ayuda y recursos materiales,
- Al proporcionar feed-back acerca de la propia identidad y desempeño.

Lin, (1986). Lo define como: “El conjunto de provisiones, expresivas o instrumentales, percibidas o recibidas, proporcionadas por la comunidad, por las redes sociales y las personas de confianza, tanto en situaciones cotidianas como de crisis”

El Apoyo Social es el entramado de relaciones sociales cuya función es complementar los recursos del individuo para permitir el afrontamiento adaptativo y que produce un efecto modulador del síndrome de Burnout en la salud del individuo.

En un sentido amplio, el apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.)

3.4.2 Modelos explicativos del apoyo social

Entre los modelos explicativos del apoyo social podemos mencionar los siguientes:

Barrón, (1996) afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto.

Cohen, (1988) La teoría del Efecto Buffer o Amortiguador postula la existencia de un efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta fisiológica del organismo ante situaciones de estrés.

Según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como sobre la secundaria. Sobre la primera ayudaría a definir la situación estresante como menos perjudicial o amenazante. Sobre la valoración secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (tanto emocionales como instrumentales o de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación, promoviendo conductas saludables con el sujeto que mitigan las reacciones negativas ante el estrés.

Heller y Swindle (1983) desarrollan un modelo de apoyo social que basado en el Modelo Buffer incorpora otros aspectos tales como la historia de aprendizaje, la predisposición temperamental, o los estilos de coping del sujeto.

Todos estos elementos junto con la disponibilidad del apoyo de la red social influirán en la valoración cognitiva de la fuente de estrés y en la respuesta de afrontamiento. El que un sujeto utilice o no de una manera efectiva el apoyo social en determinadas circunstancias, va a deberse tanto de la disponibilidad del apoyo como de las competencias personales para emplear ese apoyo, así también como de los patrones de afrontamiento desarrolladas previamente.

3.4.2 Apoyo social percibido

Caplan (1974) distingue entre apoyo social objetivo o estructural y apoyo social percibido. El apoyo social percibido destaca la dimensión evaluativa que lleva a cabo la persona acerca de la ayuda con la que cree contar. De esta manera la transacción puede ser objetiva (apoyo real recibido) o subjetiva (apoyo percibido). El apoyo social objetivo o estructural se refiere a los recursos, previsiones o transacciones reales a los que la persona puede acudir en caso de necesitarlos.

3.4.4 Apoyo social estructural

El apoyo social por lo que respecta a su contenido, operaría en 3 niveles (Mansilla, Meyer, Pérez y Vegas, 1993):

- **Cognitivo:** se pretende ofrecer información a una persona receptora de apoyo con la intención de corregir concepciones erróneas y clarificar dudas.

- **Afectivo**: proporcionando a la persona cercanía, ánimo y afecto positivo continuado ante sus preocupaciones, miedos o conflictos sociales.

- **Conductual**: se ofrecen estrategias concretas para la resolución de dichos problemas.

Cuando un individuo percibe el apoyo social de los que lo rodean, acepta las soluciones que éstos le proveen para resolver el problema, al mismo tiempo que lo ayudan a disminuir la importancia de la situación.

3.4.5 Investigaciones realizadas

A continuación se presenta un cuadro en el cual se sintetizan las investigaciones realizadas en cuanto al tema.

Cuadro 10. Investigaciones acerca del apoyo social y su relación con el burnout.

AUTOR	AÑO	TEMA	LUGAR	RESULTADOS
Lurdes Pezantez Molina	2012	Identificación del Burnout en profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier de Azoguez.	Azoguez	La investigación se la realizó con una muestra de 30 participantes, en cuanto al cuestionario de Apoyo Social, el apoyo recibido por los dos grupos de encuestados se sitúa en un nivel alto de amor y cariño, redes sociales nivel medio y apoyo instrumental y emocional bajo para los encuestados médicos, en cuanto a las enfermeras poseen un alto nivel en apoyo emocional y redes sociales, seguido de un nivel medio de amor y cariño y un apoyo instrumental de nivel bajo.
Susana Landázuri Rosero.	2012	"Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este	Tulcán	El análisis de resultados determina el apoyo social estructurado y percibido en porcentajes altos del grupo de enfermeras, seguido de los médicos que no tienen Burnout;

		fenómeno, en el Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el período 2011 - 2012”		pues de los médicos con Burnout, determinan valoraciones bajas, por lo que su incidencia a aislarse, de contar con una ayuda social o familiar, sea esta afectiva o comunicación dificulta la convivencia no solo en su entorno social, sino también familiar y social.
Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García y Tamara Prerat	2009	“Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público”	Chile	Este artículo presenta resultados de un estudio descriptivo-correlacional del que se obtuvieron resultados que 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 los superiores. El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio.
Solange Rodríguez Espínola	2010	Apoyo Social, Nivel Socioeconómico y Género.	Argentina	Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre el nivel socioeconómico bajo y medio en la percepción de apoyo social total y estructural. La clase baja demostró menor apoyo social percibido que la clase media La percepción de apoyo social estructural también fue menor en la clase baja. Con

				respecto a la percepción de apoyo social por sexo no se observaron diferencias significativas. En cuanto a la depresión y apoyo social percibido se pudo observar que había diferencias significativas en la depresión, según la percepción de apoyo social, categorizado en bajo, medio y alto.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Todos los autores.

3.5 El Burnout y la relación con la personalidad

Se han realizado numerosas investigaciones en cuanto a la personalidad y su relación con el síndrome de burnout, la mayoría de ellas apuntan a que las personalidades tipo A son la más propensas a desarrollar el síndrome debido a que son personalidades más autoexigentes y que requieren mayor autoeficacia.

3.5.1 Definición de personalidad

Según Freud, (1920) la personalidad humana surge del conflicto entre nuestros impulsos instintivos tendentes a la agresividad y a la búsqueda del placer, por un lado, y los límites sociales que se les impone por otro. La personalidad se construye como un intento de conciliar estas dos instancias buscando la satisfacción de nuestros instintos sin ser víctimas de los sentimientos de culpa o castigo. Para explicar este conflicto Freud construyó unos conceptos teóricos que interactuaban entre sí: el ello, el yo y el super-yo.

W. Allport, (1837): Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos.

H. J. Eysenk, (1987): La personalidad es la suma total de los patrones de conducta actuales o potencial de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente y que se originan y desarrollan mediante la interacción del sector cognitivo, conativo (carácter), afectivo (temperamento) y somático (constitución)".

J. L. Pinillos, (1975): Define a la personalidad como "Lo propio del comportamiento de tal cual".

Cattel, (1950) afirma que la personalidad es "aquello que nos dice lo que una persona hace cuando se encuentra en una situación determinada. Una de las aplicaciones más importantes del análisis factorial de Cattell en la psicología fue la definición de 16 factores o rasgos fundamentales que subyacían a la personalidad humana.

Vazquez, (1981): define a la personalidad como una configuración estable de todas las capacidades en torno a un fin que opera como valor unitivo interior y de conducta y por eso jerarquiza esas capacidades y da al sujeto a su actuar un perfil singular y una eficacia real.

En síntesis la personalidad es un constructo psicológico que denota las características únicas de cada individuo, las cuales persisten durante toda su vida, a través de diferentes situaciones.

3.5.2 Tipos de personalidad.

Existen varios tipos de personalidad los mismos que los diferentes autores han clasificado de diferentes maneras:

Eysenck, (1987) sigue las Teorías de Galeno, un pensador y médico del s. III., el cual distinguió cuatro tipos de personalidad o temperamento:

- **Sanguíneos:** Los rasgos que caracterizan este tipo son la extraversión, la sociabilidad y la energía.
- **Flemático:** Los flemáticos son introvertidos, ecuánimes, serenos y tranquilos.
- **Coléricos:** Los coléricos son excitables, agresivos e impulsivos.
- **Melancólicos:** son serios, rígidos e insociables.

La Tipología de Sheldon, (1940). Esta tipología se basa en las características físicas o biotipo que supuestamente afecta al comportamiento psíquico de los individuos. Sheldon diferencia tres tipos morfológicos:

- **Los Endomorfos o Viscerotónicos.** (Los Quijotes) Con predominio digestivo. Su aspecto físico se caracteriza por una estatura no muy alta y aspecto obeso. Se caracterizan por su actitud amable y bonachona; son tolerantes y sociables. Necesitan de la aprobación del medio social.
- **Los Mesomorfos o Somatotónicos.** (El Hércules) Con predominio muscular. Sus características físicas son del tipo atlético, es decir, son altos, y fornidos. Principalmente son aventureros, agresivos, claros, activos, ruidosos y dispersos.
- **Tipo Ectomórfico o Cerebrotónicos:** (Los Sancho Panza) Con predominio cerebral. Físicamente se caracterizan por su elevada estatura, y su aspecto no muy fuerte. Además, son excesivamente nerviosos, recelosos, inhibidos socialmente, minuciosos y de fácil concentración. Socialmente se caracterizan por el gusto por la soledad, y las actividades que se realizan en soledad (arte, estudio)

Meyer Friedman y Ray Rosenman, (1959) Personalidad tipo A y B. En el año de 1959, los doctores cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman en San Francisco, California, con el intento de determinar cuáles eran los rasgos de personalidad de personas que habían sido afectados por un infarto de miocardio, observaron la existencia de un intenso deseo de tener éxito y una competitividad elevada. Entonces, pusieron un conjunto de características de comportamiento para intentar describir la forma en la que estos pacientes se comportaban y a este tipo de personalidad le dieron el nombre de tipo A.

Ellos fueron los creadores de la teoría que existan dos tipos de personalidades el tipo A y el tipo B.

- **Personalidad tipo A.-** Los individuos con personalidad tipo A, pueden describirse como personas impacientes, sugestionados, competitivos, ambiciosos, mal humorados, agresivos en los negocios, estresados y evitan el relajamiento. Los individuos con este tipo de personalidad sienten rechazo hacia los individuos que tienen el tipo de personalidad B.
- **Personalidad tipo B.-** Los individuos de personalidad tipo B, por el contrario, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar. No son grandes triunfadores en los negocios y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando ellos buenamente se sienten con deseos de completar sus metas. Son personas apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés.

3.5.3 Patrones de conducta y personalidad

De acuerdo con el DSM IV Los patrones de conducta son normas de carácter específico que sirven de guía para orientar la acción ante circunstancias específicas, entre los principales patrones de conducta tenemos:

- **Patrón de conducta paranoide**: desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.
- **Patrón de conducta esquizoide**: dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación y crítica.
- **Patrón de conducta histriónico**: conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

- **Patrón de conducta narcisista**: sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.
- **Patrón de conducta antisocial**: conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás, se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.
- **Patrón de conducta límite (borderline):** inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.
- **Patrón de conducta de evitación:** hipersensibilidad al rechazo, la humillación, o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto y baja autoestima.
- **Patrón de conducta de dependencia:** pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias, subordinación e incapacidad para valerse solo, falta de autoconfianza.
- **Patrón e conducta obsesivo-compulsivo de la personalidad:** perfeccionismo, obstinación, indecisión obsesiva devoción al trabajo y al rendimiento, dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

3.5.4 Locus de control.

David G. Myers, (2005) El locus de control "Es la magnitud en que la gente percibe que los resultados son controlables internamente, ya sea por sus propios esfuerzos y acciones, o de forma externa, por la suerte o fuerzas exógenas.

Para Rotter, (1981) el locus de control es una expectativa frecuente, o estrategia cognoscitiva, mediante la cual las personas evalúan las situaciones. Por lo tanto, las personas que manejan un **control interno** (locus interno) están convencida de que pueden controlar su propio destino, es decir, que con su trabajo duro, destreza, habilidades y capacitación, van ellos mismos, forjando su vida o su conducta en cualquier medio que se desenvuelvan.

En cambio, las personas con un **control externo** (locus externo), no se creen capaces de controlar su destino, más bien están convencidas de que el azar, la suerte y la conducta de los demás determinan su destino y se consideran imposibilitadas para cambiar el curso de su vida, es decir, lo que le suceda estaría gobernado por fuerzas externas a ellas.

De acuerdo con las descripciones anteriores el locus de control es la forma en que las personas sienten que suceden los eventos en su vida, estos pueden ser percibidos mediante:

- **Locus de control interno:** la causa del éxito o fracaso es ubicado o percibido por la persona como algo interno a ella, como pueden ser sus habilidades y el esfuerzo que dedica a cada tarea escolar; las personas confían en sus habilidades, esfuerzo y persistencia en una tarea para llegar a un resultado deseado, lo cual induce a pensar que los resultados pueden ser controlables, por lo que es posible hacer algo, por ejemplo: aprender, practicar, para alcanzar el éxito.
- **Locus de control externo:** cuando la persona percibe que los resultados dependen de causas o factores externos, como pueden ser la suerte y el destino, se asume que el resultado no depende de la persona, sino de algo externo a ella, por ejemplo: la suerte, el destino; las expectativas tenderán a ser poco estables, se espera un resultado como algo anhelado, más bien con esperanza de que ocurra, pero sin seguridad de obtenerlo.

3.5.5 Investigaciones realizadas:

A continuación se presenta un cuadro en el cual se sintetizan las investigaciones realizadas en cuanto al tema.

Cuadro 11. Investigaciones acerca de la personalidad y su relación con el burnout.

AUTOR	AÑO	TEMA	LUGAR	RESULTADOS
Lurdes	2012	Identificación del Burnout	Azoguez	La investigación mostró que en

Pezantez Molina		en profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier de Azoguez.		cuanto al cuestionario de personalidad EPQR-A, se pudo observar que tanto los médicos como las enfermeras presentan niveles bajos de Neuroticismo, Psicoticismo y sinceridad y presenta niveles altos en extroversión.
Susana Landázuri Rosero.	2012	"Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el período 2011 - 2012"	Tulcán	De los 15 médicos y 15 enfermeras encuestados del Hospital "Luis G. Dávila" de Tulcán, se determina que la Extraversión es la personalidad que predomina tanto en participantes con burnout como en los que no presentan burnout, seguido de psicoticismo.
Miriam Useche Parada	2008	"Factores de personalidad relacionados con el síndrome de Burnout"	Bogotá	La investigación dio como resultado que 1) los factores de personalidad tipo A predisponentes al Síndrome de Burnout corresponde a un perfil psicológico de respuesta excesiva, agresiva y tensa; son personas competitivas ambiciosas y hostiles que demuestran dominancia y control. 2) Los factores de personalidad tipo B que son predisponentes al Burnout son el neuroticismo y la extroversión y 3) No hay personas con personalidad tipo C predisponentes al Burnout.
Marcela corredor y Jenny Monroy	2009	"Descripción y comparación de patrones de conducta, estrés laboral y burnout en personal sanitario"	Colombia	En la investigación se concluyó que en la descripción y comparación de los patrones de conducta, niveles de estrés laboral y síndrome de Burnout de acuerdo a las profesiones, se

				obtuvo que son los médicos los que presentan más patrón de conducta de tipo A con un 42.2%; los auxiliares con 42.2% presenta más patrón de conducta tipo B. en cuanto al estrés laboral y síndrome de burnout, las puntuaciones fueron muy similares.

Elaborado por: Paola Vintimilla
Fuente: Todos los autores.

4. METODOLOGIA

4.1 Diseño de investigación

El diseño de investigación constituye *"El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación".* (Hernández. 2006), el diseño debe responder a las preguntas de investigación.

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

Esta investigación posee las siguientes características:

Es cuantitativa: Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.
Es no experimental: Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
Es transeccional (transversal): Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.
Es exploratorio: Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
Es descriptivo: Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

4.3 Población y contextualización.

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" de la ciudad de Cuenca, en total fueron 31 personas encuestadas 18 enfermeras y 13

médicos, entre ellos 23 son mujeres y 8 varones, todos en servicio activo y que coinciden con las ocho horas laborables obligatorias.

El hospital “José Carrrasco Arteaga” fue fundado el 3 de noviembre del 2000; es zonal y docente, su área de gestión abarca las provincias de Azuay, Cañar, Morona Santiago, Loja, El Oro y Zamora Chinchipe. Labora en forma ininterrumpida los 365 días del año. La consulta externa funciona doce horas consecutivas (7:00 a 19:00 H).

Visión.

Ser el mejor centro de atención médica del país, que contando con personal altamente capacitado, una óptima organización técnica, administrativa y operativa, equipos y tecnología de última generación, es un referente nacional de tratamientos de calidad en todo nivel de especialidad y que además realiza procesos continuos de investigación científica y de docencia.

Misión.

Brindar atención en las contingencias de salud mediante la satisfacción de las necesidades biopsicosociales de sus usuarios internos y externos a través de la prestación de servicios médicos integrales, éticos, actualizados y de especialidad, contando con infraestructura médico sanitaria óptima, equipamiento adecuado, tecnología moderna y profesionales capacitados que cumplen con los programas de salud, con oportunidad, calidad, calidez y eficiencia.

4.4 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados con la finalidad de cumplir con los objetivos planteados, estos instrumentos fueron:

Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en

el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral.

La escala ***MBI*** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

- Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).- El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- Ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).-Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validad en la población Española la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.

- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.

Cuestionario MOS de Apoyo Social.- Es un cuestionario auto - administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

- Apoyo emocional: Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- Apoyo material o instrumental: Contar con ayuda doméstica.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Incluye contar con otras personas para comunicarse.
- Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

Además de investigar las dimensiones de apoyo básico antes mencionadas también brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo.

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

- Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.
- Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a la cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicoticismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

4.5 Recolección de datos

Para la recolección de datos primero se presentó la solicitud por parte de la UTPL en el Departamento de Investigación y Docencia del Hospital del IESS "JCA", luego de ser aceptada se procedió a informar a los participantes acerca del objetivo de la investigación, a los que deseaban participar se les entregó en un sobre individual los cuestionarios y el consentimiento informado indicándoles que se procedería a retirar los cuestionarios llenos en los próximos siete días. La recolección de datos se resume en las siguientes fases:

- Primera fase: entrega de solicitud de aceptación para realizar la investigación, la misma se entregó en el departamento de investigación y docencia del hospital del IESS "JCA".
- Segunda fase: aceptación de la solicitud por parte del departamento de investigación y docencia y por el comité de bioética.

- Tercera fase: información a los participantes acerca de la investigación y entrega de los cuestionarios en sobre cerrado y de manera individual.
- Cuarta fase: retiro de los sobres con los cuestionarios llenos.

Fueron entregados 40 sobres y al cabo de un mes y medio tuve en mis manos los cuestionarios llenos de 31 participantes los mismos que conforman la muestra de mi investigación.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Para mayor facilidad de entendimiento el análisis se va a efectuar tomando en cuenta a médicos sin burnout, médicos con burnout, enfermeras sin burnout y enfermeras con burnout.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL.
MÉDICOS SIN BURNOUT.

Tabla 1. Género.

GÉNERO		
Nombre	**Fr**	**%**
Masculino	6	54,5454545
Femenino	5	45,4545455
TOTAL	11	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos indica que de los 13 médicos sin burnout el 45% son mujeres y el 55% son varones, el promedio de edad es de 49 años.

MÉDICOS CON BURNOUT

Tabla 2. Género

GÉNERO		
Nombre	**Fr**	**%**
Masculino	2	100
Femenino	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que el 100% de médicos que presentan burnout son varones, y el promedio de edad es de 45 años.

ENFERMERAS SIN BURNOUT.

Tabla 3. Genero

GÉNERO		
Nombre	**Fr**	**%**
Masculino	0	0
Femenino	17	100
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que el 100% de las enfermeras sin burnout son mujeres y el promedio de edad es de 47 años.

ENFERMERAS CON BURNOUT

Tabla 4. Género

GÉNERO		
Nombre	**Fr**	**%**
Masculino	0	0
Femenino	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que el 100% de enfermeras son mujeres, este porcentaje representa a una enfermera, cuya edad es de 46 años.

MÉDICOS SIN BURNOUT.

Tabla 5. Estado civil.

ESTADO CIVIL		
Nombre	**Fr**	**%**
Soltero	1	9,09090909
Casado	7	63,6363636
Viudo	2	18,1818182
Divor/sepa	1	9,09090909
Unión libre	0	0
TOTAL	11	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos indica que el 63% de médicos sin burnout están casados, el 18% viudos, el 9% solteros y el 9% divorciados, el promedio es de 2 hijos por cada uno.

MÉDICOS CON BURNOUT.

Tabla 6. Estado civil.

ESTADO CIVIL		
Nombre	**Fr**	**%**
Soltero	0	0
Casado	1	50
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	50
Unión libre	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que el 50% de médicos con burnout están casados, mientras que el otro 50% se encuentran divorciados o separados, el promedio es de 2 hijos.

ENFERMERAS SIN BURNOUT.

Tabla 7. Estado civil.

ESTADO CIVIL		
Nombre	**Fr**	**%**
Soltero	4	23,5294118
Casado	10	58,8235294
Viudo	0	0
Divor/sepa	3	17,6470588
Unión libre	0	0
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que el 59% de enfermeras sin burnout están casadas, el 23% son solteras y el 18% divorciadas o separadas, el promedio es de 2 hijos

ENFERMERAS CON BURNOUT.

Tabla 8. Estado civil.

ESTADO CIVIL		
Nombre	**Fr**	**%**
Soltero	1	100
Casado	0	0
Viudo	0	0
Divor/sepa	0	0
Unión libre	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que el 100% de enfermeras que presenta burnout están solteras, esta muestra está representada por 1 enfermera y el promedio de hijos es de 1.

MÉDICOS SIN BURNOUT.

Tabla 9. Turnos.

TURNOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Vespertino	6	40
Matutino	8	53,3333333
Nocturno	0	0
Fin de Sem	0	0
Rotativo	1	6,66666667
TOTAL	15	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que entre los médicos sin burnout, el 53% trabajan en turnos matutinos, el 40% en vespertino y el 7% hacen turnos rotativos, trabajando un promedio de 51 horas semanales.

MÉDICOS CON BURNOUT.

Gráfico 10. Turnos.

TURNOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Vespertino	2	40
Matutino	2	40
Nocturno	0	0
Fin de Sem	1	20
Rotativo	0	0
TOTAL	5	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que de los médicos con burnout, el 40% trabajan en turnos matutinos, el 40% en vespertino y el 20% fines de semana, trabajando un promedio de 62.5 horas semanales.

ENFERMERAS SIN BURNOUT.

Gráfico 11. Turnos.

TURNOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Vespertino	10	17,2413793
Matutino	15	25,862069
Nocturno	9	15,5172414
Fin de Sem	11	18,9655172
Rotativo	13	22,4137931
TOTAL	58	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos muestra que de las enfermeras sin burnout, el 25% trabajan en turnos matutinos, el 22% turnos rotativos, el 19% fines de semana el 17% turnos vespertinos y el 16% turnos nocturnos, el promedio de horas de trabajo es de 40.9.

ENFERMERAS CON BURNOUT.

Tabla 12. Turnos.

TURNOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Vespertino	0	0
Matutino	0	0
Nocturno	0	0
Fin de Sem	0	0
Rotativo	1	100
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Análisis: La tabla nos muestra que el 100% de las enfermeras con burnout trabajan en turnos rotativos y laboran 40 horas semanales, el 100% corresponde a una enfermera.

MÉDICOS SIN BURNOUT.

Tabla 13. Valoración de sus pacientes.

VALORACIÓN		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	63,6363636
Totalmente	4	36,3636364
TOTAL	11	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos indica que el 64% de los médicos sin burnout se sienten bastante valorados por sus pacientes, y el 36% se sienten totalmente valorados.

Tabla 14. Valoración de los familiares de los pacientes.

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	6	54,5454545
Totalmente	5	45,4545455
TOTAL	11	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos indica que el 55% de los médicos sin burnout se siente bastante valorado por los familiares de sus pacientes, mientras que el 45% se siente totalmente valorado.

Tabla 15. Valoración de sus colegas.

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	63,6363636
Totalmente	4	36,3636364
TOTAL	11	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla nos indica que el 64% de los médicos sin burnout se siente bastante valorado por sus pacientes, mientras que el 36% se siente totalmente valorado.

Tabla 16. Valoración de los directivos.

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	9,09090909
Bastante	6	54,5454545
Totalmente	4	36,3636364
TOTAL	11	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 55% de los médicos sin burnout se sienten bastante valorados por los directivos de su institución, el 36% se siente totalmente valorado, mientras que el 9% se siente poco valorado.

MÉDICOS CON BURNOUT.

Tabla 17. Valoración de sus pacientes.

VALORACIÓN		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	50
Totalmente	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 50% de médicos con burnout se siente totalmente valorado por sus pacientes y el otro 50% se siente bastante valorado.

Tabla 18. Valoración de los familiares de sus pacientes.

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	50
Totalmente	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico

Análisis: La tabla muestra que el 50% de médicos con burnout se siente totalmente valorado por los familiares de sus pacientes y el otro 50% se siente bastante valorado.

Tabla 19. Valoración de los colegas.

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	2	100
TOTAL	2	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de médicos con burnout se siente totalmente valorado por sus colegas.

Tabla 20. Valoración de los directivos.

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	1	50
Poco	0	0
Bastante	0	0
Totalmente	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 50% de los médicos con burnout se siente totalmente valorado por sus directivos mientras que el otro 50% se siente bastante valorado.

ENFERMERAS SIN BURNOUT.

Tabla 21. Valoración de sus pacientes.

VALORACIÓN		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	3	17,6470588
Bastante	10	58,8235294
Totalmente	4	23,5294118
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 59% de las enfermeras sin burnout se sienten bastante valoradas por sus pacientes, el 23% totalmente valoradas y el 18% poco valoradas.

Tabla 22. Valoración de los familiares de sus pacientes

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	4	23,5294118
Bastante	8	47,0588235
Totalmente	5	29,4117647
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 47% de las enfermeras sin burnout se sienten bastante valoradas por sus pacientes, el 29% totalmente valoradas y el 24% poco valoradas.

Tabla 23. Valoración de sus colegas.

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	4	23,5294118
Bastante	11	64,7058824
Totalmente	2	11,7647059
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 65% de las enfermeras sin burnout se sienten bastante valoradas por sus colegas, el 23% poco valoradas y el 12% totalmente valoradas.

Gráfico 24. Valoración de los directivos.

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	2	11,7647059
Poco	5	29,4117647
Bastante	6	35,2941176
Totalmente	4	23,5294118
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 35% de las enfermeras sin burnout se sienten bastante valoradas por los directivos, el 24% totalmente valorada y el 29% poco valorada y el 12% nada valoradas.

ENFERMERAS CON BURNOUT.

Tabla 25. Valoración de sus pacientes.

VALORACIÓN		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de las enfermeras con burnout se sienten bastante valorada por sus pacientes, el 100% corresponde a una enfermera.

Tabla 26. Valoración de los familiares de los pacientes.

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de las enfermeras con burnout se sienten bastante valorada por los familiares de sus pacientes, el 100% corresponde a una enfermera.

Tabla 27. Valoración de sus colegas.

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de las enfermeras con burnout se sienten poco valoradas por sus colegas, el 100% corresponde a una enfermera.

Tabla 28. Valoración de los directivos.

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de las enfermeras con burnout se sienten poco valoradas por los directivos de su institución, el 100% corresponde a una enfermera.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

Tabla 29. Satisfacción con el trabajo.

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	5,88235294
Bastante	5	29,4117647
Totalmente	11	64,7058824
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 65% de enfermeras sin burnout están totalmente satisfechas con el trabajo, el 29% bastante satisfechas y el 6% poco satisfechas.

Tabla 30. Satisfacción con la interacción con los pacientes.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	5,88235294
Bastante	5	29,4117647
Totalmente	11	64,7058824
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 64% de enfermeras sin burnout está totalmente satisfecho en cuanto a la interacción con sus pacientes, el 29% bastante satisfecho y el 6% poco satisfecho.

Tabla 31. Satisfacción con el apoyo de los directivos.

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	6	35,2941176
Bastante	7	41,1764706
Totalmente	4	23,5294118
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 41% de enfermeras sin burnout está bastante satisfecho con el apoyo de los directivos, el 35% poco satisfecho y el 23% totalmente satisfechos.

Tabla 32. Satisfacción con la colaboración entre colegas.

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	4	23,5294118
Bastante	7	41,1764706
Totalmente	6	35,2941176
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 35% de enfermeras sin burnout está totalmente satisfecho con la colaboración entre colegas, el 41% bastante satisfecho y el 23% poco satisfecho.

Tabla 33. Satisfacción con la experiencia

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	41,1764706
Totalmente	10	58,8235294
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 59% de enfermeras sin burnout está totalmente satisfecho con su experiencia profesional y 41% bastante satisfecho.

Tabla 34. Satisfacción con la economía.

ECONOMÍA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	1	5,88235294
Poco	6	35,2941176
Bastante	2	11,7647059
Totalmente	8	47,0588235
TOTAL	17	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 47% de enfermeras sin burnout está totalmente satisfecho con su economía, el 12% bastante satisfecho, el 35% poco satisfecho y el 6% nada satisfecho.

ENFERMERAS CON BURNOUT

Tabla 35. Satisfacción con el trabajo.

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de enfermeras con burnout está bastante satisfecho con su trabajo, el 100% corresponde a una enfermera.

Tabla 36. Satisfacción con la interacción con sus pacientes.

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de enfermeras con burnout está bastante satisfecho con su interacción con los pacientes, el 100% corresponde a una enfermera.

Tabla 37. Satisfacción con el apoyo de los directivos.

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de enfermeras con burnout está poco satisfecha con el apoyo de sus directivos, el 100% corresponde a una enfermera.

Tabla 38. Satisfacción con la colaboración entre colegas.

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de enfermeras con burnout está poco satisfecho con la colaboración de sus colegas, el 100% corresponde a una enfermera.

Gráfico 39. Satisfacción con su experiencia.

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de enfermeras con burnout está bastante satisfecho con su experiencia, el 100% corresponde a una enfermera.

Tabla 40. Satisfacción con su economía.

ECONOMÍA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	1	100
Totalmente	0	0
TOTAL	1	100

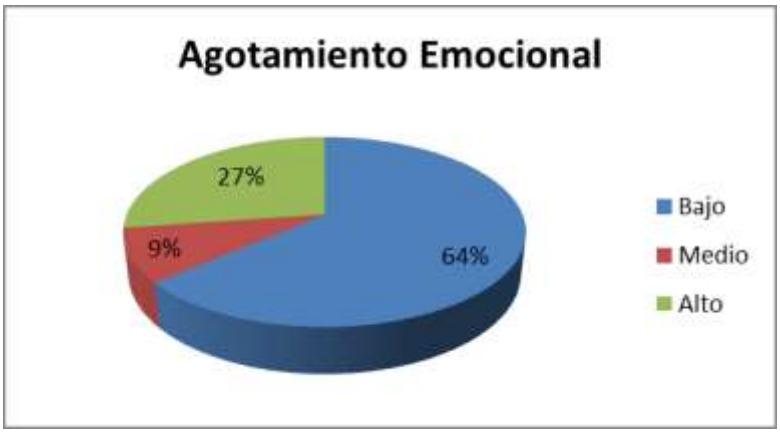
Fuente: Cuestionario sociodemográfico.

Análisis: La tabla muestra que el 100% de enfermeras con burnout está bastante satisfecho con su economía, el 100% corresponde a una enfermera.

CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).

MÉDICOS SIN BURNOUT.

Gráfico 1. Agotamiento emocional.



Fuente: Cuestionario MBI

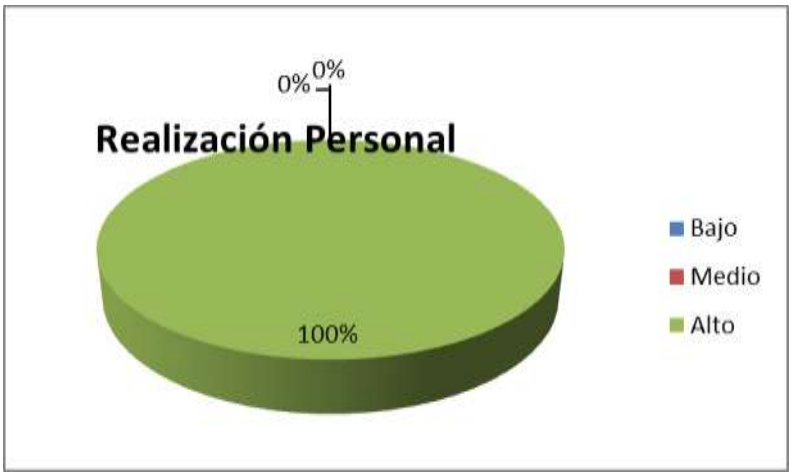
Análisis: El gráfico muestra que el 64% de médicos sin burnout tiene un nivel bajo de agotamiento emocional, el 2% presenta un nivel alto y el 9% un nivel medio.

Gráfico 2. Despersonalización.

Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos sin burnout presenta un nivel bajo de despersonalización.

Gráfico 3. Realización personal

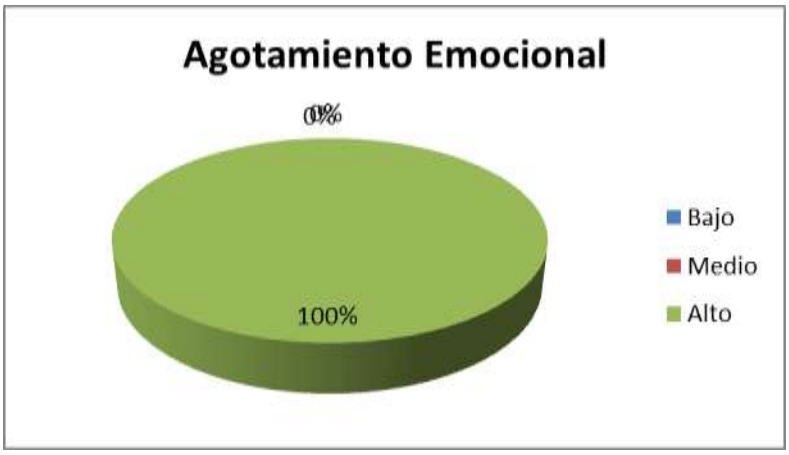


Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos sin burnout presenta un nivel alto de realización personal.

MÉDICOS CON BURNOUT

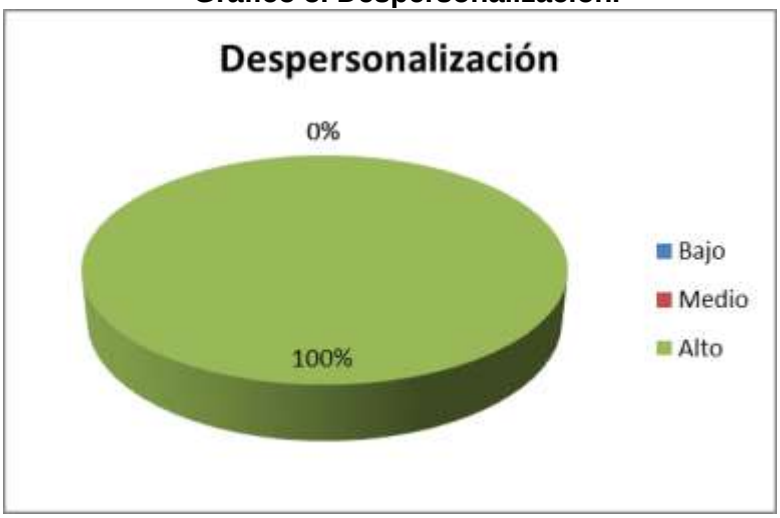
Gráfico 4. Agotamiento emocional.



Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos con burnout presenta un nivel alto de agotamiento emocional.

Gráfico 5. Despersonalización.



Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos con burnout presenta un nivel alto de despersonalización.

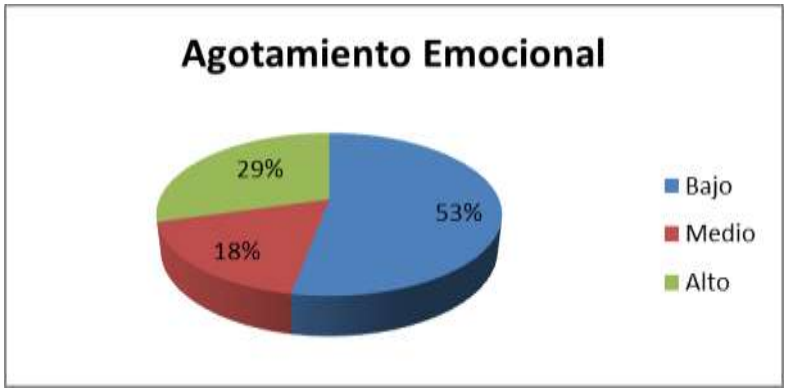
Gráfico 6. Realización personal

Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos con burnout presenta un nivel alto de realización personal.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

Gráfico 7. Agotamiento emocional



Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 53% de enfermeras sin burnout presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, el 29% presenta un nivel alto y el 18% un nivel medio.

Gráfico 8. Despersonalización

Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 94% de enfermeras sin burnout presenta un nivel bajo de despersonalización y el 6% un nivel alto.

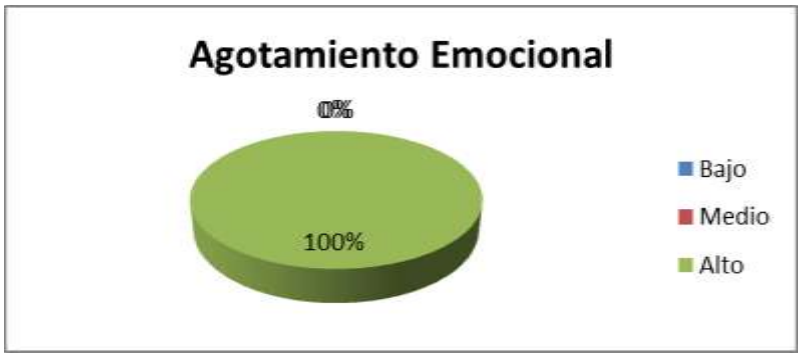
Gráfico 9. Realización personal.

Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de enfermeras sin burnout presenta un nivel alto de realización personal.

ENFERMERAS CON BURNOUT

Gráfico 10. Agotamiento emocional.



Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de enfermeras con burnout presenta un nivel alto de agotamiento emocional, este porcentaje está representado por una enfermera.

Gráfico 11. Despersonalización.

Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de enfermeras con burnout presenta un nivel alto de despersonalización, este porcentaje está representado por una enfermera.

Gráfico 12. Realización personal.

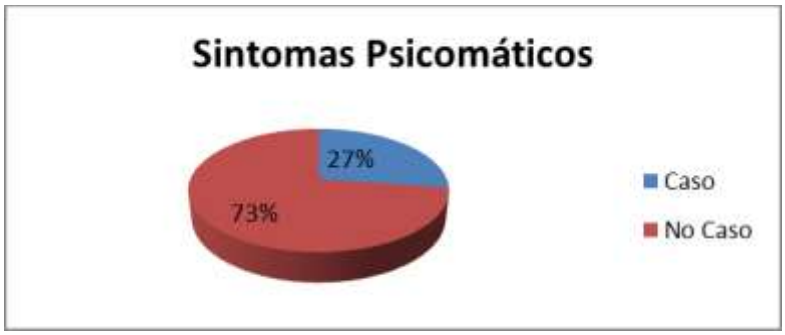
Fuente: Cuestionario MBI

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de enfermeras con burnout presenta un nivel alto de realización personal, este porcentaje está representado por una enfermera.

SALUD MENTAL CON LAS DIMENSIONES CORRESPONDIENTES.

MÉDICOS SIN BURNOUT.

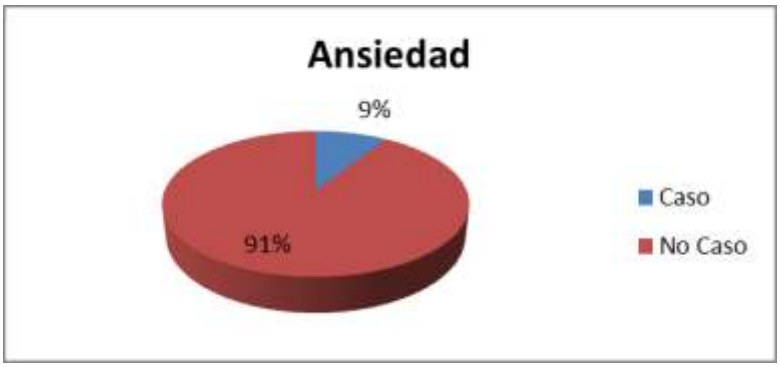
Gráfico 13. Síntomas psicosomáticos.



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 73 % de médicos sin burnout no presenta síctomas psicosomáticos y el 27% si presentan.

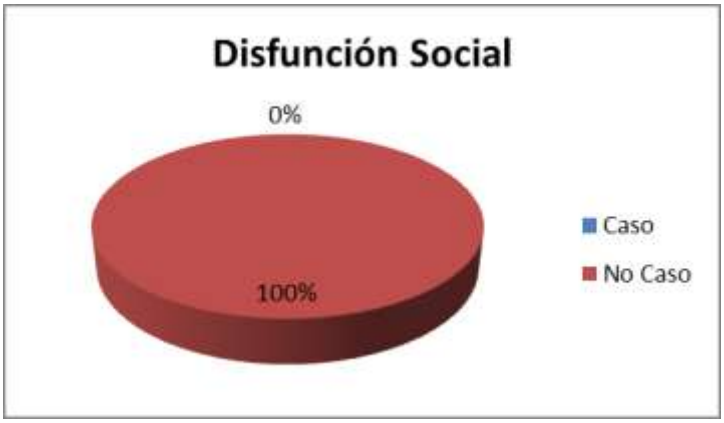
Gráfico 14. Ansiedad



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: la tabla muestra que el 91% de médicos sin burnout no presentan ansiedad y el 9% si presentan.

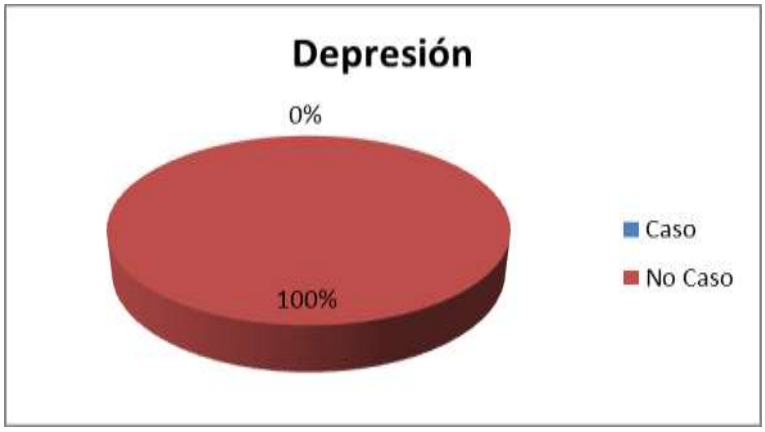
Gráfico 15. Disfunción social



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos sin burnout no presenta disfunción social.

Gráfico 16. Depresión

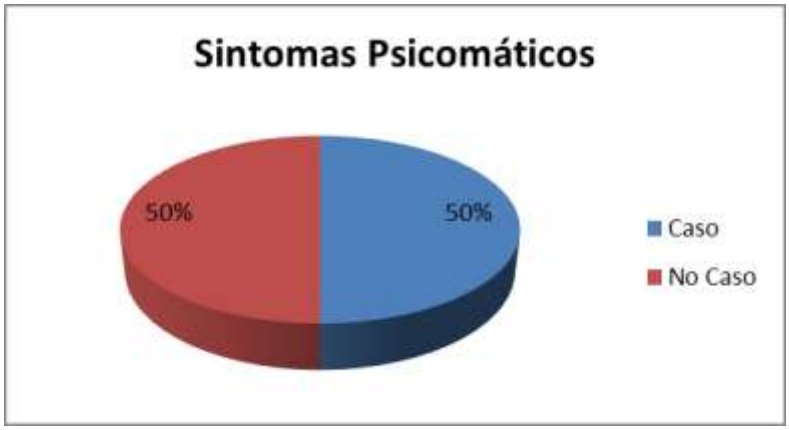


Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos sin burnout no presentan depresión.

MÉDICOS CON BURNOUT

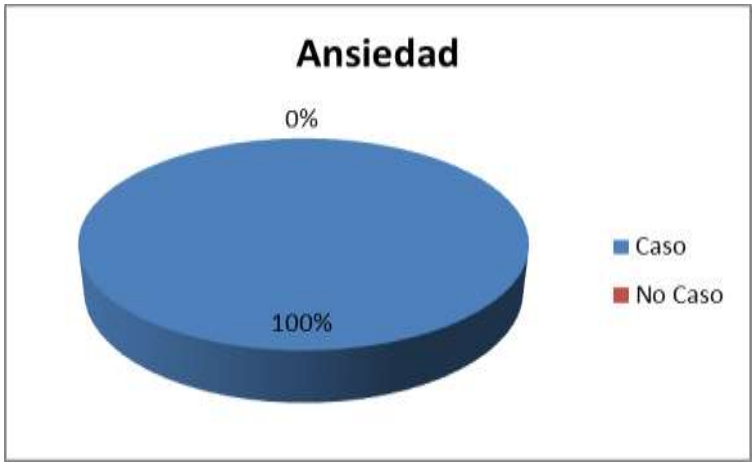
Gráfico 17. Síntomas psicosomáticos



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 50% de médicos con burnout presentan síntomas psicosomáticos y el otro 50% no.

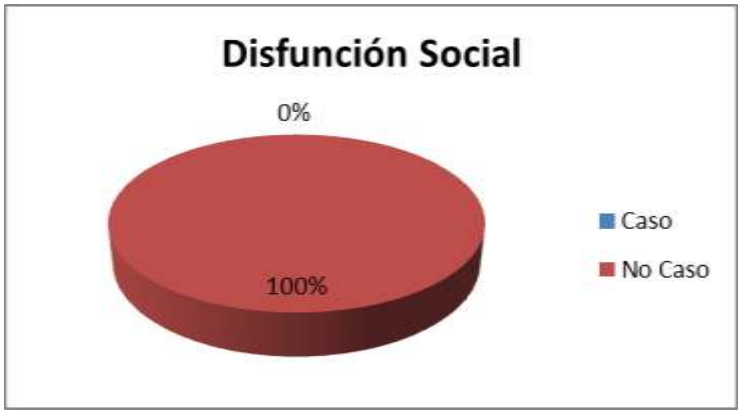
Gráfico 18. Ansiedad



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos con burnout presentan ansiedad.

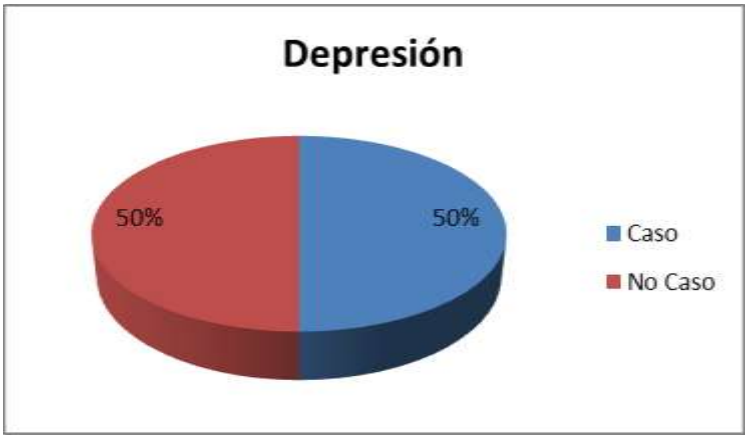
Gráfico 19. Disfunción social



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de médicos con burnout no presentan disfunción social.

Gráfico 20. Depresión

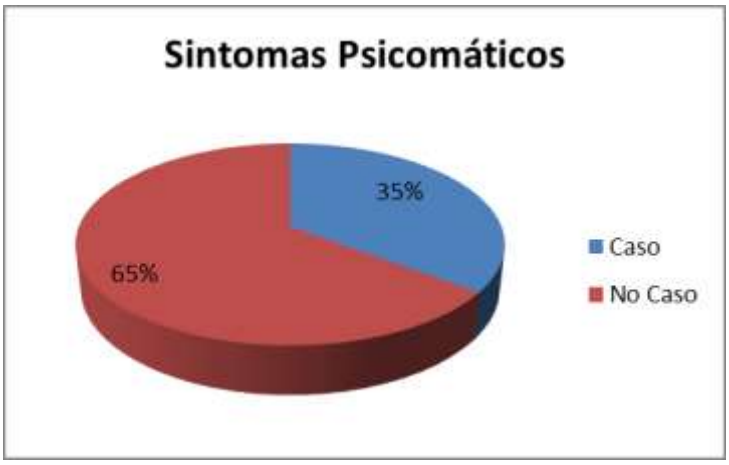


Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 50% de médicos con burnout presentan depresión y el otro 50% no.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

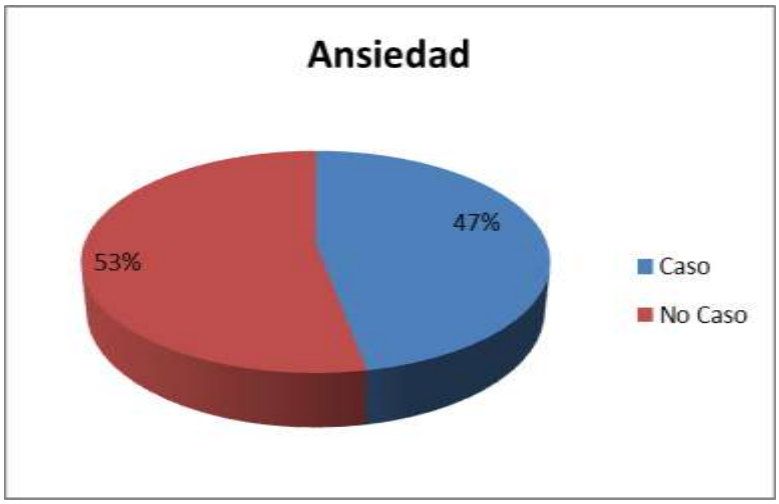
Gráfico 21. Síntomas psicosomáticos



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 65% de enfermeras sin burnout no presentan síntomas psicosomáticos y el 35% si.

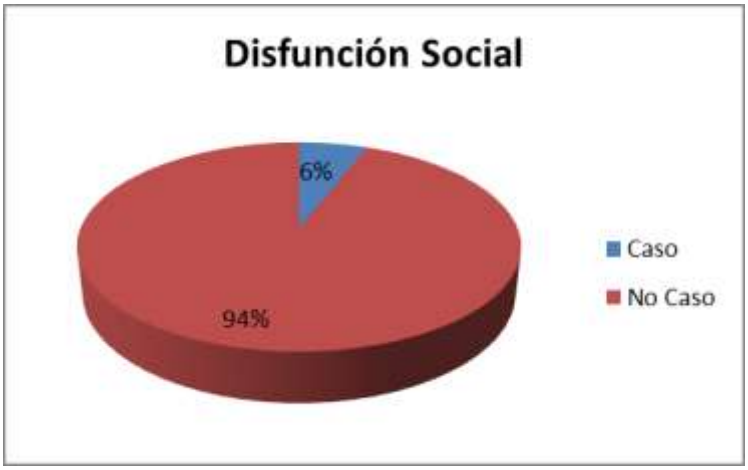
Gráfico 22. Ansiedad



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 53% de enfermeras sin burnout no presentan síntomas de ansiedad y el 47% sí presentan.

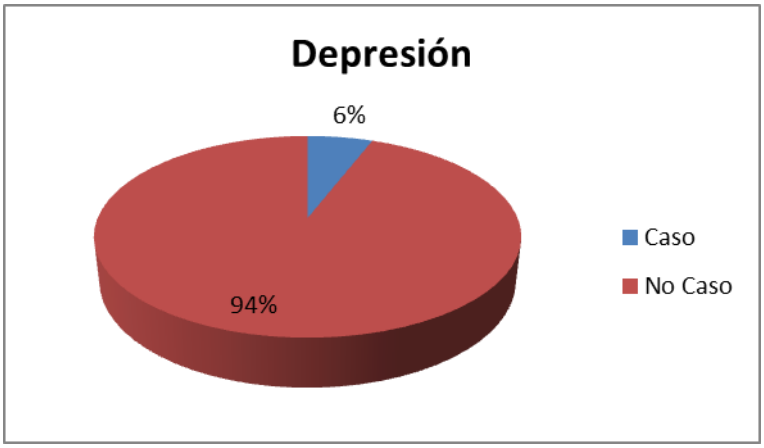
Gráfico 23. Disfunción social



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 94% no presentan disfunción social y el 6% sí.

Gráfico 24. Depresión

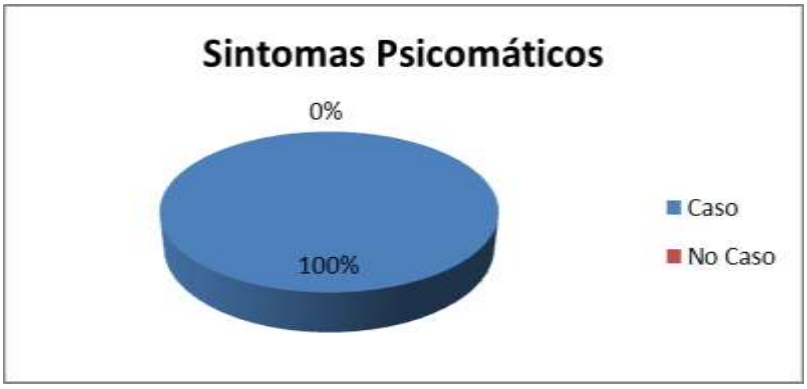


Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 94% de enfermeras sin burnout no presentan depresión y el 6% sí.

ENFERMERAS CON BURNOUT

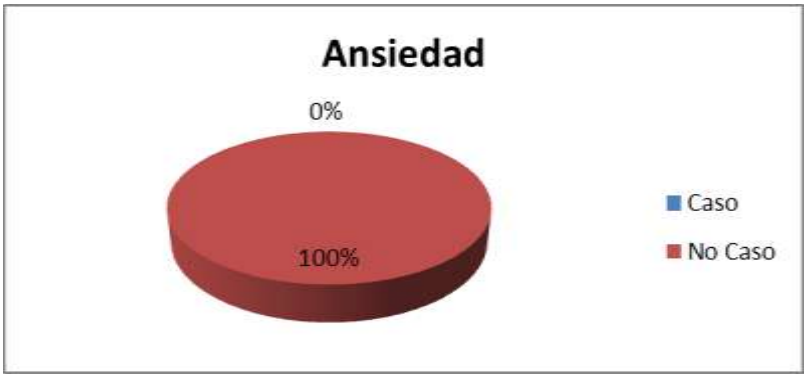
Gráfico 25. Síntomas psicosomáticos



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que el 100% de enfermeras con burnout presenta síntomas psicosomáticos, este porcentaje está representado por una enfermera.

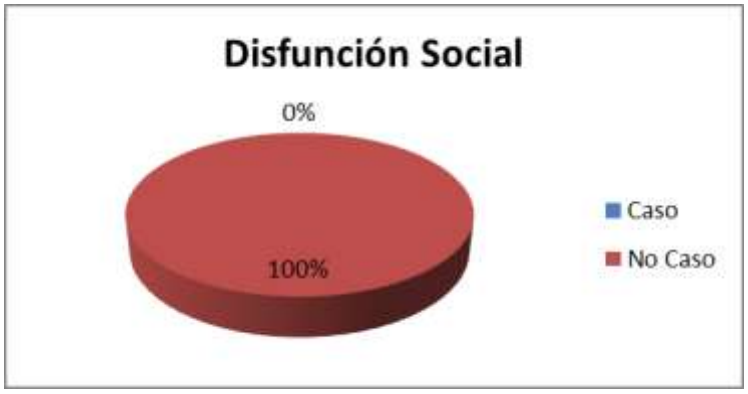
Gráfico 26. Ansiedad



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que las enfermeras con burnout no presentan ansiedad, esta porcentaje está representado por una enfermera.

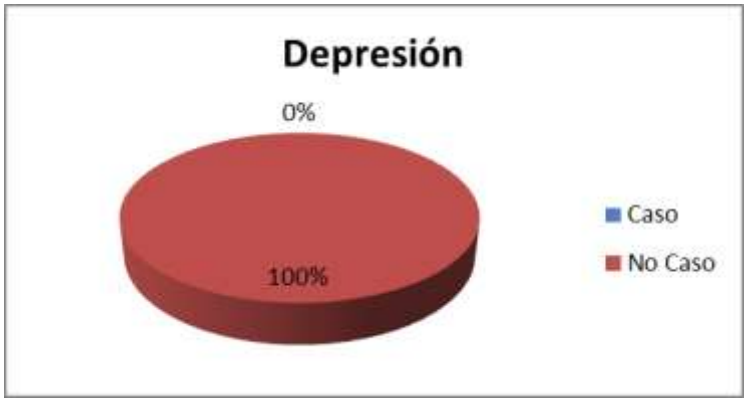
Gráfico 27. Disfunción social



Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que las enfermeras con burnout no presentan disfunción social, este porcentaje está representado por una enfermera.

Gráfico 28. Depresión



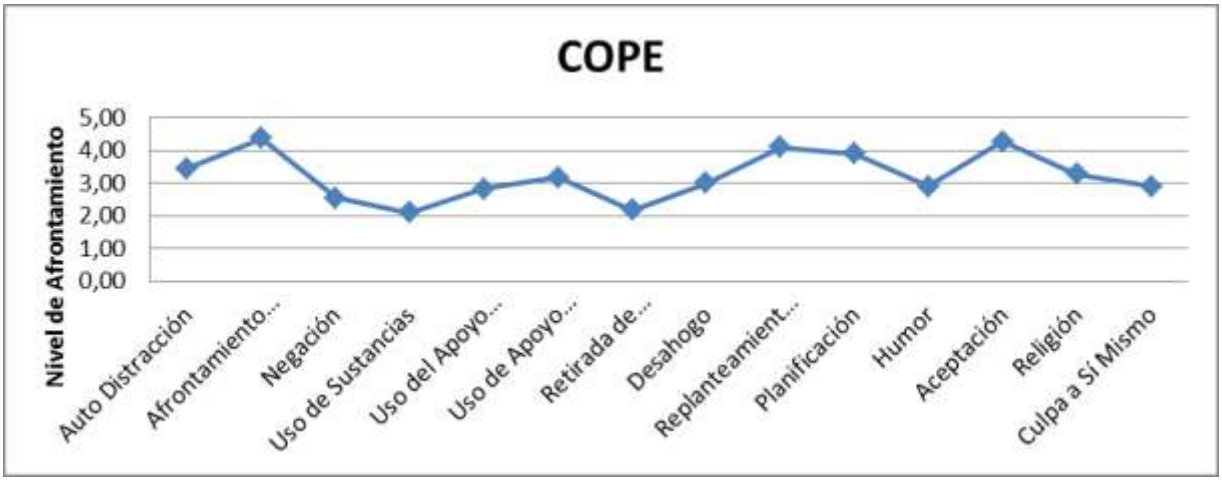
Fuente: Cuestionario de salud mental (GHQ 28)

Análisis: El gráfico muestra que las enfermeras con burnout no presentan depresión, este porcentaje está representado por una enfermera.

ESTILOS DE AFRONTAMIENTO Y SUS SUBESCALAS.

MÉDICOS SIN BURNOUT.

Gráfico 29. Estilos de afrontamiento

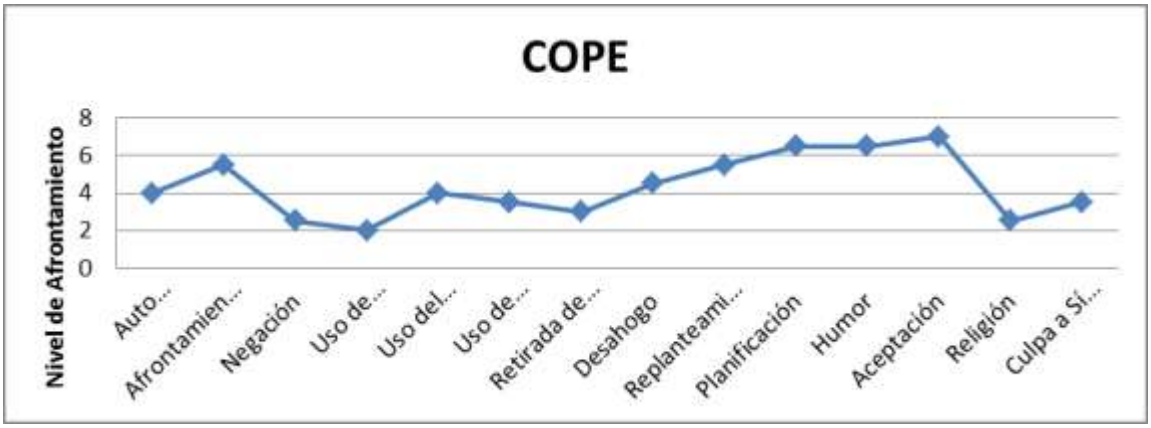


Fuente: Escala multidimensional de los estilos de afrontamiento.

Análisis: El gráfico muestra que entre los estilos de afrontamiento que utilizan los médicos sin burnout se destacan: afrontamiento activo, uso del apoyo instrumental, replanteamiento positivo, planificación aceptación y religión.

MÉDICOS CON BURNOUT

Gráfico 30. Estilos de afrontamiento.

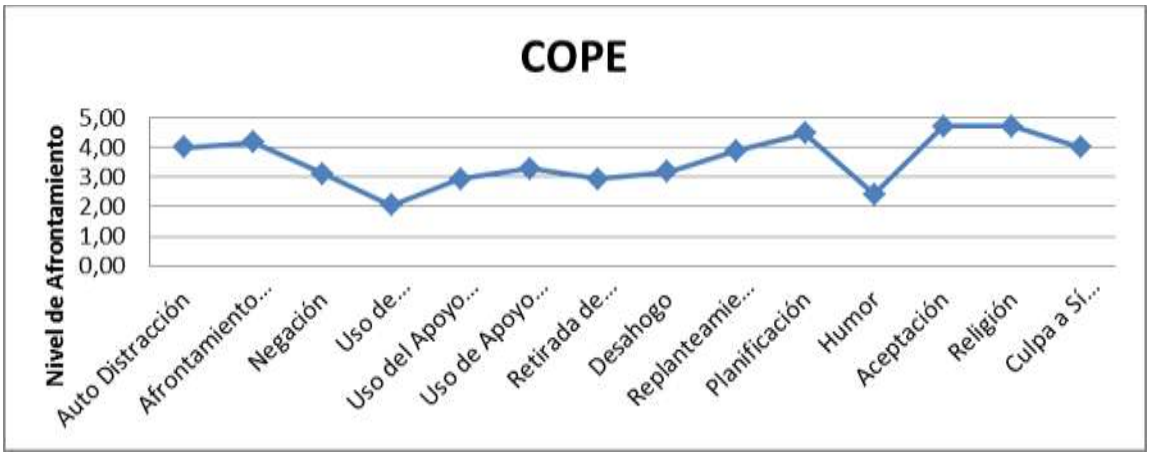


Fuente: Escala multidimensional de los estilos de afrontamiento.

Análisis: El gráfico muestra que entre los estilos de afrontamiento que utilizan los médicos con burnout se destacan: afrontamiento activo, uso del apoyo emocional, replanteamiento positivo, humor y aceptación.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

Gráfico 31. Estilos de afrontamiento

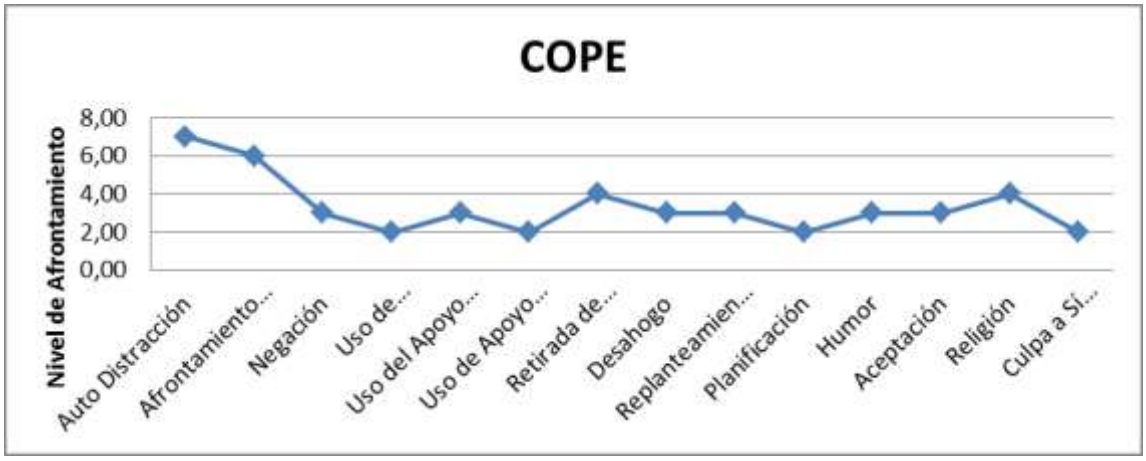


Fuente: Escala multidimensional de los estilos de afrontamiento.

Análisis: El gráfico muestra que entre los estilos de afrontamiento que utilizan las enfermeras sin burnout están: autodistracción, afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación aceptación, religión. También sobre sale culpa a sí mismo.

ENFERMERAS CON BURNOUT

Gráfico 32. Estilos de afrontamiento



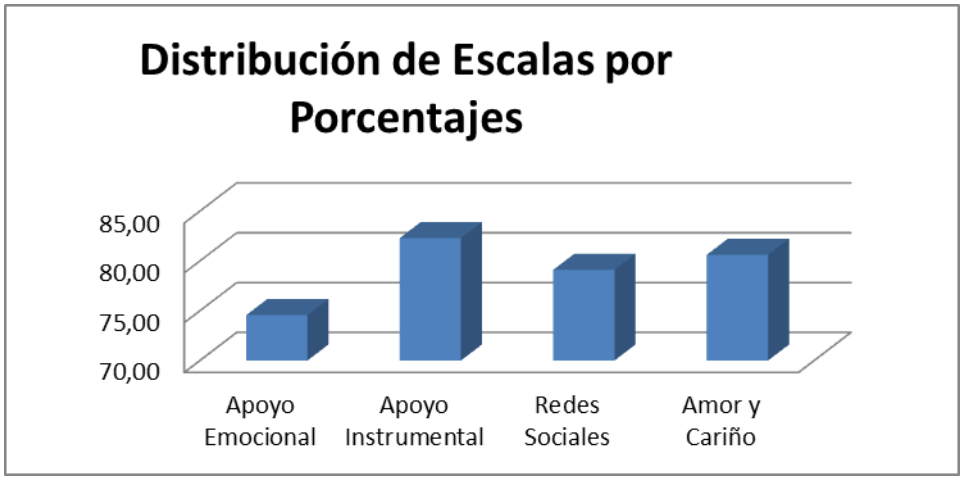
Fuente: Escala multidimensional de los estilos de afrontamiento.

Análisis: El gráfico muestra que entre los estilos de afrontamiento que utilizan las enfermeras con burnout están: autodistracción, afrontamiento activo, retirada de comportamiento y religióso.

APOYO SOCIAL

MÉDICOS SIN BURNOUT

Gráfico 33. Tipo de apoyo percibido



Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social.

Análisis: El gráfico muestra que los médicos sin burnout perciben en un 82% de apoyo instrumental, 80% de amor y cariño, 79% de las redes sociales y en un 74% de apoyo emocional

MÉDICOS CON BURNOUT

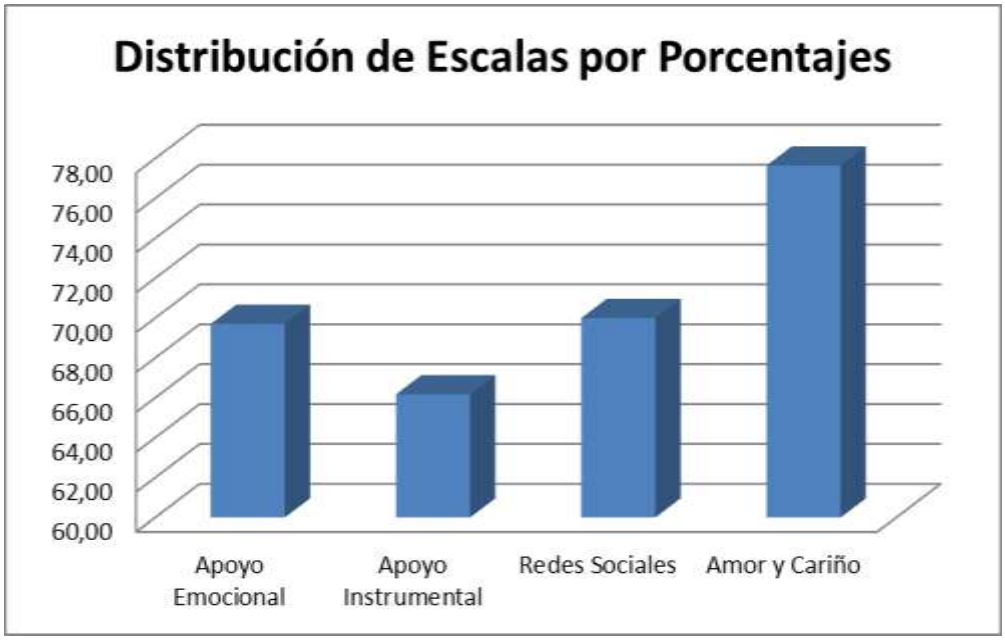
Gráfico 34. Tipo de apoyo percibido.

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social.

Análisis: El gráfico muestra que los médicos con burnout perciben en un 80% de apoyo instrumental, 100% de amor y cariño, 96% apoyo de las redes sociales y en un 93% de apoyo emocional.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

Gráfico 35. Tipo de apoyo percibido

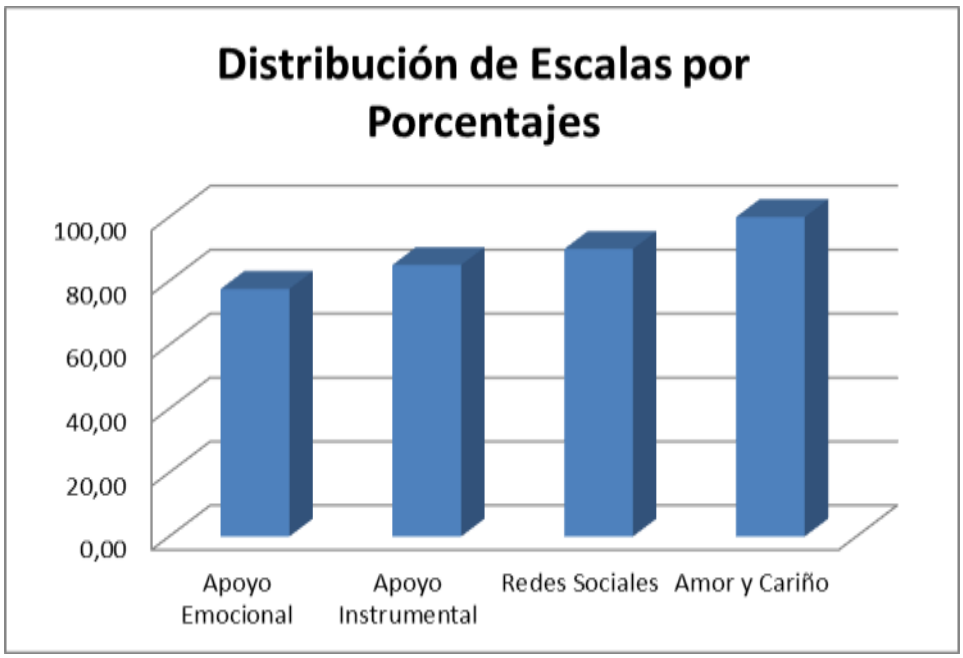


Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social.

Análisis: El gráfico muestra que las enfermeras sin burnout perciben un 70% de apoyo emocional, 66% de apoyo instrumental, 70% de apoyo de las redes sociales y 78% de amor y cariño.

ENFERMERAS CON BURNOUT

Gráfico 36. Tipo de apoyo percibido



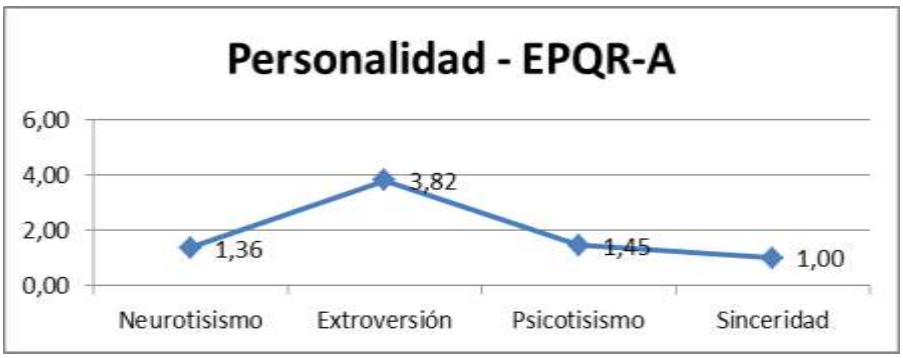
Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social.

Análisis: El gráfico muestra que las enfermeras con burnout perciben un 78% de apoyo emocional, 85% de apoyo instrumental, 90% de apoyo de las redes sociales y 100% de amor y cariño.

PERSONALIDAD

MÉDICOS SIN BURNOUT

Gráfico 37. Tipos de personalidad

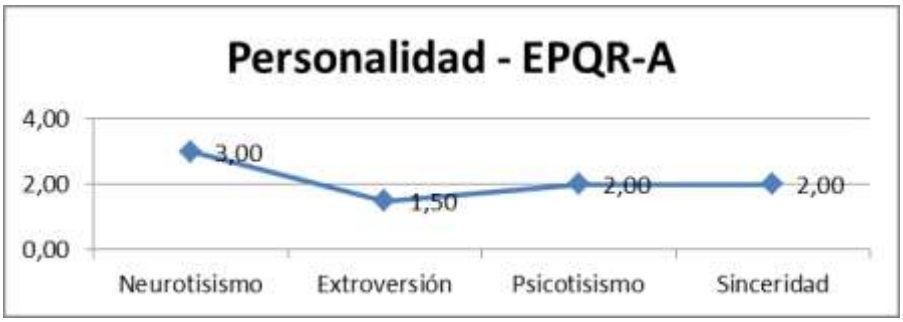


Fuente: Cuestionario de personalidad de Eynsek (EPQR A)

Análisis: El gráfico muestra que entre los médicos sin burnout la prevalece la extroversión con 50%, psicoticismo con 19%, neuroticismo con 18% y sinceridad con 13%

MÉDICOS CON BURNOUT

Gráfico 38. Tipos de personalidad

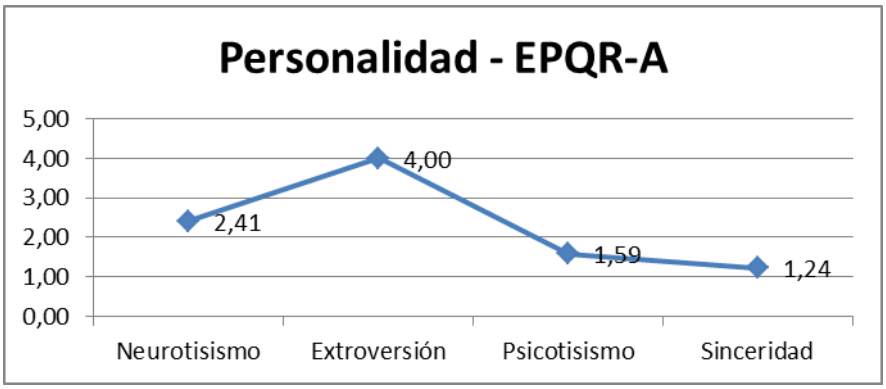


Fuente: Cuestionario de personalidad de Eynsek (EPQR A)

Análisis: El gráfico muestra que entre los médicos con burnout la prevalece el neuroticismo con 13%, psicoticismo y sinceridad con 8% y extroversión con 6%.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

Gráfico 39. Tipos de personalidad

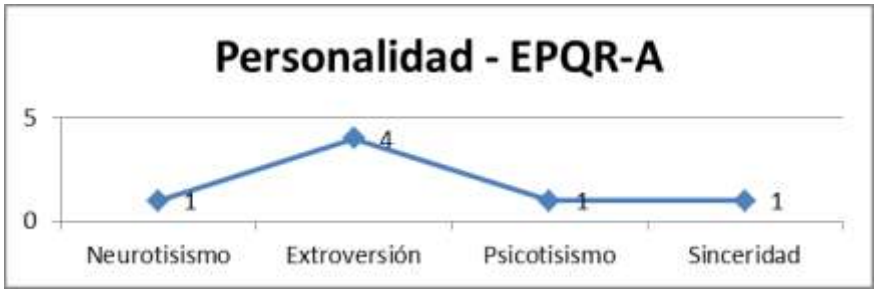


Fuente: Cuestionario de personalidad de Eynsek (EPQR A)

Análisis: El gráfico muestra que entre las enfermeras sin burnout prevalece la extroversión en un 43%, neuroticismo en un 26%, psicoticismo con 17% y sinceridad 13%.

ENFERMERAS CON BURNOUT

Gráfico 40. Tipos de personalidad.



Fuente: Cuestionario de personalidad de Eynsek (EPQR A)

Análisis: El gráfico muestra que en las enfermeras con burnout prevalece la extroversión en un 57%, neuroticismo, psicoticismo y sinceridad 14%.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de haber realizado el análisis de los 6 instrumentos aplicados (cuestionario sociodemográfico, Maslach Burnout Inventory, GHQ salud mental, Brief Cope de estilos de afrontamiento, EPQR-A de personalidad y MOS de apoyo social) a los 31 participantes, 13 médicos y 18 enfermeras del Hospital del IESS José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca, se obtuvieron los siguientes resultados:

Entre los 31 participantes se encontraron 3 casos de burnout, 2 corresponden a médicos y 1 a enfermeras, que correspondería al 9.7% de la muestra estudiada.

En cuanto a las variables sociodemográficas los resultados obtenidos en mi estudio contrastan con los resultados de la investigación realizada por Carmen Sandoval en Chile en el 2010 en la que demuestra que son las mujeres solteras las más propensas a presentar el síndrome; en mi investigación los profesionales de la salud que presentan el síndrome en la mayor parte son varones casados.

Grau, (2007), manifiesta que la edad en etapa joven adulta, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y satisfacción económica, son variables protectoras de burnout, mi investigación contrasta con lo mencionado ya que ninguno ha tenido problemas de ausentismo laboral, todos se sienten satisfechos con su situación económica y laboral, y en su totalidad tienen hijos.

El MBI nos dio como resultado que el 27% de médicos sin burnout presentan un nivel alto de agotamiento emocional, mientras que los que presentan el síndrome llegan al 100%, el 9% presenta un nivel bajo de agotamiento emocional; la variable despersonalización se encuentra en un nivel bajo en el 100% de participantes sin burnout, pero el 100% de los participantes con burnout están en un nivel alto, la variable que mide la realización personal está en un nivel alto en el 100% de los participantes, esto nos demuestra que aunque los participantes presenten burnout o niveles altos de agotamiento emocional se sienten realizados en el ámbito personal y laboral.

En cuanto a la salud mental mi investigación coincide con la investigación realizada por Susana Landázuri (2012) en Tulcán en que los profesionales con burnout padecen de síntomas psicosomáticos y ansiedad, estos síntomas tienen correlación con el agotamiento emocional y la despersonalización característicos del síndrome, también se relacionan con los patrones de conducta del neuroticismo.

Igualmente las investigaciones publicadas por la Revista Chilena Salud Publica (2009) indican que los profesionales que padecen burnout presentan trastornos de sueño y síntoma psicosomáticos

En mi estudio el apoyo social es percibido positivamente por los profesionales que presentan el síndrome, sobre todo en la variable que mide demostraciones de amor, cariño y simpatía, lo que no coincide con la investigación de Susana Landázuri (2012) realizada en Tulcán en la que las personas que presentan el síndrome de burnout tienen una percepción negativa en este aspecto, la investigación realizada por Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García y Tamara Prerat en Chile en el 2009 demuestran que el apoyo social percibido funciona como modulador del estrés y ayuda a no padecer el síndrome.

En cuanto al afrontamiento mi investigación coincide con las investigaciones de Lurdes Pesántez (2012) y Susana Landázuri (2012) en Ecuador en las que muestran que los participantes que padecen el síndrome como los que no lo padecen muestran estrategias de afrontamiento adecuadas. Así mismo la investigación de Fernando Austria en Bogotá en el 2008 demuestra que adecuadas estrategias de afrontamiento ayudan a prevenir el síndrome de burnout.

En cuanto a la personalidad mi investigación coincide con los estudios realizados en Colombia por Miriam Useche en el 2008 y Marcela Corredor en el 2009 en los que indican que son las personalidades tipo “A” y “B” las más propensas al burnout.

En en cuanto a la variable de personalidad, la que más se evidenció fue neuroticismo con el 74.19% y extroversión en el 25.81%. de participantes con burnout y la personalidad que más se evidencia en los participantes sin burnout es la extroversión; un dato interesante es que una de las variables del EPQR-A mide sinceridad la misma que tanto en médicos sin burnout como en enfermeras con y sin burnout los porcentajes fueron

bajos, mientras que en los médicos con burnout se encontró un porcentaje más alto para esta variable, este dato nos abre la puerta a la duda de que si los participantes fueron realmente sinceros al contestar los cuestionarios o no.

Es una realidad que en nuestro país existe el “Síndrome de Burnout”, de hecho en mi investigación se evidencian estos resultados, a criterio muy personal tuve la percepción de que en la institución pública en la que llevé a cabo mi trabajo, el personal tiene mucho temor a cualquier evaluación investigativa porque temen que esto vaya a ser un motivo de despido a futuro, creo que si todos los participantes hubieran contestado con total sinceridad los cuestionarios es probable que hubiera encontrado más casos del síndrome.

A mi criterio otro factor que influye en que se encuentren casos de burnout en instituciones públicas es la presión de trabajo a la que se encuentran expuestos los trabajadores, cabe recalcar que en cualquier consulta privada un médico rara vez atiende a más de 10 pacientes al día, en cambio en una institución como el IESS cada médico atiende por lo menos 25 pacientes diarios, también hay que tomar en cuenta que la investigación coincidió con la obligación gubernamental de que el personal médico debe laborar 8 horas diarias y no 6 como lo venían haciendo la mayoría de ellos, razón por la cual decidieron jubilarse médicos que llevaban laborando varios años en el hospital.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

De acuerdo con los resultados obtenidos en mi investigación me permito citar las siguientes conclusiones:

- El 9.7% del personal médico que labora en el Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" presenta el Síndrome de Burnout, lo que es preocupante ya que con la presencia del síndrome no solo se ve afectado quien lo padece sino que son sus pacientes y compañeros de labores los que de una u otra manera perciben el problema.

- Los profesionales de la salud que presentan el síndrome son dos médicos y una enfermera mayores de 40 años, con más de 15 años de experiencia profesional, no trabajan con pacientes en riesgo de muerte y se sienten satisfechos con su vida personal y laboral, lo que sugiere que no es necesario que se sienta insatisfecho ni que tenga menor tiempo de servicio laboral o ser mujer para presentar dicho síndrome.

- En cuanto a la salud mental son los síntomas psicosomáticos y la ansiedad los problemas que más aquejan a esta población, esto concuerda con el hecho que son los síntomas principales de un cuadro típico de estrés.

- Los profesionales que presentan el síndrome utilizan estrategias de afrontamiento adecuadas, centradas en el problema, buscando la mejor manera de sobrellevar las situaciones estresantes que se les presentan en su diario vivir, no niegan el problema o se autocritican ni tampoco han recurrido al uso de sustancias como alcohol o drogas, con lo que se concluye que las estrategias de afrontamiento en este caso no influyen en la aparición del síndrome, al contrario de lo que sugieren otras investigaciones que aseguran que una buena estrategia de afrontamiento ayudaría a la prevención del síndrome.

- Los participantes con burnout tienen una percepción positiva del apoyo social en todos los ámbitos, apoyo instrumental, apoyo emocional, relaciones de ocio y distracción y apoyo afectivo, entre ellos se evidencia sobre todo las demostraciones de amor y cariño.

- Se confirmó que las personalidades tipo A son las más propensas al burnout, el neuroticismo estuvo presente en las dos terceras partes de los pacientes con el síndrome, siendo extroversión el rasgo que presentó al tercera parte es decir uno de los profesionales.

7.2 Recomendaciones

- La recomendación para el Hospital del IESS “HJCA” es que se realice un análisis más profundo en el que intervengan todos los profesionales de la salud que laboran ahí para determinar el total de la población que presenta el síndrome.

- Una vez confirmado que el síndrome de burnout está presente en el personal médico del “HJCA” es necesario que se lleve a cabo un programa informativo y preventivo, para concientizar a los trabajadores acerca de lo importante que es la salud mental.

- Dada la importancia que últimamente se ha dado a nivel organizacional en cuanto a la salud mental de los trabajadores, recomiendo que se haga esta investigación a nivel nacional en todos los hospitales públicos y privados.

- Debido a que el agotamiento emocional estuvo presente en gran medida entre los casos sin burnout y los casos con burnout, se recomienda a todos los participantes dedicar su tiempo libre a actividades de ocio y distracción en compañía de sus seres queridos, esto va a ayudar a mejorar su salud.

- Muchos de los encuestados presenta síntomas psicosomáticos por lo que se sugiere que como medida preventiva se realicen chequeos periódicos de salud a todos los trabajadores de la institución.

- Realizar talleres incluyendo temas relacionados con el compañerismo, autoestima, superación personal y trabajo en equipo para fomentar un ambiente laboral satisfactorio.

8. BIBLIOGRAFIA

TEXTOS

- Gil-Monte. R, y Peiró, J.M. (1997): Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid. Síntesis.

- Gil Monte y Peiro, 2005, Síndrome de quemarse en el trabajo, Ediciones Pirámide, Madrid, 1º Ed. PP.38-44

- Ibáñez, Nuria., Vilaregut, Anna., Abio, Anna., 2004, Enfermería Clínica, Prevalencia del síndrome de burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona, Barcelona- España. Pp.142-146.

- Maslach, C. y Jackson, S. (1981). "The measurement of experienced Burnout". Journal of occupational behavior. 2, 99-113.

PÁGINAS WEB

- Slipak, E., Oscar. (1996). Estrés laboral. Alcmeon Nº 19. Recuperado en junio del 2012 de: www.drwebsa.com.ar/aap/alcmeon/19/a19_02.htm.

- Castro, R., (1997). La investigación sobre el apoyo social en la salud. Revista Salud Pública, Sao Paulo, Agosto/1997. Recuperado en junio del 2012 de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489101997000400012&script=sci_arttext&tlng=eses

- Colegio Oficial de Psicología de Andalucía, (2009) "Apuntes de Psicología", Vol:27, pp:517/537. Recuperado en junio del 2012 de: http://dialnet.unirioja.es/servlet/listaarticulos

- Kelly, T., (2009) “Estrés: la importancia de la prevención”. Recuperado en junio 2012 de: http://www.soloconsejos.com/2009/08/19/estres-la-importancia-de-la-prevencion/

- Torres E, Carmen, 2001, Agenda Salud , Nº 24, Correo electrónico: isis@isis.cl. Recuperado en junio 2012 de: http://www.isis.cl, Santiago de Chile

- Tello, Andrés., (2011) “Efectos Asociados a la Presencia de Estrés Laboral en Trabajadores de atención prehospitalaria que se desempeñan en la Cruz Roja Ecuatoriana (Quito -Ecuador)” Recuperado en junio 2012 de: http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/1333/12/TESIS%20ANDRES%20TELLO

- Rivera Flores, Jaime (2010) “Estrés Laboral”. Recuperado en junio 2012 de: http://www.comexan.com.mx/boletin/abr-may-jun-07/6.pdf

- Artículo publicado por Artículoz.com (2011) sin autor., “Factores Desencadenantes del estrés y como vencerlos” Recuperado en junio 2012 de: http://www.articuloz.com/medicina-alternativa-articulos/factores-desencadenantes-del-estres-y-como-vencerlos-4321755.html

- Cobos, José Antonio., (2010) “Estrés, riesgo laboral del profesorado”. Recuperado en junio 2012 de: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Numero_27/JOSE_ANTONIO_COBOS_PINO_02.pdf

- Romero, Manuel., (2009) “Implicaciones de la respuesta de estrés sobre el proceso de estudio en estudiantes de. Ciencias de la Salud.” Recuperado en junio 2012 de: http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/1074/1/RomeroMartin.pdf

- Manzano, G., y Ramos, C., Francisco, O., (2001) p. cit., p. 86 GARCÍA UNCHA, Francisco. “Las emociones como consecuencia de las cargas de entrenamiento.” Revista Digital. Buenos Aires. No. 41 (2001); p. 2. Recuperado en junio 2012 de: http://www.efdeportes.com.

- Perel, N., (2002). El burnout (o estrés ocupacional). MVPrensa. P. 1. Recuperado en julio 2012 de: http://mvprensa.com.ar/ARENAS/14PSICOLOGIA/0002/burnout.htm

- RAMOS, Francisco., (1997) Publicaciones de psicología aplicada. Madrid: Tea, 1997. P. 45. Recuperado de: http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/co8

- Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Recuperdo en julio 2012 de: http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anabella.pdf

- Marulanda Ruiz, Isabel Cristina., (2007) “Estrés Laboral, Enemigo Silencioso de la Salud Mental y la Satisfacción con la Vida” Recuperado en julio 2012 de: http://publicacionesfaciso.uniandes.edu.co/psi/Estr_s_Laboral.pdf

- Acosta, Hedy “Burnout y su relación con variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos” Recuperado en julio 2012 de: http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi14/psico/1.pdf

- Martínez Pérez, Anabella (2010). “El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.” Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Recuperado en julio 2012 de: http://es.scribd.com/doc/55979054/11/TEORIA-DEL-AFRONTAMIENTO-PERSONALIDAD-Y-BURNOUT

- Rodríguez Espínola, Solange., (2010) “Relación entre nivel socioeconómico, apoyo social percibido, género y depresión en niños”. Recuperado en julio 2012 de: http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v27n2/v27n2a05.pdf

- Tardy, Marcelo., (2007-2011) Diferentes miradas sobre el concepto de Salud - Página 6. Recuperado en julio 2012 de: Copyright-Psico-web.com–Argentina, Salud –

- Pesantez, Lurdes., (2012). “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues. Durante el año 2011-2012” Recuperado en septiembre 2012 de: http://cepra.utpl.edu.ec/handle/123456789/3670

- Landázuri, Susana., (2012) “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis G. Dávila de la ciudad de Tulcán, durante el período 2011 - 2012”. Recuperado en septiembre 2012 de: cepra.utpl.edu.ec/handle/123456789/3659

- Molina, Tania; Gutiérrez, Ana; Hernández, Lizette; Contreras, Carlos., (2009) “Estrés psicosocial: Algunos aspectos clínicos y experimentales” Recuperado en septiembre 2012 de: http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16711589019

- Morrow, Angela., (2011)” Estrés Definición” recuperado en septiembre 2012 de http://dying.about.com/od/glossary/g/stress.htm

- Artículo publicado por Universia (2010) “Burnout o Sindrome del Quemado” Recuperado en septiembre 2012 de: http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/index.htm

- Artículo publicado por la revista Salud y Familia, sin autor (2010) “Características del Burnout” Recuperado en septiembre 2010 de: http://www.saludyfamilia.com/salud-mental/burnout/caracteristicas/

- Peretti, Hugo., (2005) “Insomnio” Recuperado en septiembre 2012 de: http://www.amir.org.ar/revision/peretti01.pdf

- Acosta, Hedy., (2011) “Burnout y su Relación con Variables Sociodemográficas, Sociolaborales y Organizacionales en Profesores Universitarios Chilenos” Recuperado en septiembre 2012 de: www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi14/psico/1.pdf

9. ANEXOS

- **Solicitudes y certificados.**
- **Instrumentos de la investigación.**

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

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

De mi consideración:

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de su carrera de Psicología ha desarrollo 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".

Conocedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr.(a) Director (a) se autorice a ...La Sra. Paola Vinimilla Muñoz..... ....., 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

En la ciudad de Cuenca, a los 7 días del mes de mayo del presente año, recibo solicitud y protocolo tema para tesis:

FECHA DE RECEPCION	**7/5/2012**
FECHA DE ACEPTACION	
TITULO	SÍNDROME DE BURNOUT
AUTORES	UNIVERSIDAD TECNICA DE LOJA
CORREO ELECTRONICO	pcvintimillam@hotmail.com
DIRECCION	Puertas del Sol -
TELEFONO	2856852
CELULAR	084167783
REVISORES	

Para constancia de lo actuado se firma en original y una copia

Paola Vintimilla

PAOLA VINTIMILLA
ESTUDIANTE

TANIA CRESPO ASTUDILLO
SECRETARIA

MEMORANDUM

Fecha:	11 de Mayo del 2012
De:	Dirección de Investigación y Docencia
Para:	Sra. Paola Vintimilla.
Asunto	Encuesta
Título del trabajo	**SINDROME DE BURNOUT**
Contenido	Preguntas para encuesta
Extensión	Adecuada
Relevancia	si
Sugerencias	La Dirección Técnica de Investigación, el trabajo tiene validez y es relevante para el hospital.
Fecha de próxima presentación	De acuerdo a los avances.
Revisores	Dr. Iván Orellana. Hospital del IESS "José Carrasco A." DR. IVAN E. ORELLANA, MSC. MEDICO ANESTESIOLOGO REG CMA 1 1-57 INHMT 01 CODIGO 25001 IESS Reg. MSP

Hospital del IESS "José Carrasco A."
DR. IVAN E. ORELLANA, MSC.
MEDICO ANESTESIOLOGO
REG CMA 1 1-57
INHMT 01
CODIGO 25001
IESS Reg. MSP

Loja 19 de Octubre de 2012

Dra. Silvia Vaca Gallegos
COORDINADOR DE TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

Por medio de la presente me dirijo a Usted, para hacer de su conocimiento que la estudiante Vintimilla Muñoz Paola Cristina ha desarrollado su trabajo de fin de titulación con tema **"Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este Fenómeno en el Hospital del IESS "José Carrasco Arteaga" de la Ciudad de Cuenca, Provincia del Azuay. Mayo-Diciembre 2012."** Este borrador ha sido aprobado para su presentación y revisión del tribunal.

Atentamente:

Marco Jiménez Gaona
DOCENTE INVESTIGADOR UTPL

Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Subsistema Zonal 3

IESS

Hospital José Carrasco Arteaga

COMITE DE BIOETICA

Cuenca, 18 de mayo de 2012

Oficio Nº 133031221 – 19CB

Doctor

Marco Rivera

Director Técnico de Investigación y Docencia

Hospital José Carrasco Arteaga

Ciudad

De nuestra Consideración:

El Comité de Bioética luego de revisar el Proyecto de Investigación **"SINDROME DE BURNOUT"** concede el permiso respectivo para su realización considerando que el diseño ha sido aprobado por su Dirección Técnica y no significa intervención a pacientes.

Hacemos propicia la oportunidad para reiterarles nuestros sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dr. Marcelo Ochoa P.

Presidente del Comité

Dra. María del Carmen Ochoa

Miembro del Comité

Dr. Patricio Merchán

Miembro del Comité

Elaborado por	Ing. Johanna Tello A
Revisado por:	Dr. Marcelo Ochoa P
Fecha:	18 de mayo del 2012

Av. Rayoloma entre Popayán y Pacto Andino, Conmutador 2861500, Telefax 2808911, P. O. Box 0101045. Cuenca, Ecuador.

Investigación y Docencia, teléfono 2864898. E-mail: hjcarras@etapaonline.net.ec

ANEXO Nro. 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino ☐ Femenino ☐

Edad ____ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente……

La zona en la que trabaja es: Urbana ☐ Rural ☐

Etnia Mestizo ☐ Blanco ☐ 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

Enfermera ☐

Profesión: Médico/a ☐ Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐

Sector en el que trabaja: Privado ☐ Público ☐ Ambos ☐

Tipo de contrato que posee:

Eventual ☐ Ocasional ☐ Plazo Fijo ☐ Indefinido (Nombramiento) ☐

Servicios profesionales ☐ Ninguno ☐

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____
Trabaja usted en turno rotativo: SI ☐ No ☐
Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐
Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo ☐ Todos los anteriores ☐
En el caso de realizar guardia indique el número de horas:_____y cada cuantos días: _____
Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:
Ninguno ☐ 25 % ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75% o más ☐
Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____
Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción)
Oncológicos ☐ Psiquiátricos ☐ Alteraciones renales ☐ Quirúrgicos ☐ Cardiacos ☐
Neurológicos ☐ Diabéticos ☐ Emergencias Cuidados intensivos Otros ☐
indique_____ Todos los anteriores
Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: Sí ☐ No ☐
¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?
NO ☐ SI ☐ ¿Cuántos? _____
La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.
Totalmente ☐ Medianamente ☐ Poco ☐ Nada ☐
¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año? SI ☐ No ☐
En caso de que la respuesta sea afirmativa.
La causa ha sido por: Capacitación ☐ Problemas de salud ☐ Situaciones familiares ☐
Otros ☐ ¿Cuáles? _____
¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año?_____
Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como "nada", 2 "poco", 3 "bastante" y 4 "totalmente valorado", de acuerdo a los enunciados que se presentan:

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

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

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

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

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 2

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

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

A1.¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma? ☐ 1. Mejor que lo habitual. ☐ 2. Igual que lo habitual. ☐ 3. Peor que lo habitual. ☐ 4. Mucho peor que lo habitual.	**B1.¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
A2.¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante? ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.	**B2.¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada? ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual.	**B3.¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual.

☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.	☐ 4. Mucho más que lo habitual
A4.¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo? ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.	**B4.¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
A5.¿Ha padecido dolores de cabeza? ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.	**B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
A6.¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar? ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.	**B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
A7.¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.	**B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? ☐ 1. Más activo que lo habitual. ☐ 2. Igual que lo habitual. ☐ 3. Bastante menos que lo habitual. ☐ 4. Mucho menos que lo habitual.	**D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? ☐ 1. Menos tiempo que lo habitual. ☐ 2. Igual que lo habitual. ☐ 3. Más tiempo que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.	**D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ **4.** Mucho más que lo habitual.

C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien? ☐ 1. Mejor que lo habitual. ☐ 2. Aproximadamente lo mismo. ☐ 3. Peor que lo habitual. ☐ 4. Mucho peor que lo habitual.	**D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que lo habitual.
C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas? ☐ 1. Más satisfecho. ☐ 2. Aproximadamente lo mismo. ☐ 3. Menos que lo habitual. ☐ 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.	**D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?** ☐ 1. Claramente, no. ☐ 2. Me parece que no. ☐ 3. Se me ha pasado por la mente. ☐ 4. Claramente lo he pensado.
C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida? ☐ 1. Más útil que lo habitual. ☐ 2. Igual que lo habitual. ☐ 3. Menos útil que lo habitual. ☐ 4. Mucho menos que lo habitual.	**D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ **4.** Mucho más que lo habitual.
C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones? ☐ 1. Más que lo habitual. ☐ 2. Igual que lo habitual. ☐ 3. Menos que lo habitual. ☐ 4. Mucho menos que lo habitual.	**D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?** ☐ 1. No, en absoluto. ☐ 2. No más de lo habitual. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ **4.** Mucho más que lo habitual
C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día? ☐ 1. Más que lo habitual. ☐ 2. Igual que lo habitual. ☐ 3. Menos que lo habitual. ☐ 4. Mucho menos que lo habitual.	**D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?** ☐ 1. Claramente, no. ☐ 2. Me parece que no. ☐ 3. Se me ha pasado por la mente. ☐ **4.** Claramente lo he pensado.

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

---

Anexo 2.3.
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 2.4.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 2.5.
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).