Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

"Identificación del Síndrome de Burnout, en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital SOLCA, Núcleo de Quito en las unidades médicas de Radioterapia, Oncología Clínica, Pediatría, Cirugía Oncológica y Psiquiatría durante el año 2012"

Trabajo de Fin de Titulación

AUTOR:
Bermúdez Sánchez, Luisa Edith

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA:
Ramírez Zhindón Marina del Rocío, Mg.

Centro Regional Quito

2013

CERTIFICACIÓN

Mg. Rocío Ramírez Zhindón.

TUTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: “Identificación del Burnout, en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital SOLCA, Núcleo de Quito en las siguientes unidades Radioterapia, Oncología Clínica, Pediatría y Cirugía Oncológica y Psiquiatría durante el año 2012”, realizado por la profesional en formación: Bermúdez Sánchez Luisa Edith; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, junio de 2013

f). . . . . .

ACTA DE SESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

"Yo, Luisa Edith Bermúdez Sánchez, declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

f.……..

Luisa Edith Bermúdez Sánchez

Cédula de Ciudadanía No. 170957338-8

AGRADECIMIENTOS

Realmente este ha sido un arduo recorrido en esta etapa de mi vida, por lo que quiero agradecer de manera especial:

Primero a mi Dios que es el que me ha dado todo y ahora me permite culminar.

A mi directora de tesis, Mg. Marina del Rocío Ramírez Zhindón por su esforzada Guía y apoyo, a la Universidad y todos los docentes, a mi familia y amigos por la paciencia. Al personal del Hospital de Solca, Núcleo de Quito, por el soporte y la generosidad con que brindaron sus experiencias personales.

A todos ellos quienes de alguna manera colaboraron con este trabajo, gracias por ayudarme a construir un futuro y a convertirme en mejor ser humano.

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación es especialmente dedicado:

A mi gran razón de vivir mi hijita Abi

A mi amor Bolívar

A mi familia por el apoyo y comprensión.

INDICE DE CONTENIDO

CERTIFICACIÓN II

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO III

AGRADECIMIENTOS IV

DEDICATORIA V

INDICE DE CONTENIDO VI

RESUMEN VIII

1. INTRODUCCIÓN 1

2. MARCO TEÓRICO 4

CAPITULO 1.CONCEPTUALIZACION DEL ESTRÉS 4

1. a.Antecedentes del estrés 4

1.b. Desencadenantes del estrés 6

1.c.Tipos de estresores 7

1.d. Estrés laboral 8

1. e.Moduladores del Estrés 10

1.f. Consecuencias del estrés: (fisiológicas, cognitivas, motoras) 14

1.g. Medidas preventivas y control del estrés. 15

CAPITULO 2.CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT 17

2.a. Definiciones del Burnout 17

2. b. Delimitación histórica del síndrome de Burnout 18

2.d. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout 21

2.f. Modelos explicativos del Burnout 25

2.j. Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout 29

CAPITULO 3.CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN 31

3. a.Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales 31

3.a.1. Variables de riesgo y protectoras 33

3.a.2. Motivación y satisfacción laboral 34

3.a.3. Investigaciones realizadas 35

3.b. El Burnout y la relación con la salud mental 36

3.b.1. Definiciones de salud mental 36
3.b.2. Salud Mental y estrés 36
3.b.3. Síntomas somáticos 37
3.b.4. Ansiedad e insomnio 39
3.b.5. Disfunción social en la actividad diaria 40
3.b.6. Tipos de depresión 40
3. c.Burnout y el afrontamiento *46*
3.c.1. Definición de afrontamiento 46
3.c.2. Teorías de afrontamiento 46
3.c.3. Estrategias de afrontamiento 48
3.c.4. Investigaciones realizadas 49
3.d. El Burnout y la relación con el apoyo social *50*
3.d.1. Definición de apoyo social 50
3.d.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social 51
3.d.3. Apoyo social percibido 53
3. d.4.Apoyo social estructural 53
3.e. El Burnout y la relación con la personalidad *57*
3.e.1. Definición de la personalidad 57
3.e.2. Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud) 58
3.e.3. Patrones de conducta y personalidad 59
3.e.4. Locus de control 61
3.e.5. Investigaciones Realizadas 61
4. METODOLOGÍA **63**
4.1 Diseño de Investigación *63*
4.2. El contexto *63*
4.4. Instrumentos *65*
4.5. Recolección de Datos *68*
4.6.1 Tabulación de datos 69
4.6.1.1. Análisis de datos del personal médico 69
5. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA **150**
6. ANEXOS **157**

RESUMEN

El presente proyecto de investigación se realizó con la colaboración del Hospital SOLCA, Núcleo de Quito, en las áreas de Radioterapia, Oncología Clínica, Pediatría, Cirugía Oncológica y Psiquiatría durante el año 2012, pretende investigar si existe el síndrome de "estar quemado" en esta institución. Se aplicó a 30 profesionales de la salud, donde participaron 15 médicos y 15 enfermeras. Con ello se podrá buscar alternativas de intervención en los casos identificados y la consecuente prevención para el personal que se encuentra en riesgo.

El proceso metodológico que se utilizó fue cuantitativo, no experimental; transaccional – transversal, exploratorio, descriptivo, los instrumentos utilizados fueron los siguientes cuestionarios: Sociodemográfico, Inventario de Burnout MBI, Salud General, Afrontamiento, Apoyo Social y Personalidad (EPQR-A).

A partir de esta conceptualización, se analizan los resultados obtenidos y finalmente, se presentan las conclusiones y recomendaciones que serán de gran utilidad.

Se identificó la existencia del Síndrome en un 13.33% de la muestra.

1. INTRODUCCIÓN

Antecedentes

El estrés y las enfermedades psicosomáticas son hoy en día más frecuentes y afectan la salud de los individuos, así como su rendimiento profesional. El personal médico y paramédico que labora en las instituciones de salud no escapa a esta condición, la que repercute en la calidad de los servicios que ofrece, Peiró (1992).

Se ha detectado, a nivel mundial, que existe un alto riesgo en los profesionales de la salud, pues la carga de trabajo que realizan y la afectación emocional que esto conlleva da como resultado un cansancio físico y emocional.

El síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo dice en un documento publicado por ApiquianGuitart, Alejandra (2007), El Síndrome del Burnout en las Empresas, Yucatán 26 y 27 de abril.

Con el propósito de contar con una información profunda que refleje la situación del personal de salud que labora en los hospitales del país, la Universidad Técnica Particular de Loja ha desarrollado el proyecto nacional de investigación que pretende identificar el Síndrome de cansancio en profesionales de la salud. Para ello se ha escogido una muestra de 15 médicos y 15 enfermeras en un hospital de la capital de nuestro país.

La IV Encuesta Nacional de Condiciones de Trabajo muestra que un 54.8% de los trabajadores españoles visitan al médico, y que el 23.7% considera que el motivo de la consulta se relaciona con problemas de salud derivados del trabajo, Según diferentes fuentes estadísticas, entre el 5 y el 9% de la población española padece estrés o Burnout. Menéndez & Moreno (2006)

Es importante, en esta investigación, un acercamiento hacia la descripción del concepto de Síndrome de Burnout. Este término fue utilizado por primera vez en el ámbito de la Psicología por Freudenberger, quien lo definió como “un estado de fatiga o

frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado". (Freudenberger 1974).

Según Díaz R. e Hidalgo I. (1994), el contacto estrecho con los pacientes y la sobrecarga de trabajo son las principales causas de este síndrome que afecta al personal del área de la salud.

Más tarde, Maslach y Jackson (1981) propusieron tres dimensiones que intervienen y se relacionan en este proceso: el cansancio emocional (CE) que estima la vivencia de fatiga emocional por las demandas de trabajo; la despersonalización (DP) que mide las respuestas de tipo impersonal y las actitudes negativas hacia los pacientes; y la realización personal (RP) que refleja la satisfacción personal y la competencia en la práctica del trabajo cotidiano. Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se utiliza para medir dicho síndrome.

En un estudio realizado en el Hospital Carlos Andrade Marín de la ciudad de Quito en el período septiembre 2009 a agosto 2010 se indica que la prevalencia del Síndrome de Burnout en los médicos internos rotativos fue de un 63.5% con predominio en las áreas quirúrgicas(González, Garzón, & Cáceres, 2011).

Este proyecto de investigación pretende identificar la existencia del Burnout dentro del personal sanitario en SOLCA, Quito. Un hospital oncológico cuya atención está dedicada exclusivamente a tratar a pacientes con cáncer. Esto marca una diferencia sustancial del resto de hospitales nacionales del Ecuador, pues se trata, en muchos de los casos, de enfermedades terminales que requieren de una especial atención.

El grupo de Hospitales a nivel nacional que conforman la SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CÁNCER (SOLCA) cuenta con profesionales médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería cuyo trabajo es atender a pacientes con esta enfermedad y a quienes se les dedica un cuidado especial. A algunos de ellos recién se les ha diagnosticado o están ya inmersos en los diferentes tratamientos, mientras que otros están en estado terminal y en cuidados paliativos. Se ha visualizado, por tanto, que quienes hacen la atención al paciente están expuestos a altas cargas de trabajo, turnos rotativos, trabajo a presión y cansancio físico y mental.

Por ello, este trabajo pretende, a partir de la aplicación de encuestas y de su correspondiente análisis, determinar las características socio-demográficas y laborales

más frecuentes y la comorbilidad existentes de quienes experimentan este síndrome. Además de considerar la actuación de apoyo social como mecanismo protector, los mecanismos de afrontamiento y los rasgos de personalidad de quienes lo experimentan.

En una investigación ejecutada en 2005 en la ciudad de Corrientes, en Argentina, por Tisiotti, Parquet y Neudeck (2007) se pudo constatar una prevalencia del 79% de este síndrome. En la ciudad de Pereira, Colombia, se realizó una investigación con docentes médicos, los cuales produjeron una prevalencia del 45% promediando las tres dimensiones del síndrome (Gutiérrez, Peña Saravia, Montenegro Muñoz, Osorio Vélez, Caicedo Gonzales, & Gallego Hincapié, 2006). El Sahili, González, López (2010).

Es claro, entonces que en nuestro país también los profesionales de la salud pueden estar afectados por este síndrome y este trabajo pretende identificar esta situación para sentar una base de protección.

OBJETIVOS

General

Identificar el nivel del Burnout en los profesionales de la salud en el Hospital Solca, Núcleo Quito, y determinar los factores físicos, sociales y emocionales relacionados con este fenómeno en el mencionado centro de salud.

Específicos

Identificar el apoyo social procedente de la red social.

Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.

Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el Burnout.

2. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1.CONCEPTUALIZACION DEL ESTRÉS

1. a.Antecedentes del estrés

Origen

En el año 1936, el científico húngaro, Hans Seyle, por primera vez, define el término “stress” como una respuesta del organismo que se adapta ante diversos estímulos. Los llama “estresores”. Estrés y Fatiga Crónica (2006) dice que es una palabra que proviene de la lengua inglesa que designa a “una fuerza que deforma los cuerpos o provoca tensión”.

Mingote (1999) indica que inicialmente se utilizó este término en la metalurgia (ciencia utilizada para utilizar el metal con fines cotidianos, guerreros y suntuarios) para referirse a la fuerza externa que deforma la estructura de un material sólido hasta cierta tensión. Se lo utilizó para describir el límite o la característica del material. Se quiso establecer que el metal recupera su forma original cuando deja de actuar la fuerza externa.

El estrés, como se entiende actualmente, se halla inmerso en la vida de los seres humanos. Se encuentra presente en los procesos cotidianos de la humanidad desde el comienzo del mundo, cuando nuestros primeros antecesores fueron coparticipes de la construcción de lo que conocemos como sociedad.

Fue entonces en que se presentó el agobio, el cansancio y las extremas dificultades con que nos hemos enfrentado para tener el sitial que ocupamos en la cúspide entre las sociedades de los seres vivos. Es de hecho sobreentendido que sin esta característica que nos distingue de otras comunidades, no habríamos podido tener las comodidades que tenemos en la actualidad.

Definición

La primera vez que se utiliza este vocablo aplicado a la vida cotidiana de los seres humanos fue en el año 1936 en la Universidad Mc Gill de Montreal. Un médico austro canadiense Hans Selye (1907-1982), a partir de la experimentación con animales, define por primera vez al estrés como una respuesta biológica inespecífica, estereotipada y siempre igual, al factor estresante mediante cambios en los sistemas nervioso, endócrino e inmunológico.

Puebla y Mercader (2007) manifiestan que el “estrés” no es de por sí una enfermedad. Se trata de una consecuencia que los seres vivos manifiestan al tener una carga que llevar más allá de los límites establecidos de forma biológica o histórica: demandas, situaciones o circunstancias de la vida diaria o del trabajo (los llamados estresores). Estos que, según los especialistas, alteran el equilibrio del ser humano y, en esta investigación nos proporcionan datos que se extrapolan al trabajador de salud y que, por ende, provocan una respuesta que ahora se denomina estrés.

Dolan (2005) manifiesta que el estrés se produce generalmente cuando un individuo es incapaz de responder de forma adecuada o eficaz a los estímulos provenientes de su entorno. Consecuentemente en el momento que lo consigue es a costa de la salud de su organismo.

En concordancia con los autores citados, podemos inferir que el estrés está estrechamente relacionado con la respuesta de adaptación del organismo y mucho más con las circunstancias que le rodean a la persona. En este siglo, es la enfermedad que está en boga y se las relaciona con las enfermedades psicosomáticas, entre el funcionamiento mental y físico de cada individuo y perjudica principalmente al desarrollo normal de cada persona.

1.b. Desencadenantes del estrés

Factores ambientales

Calíbrese (2003) argumenta que los factores personales, profesionales, institucionales y ambientales pueden influir en la generación del estrés. Considera la alta responsabilidad que un profesional de la salud tiene con la seguridad del paciente, su vigilancia sostenida, el manejo de pacientes críticos y complejos y las decisiones de emergencias que asume el profesional de la salud.

Jean Benjamín (2000) indica que las condiciones o el ambiente en el trabajo han sido factores de estrés ampliamente estudiados. Enuncia los agentes físicos tales como ruido, emanaciones de humo, calor, más las consecuencias sociales y psicológicas como detonantes.

Factores hormonales

Tomando como referencia los factores hormonales y alérgicos, se puede mencionar, a continuación, los destacados con el estrés:

- Pubertad: los grandes cambios hormonales de la pubertad son severas causas de estrés. El cuerpo del adolescente “cambia” de forma, sus órganos sexuales comienzan a despertar y a segregar nuevas hormonas.

- Síndrome premenstrual: una vez al mes, antes de la menstruación, los niveles de hormonas femeninas disminuyen abruptamente. En muchas mujeres el estrés causado por esta diminución de hormonas, es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés. Esta situación temporal es conocida como síndrome pre-menstrual.

- Post-parto: después del embarazo las hormonas “cambian” dramáticamente y la ausencia de hormonas podrá causar un episodio de sobre-estrés.

- Menopausia: el declive de hormonas durante la menopausia es leve y constante. Sin embargo, esta baja hormonal es suficiente para causar sobre-estrés en muchas mujeres.

Estrés alérgico

Las reacciones alérgicas son parte natural del mecanismo de defensa del cuerpo. Cuando el cuerpo se encuentra con una sustancia que considera tóxica trata por todos los médicos de librarse de ella.

Definitivamente, las alergias son una fuente de estrés que requieren de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico y luchan contra aquello que se considera peligroso.

1.c.Tipos de estresores

Psicosociales

Son situaciones que directamente no causan estrés, pero que se convierten en estresores de acuerdo al significado que la persona le asigna.

- Desgaste laboral
- Falta de recursos económicos
- Escasas posibilidades de ascenso en el trabajo
- Insuficiente formación
- Baja valoración social

Páez-Gálvez (2008) manifiesta que la Literatura indica que las principales causas del desgaste personal están relacionas con el bajo nivel de formación profesional, las bajas remuneraciones y las deficientes condiciones de trabajo Gendreau (1978). Barudy (2003), citado en Muñoz y Lucero (2007) añade que el desgaste laboral no solamente puede ser explicado por la complejidad de las temáticas abordas sino también por falta de recursos y escasas posibilidades de ascenso laboral. La falta de formación y baja valoración social del rol de trabajador de trato directo.

Biogénicos

Son situaciones que pasan a ser estresores por su capacidad para producir ciertos cambios bioquímicos o eléctricos y ellos se disparan como estresores.

Son mecanismos físicos o químicos que provocan directamente una respuesta de estrés, por ejemplo, sustancias como las anfetaminas, la cafeína, calor extremo. Peña, Cañoto, Banderali, (2006).

Externo

Se trata de situaciones externas ajenas al individuo, como por ejemplo: un divorcio, la ruina económica, accidentes, sobrecarga en el trabajo o ambigüedad en el rol.

Noriega (2009) indica que entre los estresores externos podemos encontrar: el calor o el frío extremos, el ruido del tráfico citadino, la luz de un flash, la actitud negativa de un amigo, la enfermedad de un miembro de la familia, el alza de los costos de la gasolina. Y también recibir una promoción esperada, subir a la montaña rusa, el sí de la pareja, ser el festejado de una fiesta sorpresa.

Interno

Existe la tendencia generalizada de que el ser humano se impone metas que le son pesadas al cuerpo. A esta situación se le denomina “carga”.

Oblitas (2010) señala que los principales estresores son internos y autogenerados (autocríticas y autorreproches mantenidos por el propio diálogo interno). Este estrés autogenerado impone una pesada carga al cuerpo, que genera un estado constante de tensión que incide en los sistemas psicofisiológicos del organismo. Ejemplo: individuos que mantienen un patrón comportamentales tipo A. predispuestos a demostrarse y demostrar que pueden hacer cada vez más cosas en el menos tiempo posible. Inclinados al éxito y fuertemente competitivos.

1.d. Estrés laboral

Nuestro sistema económico y, por ende, educativo nos instala en un mundo competitivo. El lograr una estabilidad laborar, un progreso económico a menudo nos lleva a realizar actividades que están fuera del horario normal y que, por consiguiente, causan estragos en la salud.

El estrés laboral es un fenómeno frecuente en el mundo del trabajo. De hecho, algún autor lo ha caracterizado como “pandemia” del siglo XXI. Caprarulo (2007).

El estrés se puede definir como un proceso de relación entre el entorno y se produce cuando dicha relación se percibe amenazante y desbordante de los propios recursos y pone en peligro el bienestar o la salud personal Fuertes (2004).

Es la respuesta fisiológica, psicológica y conductual de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externa”. Un suceso, situación, persona u objeto pueden percibirse como estresante e inducir la reacción de estrés. Cabrera, Fuertes, P

lumed, (1994).

El estrés laboral dice Blanch (2003) no se produce en el vacío social, sino que interactúa con otras fuentes de estrés con las que se relaciona cada persona (entorno familiar, vecinal, económico, lega, político, etc.).

Es entonces cuando nace la pregunta. ¿Cómo podemos estudiar la idea de estrés? Muchos entendidos están de acuerdo en que el estrés siempre tiene un detonante.

Y una de las causas que se debe resaltar es la carga de trabajo, refiriéndonos con exactitud al estrés laboral se infiere que pueden ser los horariosrotativos, el ambiente laboral, las condiciones en las que labora el personal debido al riego de accidentes que se encuentran expuestos.

Es indiscutible que el estrés laboral está relacionado con las transformaciones que se están produciendo dentro de los mercados de trabajo, las

relaciones laborales, las empresas y la naturaleza del trabajo en sí. Todos estos cambios están intervenidos por otros de carácter más general como las crisis financieras, los cambios tecnológicos, cambios demográficos y sociales a nivel de diferentes territorios del mundo que son importantes para las empresas y, por ende, con los trabajadores y los sistemas que manejan en la actividad laboral.

Actualmente, en el Ecuador, en la Presidencia del Economista Rafael Correa, las condiciones de trabajo han mejorado notablemente en varios aspectos, uno de los que vale la pena destacar es el desempeño y efectividad por parte del Departamento de Riesgos de Trabajo para la prevención y detección oportuna de factores que afectan a la salud de los trabajadores, tomando en cuenta además a aquellos riesgos de carácter psicosocial.

1. e.Moduladores del Estrés

Tomando en referencia la distinción que existe en todos los seres humanos, podemos señalar la importancia que tiene los factores que rodean al ser humano, tanto personales como situacionales, los mismos que pueden causar estrés en el individuo.

Napione (2008) considera modulador de estrés laboral a las variables de carácter personal y al apoyo social porque juegan un papel importante en el origen del estrés, en el afrontamiento y en la determinación de sus efectos. Debido a que su estudio está basado en la observación de las diferencias entre personal con alto y bajo estrés ex post facto. La asignación de causalidad entre las numerosas variables independientes es imposible. Es decir, que necesitaría más investigación.

Características individuales

A continuación se describen diversas características individuales que hacen a las personas más vulnerables al estrés. Numerosos estudios afirman que este factor es muy importante.

La Autora,Napione (2008) en su libro “¿Cuándo se Quema el profesorado de secundaria?” hace referencia a los siguientes autores y manifiesta explícitamente cuáles son los moduladores del estrés.

Fernández Montalvo y Garrido Landívar, presenta un cuadro comparativo, entre los distintos patrones de conducta y hace una vinculación con el tipo de relaciones interpersonales y el riesgo de la enfermedad.

Tabla 1: Cuadro comparativo, entre los distintos patrones de conducta.

	Patrón A	Patrón B	Patrón C
Características psicológicas	Hiperactivo, rápido, impaciente, hostil, competitivo	Relajado, tranquilo, confiado, atento a la satisfacción personal	Extremadamente cooperativo, pasivo, no asertivo, apacible y conformista
Relaciones interpersonales	Conflictiva, dominancia, tensión agresividad	Relajadas con expresión abierta de las emociones, incluidas las hostilidades	Sumisas: deseo de agradar, no expresión de las emociones

(Napione, ¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?, 2011)*Cuando se quema el profesorado de secundaria?*

Cabe mencionar que los patrones de conducta son considerados moduladores y no determinantes del estrés.

El locus externo de control de la personalidad

El locus de control es un constructo que atribuye la causalidad de los eventos a causas internas o externa. Las primeras son controladas por la persona o se pueden controlar. Las personas con control externo de la personalidad son propensas al estrés porque surge de la percepción de amenazas que el sujeto considera incontrolables porque provienen de fuera del individuo.

Se ha encontrado que las personas con locus de control interno perciben menos amenazas de estrés debido a su percepción del control y capacidad de afrontamiento y las personas con locus externo de control de la personalidad presentan experiencias de estrés, Burnout, insatisfacción y desamparo.

Entre los tipos particulares que pueden volver a una persona más vulnerable al estrés se citan las siguientes:

- Dependencia: toleran mejor un estilo de mando autoritario.
- Ansiedad: se percibe las situaciones como más amenazantes y vuelve al trabajador más vulnerable al estrés.
- Introversión: las personas son menos receptivos al apoyo social.
- Rigidez: presentan mayor nivel de conflicto y de reacciones desadaptadas, sobre todo cuando implica un cambio.
- La formación, las destrezas y conocimientos adquiridos, la experiencia y la capacidad (intelectual y física). Esta última característica puede estar por encima de lo que requiere el puesto que ocupa y ser esto una fuente de frustración e insatisfacción.
- El déficit en la condición física e inadecuados hábitos de salud pueden disminuir, de cierta manera, la capacidad de enfrentarse a los problemas de trabajo.
- Las necesidades del individuo de satisfacción en el puesto de trabajo: de contacto social, de intimidad, de reconocimiento personal, de autorrealización.
- Las expectativas: esperanzas que el individuo tiene de obtener de su trabajo ciertos beneficios personales y sociales.
- Los valores: la adhesión al principio de autoridad, importancia del trabajo o del estatus.

Podemos decir que se debe considerar que los agentes estresantes dependen de la manera como los estímulos son tomados por los sujetos.

Se debe recalcar en este trabajo el estrés causado por el miedo a las consecuencias. Lo padecen tanto los trabajadores como también la empresa.

1.f. Consecuencias del estrés: (fisiológicas, cognitivas, motoras)

Los efectos del estrés son variados y a la vez múltiples pues cuando se habla de un individuo existen factores de salud física, de intelecto y de los sentimientos. Es una ecuación tripartita indisoluble.

Por tanto, el estrés provoca alteraciones a nivel fisiológico, emocional y cognitivo, tal y como resume a continuación Joana Jaureguizar Albonigamayor, Alberto Espina Eizaguirre (2005) en el siguiente cuadro.

Tabla 2: Estrés provoca alteraciones a nivel fisiológico, emocional y cognitivo

CONSECUENCIAS		
Fisiológicas	**Cognitivas**	**Emocionales**
Aumento de niveles de catecolaminas en la sangre y orina Incremento de niveles de azúcar en sangre Aumento del ritmo cardiaco Elevación de presión arterial Sequedad de boca Sudoración intensa Dilatación de pupilas Dificultades para respirar Períodos de calor y frío Adormecimiento y hormigueo en los miembros	Incapacidad de tomar decisiones Incapacidad de concentrase Olvidos frecuentes Bloqueos mentales Hipersensibilidad a la crítica	Ansiedad Depresión Frustración Sentimientos de culpa Irritabilidad Baja autoestima, nervosismo, tristeza

Jaureguizar, J. E. (2005). *Enfermedad física crónica y familia.* España

Por otro lado, un análisisdel sistema motor se repercute en: hablar rápido, temblores, tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, explosiones emocionales,

consumo de drogas legales como tabaco y alcohol, exceso de apetito, falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos, etc. dice la Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. (2002).

1.g. Medidas preventivas y control del estrés.

Se pueden sugerir algunas técnicas de ayuda orientadas al individuo, al grupo social y a la organización. Para enseñar al individuo que afronte los estresores laborales, desarrolle habilidades para el manejo de emociones asociadas, administre su tiempo correctamente y mejore las relaciones interpersonales

Es importante tomar en consideración las siguientes técnicas de contrarrestar la tensión. En síntesis, un manejo de estrés que nos permita evadir de alguna manera o paliar el estrés generado por el trabajo diario.

Tabla 3: Medidas preventivas y control del estrés.

Técnicas generales.	Tener una dieta adecuada, procurar distraerse y realizar actividades divertidas.
Técnicas cognitivo-conductuales.	Reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, inoculación de estrés, detención de pensamiento, entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas de autocontrol.
Técnicas de relajación.	Relajación muscular, relajación autógena y control de la respiración.

(Mansilla & Favieres, 2011)*Página de salud pública del Ayuntamiento de Madrid*. Obtenido de http://www.madridsalud.es/temas/estres_laboral.php

Afrontamiento del estrés (por individuo)

En la empresa los efectos negativos que sufre el trabajador producen un deterioro en el ámbito laboral, influyendo negativamente en las relaciones interpersonales, disminuyendo el rendimiento, la productividad y una gran pérdida económica. Por ello se ha insertado una tabla con recomendaciones para evitar el estrés.

Tabla 4: Afrontamiento del estrés (por individuo)

PENSAMIENTO POSITIVO Y AUTOESTIMA TÉCNICAS DE RELAJACIÓN Efecto fisiológicos Restructuración cognitiva. PRÁCTICAS DE EJERCICIO FÍSICO	ASERTIVIDAD. Capacidad de expresar las propias ideas y emociones, pero haciéndolo de manera que facilite a los demás que hagan los mismo. APLICACIONES PROFESIONALES CLAVES PARA SU DESARROLLO: Expresar lo que se siente en primera persona. NO minusvalorarse y no minusvalorar a los demás. No ser ambiguo Ser específico en las críticas Utilizar un lenguaje neutro, no explosivo. Ser colaborador, abierto y receptivo a los demás. Asegurar una comunicación no verbal congruente. Hacer ejercicio físico por lo menos 30 minutos diarios

(Méndez, Fernández, Llanesa, Rodríguez, & Espeso, 2007) Formación superior en prevención de riesgos laborales

CAPITULO 2.CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT

2.a. Definiciones del Burnout

El agobio que tenemos en el trabajo parece ser tan antiguo como la existencia de la vida del ser humano cuando está en la comunidad y ejerce una función.

Barón (2008) dice que el síndrome de quemarse en el trabajo o “burnout”, fue descrito por primera vez por el psiquiatra Freudenberger en 1974. Su trabajo estuvo encaminado a voluntarios de servicios asistenciales en una clínica de toxicómanos de Nueva York.

Freudenberger observó que al cabo de un tiempo de estar trabajando, aproximadamente al año, la mayoría de los voluntarios sufría una progresiva pérdida de energía hasta experimentar agotamiento, decepción y pérdida de interés en la actividad asistencial, junto con un padecimiento síntomas físicos y emocionales que se traducía en el abandono de la actividad por su imposibilidad para seguir desarrollándola.

Este estudioso tomó “prestado” el término “burnout”, que se usaba coloquialmente para expresar los efectos del consumo crónico de drogas en los toxicómanos para describir este nuevo síndrome.

No obstante, fueron Maslach y Jackson (1982) quienes definieron el burnout como un estado compuesto por tres elementos:

1. **Agotamiento emocional.-** Los trabajadores sienten que dan más de sí mismo desde un punto de vista efectivo. Sensación de desgaste de los recursos emocionales propios.
2. **Falta de realización personal en el trabajo.-**Se experimenta una desilusión profesional y al margen de sus sentimientos.

3. **Despersonalización.-**Desarrollo de una actitud cínica hacia las personas objeto de atención, teniendo una vista de forma deshumanizada y al margen de los sentimientos.

Alejandro Néstor Rivera (V.v.a.a. 2008) apunta que el concepto más importante es que el "burnout" es un proceso (más que un estado) y es progresivo (acumulado de contacto con consultantes).

Leiter (1993) planteó un nuevo modelo en el que el agotamiento emocional se mantiene como síntoma antecedente de despersonalización, pero la realización personal en el trabajo aparece como un síntoma sin relación causal con los otros dos síntomas.

De acuerdo a todos estos conceptos, los expertos en el estudio de este síndrome, manifiestan un acuerdo: el síndrome de Burnout afecta la capacidad emocional y personal en condiciones laborales. Los niveles de estrés terminan creando una sensación de insatisfacción y una disminución de la capacidad de integración social.

El concepto del "síndrome del quemado" queda claramente definido como el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Así se define al índice de desgate profesional más alto.

2. b. Delimitación histórica del síndrome de Burnout

Con el fin de establecer que este síndrome se ha manifestado durante el crecer de la vida ser humano, proponemos visualizar los estudios que se han realizado.

Boada (2012) en su libro Salud y trabajo mencionan que los nuevos y emergentes riesgos psicosociales presentan algunas definiciones desde distintas perspectivas.

Tabla 5: Definiciones

Autor	Definición
Perspectiva Clínica	
Freudenhberguer (1974)	Hace alusión a la experiencia de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral que surge en los profesionales que trabajan en contacto directo con personas en la prestación de servicios como consecuencia de ese contacto diario con el trabajo.
Fischer (1983)	Un estado resultante del trauma narcisista que conlleva a una disminución en la autoestima de los sujetos.
Pines y Aroson (1988)	Un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental. Los sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general Baja autoestima.
Perspectiva Psicosocial	
Maslach y Jackson (1981)	Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que se puede desarrollarse en aquellas personas cuyo objeto de trabajo son personas, en cualquier tipo de actividad.
Price y Murphy (1984)	Es un proceso que se caracteriza por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgate y labilidad emocional, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.
Rodríguez-Marín (1995)	No debe identificarse con estrés psicológico, sino que debe ser entendido como una respuesta a fuentes de estrés crónico que surgen de las relaciones sociales entre proveedores de los servicios y receptores de los mismos.

Boada, J. (2012). *Salud y trabajo. Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales*

Podemos apreciar a través de las teorías mostradas por los expertos que existe un deterioro emocional a nivel laboral que obstruye el proceso de desarrollo de actividades que realizan a diario los profesionales de la salud dedicados a esta profesión y que se hallan expuestos a tratar con pacientes que se encuentran en proceso de disminución de la salud.

En definitiva, el Burnout perturba al individuo en su entorno laboral, siendo el causante del deterioro de su capacidad emocional, invadiendo el territorio social sobretodo a su integración.

2.c. Poblaciones propensas al Burnout

La revolución industrial fue un cambio importante en cuanto a la organización de la sociedad, de la filosofía de vida y de cambios y alteraciones de comportamientos. No menos histórica está siendo la revolución tecnológica que se está produciendo y que está repercutiendo en todas las Organizaciones en recursos estructurales y humanos.

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

De acuerdo a la gráfica siguiente, tomada del libro Burnout y docencia Sahili (s/a). Podemos verificar que existe estrés en muchas profesiones.

Tabla 6: Profesionales afectados por burnout

Voluntarios	13.9%	**Obreros**	6.5%
Médicos en atención Hospitalaria	11.3%	**Trabajadores de la construcción**	6.1%
Docentes	9.0%	**Oficiales de prisión**	3.4%
Médicos Clínicos	8.02%	**Gendarmes**	3.3%
Enfermeras Hospitalarias	7.8%	**Enfermeras de Oncología**	1.7%
Parteras	6.6%	**Policía**	0.8%

Sahili, L. (2010). *Psicología para el docente*

Tabla 7: Incidencia del burnout por profesiones

Profesión	Burnout
Profesores	25%
Enfermeros/ras	**20%-25%**
Médicos/as	**30%-40%**
Policías y personal sanitario	20%

Fernández, R. (2010). La Productividad y el riesgo psicosocial derivado de la organización del trabajo

Como podemos observar, las profesiones con alto riesgo de padecer estrés laboral son aquellas que tratan directamente con otras personas. En nuestra investigación tomaremos el caso exclusivo de los Médicos y las Enfermeras por el hecho de permanecer en contacto constante y permanente con los pacientes, permitiendo que se desarrolle las fases para padecer dicho síndrome.

2.d. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout

Sandrin (2005) en su libro “Ayuda sin quemarse” manifiesta las etapas para el desarrollo del Síndrome de Burnout:

1) Entusiasmo idealista. El ideal es estimulante. Las relaciones con los otros están movidas por una colaboración cordial y no hay horarios fijos. No están claros los límites. Y la propia ilusión se desvanece ante las “no confirmaciones” de la realidad.

Estancamiento. Se necesitan resultados para fortalecer la propia autoestima, pero en las presiones de ayuda los resultados no siempre se pueden medir. Es la segunda etapa, caracterizada por el estancamiento. Las personas comienza a quejarse de excesivo cansancio. Se perciben los primeros signos de

irritabilidad con aquellos a los que se quiere ayuda y con los compañeros de trabajo.

Frustración. Prevalece un sentimiento de frustración, la tercera etapa. La realidad no es tan gratificante como se había esperado y el ideal que creía al alcance de la mano se aleja cada vez más y se convierte en utopía (no está en ningún sitio).

Apatía. Es la cuarta etapa, el momento en que parece el verdadero Burnout. La desaparición de una simpatía que se escapa de las manos. Las relaciones ahora son frías, siempre iguales. Lo único que hacen los otros es molestar.

En muchos profesionales de la salud, el dinero se convierte en la parte primordial dentro de su carrera, el sueño de ayudar pasa a último nivel y se pierde la parte sensible del ser humano. Los principios morales se desvanecen y se disipan. Y comienzan los comentarios de los pacientes acerca del maltrato, la indiferencia y la manera déspota de tratar al sufrido. En definitiva no solo el médico o la enfermera se perjudican sino también el paciente.

2.e. Características, causas y consecuencias del burnout

Características del Síndrome de Burnout

Como se ha comentado según Sandrin (2005) existen etapas que llevan al Burnout. Esto nos permite tener un visión muy clara de que coexiste un decaimiento físico, emocional y mental, lo cual se caracteriza en muestras de cansancio, sentimiento de desamparo, un vacío emocional y actitudes negativas hacia el trabajo diario con los pacientes, repercutiendo en una autoestima baja y sentimientos de inferioridad, por ende, en la calidad del trabajo.

Causas del Síndrome de Burnout

Fuentes & Cabrera (2007) expone las siguientes causas o factores generadores de estrés laboral más frecuentes:

- Exceso de Trabajo

- Trabajo a ritmo elevado
- Aburrimiento y la monotonía
- No saber el trabajo que hay que realizar
- Trabajo en turnos
- Falta de preparación
- Roles diversos
- Sobrecarga tecnológica
- Jefes incompetentes
- Pugna de poder

Ali El Sahili González (s/a) textualmente indica que es importante resaltar que el burnout es un concepto laboral, no psicopatológico, por lo tanto, no puede desvincularse de las características del trabajo actual. Por este motivo, la mayoría de los estudios analizan el trabajo como su principal determinante y menosprecian el efecto de la personalidad del trabajador. Aunque para Maslach y Leiter (1979) las características individuales del empleado influyen muy poco en la generación del Burnout, se han identificado con el transcurso del tiempo algunas características de la personalidad (en conjunto con el estrés laboral) que llevan al síndrome de Burnout. Dentro de estas características se encuentran aquellos que exhiben locus de control externo y pobre autoeficacia. También se hallan inmersas las personas dependientes, con niveles altos de neurotismo, baja defensa ante el estrés o -lowhardness-, excesivo idealismo, muchas auto-exigencias para el trabajo, sensibilidad emocional y adicción al trabajo.

Es cierto que muchos de estos factores son una muestra visible del porqué el personal ha generado un bajo rendimiento laboral y una desmotivación. Estos factores son los que impiden llegar a los objetivos planteados por la organización y a los objetivos que se propone cada empleado.

La situación del trabajo con riesgo de Burnout se define por una sobrecarga física, pero especialmente emocional, sobre todo el personal de médicos y enfermeras que labora mucho más allá de las 8 horas diarias y en continuo contacto con el paciente. Esto hace que permanezca en constante posición de ayuda y poco tiempo para sí mismo.

En el momento que este personal llega a sentir que todo está controlado por la situación (enfermedad, dolor, muerte), la impotencia debe ser un detonante.

Consecuencias del Síndrome de Burnout

Fernández (2010) comenta que los factores de riesgo o desencadenantes del Síndrome de estar quemado son comunes al estrés, pues es una respuesta al estrés crónico; por tanto, también comparte algunas de las consecuencias negativas para la salud física y psíquica de los trabajadores. Sin embargo, la gravedad suele ser más grande con mayores secuelas, cuando se alcanza una fase madura de distrés o estrés negativo, alcanzando altas cotas de deterioro personal y profesional.

Consecuencias para el trabajador

- Aparece un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional)
- Afectivo (desgaste emocional y, en algunos casos, culpa)
- Actitudinal (cinismo, indolencia e indiferencia frene a clientes o frene a la organización) en el trabajador.

Las principales consecuencias emocionales tienen que ver con la sintomatología ansioso-depresiva, con propensión a los sentimientos de culpa y con respuesta hostiles alimentadas por frecuente irritabilidad y actitudes negativas hacia la vida. Desde el punto de vista clínico el Burnout es un proceso que se manifiesta como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando se presenta en toda su magnitud.

Los síntomas que presenta el trabajador son:

- Trastorno psicosomáticos
- Trastorno de la conducta
- Trastorno emocionales
- Trastorno de actitud
- Trastornos sociales y de relaciones interpersonales

Consecuencias para la empresa

- Disminuye la capacidad de trabajo y la disposición laboral.
- Disminuye el compromiso.
- Desciende la eficacia y el rendimiento.
- Aumenta el absentismo y la desmotivación.
- Aumentan las rotaciones y los abandonos de la organización.
- Disminuye la calidad de los servicios que se prestan a los clientes.
- Surgen sentimientos de desesperación e indiferencia frente al trabajo.
- Aumentan las quejas de usuarios o clientes.
- Mala comunicación e interacción.

Costos directos para la empresa

- La asistencia médica y hospitalaria
- Los salarios durante el período de baja
- Las indemnizaciones por incapacidad temporal

Costos indirectos para la empresa

- Las pérdidas de tiempo
- Las multas o penalizaciones
- Las consecuencias comerciales (pérdida de clientes, deterioro de imagen, entre otros)
- Los accidentes

Como podemos ver la lista es extensa y representa pérdidas tanto para la empresa como para el trabajador. Hay insatisfacción del empleado y, por consiguiente, un desgaste emocional. Existe, por tanto, repercusiones en todas las áreas del individuo en cuestión y, cabe indicar en este momento, que ya se encuentra la necesidad de establecer un control para la prevención de esta enfermedad dentro de nuestro profesionales de la Salud.

2.f. Modelos explicativos del Burnout

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas

de investigación: Teoría Socio cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.

1) Teoría Socio cognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son:

a) El empeño para la consecución de objetivos. Las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

b) El empeño para la consecución de objetivos. Las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto.

El sujeto debe distinguir y ser el que diferencie sus propias apreciaciones de los hechos que le parecen estresantes y distinguir la relación que debe mantener con cada uno de sus pacientes. De esta manera podrá el profesional no ingresar a las filas de los quemados. Es importante mantener un equilibrio entre la objetividad y el acercamiento emocional al cliente, con un comportamiento distanciado.

Los siguientes modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, auto concepto.

2) Modelo de Competencia social de Harrison (1983)

Este autor mantiene una perspectiva socio-cognitiva que se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la “competencia percibida” como función del Síndrome Burnout (SB). Explica que gran parte de los individuos que trabajan en profesiones de servicios de asistencia tiene un sentimiento elevado de motivación para ayuda a los demás y de altruismo, pero que en el lugar de trabajo se encuentra con una serie de circunstancias que serán de ayuda o de barrera y determinarán la eficacia del trabajador. En el caso de que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos porque aumenta la eficacia percibida y los estímulos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera que dificultan el logro de metas en el contexto

laboral, el sentimiento de auto eficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el SB.

3) Modelo de Pines (1993)

Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout se da cuando el sujeto busca sentido de existencia en su trabajo por medio de tareas de labor humanitaria y fracasa en su labor. Este modelo es motivacional y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el SB.

Lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.

4) Modelo de autoeficacia de Cherniss (1983)

Para Cherniss, la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del Burnout.

Los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras, debido a que estos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

5) Modelo de Thompson, Page y Cooper (1983)

En este modelo se destacan cuatro factores implicados en la aparición del Burnout y se señala que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto; el nivel de autoconciencia; las expectativas del éxito personal y los sentimientos de autoconfianza.

6) Teoría del Intercambio Social.

Se plantea que cuanto el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse precepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.

7) Teoría Organizacional.

Se determina la importancia de los estresores percibidos desde el prisma organizativo y se ensalza la búsqueda de estrategias para mejorar las condiciones del trabajo, evitando que se genere el Burnout. Según esto, tanto 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 implicados en la aparición del síndrome.

Así pues, las causas varían, dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

8) Teoría Estructural

Se tiene en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se basa en los modelos transaccionales, los cuales planean que el estrés es una consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

9) Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y las consiguientes estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol). Surge como producto de un proceso de reevaluación cuando

la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. La respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias.

2.j. Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout

Sandrin (2004) explica que las estrategias para resolver este síndrome y prevenirlo se deben enfocar simultáneamente en el individuo, en el contexto laboral y en las relaciones interpersonales. Estos aspectos se pueden distinguir pero no separar: el individuo se expresa en sus relaciones y se la juega en el ambiente donde trabaja; todo está relacionado con aspectos laborales y en las relaciones interpersonales.

Existen técnicas que la institución puede facilitar para el personal: motivación profesional, charlas para mejorar el estrés laboral, afrontamiento de problemas laborales, mejoramiento de clima laboral, entre otros aspectos que están involucrados.

Todas las medidas de prevención a nivel institucional dependen, en gran manera, del apoyo y la decisión de la Institución, no debemos dejar de mencionar el apoyo del departamento de Salud Ocupacional ahora con estudios de la ergonomía, ambiente físico del lugar de trabajo.

Es relevante, a partir de esta teoría, el aspecto personal, pues tiene mucha relación con todo lo que está ligado a la calidad de vida física y social. Es importante realizar ejercicio regularmente (bailoterapia, caminatas, hacer ejercicios de relajación o meditación, tener un buen régimen de alimentación, evitar el alcohol, la cafeína y dormir las 7 u 8 horas para tener un descanso normal, entre otras actividades físicas).

El Sahili (s/a) explica que si se duerme menos de seis horas se adquiere riegos enormes de padecer enfermedades crónico-degenerativas. En la actualidad, tanto los hijos como padres han aprendido a pasar más tiempo frente al televisor y la computadora, así la actividad física ha quedado peligrosamente relegada.

Puebla & Mercader (2007) en primer lugar menciona que es importante que el trabajador conozca las manifestaciones del exceso del estrés para detectar

el desarrollo de los síntomas en sí mismo o en algún compañero de trabajo. Es importante facilitar la interacción con los compañeros de trabajo en sesiones de educación continuas sobre afrontamiento del estrés, lo que puede servir tanto de estrategia preventiva como de tratamiento.

En los casos en que sea posible se debe actuar sobre el clima laboral, disminuyendo los estresores, estableciendo objetivos, favoreciendo la participación del trabajador en las decisiones, clarificando la jerarquía de mando y mejorando la comunicación entre los distintos niveles de la organización.

Los directivos de las instituciones no deberían pensar que se trata de un problema individual que no afecta realmente al establecimiento y que poco pueden hacer con esta molestia. Por lo contrario, deberían verlo como un inconveniente realmente latente en cada institución de salud porque el Burnout afecta negativamente al rendimiento laboral, tiene altos costos económicos para la propia organización.

CAPITULO 3.CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3. a.Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

Una vez que hemos despejado que el Burnout es un trastorno adaptativo causado por un estrés crónico de tipo laboral y que tiene sus orígenes personales, familiares y sociales, podemos relacionar las variables sociodemográficas.

El Ministerio de Relación y Cultura (1998) sostiene que los factores sociodemográfico, laborales, motivacionales, así como los relacionados con la salud, pueden influir en los quince modos de afrontar el estrés (afrontamiento activo, planificación, búsqueda de apoyo instrumental, búsqueda de apoyo social, supresión de actividades distractoras, religión, reinterpretación positiva, aceptación, desahogarse o centrarse en las emociones, negación, desconexión mental, desconexión conductual, consumo de drogas y humor).

Algunas variables sociodemográficas presentan relación positiva, aunque baja, con el compromiso organizacional (Mathieu y Zajac (1990) y Medina (2000). Además, están presentes los estudios sobre factores psicosociales que afectan la satisfacción de los trabajadores. Existen determinadas variables sociodemográficas que correlacionan positivamente la edad y la satisfacción.

Así se puede establecer que:

- Es posible la relación entre variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, paternidad y número de hijos) y los modos de afrontamiento del estrés.
- Los hijos y la familia pueden ser una fuente de desahogo emocional dice Moriara Elvia *et al.* (2004).
- No existen diferencia en función del género (obteniendo puntuaciones similares hombre y mujeres).
- Los casados presentan mejores niveles de satisfacción que los solteros menciona Rodríguez *et al.*,(2004)

Burnout y la relación con variables laborales:

El síndrome de Burnout se origina en el ambiente laboral y en las condiciones de trabajo (funciones y necesidades). Sandrin (2004), expresa: “No hay duda de que existe una relación entre el Burnout y la actual cultura del trabajo (y el tipo de expectativas de realización personal y social a través de él).

En un libro escrito en colaboración con Michel Leiter, Christina Maslach, investigadora y asesora de varias organizaciones subraya de manera especial el contexto social donde el individuo trabaja (los factores estructurales y organizativos) como la causa más importante del Burnout.

Es probable, por lo tanto que la relación entre variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil, paternidad, y número de hijos) y los modos de afrontamiento del estrés sean relacionados con los factores laborales (área de conocimiento, categoría laboral docente y años de experiencia en la universidad) y con las diferentes estrategias de afrontamiento. Los factores motivacionales como ausentismo laboral por razones de salud, y número de días de ausencia al puesto de trabajo son premisas a considerarse.

De acuerdo a Llaneza (2009), la variable sexo no tiene influencia clara. El rol familiar laboral relevante que juega la mujer la hace más vulnerable al Burnout, La edad aparece como una variable que puede matizar el síndrome en el contexto laboral, de tal manera que a mayor o menor edad también se debe encontrar una correspondencia en experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo. El estado civil de las personas casadas o que conviven con su pareja tienen menores índices del síndrome de “estar quemado”. Se evidencia que más que el propio hecho del estado civil lo que tiene importancia es la relación de esta variable con el apoyo.

3.a.1. Variables de riesgo y protectoras

Sandrin (2004) en su estudio acerca del síndrome del Burnout dice que es índice de presencia de estrés laboral una fuerte “discordancia entre la naturaleza del trabajo y la naturaleza de la persona que desarrolla ese trabajo”, entre lo que las personas son y lo que se ven obligadas hacer.

Exceptuando a algunos afortunados, en la mayor parte de las personas que trabajan actualmente hay seis variables

- ✓ La sobrecarga de trabajo: es más intenso, exige cada vez más tiempo y es más complejo.
- ✓ La falta de control sobre el propio trabajo: se establecen prioridades, se toman decisiones sobre las medidas que deben adoptar y se utilizan los recursos que se tienen.
- ✓ La insuficiente gratificación: se gana menos aunque se haga más y se ha perdió la alegría de trabajar.
- ✓ El derrumbamiento del sentido de pertenencia comunitaria: existe fragmentación de las relaciones personales y la consecuente reducción del trabajo de equipo.
- ✓ La falta de equidad (percibida en la falta de confianza, lealtad y respeto mutuos);
- ✓ El contraste entre valores: un sistema basado en la pervivencia-provecho es de breve duración, contrario a lo que tanto se proclama y a los valores que los dependientes más integrados tiene en relación con su trabajo.

El Burnout no es solamente un problema personal y cada una de las seis discrepancias trabajo –persona que llevan al Burnout afecta negativamente al rendimiento final. El Burnout tiene altos costes, incluso económicos para la propia organización.

Las Instituciones podrían hacer mucho en el ámbito de la prevención, identificando los problemas relevantes y elaborando un sistema para resolver

los continuos conflictos y dando la importancia que esta dolencia aqueja a los trabajadores de la salud.

3.a.2. Motivación y satisfacción laboral

Todos sabemos que el motor de impulso para realizar nuestras actividades es la motivación. Esta nos lleva a tener determinados comportamientos en ciertos escenarios. Es decir, existe una causa, razón o estímulo que impulsa al ser humano a realizar algo voluntariamente.

García (2010), expone que se debe proporcionar motivación en el trabajo. Herzberg propone el "enriquecimiento de tareas", también llamado "enriquecimiento del cargo", el cual consiste en sustituir la tareas más simples y elementales del cargo por tareas más complejas que ofrezcan condiciones de desafío y satisfacción personal para que así el empleado continúe con su crecimiento personal.

Destaca algunos factores motivacionales:

- El trabajador en sí
- Realización
- Reconocimiento
- Progreso profesional
- Responsabilidad
- Logros
- Independencia laboral
- Responsabilidad
- Promoción

Cuando los empleados están motivados, se genera un clima agradable que permite establecer relaciones satisfactorias de interés, colaboración, comunicación, confianza mutua y cohesión entre compañeros, superiores, clientes, proveedores internos y externos de la organización (Gaspar 2007).

Sandrin (2004) dice que son diversas las motivaciones que llevan a una persona a cursar una determinada carrera o a hacer un determinado trabajo. Poseemos diversas motivaciones: motivaciones universales como tener éxito y ser apreciados; motivaciones específicas de una determinada profesión, como ayudar a curar a los otros, y otras estrictamente personales más o menos conscientes.

3.a.3. Investigaciones realizadas

La investigación sobre “Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborares en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias de la ciudad de México, fue realizada por: MD Carolina Aranda Beltrán, Docente del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional de la Universidad de Guadalajara, Jardines Alcalde Guadalajara, Jalisco, México, MD Bibiana Zarate Montero Investigadora Ciencias de la Salud en el Trabajo. Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, Manuel Pando Psicólogo PHD, Metodología de les Ciencias Sociales. Director, Investigador y Docente del Instituto de Investigación en Salud Ocupacional (IISO), Universidad de Guadalajara, Guadalajara, México.

El objetivo fue el de analizar la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de Burnout en los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Metodología:* el estudio fue descriptivo y transversal. Se aplicó tanto el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales como la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS). Los análisis estadísticos fueron descriptivos (medias y porcentajes) e inferenciales (asociaciones entre las variables de estudio). *Resultados:* de los 119 médicos, 64.7% eran hombres y 35.3% mujeres, con un promedio de edad de 34 años. La prevalencia para el Síndrome de Burnout fue del 51.3%, para la dimensión agotamiento emocional de 31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersonalización el 18.5%. Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto con despersonalización y como variables protectoras el pertenecer al servicio de urgencias y clínicas hacia la dimensión despersonalización. *Conclusión:* es probable que los médicos con síndrome de Burnout no se encuentren en condiciones de salud favorables para laborar, por lo que consideramos urgente identificar los problemas que

originan tal evento, para con ello proponer tanto medidas de prevención como de tratamiento.

3.b. El Burnout y la relación con la salud mental

3.b.1. Definiciones de salud mental

Salinas (2005) manifiesta acerca de: “La capacidad para mantener relaciones armoniosas con los demás, satisfacer necesidades instintivas potencialmente en conflicto sin lesionar a los demás y ser capaz de participar en las modificaciones positivas del ambiente físico y social”.

Acevedo (2007) para la Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea de cara a la meta de “Salud para todos en el año 2000”, su clásica definición, proponiendo como objetivos que los habitantes de todos los países tengan un nivel de salud suficiente para que puedan trabajar productivamente y participar activamente en la vida social de la comunidad donde viven.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) definió en 1946 la Salud como el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente ausencia de enfermedades o afecciones.

Varga & Triviño (2006) dicen que la salud mental forma parte de la salud integral del ser humano en todo sentido: biológica, psicológica, social y espiritual. Ella permite al individuo realizar una síntesis de sus propias tendencias instintivas, mantener relaciones armoniosas con los demás e interactuar en forma constructiva con el medio físico y social.

Todos estos conceptos nos orientan hacia el pensamiento de que la salud mental nos permite generar un bienestar para nosotros y los nuestros.

3.b.2. Salud Mental y estrés

A partir de los diferentes conceptos de salud mental, nos damos cuenta de que el estrés perjudica enormemente nuestra salud mental. Fernández (2008) indica que el estrés es la sobrecarga de temor o ansiedad que experimenta un sujeto cuando opera sobre él una energía, una presión externa. Introduce términos, conocidos como estresores: la sobreexistencia o la sobrestimulación externa.

El ser humano ofrece la peculiaridad de que el estresor puede corresponder no solo a una realidad evidente sino también a una realidad contaminada de imágenes temerosas, subjetivas o incluso a algo imaginario que podría acontecer. La reacción ofrecida en este último caso constituye un estrés simbólico que es un tipo de stress específico del ser humano.

Se puede evidenciar que el estrés es muy dañino para nuestra salud mental y puede desarrollar en el cuerpo algunas enfermedades más. Weinte (2008) opina sobre el dominio de los problemas mentales comunes y manifiestos que el estrés influye en un rendimiento académico insatisfactorio. Dawod (1995) escribe acerca del insomnio y otros problemas del sueño. Vgontzas, Bixter y Kales (2000) describe problemas sexuales. Lemack, Uzzo y Poppas (1998) comentan sobre el abuso de alcohol. Colder (2001) menciona la drogadicción al igual que Franco, Hubbard y Martin (1998). Aparte de estos problemas, la investigación revela que el estrés puede propiciar la aparición de trastornos auténticamente psicológicos como la depresión Kessler (1997), esquizofrenia Fowles (1992), trastornos de ansiedad Falsetti y Ballenger (1998) y de alimentación Cooper (1995).

El estrés es claramente nocivo para la salud. Puede causarnos muchos desequilibrios físicos, dañar nuestra atmósfera social, familiar, laboral es una reacción natural del organismo. Debemos aprender a manejar las situaciones de mejor manera para no ingresar al campo de la enfermedad del Síndrome de Burnout.

3.b.3. Síntomas somáticos

La somatización según Cassem (2006) es la presentación de síntomas físicos para los que no hay causas orgánicas observables y constituyen un reto fascinante para el psiquiatra consultor.

La Clínica Psiquiátrica de Norteamérica (2007) expresó los hallazgos en un segundo estudio que examinó la asociación de la depresión y la ansiedad comórbidas con la carga de síntomas médicos en los pacientes que presentaban artritis (artritis reumatoide o artrosis), diabetes, cardiopatía (artropatía coronaria e insuficiencia cardíaca congestiva) y enfermedad pulmonar (asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica). Un total de 31 estudios que incluían a 16.922 pacientes, incluyendo siete estudios de diabetes, nueve estudios de enfermedad pulmonar, nueve estudios de enfermedad cardiaca y siete estudios de artritis para entender el asunto. Los pacientes con enfermedad médica crónica y depresión o ansiedad comórbidas se compararon con los que tenían enfermedad médica crónica. Se encontraron en ellos cifras más elevadas de síntomas médicos cuando se controló por la gravedad del trastorno médico. En las cuatro categorías de trastornos médicos comunes, los síntomas somáticos específicos de enfermedad se asociaron por lo menos tan fuertemente con depresión y ansiedad como con las medidas fisiológicas objetivas del trastorno médico.

Luego de revisar este estudio realizado por la Clínica Psiquiátrica de Norteamérica, es concluyente que el estrés es un enemigo mortal de la salud, si no sabemos mantener un equilibrio con nuestras preocupaciones diarias ennuestro ámbito de vida, podemos enfermar fácilmente, si no encontramos formas de manejarlo o de controlar toda esa carga emocional.

El test PHQ-15 fue derivado del PHQ completo. Incluye una lista de los 15 síntomas somáticos más prevalentes para el criterio de somatización del DSM-IV, Enríquez (2010).

Para que un síntoma se considere dentro del diagnóstico del Trastorno Somático, debe ser médicamente inexplicado o sustancialmente excesivo para la patología médica asociada.

3.b.4. Ansiedad e insomnio

Según la real Academia de la lengua los términos ansiedad e insomnio se definen como:

- Ansiedad: estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo.
- Insomnio: Vigilia, falta de sueño a la hora de dormir.

Se sabe que el SB altera el estado emocional y físico de médicos y enfermeras. Algunos de los indicadores son: ansiedad, depresión, fuertes dolores de cabeza, insomnio y alteraciones de la conducta. También se conoce que en ocasiones estos padecimientos pueden llegar a hacer uso y abuso de alcohol, el tabaco y otras sustancias nocivas para la salud. Todo esto puede ser producto de la extenuación o colapso emocional al tratar diariamente con el dolor humano y el deceso de sus pacientes, la impotencia de querer ganarle a la muerte y a la enfermedad. Podemos decir que se sufre de manifestaciones somáticas y psicológicas que pueden desarrollar un trastorno de sueño o un estado de ansiedad.

Algunos escritores consideran que la ansiedad está relacionada con el insomnio. Cassem (1994) declara que “Algunos individuos sufren ansiedad crónica grave que puede estar asociado con insomnio, así como una variedad de síntomas desagradables tales como taquicardia, sudor, diarrea”. Para Chapman (2006) “El insomnio es una de las bestias de la ansiedad.”

Entonces, hay que ver la importancia de velar por este tipo de enfermedad que desarrolla el síndrome en sus víctimas, hay que darle la importancia que se merece como dice Solanas (2002) “ Así como las organizaciones velan por la formación continuada de sus empleados para que se adapten a los nuevos avances tecnológicos, y se preocupan, a su vez, por su salud física sometiéndolos a revisiones anuales, también tendría que incluirse como parte de su adaptación al puesto de trabajo este tipo de entrenamiento para controlar la ansiedad. De esta manera, los trabajadores con riesgos de padecer Burnout dispondrían de habilidades para afrontar las situaciones estresantes”. Todo este tipo de controles y prevenciones también

ayudarían a precautelar los intereses de cada Institución que brinde servicios de Salud y todos se beneficiarían los empleados tendría su parte de satisfacción laboral.

La falta de sueño deja con sensación de agotamiento, fatiga, impotencia y desesperación. Cuando devolvemos a una persona su capacidad de dormir, podemos aportarle con ello a un alivio inmediato e inmenso. El insomnio de la ansiedad llega más allá de contar ovejas. Los pacientes se pasan horas dando vueltas a sus pensamientos; se quedan toda la noche en pie, o mirando el techo o se pasan horas enteras leyendo sin que les haga ningún efecto sedante.

3.b.5. Disfunción social en la actividad diaria

Este trabajo de investigación trata de hacer una reflexión sobre el Burnout “realización personal reducida”. Sandrin (2004) mira la delicadeza del trabajo del profesional sanitario y se expresa de esta la siguiente manera: El trabajo en el mundo sanitario es sin lugar a duda un “trabajo arriesgado”. También expresa que “El tercer elemento constitutivo de Burnout es un sentimiento de no realización en el trabajo, de insuficiencia para las tareas que deberían realizar, y esto pone en crisis su propia identidad, provoca una caída de auto estima y una pérdida del deseo de éxito; con el derrumbamiento de la autoestima se afianza un fuerte sentimiento de impotencia que pude llevar a la depresión”.

El resultado es una alteración en las actividades diarias. Por lo cual existen quejas de maltrato del personal de enfermería hacia los pacientes porque no existe todavía una comprensión del padecimiento del personal médico y de enfermeras.

3.b.6. Tipos de depresión

Desde hace algunos años se mantiene los siguientes criterios diagnósticos, que pueden recoger con bastante aproximación la presentación de los síntomas depresivos, son criterios comunes para las normas tanto del DSM-IV como la del CIE-10.

Cada persona vive y maneja el estrés a su modo. Razón por la cual se evidencia que la depresión se manifiesta de diferentes formas, pues no todos los síntomas pueden aplicarse a un individuo en especial. Por este motivo es importante diagnosticar en forma correcta. Y aquí nos vemos otra vez involucrados con el Burnout. La depresión se origina debido a la manera poco efectiva para enfrentar las exigencias de la vida, por lo que, en este caso, se hace una relación con el trato diario del personal médico con los pacientes oncológicos.

Tabla 8: Tipos de depresión

TRASTORNO	DESCRIPCIÓN
Depresivo Mayor	Constante cambio de ánimo decaído, perdida de la capacidad para percibir placer por actividades habituales, cambios característicos en la alimentación y peso corporal, alteraciones en los patrones de sueño, sentimientos de culpa, apatía, dificultades en atención, entorpecimiento de las habilidades cognitivas, pensamientos recurrentes relativos al suicidio o la muerte. Pueden ser de largo plazo y durar meses o años si no se tratan.
Distimia	Representación menos insensible, de carácter más crónico, que la Depresión Mayor, es calificada cuando el estado de ánimo depresivo perdura durante al menos dos años en adultos (un año en niños y adolescentes), se encuentra conducidos por otros síntomas depresivos.
Bipolar	Llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: Fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).
Trastorno Afectivo Estacional	Manifestación de eventos depresivos recurrentes vinculados a determinadas estaciones del año.
Trastorno Disfórico Premenstrual	Variante severa del Síndrome Premenstrual que perturba aproximadamente al 5% de las mujeres en edad fértil, sin diferencias socioeconómicas, geográficas, étnicas o culturales. El trastorno surge durante el lapso previo a la menstruación y se desvanece a la mitad de esta. Los síntomas orgánicos (Cefalea, fatiga, hinchazón abdominal, hipersensibilidad mamaria, acné, etc.), emocionales, ansiedad, depresión y hostilidad explosiva e irracional y conductuales alteración de la alimentación e incremento del sentimiento de aislamiento).

Barlow, D. D. (2001). *Psicología anormal un enfoque integral.* México: Eco Ediciones.

3. b.7. Investigaciones realizadas

Basándome en los fundamentos teóricos referidos, el personal de la Salud sobre todo médicos y enfermeras serán el objeto de nuestra investigación. Este personal tiene ciertas características en el desempeño de su trabajo donde su responsabilidad no tiene relación con cosas materiales sino con vidas humanas. Hay que tomar más en cuenta el tipo de motivación que se les brinde para que sea estimulado su comportamiento en ausencia de compensaciones.

La investigación que se menciona a continuación fue realizada en un estudio que pretendía identificar la correlación existente entre la depresión y el Burnout en médicos residentes: un estudio descriptivo transversal en un hospital nacional de Lima. Alejandro Mariños, Miluska Otero, Germán Málaga, Jorge Tomateo, (2011) que el residente médico pasa por “un período en el que se adquieren competencias para la práctica de una especialidad médica. Esta etapa requiere disponibilidad completa del médico y estará sometido constantemente a prueba, a disminución de horas de sueño, cansancio físico, distanciamiento de seres queridos y salarios bajos. Como resultado, la residencia médica es una etapa de gran estrés y puede contribuir a la aparición de Síndrome de Burnout (SBO) y depresión”.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal realizado en médicos residentes de todas las especialidades del Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) durante febrero del 2011, utilizando la versión en español del inventario de Maslach para Síndrome de Burnout (SBO) MBI y de la Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D 20).

Resultados: Se analizó la información de 84 médicos residentes, 60 de los cuales fueron varones. La edad promedio de los participantes fue de 31 ± 4,4 años. La frecuencia de Síndrome de Burnout (SBO) fue 54,9% y de sintomatología depresiva 38,6%. El 32,9% presentó síntomas depresivos y Síndrome de Burnout (SBO). No se encontró asociación entre el número de horas trabajadas a la semana con la presencia de síntomas depresivos o Síndrome de Burnout (SBO).

Conclusiones: La coexistencia entre Síndrome de Burnout y síntomas depresivos fue 32,9% y debe tenerse en cuenta para desarrollar investigaciones e intervenciones en esta población médica para reducir su presentación y las derivadas complicaciones. (Rev Med Hered 2011;22:162-168).

El desgaste emocional y el distanciamiento afectivo se desarrollan en respuesta al estrés laboral sostenido debido al fracaso de los mecanismos de adaptación ante determinadas situaciones. Según Maslach y Jackson (1986), el SBO tiene tres dimensiones: (Paula, 2007)

1) Agotamiento emocional: el trabajo resulta ser abrumador y disminuye la capacidad de rendimiento del individuo.

2) Despersonalización asociada a cinismo. El sujeto se desapega del trabajo y surgen sentimientos de ineficacia.

3) Se percibe una pérdida de realización personal. Se observa con mayor frecuencia en trabajos con un desequilibrio entre demandas y recursos. Especialmente en personas con expectativas idealistas que encuentran una realidad frustrante.

4) La prevalencia reportada de Síndrome de Burnout (SBO) en médicos residentes es variable, entre 18% y 80,2% (5,6).

El Síndrome de Burnout (SBO) y la depresión usualmente coexisten. Se sobreponen y comparten características en común como síntomas de disforia, fatiga, cansancio emocional y sensación de tristeza, además las dos han demostrado su efecto negativo sobre el desempeño laboral. Esta relación presenta una asociación con ideación suicida. Incluso la presencia de estrés y depresión pueden exacerbar la percepción de despersonalización y cansancio emocional.

En nuestro país existe poca información sobre Síndrome de Burnout (SBO) en médicos residentes. En un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia (HNCH) en el 2007, se encontró Síndrome de Burnout

(SBO) en el 51,4% de los médicos residentes. Sin embargo, no se evaluó el componente depresivo. El objetivo del estudio fue determinar la frecuencia de coexistencia de Síndrome Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes en un hospital general.

La investigación sobre “Burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas”, fue elaborado por: Arturo López-Morales, Felipe González-Velázquez, Margarita Isabel Morales-Guzmán, Carlos Ernesto Espinoza-Martínez , del Centro Médico “Adolfo Ruiz Cortines” (2007) en el Instituto mexicano del Seguro Social, Veracruz, México. La muestra obtenida fue de 143 médicos residentes (72 del grupo de estudio y 71 del control). La edad promedio fue de 29.6. El 65 % era del sexo masculino y el 51 %, soltero. La antigüedad promedio fue de 2.2 años. El grupo de estudio acumuló por jornadas laborales 100.5 horas por semana y el grupo control, 64.4. Se encontró el síndrome de desgaste profesional en 63.8 % de los médicos residentes con jornadas prolongadas, con mayor frecuencia en aquéllos con especialidades quirúrgicas y tres o más guardias por semana. Se llega a la conclusión que en los médicos residentes analizados existe desgaste profesional por jornadas laborales de 80 horas por semana.

La exploración de la prevalencia del síndrome de Burnout en los Internos Rotativos Médicos del Hospital “Carlos Andrade Marín” durante el período septiembre 2009 a agosto 2010, elaborado por el doctor Andrés Gonzales, la doctora Paola Cáceres Gaibor y el doctor César Collahuazo.

Según los autores citados, el síndrome de Burnout afecta la capacidad emocional y personal en condiciones laborales, en donde los niveles de estrés y el horario de trabajo terminan creando una sensación de insatisfacción y una disminución de la capacidad de integración social. Se realiza mediante un estudio descriptivo de corte transversal a los que se aplicó el test de Maslach modificado, arrojando como resultados la prevalencia del síndrome de Burnout en los Internos Rotativos con un 63.5% con predominio en las áreas quirúrgicas.

3. c.Burnout y el afrontamiento

3.c.1. Definición de afrontamiento

Enríquez et. al (2010) definen este síndrome desde una perspectiva psicoanalítica. Freud (1933) describió afrontamiento como los mecanismos de defensa inconscientes que el individuo utiliza o emplea para tratar las amenazas y conflictos internos. Está considerado como un proceso inconsciente hasta 1970, cuando se incorpora como una respuesta consiente a una situación externa estresante o un evento negativo.

Este término también se usó para referirse a todos aquellos esfuerzos intra-psíquicos orientados activamente a manejar, tolerar y minimizar las demandas ambientales, los requerimientos internos y los conflictos, que exceden los recursos del individuo.

Ahora, se puede señalar que existe la posibilidad de manejar las situaciones aversivas de los diferentes ambientes. Lo que incluye un proceso con los esfuerzos de médicos y enfermeras para poder resistir los pedidos descomedidos que se presentan a diario, de esta manera recuperar el equilibrio y adaptarse a su realidad.

3.c.2. Teorías de afrontamiento

Las tipologías de afrontamiento desplegadas por Parker y Endler en 1992 y por Zeidner y Endler, en 1996 y por diversos investigadores se han basado en la teoría de distinción de Lazarus y Folkman (1984).

Se afirma que existen dos grandes dimensiones funcionales del afrontamiento.

La primera dimensión es llamada de afrontamiento orientado a la tarea (TOC, del inglés task-orientedcoping) y se refiere a las acciones que tienen como objeto cambiar o controlar algunos aspectos de una situación percibida como estresante, incluye estrategias específicas como aumento del esfuerzo, planificación y análisis lógico.

La segunda dimensión: afrontamiento orientado a la emoción (EOC, emotion-orientedcoping) representa las acciones con el objeto de cambiar el significado de una situación estresante y regular el resultado negativo de las emociones para facilitar la adaptación por medio de una regulación emocional que se alcanzaría evitando al agente estresante.

Lo sitúa en un nuevo marco cognitivo o centrándose de forma selectiva en los aspectos positivos de la situación dice Compas (1987). Esta dimensión incluye estrategias específicas como el distanciamiento, el autocontrol, la búsqueda de apoyo social, el aceptar la responsabilidad, entre otros. "Distintos autores han propuesto la existencia de una tercera dimensión funcional (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; Endler y Parker, 1994), apoyada en los resultados de análisis factoriales de segundo orden (Hudek-Knezevic, Kardun y Vucmirovic, 1999; Zautra, Shets y Shandler, 1997).

Esta tercera dimensión, el afrontamiento de evitación, redirige la atención a estímulos no relevantes e incluye estrategias como la negación o el uso de alcohol y drogas. De acuerdo con el paradigma de afrontamiento como rasgo, representa las acciones que la gente realiza habitualmente en situaciones estresantes, mencionan Anshel y Kaissidis (1997), Bolger (1990) y Carveret al. (1989).

Esta perspectiva contrasta con la aproximación orientada al proceso, que define el afrontamiento como respuestas dependientes del contexto, dicen Lazarus y Folkman, 1984, pues asume que las respuestas deberían cambiar en función de la situación estresante y de sus diferentes fases: Compas y Epping (1993).

Es muy importante que el personal de cada Institución se preocupe de impartir charlas de afrontamiento para su personal y ayudar a desarrollar un estilo de vida más relajado y apto para trabajar con el de paciente oncológico.

El Burnout puede presentarse en cualquier momento si no se maneja una técnica eficaz de afrontamiento y apoyo para maniobrar este tipo de cargas emocionales.

3.c.3. Estrategias de afrontamiento

Una persona puede enfrentar los estresores activando modos conductuales o patrones de comportamiento para mantener su estado adaptivo de manera óptima. Estos procesos internos pueden ser concebidos como mecanismos de defensa activos para mantener el equilibrio psicológico frente a la ansiedad dice Cramer (1998).

Visto desde otra perspectiva, se han identificado una clasificación de estrategias de afrontamiento general que incluyen diferentes facetas:

Las estrategias orientadas hacia el problema, hacia la emoción y de evitación menciona Amirkan (1990). Representan respuestas al estrés con el objeto de reducir esta experiencia dicen Scomazzon, Dalbosco, Ruschel (1998).

El uso de estas estrategias se explica por variaciones individuales en la personalidad y por los aprendizajes previos dice Lloretet al. (1995). Expresa, por ejemplo, que las estrategias de solución de problemas y de búsqueda de apoyo tienden a utilizarse por personas con orientación optimista, mientras que los pesimistas usarán a menudo estrategias defensivas que los alejan de los estresores, como la evitación opina Feldman (1998).

Hay otros factores que pueden actuar como moderadores entre el estresor y la respuesta de afrontamiento, como los estereotipos orientados hacia el género que pueden confirmar la percepción de las diferencias en el uso de estas estrategias dicen varios autores como Morris y Maisto (2005) o Merino et al. (2007) Oldham menciona (2007) que existen dos estilos amplios principales de afrontamiento: el afrontamiento centrado en el problema y el afrontamiento centrado en la emoción.

Esta investigación propone centrarse en tres maneras de enfrentar un problema.

El afrontamiento centrado en el problema se refiere a los esfuerzos para resolver un problema que supone una amenaza o disminuir su impacto realizando una acción directa.

El afrontamiento centrado en la emoción se refiere a los esfuerzos para reducir las emociones negativas surgidas en respuesta a una amenaza cambiando la forma como se atiende o se interpreta la amenaza.

El afrontamiento centrado en el significado y el afrontamiento social son otras estrategias que se observan. El afrontamiento se ha evaluado tradicionalmente a través de medidas auto administradas retrospectivas.

Pues, todas las personas manejamos de una manera distinta nuestros problemas. Se debe mirar desde el punto de vista estudiado por varios entendidos, razonando que el afrontamiento es una respuesta acertada tanto de tipo cognitivo como conductual.

3.c.4. Investigaciones realizadas

Un estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout sobre estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI), aplicada por Maricel Soledad Popp, Licenciada en Psicología, en la República Argentina (2008), dice que la enfermería es considerada una profesión altamente estresante y proclive a padecer el síndrome de Burnout. Los objetivos de este trabajo fueron medir el nivel de estrés en enfermeras de unidades de terapia intensiva porque los profesionales que trabajan en estas unidades conforman un grupo de alto riesgo para desarrollar dicho síndrome y determinar si el perfil de afrontamiento de las enfermeras difiere en función de los niveles de manifestación de Burnout.

Como instrumentos de medida se aplicaron el Inventario Burnout de Maslach (Maslach & Jackson, 1997) y el Inventario de Modos de Afrontamiento de Lazarus&Folkman (1986), utilizando para su evaluación la taxonomía propuesta por Moos y Billings (1982). Las enfermeras que presentaron niveles inferiores de Burnout utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y

posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo relaciones sociales, actividades y desarrollo personal.

3.d. El Burnout y la relación con el apoyo social

3.d.1. Definición de apoyo social

Musito (2004) dice que el apoyo social es el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales-percibidas o recibidas-proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza.

Sandrin (2004) piensa que el apoyo social es un factor que influye de manera determinante en la salud y en el bienestar de las personas y las hace capaces de resistir los acontecimientos estresantes de la vida y recuperarse ante situaciones de sufrimiento, es el apoyo social.

(Bueno & Roser, 2002) lo especifican 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 “.

Fachado (s/a) declara que carecemos de un consenso sobre la defunción de apoyo social.

De modo que existen tantas definiciones como trabajos sobre el tema, de entre ellas las definiciones más conocidas son las que se citan a continuación.

Caplan define el apoyo social como el sistema de relaciones formales e informales por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, material o de información, para enfrentar situaciones que generen stress emocional.

Thoits lo define como el grado en el que las necesidades sociales básicas de las personas son satisfechas a través de la interacción con los

otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación.

Lin afirma que el apoyo social consiste en el conjunto de elementos funcionales o estructurales, reales o percibidos, que el individuo recibe de su comunidad, red social o amigos íntimos.

Bowling define el apoyo social como el proceso interactivo en que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra.

El ser humano tiene la capacidad de relacionarse con los iguales y permitirse establecer relaciones satisfactorias, de mantenerlas y de utilizarlas positivamente. Tomemos de referencia cada concepto que exponen los expertos del tema para decir que tiene en común la interrelación del ser humano que permite transformar el apoyo social como factor protector del estrés laboral.

3.d.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Villardon (2009) juzga que han sido dos modelos los que han propiciado el mayor número de investigaciones: el modelo de amortiguación del estrés y el modelo de efectos directos.

1. Modelo amortiguador del Estrés

En su sentido amplio incluye cualquier condición que disminuya la relación positiva total entre sucesos vitales estresantes y el malestar psicológico dice Barrere (1988).

Según este estudioso existen dos sub-modelos diferentes que pueden ajustarse a este efecto de amortiguación.

Hay una relación positiva entre el estrés de la vida y el apoyo social. Esto podría reflejar la movilización de apoyo social como una respuesta de estrés. Parecería, asimismo, una relación negativa entre el apoyo social y el

malestar psicológico. Esto indicaría que el apoyo social sirve para mitigar las reacciones perjudiciales a los factores estresantes precipitantes. Este sub-modelo se ha denominado modelo de movilización de apoyo efectivo en el que el apoyo social actúa como variable supresora o mediadora.

El segundo sub-modelo corresponde a la versión común del modelo de amortiguación del estrés. Mantiene que el apoyo social interactúa con el estrés, pero que no está relacionado independientemente ni con el estrés ni con las salidas o soluciones del estrés como la salud física o desordenes psicológicos. No plantea la posibilidad de la relación entre la existencia del estrés y la movilización de apoyo.

2. El Modelo de efectos directos

Presenta la hipótesis de que existe una conexión directa entre el apoyo social y el malestar psicológico o físico que es independiente del estrés. La idea subyacente en este modelo es que los individuos tienen unas necesidades básicas de compromiso y afiliación dice Barrera (1988). El apoyo social contribuye al bienestar psicológico y a la reducción del malestar. A diferencia del modelo de amortiguación del estrés, el apoyo social no es contingente ni se plantea la hipótesis de sea un mediador en los efectos de las experiencias estresantes de la vida en el malestar psicológico.

Sandrin (2004) destaca 4 modelos más de apoyo social que permiten desempeñar en la persona del ayudante para hacer de “tapón” contra el Burnout:

1. **El apoyo emotivo** que puede permitir la expresión de los sentimientos, hace al ayudante sentirse valorado y amado y refuerza su autoestima.
2. **El apoyo informativo** que le ofrece los conocimientos que necesita, le facilita cierto optimismo y reduce los sentimientos de impotencia y vulnerabilidad.
3. **El apoyo Instrumental** que le ayudan a resolver algunos problemas relacionados y organizativos y a retomar algún control de la situación.

4. **El apoyo de valoración**, de análisis y de confrontación social, que le ayuda a valorar las experiencias que está viviendo como experiencias compartidas.

Existe otra clasificación que para esta investigación es sostenible y sustentable en términos sociales.

3.d.3. Apoyo social percibido

El apoyo Social percibido es más importante que el recibido. Determina nuestro equilibrio psicológico y por añadidura nuestro bienestar físico.

Fachado (s/a) expone una relación de nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañeros/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

Otras clasificaciones proponen la división de las redes de apoyo social en naturales (familia, amigos, compañeros de trabajo, de estudio, etc.). También se han clasificado en redes informales (aquellas más cercanas al individuo siendo la principal: la familia) y redes formales (formadas por aquellos individuos pertenecientes a la red de cuidadores de servicios sanitarios y sociales entre los que se incluyen los grupos de auto ayuda).

3. d.4.Apoyo social estructural

Se subraya la importancia de los aspectos estructurales de las relaciones entre las personas. La unidad de análisis es la red social y se asume que los beneficios de las redes son directamente proporcionales a su tamaño y que, tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma.

Es obvio y cuestionable el hecho de que se olvida, entre otras cosas, la existencia de conflictos asociados a las redes. La importancia de esta perspectiva radica en que ofrece datos completos acerca de la potencialidad del ambiente social para ofrecer funciones de apoyo a sus miembros. La estructura de la red social de un individuo determina la disponibilidad potencial de ayuda emocional y material. Herrero *et al.* (2006)

A criterio personal, el deterioro de apoyo social dentro de vínculo familiar, laboral, y en si centralmente de todo su círculo que se desarrolla, se ve afectado por esta falta de apoyo y a su vez ser más perceptivo de desarrollar el Síndrome de Burnout.

3.d.5. Investigaciones realizadas

En las investigaciones realizadas sobre el Burnout y su relación con el apoyo social se ha buscado la manera en la cual este tipo de ayuda pueda disminuir la posibilidad de que los profesionales y voluntarios adquieren el síndrome e incluso puedan superarlo en el caso de que ya tengan los padecimientos.

Existen algunos trabajos que pueden guiarnos:

"Burnout y Apoyo Social en personal del servicio de Psiquiatría de un hospital público" realizado por Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paola Espinoza, Felipe García y Tamara Pierart en la Universidad de Concepción-Chile en el año 2009 presenta resultados de un estudio descriptivo-correlacional que tuvo como objetivos identificar la presencia de Burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en el personal de una unidad de psiquiatría de un hospital público.

Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presenta estrés laboral crónico o Burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional.

Este trabajo destaca una mayor despersonalización entre médicos que realizan turnos y atienden a pacientes que han tenido juicios. También se aplica a los subgrupos de enfermeras, técnicos para-médicos y auxiliares de servicio. Los resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad que es expresada en un riesgo importante de deterioro de la salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio: la propensión al abandono de la institución, la insatisfacción laboral y la tendencia al ausentismo.

Cuando el apoyo social se hace presente, es notable 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.

El estudio tuvo un diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional. Los participantes fueron 98 personas (71%) de un total de 137 que trabajan a tiempo completo o parcial en el Servicio de Psiquiatría señalado, esto es, todo el personal de planta. Por sexo, son 55 mujeres (56%) y 43 hombres (44%), con una edad media de 35 años (DS=9,4) en un rango comprendido entre los 22 años y 62 años. Entre los participantes hubo médicos, 7 becados de medicina, 10 enfermeras, 5 psicólogos, 33 técnicos paramédicos 11 administrativos, 10 auxiliares de servicio y otros 6 profesionales. Su antigüedad laboral promedio es de 7 años (DS=7,6), en un rango que va entre menos de un año y 35 años. Un 56% trabaja en turnos, y de ellos un 80% lo hace en turnos rotatorios y un 20% en sistema de turnos de fin de semana. En sistema de turnos un 34% son técnicos paramédicos, 11% auxiliares de servicio, 7% enfermeras, 2% médicos, y 2% otros.

Del análisis correlacional realizado se concluyó que hay relaciones inversas y moderadas estadísticamente significativas entre todos los tipos de percepción de apoyo social recibido (total, de los superiores y de los compañeros de trabajo) y las tres escalas del Burnout, siendo levemente más fuerte la relación entre el apoyo recibido de los superiores con despersonalización. Estos datos permiten concluir que una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo, ya sea de apoyo total como de los compañeros o de los superiores, influye en una menor presencia de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en particular, que a más percepción de apoyo recibido de los superiores habría menos despersonalización.

Un análisis de regresión realizado para la dimensión despersonalización y apoyo recibido del superior como variable explicativa confirma la existencia

de una relación causal entre ambas variables. La despersonalización es explicada en un 11,3% por el apoyo social recibido de los superiores (R2=.l 12, -.335, t=-3,487, sig.=,001), indicando que el trabajador experimentará menos despersonalización a mayor apoyo social percibido del superior (Avendaño, Bustos, Espinoza, García, & Pierat, 2009) .

"Burnout y variables personales moduladoras en enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos" realizado por Margarita Chacón Roger/ Jorge A. Grau Abalo, Universidad Veracruzana, Xalapa, México en el año 2004. Este estudio aborda el papel que desempeña el apoyo social en la prevención de enfermedades, considerando que hace referencia a las relaciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo y mantienen ciertas conductas que se relacionan entre sí. Cuando el apoyo social es inadecuado o no se brinda, puede intervenir o facilitar el desarrollo de enfermedades, en particular el síndrome de quemarse por el trabajo. El presente trabajo revisa los efectos del apoyo social en el mencionado síndrome (Chacón & Grau, 2004).

Investigación sobre "Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia", elaborado por: el Grupo Comunicación y Salud, UPF. Barcelona (2001). El objetivo es investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de Burnout (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria. Es Estudio es observacional, descriptivo, transversal. Se aplican encuestas directas por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria. Se administraron 3 cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales, el Maslasch Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5. El resultado fue que un 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de burnout sin diferencia entre sexos. De éstos, un 12,4% manifestaba niveles muy altos de «quemazón» profesional. Los sujetos con criterios de burnout obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en los rasgos de estabilidad, tensión y vigilancia y en la dimensión ansiedad. Conclusiones algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de Burnout. Existen algunas diferencias entre estos factores internos por sexo.

3.e. El Burnout y la relación con la personalidad

3.e.1. Definición de la personalidad

La personalidad se entiende según la RAE como el conjunto de actitudes y estilo de comportamiento de una persona. Se trata del conjunto de características psicológicas que caracterizan a una persona y permiten distinguirla de todas las demás.

Es el conjunto de rasgos psicológicos que determinan la forma en que el individuo se comporta en distintas situaciones (Rivera, Arellano, & Molero, Conducta del consumidor Estrategias y políticas aplicadas al marketing, 2009).

La personalidad se define como las causa internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia. Los psicólogos en el campo de estudio de la personalidad estudian a los individuos. Ellos buscan entender cómo las leyes generales de la personalidad se aplican a los individuos y desarrollar sus propios conceptos para entender a los individuos. Tres áreas están dirigidas por la teoría de la personalidad: descripción, dinámica y desarrollo.

Weiten (2006) la personalidad designa un conjunto único de rasgos conductuales constantes.

Es una variable individual que constituye lo diferente de cualquier otro; determina sus pautas de comportamiento. Incluye las interacciones de los estados de ánimo del individuo, sus actitudes, motivos y métodos, de manera que cada persona responde de forma distinta ante la misma situación (Rivera, Arellano, & Molero, Conducta del consumidor Estrategias y políticas aplicadas al marketing, 2009).

Por tanto, es indudablemente un factor importante para entender el comportamiento de los individuos.

3.e.2. Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud)

Barlow& Durand (2001) La definición del DSM-IV señala que estas características de personalidad “son inflexibles y des adaptativas y ocasionan un impedimento funcional significativo o una angustia subjetiva”. Con el DSM-IV los trastornos de personalidad se dividen en tres grupos y comprende 10 tipos de personalidad.

Grupo A (trastornos raros o excéntricos):

Personalidad paranoide, desconfiados en extremo, pensamientos de que la gente es engañadora y amenazadora, la conducta se basa en suposiciones equivocadas sobre los demás. Personalidad esquizoide, aislamiento social, aparentan ser fríos y desvinculados, no les afecta el elogio y la crítica. Personalidad esquizotípica, desconfiados y comportamiento extraño, expresan poca emoción, síntomas de trastorno depresivo mayor.

Grupo B (trastornos dramáticos, emocionales o erráticos)

Personalidad antisocial, violación de los derechos de los demás, dificultad para aprender a evitar el castigo. Personalidad límite, inestabilidad frenética-impulsiva, suicidio. Personalidad histriónica: dramáticos, vanidosos y egocéntricos. Personalidad narcisista, sentido irrazonable de importancia personal, fantasías de grandeza, carecen de sensibilidad por las personas.

Grupo C (trastornos ansiosos o temerosos)

Personalidad por evitación, personalidad fóbica, temor al rechazo, baja autoestima, inhibición, sensibilidad extrema. Personalidad obsesiva-compulsiva, rígidos.

3.e.3. Patrones de conducta y personalidad

González (2006) señala algunas de las características de personalidad más relevantes que pueden afectar o verse afectada bajo situaciones de estrés.

Tipo A

Son personas que luchan con todas sus fuerzas por obtener el control y mantenerlo, tienen obsesión con la perfección, el logro de las metas y la competitividad, tienen una gran ambición personal, son impacientes y no suelen disponer de un momento libre. Cuando notan que su meta se ve amenazada, se dispara una respuesta de estrés, aunque la amenaza no sea objetiva.

Tipo B

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

Tipo C

Posteriormente se creó un patrón de conducta C, con el que se caracterizó a las personas excesivamente serviciales, pacificadoras, con dificultades para reivindicar sus derechos, muy paciente, evitan los conflictos, buscan la armonía, sumisas, suelen estar a la defensiva, suprimen la expresión de las emociones y son incapaces de enfrentarse a tensiones en el ámbito interpersonal, todo ello les lleva a experimentar sentimientos de indefensión y desesperanza y finalmente a la depresión.

Luego de analizar estos tres tipos de patrones, podemos cada vez mas ligar estas conductas con la manera de sobrellevar la presión laboral y

la forma como esta adherida el apoyo social en cada una de las personalidades para hacer una defensa sobre la manera como " daña la enfermedad del otro" Sandrin (2004).

Relación de la personalidad con el síndrome de Burnout

En estudios psicológicos relacionados con el Burnout, el concepto de personalidad se refiere al conjunto de rasgos psicológicos que determinan la forma en que el individuo se comporta en distintas situaciones.(Rivera, Arellano, & Molero, Conducta del consumidor estrategias y politicas aplicadas a Marketing, 2009)

Las características que capacitan a la persona para enfrentarse activamente al estrés y la protegen ante ciertas experiencias vitales negativas. La personalidad, en este caso, está compuesta de tres dimensiones.

1. Implicación o compromiso: tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, proporcionando el reconocimiento de las propias metas.
2. Reto, cualidad que permite percibir el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias y no como una situación de amenaza y control.
3. Convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos. Una alta personalidad resistente está vinculada a una mejor salud, menos bajas por enfermedad y más resistencia al estrés laboral.

Para entender los comportamientos relacionados con el Burnout, es importante entender los factores individuales y acontecimientos que el individuo está viviendo y relacionarlos con el ambiente en el que se encuentra.

Maslach (1981), uno de los investigadores que definió el síndrome del Burnout (estrés en las profesiones), tras estudiar a numerosas personas y sus características concluyó que en la examinación

a una persona se debe considerar su entorno; sin ello sería como “analizar la personalidad de los pepinillos para saber por qué se han convertido en pepinillos en vinagre, pero sin tener en cuenta el barril de vinagre en el que se les introdujo”(Tapiador & Vega, 2012)

Para Sandrin (2004) la situación del trabajo con riesgos de Burnout se caracteriza por una sobrecarga física, pero especialmente emocional, mientras que el autor Freudenberger (1974) afirma que el Burnout es el síndrome que ocasionaba la "adicción al trabajo" y provoca un desequilibrio productivo y, como consecuencia, la pérdida de la motivación.(Connie, 2008)

3.e.4. Locus de control

Es importante conocer tanto el término personalidad como el ambiente en que se desenvuelven los profesionales de la salud. Por ende, se introduce en este trabajo el concepto de locus de control que se refiere al grado con que el individuo es capaz de controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella, dice Javier Llaneza Álvarez (2009)

González (2006) introduce el término Sede de Control como una de las características de la personalidad que se centra en la percepción individual acerca de las relaciones que mantiene con otras personas y con el entorno.

Por tanto, una persona con Sede de Control Interna es aquella que piensa que sus actos influyen en el entorno y no al revés.

Por el contrario, el grupo complementario con Sede de Control Externa es el de las personas que piensan que sus acciones ya están condicionadas por en el ambiente.

3.e.5. Investigaciones Realizadas

Esta investigación de Rasgos de personalidad y Burnout en Médicos de familia, la realizaron en 93 centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona, por Cebrià, Ja; Segura, Jb; Corbella, Sb; Sos, Pb; Comas, Ob; García, Mb; Rodríguez, Cb; Pardo, MJa;Pérez, Jc; aGrupo Comunicación y

Salud CAP Sant Miquel. Granollers; bGrupo Comunicación y Salud Facultad de Psicología Blanquerna. URL. Barcelona; cGrupo Comunicación y Salud Facultad de Ciencias de la Salud i de la Vida. UPF. Barcelona (2006).

Objetivo. Investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de burnout (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria. Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal. Emplazamiento. Noventa y tres centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro). Método. Encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria. Se administraron 3 cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales, el Maslasch Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5. Resultados. Un 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de burnout sin diferencia entre sexos. De éstos, un 12,4% manifestaba niveles muy altos de «quemazón» profesional. Los sujetos con criterios de burnout obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en los rasgos de estabilidad, tensión y vigilancia y en la dimensión ansiedad. Conclusiones. Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout. Existen algunas diferencias entre estos factores internos por sexo.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de Investigación

El tema de la presente investigación posee las siguientes características:

a. **Cuantitativa**. Se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados.
b. **No experimental.** Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
c. **Transseccional (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.
d. **Exploratoria.** Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
e. **Descriptiva.** Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga dicen Hernández, Fernández, Baptista (2003) y Ramírez (2012).

4.2. El contexto

SOLCA es un Hospital de Especialidad Oncológica en donde se tratan pacientes con un índice alto de fallecimiento debido al tipo de enfermedad con que se opera, el cáncer.

El 7 de diciembre de 1951, con domicilio principal en la ciudad de Guayaquil, fue constituida la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA.

De acuerdo con lo establecido por el Decreto Legislativo del 15 de octubre de 1953, publicado en el Registro Oficial No. 362 del 12 de noviembre de ese año, SOLCA tiene a su cargo la conducción de la lucha contra el cáncer en todo el país.

El Dr. Julio Enrique Paredes, en comunicación suscrita el 30 de agosto de 1954, informa al Dr. Juan Tanca Marengo que el 23 de julio de ese año, en el Salón de la Ciudad, tuvo lugar la sesión de instalación de SOLCA, Núcleo de Quito, asignando como área de responsabilidad el centro norte del país que comprendía las provincias de Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Pichincha, Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Bolívar, Napo, Pastaza, Sucumbios.

Los principales dignatarios que dan inicio a las actividades del Núcleo de Quito fueron las siguientes personalidades: Dr. Julio Enrique Paredes, Presidente; Crnel. Carlos A. Guerrero, Vicepresidente; Sr. Humberto Mata Martínez, Secretario; Dr. Alfonso Mora Bowen, Síndico; Sr. Francisco Dalmau, Tesorero; Dr. Francisco López Vaca, Bibliotecario. Además, como miembros del Consejo Directivo fueron designados a la Sra. Piedad Larrea Borja, Rev. Padre Alberto Luna Tobar, Sr. Jorge Mantilla Ortega, el Sr. José María Falconí y Dr. Aníbal Villagómez.

SOLCA, Núcleo de Quito, luego de conseguir los fondos necesarios, inicia sus actividades en el antiguo local del anfiteatro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, en pleno centro de la ciudad, junto al antiguo Hospital San Juan de Dios. En 1963, se consigue que el viejo Hospital San Juan de Dios cediera una de sus salas para atender a los enfermos con cáncer y un quirófano para operar a los pacientes.

En 1972, la situación se agrava con el derrumbe del pabellón que ocupaba SOLCA en el Hospital San Juan de Dios, lo cual obligó a suspender, durante varios meses, la hospitalización y los tratamientos quirúrgicos hasta que los Directivos resolvieron arrendar un local en una clínica privada, en donde se continuó trabajando; y, posteriormente se consigue un local en el Hospital Eugenio Espejo.

En esta situación, asume la Presidencia el Sr. Gral. Solón Espinosa Ayala y se inicia la búsqueda de un local propio. Así, se consigue en la Av. de los Shyris una casa, iniciando sus actividades con cuatro consultas, laboratorios, rayos X, nueve camas, quirófano, entre otros; logrando con esto, cierta estabilidad en el trabajo de la Institución.

En 1990, comienza a gestarse la idea de construir un hospital acorde a las necesidades de pacientes con neoplasias malignas. En 1995, se convocó por la prensa la construcción de la obra civil, instalaciones y equipamiento fijo. El 16 de agosto de 1996, se inició la construcción del nuevo hospital.

A partir del 3 de enero del 2000, el Hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala abre sus puertas con una atención integral.

En el año 2004, la Institución cumplió 50 años de existencia, en los cuales, se ha ido construyendo la actual organización con el esfuerzo y mucha dedicación de autoridades, directivos, profesionales médicos y paramédicos, personal administrativo y de servicios, que permite brindar a la sociedad ecuatoriana programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de una de las patologías más graves que padece el ser humano.

La Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA, Núcleo de Quito tiene a su cargo la conducción de la lucha contra el cáncer en todo el país, constituyéndose en una entidad médica, autónoma que goza de personería jurídica, de derecho privado que sin fines de lucro, se orienta al servicio social.

Los profesionales involucrados en esta labor trabajan directamente con personas o pacientes ofreciéndoles asistencia sanitaria, manteniendo una relación de ayuda y compartiendo con ellas situaciones delicadas de su salud.

En esta investigación se advertirá si existe o no el síndrome de Burnout en esta casa de salud.

4.3. Muestra seleccionada

En este proyecto de investigación participaron 30 personas que laboran en el Hospital Oncológico de Solca, Núcleo de Quito, distribuidos de la siguiente manera: 15 médicos distribuidos en diferentes servicios y 15 enfermeras distribuidas en las secciones de oncología, pediatría, esterilización y endoscopía, de varias edades, género y tiempo de trabajo.

4.4. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados cuidadosamente por la Universidad, con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación, los cuales detallamos a continuación:

Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad de recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de Burnout de los profesionales

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

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Es un cuestionario donde nos permitirá medir el síndrome de Burnout. Evalúa ciertos sentimientos y pensamientos importantes de las etapas para desarrollar dicho síndrome del estrés laboral.

Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).- Este cuestionario consta de 28 ítems donde se evalúa el estado de salud mental del encuestado y encierra cuatro áreas psiquiátricas:

1. La ansiedad: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir
2. La incompatibilidad social: sentimiento hacia las actividades que realiza durante el día
3. La depresión: sentimiento de desvalía, pensamientos de muerte.
4. La hipocondría: dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.

Este cuestionario fue adaptado de forma lingüística.

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

Este inventario se utilizó desde el año 1989 por Ways of Coping, luego en año 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la muestra dice Ramírez, R. (2012).

Consta de 28 ítems que evalúan como el investigado actúa en ciertas situaciones cargadas de estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

1. **Afrontamiento Activo**: actividades y acciones realizas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
2. **Planificación:** pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.

3. **Auto-distracción:** disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
4. **Apoyo Instrumental:** la búsqueda de personal capacitado instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
5. **Apoyo emocional:** busca en otros apoyo, comprensión y simpatía.
6. **Reinterpretación positiva**: buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
7. **Aceptación**: aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
8. **Negación**: negar la realidad del suceso estresante.
9. **Religión:** la tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés, aumentar la participación en actividades religiosas.
10. **Auto-inculpación**: criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
11. **Desahogo**: aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
12. **Desconexión conductual**: reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor**.**
13. **Uso de sustancias (alcohol, medicamentos)**: significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
14. **Humor:** hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma dice Ramírez (2012).

Cuestionario MOS de Apoyo social.- Este cuestionario consta de 20 ítems donde se puede medir el tipo de apoyo social con el que cuenta el encuestado. Se calcula el apoyo emocional (si cuenta con alguna persona que le brinde asesoramiento y consejo), apoyo material o instrumental (cuenta con ayuda domestica), Relaciones Sociales de ocio y distracción (otra persona para comunicarse), apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y simpatía).

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.- Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores:

1. 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 el sujeto es neurótico o estable.

2. Extraversión: puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio mientras, que puntaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

3. Psicoticismo: el individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.

4. 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.

Este cuestionario nos permite evaluar la personalidad del individuo. Consta de 24 ítems donde se reflejan patrones de conductas. Ramírez (2012).

4.5. Recolección de Datos

La Universidad Técnica Particular de Loja, realizó un convenio con Solca, Núcleo de Quito. El cual nos permitió tener apertura por parte de las autoridades para aplicar los mencionados inventarios a su personal de las diferentes áreas, tanto a Médicos Tratantes, como a Médicos Asistenciales y a Médicos Posgradistas, al Grupo de enfermeras que se encuentran en las diferentes áreas, se realiza el trámite correspondiente que se detalla a continuación:

1. Autorización de la Dirección Médica para aplicar las encuestas
2. Autorización del Departamento de Docencia para la entrega de encuetas al personal
3. Instrucciones para elaboración de la encuesta (personalizada) y entrega de la batería
4. Se procede, al siguiente día, a receptar las encuestas aplicadas por medio del Departamento de Docencia.

4.6. Resultados Obtenidos

4.6.1 Tabulación de datos

Por la peculiaridad de este trabajo de investigación y para mejor apreciación de los resultados de cada instrumento se utilizaran mapas gráficos comparativos, se analiza y se interpretara la información de Médicos y Enfermeras con sin Burnout, el cual deber ir organizado de la siguiente manera:

4.6.1.1. Análisis de datos del personal médico

Cuestionario socio-demográfico y laboralMédicos y Burnout

Distribución porcentual según su género

Tabla 9:

GÉNERO		
Nombre	**Fr**	**%**
Masculino	8	61,5384615
Femenino	5	38,4615385
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Con los datos indicados en el gráfico, podemos decir que el 38% de la muestra encuestada es femenino y el 62 % es masculino.

Distribución porcentual según su zona de vivienda

Tabla 10:

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	**Fr**	**%**
Urbana	13	100
Rural	0	0
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 100% trabaja en zona urbana y no existe muestra en zona rural es la información que arroja la tabla anterior.

Distribución porcentual del estado civil

Tabla 11:

ESTADO CIVIL		
Nombre	**Fr**	**%**
Soltero	4	31
Casado	9	69
Viudo	0	0
Divor/sepa	0	0
Unión libre	0	0
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Se verifica, según la tabla anterior, que el 31% son de estado civil soltero y el 69% de estado civil casado.

Distribución porcentual según con quien vive

Tabla 12:

Nombre	Fr	%
Solo	3	23
Con más personas	10	77
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

La tabla anterior muestra que el 23% de la muestra vive solo y el 77% vive acompañado.

Distribución porcentual según su remuneración salarial

Tabla 13:

Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	12	100
No recibe	0	0
TOTAL	12	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

La anterior información nos permite verificar que el 100% recibe su remuneración mensual.

Distribución porcentual según su valor salarial

Tabla 14:

Nombre	Fr	%
0 -1000	3	23
1001 -2000	5	38
2001 - 3000	3	23
3001 - 4000	1	8
4001 - 5000	1	8
5001 - 6000	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como se puede visualizar en la tabla, el 23% recibe una remuneración entre 0-1000; el 38% entre 1001-2000; el 23% entre 2001-3000; el 8% entre 3001-4000; 8% entre 4001-5000, como valoración salarial.

Distribución porcentual por tipo de trabajo

Tabla 15:

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
T. Completo	5	38
T. Parcial	8	62
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor Bermúdez, L. (2012)

La tabla anterior especifica que el 38% de los médicos tiene trabajo a tiempo completo, 62% a tiempo parcial.

Distribución porcentual por sector de trabajo

Tabla 16:

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
Público	2	15
Privado	6	46
Ambos	5	38
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor Bermúdez, L. (2012)		

Según la información obtenida de la tabla del sector de trabajo, se nos indican los siguientes datos: el 15% de los médicos trabaja en el sector público, el 46% sector privado y el 38% en ambos.

Distribución porcentual por el tipo de contrato

Tabla 17:

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	**Fr**	**%**
Eventual	0	0
Ocasional	1	9
Plazo fijo	3	27
Indefinido	6	55
Serv. Profes	1	9
Ninguno	0	0
TOTAL	11	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 9% de los encuestados trabaja con contrato de tipo ocasional, el 27% de los médicos trabaja con un contrato fijo, el 55% contrato indefinido y el 9 % como servicios profesionales.

Distribución promedio por instituciones trabajadas

Tabla 18:

PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	2
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

Los promedios indicados en el cuadro nos señalan que el personal trabaja en 2 Instituciones.

Distribución porcentual por promedio de horas de trabajo

Tabla 19:

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	8
SEMANALES	46
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

Según los datos de la tabla podemos decir que el promedio de horas trabajadas son 8 diarias y 46 semanales.

Distribución porcentual por porcentaje de turnos

Tabla 20:

Nombre	**Fr**	**%**
Vespertino	3	17
Matutino	6	33
Nocturno	2	11
Fin de Sem	4	22
Rotativo	3	17
TOTAL	18	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor Bermúdez, L. (2012)

La tabla nos muestra que el 17% trabaja en turnos vespertinos, el 33% en turnos matutinos, el 11% en turnos nocturnos, 22 % el fin de semana y el 17 % en turnos rotativos.

Distribución por promedio de guardias

Tabla 21:

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	24
DÍAS	6

Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como se representa en la tabla anterior, es claro que el promedio de guardias nocturnas es de 24 horas y se realizan cada 6 días.

Distribución del porcentaje de pacientes diarios

Tabla 22:

ESCALAS	**Fr**	**%**
Ninguno	1	8
25%	1	8
25 - 50 %	2	15
50 - 75 %	4	31
75 - 100 %	5	38
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Los datos obtenidos señalan que el 38% atiende de 75-100% de pacientes diariamente; el 31% atiende del 50 al 75% de los pacientes; el 15% de la muestra atiende al 25-50% de los pacientes y el 8% atiende del 25% de los pacientes.

Número promedio de pacientes atendidos por día

Tabla 23:

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	16
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

Según los datos mostrados, se confirma que el promedio de pacientes atendidos por día son 16.

Distribución porcentual de pacientes atendidos por especialidad

Tabla 24:

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Oncológicos	12	46
Psiquiátricos	2	8
Renales	1	4
Quirúrgicos	3	12
Cardiacos	1	4
Neurológicos	2	8
Diabéticos	1	4
Emergencias	3	12
Intensivos	0	0
Otros	1	4
TOTAL	26	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 4% de los encuestados atiende a otros tipos de pacientes; el 0% ofrece atención a pacientes de cuidado intensivos, el 12% se dedica a pacientes de la emergencias; el 4% atiende a pacientes diabéticos; el 8% a pacientes neurológicos; el 4% a pacientes cardíacos; el 12% a pacientes quirúrgico; el 4% a pacientes renales; el 8% a pacientes psiquiátricos; el 46% a pacientes oncológicos.

Distribución porcentual por pacientes atendidos con alto riesgo de muerte.

Tabla 25:

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	11	100
No	0	0
TOTAL	11	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 100% atiende a pacientes con riesgo de muerte.

Distribución porcentual cuyos pacientes han fallecido

Tabla 26:

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	**9**	**82**
No	**2**	**18**
TOTAL	**11**	**100**
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 18% del muestreo de los pacientes con los que se hayan relacionado, NO han fallecido y el 82% de la muestra indica que los pacientes con los que se han relacionado SÍ han fallecido.

Distribución del porcentaje de pacientes fallecidos

Tabla 27:

PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	3
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de pacientes fallecidos por persona encuestada es de 3.

Distribución porcentual según recursos necesarios

Tabla 28:

Nombre	Fr	%
Totalmente	10	77
Medianamente	2	15
Poco	1	8
Nada	0	0
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Podemos decir que la institución provee los recursos necesarios. Un 8% del muestreo menciona que poco; el 15% de la muestra menciona que medianamente; El 77% menciona que totalmente.

Distribución porcentual según permisos de ausentarse solicitados

Tabla 29:

Nombre	Fr	%
Si	10	76,9230769
No	3	23,0769231
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Como se indica a continuación el 77% de la muestra SÍ ha solicitado permiso y el 23% NO lo ha hecho.

Distribución porcentual de motivo para ausentarse solicitados

Tabla 30:

CAUSAS PARA AUSENTARSE		
Nombre	**Fr**	**%**
Capacitación	5	55,56
Prob. de Salud	2	22,22
SituaFamili	2	22,22
Otros	0	0,00
TOTAL	9	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 56% ha solicitado permiso por capacitación; el 22% por problemas de salud y el 22% por asuntos familiares.

Número de días promedio de permiso solicitados

Tabla 31:

PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	6,20
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de permiso solicitado ha sido de 6,20.

Distribución según la valoración de sus pacientes

Tabla 32:

VALORACIÓN		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	2	15
Bastante	5	38
Totalmente	6	46
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 46% de la muestra se siente totalmente valorado por sus pacientes; el 38% se siente bastante valorado por sus pacientes y el 15% se siente poco valorado por sus pacientes.

Distribución según la valoración de familiares de los pacientes

Tabla 33:

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	1	7,69
Poco	2	15,38
Bastante	4	30,77
Totalmente	6	46,15
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 46% del muestreo se siente totalmente valorado por los familiares de los pacientes; el 31% se siente bastante valorados por los familiares de los pacientes; el 15% de la muestra se sienten poco valorados por los familiares de los pacientes y el 8% no se siente valorada por los familiares de los pacientes.

Distribución según la valoración de sus colegas

Tabla 34:

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0,00	0,00
Poco	0,00	0,00
Bastante	9,00	69,23
Totalmente	4,00	30,77
TOTAL	13,00	100,00
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 69% se siente bastante valorado por sus colegas y el 31% totalmente valorado por sus colegas.

Distribución según la valoración de directivos de la institución

Tabla 35:

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	1	8
Poco	3	25
Bastante	6	50
Totalmente	2	17
TOTAL	12	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

De acuerdo a los datos indicados en el gráfico, el 50% del muestreo se siente bastante valorada por los directivos de su Institución; el 17% se siente totalmente valorada; el 25% se siente poco valorada y el 8% no se siente valorada.

Distribución según Satisfacción de su Trabajo

Tabla 36:

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0,00	0,00
Poco	0,00	0,00
Bastante	6,00	46,15
Totalmente	7,00	53,85
TOTAL	13,00	100,00
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 54% de los encuestados está satisfecho totalmente con el trabajo que realiza y el 46% está bastante satisfecho con el trabajo que realiza.

Distribución según la satisfacción con la interacción con sus pacientes

Tabla 37:

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	30,77
Totalmente	9	69,23
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

En la tabla de resultados el 69 % está totalmente satisfecha con la interacción con sus pacientes y 31 % tiene bastante satisfacción con la interacción con sus pacientes.

Distribución según satisfacción con el apoyo de los directivos

Tabla 38:

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	1	7,69
Poco	5	38,46
Bastante	1	7,69
Totalmente	6	46,15
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 46% está totalmente satisfecho con el apoyo de los directivos de la institución; el 38% está poco satisfecho; el 8% está bastante satisfecho y otro 8% no está nada satisfecho.

Distribución según Satisfacción con el Apoyo de Colegas

Tabla 39:

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	2	15,38
Bastante	9	69,23
Totalmente	2	15,38
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 69% está totalmente satisfecho; el 15% está bastante satisfecho con la colaboración entre colegas de la institución y otro 15% está poco satisfecho.

Distribución según la satisfacción con la experiencia profesional

Tabla 40:

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	7,69
Bastante	7	53,85
Totalmente	5	38,46
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Podemos indicar que el 38% se siente totalmente satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional; el 54 % está bastante satisfecho y el 8% está poco satisfecho.

Distribución según Satisfacción con su Economía

Tabla 41:

ECONOMÍA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	1	8
Poco	5	38,46
Bastante	5	38,46
Totalmente	2	15,38
TOTAL	13	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Se percibe que el 38% del muestreo está bastante satisfecho con su situación económica; el 15% está totalmente satisfecho y el 39% está poco satisfecho con su situación; un 8% está nada conforme.

Enfermeras y Burnout

Distribución porcentual de la muestra según su género

Tabla 42:

GÉNERO		
Nombre	**Fr**	**%**
Masculino	1	6,66666667
Femenino	14	93,3333333
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 93 % de la muestra obtenida es de enfermeras sin Burnout y el 7% de los encuestados es de género masculino.

Distribución porcentual de la muestra según la zona de vivienda

Tabla 43:

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	**Fr**	**%**
Urbana	15	100
Rural	0	0
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Los antecedentes nos indican que el 100% de la muestra vive en zona urbana.

Distribución porcentual de la muestra según su grupo étnico

Tabla 44:

ETNIA		
Nombre	**Fr**	**%**
Mestizo	13	86,6666667
Blanco	1	6,66666667
Afroecuato	1	6,66666667
Indígena	0	0
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Los resultados nos indica que el 86% de la muestra de los enfermeros sin Burnout son mestizos; el 6% son blancos y el 7% son afroecuatorianos.

Distribución porcentual de enfermeros encuestados según su estado civil

Tabla 45:

ESTADO CIVIL		
Nombre	**Fr**	**%**
Soltero	6	40
Casado	5	33,3333333
Viudo	1	6,66666667
Divor/sepa	1	6,66666667
Unión libre	2	13,3333333
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Los datos obtenidos revelan que el 40% de la muestra son solteros; el 33% son casados, el 7% son viudos, 7% divorciados y 13% tienen un estado de unión libre.

Número de hijos promedio de la muestra

Tabla 46:

PROMEDIO DE HIJOS:	1
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de números de hijos en el personal de muestra es de 1.

Distribución porcentual de la muestra según con quién vive

Tabla 47:

CON QUIÉN VIVE		
Nombre	**Fr**	**%**
Solo	1	6,66666667
Con ms personas	14	93,3333333

TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

De acuerdo a la tabla, el 93% de la muestra de enfermeras sin Burnout vive con más personas y el 7% de los profesionales indicados viven solos.

Distribución porcentual según su remuneración salarial

Tabla 48:

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	**Fr**	**%**
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	1	6,66666667
Mensual	14	93,3333333
No recibe	0	0
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 93% de la muestra recibe un salario y el 7% lo reciben quincenalmente, según resultados indicados en la tabla.

Distribución porcentual de la muestra según su valor salarial

Tabla 49:

VALOR SALARIAL		
Nombre	**Fr**	**%**
0 -1000	3	20
1001 -2000	12	80
2001 - 3000	0	0

3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

Los datos reflejados en la tabla son: el 20% de la recibe como valor salarial de 0-1000 y el 80% recibe como valor salarial de 1001 – 2000.

Distribución porcentual de la muestra según años promedio de trabajo

Tabla 50:

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	10,6666667

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como se aprecia en la información anterior, la experiencia profesional en promedio de años de servicio es de 10.66 años.

TIPO DE TRABAJO

Distribución porcentual de la muestra según su tipo de trabajo

Tabla 51:

Nombre	Fr	%
T. Completo	12	85,7142857
T. Parcial	2	14,2857143
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 86% de la muestra de enfermeros encuestados trabaja a tiempo completo y el 14% lo hace a tiempo parcial.

Distribución porcentual de la muestra según su sector de trabajo

Tabla 52:

Nombre	Fr	%
Público	7	46,6666667
Privado	6	40
Ambos	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 8% de la muestra, el 40% de enfermeros sin Burnout trabajan en el sector privado; el 47% en el sector público y 13% trabaja en ambos.

Distribución porcentual de la muestra según su tipo de contrato

Tabla 53:

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	**Fr**	**%**
Eventual	0	0
Ocasional	1	7,69230769
Plazo fijo	2	15,3846154
Indefinido	10	76,9230769
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 77%, según los datos obtenidos, tiene un contrato indefinido; el 15%, un contrato a plazo fijo; un 8% posee contrato eventual y el otro 8% un tiene contrato ocasional.

Promedio de número de trabajos

Tabla 54:

PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,06666667
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

Como nos señala la información anterior, el promedio de instituciones trabajadas es 1.

Promedio de horas de trabajo

Tabla 55:

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	8,2
SEMANALES	42,9333333
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de horas trabajadas por día es del 8 y el promedio de horas trabajadas por semana es de 43.

Distribución porcentual según turnos rotativos de trabajo

Tabla 56:

TURNOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Vespertino	4	23,5294118
Matutino	4	23,5294118
Nocturno	2	11,7647059
Fin de Sem	0	0
Rotativo	7	41,1764706
TOTAL	17	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Los turnos que trabajan las enfermeras entrevistadas, según muestra los resultados es que 41% de enfermeros sin Burnout, ejecutan turnos rotativos; el 24% realiza turnos matutinos; el 24%, turnos vespertinos y el 12%, trabajos nocturnos.

Promedio de horas de guardia y frecuencia en días.

Tabla 57:

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	10,8
DÍAS	4,33333333
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de horas de guardias nocturnas es 11 horas cada 4 días.

Tiempo dedicado a la atención de pacientes durante la jornada de trabajo

Tabla 58:

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Ninguno	0	0
25%	2	14,2857143
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	7	50
75 - 100 %	5	35,7142857
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Durante la jornada de trabajo las enfermeras dedican, el 36% de los encuestados dedica del 75 al 100% de tiempo para la atención a pacientes; mientras el 50% de la muestra dedica del 50 al 75% y el 14% emplea solamente un 25%.

Número promedio de pacientes atendidos por día

Tabla 59:

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	12,4166667

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como indican los datos consignado en la tabla, el número aproximado de pacientes que se atiende diariamente es de 12 pacientes por día.

Distribución porcentual de pacientes atendidos por especialidad.

Tabla 60:

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Oncológicos	14	41,1764706
Psiquiátricos	1	2,94117647
Renales	2	5,88235294
Quirúrgicos	2	5,88235294
Cardiacos	2	5,88235294
Neurológicos	2	5,88235294
Diabéticos	4	11,7647059
Emergencias	4	11,7647059
Intensivos	2	5,88235294
Otros	1	2,94117647
TOTAL	34	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 14% de la muestra atiende regularmente a pacientes oncológicos: un 3% revisa a pacientes psiquiátrico; un 6% atienden a pacientes renales; mientras otro 6% atiende a pacientes quirúrgicos; un 10% de la muestra atiende a pacientes renales y el otro 10% se dedica a pacientes cardíacos. De esta misma muestra un 6% atienden a pacientes cardiacos y el otro 6% a pacientes neurológicos; un 12% a pacientes diabéticos y otro 12% a pacientes de emergencia. Existe un 6% restante se dedica a atender a pacientes de terapia intensiva; mientras que otro 3% atiende a otros tipos de sintomatologías.

Distribución según pacientes atendidos con alto riesgo de muerte

Tabla 61:

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	14	100
No	0	0
TOTAL	14	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 100% de las Enfermeras encuestadas atiende a personas que tiene alto riesgo de morbilidad.

Distribución de la muestra según pacientes fallecidos

Tabla 62:

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	11	84,6153846
No	2	15,3846154
TOTAL	13	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 85% de los enfermeros, en los últimos meses, ha atendido a pacientes que SI han fallecido; solamente el 15% de los enfermeros se han relacionado con pacientes que NO han fallecido.

Promedio de pacientes fallecidos por cada encuestado

Tabla 63:

PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	3
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de pacientes fallecidos por cada encuestado es de 3.

Distribución porcentual del muestreo de acuerdo a los recursos recibidos

Tabla 64:

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Totalmente	14	100
Medianamente	0	0
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	14	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

La información nos indica que el 100% de los enfermeros menciona que la institución provee totalmente los recursos necesarios para su trabajo.

Distribución porcentual de la muestra según permisos de ausencia solicitados

Tabla 65:

PERMISOS SOLICITADOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	7	53,8461538
No	6	46,1538462
TOTAL	13	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 46% de enfermeros sin Burnout NO han solicitado permiso y el 54% SÍ lo han hecho durante el último año.

Distribución porcentual de motivo para ausentarse solicitados

Tabla 66:

CAUSAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Capacitación	2	25
Prob. de Salud	2	25
Situación Familiar	4	50
Otros	0	0
TOTAL	8	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 25% de los encuestados ha solicitado permiso para capacitación; el 25% por problemas de salud y 50% por situaciones familiares.

Número de días promedio de permiso solicitados

Tabla 67:

PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	21,7142857

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El promedio de días de permiso solicitado en el último año es de 22 días.

Distribución según la valoración de sus pacientes

Tabla 68:

VALORACIÓN		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	10	71,4285714
Totalmente	4	28,5714286
TOTAL	14	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 71% de la muestra se siente bastante valorado y el 29%, totalmente valorado.

Distribución del muestreo en enfermeros según la valoración de familiares de sus pacientes

Tabla 69:

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	7,14285714
Bastante	9	64,2857143
Totalmente	4	28,5714286
TOTAL	14	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 7% de las personas encuestadas se siente poco valorado por sus pacientes; el 64% tiene la sensación de ser bastante valorado por sus pacientes y solo el 4% se siente totalmente valorado por sus pacientes.

Distribución según la valoración de sus colegas

Tabla 70:

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	6,66666667
Bastante	9	60
Totalmente	5	33,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 60% del muestreo se muestra bastante valorado por sus colegas; el 7%, poco valorado por sus pacientes y el 33% nota ser totalmente valorado.

Distribución según la valoración de directivos de la Institución

Tabla 71:

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	9	60
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 20% de las personas encuestadas nota poca valoración en sus actividades antes sus directivos; el 60% se siente bastante valorado y otro 20% piensa que son totalmente valorados.

Distribución según la satisfacción de su trabajo

Tabla 72:

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	26,6666667
Totalmente	11	73,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 73% del muestreo entre enfermeros piensan que están totalmente satisfechos con el trabajo que realizan y el 27% se sienten bastante satisfechos.

Distribución según la satisfacción con la interacción con pacientes

Tabla 73:

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	8	57,1428571
Totalmente	6	42,8571429
TOTAL	14	100

Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como indica la tabla de interacción con los pacientes, el 43% de los encuestados tiene satisfacción total de los servicios prestados a sus pacientes y el 57% se siente bastante satisfecho.

Distribución según satisfacción con el apoyo de directivos

Tabla 74:

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	3	20
Bastante	9	60
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 20% tiene poca satisfacción con el apoyo de los directivos de su institución; el 60% se sienten bastante satisfechos y el otro 20% piensan que tienen el apoyo total de la dirección de su institución.

Distribución según satisfacción de colegas

Tabla 75:

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	2	13,3333333
Bastante	9	60
Totalmente	4	26,6666667
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

De acuerdo a los datos demostrados en la tabla, el 60% de los enfermeros encuestados se encuentra bastante satisfecho; el 13% tiene una poca satisfacción y el 27% está totalmente satisfecho.

Distribución según satisfacción con la experiencia profesional

Tabla 76:

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,6666667
Totalmente	8	53,3333333
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 53% de la muestra cree que es totalmente satisfactoria su experiencia profesional; el 47% piensa que en que es bastante satisfactoria.

Distribución según la satisfacción con su economía

Tabla 77:

ECONOMÍA		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	5	33,3333333
Bastante	7	46,6666667
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100
Fuente: Enfermeras/ros, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Los datos tabulados resaltan que el 33% de los encuestados está poco satisfecho con su economía; que el 46% tiene bastante satisfacción con su economía y que solamente el 20% se encuentra totalmente satisfecha con su economía.

Médicos con Burnout

Distribución porcentual según su género

Tabla 78:

GÉNERO		
Nombre	**Fr**	**%**
Masculino	2	100
Femenino	0	0
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Según los datos obtenidos, el 100% de la muestra es masculino.

Distribución porcentual según la zona de vivienda

Tabla 79:

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	**Fr**	**%**
Urbana	2	100
Rural	0	0
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Como se indica en la tabla antefrior, el 100% de la muestra de médicos con Burnout trabaja en la zona urbana.

Distribución porcentual según su grupo étnico

Tabla 80:

ETNIA		
Nombre	**Fr**	**%**
Mestizo	2	100
Blanco	0	0
Afroecuato	0	0
Indigena	0	0
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

La tabla de datos arroja que el 100% de los médicos con Burnout son mestizos.

Distribución porcentual según su estado civil

Tabla 81:

ESTADO CIVIL		
Nombre	**Fr**	**%**
Soltero	1	50
Casado	0	0
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	50
Unión libre	0	0
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Los datos obtenidos muestran que el 50% de médicos con Burnout, son solteros y el 50% son divorciados.

Número de hijos promedio

Tabla 82:

PROMEDIO DE HIJOS:	2

Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

Según los datos obtenidos en la anterior tabla, se puede decir que el promedio de números de hijos es 2.

Distribución porcentual según con quién vive

Tabla 83:

CON QUIEN VIVE		
Nombre	**Fr**	**%**
Solo	1	50
Con más personas	1	50
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 50% de la muestra de médicos con Burnout vive con más personas y el 50% solos.

Distribución porcentual según su remuneración salarial

Tabla 84:

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	**Fr**	**%**
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	2	100
No recibe	0	0
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

En la tabla de remuneración salarial expuesta podemos visualizar que el 100% de la muestra recibe la remuneración salarial mensual.

Distribución porcentual según su valor salarial

Tabla 85:

VALOR SALARIAL		
Nombre	**Fr**	**%**
0 -1000	1	50
1001 -2000	1	50
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Se verifica, de la tabla anterior, que el 50% recibe como valor salarial de 0-1000; y 50% 1001-2000.

Distribución según años promedio de trabajo

Tabla 86:

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	22
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de años de experiencia profesional es de 22 años.

Distribución porcentual según su tipo de trabajo

Tabla 87:

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
T. Completo	1	50
T. Parcial	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

Se puede evidenciar que el 50% de los médicos encuestados trabaja a tiempo completo y el 50% trabaja tiempo parcial.

Distribución porcentual según su sector de trabajo

Tabla 88:

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
Público	1	50
Privado	0	0
Ambos	1	50
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 50% de las personas encuestadas trabaja en el sector público y el otro 50% labora en el sector privado y además en el público.

Distribución porcentual según su tipo de contrato

Tabla 89:

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	**Fr**	**%**
Eventual	0	0
Ocasional	0	0
Plazo fijo	1	50
Indefinido	1	50
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	2	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

El 50% de la muestra tiene un contrato indefinido y el otro 50% tiene un contrato a plazo fijo.

Promedio de número de trabajos

Tabla 90:

PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de instituciones en las que prestan sus servicios es de 1.

Promedio de horas de trabajo

Tabla 91:

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	7
SEMANALES	61
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)	

El promedio de horas trabajadas por día es del 7% y el promedio de horas trabajadas por semana es de 61 horas.

Distribución porcentual según turnos rotativos de trabajo

Tabla 92:

TURNOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Vespertino	1	20
Matutino	1	20
Nocturno	1	20
Fin de Sem	1	20
Rotativo	1	20
TOTAL	5	100
Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)		

Cada 20% hacen turnos rotativos, de fin de semana, nocturna, matutina y vespertina.

Número de horas de guardia y frecuencia en días

Tabla 93:

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	32
DÍAS	5

Fuente: Médicos, H. Solca Quito. Autor: Bermúdez, L. (2012)

El promedio de horas de guardias nocturnas es 32 horas cada 5 días.

Tiempo dedicado a la atención de pacientes durante la jornada de trabajo

Tabla 94:

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	0	0
75 - 100 %	2	100
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Durante la jornada el 100% de la muestra dedica del 75 al 100% la atención de pacientes.

Número promedio de pacientes atendidos por día

Tabla 95:

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	22,5

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El número aproximado de pacientes que se atiende diariamente es de 22.5 pacientes por día.

Distribución porcentual de pacientes atendidos por especialidad.

Tabla 96:

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Oncológicos	2	25
Psiquiátricos	1	12,5
Renales	1	12,5
Quirurgicos	1	12,5
Cardiacos	0	0
Neurológicos	1	12,5
Diabeticos	0	0
Emergencias	1	12,5
Intensivos	1	12,5
Otros	0	0
TOTAL	8	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 25% atiende regularmente a pacientes oncológicos: un 13% atienden a pacientes psiquiátricos; otro 13% del muestreo atiende a pacientes renales; 13% más se dedica a pacientes quirúrgicos; el otro 13% atiende a pacientes neurológicos; 13% de ellos atiende en emergencia y el 13% último se dedica a pacientes de terapia intensiva.

Distribución porcentual según pacientes atendidos con alto riesgo de muerte

Tabla 97:

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	2	100
No	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como indica la tabla, el 100% de la muestra atiende a personas que tiene alto riesgo de muerte.

Distribución porcentual cuyos pacientes han fallecido

Tabla 98:

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	1	50
No	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

En los últimos meses, el 50% ha atendido a algunos de los pacientes que SÍ han fallecido; el otro 50% se han relacionado con pacientes que NO han fallecido.

Promedio de pacientes fallecidos

Tabla 99:

PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	3

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como manifiesta la información de la tabla, el promedio de pacientes fallecidos es de 3.

Distribución porcentual según recursos provistos para su trabajo

Tabla 100:

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Totalmente	1	50
Medianamente	1	50
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% de las personas encuestadas menciona que la institución provee totalmente los recursos necesarios para su trabajo; el otro 50% menciona que la institución provee medianamente recursos necesarios para su trabajo.

Distribución porcentual según permisos de ausentarse solicitados

Tabla 101:

PERMISOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Si	1	50
No	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% SÍ ha solicitado permiso durante el último año y otro 50% NO.

Distribución porcentual de motivo para ausentarse solicitados

Tabla 102:

CAUSAS		
Nombre	**Fr**	**%**
Capacitación	1	100
Prob. de Salud	0	0
SituaFamili	0	0
Otros	0	0
TOTAL	1	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 100% de Médicos visitados ha solicitado permiso por capacitación.

Número de Días Promedio de Permiso solicitados

Tabla 103:

PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	4

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El promedio de días de permiso solicitado en el último año por cada encuestado es de 4 días.

Distribución según la Valoración de sus Pacientes

Tabla 104:

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

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El primer 50% se siente bastante valorado por sus pacientes; el otro 50% se siente poco valorado.

Distribución según la valoración de familiares de sus pacientes

Tabla 105:

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

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

Los resultados nos indican que el 50% se siente bastante valorado por los familiares de sus pacientes y el otro 50% de la muestra se siente totalmente valorado por sus pacientes.

Distribución según la Valoración de sus Colegas

Tabla 106:

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

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% se siente bastante valorado y el otro 50% se siente totalmente valorados por sus colegas.

Distribución según la valoración de directivos de la institución

Tabla 107:

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

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% se siente bastante valorada por los directivos de su institución y el otro 50%, totalmente.

Distribución según la satisfacción de su trabajo

Tabla 108:

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	50
Bastante	1	50
Totalmente	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% de la muestra se siente poco satisfecho con el trabajo que realiza, mientras el 50% restante se siente bastante satisfecho.

Distribución según satisfacción con la interacción con pacientes

Tabla 109:

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	1	50
Bastante	1	50
Totalmente	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012*)*

Como se indica en la tabla, el 50% se sienten poco satisfechos y el otro 50% se siente bastante satisfecho en la interacción con sus pacientes.

Distribución según satisfacción con el apoyo de directivos

Tabla 110:

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	**Fr**	**%**
Nada	0	0
Poco	2	100
Bastante	0	0
Totalmente	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito

Autor: Bermúdez, L. (2012*)*

El 100% del personal encuestado se siente poco satisfecho con el apoyo de los directivos.

Distribución según satisfacción con el apoyo de colegas

Tabla 111:

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

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra indica que el 50% se encuentra nada satisfecha con la colaboración entre colegas de su institución y el otro 50% se encuentra bastante satisfecho**.**

Distribución según la satisfacción con la experiencia profesional

Tabla 112:

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

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% cree que es no es nada satisfactoria su experiencia profesional en general; el otro 50% piensa que es bastante satisfactoria.

Distribución según la satisfacción con su economía

Tabla 113:

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

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como se muestra anteriormente, el 50% no está en absoluto satisfecho con su economía y que el 50% está bastante satisfecho.

CUESTIONARIO MBI

MEDICOS SIN BURNOUT

Resultados del Inventario de Maslach MBI

Tabla 114:

Agotamiento Emocional		
Nivel	**Fr**	**%**
Bajo	9	75
Medio	1	8,33333333
Alto	2	16,6666667
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 75% de los médicos sin Burnout presentan agotamiento emocional bajo. El 8% presenta agotamiento emocional medio y el 17% presenta agotamiento emocional alto.

Resultados del Inventario de despersonalización

Tabla 115:

Nivel	Fr	%
Bajo	8	88,8888889
Medio	1	11,1111111
Alto	0	0
TOTAL	9	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La tabla nos indica que existe el 89% de despersonalización baja.

Resultados del Inventario de realización personal

Tabla 116:

Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	13	100
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Se observa una alta realización personal con obteniendo el 100%, que nos indica que los profesionales se sienten realizados en su trabajo.

ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT

Resultados del Inventario de agotamiento emocional

Tabla 117:

Agotamiento Emocional		
Nivel	**fr**	**%**
Bajo	10	66,6666667
Medio	0	0
Alto	5	33,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

Se puede apreciar que el 67% de la muestra de enfermeros sin Burnout, presentan el agotamiento emocional bajo. El 0% presenta el agotamiento emocional medio y el 33% presenta agotamiento emocional alto.

Resultados del Inventario de despersonalización

Tabla 118:

Nivel	fr	%
Bajo	15	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

En la tabla anterior se puede observar que el 100% del personal encuestado presenta una despersonalización baja.

Resultados del Inventario de realización personal

Tabla 119:

Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	1	6,66666667
Alto	14	93,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.

Autor: Bermúdez, L. (2012)

La tabla indica que el 93% de los encuestados sin presencia del Síndrome de Burnout presenta la realización personal alta. El 7% de ellos presenta una realización personal medio.

Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

MÉDICOS SIN BURNOUT

Presentación de resultados de Salud Mental Golberg

Tabla 120:

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	**fr**	**%**
Caso	3	33,3333
No Caso	6	66,6667
TOTAL	**9**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 67% de los médicos sin Burnout no presenta síntomas psicosomáticos (NO Caso) y el 33% presenta síntomas psicosomáticos (Caso Probable).

Distribución según porcentaje de ansiedad

Tabla 121:

Estado	fr	%
Caso	5	45,4545
No Caso	6	54,5455
TOTAL	**11**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 55% de la muestra no presenta problemas de ansiedad (No Caso) y el 45% presenta problemas de ansiedad (Caso).

Distribución según porcentaje de disfunción social

Tabla 122:

Disfunción Social		
Estado	**Fr**	**%**
Caso	0	0
No Caso	11	100
TOTAL	**11**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 100% del muestreo no presenta disfunción social.

Distribución según porcentaje de ansiedad

Tabla 123:

Ansiedad		
Estado	**fr**	**%**
Caso	5	41,6667
No Caso	7	58,3333
TOTAL	**12**	**100**

Fuente: Médicos H. Solca Quito. Autor: Bermúdez (2012)

El 42% de la muestra indica CASO y el 58% revela NO CASO.

Distribución según porcentaje de depresión

Tabla 124:

Estado	fr	%
Caso	1	33,3333
No Caso	2	66,6667
TOTAL	**3**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 67% de la muestra de médicos sin Burnout no presenta depresión.

MÉDICOS CON BURNOUT

Distribución según porcentaje de Síntomas psicosomáticos

Tabla 125:

Estado	fr	%
Caso	1	50
No Caso	1	50
TOTAL	**2**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% de la muestra de médicos con Burnout no presenta síntomas psicosomáticos (No Caso) y el otro 50% presenta síntomas psicosomáticos (Caso).

Distribución según porcentaje de Ansiedad

Tabla 126:

Estado	fr	%
Caso	2	100
No Caso	0	0
TOTAL	**2**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 100% de la muestra de médicos con Burnout presenta Ansiedad (Caso).

Distribución según porcentaje de disfunción social

Tabla 127:

Disfunción Social		
Estado	**fr**	**%**
Caso	0	0
No Caso	2	100
TOTAL	**2**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 100% de la muestra de médicos sin Burnout no presenta disfunción social.

Distribución según porcentaje de depresión

Tabla 128:

Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	2	100
TOTAL	**2**	**100**

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 100% de la muestra de médicos sin Burnout no presenta depresión.

ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT

Distribución según porcentaje de síntomas sicosomáticos

Tabla 129:

Estado	fr	%
Caso	6	40
No Caso	9	60
TOTAL	**15**	**100**

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% de no presenta síntomas psicosomáticos (No caso) y el 50% de la muestra presenta síntomas psicosomáticos.

Distribución según porcentaje de ansiedad

Tabla 130:

Estado	fr	%
Caso	6	40
No Caso	9	60
TOTAL	**12**	**100**

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 50% no presenta ansiedad (No caso). El 50% de la muestra presenta ansiedad.

Distribución según porcentaje de disfunción social

Tabla 131:

Disfunción Social		
Estado	**fr**	**%**
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	**15**	**100**

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

El 100% de presenta Disfunción Social (No caso).

Distribución según porcentaje de depresión

Tabla 132:

Depresión		
Estado	**fr**	**%**
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	**15**	**100**

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Como indican los resultados el 100% de la muestra no presenta depresión (No caso).

Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

MÉDICOS SIN BURNOUT

Tabla 133:

COPE		
Estrategia	**Sumatoria**	**%**
Auto Distracción	4,69	8,60
Afrontamiento Activo	5,31	9,73
Negación	2,85	5,22
Uso de Sustancias	2,54	4,65
Uso del Apoyo Emocional	3,23	5,92
Uso de Apoyo Instrumental	3,77	6,91
Retirada de Comportamiento	3,00	5,50
Desahogo	3,08	5,64
Replanteamiento Positivo	4,85	8,89
Planificación	4,69	8,60
Humor	3,15	5,78
Aceptación	5,08	9,31
Religión	4,31	7,90
Culpa a Sí Mismo	4,00	7,33
TOTAL	54,54	100,00
N° encuestados	**13**	

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra de médicos sin Burnout presenta un alto promedio en afrontamiento activo 10%; auto distracción, replanteamiento y planificación 9%; religión 8%; uso de apoyo instrumental y culpa así mismo 7%; apoyo emocional, retirada de comportamiento, humor 6%; uso de sustancias 5%.

MÉDICOS CON BURNOUT

Tabla 134:

AFRONTAMIENTO		
Estrategia	**Sumatoria**	**%**
Auto Distracción	4	7,08
Afrontamiento Activo	4	7,08
Negación	2	3,54
Uso de Sustancias	3	5,31
Uso del Apoyo Emocional	4	7,08
Uso de Apoyo Instrumental	4	7,08
Retirada de Comportamiento	3	5,31
Desahogo	5,5	9,73
Replanteamiento Positivo	5,5	9,73
Planificación	5,5	9,73
Humor	4,5	7,96
Aceptación	5	8,85
Religión	2,5	4,42
Culpa a Sí Mismo	4	7,08
TOTAL	56,50	100,00

N° encuestados 2

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra de médicos con Burnout presenta un alto promedio en desahogo, seguido de replanteamiento positivo y planificación 10%; aceptación 9%; humor 8%; auto distracción, seguido de afrontamiento activo, apoyo emocional, apoyo instrumental, culpa así mismo 7%; uso de sustancias retirada de comportamiento 5%; negación y religión 4%.

ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT

Tabla 135:

COPE		
Estrategia	**Sumatoria**	**%**
Auto Distracción	4,20	8,07
Afrontamiento Activo	4,40	8,45
Negación	2,80	5,38
Uso de Sustancias	2,33	4,48
Uso del Apoyo Emocional	3,20	6,15
Uso de Apoyo Instrumental	3,80	7,30
Retirada de Comportamiento	2,80	5,38
Desahogo	3,47	6,66
Replanteamiento Positivo	4,33	8,32
Planificación	4,73	9,09
Humor	3,00	5,76
Aceptación	4,60	8,83
Religión	5,00	9,60
Culpa a Sí Mismo	3,40	6,53
TOTAL	52,07	100,00
N° encuestados	**15**	

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra de enfermeras sin Burnout muestra un promedio alto en afrontamiento activo; 10% un apego alto a la religión; le sigue planificación 9%; aceptación 9%; replanteamiento positivo 8%; afrontamiento activos 8%; auto distracción 8%; desahogo y culpa así mismo 7%; negación, retirada de comportamiento 5%; uso de sustancias 4%.

Cuestionario de Apoyo Social

MÉDICOS SIN BURNOUT

Tabla 136:

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	**Fr**	**%**
Apoyo Emocional	957,50	73,65
Apoyo Instrumental	955,00	73,46
Redes Sociales	955,00	73,46
Amor y Cariño	1000,00	76,92
N° encuestados	**13**	

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra de médicos dentro de la variable de Apoyo social el valor de la sub escala de amor y cariño comprende el 77%. Luego tenemos de igual manera el 73% de redes sociales, seguido por apoyo instrumental y por último el apoyo emocional.

MÉDICOS CON BURNOUT

Tabla 137:

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	**Fr**	**%**
Apoyo Emocional	112,50	56,25
Apoyo Instrumental	105,00	52,5
Redes Sociales	110,00	55
Amor y Cariño	106,67	53,3333333
N° encuestados	**2**	

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra de médicos dentro de la variable de Apoyo social el valor de la sub escala de apoyo emocional es más alto, siguiéndole los apoyos instrumental, redes sociales y por último el apoyo afectivo.

ENFERMEROS (AS) SIN BURNOUT

Tabla 138:

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	**Fr**	**%**
Apoyo Emocional	1122,50	74,83
Apoyo Instrumental	1115,00	74,33
Redes Sociales	1135,00	75,67
Amor y Cariño	1180,00	78,67
N° encuestados	**15**	

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Los enfermeros sin Burnout que dentro de la variable de Apoyo social se destaca la subescala de amor y cariño 79%, redes sociales 76%; y apoyo emocional e instrumental 75%.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

Resultados del Inventario de Personalidad

Tabla 139:

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	**Fr**	**%**
Neurotisismo	1,38	16,67
Extroversión	4,15	50,00
Psicotisismo	1,54	18,52
Sinceridad	1,23	14,81
TOTAL	8,31	100,00
N° encuestados	**13**	

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra de médicos sin Burnout, dentro de la variable de Personalidad se destaca la subescala de extroversión con el 50%, seguido de este, se evidencia el psicotisismo 19%; Y seguido, el neurotisismo con porcentaje de 17% y la sinceridad con un porcentaje del 15%.

MÉDICOS CON BURNOUT

Tabla 140:

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	**Fr**	**%**
Neurotisismo	1,50	6,25
Extroversión	2,50	10,42
Psicotisismo	1,00	4,17
Sinceridad	1,50	6,25
TOTAL	6,50	27,08

N° encuestados 2

Fuente: Médicos, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

Dentro de la variable de Personalidad se destaca la subescala de extroversión con el 10%, seguido neurotisismo y sinceridad con porcentaje de 6% y el psicotisismo con un porcentaje del 4%.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

Tabla 141:

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	**Fr**	**%**
Neurotisismo	1,53	16,79
Extroversión	4,40	48,18
Psicotisismo	1,60	17,52
Sinceridad	1,60	17,52
TOTAL	9,13	100,00

N° de encuestados 15

Fuente: Enfermeras, H. Solca Quito.
Autor: Bermúdez, L. (2012)

La muestra de enfermeros sin Burnout, dentro de la variable de Personalidad, se destaca la subescala de extroversión con un porcentaje del 48%, seguido de este se

evidencia el psicoticismo y sinceridad con un porcentaje del 18%; y neuroticismo el 17 %.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Es conocido en la actualidad que los empleados de diferentes estamentos de salud se quejan de cansancio. Las arduas labores, el horario, los trabajos desempeñados, las preocupaciones laborales y familiares dan motivo para que desde hace algunas décadas la medicina se preocupara por el agotamiento laboral.

Este trabajo de investigación con referencia a un estrés laboral crónico en el trabajo fue efectuado en el Hospital Solca, Núcleo de Quito, gracias al convenio realizado con la Universidad Particular de Loja con este hospital de especialidad.

Se nos permitió aplicar diferentes encuestas a 30 profesionales de la salud: 15 médicos y 15 enfermeras de diferentes unidades. Los instrumentos utilizados en su mayoría fueron encuestas y análisis de resultados. Estas herramientas nos permitieron analizar los niveles de Burnout en el mencionado hospital.

En base a los resultados obtenidos en las diferentes encuestas, cuestionario inventario de Burnout el que nos permitió identificar los casos en estudio, estudio sociodemográfico, cuestionario de salud general (GHQ-28), cuestionario de afrontamiento, Cuestionario de Apoyo social y cuestionario de personalidad, se puede afirmar que no se encontró un porcentaje representativo de estrés laboral, pues se encontró este síndrome en apenas 2 casos de toda la muestra de médicos encuestados y 0 casos en enfermeras.

MEDICOS CON BURNOUT

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta investigación, a través del Cuestionario de MBI, encontramos a dos profesionales de sexo masculino que padecen el síndrome de Burnout. Esto equivale al6,66% de la muestra del grupo evaluado.

En contraste con el resultado obtenido en el Hospital de Solca, Núcleo de Quito, en el Hospital Valentín Gómez Farías de la ciudad de México, se pueden evidenciar los

siguientes datos: la prevalencia en este último estudio del síndrome fue del 51.3% con una muestra de 119 médicos, mientras nuestra investigación consultó a 15 médicos.

En los dos casos, se presentaron niveles altos en las tres dimensiones del Burnout: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. A nivel general, de acuerdo a nuestra muestra con el síndrome, las tablas N° 114, 115 y 116. Por lo que se estima que se puede presentar la pérdida de ideales y un creciente apartamiento de actividades sociales y auto reclusión. Para el personal del Hospital de Solca, Núcleo de Quito, la satisfacción sobre el trabajo realizado es alta y además se sienten con ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

La evaluación del cuestionario para Identificar las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud ha permitido conocer la distribución porcentual de la población en éstos términos como variables interdependientes que influyen en el comportamiento de la muestra; así pues, se puede definir los siguientes perfiles socio demográficos.

En un hospital nacional de Lima se realizó un estudio descriptivo transversal por los autores Alejandro Mariños, MilusKa Otero, Germán Málaga, Jorge Tomateo (2011) que verificó que el residente médico pasa por un período en el que adquieren competencias para la práctica de una especialidad médica. Esta etapa demanda disponibilidad completa del médico, con arduas horas de trabajo, por lo que se le reducen las horas de sueño, cansancio físico y distanciamiento familiar. Está sometido constantemente a prueba y no recibe un buen salario. Es de mucha importancia tomar en consideración que de acuerdo a la investigación realizada en Quito, en el Hospital de Solca, para la aparición del Burnout, se toma en cuenta el tipo de trabajo de los profesionales, las horas laboradas, los turnos que tienen que realizar, el número de pacientes atendidos por día y otras consideraciones más, como factores influyentes y desencadenantes.

Uno de nuestros médicos con Burnout consultados se relaciona con los parámetros del estudio realizado en Lima, pues es joven, se encuentra en formación para médico especialista y labora pocos años en el Hospital de Solca. Se ve continuamente presionado por el número de pacientes (30) que atiende diariamente, realiza turnos rotativos diurnos y nocturnos y trabaja 92 horas semanales. En oposición, el segundo profesional con

Burnout, labora 38 años en constante atención al paciente y en la actualidad labora 6 horas diarias, ya sea en consulta externa o en el área de cirugía con un número de pacientes de 15 por día. Tiene 63 años de edad, es divorciado, con 4 hijos en el núcleo familiar. Su ingreso oscila entre 1 y 2 mil dólares al mes, producto de trabajar a tiempo completo (6 horas), refleja una estabilidad laboral con un contrato indefinido donde ha permanecido 38 años, los resultados facilitados en la tabla 116 nos indican que el profesional se encuentra insatisfecho con su experiencia laboral; a la vez con el apoyo que brindan los directivos de la Institución y la colaboración de sus colegas, esto incide en el desarrollo de este síndrome.

Se percibe que se encuentra poco satisfecho con su trabajo, con la interacción con sus pacientes, con el apoyo brindado por los directivos de la Institución, nada satisfecho con su situación económica. Es de estado civil divorciado, vive solo. La situación conyugal dice Rodríguez *et al.*(2004) que los casados presentan mejores niveles de satisfacción que los solteros y tienen menos posibilidades de quemarse.

Como se evidencia en el contraste de nuestros casos. El síndrome de Burnout no solamente se presenta en profesionales médicos jóvenes, también puede aparecer por otras variables que no dependen de la edad, del salario ni de las horas de trabajo. El estrés laboral dice Blanch (2003) no se produce en el vacío social, sino que interactúa con otras fuentes de estrés con las que se relaciona cada persona (entorno familiar, vecinal, económico, legal, político, entre otros).

Según los datos analizados en nuestro estudio, se puede observar una controversia entre el tiempo de trabajo y la pauta para desarrollar el Síndrome “de estar quemado” como lo señala Chernniss y Edelwich y Brodsky (1980) al decir que en el aspecto laboral los años de ejercicio profesional son un factor controversial. Gálvez Macarena (2009) estima que los jóvenes médicos en sus primeros años de práctica profesional están más vulnerables al desgaste profesional, pues este período sugiere una especial transformación en sus expectativas alentadas durante su formación académica, como gratificación personal, profesional y recompensas económicas, Gálvez Macarena (2009).

Para poder determinar el estado actual de la salud delos profesionales se ha aplicado el cuestionario de Salud General. Podemos demostrar que lo más relevante es el Caso de

Ansiedad que presenta los médicos, de acuerdo a los resultados obtenidos en la tabla No.130;como una explicación: cuando una persona se encuentra en un estado de ansiedad se percibe las situaciones como más amenazantes y vuelve al trabajador más vulnerable al estrés y puede incorporarse dentro de la sintomatología del Burnout.

Por otro lado, la identificación del apoyo social procede de la red social que mantiene el individuo.

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

Fachado (s/a) expone una relación de nueve fuentes de apoyo social: cónyuge o compañeros/a, otros familiares, amigos, vecinos, jefes o supervisores, compañeros de trabajo, personas de servicio o cuidadores, grupos de auto ayuda y profesionales de la salud o servicios sociales.

A pesar de que el sujeto quemado utiliza pocas estrategias de afrontamiento como son: Desahogo, Reinterpretación positiva, Planificación, Aceptación, Afrontamiento activo, el factor de despersonalización y agotamiento conlleva a que también utilice estrategias de evitación y esto hace que el sujeto tienda a abandonar sus esfuerzos.

En consideración a lo anteriormente mencionado, se puede indicar que en nuestro medio, tanto hombres como mujeres son propensos a desarrollar el síndrome.

MEDICOS Y ENFERMEROS (AS) SIN BURNOUT

De los datos obtenidos, en un grupo de profesionales de salud del Hospital Solca se ha podido diagnosticar que un grupo de Médicos y Enfermeros (as) no sufren de este síndrome, cabe resaltar que la muestra presenta agotamiento emocional bajo y despersonalización. Sin embargo, también se resalta en los resultados, una alta realización personal, lo que hace que estos parámetros no sean incluidos en el personal abatido por este síndrome.

De acuerdo al cuestionario socio demográfico realizado a los médicos, podemos decir que el 62% de los médicos es de género masculino, mientras que el 38% es de género femenino. En cuanto a esta información acerca del personal de enfermería, lo más relevante es el dato acerca de que el 93.33 % pertenece al género femenino y el 6.66 % al género masculino.

También, a través del instrumento MBI, se encontró una mínima muestra de dos médicos y cinco enfermeros (as) que presentaron, en la subescala de agotamiento emocional, un nivel alto. Estos profesionales médicos manifiestan que estaban a punto de llegar a un estado de tensión y frustración: cansancio, fastidio, irritabilidad, desinterés y disminución de compromiso con el trabajo.

Se debe resaltar que este grupo encuestado pertenece al servicio de Oncología y debido a que esta especialidad tiene mucha relación con el estrés, como algo inevitable, puede estar propenso a adquirir Burnout. En consecuencia, tanto el personal femenino como el masculino está predispuesto a desarrollar el síndrome.

Dentro del grupo de Médicos y Enfermeros (as) que no presentaron el síndrome, se aplicó el cuestionario de Salud General. Pudimos encontrar que aproximadamente el 25% de médicos, como nos indica la tabla No.124, presentaron síntomas psicosomáticos. Alrededor del 41% presentó ansiedad y el 8.33%, depresión. Esta información se encuentra en relación con un afrontamiento desadaptativo, pues se observa en las enfermeras, la presencia de un porcentaje más alto referente a síntomas psicosomáticos, de acuerdo a la tabla No.133.

La profesión es estresante, tomando en cuenta su actividad, tiene que ver con un compromiso personal y una interacción directa con las personas, los médicos y enfermeros (as) atienden a múltiples personas y por lo tanto trabajan con aspectos intensos con respecto al cuidado del paciente.

Como indica (Mingote,2013) cuando habla de la presencia de alteraciones psicosomaticas, existen variados cambios físicos, entre ellos: cefaleas, úlceras gastrodudenales o hipertensión. Pues existe una relacion entre el tipo de trabajo que mantienen las enfermeras con el desarrollo de estas enfermedades.

En cuanto a la manera como este grupo de profesionales manejan sus métodos de afrontar el estrés laboral encontramos las técnicas más relevantes en el siguiente cuadro descriptivo y comparativo de médicos y enfermeros(as).

Se puede observar que los médicos puntuaron alto en afrontamiento activo (9,73%)con respecto a la planificación (8,60%), aceptación (9,31%). Estos datos reflejan las acciones y funciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés y la aceptación. El profesional toma cuidado y admite la situación del momento. La muestra de enfermeras se destaca con una puntuación alta en planificación (9,09%). Se evidencia que este personal analiza cómo hacer frente al estresor.

En cuanto al parámetro Religión, los (as) enfermeros (as) sobrepasan el nivel de comparación en cuanto a los médicos (9,70% frente a 7,90%). Esto nos da la pauta para comprender que en una situación de estrés ellas realizan actividades religiosas y esta acción les permite sentirse mejor.

En una investigación realizada sobre estrategias de afrontamiento en enfermeras de la unidad de terapia intensiva en la República Argentina, aplicada por Maricel Soledad Popp, licenciada en Psicología, se encontró que las enfermeras de la unidad presentaron niveles inferiores de Burnout. Se utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y otro tipo de fuentes de satisfacción, con lo que podemos apoyarnos para darnos cuenta que tienen mejor estrategias de afrontamiento y la respuesta por la cual no se encuentran quemadas.

Otra manera para dilucidar el por qué no se incluyeron en el grupo de personas con este síndrome fue que presentan en el cuestionario de Apoyo Social, tanto médicos como enfermeras porcentajes altos de apoyo emocional. También en factores como amor y cariño en apoyo instrumental y redes sociales. Estos diferentes tipos de apoyo que se muestran en esta investigación indican que esta muestra de profesionales cuenta con un buen círculo social, con el cual se benefician. Por ejemplo, acudiendo a personal capacitado para encontrar ayuda, donde gozan de empatía.

Sandrin (2004) piensa que el apoyo social es un factor que influye de manera determinante en la salud y en el bienestar de las personas y las hace capaces de resistir

los acontecimientos estresantes de la vida y recuperarse ante situaciones de sufrimiento, es el apoyo social.

En este estudio, se encontró que Médicos y Enfermeros (as), cuando se aplicó el cuestionario de personalidad, tuvieron puntuaciones altas en extroversión y muy bajas en lo que se refiere a neurotisismo, psicotismo y sinceridad. Maslach y Leiter (1979) mencionan que las características individuales del empleado influyen muy poco en la generación del Burnout. Aseveran que se han identificado, con el transcurso del tiempo, algunas características de la personalidad (en conjunto con el estrés laboral) que llevan ala adquisición del síndrome. Dentro de estas características se encuentran aquellos que exhiben locus de control externo y pobre autoeficacia. También se hallan inmersas las personas dependientes, con niveles altos de neurotismo, baja defensa ante el estrés o -lowhardness, excesivo idealismo, muchas auto-exigencias para el trabajo, sensibilidad emocional y adicción al trabajo.

Finalmente, se establece que un alto porcentaje de médicos y enfermeros (as) del Hospital de Solca, Núcleo de Quito, no muestra afectación de este síndrome, pues tiene un alto índice de apoyo social y afrontamiento. Utiliza el afrontamiento de manera positiva, resultando que tanto unas estrategias como otras se correlacionen significativamente y así una vez centrado el problema minimicen su propensión a quemarse.

CONCLUSIONES

El presente estudio tuvo como meta identificar el nivel del síndrome de Burnout en los profesionales de la salud en el Hospital Solca, Núcleo Quito y permitirnos otorgar una pequeña semilla que reconozca estos padecimientos. Además de visualizar la existencia de este fenómeno en nuestro país.

El análisis de la teoría referente a este síndrome y los resultados obtenidos a través de los cuestionarios utilizados nos entregan pautas para concluir con lo siguiente:

- ✓ Se identificó a profesionales de la salud del Hospital Solca, Núcleo de Quito, con síndrome de Burnout en un porcentaje que equivale al 13.33% en médicos.
- ✓ En base a los resultados expuestos en el cuestionario del MBI, y que fue aplicado a los profesionales de nuestro estudio que padecen de estrés laboral crónico, se evidencia que existe un alto agotamiento emocional más una despersonalización muy elevada.
- ✓ Los médicos con Burnout tiene una negativa manera de resistencia como por ejemplo: la negación, la auto distracción y el retiro de comportamiento.
- ✓ El cuestionario de personalidad EPQR-A, aplicado a la muestra, nos indica que el personal mencionado tiene un porcentaje alto de extroversión.
- ✓ Los síntomas psicosomáticos se presentan en el 50% caso y el 100% en caso de ansiedad.
- ✓ El apoyo social es un factor muy importante para la prevención y manejo de esta enfermedad, sin embargo encontramos en los resultados expuestos que los rangos de apoyo emocional, apoyo instrumental, redes sociales, amor y cariño insuficiente son factores para el manejo adecuado de dicho síntoma.
- ✓ Los resultados de la investigación arrojan que el grupo de enfermeras tiene una mejor manera de afrontamiento y que valoran mucho el apoyo social como: afrontamiento activo, planificación, aceptación y religión.
- ✓ La carga horaria, los turnos, el número de pacientes contribuye a incrementar el síndrome de Burnout.

PERSONAL SIN BURNOUT

- ✓ Los Médicos sin Burnout tienen un afrontamiento activo elevado, aceptación, una planificación, auto distracción y un replanteamiento positivo.

- ✓ El tipo de personalidad extrovertido es muy alto (50%) en médico sin Burnout, por lo que se destaca que la personalidad es relevante para el manejo del estrés.

RECOMENDACIONES

Es importante, sino sobresaliente el tema de ponernos en manos de profesionales de la salud cuando nos aquejan problemas médicos. Por lo tanto, este estudio se enfoca en la preocupación que tenemos los seres humanos al determinar la salud física y mental de los médicos y enfermeras que nos ayudan a sobrellevar las enfermedades, más aun tratándose de enfermedades peligrosas como el cáncer.

En cada institución de salud ecuatoriana se debería ver el inconveniente de adquirir este síndrome porque el Burnout afecta negativamente al rendimiento laboral, tiene altos costos económicos para la propia organización.

Para los profesionales de la salud.

- Se debe aprender a manejar las situaciones de mejor manera para no ingresar al campo de la enfermedad del Síndrome de Burnout.
- Evidenciar que nuestra situación social y económica está a cargo de otros y no de nuestra decisión. El tiempo de experiencia vendrá con los resultados propios del trabajo.
- Debemos mantener un equilibrio entre nuestras preocupaciones diarias y el ámbito de vida, de lo contrario podemos enfermar fácilmente.
- Se debe encontrar formas de manejar el estrés cotidiano y controlar toda la carga emocional que el trabajo con pacientes de cáncer conlleva.
- El Síndrome de Burnout puede presentarse en cualquier momento si no se maneja una técnica eficaz de afrontamiento y apoyo para maniobrar el tipo de carga emocional al que están enfrentados médicos y enfermeras del Ecuador.
- Es importante y necesario fomentar el apoyo social dentro de la institución para poder sobrellevar la pesada carga de trabajo que mantiene el personal sanitario. De esta manera se puede satisfacer la necesidad humana de pertenencia y comunicación, pero recalquemos que debe darse a nivel institucional; la personal, en la que se encuentre una falta de apoyo a nivel familiar debe aprender a manejarse internamente. Mejorar la

situación presente y se debería sugerir la búsqueda de apoyo de un profesional.

- Desde mi punto de vista, si el Burnout está ligado con el ambiente entonces eso hace que la personalidad de cada persona, maneje de diferente manera la carga emocional que se desarrolla en el clima laboral y nos genere pensamientos positivos o negativos.
- Creo que el tipo de personalidad que poseemos nos permite ser un humano único con maneras diferentes de manejar nuestras cargas psicológicas, emocionales. Una personalidad equilibrada hace que asumamos pensamientos, actitudes, conductas, costumbres que resistan a los largo del tiempo.
- Como muchos profesionales de la salud trabajan continuamente con gente enferma, perturbada, asustada por sus enfermedades, deben aprende a manejar su sede de control para no caer en el la muerte profesional y sobre llevar de mejor manera este tipo de estrés.
- De acuerdo a las estadísticas tanto en médicos como en enfermeras, ambas poblaciones tienen hijos y eso despliega un aumento de realización personal y todo esto implica maneras diferentes de mirar las cosas ahora pensar en un tercero.

Para la institución de salud

- ✓ Sugerir un plan estratégico institucional para prevenir el desarrollo del Síndrome de Burnout en el personal médico que aún no manifiesta este síndrome.
- ✓ Tomar las acciones correctivas necesarias con el personal que ya tiene el síndrome de Burnout.
- ✓ Establecer estrategias para fortalecer la forma en que se debe manejar estrés en el grupo de enfermeras.

- ✓ El Hospital debería establecer un departamento de salud mental para los trabajadores de la institución donde exista personal capacitado en este aspecto.
- ✓ Realizar charlas de concientización para las autoridades donde se indique la importancia que tiene este síndrome que está afectando a la economía de la Institución.
- ✓ Considerar, dentro de la población en riesgo de adquirir el síndrome de Burnout, a todo el personal de la Institución: auxiliares de enfermería, secretarias, cajeras, personal de limpieza, entre otros.
- ✓ Realizar charlas periódicas para socializar sobre los síntomas iniciales y sobre las características del desarrollo del síndrome del Burnout así como de sus consecuencias.

5. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

Ali El Sahili, L. (2010). *Psicología para el Docente.* México: Universidad de Guanajuato.

Ali El Sahili, L. (s/a). *Burnout...y docencia.* México: Editorial Trillas .

Alonso, F. (2008). *¿Por qué trabajamos?: El trabajo entre el estrés y la felicidad.* España: Díaz de Santos.

Anaya, J. O. (Noviembre de 2006). *Atención Primaria*. Obtenido de Síndrome de «quemazón» (burnout) en médicos familiares y asistentes medicos: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656706705534

Aranda, C. (2012). Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentin Gómez Farias. *Revista Colombia de Salud Ocupacional*, 18-20.

Aranda, C. B. (enero de 2011). *Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialista del Hospital Valentin Gómez Farias.* Recuperado el diciembre de 2012, de Revista Colombiana de SALUD OCUPACIONAL: unilibrecali.edu.co/Revista_Colombiana_Salud_Ocupacional/detalle-articulo.php?nroarticulo=6

Avendaño, C. B. (2009). Burnout y Apoyo Social en Personal del servicio de Psiquiatria de un Hospital Público. *Ciencia y Enfermería*, 55-68.

Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., & Pierat, T. (2009). Burnout y Apoyo Social en Personal del servicio de Psiquiatria de un Hospital Público. *Ciencia y Enfermería*, 55-68.

Barlow, D. D. (2001). *Psicología anormal un enfoque integral.* México: Eco Ediciones.

Barlow, D., & Durand, M. (2001). *Psicología anormal: un enfoque integral.* México: International Thomson Editores.

Blanch, J. T. (2003). *Teoria de las Relaciones Laborales Fundamentos.* Barcelona: Editorial UOC.

Blancha, J. E. (2003). *TEORIA DE LAS RELACIONES LABORALES FUNDAMENTOS.* Barcelona: Editoal UOC.

Blanco, E. (2010). *Síndrome de Intestisno irritable y otros trastornos relacionados.* México: Editorial Médica Panamericana.

Boada, J. (2012). *Salud y trabajo. Los nuevos y emergentes riesgos psicosociales.* Barcelona: Editorial UOC.

Bueno, A., & Roser, A. (2002). *Guia didáctica de psicología de la intervención socil.* San Vicente: Editorial Club Universitario.

Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las habilidades sociales.* Madrid: SIGLO XXI.

Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de las Habilidades Sociales.* Madrid: Siglo XXI de España Editores.

Caballo, V. (2007). *Manual de Evaluación y Entrenamiento de Las Habilidades Sociales.* Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.

Cabrera, J. C. (1994). *Enfermería Legal.* Madrid: Editorial Libro del Año.

Cabrera, J. J. (s/a). *Enfermería Lega.* Madrid: Editoral Libro del año, S.L.

Calabrese, G. (diciembre de 2005). *Guia De Prevención Y Proteccion De Los Riesgos Profesionales Del Anestesiologo.* Obtenido de SCIELO URUGUAY: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?pid=S0255-81222005000200002&script=sci_arttext

Cano, A. (2002). *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Obtenido de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/sintomas.htm

Cano, A. (2002). *Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés*. Recuperado el 15 de 11 de 2012, de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/seas/estres_lab/sintomas.htm

Casero, N. S. (2011). *Cuidados Paliativos en el Paciente Oncológico.* Madrid: Vision Libros.

Cebria, J. S. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 459-468.

Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., y otros. (2001). *ATENCION PRIMARIA- Una revista Open Access*. Recuperado el 01 de 2013, de http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/rasgos-personalidad-burnout-medicos-familia-12003955-originales-2001#5f5a1ba8b0dd3105a2961c1f3e1617f9

Chacón, M., & Grau, J. (2004). Burnout y variables personales moduladorasen enfermeros que trabajan en hospitales oncológicos. *Psicología y Salud*, 67-78.

Chapman, K. (2007). *100 preguntas y respuesta sobre la ansiedad .* Madrid: EDAF.

Clemente, M. e. (2007). *Manual de psicología jurídica laboral.* Madrid: Delta Publicaciones.

Clonninger, S. (2003). *Teorías de la personalidad.* México: PEARSON.

Connie, S. (2008). *Vivir con la sombra iluminando el lado obscuro del alma.* Barcelona: Editorial Kairos , S.A.

Cultura, M. d. (1999). *Premios Nacionales de Investigación Educativa 1998.* Salamanca: Graficas Varona.

Da Silva, F. (s/a). *Drogas y Etica.* Obtenido de http://www.castalia.org.uy/docs/libros/DrograsyEtica/FreddyDaSilva.pdf

De la Puebla, A. (2007). *Valoracion Médica y Jurídica de la Incapacidad Laboral.* Madrid: La Ley.

El Sahili, L. (2010). *Burnout en el colectivo docente.* México: Universidad EPCA.

Equipo, E. M. (2006). *Estrés y Fatiga Crónica.* Argentina: Ediciones Lea S.A.

Fachado, A. (s/a). *Influencia del apoyo social en el control metabólico de la diabetes mellitus tipo 2.* USC.

Fernández, R. (2010). *La Productividad y el riesgo psicosocial derivado de la organización del trabajo.* San Vicente: Editorial Club Universitario.

Fuertes, J. (2004). *Mobbing!. Acoso laboral... Psicoterrorismo en el trabajo.* España: Aran Ediciones , S.L .

Fuertes, J. C. (2007). *La Salud mental en los tribunales.* Madrid: Arán Ediciones, S.L.

GALICIA, X. D. (2006). *Psicologo de la Xunta de Galicia.* España: Editorial Mad, S.L. .

Gan, F. B. (2007). *Manual de Recursos Humanos.* Barcelona: Editorial UOC.

García, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del Trabajo.* Alicante: Editorial Club Universitario.

González, A., Garzón, C., & Cáceres, P. (2011). Prevalecencia del sindrome de burnout en los internos rotativos médicos del hospital "Carlos Andrade Marín" periodo septiembre 2009 - agosto 2010. *Cambios*, 44-48.

Gonzalez, M. (2006). *Manejo del Estres .* Madrid: INNOVACION Y CULIFICACION S.L.

González, M. L. (2008). *El Síndrome de Agotamiento Profesional en Oncología.* Madrid: Editorial Médica Panamericana. S.A.

Jaureguizar, J. E. (2005). *Enfermedad física crónica y familia.* España: Libros en Red.

Jean, B. (2000). *El Estres.* México: Publicaciones Cruz O.

Jean, B. (2000). *EL ESTRES.* México: Publicaciones Cruz O.

Levenson, J. C. (2007). *Clínicas psiquiátricas de Norteamérica.* Barcelona: MASSON.

Llaneza, J. (2009). *ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGÍA APLICADA. MANUAL PARA LA FORMACIÓN DEL ESPECIALISTA.* España: Editorial Lex Nova, S.A.

López, A. F. (2007). Síndrome de Burnout en Residentes con jornadas laborales prolongadas. *Rev Med Inst Mexicano Seguro Social*, 233-242.

Macías, H. (Noviembre de 2007). Granada. Obtenido de "ESTUDIOS DE LOS NIVELES DE ESTRÉS DEL CONTINGENTE ESPAÑOL DESPLEGADO EN IRAK EN MISION DE MANTENIMIENTO DE LA PAZ": http://hera.ugr.es/tesisugr/17241261.pdf

Madero, B. (2003). *Personalidad madura: temperamento y carácter.* México: Publicaciones Cruz O.

Mansilla, F. F. (11 de 2012). *Página de salud pública del Ayuntamiento de Madrid*. Obtenido de http://www.madridsalud.es/temas/estres_laboral.php

Mansilla, F., & Favieres, A. (2011). *Página de salud pública del ayuntamiento de Madrid.* Recuperado el 23 de 11 de 2012, de http://www.madridsalud.es/temas/estres_laboral.php

Mariños, A. O. (oct.dic de 2011). *SCIELO PERU.* Obtenido de Coexistencia de síndrome de Burnout y síntomas depresivos en médicos residentes: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018-130X2011000400003&script=sci_arttext

Martínez, A. (Septiembre de 2010). *Revista de Comunicación Vivat Academia.* Obtenido de http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf

Medina, M. (2000). *Evaluación de la Calidad Asistencial Del Servicio de Ayuda a Domicilio .* España: Universidad de Mucia.

Méndes, F., Fernández, F., Llanesa, F., Rodríguez, J., & Espeso, M. (2007). *Formación superior en prevención de riesgos laborales.* Valladolid: Lex Nova.

Menéndez, C. M. (2006). *Ergonomía para docentes: Análisis del ambiente de trabajo y prevención de riesgos.* Barcelona: Editorial GRAO.

Menéndez, F. (2007). *Formación superior en prevención de riesgos laborales: Parte obligatoria y común.* España: Editorial Lex Nova.

Merino, C. M. (2007). *Indicador de Estrategias de Afrontamiento al Estrés: Análisis normativo y de su estructura factorial .* Obtenido de http://www.freewebs.com/cesarmerino/Store%20of%20pub/Afrontamiento_Merino.pdf

Mingote, M. (1999). *El Estrés Del Médico: Manual de Autoayuda.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A.

Musito, G. H. (2004). *Introducción a la psicología comunitaria.* Barcelona: Editorial UOC.

Napione, M. (2011). *¿Cuándo se quema el profesorado de secundaria?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos.

Napione, M. (2011). *Cuando se quema el profesorado de secundaria?* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A. .

Noriega, E. (2009). *De tacos, trotes, siestas y otras fiestas: hábitos de alimentación.* Guadalajara: Consejo Estatal para la cultura y las artes Gobierno de Jalisco .

Oblitas, L. (2010). *Psicologia de la Salud/ Health Psychology.*Santa Fe: Cengage Learning Editories, S.A. de C.V.

Oldham, J. B. (2007). *Tratado de los trastornos de la personalidad.* Barcelona: MASSON.

Paula, I. (2007). *¡No puedo mas!* Madrid: Graficas Muriel.

Peiró, J. (2009). *Estrés laboral y riesgos psicosociales: Investigaciones recientes para su análisis y prevención.* Valencia: Publicacions de la Universitat de Valencia.

Peña, G. C. (2006). *Una introducción a la Psicología.* Caracas: Universidaad Católica Andrés Bello.

Pereda, L. M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Scielo*.

Pérez, F. (1994). *Psiquiatria de enlace en el hospital general. 3a Ed.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos. S.A.

Puebla, A. (2007). *Valoración Médica y Jurídica de la Incapacidad Laboral.* Las Rosas (Madrid): La Ley grupo Woltres Kluwer.

Ramírez, J. (2001). Mujer, Trabajo y estrés. *Revista Latinoamericna de la Salud en el Trabajo*, 58-74.

Ramírez, M. (2012). *Identificacion del Burnout en profesionales de la salud y Factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador.* Loja: Edición UTPL.

Rivera, J., Arellano, R., & Molero, V. (2009). *Conducta del consumidor estrategias y politicas aplicadas a Marketing.* Madrid: Esic Editorial.

Rivera, J., Arellano, R., & Molero, V. (2009). *Conducta del consumidor Estrategias y políticas aplicadas al marketing.* Madrid: ESIC Editorial.

Rodríguez, A. D. (2004). *Psicología de las organizaciones.* Barcelona: Graficas Rey, SL.

Sahili, L. (2010). *Psicología para el docente.* Guanajuato: Universidad de Guanajuato.

Sahili, L. (s/a). *Burnout...y Docencia.*Guanjuato: Editorial Trillas.

Salinas, N. (2005). *MANUAL PARA EL TÉCNICO DE SALA DE FITNESS.* Barcelona: Editorial Paidotribo.

Sandrín, L. (2004). *Ayudar sin quemarse. Cómo superar el burnout en las profesiones de ayuda.* Madrid: Editorial San Pablo.

Serrano, M. (2002). *Educación para la salud del siglo XXI: comunicación y salud.* Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S.A .

Serrano, M. E. (14 de 04 de 2007). *El Blog de es publico*. Recuperado el 12 de 10 de 2012, de http://administracionpublica.com/el-burnout-o-sindrome-del-quemado/

Setor, J. (2000). *El estres.* México: Publicaciones Cruz O.

Solanas, A. (2002). *Métodos en psicología: casos prácticos para un aprendizaje integrado.* Barcelona: Edicions de la Universitat de Barcelona.

Stora, J. (2000). *EL ESTRES.* Mexico: Publicaciones Cruz O.

Tapiador, M., & Vega, L. (2012). *Enjoy emotions.* Recuperado el 13 de 11 de 2012, de http://www.enjoyemotions.es/salud-y-estres.html

V.v.a.a. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos.* Madrid: Aran Ediciones, S.L.

Villardón, L. (s/a). *El pensamiento de suicidio en la adolescencia.* Bilbao: Universidad de Deusto.

Vizcarra, M. V. (2008). *El Desafío de la Intervención Psicosocial en Chile: Aportes Desde la psicoeducación.* Chile: RIL, ediciones.

Weiten, W. (2006). *Psicología: Temas Y Variaciones.* San Fe: Cengage Learning.

6. ANEXOS

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER
SOLCA
ECUADOR
NÚCLEO DE QUITO
Av. Eloy Alfaro y los Pinos
Telfs.: 2419-775 / 2419-776 / 2419-778 / 2419-780
Casilla: 17-11-4965 C.C.I.

Quito, 22 de Octubre del 2012

CERTIFICADO

El Departamento de Docencia, certifica que las señoritas Egresadas de la Universidad Técnica Particular de Loja, realizaron la aplicación de Cuestionarios, al personal médico y enfermeras de esta Institución en el periodo de Mayo a Agosto del 2012.

Las señoritas en mención son las siguientes:

Carmen Amelia Solórzano

Marjorie Tapia Castellanos

Luisa Bermúdez Sánchez

Lorena Rosales Narváez

Atentamente,

Dr. Carlos Torres

JEFE DE DOCENCIA

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

Profesión: Médico/a ☐ Especialidad de medicina en: _____
Enfermera ☐
Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____
Años de experiencia profesional: _____
Tipo de trabajo: Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐
Sector en el que trabaja: Privado ☐ Público ☐ Ambos ☐
Tipo de contrato que posee:
Eventual ☐ Ocasional ☐ Plazo Fijo ☐ Indefinido (Nombramiento) ☐
Servicios profesionales ☐ Ninguno ☐
En cuántas instituciones trabaja: _____
Horas que trabaja Diariamente _____
Horas que trabaja Semanalmente _____

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

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

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

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

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

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

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. ☐ 3. Bastante más que lo habitual. ☐ 4. Mucho más que 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. ☐ 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 2.4.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD 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 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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