



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIOHUMANÍSTICA

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en un Centro de Atención Ambulatoria de la ciudad de Loja en el año 2012”

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTORA: Abad Jiménez, Rosa Natalia

DIRECTOR: Alvarado Chamba, Julio César, Lic.

CENTRO UNIVERSITARIO

LOJA

2014

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Licenciado

JULIO CESAR ALVARADO

DOCENTE DE TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación **“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Centro de Atención Ambulatoria Central de la ciudad de Loja en el año 2012”** realizado por **Abad Jiménez Rosa Natalia**; ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, 7 de junio del 2014

.....

Alvarado Chamba Julio Cesar. Lic.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Rosa Natalia Abad Jiménez**, declaro ser autora del presente trabajo de fin de titulación: **Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Centro de Atención Ambulatoria Central de la ciudad de Loja en el año 2012**, siendo Alvarado Chamba Julio Cesar director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales. Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

.....

Abad Jiménez Rosa Natalia

C.I. 110357120-2

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado:

A mi esposo, por su apoyo pertinente

A mis hijos Fabián David, Leonardo Isá y Nathalia Sofía, por ser mi inspiración para continuar superándome.

Con mucho amor

AGRADECIMIENTO

Mi infinito agradecimiento a Dios por guiarme y darme la fortaleza necesaria en los momentos más difíciles de mi vida, llenándome de voluntad para continuar.

A mi esposo, por el apoyo que me ha dado a lo largo de mi carrera.

A mi familia que con sus oraciones han fortalecido mi vida y por ende la culminación de mi carrera.

A mis amigas/os y maestros, que sin escatimar esfuerzo alguno, me extendieron gentilmente su apoyo en el momento adecuado.

GRACIAS

ROSITA

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN.....	ii
ACTA DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN.....	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN.....	3
1.1. Conceptualización de estrés.....	6
1.1.1 Antecedentes del estrés (origen, definición).....	6
1.1.2 Desencadenantes del estrés: (factores medioambientales, factores hormonales, estrés alérgico)	7
1.1.3 Tipos de estresores: (Psicosociales, Biogénicos, Internos, y Externos)	8
1.1.3.1 Los estresores psicosociales	9
1.1.3.2 Los estresores biogénicos:	9
1.1.3.3 Los estresores internos.....	9
1.1.3.4 Los Estresores externos	10
1.1.4 Moduladores del estrés	12
1.1.5 Modulación en corto plazo en las respuestas del estrés	13
1.1.5.1 Modulación a largo plazo de las respuestas del estrés.....	13
1.1.6. Consecuencias del estrés:.....	13
1.1.6.1. A nivel fisiológico, cognitivo y motor	13
1.1.7. Medidas preventivas y control del estrés.....	15
2.1. Definiciones del Burnout.....	18
2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout:	18
2.3. Poblaciones propensas al Burnout:.....	19
2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout	20
2.4.1. FASE 1. Síntomas premonitorios.....	20
2.4.2. FASE 2. Reducción de compromiso:	20

2.4.3.	FASE 3. Reacciones emocionales	20
2.4.4.	FASE 4. Reducción de funciones psicológicas	20
2.4.5.	FASE 5. Reducción de funciones psicosociales	21
2.4.6.	FASE 6. Reacciones psicósomáticas	21
2.4.7.	FASE 7. Desesperación	21
2.5.	Características, causas y consecuencias del burnout.	21
2.5.1.	Características:.....	21
2.5.6.	Consecuencias.....	22
2.5.7.	Causas.....	23
2.6.	Modelos explicativos del burnout:	23
2.6.1	Teoría sociocognitiva.....	23
2.6.2	Teoría de la equidad	23
2.6.3	Teoría Organizacional.....	24
2.7.	Prevención y tratamiento del síndrome de burnout:	24
2.7.1.	A nivel individual.....	24
2.7.2.	A nivel de equipo de trabajo.....	25
2.7.3.	A nivel institucional	25
3.1.	Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales	27
3.1.1.	Variables de riesgo y protectoras:.....	28
3.1.2.	Motivación y satisfacción laboral	29
3.1.2.1.	Componentes y factores de la satisfacción laboral.....	29
3.1.3.	Investigaciones realizadas	30
3.2.	El burnout y la relación con la salud mental.....	32
3.2.1.	Definiciones de salud mental.....	32
3.2.2.	Salud Mental y el Estrés	32
3.2.3.	Síntomas somáticos	32
3.2.4.	Ansiedad e insomnio.....	33
3.2.4.1.	Teoría Psicodinámica:.....	33
3.2.4.2.	Teoría Conductual.....	34
3.2.4.3.	Teoría cognitiva	34
3.2.5.	Disfunción social en la actividad diaria	35

3.2.6.	Tipos de depresión	36
3.2.6.1.	Trastorno Depresivo Mayor	36
3.2.6.2.	Distimia	36
3.2.6.3.	Trastorno Bipolar	36
3.2.6.4.	Otras formas comunes de depresión	37
3.3.2.7.	Investigaciones realizadas	37
3.3.	El burnout y el afrontamiento	38
3.3.1.	Definición de afrontamiento	38
3.3.2.	Modos de afrontamiento	39
3.3.3.	Teorías de afrontamiento	39
3.3.4.	Estrategias de afrontamiento	40
3.3.5.	Investigaciones realizadas	41
3.4.	El burnout y la relación con el apoyo social	42
3.4.1.	Definición de apoyo social	42
3.4.2.	Modelos Explicativos del Apoyo Social	43
3.4.3.	Apoyo Social Percibido	44
3.4.4.	Apoyo Social Estructural	44
3.4.5.	Investigaciones realizadas	45
3.5.	El burnout y la relación con la personalidad	46
3.5.1.	Definición de personalidad	46
3.5.2.	Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud)	46
3.5.3.	Patrones de conducta y personalidad	47
3.5.4.	Locus de control	47
3.5.4.1.	Locus de control interno:	48
3.5.4.2.	Locus de control externo	48
3.5.5.	Investigaciones realizadas	49

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo identificar el nivel de burnout que presentan los médicos y enfermeras del Centro de Atención Ambulatoria Central de la ciudad de Loja, siendo un síndrome que se caracteriza por el cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal presente en profesionales de servicio social.

Los instrumentos de evaluación aplicados son: Cuestionario sociodemográfico y laboral, Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario multidimensional de los estilos de afrontamiento(BRIEF_COPE), Escala de salud mental (GHQ- Cuestionario (MOS),de Apoyo social, Cuestionario de personalidad de Eysenck.

El método utilizado en éste proceso fue de carácter cuantitativo, transversal, descriptivo y exploratorio, fundamentándose en un aspecto psicosocial que conduce a una conceptualización multidimensional del burnout, teniendo como población de estudio a 15 médicos y 15 enfermeras de la institución.

En el presente estudio se pudo determinar el estado de salud mental, los modos de afrontamiento ante el estrés, los rasgos de personalidad y el apoyo social que los profesionales poseen, mencionando que luego del análisis de los datos se determina la no existencia del síndrome de burnout en los profesionales investigados.

PALABRAS CLAVE: Síndrome de burnouth, salud mental, desgaste profesional.

ABSTRACT

This research aims to identify the level of burnout that have doctors and nurses Ambulatory Care Center Central City Loja, being a syndrome characterized by emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal accomplishment professionals present in social service.

Assessment instruments are applied: sociodemographic and occupational questionnaire, Questionnaire Maslach Burnout Inventory (MBI), multidimensional coping styles (BRIEF_COPE) Questionnaire Scale of mental health (GHQ-Questionnaire (MOS) Social Support Questionnaire personality Eysenck.

The method used in this process was quantitative, cross-sectional, descriptive and exploratory in nature, building on a psychosocial aspect leading to a multidimensional conceptualization of burnout, with the study population of 15 doctors and 15 nurses of the institution.

In the present study could determine the state of mental health, ways of coping with stress, personality traits and social support that professionals have, mentioning that after analyzing the data non-existence of the syndrome is determined investigated burnout in professional

KEYWORDS: burnouth Syndrome, mental health, burnout.

INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de la Escuela de Psicología está promoviendo el proyecto de investigación "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador".

Considerando el tema de investigación, es necesario remitirse al dato de que el término Burnout se empezó a utilizar a partir del año 1997, tras la exposición de Cristina Maslach en donde conceptualizó al síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El síndrome no es más que la respuesta externa al estrés crónico originado en el contexto laboral.

Al burnout también se lo conoce como el síndrome de quemarse por el trabajo, definido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud en general, y en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización. (Gil-Monte, 2000).

El burnout se constituye de tres dimensiones: 1.- Agotamiento o cansancio emocional, definido como fatiga que puede ser física y/o psíquica, 2.- Despersonalización que se manifiesta como el desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas, negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente a las que se benefician de su trabajo, 3.- Baja realización personal o logro, caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991; Apples, 1998, Atance, 1997; Chacón, Vecina, Barón y De Paúl, 1999).

De acuerdo a estudios realizados en referencia a la prevalencia del burnout a nivel de iberoamérica, se puede indicar los siguientes datos:

El 14,9% en los médicos residentes en España, 14,4% en Argentina, 7,9% en Uruguay, 4,2% en México, 4% en Ecuador, 4,3% en Perú, 5,9% en Colombia, 4,5% en Guatemala y 2,5% en El Salvador. Por profesionales, medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, enfermería del 7,2%.

Es necesario reconocer que éstos porcentajes son muestra de cómo el Síndrome del Burnout, tiene una importante influencia sobre los profesionales de la salud, incidiendo negativamente en el desempeño cotidiano de los profesionales, generando un desequilibrio psíquico sustancial, tomando en cuenta que el campo de la Salud Ocupacional y principalmente en el área de la salud, es parte fundamental en el desarrollo de contextos propicios para el buen vivir de los seres humanos.

La presente investigación tuvo como objetivo Identificar el nivel del burnout en profesionales de la salud y los factores relacionados con éste fenómeno en el Ecuador. Entre los objetivos específicos podemos anotar: determinar el estado de salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias, identificar el apoyo social procedente de la red social, conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud e Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias, los cuales pueden o no poseer burnout. Para su cumplimiento se procede a recopilar información acerca de los riesgos laborales de tipo psicosocial como es el síndrome de burnout (desgaste profesional del trabajador) en los profesionales que se desenvuelven dentro del ámbito de la salud como médicos y enfermeras, en un total de 30 participantes, pertenecientes al Centro de Atención Ambulatoria Central Loja.

Los instrumentos utilizados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.- En él, se registran datos que determinan niveles de desgaste por el trabajo y examinan los posibles efectos psicosociales; Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), evalúa las características que tiene este síndrome y sus posibles efectos; Cuestionario de Salud Mental (GHQ28), evalúa el estado de salud mental de los profesionales; Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento BRIEF- COPE, evalúa los tipos de respuesta de las personas frente al estrés; Cuestionario MOS de Apoyo Social, con la que cuentan los investigados, y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A) evalúa las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta.

Los análisis correspondientes nos dejan concluir que los profesionales investigados no adolecen de este síndrome aunque se den comportamientos que reflejan niveles preocupantes de patrones de conducta límites en la salud mental de los profesionales. Conviene seguir investigando el tema para fines de intervención preventiva que en todo servidor social debe constituir un hecho prioritario.

CAPÍTULO I

CONCEPTUALIZACIÓN DE ESTRÉS

1.1. Conceptualización de estrés

A través del tiempo, el estrés se ha constituido en un concepto un tanto ambiguo en el momento de establecer su identificación; quizá ha sido fácil de experimentar, pero muy difícil de definir o conceptualizar. Sin embargo, se han establecido ciertos acercamientos que dentro de un conocimiento general establecen que el estrés es la forma como se afrontan o reciben las diversas situaciones que la vida nos va presentando. En un contexto científico más amplio se debe acudir a ciertas conceptualizaciones que han referido teóricos en la materia como Hans Selye (1956) quien estudió el estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas que surgen ante cualquier demanda que supera nuestra capacidad adaptativa. Fuentes electrónicas refieren que el estrés supone un hecho habitual de la vida del ser humano, ya que cualquier individuo, con mayor o menor frecuencia, lo ha experimentado en algún momento de su existencia.

El más mínimo cambio al que se expone una persona es susceptible de provocárselo. Tener estrés es estar sometido a una gran presión, sentirse frustrado, aburrido, encontrarse en situaciones en las que no es fácil mantener el control. El estrés es un síndrome, es decir, un conjunto de signos y síntomas que varían en ciertas ocasiones y que mantienen relaciones funcionales entre sí; por lo tanto, es identificable clínicamente al igual que otros síndromes.

1.1.1 Antecedentes del estrés (origen, definición)

Etimológicamente la palabra estrés deriva de *stringere*. El origen del término se encuentra en el vocablo *distres*, que significa en inglés antiguo "pena o aflicción"; sin embargo, con el uso frecuente se ha perdido la primera sílaba.

El concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de veinte años de edad, estudiante de segundo año de la carrera de Medicina en la Universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano austriaco Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaban síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien le denominó el "Síndrome de estar enfermo".

Hans Selye se graduó como médico y posteriormente realizó un doctorado en Química Orgánica en su universidad, a través de una beca de la Fundación Rockefeller se trasladó a la Universidad John Hopkins en Baltimore E.E.U.U. para realizar un pos-doctorado cuya

segunda mitad efectuó en Montreal Canadá en la Escuela de Medicina de la Universidad McGill, donde desarrolló sus famosos experimentos del ejercicio físico extenuante con ratas de laboratorio que comprobaron la elevación de las hormonas suprarrenales (ACTH, adrenalina y noradrenalina), la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas el doctor Selye denominó "estrés biológico".

Sin embargo, al continuar con sus investigaciones, integró a sus ideas, que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo que requieren de capacidad de adaptación provocan el trastorno del estrés. A partir de ahí, el estrés ha involucrado en su estudio la participación de varias disciplinas médicas, biológicas y psicológicas con la aplicación de tecnologías diversas y avanzadas. (Selye, 1930).

1.1.2 Desencadenantes del estrés: (factores medioambientales, factores hormonales, estrés alérgico)

El estrés deviene de varios contextos y situaciones. En este sentido, es preciso identificar ciertos desencadenantes que intervienen en su desarrollo. En lo concerniente a los factores medioambientales hay que tomar en cuenta que: el hacinamiento y la incomodidad de la vivienda, la violencia, el ruido y la contaminación son fuentes obvias del estrés provocado por el entorno. Cuanto más grande sea la ciudad en la que se habita, más profundas e incontrolables serán las presiones con las que te enfrentas.

Según Kirsta (1997). la intensidad de estos factores generadores de estrés y el número de ellos dependen del ambiente en que trabajas y vives, del tipo de medios de transporte que utilices y de la posibilidad de alejarte ocasionalmente de ese entorno. Los desencadenantes del estrés se pueden determinar de la siguiente forma:

- **El entorno físico:** los estímulos del entorno físico (como el frío, el calor o el ruido) pueden ser desencadenantes del estrés.
- **El propio cuerpo:** los estímulos internos (por ejemplo, el dolor, el hambre o la sed) pueden ser fuente de estrés.

- **Estresores mentales:** muchos factores estresantes están relacionados con la situación individual, en especial con las exigencias de rendimiento a las que cada uno está sometido. Entre los desencadenantes de estrés mentales figuran, entre otros, los exámenes, la premura, la sensación de exigencia excesiva o la de tener una gran responsabilidad.
- **Estresores sociales:** en el día a día hay que convivir y tratar con otras personas. Los conflictos interpersonales son los factores de estrés más frecuentes. Los problemas sin resolver, la competencia, las separaciones, las experiencias de pérdida de seres queridos y también el aislamiento, pueden provocar estrés. (sf, Desencadenantes del estrés, Disponible en:

http://www.onmeda.es/salud/estres_aniedad/estres-estresores%28desencadenantes-de-estres,-factores-de-estres%29-16447-2.html)

Aunque los signos de estrés más comunes son la depresión, la ansiedad y el coraje, el estrés es capaz de empeorar o producir síntomas alérgicos en algunas personas. Las enfermedades relacionadas con ciertas reacciones alérgicas pueden verse muy afectadas por el estrés crónico. Cuando una persona se enfrenta a una situación o piensa algo estresante se pone en marcha la respuesta al estrés vía hormonal. Las hormonas clave para llevarla a cabo son la adrenalina y la noradrenalina que son segregadas por el sistema nervioso simpático. (Everly, sf, Disponible en <http://www.psicologia-online.com/pir/los-estresores-cotidianos-y-los-estresores-biogenicos.html>)

1.1.3 Tipos de estresores: (Psicosociales, Biogénicos, Internos, y Externos)

Un estresor es una situación a la que está expuesta una persona y que, para hacerle frente, necesita adaptarse; es decir, son condiciones ambientales generadoras del estrés. Es interesante observar el hecho de que un estresor no se puede generalizar como un denominador común, debido a que no todas las personas reaccionarán de forma similar. En este sentido se identifican ciertos tipos de estresores:

1.1.3.1 Los estresores psicosociales

Actúan directamente sobre el organismo núcleos neurológicos y afectivos sin que sea necesaria la desencadenando la respuesta de estrés. Trabajan directamente en la valoración cognitiva. Son característicos entre este tipo de estresores las sustancias químicas (anfetaminas, nicotina, etc.) y los factores físicos, como los estímulos que provocan el dolor, el calor o frío extremos. Se puede considerar que la mayoría de los estresores a los que nos enfrentamos, sucesos medioambientales reales o imaginarios que configuran las condiciones para que se desarrollen las respuestas de estrés precisan de la participación de un proceso de valoración cognitiva.

1.1.3.2 Los estresores biogénicos:

Son aquellos mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos.

1.1.3.3 Los estresores internos

Hay diversas situaciones que traen o desencadenan vivencias estresantes. En esta perspectiva, se delimitan ciertos factores que internamente actúan como estresores:

El crítico interior. Se trata de tu propia voz interior que te presiona, te critica, te insulta o te culpa cuando las cosas te salen mal o cometes un error. A menudo, este crítico interior también se muestra insatisfecho ante tus aciertos, porque se centra en lo que deberías haber hecho mejor, o te desanima, esperando el fracaso, cuando quieres intentar algo nuevo.

Conflictos internos. Se producen cuando una parte de ti quiere una cosa pero otra parte desea algo diferente. Da lugar a indecisión y hace que te bloques y no puedas seguir avanzando, solucionar un problema o salir de una situación desagradable porque no te atreves a dar el paso necesario debido a tu indecisión. Estos conflictos internos a veces se deben a que no confías en ti lo suficiente y, en vez de seguir tu intuición y tus deseos, te dejas influir por los demás, quienes pretenden que hagas algo diferente a lo que de verdad deseas y pretenden decirte lo que es mejor para ti o lo que tú deseas de verdad.

Pasividad interna. Se produce cuando experimentas los problemas que tú generas como si estuvieran causados por otras personas o por circunstancias externas. Al verlo de este modo, consideras que no puedes hacer nada para controlarlo, de manera que el problema persiste e incluso se puede agravar con el tiempo, causándote un malestar innecesario.

Autosabotaje. Se produce cuando haces justo lo contrario de lo que tendrías que hacer para sentirte feliz y tener éxito, dejas pasar buenas oportunidades, o no haces algo que desearías hacer y que te haría sentir satisfacción. Este autosabotaje puede deberse a inseguridad, miedo, baja autoestima o a un sentimiento de culpa con deseo de ser castigado. (Muñoz, Ana, Los estresores internos, 2014. Disponible en <http://motivacion.about.com/od/superacion-ansiedad/a/Los-Estresores-Internos.htm>).

1.1.3.4 Los Estresores externos

Se podría entender que son aquellos estresores que son ajenos a las características personales del individuo, como por ejemplo sobrecarga en el trabajo, ambigüedad en el rol, etc.

Los estresores externos se dividen en las siguientes categorías:

- **Contaminación del aire:** El exceso de polvo, olores nauseabundos, el humo y gases fuertes causan estrés, quién está expuesto a éste tipo de ambiente, el estrés es evidente.
- **Ruido:** Niveles elevados de ruido, gritos, ruidos desagradables y sobre sensibilidad a los ruidos pueden estresarlo mucho.
- **Iluminación:** Los ojos se sienten tensos con la iluminación directa. A veces, los ojos también podrían sentirse incómodos en caso de insuficiencia de rayos ultravioleta, lo que entonces conduce al estrés.
- **Aglomeración:** Si el lugar está abarrotado, es probable que se sienta estresado. Los atascos de tráfico, las congestiones son algunos excelentes factores de estrés.
- **Cambios:** El cambio es lo único constante en la vida. A veces los cambios que no son aceptables para usted, lo estresan.
- **Condiciones de trabajo:** Las condiciones en el lugar de trabajo si son inapropiadas pueden causar estrés.
- **Reglas restrictivas:** Las reglas por las que usted vive a veces son lo suficientemente rígidas como para ser un motivo de estrés. Su creatividad e

intereses estéticos pueden no encontrar un lugar en el conjunto de reglas y por lo tanto dejar como consecuencia el estrés. (*Factores estresantes externos*, sf, Disponible en <http://www.elestres.net/estresantes-externos.htm>).

Estrés laboral

El mundo laboral puede ser una fuente de frustración que establece también mucha tensión emocional lo que puede acarrear muchos conflictos, especialmente cuando no se controla de manera adecuada la actitud frente al trabajo y el ambiente laboral propiamente dicho. (Núñez, 2006).

El estrés laboral es una respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse a presiones internas y externas. Se presenta cuando hay un desajuste o desequilibrio entre persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

Existen ciertos factores que delimitan la existencia de estrés dentro del círculo laboral. Estos son:

- Sobrecarga de trabajo
- Infracarga de trabajo
- Condiciones del lugar de trabajo
- Relación empleado/empleador
- Acoso sexual
- Relaciones interpersonales
- Ambigüedad de rol
- Falta de confianza
- Falta de formación profesional
- Exceso de responsabilidad
- Inseguridad laboral

En este contexto, el estrés laboral vendría a constituirse en una respuesta adaptativa por parte del individuo frente a las situaciones diarias dentro de un escenario laboral. En esa perspectiva aparece el agotamiento tanto físico como mental relacionado con el Síndrome de Burnout o “estar quemado”.

La sobrecarga laboral puede ser inespecífica, derivada de las propias condiciones de trabajo, por ejemplo, cuando este es excesivo o apremiante o cuando debe realizarse en circunstancias de alta responsabilidad y de baja información, o cuando los recursos son insuficientes e inapropiados para llevar a cargo la tarea asignada. Puede estar específicamente congruente con pautas de relaciones interpersonales anómalas o exigentes, en cuyo caso tenemos la sobrecarga psicosocial, propiamente dicha. (Rivera, 2010). Es importante considerar que las malas relaciones laborales, las jornadas extenuantes, las presiones de tiempo, la competencia entre compañeros de trabajo, son situaciones que individualmente o combinadas pueden traer como consecuencia tensiones físicas como mentales que afectan al desempeño profesional.

Rivera (2010) manifiesta que el término estrés ha sido definido unas veces de forma imprecisa y otra contradictoria, el estrés laboral no se libra de este tipo de aproximaciones. Desde el modelo interacción demandas-control que señala que el estrés laboral surge cuando las demandas del trabajo son altas, y al mismo tiempo, la capacidad de control de las mismas es baja al modelo esfuerzo-recompensa, que explica el estrés laboral cuando existe un desequilibrio entre el alto esfuerzo (demandas, obligaciones, etc.) y la baja recompensa (sueldo, estima, etc.)

1.1.4 Moduladores del estrés

La percepción del estrés está probablemente modulada por mecanismos aminoacídicos de acción rápida. Se piensa que el transmisor sensorial primario excitatorio es el aminoácido glutamato. Este actúa a través de dos tipos de receptores: el definido por una respuesta preferencial al ácido alfa-amino-3-hidroxi-5-metilsoxazol 4 propiónico (AMPA) y aquellos selectivos para el N-Metil D-Aspartato (NMDA), los primeros median los flujos sinápticos rápidos excitatorios, mientras que los últimos modulan estos flujos. La coactivación de ambos receptores lleva el proceso de potenciación de largo plazo, un proceso fisiológico que está asociado con el aprendizaje y la memoria. Lo cual lleva a pensar que la transmisión glutaminérgica está involucrada en el registro de la amenaza y en las repuestas conductuales a ella. El hallazgo de que la interferencia con uno u otro receptor glutaminérgico puede producir amnesia en animales sugiere que el componente aprendido del estrés.

1.1.5 Modulación en corto plazo en las respuestas del estrés

Se produce un aumento de Catecolaminas (activación autonómica), lo cual por un efecto de feedback produce aumento de PRL y GH, el cual produce disminución de insulina y hormonas sexuales. La prolongada activación acaba suprimiendo la GH. Además se produce la liberación de noradrenalina dependiendo de las circunstancias.

1.1.5.1 Modulación a largo plazo de las respuestas del estrés

- **Sistema de reacción semi- rápida (eje HHS):**

Está constituido funcionalmente por las señales cerebrales enviadas a través de neurotransmisores y péptidos endógenos al hipotálamo, que estimulan la liberación de la hormona liberadora de ACTH (CRH); la ACTH activa la liberación de cortico-esteroides en la corteza suprarrenal.

- **Sistema de reacción lenta:**

Representado por el eje tiroideo, difícil de estudiar en la investigación sobre el estrés pues es una respuesta compleja que tarda minutos y puede durar de 6 a 8 días. El estrés inhibe la función tiroidea. (Araujo, Gavidia, 2004).

1.1.6. Consecuencias del estrés:

El estrés puede producir varias consecuencias dentro del contexto en el cual se desarrolla. De esta manera, encontramos que existen varios trastornos dentro del funcionamiento de nuestro cuerpo.

1.1.6.1. A nivel fisiológico, cognitivo y motor

A nivel fisiológico:

- **Trastornos coronarios.**_ El sistema cardiaco responde al estrés con un incremento en la función del corazón. Asimismo la sangre se coagula con mayor rapidez y existen mayores riesgos dentro del sistema cardiovascular.

- Ñ **Trastornos respiratorios.**_ La función respiratoria se ve afectada igualmente por el efecto del estrés. En este caso, los bronquios experimentan una importante dilatación que favorece la conducción de oxígeno a los alveolos. Además se produce el síndrome de hiperventilación, que consiste en un incremento de la actividad respiratoria.
- Ñ **Trastornos inmunológicos.**_ El estrés puede producir efectos inmunosupresores clínicamente significativos. El estrés prolongado puede producir una reducción de la respuesta inmunológica.
- Ñ **Trastornos sexuales.**_ Cuando un hombre se enfrenta ante un agente estresante, Disminuye la LHRH (hormona liberadora de hormona luteinizante), y como consecuencia de esto poco después se produce la disminución de LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona estimulante de los folículos). En el caso de la mujer la forma en la que el estrés inhibe la reproducción tiene ciertos paralelismos con la del hombre.
- Ñ **Trastornos gastrointestinales.**_ Al igual que otros sistemas, el sistema digestivo también se ve alterado por el mecanismo del estrés, ya que detiene la digestión y se reduce la peristalsis y el tono.

A nivel cognitivo:

En lo concerniente a las reacciones cognitivas, cabe señalar como las más habituales a la aceleración mental, la indecisión, la pérdida de la memoria o del sentido del humor. Además, como lo manifiesta Luis de Rivera (2010), las secuelas cognitivas del estrés en cuanto a la capacidad cognitiva se manifiestan en las dificultades de concentración y memoria, dificultad en resolver problemas o realizar tareas complejas, desorganización, incapacidad para tomar decisiones o para dar instrucciones claras. De forma más básica, se puede reconocer cierta sintomatología para identificar las consecuencias del estrés:

- Preocupación e inseguridad frente a factores cotidianos.
- Dificultad para decidir
- Pensamientos negativos sobre uno mismo.
- Pensamientos negativos sobre nuestra actuación ante los otros
- Desconfianza a que se den cuenta de nuestras dificultades.
- Temor a la pérdida del control
- Dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

A nivel fisiológico:

- Sudoración
- Tensión muscular
- Palpitaciones
- Taquicardia
- Temblor
- Molestias en el estómago
- Dificultades respiratorias
- Sequedad de boca
- Dificultades para tragar
- Dolores de cabeza
- Mareo
- Náuseas
- Tiritar, etc.

A nivel motor

En este aspecto se producen varias reacciones que están íntimamente ligadas a nuestro cuerpo.

- Intranquilidad motora (movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, etc.)
- Ir de un lado para otro sin una finalidad concreta.
- Quedarse paralizado, etc.

1.1.7. Medidas preventivas y control del estrés

Existen diversas salidas o soluciones para prevenir y controlar el estrés. El individuo debe ser capaz de reconocer rápidamente las señales que le dan su cuerpo y el entorno para que pueda llevar a cabo mecanismos que le ayuden a restablecer el balance. "En este sentido, existen diversos mecanismos para afrontar el estrés. La percepción del estrés viene determinada por las características del estresor. Pero no debemos olvidar que existen otras variables que van a modular, moldear o interferir en la percepción del estrés". (Robles, 2006). Entre las características primordiales anotamos:

- Apoyo social
- Hábitos o patrones comportamentales
- Variables personales o disposicionales

- Estilos de trabajo diferenciado para afrontar el estrés
- Predisposición biológica

Añadido a esto, es conveniente citar ciertas actividades que coadyuvan hacia la solución de los factores estresantes. Aunque tomando siempre en cuenta que cada persona tiene sus particularidades. Junto con el ejercicio, la nutrición adecuada y el descanso, es importante que el individuo realice otras actividades que promuevan la relajación, como la meditación, el yoga, la hipnosis y los masajes, etc. Además es conveniente planificar el tiempo de manera que no existan carencias ni exageraciones en ciertas actividades. En cuanto al espacio físico, el confort y un ambiente adecuado, contribuirán mucho a la estabilidad emocional adecuada de cada persona dentro de su rutina diaria.

2. CAPITULO II.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

2.1. Definiciones del Burnout

El burnout de hoy en día es objeto de análisis en el mundo laboral, y más en profundidad entre colectivos de profesionales de los sectores de servicios, como es el de la salud, por las consecuencias que provoca no solo en el trabajador, sino también en el resultado profesional.

El término burnout hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas; y ésta es catalogada de ayuda social (médicos, enfermeros, profesores, etc.) Su origen se basa en cómo los individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis.

El síndrome de burnout es un síndrome de fatiga emocional que agrupa un conjunto de síntomas psicológicos y físicos que van evolucionando en el tiempo debido a la interacción de factores internos y externos, pero en definitiva es el entorno laboral el factor decisivo en la etiología de la sintomatología y su curso. La característica principal es que el individuo desarrolla una idea de fracaso profesional (en especial en relación a las personas hacia las que trabaja), la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, y actitudes negativas frente a su desempeño profesional.

2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout:

La definición burnout, de antiguo uso popular en inglés, se aplica a estados de desánimo, fatiga, desilusión y pérdida de la vocación profesional. Un antecedente medieval es la “acedia” o pereza monástica, descrita en religiosos que perdían todo interés por sus prácticas rituales y por el ejercicio de la caridad cristiana. El famoso novelista Graham Greene relata en “A Burn-OutCase” la historia de un arquitecto que, en un arrebatado de decepción con su vida cotidiana, lo abandona todo para retirarse a la selva africana. Freudenberger, psiquiatra en un centro de salud norteamericano, utilizó por primera vez el término en un contexto profesional en 1974, al describir de esta manera su propia experiencia y la de algunos de sus compañeros.

Más o menos por la misma época, la psicóloga Cristina Maslach emprendió una extensa investigación en trabajadores de servicios sanitarios y asistencia social, entre los que detectó altos niveles de estrés. En base a estos estudios, elaboró su instrumento de medida, bastante utilizado en la actualidad, y describió al Burn-Out” como un fenómeno característico de profesionales que, por la naturaleza de su trabajo, debían permanecer en contacto directo y continuado con personas necesitadas de atención o asistencia. Desde entonces, se ha reconocido de manera creciente la importancia del síndrome en diversos contextos laborales.

Desde los estudios iniciales, en los que se consideraba que el excesivo compromiso emocional con los pacientes o clientes era la causa principal del burnout, el concepto se ha ido ampliando para incluir otras posibilidades, tales como la manera en que el individuo encaja en la organización, las relaciones interpersonales entre el *staff*, las presiones administrativas y la discrepancia, por un lado, entre la motivación y expectativas del trabajador y, por otro, la realidad de su contexto laboral. Teniendo en cuenta este último factor, Tizón ha propuesto de manera ingeniosa, cambiar el nombre del síndrome de desgaste profesional por el de “síndrome de desengaño profesional”. (De Rivera, 2010b)

El resultado final de los conflictos e incoherencias en todas estas áreas constituyen o desembocan en un síndrome multidimensional, en el que se puede observar que predominan el agotamiento y los estados históricos relacionados con la actividad laboral y con el lugar de trabajo. (De Rivera, 2010c).

2.3. Poblaciones propensas al Burnout:

La mayoría de los profesionales que inician su carrera laboral, lo hacen no sólo pensando en los beneficios económicos inmediatos que se obtienen de un salario. Esas personas tienen expectativas de desarrollo personal y de éxito en su profesión. De manera especial, los que trabajan en tareas de servicio social y están comprometidos en ayudar a otras personas como es el caso de los visitadores sociales, los psicólogos, los maestros, enfermeras, médicos, abogados etc., son personas que tienen la expectativa de contribuir positivamente en el mejoramiento de las condiciones de aquellos a quienes sirven. Y muchas veces esas expectativas se constituyen en el origen de sus fracasos como profesionales.

De acuerdo con Herbert J. Freudenberger (1974) estas personas están propensas a caer en un estado de fatiga o frustración respecto a su devoción a una causa, forma de vida o

relación, que ha fracasado en producir los resultados esperados. Es una especie de estrés avanzado un desgastarse, sentirse exhausto por demandas excesivas de energía, fuerza o recursos, al cual le dio el nombre de Burnout.

2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout

De acuerdo a Luis de Rivera (2010), se identifican las siguientes fases:

2.4.1. FASE 1. Síntomas premonitorios

- a) Excesivo compromiso con los objetivos, con hiperactividad, trabajar horas extras sin compensación económicas.
- b) Reacciones vegetativas y agotamiento.

2.4.2. FASE 2. Reducción de compromiso:

- a) En la interacción: Desilusión, distanciamiento, evitación social, tendencia al uso de clichés, y frases hechas, pérdida de empatía, cinismo, dificultad en escuchar y comprender a los demás.
- b) En el trabajo: Actitudes negativas y pasivo-agresivas, absentismo, preocupación por las condiciones materiales como obstáculo para la satisfacción con el trabajo, interesarse por otras actividades de ocio durante el tiempo laboral.
- c) A nivel personal: Aumento de exigencias: concentración en las propias necesidades, pérdida de idealismo, sensación de poco reconocimiento, y /o de ser explotado, envidias, problemas de relación en el trabajo y en casa.

2.4.3. FASE 3. Reacciones emocionales

- a) Depresión: Sentimiento de culpa y de insuficiencia.
- b) Agresión: Atribución de culpabilidad a los demás o al sistema.

2.4.4. FASE 4. Reducción de funciones psicológicas

- a) Capacidad cognitiva. Dificultades de concentración y de memoria
- b) Motivación. Pérdida de iniciativa y de creatividad.
- c) Creatividad. Pérdida de imaginación y de flexibilidad.
- d) Discriminación. Tendencia a verlo todo de manera extrema.

2.4.5. FASE 5. Reducción de funciones psicosociales

- a) La vida emocional
- b) La vida social
- c) Intereses extralaborales

2.4.6. FASE 6. Reacciones psicósomáticas

- a) Tensión muscular, dolores, problemas digestivos.
- b) Hiperactividad vegetativa, palpitaciones, sofocos, mareos, etc.
- c) Alteraciones del sueño
- d) Consumo excesivo de café, de tabaco, alcohol y ciertas sustancias.
- e) Incapacidad para relajarse.

2.4.7. FASE 7. Desesperación

- a) Actitud negativa hacia la vida en general
- b) Pérdida de significado, sentimiento de futilidad, de que nada importa.
- c) Desesperación existencial
- d) Intentos o ideas de suicidio.

2.5. Características, causas y consecuencias del burnout.

2.5.1. Características:

- Aparece de manera insidiosa y progresiva en un profesional previamente bien adaptado, e incluso entusiasta, en su trabajo.
- Constantes quejas de desinterés, desilusión, desengaño o disconformidad con las tareas laborales.
- Agotamiento, cansancio, fatiga fácil.
- Presenta inhibición de una capacidad empática previamente existente.
- Disminución objetivable de logros y rendimiento.
- Los síntomas están predominantemente referidos al compromiso laboral y mejoran con vacaciones o alejamiento de su profesión o entornos habituales.
- Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés).
- Cambios en actitudes y conductas (enfrentamiento defensivo).

2.5.6. Consecuencias

Los síntomas de Burnout pueden ser agrupados en , emocionales Conductuales y físicos según (Cherniss, 1980) (Maslach, 1982):

Síntomas físicos: Encontramos a los principales como: malestar general, cefaleas fatiga, problemas de sueño, úlceras u otros desórdenes gastrointestinales, hipertensión, cardiopatías, pérdida de peso, asma, alergias, dolores musculares (espalda y cuello) y cansancio hasta el agotamiento y en las mujeres pérdida de los ciclos menstruales.

Síntomas emocionales: Como: el distanciamiento afectivo como forma de autoprotección disforia, aburrimiento, incapacidad para concentrarse, desorientación, frustración, celos, impaciencia, irritabilidad, ansiedad, vivencias de baja realización personal y baja autoestima, sentimientos depresivos, de culpabilidad, de soledad, de impotencia y de alineación. Predomina el agotamiento emocional, lo que lleva a deseos de abandonar el trabajo y a ideas suicidas.

Síntomas conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, falta de concentración, incremento de conductas hiperactivas, agresivas, violentas, aislamiento, negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, y comportamientos de alto riesgo (conducción suicida, juegos de azar peligrosos). Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social extra laboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento. Las consecuencias que provoca este síndrome en forma general, es el deterioro de la vida familiar, laboral y social. (Gonzales 2008)

Síntomas fisiológicos se puede mencionar: Aumento de catecolaminas y cortico esteroides de la sangre y de la orina, elevación de niveles de glucosa sanguínea, incrementos del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, disminución de la inmunidad, sequedad de la boca, exudación, dilatación de las pupilas, dificultad para respirar, escalofríos, nudo en la garganta, entumecimiento y escozor en las extremidades. (Valdés y Flores, 1990)

Maslach (1982) señala que las repercusiones del burnout, no termina cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, ya que sus actitudes impactan fuertemente sobre su familia y amigos.

2.5.7. Causas

En base a los estudios realizados por la psicóloga Cristina Maslach, describió al Burn-Out” como un fenómeno característico de profesionales que por la naturaleza de su trabajo, debían permanecer en contacto directo y continuado con personas necesitadas de atención o asistencia y elaboró su instrumento de medida, bastante utilizado en la actualidad.

El burnout surge debido a la consecuencia de situaciones estresantes, el agotamiento de estas personas es principalmente de carácter laboral, puesto que la interacción con los condicionamientos presentes en su trabajo, son factores que aceleran la aparición del síndrome. Entre ellos se menciona:

- Dinámica del trabajo
- Inadecuación profesional
- Sobrecarga de trabajo
- Los contenidos
- Ambiente físico de trabajo
- Los turnos de trabajo
- Conflicto y ambigüedad de rol:

2.6. Modelos explicativos del burnout:

Desde que se conceptualizó el burnout Freudenberguer (1974), se ha intentado dar una explicación al mismo, desde muy distintas perspectivas

2.6.1 Teoría sociocognitiva: Harrison (1983), entiende que los sujetos que trabajan en profesiones de servicios de ayuda, tienen un sentimiento elevado de altruismo y que en su entorno laboral, encuentran una serie de circunstancias a las que califica como factores de ayuda cuando facilitan la actividad, o factores barrera cuando la dificultan.

2.6.2 Teoría de la equidad: La etiología de burnout, radica en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación, cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal

y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollaran sentimientos de burnout o quemarse por el trabajo. Según Gil Monte y Peiró (1997)

2.6.3 Teoría Organizacional: Pone énfasis en la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento, y entiende el burnout como una respuesta al estrés laboral. Como variables que influyen en la etiología consideran:

La estructura y clima organizacional

Disfunciones de rol

El apoyo social percibido.

El síndrome tiene un doble componente: emocional y actitudinal. El emocional está integrado lógicamente por los sentimientos de agotamiento emocional, y el actitudinal por los sentimientos de despersonalización y de baja realización personal en el trabajo.

2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout:

Tanto la prevención como el tratamiento del síndrome del burnout para mayor eficacia deben estar fundamentados desde un nivel individual, de equipo de trabajo y por supuesto desde la institución. Estos tres parámetros están descritos dentro de lo que Luis de Rivera (2010) propone:

2.7.1. A nivel individual.

La reactividad al Estrés y los locus externos de control son algunos de los rasgos psicológicos que aumentan la susceptibilidad al estrés en general, y al desgaste profesional en particular, mientras que la robustez psicológica y el apoyo social lo disminuyen. Mientras que el locus de control y la robustez psicológica son variables difíciles de modificar, la reactividad al estrés disminuye en relativamente poco tiempo con psicoterapia autógena, por lo que esta técnica debe ser tenida en cuenta no solo como terapia sino también en todo programa preventivo. Por otra parte, es de aconsejar el mantenimiento de las redes sociales, es decir, de los contactos regulares con los amigos y la familia y la participación regular en las aficiones, actividades de ocio y deportes. El conocimiento de que estos no son meras diversiones y pérdidas de tiempo será útil a más de un adicto al trabajo, que puede así motivarse a cuidar su propia salud para mantener una alta capacidad de rendimiento. Luis de Rivera (2010a)

2.7.2. A nivel de equipo de trabajo

Las buenas relaciones interpersonales en el equipo son la mejor vacuna contra el desgaste profesional. Su contrario, las relaciones distantes, rígidas e inarmónicas son un factor de riesgo. Sin necesidad de llegar a la instauración de *grupo Balint*, la discusión y puesta de acuerdo en común de procedimientos y modos de funcionar garantiza una mejor cooperación y cohesión, previene malentendidos y, cuando éstos se producen, facilita su resolución. Las sesiones clínicas, aunque primariamente centradas en el estudio de la evolución de los pacientes o receptores de ayuda, también ofrecen una buena oportunidad para el apoyo, el consejo y el reconocimiento mutuo entre los miembros del equipo. Adicionalmente, es muy aconsejable dedicar una reunión específica semanalmente para detectar y resolver fricciones y fortalecer la cultura de cooperación y aprecio en lugar de la competición y rencor. Luis de Rivera (2010b).

2.7.3. A nivel institucional

- Una buena adquisición de pautas de comunicación y relación interpersonal
- Un buen conocimiento de sus propias dinámicas personales.
- El desarrollo de una actitud de ayuda profesional eficaz

Además, es preciso considerar que una buena alternativa para el tratamiento del burnout se basa en el control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. En ocasiones, es necesario un breve período de relajamiento laboral. Algunas estrategias para evitar y tratar el burnout pueden ser:

- Implicarse en actividades externas al trabajo.
- Fortalecer las relaciones personales y familiares.
- Planificar y desarrollar actividades de esparcimiento.
- Dedicar tiempo al juego y la recreación.
- No omitir períodos de vacaciones.
- Realizar actividad física regularmente Luis de Rivera (2010c).

CAPITULO III

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

El Síndrome de Burnout es considerado una respuesta al estrés crónico laboral. Algunas variables o factores de tipo sociodemográficas y/o laborales tienen gran importancia dentro de los estudios o investigaciones que se realizan en referencia al burnout. De esta manera, se puede percibir claramente que las variables sociodemográficas están plenamente relacionadas con la identificación del síndrome de Burnout en diversos contextos de trabajo; y a su vez pueden intervenir e influir en la aparición de dicho síndrome a decir:

Variables Individuales: Según Edelwich y Brodsky (1980) el Burnout aparece cuando se tiene un alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica, no tener apoyo ni refuerzo en la organización el uso inadecuado de los recursos y ser empleado joven son variables que propenden al desarrollo del Burnout. En relación al sexo las investigaciones demuestran que las mujeres con mayor vulnerabilidad al desgaste profesional que los hombres pero en este punto debemos tomar en cuenta los factores distorsionadores.

La edad no demuestra ser una variable significativa en el desgaste laboral. No así el tiempo de profesión ya que de acuerdo a las investigaciones este es un factor pre disponible para el Burnout, ya que los profesionales nuevos afrontan con tensión sus primeras actividades. Como otra variable encontramos la implicación del sujeto en su campo laboral, dentro de ella encontramos también a la personalidad resistente al estrés.

Variables Sociales: Las variables sociales dentro y fuera del campo laboral pueden inhibir a los estresores o por el contrario pueden ser fuentes potenciales de estrés.

Variables Laborales: Son variables intrínsecas a la organización en donde se labora, las mismas pueden generar situaciones aversivas o positivas, interactúan en el rol trabajador- puesto de trabajo. En ella encontramos: Las exigencias del trabajo, realización del trabajo, relación cliente- trabajador, conflicto y ambigüedad del rol, participación en la toma de decisiones, recompensas, apoyo organizacional, expectativas de la empresa, relaciones con los compañeros, adicción al trabajo, remuneración.

Variables de riesgo: En ellas encontramos relación profesional - puesto de trabajo: Desempeño del rol, ambigüedad y conflicto del rol. Antigüedad en el puesto y en la profesión, mayor riesgo en las primeras etapas profesionales Sobrecarga laboral elevado por atender un sin número de casos. Idealismo grandes expectativas, altos objetivos

personales Bajos niveles de desafío, autonomía y control. Discrepancias en las demandas de las tareas y los recursos del sujeto y bajas expectativas de éxito. (Garrido 2009)

Variables Protectoras: La Psicología de la Salud Ocupacional se ha ocupado de proteger y promover la salud laboral de los empleados, estudia las consecuencias negativas del estrés y propone desarrollar estrategias para afrontarlo basadas en la fortalezas y funcionamiento óptimo de acuerdo a las exigencias de la sociedad moderna. Se toma en cuenta la forma de proteger el estado anímico del trabajador, mejorando las tareas, con el diseño y rediseño de puestos, capacitando para mejorar las habilidades de ejercicio de sus tareas al empleado; mejorando el ambiente social: creando canales de comunicación abierta entre trabajadores y directivos, y la organización: manteniendo una buena interrelación trabajo-familia (Salanova 2008)

Se debe optimizar no solo el capital humano sino el capital psicológico, tener en cuenta y valorar las fortalezas personales y las capacidades psicológicas de cada ser humano. Características propuestas por Luthans y Youssef como variables protectoras son: la auto eficacia (confianza en la propia capacidad); la esperanza (motivación en el cumplimiento de un objetivo) el optimismo realista (confianza en la resolución de un acontecimiento); la resiliencia (capacidad de afrontar sostenidamente situaciones adversas). Salanova (2009) añade al engagement como constructo teóricamente opuesto al Burnout, “un estado psicológico positivo, relacionado con el trabajo caracterizado por vigor, dedicación absorción y concentración “. Estas tres dimensiones son contrarias a las tres del Burnout, y pueden ser la piedra angular para contrarrestar este.

3.1.1. Variables de riesgo y protectoras:

El estrés laboral está influido generalmente por condiciones de trabajo poco adecuadas, lo cual implica una magnitud mayor o incremento de las posibilidades de adquirir burnout.

Variables internas son aquellas que están en íntima relación con la personalidad del individuo y que se tornan modificables de acuerdo a la trayectoria del trabajador. Dentro de un punto de vista externo son identificables ciertos aspectos o factores logísticos que están inmersos dentro del ambiente laboral y el desempeño del trabajador.

En cuanto a las variables o factores de riesgo que se pueden relacionar con el burnout se pueden rescatar los siguientes:

- La insatisfacción laboral
- El implícito dentro de la rutina de actividades

- El género
- El nivel de atención médica
- La valoración profesional otorgada
- La inseguridad y exigencia laboral

3.1.2. Motivación y satisfacción laboral

La satisfacción laboral es un aspecto que ha sido ampliamente estudiado, abarcando amplios grupos de población, Hoppock (1935), la define como un estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de la experiencia laboral del sujeto. Actualmente se la define como la sensación que un individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que la reducen, es decir, la actitud del trabajador frente a su propio trabajo.

Las circunstancias y características del propio trabajo y las individuales de cada trabajador condicionarán la respuesta afectiva de éste hacia diferentes aspectos de trabajo.

En la época actual la motivación y satisfacción laboral son temáticas que han cobrado mayor interés debido a que las grandes empresas han descubierto que la satisfacción de los individuos juega un papel muy importante en cuanto a los resultados o productos laborales.

3.1.2.1. Componentes y factores de la satisfacción laboral

Es necesario considerar algunos aspectos importantes dentro del ambiente laboral, es decir, tomar en cuenta las creencias que el individuo tiene en el ambiente de trabajo, así como también los valores y la correlación con los demás. En este contexto es preciso citar ciertos factores determinante dentro de la satisfacción laboral.

- **Factores higiénicos**

Son todos los elementos que se encuentran en el contexto del individuo en relación al espacio físico en el cual se desenvuelve; implica situaciones físicas y ambientales de trabajo., salario, beneficios sociales, políticas de la empresa, tipo de supervisión recibida, clima de las relaciones entre los jefes, etc. Todos estos aspectos corresponden a la perspectiva ambiental y constituyen los actores que se podrían utilizar para motivar a los miembros del equipo de salud, por lo cual mantenerlos en forma adecuada para evitar posibles inconvenientes o disgustos.

- **Factores motivacionales**

Son los que están bajo control del individuo, se relacionan con lo que él se desempeña, tienen que ver con el contenido del cargo, las tareas y los deberes relacionados con el puesto. El término motivación encierra sentimientos de realización, crecimiento y reconocimiento profesional manifiestos en la ejecución de tareas y actividades que constituyen un gran desafío y significado para el trabajo.

En definitiva se puede afirmar que tanto la motivación como satisfacción laboral están plenamente conectadas hacia las actividades retadoras, dinámicas y estimulantes a las cuales el ente se enfrenta en su ambiente laboral.

3.1.3. Investigaciones realizadas

En lo concerniente a las investigaciones que se han realizado dentro de estas coordenadas, es necesario acudir hacia el trabajo que se llevó a cabo en la “Universidad de Jaume” en Chile. Dicha investigación estuvo denominada de la siguiente forma: “Burnout y su relación con variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos”. Siendo realizada por la investigadora Heydi Acosta.

Se puede establecer las siguientes conclusiones en cuanto a las variables sociodemográficas y laborales a las cuales se hace alusión dentro del estudio: en lo que respecta a las variables anotadas, se encontró que las mujeres reportan más agotamiento emocional que los hombres; los casados presentan menores niveles en agotamiento emocional, y por otro lado, presentaron mayores niveles en autoeficacia que los solteros. En la dimensión de despersonalización no se presentaron diferencias significativas en estado civil. Se evidenció además que a medida que aumenta la edad disminuye el agotamiento emocional y aumenta la autoeficacia. Mientras que en las dimensiones de cinismo y despersonalización no se asociaron a la edad.

De acuerdo a las variables sociolaborales, se esperaba encontrar diferencias significativas entre quienes llevan trabajando hasta dos años y los que llevan trabajando diez años y más. Sin embargo, son muy pocos los sujetos evaluados que llevan menos de dos años trabajando, motivo por el cual se realizó una segmentación entre aquellos profesores universitarios que llevan menos de diez años y los profesores universitarios que llevan trabajando diez años y más. Se encontró que los profesores universitarios que llevan menos de diez años trabajando poseen mayores niveles de agotamiento emocional y menores

niveles de autoeficacia que los profesores universitarios que llevan diez años y más trabajando. No se encontraron diferencias significativas para la dimensión de cinismo y despersonalización. De acuerdo a las variables sociolaborales, se esperaba encontrar diferencias significativas entre quienes llevan trabajando hasta dos años y los que llevan trabajando diez años y más. Sin embargo, son muy pocos los sujetos evaluados que llevan menos de dos años trabajando, motivo por el cual se realizó una segmentación entre aquellos profesores universitarios que llevan menos de diez años y los profesores universitarios que llevan trabajando diez años y más. Se encontró que los profesores universitarios que llevan menos de diez años trabajando poseen mayores niveles de agotamiento emocional y menores niveles de autoeficacia que los profesores universitarios que llevan diez años y más trabajando. No se encontraron diferencias significativas para la dimensión de cinismo y despersonalización. Con respecto a la categoría profesional se encontró que quienes presentaron mayores niveles en agotamiento emocional son los instructores, seguidos de los asociados; y en último lugar los titulares. En la dimensión de cinismo nuevamente con mayores niveles están los instructores, en segundo lugar esta vez se encuentran los asistentes y en último lugar nuevamente se encontró a los titulares. No se evidenció diferencias significativas al comparar las categorías profesionales con las dimensiones de despersonalización y autoeficacia.

En relación a las variables sociodemográficas, para sexo, se comprobó la hipótesis planteada siendo las mujeres las que presentan mayores niveles de agotamiento emocional, esto podría interpretarse de acuerdo a los roles que demandan a la mujer en esta sociedad, o bien, la responsabilidad de tareas que culturalmente recaen en ella (esposa, criar hijos y labores de casa), y al insertarse laboralmente deben asumir comportamientos ligados socialmente a la masculinidad como la competitividad y la agresividad para afrontar los estándares exigidos organizacionalmente (Fernández, 2000). Es importante considerar que las investigaciones señalan que la mujer ha sido más flexible en cuanto a empoderarse y cumplir las nuevas tareas, funciones y responsabilidades en comparación al hombre, quien ha eludido el cumplimiento de sus roles familiares (Gil, 2003).

Los resultados en cuanto a estado civil permitieron comprobar la hipótesis planteada, siendo los casados los que presentan menores niveles de burnout. Esto se debería a que la relación de pareja entrega a un individuo apoyo y contención emocional, intimidad, relaciones personales estrechas y profundas, responsabilidades, además de herramientas de afrontamiento más adaptativas (Andrés y Colls, 1998).

Con respecto a las variables sociolaborales, al evaluar la antigüedad laboral con las dimensiones de burnout no se pudo contrastar la hipótesis asociada a ello, debido a que se encontró hallazgos contrarios de lo planteado, siendo los profesores universitarios con menos de diez años de antigüedad laboral presentaron mayores niveles de agotamiento emocional y menores niveles de autoeficacia no asociándose ni a cinismo ni a despersonalización. Esto podría deberse a las nuevas características del contexto laboral donde la estabilidad y los contratos indefinidos se han transformado en condiciones laborales menos estables.

3.2. El burnout y la relación con la salud mental

3.2.1. Definiciones de salud mental

La salud mental, puede ser comprendida primero como la ausencia de trastornos psíquicos; implicando un buen funcionamiento del organismo humano. Desde esta perspectiva, la salud mental constituiría una característica individual atribuible en principio a aquellas personas que no muestren alteraciones significativas de su pensar, sentir o actuar en los procesos de adaptarse a su medio. Frente a esta concepción parcial y súper estructural, creo que la salud mental es y debe ser entendida en términos más positivos y amplio.

Alfonso López Caballero (2002) introduce ciertas pautas para la práctica de la Salud Mental, estas son:

- El pensamiento como punto de partida
- Desarrollo del yo
- Importancia de la autoestima
- Las personas que están ahí
- Programa positivo hacia dentro y hacia fuera

3.2.2. Salud Mental y el Estrés

El estrés laboral, es uno de los fenómenos que día a día se expande dentro de la sociedad actual, razón por la cual se ha hecho merecedor a múltiples investigaciones'

Cabe reconocer que el estrés ejerce consecuencias desfavorables sobre la salud física como mental de los seres humanos y de ésta manera afectando la calidad de vida de sí mismo y de su familia.

3.2.3. Síntomas somáticos

- Los síntomas somáticos han sido considerados tradicionalmente como una variable relacionada con la salud y un tópico dentro de los modelos de la conducta de enfermedad. Conforman un conjunto de trastornos mentales sin una base orgánica demostrable, en los cuales el paciente puede tener un considerable poder de auto observación y una sensación adecuada de la realidad. Lo característico de quienes la padecen es que no confunden las experiencias patológicas subjetivas con las fantasías y la realidad externa. Síntomas somáticos referibles al sistema nervioso autónomo o a un sistema de órganos específico (por ejemplo, disnea, palpitaciones, parestesias). No resulta de trastornos físicos, estados psiquiátricos (esquizofrenia) o de fármacos (cafeína). Entre los síntomas relevantes encontramos:

- Fatiga crónica
- Trastornos del sueño
- Ulceras
- Desordenes gástricos
- Tensión muscular
- Agotamiento físico y psíquico

3.2.4. Ansiedad e insomnio

La Ansiedad se puede considerar como una manifestación abierta de un mecanismo de defensa (como una fobia) o ambos. La ansiedad es una reacción a un peligro real o imaginario. Es ubicua y puede ser un síntoma pasajero o un estado crónico debilitado. Los trastornos de ansiedad pueden reflejar el resultado de un intento de mala adaptación para resolver conflictos internos, que suelen incluir problemas de la niñez no resueltos como dependencia, inseguridad, hostilidad, necesidad excesiva de afecto, preocupaciones sobre la intimidad de impulsos muy intensos de poder y control.

Delia Calderón (2010) realiza una recopilación de las teorías psicológicas de la ansiedad:

3.2.4.1. Teoría Psicodinámica:

En esta teoría no se hace distinción entre las características cualitativas de la ansiedad y la angustia.

- Primera teoría de Freud sobre la neurosis de la ansiedad, que identifica la transformación fisiológica directa de la energía sexual no descargada.

- Segunda teoría de Freud de la señal de la ansiedad, la ansiedad es una señal de la existencia de un conflicto intrapsíquico dirigido al ego.

Sigmund Freud formulo tres tipos de ansiedad:

- **Ansiedad de realidad:** la llamada “miedo”
- **Ansiedad moral:** cuando el peligro no proviene del mundo externo sino del SUPER YO.
- **Ansiedad neurótica:** miedo a sentirse abrumado por los impulsos del ELLO.

3.2.4.2. Teoría Conductual

Es la unión de un estímulo no condicionado con un estímulo condicionado, que produce una respuesta condicionada. Supone que la ansiedad es resultado de un proceso de aprendizaje condicionado. Según este punto, la persona ha aprendido a reaccionar con miedo ante estímulos ambientales o internos que normalmente no desencadenarían esta respuesta.

3.2.4.3. Teoría cognitiva

Esta teoría se enfoca hacia la mala interpretación cognitiva catastrófica de las sensaciones físicas, incómodas y de afecto. Resultado de “cogniciones” (pensamientos o representaciones mentales) patológicas. La persona evalúa las situaciones o sus propios estímulos internos sacando conclusiones “defectuosas”, que determinan un tipo de respuestas o conductas desproporcionadas o inadecuadas.

Los principales componentes de la ansiedad son psicológicos (tensión, temores, dificultad de concentración, aprehensión) y somáticos (taquicardia, hiperventilación, temblor, sudación). En las molestias de múltiples sistemas pueden participar otros sistemas de órganos (por ejemplo, gastrointestinales). Son comunes la fatiga y los trastornos del sueño. Los síntomas simpático-miméticos de ansiedad son una respuesta a un estado del sistema nervioso central y un refuerzo de mayor ansiedad. La ansiedad puede tornarse en autogeneradora ya que los síntomas refuerzan la reacción, originando una espiral. La ansiedad resultante se maneja en diferentes formas. Puede flotar libremente, originando ataques agudos de ansiedad, que en ocasiones se hacen crónicos. Cuando funciona uno o varios mecanismos de defensa, las consecuencias son problemas bien conocidos, como fobias, reacciones de conversión, estados disociativos, obsesiones y compulsiones.

El insomnio (agripnia) se refiere a la inhabilidad para obtener sueño adecuado, ya sea por dificultad en iniciar o mantener el sueño, despertar prematuro en la madrugada pobre calidad de sueño o cantidad insuficiente de este. Dentro de los trastornos del dormir es el

más frecuente encontrado en la población. (Osuna, 2005). Algunas consecuencias del insomnio pueden acompañar al paciente durante el día; teniendo ciertas consecuencias o relevancias visibles como las siguientes:

- Irritabilidad
- Inquietud
- Fatiga
- Malestar físico y mental
- Disminución de la concentración y atención
- Cansancio
- Falta de energía

Es preciso mencionar que el paciente con insomnio tiende a declinar en sus relaciones interpersonales, es decir, se ve afectado tanto en la faceta laboral familiar e individual; lo cual trae como consecuencia un considerable deterioro de la calidad de vida.

Edgar Osuna (2005) manifiesta en su texto que las causas del insomnio pueden estar condicionadas por el tipo de insomnio que se padece (agudo o crónico) y se encuentran relacionados con las causas del insomnio tres clases de factores:

- Predisponentes
- Precipitantes
- Perpetuadores

El insomnio se puede demarcar o identificar con las alteraciones en el sueño normal; relacionadas con un aumento de las variaciones en los patrones del sueño

- Es posible que los enfermos se quejen de dificultad para dormir o permanecer dormidos
- Despertar intermitente durante la noche o muy temprano por la mañana.

3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria

La disfunción social es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad del tratamiento, ya que el rechazo social causa un gran daño a la personalidad. Es importante reconocer algunos síntomas que permiten identificar la disfunción social:

- **Angustia:** estado anímico de extremada inquietud ante un peligro no definido.

- **Ansiedad:** temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce.
- **Tristeza:** estado de depresión.

3.2.6. Tipos de depresión

3.2.6.1. Trastorno Depresivo Mayor

La característica esencial de un episodio depresivo mayor es un período de al menos dos semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros cuatro síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad motora, falta de energía, sentimientos de culpa, etc. (*Psicología Online,sf,http://www.psicologia-online.com/pir/episodio-maniaco.html*)

3.2.6.2. Distimia.

La distimia es un estado de ánimo crónicamente deprimido, menos grave que la depresión y que no cumple los criterios para una depresión mayor, o lo hace sólo en períodos muy cortos. Su evolución suele ser de más de dos años. Se caracteriza por un abatimiento prolongado del estado de ánimo en que el sujeto distímico se describe a sí mismo como “triste” o “desanimado”, perdiendo el interés por las cosas y viéndose a menudo como inútil y poco interesante. Posee síntomas persistentes o intermitentes, de intensidad más leve comparación a la depresión mayor. Aiskal (1983) la define como “mal humor” y se caracteriza porque “el individuo está habitualmente triste, introvertido, melancólico, excesivamente consciente, incapaz de alegría y preocupado por su insuficiencia personal. (*Distimia,sf,http://www.psicoactiva.com/distimia.htm.*)

3.2.6.3. Trastorno Bipolar

Llamado también enfermedad maniaco-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). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de

energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se encuentre en graves problemas y situaciones embarazosas.

3.2.6.4. Otras formas comunes de depresión

- **Depresión posparto:** muchas mujeres se sienten deprimidas después de tener el bebé, pero la verdadera depresión posparto es poco común.
- **Trastorno disfórico premenstrual (PMDD, por sus siglas en inglés):** es el conjunto de síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.
- **Trastorno afectivo estacional (SAD, por sus siglas en inglés):** ocurre durante las estaciones de otoño e invierno probablemente debido a la falta de luz solar pues desaparece durante la primavera y el verano, probablemente debido a la falta de luz solar.
- **Depresiones en la infancia y la adolescencia:** Generalmente se evidencia este tipo de depresión, a partir de tres motivos:
 - Disminución del rendimiento escolar
 - Trastornos del comportamiento
 - Alteraciones ‘psicosomáticas

Comúnmente este tipo de depresión se puede reconocer más por los signos objetivos que por las expresiones subjetivas (Ayuso, 1981)

3.3.2.7. Investigaciones realizadas

Es preciso citar la investigación realizada en la Universidad de Córdoba como parte de una tesis doctoral acerca del “Estudio Epidemiológico de la Salud Mental del Profesorado” a cargo de Juan Antonio Moriana Elvira en el Departamento de Educación.

Esta investigación toma en cuenta la condición de baja laboral por problemas psiquiátricos pero, además, se obtienen correlaciones significativas para medidas no solo de *burnout* sino también de salud mental y satisfacción.

Por otro lado, respecto a variables personales, la intervención directa sobre profesores afectados de estrés y ansiedad mediante técnicas de afrontamiento, inoculación y control,

trabajo en grupo, etc., que permitieran manipular diversas situaciones y controlar el desarrollo de la salud mental dentro de profesionales que así lo requieran. Tomando en cuenta ciertos aspectos que ayudan a mantener un equilibrio constante en lo referente a las condiciones psicológicas, ambientales y sociales que aseguren una buena salud mental en el trabajador.

En primer lugar deberían realizarse más estudios dentro de este ámbito que planteen diversas comparaciones entre características de grupos de profesores con baja laboral de tipo psiquiátrico y profesores sin baja, siguiendo la misma metodología empleada en esta Tesis Doctoral.

3.3. El burnout y el afrontamiento

3.3.1. Definición de afrontamiento

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de cuarenta años. Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos. Realmente, la palabra afrontamiento es tanto un término coloquial como científico. A pesar de su prolífica historia y de su popularidad actual, existe todavía una falta de coherencia en cuanto a las teorías, investigaciones y comprensión del tema.

Lazarus es uno de los autores que considera que "el afrontamiento hace referencia a un proceso mutable o inestable a lo largo del día, y de las distintas situaciones vitales. Es preciso mencionar que existe un interés considerable por el estudio de las estrategias de afrontamiento, debido a que a partir de estas estrategias o direccionales se puede establecer un particular modo de respuesta a las diferentes situaciones que generan estrés, como también de erradicar los efectos negativos de éste.

El afrontamiento permite realizar un plan de acción para inhibir o controlar el estrés. Además, a partir del afrontamiento es posible una gran cantidad de trabajos y estudios que analizan los modos en que las personas enfrentan las dificultades y las situaciones estresantes en sus vidas para establecer ciertas pautas de control. Siendo muy importante dentro del tratamiento del estrés tomar en cuenta las técnicas de afrontamiento. Con esto, se desarrolla tomando en cuenta los recursos que el individuo tiene para realizar el proceso de afrontamiento.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina, ya sea por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. A su vez, las estrategias de afrontamiento pueden resultar, según Girdano y Everly (1986), adaptativas o inadaptables. Las primeras reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, mientras que las segundas reducen el estrés sólo a corto plazo, pero tienen un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

3.3.2. Modos de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1986a) hacen hincapié a la importancia de diferenciar el afrontamiento según sus funciones en dos tipos. Por un lado el afrontamiento de problemas, que son estrategias dirigidas a la definición del problema, a la búsqueda de soluciones alternativas, y a la consideración de tales alternativas con base en su costo, beneficio, elección y aplicación. Implica también un objetivo, un proceso analítico dirigido principalmente al entorno, y también las estrategias dirigidas al interior del sujeto. Por otra parte, el afrontamiento de emoción está constituido por los procesos cognitivos encargados de disminuir el grado de trastorno emocional, e incluyen estrategias como la evitación, la atención selectiva, las comparaciones positivas y la extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos; otras estrategias están dirigidas a aumentar el grado de trastorno emocional (algunas personas necesitan sentirse realmente mal para encontrar consuelo). Utilizamos el afrontamiento para conservar la esperanza y el optimismo, para negar tanto el hecho como su implicación, para no tener que aceptar lo peor, para actuar como si lo ocurrido no nos importara.

3.3.3. Teorías de afrontamiento

Es preciso tomar en cuenta el hecho de que el afrontamiento es un proceso cambiante en el que el individuo en determinados momentos debe contar principalmente con estrategias, ya sea defensivas o con otras que sirvan para resolver el problema, todo a medida que vaya cambiando su relación con el entorno. Dentro de esta línea es preciso también acudir a las teorías. Elifidia Tibanlombo cita dentro de su tesis de licenciatura en Psicología (2012) las siguientes teorías:

- **Afrontamiento centrado en el problema.** Basados en los comportamientos y respuesta, la capacidad de solucionar los problemas como se presenten dentro del acontecer diario.

- **Afrontamiento cognitivo.** Como un estilo cognitivo enfocado a los problemas, y a menudo incluye soluciones a los problemas utilizando elementos como la percepción, la memoria, el procesamiento que se pone en marcha para evitar lo que suele presentirse como inminencia al daño.
- **Afrontamiento emocional.** Incluye los esfuerzos para controlar y manejar los síntomas emocionales provocados por varios estresores.

3.3.4. Estrategias de afrontamiento

Las estrategias son situaciones dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria. Más allá de las diferencias, diversos autores coinciden en señalar que se entiende por estrategias de afrontamiento el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos y acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que esta situación le genera. Varios autores han propuesto varias estrategias como las siguientes:

- **Confrontación:** constituyen los esfuerzos de un sujeto para alterar la situación. Indica también cierto grado de hostilidad y riesgo para él. Se da en la fase de afrontamiento.
- **Planificación:** apunta a solucionar el problema. Se da durante la evaluación de la situación (evaluación secundaria).
- **Aceptación de la responsabilidad:** indica el reconocimiento del papel que juega el propio sujeto en el origen y/o mantenimiento del problema. Es lo que comúnmente se señala como “hacerse cargo”.
- **Distanciamiento:** Implica los esfuerzos que realiza el joven por apartarse o alejarse del problema, evitando que éste le afecte al sujeto.
- **Autocontrol:** Se considera un modo de afrontamiento activo en tanto indica los intentos que el sujeto hace por regular y controlar sus propios sentimientos, acciones y respuestas emocionales.
- **Re-evaluación positiva:** supone percibir los posibles aspectos positivos que tiene una situación estresante.
- **Escape o evitación:** A nivel conductual, implica el empleo de estrategias tales como beber, fumar, consumir drogas, comer en exceso, tomar medicamentos o dormir más de lo habitual. También puede ser evitación cognitiva, a través de pensamientos irreales improductivos. En general, apunta a desconocer el problema.

- **Búsqueda de apoyo social:** Supone los esfuerzos que el joven realiza para solucionar el problema acudiendo a la ayuda de terceros, con el fin de buscar consejo, asesoramiento, asistencia, información o comprensión y apoyo moral.

Además, las estrategias se clasifican de acuerdo al nivel en el cual se producen. Por ello, se agrupan en tres categorías:

- a) Estrategias individuales
- b) Estrategias de carácter interpersonal y grupal
- c) Estrategias organizacionales para la prevención del burnout

3.3.5. Investigaciones realizadas

En cuanto al afrontamiento, se debe citar el “Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI)”; realizado por Maricel Soledad Popp en Argentina. Es interesante anotar que dentro de este estudio se establecen diferencias en los modos de afrontamiento considerando el nivel de burnout que se detecta entre el personal, se halló que existen diferencias significativas en las estrategias utilizadas entre las enfermeras que presentan diferentes niveles, principalmente en cuanto a las dimensiones de despersonalización y baja realización personal. Las enfermeras de UTI tenderían a utilizar estrategias de afrontamiento menos funcionales, tomando en cuenta la medida en la cual aumenta el nivel de burnout.

Las enfermeras con baja despersonalización utilizan en mayor medida el análisis lógico y el desarrollo de gratificaciones alternativas a diferencia de las enfermeras con más despersonalización. El uso de la ejecución de acciones disminuye a medida que aumenta el nivel de despersonalización. A medida que la realización personal disminuye, decrece el uso del análisis lógico y de la ejecución de acciones que resuelvan el problema. El análisis lógico ha sido considerado como una estrategia adaptativa para afrontar las situaciones estresantes. La investigación pretende incentivar la ejecución de acciones que resuelvan el problema (es decir, ejecutar una acción para estar en contacto con el problema o comprometerse a tratar de hacerlo).

Las enfermeras con moderado cansancio emocional utilizan en mayor medida el control afectivo que las enfermeras con bajo o alto nivel. En las enfermeras con bajo cansancio emocional, dado que no percibirían demasiados estresores, es de esperar que el uso del control afectivo sea bajo. Las enfermeras con nivel medio de cansancio emocional podrían controlarse afectivamente, es decir, controlar las emociones que surgen a partir de las situaciones que se vivencian en las UTI, en pos del bienestar del paciente y su familia. En

este caso, controlar las emociones le permitiría funcionar de una manera adaptativa. Las enfermeras con niveles altos de despersonalización hacen mayor uso del requerimiento de información o asesoramiento.

En síntesis, los resultados hallados a partir de una muestra relativamente pequeña desde el punto de vista estadístico podrían constituir un importante aporte para realizar planes de promoción de la salud y de prevención del *burnout* y del estrés en las enfermeras, un grupo profesional de suma relevancia en la sociedad. Si bien los resultados obtenidos deberían ser interpretados como un aporte preliminar que sirva de base para futuros estudios, estos indicarían que las enfermeras afectadas en mayor grado por el síndrome de *burnout* tenderían a presentar un perfil menos funcional de afrontamiento, principalmente en cuanto a las dimensiones despersonalización y baja realización personal.

3.4. El burnout y la relación con el apoyo social

3.4.1. Definición de apoyo social

El apoyo social representa el recurso social más importante con el que superar las adversidades que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes. Robles, et.al, (2007) cita a Sandin (1995) para manifestar que el apoyo social tiene un papel mediador entre los sucesos estresantes y la enfermedad, reduciendo el impacto de éste. En general está ampliamente documentado científicamente que las personas con bajo apoyo social presentan un incremento en la vulnerabilidad para la enfermedad física y mental.

Se considera que existen dos vías por las que el apoyo social amortigua el efecto del estrés. Por un lado influye en las valoraciones cognitivas que el individuo realiza en las diferentes situaciones estresantes, mermando la percepción de amenaza de éstas y por otro lado la percepción de disponibilidad de apoyo social puede modificar la respuesta del estrés aunque este haya sido valorado en un primer momento como algo estresante.

Es necesario entender que el apoyo social puede ser entendido a partir de tres niveles que son los siguientes:

- **Nivel comunitario o macro**, entendido como sentimiento de pertenencia e integración en el entramado social que representa la comunidad en su conjunto como organización.

- **Nivel medio**, que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona. Este nivel se correspondería con el apoyo dispensado por las redes sociales a las que pertenece un individuo (trabajo, vecindario, etc.) y que le daría un sentimiento de vinculación.
- **Nivel micro o de relaciones íntimas**, proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha (familia, amigos, etc.) y que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

La categoría de “apoyo social” ha permitido desarrollar toda una corriente de investigación que busca explicar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales. Los trabajos de Cassel y Cobb dieron origen a la idea de que el apoyo social juega un papel central en el mantenimiento de la salud de los individuos, al facilitar conductas adaptativas en situaciones de estrés. “Apoyo social” es un concepto multidimensional con un contenido (emocional, instrumental, informativo, evaluativo), y red social donde se encuentra (familia, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, comunidad, y otros).

Además, se debe mencionar que la definición y operatividad del concepto debe manejarse desde tres perspectivas:

- a) Grado de integración social:** los análisis de redes sociales constituyen el abordaje predominante para explorar esta categoría.
- b) Apoyo social percibido:** es decir, la medición de la confianza de los individuos de que el apoyo social está disponible si se necesita.
- c) Apoyo social provisto:** esto es, acciones que otros realizan para proveer asistencia a un individuo determinado.

3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Heller y Swindle (1983) han desarrollado un modelo de apoyo social en el que, basándose en la hipótesis original del modelo de buffer, incorporan otros aspectos tales como: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que presenta el sujeto. Todos estos elementos, junto con la provisión o disponibilidad subjetiva de apoyo proveniente de la red social, van a influir en la valoración cognitiva de la situación de estrés, así como en las respuestas de afrontamiento. Según estos autores, los resultados equívocos que han ofrecido los estudios que trataban de

validar el efecto amortiguador se deben a la no consideración del sujeto como agente activo en el desarrollo y uso de su red social. En este sentido, el que una persona utilice o no de una manera efectiva el apoyo social durante un evento estresante, va a deberse tanto a la disponibilidad que tenga de ese apoyo como a las características y competencias personales para acceder y emplear ese apoyo, así como de los patrones de afrontamiento desarrollados previamente. Esto modifica la visión estática en la relación entre apoyo social y estrés, que pasa a contemplarse de modo dinámico como una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo y el ambiente que le rodea, en la que el apoyo recibido va a depender no sólo del apoyo disponible, sino también de la historia previa del sujeto y de su habilidad para acceder a él, mantenerlo y utilizarlo. Heller y Swindle (1983 b)

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

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

3.4.3. Apoyo Social Percibido

Hay que tener en cuenta que no todo el apoyo proporcionado puede ser percibido como suficiente y adecuado para el sujeto. El apoyo social percibido es más importante que el recibido, ya que es el que determina el bienestar físico y psicológico del sujeto. El apoyo percibido actúa a un nivel global aumentando los sentimientos de autovalía y eficacia y por tanto, incrementa la autoconfianza a nivel general, ésta se relaciona con un mejor afrontamiento de las situaciones de distrés.

El apoyo social como "ayuda percibida". En este caso se hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba reducida.

3.4.4. Apoyo Social Estructural

Los aspectos estructurales de las redes sociales se caracterizan por su objetividad. Se refieren a aspectos físicos como el tamaño (número de individuos que ocupan la red),

complejidad (número de roles que desempeña el individuo en la red y actividades en las que se halla implicado). Describen la existencia de los vínculos sociales de un individuo, recogiendo así todos los datos sobre sus relaciones interpersonales: estado civil, interacciones con la familia y los amigos, afiliaciones religiosas a las que pertenece. La perspectiva estructural hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras).

3.4.5. Investigaciones realizadas

En lo referente al apoyo social, es necesario referir el estudio que se realiza acerca del “Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público” a cargo de: Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García, Tamara Pierart. Dentro del contexto de este trabajo investigativo existe una relación significativa entre apoyo social y burnout. En esta línea es oportuno resaltar que en presencia de una mayor percepción de apoyo social recibido en el trabajo, ya sea de compañeros o de superiores, es menor el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Este resultado ha sido visto en forma consistente en un gran número de investigaciones realizadas en diversos países y coincide con abundante evidencia que señala que en el plano de las relaciones interpersonales en el trabajo, la falta de apoyo aumenta los sentimientos de burnout en las profesiones de la salud, o que su presencia disminuye la influencia del burnout.

Por otra parte, que la percepción de apoyo social recibido de los compañeros sea mayor que el apoyo recibido de superiores, sumado a que la relación entre apoyo de los superiores con despersonalización es más fuerte que con agotamiento emocional y baja realización en el trabajo, sugiere que en este grupo existe el riesgo que el apoyo social recibido de los superiores, tal como está siendo percibido, no lo proteja suficientemente de desarrollar actitudes negativas hacia los usuarios de sus servicios y, por el contrario, podría estar facilitando el surgimiento de estas actitudes.

La investigación permite 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.

3.5. El burnout y la relación con la personalidad

3.5.1. Definición de personalidad

Dentro de un acercamiento hacia la definición de personalidad se puede establecer que se refiere a la forma de pensar, percibir o sentir de un individuo, que constituye su auténtica identidad, y que está integrada por elementos de carácter más estable y elementos cognitivos, motivacionales y afectivos más vinculados con la situación y las influencias socio-culturales, y por tanto más cambiables y adaptables a las características del entorno, que determinan, en una continua interrelación e interdependencia, la conducta del individuo.

Además, se puede incurrir hacia el hecho de que la personalidad es el conjunto de características físicas, genéticas y sociales que reúne un individuo y que lo hacen diferente y único respecto del resto de los individuos. En tanto, la interrelación y la comunión de todas estas características, generalmente estables, serán las que determinarán la conducta y el comportamiento de una persona. De una forma más amplia, existen ciertas definiciones como las siguientes:

- Definiciones aditivas: La personalidad es la suma de los distintos aspectos que definen al individuo.
- Definiciones integradoras: La personalidad está integrada por un conjunto de características con una organización y estructuración.
- Definiciones jerárquicas: La personalidad es una organización jerárquica, en la que unas partes tienen preponderancia sobre otras.
- Definiciones que enfatizan el ajuste al medio: La personalidad es un conjunto organizado de elementos que va a determinar el ajuste característico de la persona al entorno.
- Definiciones que enfatizan el carácter distintivo de la personalidad: La personalidad es lo distintivo y único del individuo.

3.5.2. Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud)

Dentro de la personalidad positiva y de salud se plantea que la metodología debe partir de aspectos positivos y no de los de déficit y propone centrarse no tanto en el estudio de las causas del enfermar sino en los procesos de resistencia y fortaleza ante situaciones de riesgo, así como de promocionar lo positivo más que inhibir lo negativo.

No cabe duda que las perspectivas cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales del sujeto en relación con su ambiente van a determinar el planteamiento que se establezca

desde una personalidad positiva y de salud. La personalidad positiva podrá suponer así un afrontamiento cognitivo de los estímulos aversivos y estresantes de la vida con recursos que facilitan un control de las situaciones en función de su consistencia, significado y ajuste a las demandas ambientales y expectativas personales. En este sentido, se puede recurrir a lo siguiente:

- Se partiría de un enfoque motivacional, centrado en la implicación de la persona con lo que hace, enfrentándose a las situaciones y valorándolas en su justa medida.
- Se plantea la perspectiva de personalidad activa, de la capacidad del sujeto para intervenir modificando al menos parcialmente su contexto y mantener alguna forma de control sobre el ambiente con una conducta constructiva que le permita aprender de todo tipo de experiencias para obtener mejores resultados en el futuro.

3.5.3. Patrones de conducta y personalidad

De acuerdo a las diferentes investigaciones psicológicas se establecen patrones de conducta que engloban personalidades con diferentes características, según Price un patrón de conducta reúne los rasgos de personalidad, creencias, actitudes y manifestaciones psicofisiológicas en el individuo de las que se mencionan:

Patrón A: Engloba a sujetos donde predomina una respuesta excesiva, poseen hiperactividad, irritabilidad, ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, ansiosos, tensos, sus relaciones interpersonales son problemáticas, tienden al dominio. Este grupo es candidato al estrés, mal funcionamiento cardiovascular, obesidad, nicotismo e hipertensión.

Patrón B: Son generalmente tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones incluidas las hostiles, poseen mecanismos adaptativos al estrés y a elementos provocadores y desencadenantes.

Patrón C: Se presentan individuos introvertidos, obsesivos que interiorizan su respuesta al estrés, pasivos, resignados, sumisos y conformistas, siempre desean de ser aprobados socialmente. Estos tienden a sufrir de reumas, infecciones, alergias e incluso cáncer (Medina 2012)

3.5.4. Locus de control

El locus de control, también conocido como *control interno-externo*, es un concepto que describe el hecho de que para una tarea determinada, las personas se comportan de forma

muy diferente según crean que su ejecución depende de ellos mismos o no. Las personas que creen que el desarrollo de determinada tarea depende de ellos mismos tienen un *locus de control interno*, mientras que las convencidas de que el desarrollo exitoso de la tarea depende de factores externos tienen un *locus de control externo*.

Se considera que el locus de control es un rasgo de la personalidad estable en el tiempo, y sitúa a las personas en un continuo según la responsabilidad que aceptan sobre los eventos sociales que experimentan -que pueden ser positivos, negativos o neutros-. Así se muestra el grado en que un individuo percibe el origen de su propio comportamiento, ya sea de manera interna o externa a él. Es posible identificar dos variante del locus de control:

3.5.4.1. Locus de control interno:

Un individuo con locus de control interno tendrá tendencia a atribuir a causas internas todo aquello que le suceda. Por ejemplo, un estudiante que obtenga una buena nota en un examen atribuirá el resultado a su esfuerzo y horas de estudio. Estas personas perciben que los eventos positivos o negativos ocurren como efecto de sus propias acciones y que están bajo su control personal. Así, estas personas valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal.

3.5.4.2. Locus de control externo

Un individuo con locus de control externo tendrá tendencia a atribuir a causas externas todo aquello que le suceda. Por ejemplo, un estudiante que obtenga una mala nota en un examen puede atribuir su fracaso a la mala suerte, la excesiva dificultad de la prueba o la extrema severidad del profesor. Estas personas perciben el refuerzo como no contingente a sus acciones sino como resultado del azar, el destino, la suerte o un poder sobrenatural. Así, el locus de control externo es la percepción de que los eventos no se relacionan con la propia conducta y que por ende no pueden ser controlados, de manera que no se valora el esfuerzo ni la dedicación.

3.5.5. Investigaciones realizadas

En el 2008, en la Pontificia Universidad Javeriana, Myrian Jannet Useche Parada, realiza una investigación acerca de los factores de personalidad relacionados con el síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad tipo A, B, o C. Dentro de estas aproximaciones los factores de personalidad categorizados en el tipo de personalidad A, se encuentran predisponentes al síndrome de Burnout correspondiendo a un perfil psicológico de respuesta excesiva agresiva y tensa; son personas competitivas, ambiciosas, hostiles; además muestran en sus relaciones interpersonales dominancia y control, dificultad para establecer contactos sociales, pues presentan sensibilidad a la crítica, tendencia a la desconfianza, e interpretan las intenciones de otros como agresiones.

Los factores de la personalidad tipo B que son predisponentes al Burnout son el neurotismo y la extroversión. No hay factores de la personalidad tipo C predisponentes al Burnout, por el contrario las personas que son introvertidas, apacibles, que controlan sus expresiones de hostilidad y con la habilidad de establecer contactos interpersonales en busca de aprobación, generan mecanismos adecuados de afrontamiento de los agentes estresores, lo que los hace poco propensos a desarrollar el síndrome de Bournout. Cada uno de los factores de personalidad, independientemente de su categorización en una personalidad tipo A, B o C, por si mismos no podrían llegar a ser factores predisponentes del síndrome de Burnout, es necesario que estos estén acompañados de condiciones laborales, ambientales y/o familiares que favorezcan la aparición del síndrome

Los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo corresponden a perfiles psicológicos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse excesivamente con los demás, sin enmarcar esos factores en una personalidad tipo A, B o C.

4. METODOLOGÍA

Para el desarrollo de la investigación sobre el síndrome de burnout en el Centro de Atención Ambulatoria Central de la ciudad de Loja, se tomó en consideración los siguientes aspectos:

4.1. Diseño de Investigación

En la investigación, se utilizó el método cuantitativo, no experimental, transaccional, exploratorio y descriptivo, teniendo como objetivo Identificar el Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Centro de Atención Ambulatoria Central de la ciudad de Loja; de acuerdo a las sub-escalas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en los profesionales, como también su estado de salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad. Además del trabajo de campo realizado en éste estudio, se detalla sus características:

Cuantitativa. Se emprenderá un análisis en forma numérica de los instrumentos evaluados, para controlar y proceder al desarrollo de la investigación.

No experimental .El objetivo principal de la encuesta es describir y analizar ciertos fenómenos sin manipular las variables.

Transversal. Recopilación de la muestra, para analizar cuál es el nivel o estado, que facilitan la visión de la investigación, determinar aspectos y sacar conclusiones.

Exploratorio. Es la primera fase de la investigación el objetivo primordial es de proporcionar ideas.

Descriptivo. Para alcanzar el objetivo del estudio se selecciona una serie de factores y se busca especificar, y describir características de un grupo de profesionales sanitarios

4.2. Objetivos de la Investigación

4.2.1. General

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

4.2.2. Específicos

5. Determinar el estado de salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
6. Identificar el apoyo social procedente de la red social.

7. Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
8. Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias, los cuales pueden o no poseer burnout.

4.3. Población

Para llevar a cabo el desarrollo de la investigación se tomó en cuenta una muestra de 15 médicos de diferentes especialidades y 15 enfermeras de diversas áreas, pertenecientes al Centro de Atención Ambulatoria Central de la ciudad de Loja.

4.4. Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos para la investigación fueron seleccionados con la finalidad de cumplir con el objetivo razado, los cuales se detallan a continuación:

4.4.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Es un instrumento autoadministrado que tiene por objeto recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout, cuyos ítems tienen que ver con: 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.

4.4.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Es un instrumento que sirve para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo, consta de 22 enunciados que valoran sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo, y lo hace por medio de tres escalas que son: Agotamiento Emocional, Despersonalización, Realización Personal.

4.4.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28)

Es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”, se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro

sub-escalas que son: Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción social, Depresión grave.

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

Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

Afrontamiento activo Planificación, Apoyo emocional, Reinterpretación Auto- distracción, Apoyo instrumental, positiva, Aceptación, Negación, Religión, Autoinculpación, Desahogo, Desconexión conductual, Uso de sustancias, Humor.

4.4.5. Cuestionario MOS de Apoyo social

Es un cuestionario auto - administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional Apoyo material o instrumental, (apoyo percibido) que son: Apoyo emocional Relaciones sociales de ocio y distracción, Apoyo afectivo, como también brinda la posibilidad de obtener un índice global de apoyo social del individuo.

4.4.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A

Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la Extroversión, EPQR-A que consta de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores: Neuroticismo, Psicoticismo, Sinceridad.

4.5. Procedimiento

Para iniciar se realizó el acercamiento a la institución elegida, haciendo uso de la solicitud emitida por la UTPL, dirigida al director del Centro de Atención Ambulatoria Central de la ciudad de Loja, con el fin de obtener la autorización respectiva para proceder a la aplicación de los instrumentos de evaluación a cada uno de los profesionales.

Como parte fundamental del proceso investigativo, se procedió a pedir la colaboración de los profesionales, y a hacer la entrega de los instrumentos de evaluación, dándoles una explicación de forma clara y concisa el modo de aplicación, garantizando la confidencialidad de los datos y su respectivo uso de los mismos, motivando así la colaboración de los profesionales en el estudio.

La evaluación fue de forma individualizada 15 médicos y 15 enfermeras, tomando en cuenta los instrumentos mencionados en el apartado 4.5 del capítulo 4, y así dar cumplimiento al objetivo planificado

4.6. Recolección de datos

La recopilación de los datos, se la realizó en diferentes días y horas, rigiéndose al tiempo que podían dedicar los profesionales en vista de que deben cumplir con sus funciones en diferentes horarios, lo cual hizo que se presentasen ciertos inconvenientes para la aplicación de los cuestionarios, razón por la cual se procedió a entregarlos en sobre cerrado para su auto-aplicación no sin antes dar a conocer las instrucciones de cada uno de los cuestionarios.

Cabe mencionar que los profesionales en un inicio se mostraban reacios a colaborar en la aplicación de la encuesta por temor a ser analizados por alguna política de gobierno.

5.- RESULTADOS OBTENIDOS

Luego de aplicar los instrumentos de evaluación a los médicos y enfermeras, participantes en ésta investigación, es necesario indicar los resultados de cada variable evaluada por medio de tablas y gráficos, los cuales se detallan a continuación:

5.1. Caracterización sociodemográfica y laboral.

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

- CUADRO RESUMEN

TABLA Nº 1

Médicos sin burnout				
Genero	Masculino	%	Femenino	%
	6	40	9	60
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	15	100	0	0
con quién vive	Solo	%	más personas	%
	0	0	15	100
tipo de trabajo	t.completo	%	t.parcial	%
	15	100	0	0
pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%
	6	43.15	7rf4	53.85
pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	4	28.57	10	71.43
Permisos	Si	%	No	%
	12	80	3	20

Fuente: Centro de A.A. Central Loja
Elaborado: Abad Rosa (2012)

TABLA Nº 2
CUADRO RESUMEN

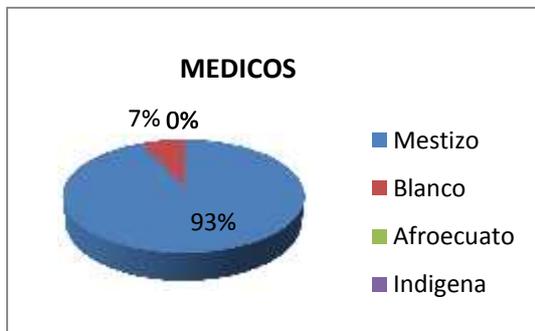
Enfermeras sin burnout				
Genero	Masculino	%	Femenino	%
	0	0	15	100
zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	15	100	0	0
con quién vive	Solo	%	más personas	%
	0	0	15	100
tipo de trabajo	t.completo	%	t.parcial	%
	12	80	3	20
pacientes con riesgo de muerte	Si	%	No	%
	3	20	12	80
pacientes fallecidos	Si	%	No	%
	2	13.33	13	86.67
Permisos	Si	%	No	%
	7	46.67	8	53.33

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

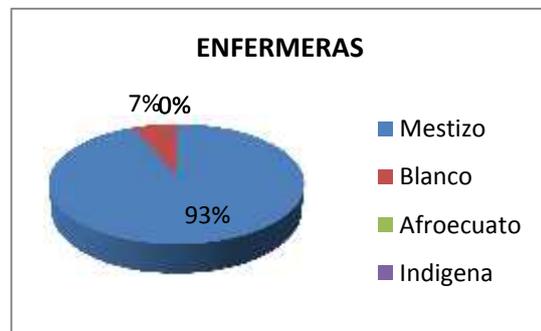
ETNIA

GRAFICO Nº 1



Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

GRAFICO Nº 2



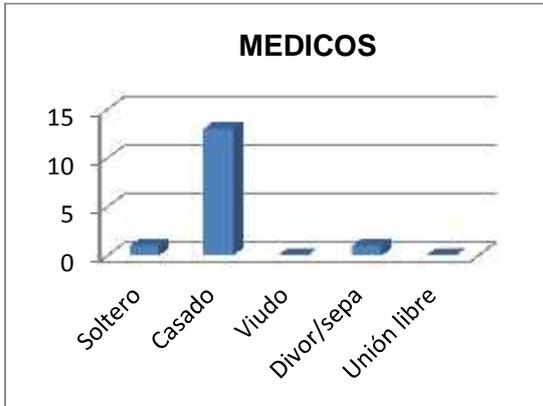
Centro de A.A. Central

Elaborado Abad Rosa (2012)

Fuente:
e:

ESTADO CIVIL

GRAFICO Nº 3



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

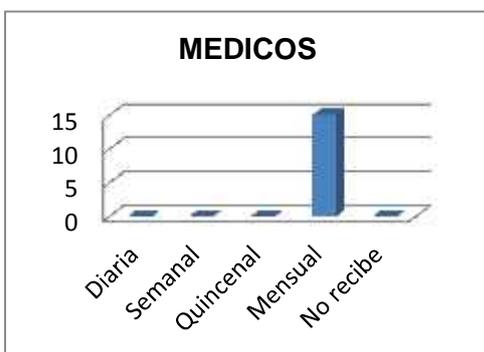
GRAFICO Nº 4



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

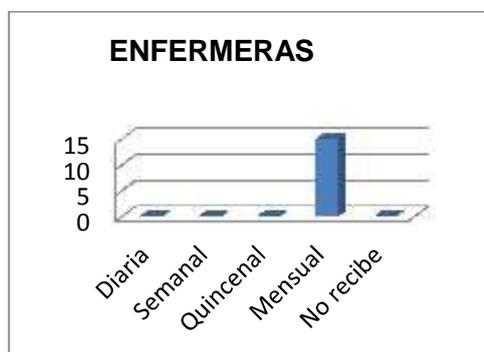
REMUNERACIÓN SALARIAL

GRÁFICO Nº 5



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

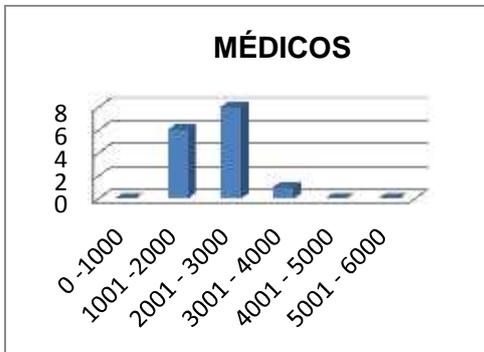
GRÁFICO Nº 6



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

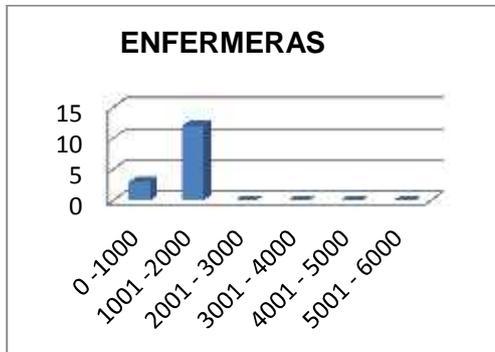
VALOR SALARIAL

GRÁFICO N° 7



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

GRÁFICO N° 8



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

SECTOR DE TRABAJO

TABLA N° 3

MEDICOS		
Nombre	Fr	%
Público	12	80
Privado	0	0
Ambos	3	20
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

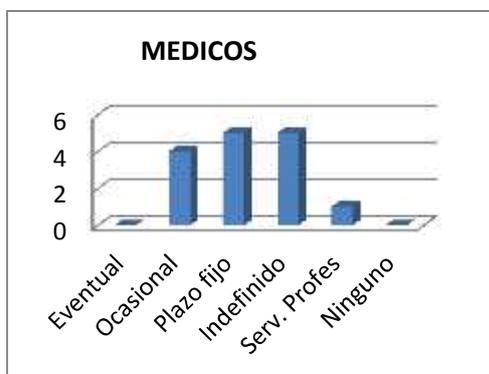
TABLA N° 4

ENFERMERAS		
Nombre	Fr	%
Público	15	100
Privado	0	0
Ambos	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

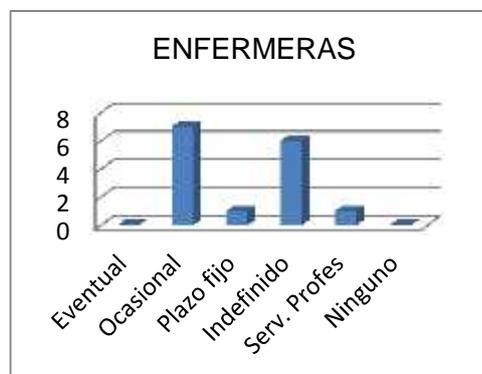
TIPO DE CONTRATO

GRÁFICO Nº 9



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

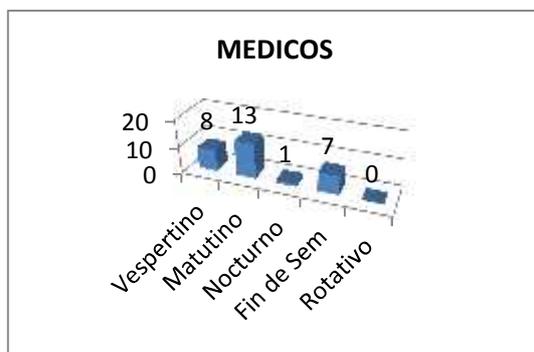
GRÁFICO Nº 10



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

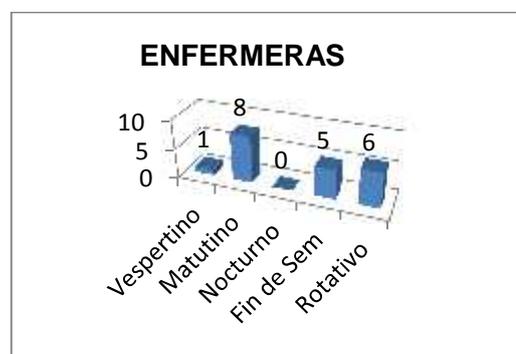
TURNOS

GRÁFICO Nº 11



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

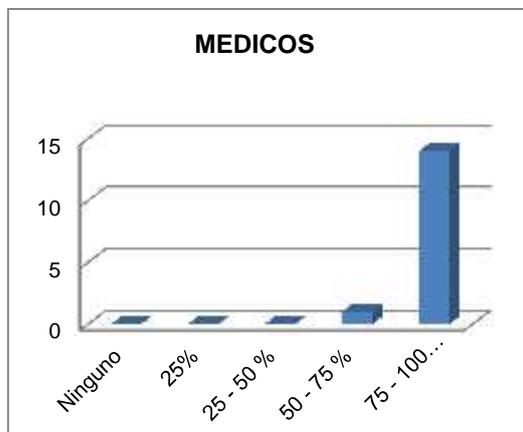
GRÁFICO Nº 12



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

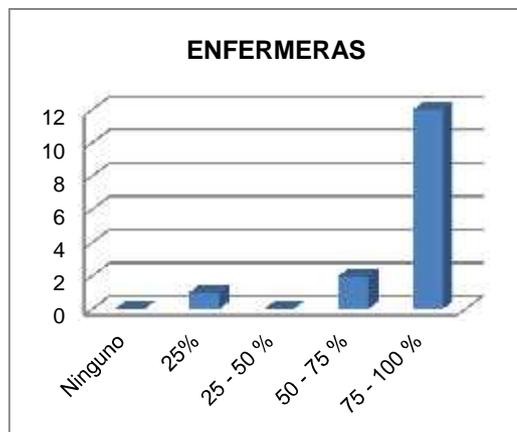
% DE PACIENTES DIARIOS

GRÁFICO Nº 13



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

GRÁFICO Nº 14



Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

TIPOS DE PACIENTES

TABLA Nº 5

MEDICOS		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	3	6,66666667
Psiquiátricos	5	11,11111111
Renales	6	13,33333333
Quirurgicos	3	6,66666667
Cardiacos	6	13,33333333
Neurológicos	3	6,66666667
Diabeticos	8	17,77777778
Emergencias	4	8,88888889
Intensivos	0	0
Otros	7	15,55555556
TOTAL	45	100

Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

TABLA Nº 6

ENFERMERAS		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	1	3,03030303
Psiquiátricos	3	9,09090909
Renales	0	0
Quirurgicos	5	15,1515152
Cardiacos	2	6,06060606
Neurológicos	1	3,03030303
Diabeticos	5	15,1515152
Emergencias	13	39,3939394
Intensivos	0	0
Otros	3	9,09090909
TOTAL	33	100

Fuente: Centro de A.A. Central
Elaborado Abad Rosa (2012)

TABLA Nº 7
CUADRO RESUMEN DE PROMEDIOS

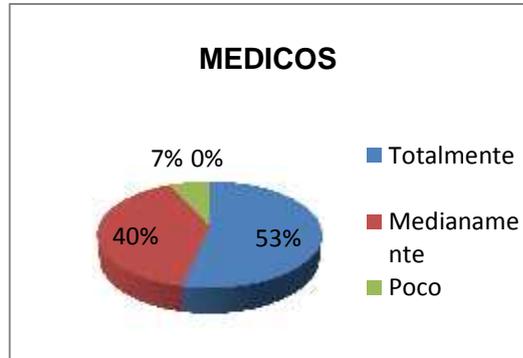
Promedio	Médicos sin burnout	Enfermeras sin burnout
Edad	42,2	36,33
Hijos	2.26	1.46
Años de trabajo	14,27	11,47
Instituciones trabajadas	1,13	1
Horas diarias	8,33	7,8
Horas semanales	43	42,4
Guardias nocturnas horas		
Guardias nocturnas días		
Pacientes por día	24,8	41,7333333
Pacientes fallecidos	1.6	1.86
Días de permiso	1.2	1.53

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

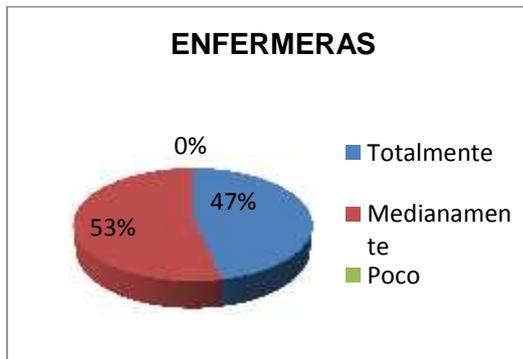
RECURSOS NECESARIOS

GRAFICO N° 15



Fuente: Centro de A.A. Central Loja
Elaborado: Abad Rosa (2012)

GRAFICO N° 16



Fuente: Centro de A.A. Central Loja
Elaborado: Abad Rosa (2012)

5.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

- **Agotamiento Emocional**

Tabla Nº 8 Médicos

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	9	60
Medio	4	26,6666667
Alto	2	13,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central Loja
Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla Nº9 Enfermeras

Agotamiento Emocional		
Nivel	Fr	%
Bajo	13	86,6666667
Medio	2	13,3333333
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central Loja
Elaborado: Abad Rosa (2012)

- **Despersonalización**

Tabla. Nº 10. Médicos

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	13	92,8571429
Medio	1	7,14285714
Alto	0	0
TOTAL	14	100

Fuente: Centro de A.A. Central Loja
Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla N° 11. Enfermeras

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

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

- **Realización Personal**

Tabla. N°12. Médicos

Realización Personal		
Nivel	Fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla N° 13. Enfermeras

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

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

5.3. Cuestionario de Salud Mental

- Síntomas Psicosomáticos

Tabla.14. Médicos

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	3	20
No Caso	12	80
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla. Nº15. Enfermeras

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	4	26,6666667
No Caso	11	73,3333333
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

- Ansiedad

Tabla Nº.16 Médicos

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	4	26,6667
No Caso	11	73,3333
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central I Loja.

Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla. Nº 17. Enfermeras

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

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

- **Disfunción Social**

Tabla. Nº 18. Médicos

Disfunción Social		
Estado	Fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla Nº 19. Enfermeras

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

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

- **Depresión**

Tabla. Nº 20. Médicos

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

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Abad Rosa (2012)

Tabla. Nº 21. Enfermeras

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

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

5.4. Cuestionario de Escala multidimensional de evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Tabla. Nº22 Médicos

COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	2,73	6,08
Afrontamiento Activo	4,00	8,90
Negación	2,27	5,04
Uso de Sustancias	2,00	4,45
Uso del Apoyo Emocional	2,80	6,23
Uso de Apoyo Instrumental	2,87	6,38
Retirada de Comportamiento	2,40	5,34
Desahogo	3,00	6,68
Replanteamiento Positivo	4,27	9,50
Planificación	3,87	8,61
Humor	3,20	7,12
Aceptación	4,67	10,39
Religión	3,67	8,16
Culpa a Sí Mismo	3,20	7,12
TOTAL	44,93	100,00
N° encuestados	15,00	

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla. N°23 Enfermeras

COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	4,00	7,31
Afrontamiento Activo	5,80	10,60
Negación	3,07	5,60
Uso de Sustancias	2,13	3,90
Uso del Apoyo Emocional	3,47	6,33
Uso de Apoyo Instrumental	4,07	7,43
Retirada de Comportamiento	3,13	5,72
Desahogo	2,73	4,99
Replanteamiento Positivo	4,60	8,40
Planificación	4,73	8,65
Humor	3,20	5,85
Aceptación	4,73	8,65
Religión	5,27	9,62
Culpa a Sí Mismo	3,80	6,94
TOTAL	54,73	100,00
N° encuestados	15	

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

5.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social

Tabla. N° 24. Médicos

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	1167,50	77,83
Apoyo Instrumental	1090,00	72,67
Redes Sociales	1215,00	81,00
Amor y Cariño	1220,00	81,33
N° encuestados	15,00	

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla. Nº 25 Enfermeras

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	1095,00	73,00
Apoyo Instrumental	980,00	65,33
Redes Sociales	1055,00	70,33
Amor y Cariño	1160,00	77,33
Nº encuestados	15	

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

5.5. Cuestionario Revisado de personalidad de Eysenck

Tabla. Nº 26. Médicos

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotisisimo	1,20	14,52
Extroversión	4,00	48,39
Psicotisisimo	1,40	16,94
Sinceridad	1,67	20,16
TOTAL	8,27	100,00
Nº encuestados	15	

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

Tabla. Nº 27 Enfermeras.

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotisisimo	2,47	25,87
Extroversión	4,07	42,66
Psicotisisimo	1,53	16,08
Sinceridad	1,47	15,38
TOTAL	9,53	100,00
Nº encuestados	15	

Fuente: Centro de A.A. Central Loja

Elaborado: Abad Rosa (2012)

6.- DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La discusión de resultados de la presente investigación se sustenta en el procesamiento y análisis de la información adquirida por medio de los instrumentos de evaluación aplicados a una muestra de 30 profesionales de la salud, divididos en dos grupos como son 15 médicos y 15 enfermeras.

De acuerdo al cuestionario Maslach Burnout Inventory (**MBI**) aplicado con el fin de valorar: el cansancio emocional, despersonalización, y la baja realización personal, componentes que son muy importantes dentro de la detección del síndrome del burnout, se pudo determinar que tanto los médicos como las enfermeras encuestadas/os, no cumplen con los puntajes requeridos dentro de las tres sub-escalas que determinan la presencia del síndrome, por lo tanto se puede afirmar que los profesionales participantes **NO** presentan el síndrome del burnout.

En el caso de los médicos, el 60% manifiesta sentimientos positivos en relación a su trabajo, lo cual favorece su desenvolvimiento dentro del mismo, un 27% se siente a veces estresado o cansado por la intensidad de su labor, mientras que el 13% ha sentido cansancio por las tareas realizadas dentro del trabajo, dando referencias dentro de la sub-escala del **agotamiento emocional**.

Se puede mencionar que las enfermeras investigadas el 87% no presenta ningún sentimiento negativo frente a su desempeño laboral, sintiéndose bien con sí mismo y satisfechos con su trabajo, el 13% manifiesta haber sentido alguna vez agotamiento laboral. En lo concerniente al otro componente valorado como es la **despersonalización** se evidencia que los médicos el 93% mantienen una buena relación con sus pacientes, demostrando el gusto que posee en el desempeño de sus funciones, mientras que el 7% manifiesta sentirse un poco distante con los demás sobre todo cuando se ve acumulado de pacientes u otras preocupaciones. Las enfermeras en cambio demuestran mantenerse firmes en su estado de servicio con actitudes positivas y favorables a los usuarios y quienes las rodean por cuanto en un 100% indican sentirse motivadas por las obligaciones laborales encomendadas. Así mismo, tanto los médicos como las enfermeras comparten sentirse muy satisfechos sobre el trabajo realizado, además siente ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad, ya que dentro de la **realización personal** los dos grupos han coincidido con el mismo puntaje en un 100%.

Se puede manifestar que existe una marcada diferencia en los resultados entre los dos grupos, por cuanto, los médicos tienden a un agotamiento emocional más constante que las enfermeras, lo cual hace referencia a que están expuestos a grandes cargas emocionales

diarias, porque se ven anegados en un alto compromiso de entrega, servicio y mucha responsabilidad, principalmente se pudo notar en los médicos que atienden pacientes con enfermedades complejas. No se puede dejar de lado la responsabilidad que recae en las enfermeras, pero al parecer ellas tienen mejores estrategias de afrontamiento a situaciones estresantes y sobrellevan de mejor manera sus funciones dentro del trabajo, por cuanto presentan puntuaciones favorables dentro de los factores predeterminantes del burnout, siendo un dato que acarrea ventajas para el desempeño profesional.

La aplicación del Cuestionario sociodemográfico y laboral señala de acuerdo a sus variables valoradas que: el **género** está constituido como una variable de mucha importancia dentro de las investigaciones, de forma general, la mayor parte de encuestados son de sexo femenino, en un menor porcentaje son de sexo masculino, en el caso concreto de las enfermeras se distingue que en su totalidad son de sexo femenino, considerando que sobre la mujer recae un mayor número de responsabilidades teniendo instancias como el rol familiar, social y laboral que según estudios, esto hace más vulnerable al síndrome de burnout, pero se puede decir que es una variable que no se generaliza, porque hay estudios que demuestran lo contrario, en la investigación realizada se puede indicar que ninguna de las enfermeras participantes ha presentado el síndrome.

Haciendo referencia a **la edad** de los investigados aparece como una variable indiferente con el apareamiento del síndrome ya que existen profesionales con un promedio de edad en los médicos de 42 años y en las enfermeras con un promedio de 36 años, esto demuestra que estamos entre jóvenes y adultos medios, no se debe dejar de lado que dependiendo de la edad se debe encontrar un punto de equilibrio entre experiencia y madurez y en la forma de afrontar las diferentes presiones que afectan al individuo, ya que la edad no les hace vulnerable al síndrome, sino más bien la actitud mental que cada uno tenga para ver las circunstancias cotidianas.

En lo concerniente a la **zona** de residencia o ejercicio de su profesión se demuestra que no incide de forma preponderante el hecho de que habiten en una zona urbana, o rural para la presentación del síndrome.

Se hace mención que la variable como la **etnia** el 93.3% de médicos y enfermeras pertenecen a la etnia mestiza, y el 6.6% son de etnia blanca, esto se puede tomar como un indicador ya que en Latinoamérica predomina el mestizaje, precisamente por la mezcla de razas, a decir de eso aún no existen estudios definidos sobre este tema de las razas y su predisposición ante el burnout.

El aspecto del **estado civil** al parecer algunos aportes científicos dicen que el estado civil está asociado al síndrome del burnout, dándole una mayor prevalencia a los solteros a desarrollarlo, en comparación con los casados y con pareja estable (Grau, Armand, 2012), independientemente de las actividades propias de cada estado, todos los profesionales poseen igual riesgo de adquirir el síndrome, ya sea por vacíos e inconformidad, pasividad que el estado de soltería ejerce en el individuo, en cambio en el casado las responsabilidades y conflictos pueden presionar estresar al profesional. En el estudio realizado existe una variedad de estados civiles, lo cual no ha tenido ninguna incidencia en el síndrome.

La situación de **con quién vive** se podría mencionar de que todos los profesionales encuestados manifestaron vivir con otras personas, lo que afirmaría que el estar acompañado en su vida cotidiana tiene su grado de importancia e influencia dentro de la estabilidad emocional de ellos, y que esto en cierta forma coadyuvaría a no desarrollar aspectos negativos paralelos al burnout, mientras que al no tener una convivencia directa con otras personas, puede acarrear conflictos de angustia y agentes estresores generados por la soledad.

En lo que respecta al **tipo de trabajo**, se estima que el permanecer en un trabajo a tiempo completo no resulta ser un factor negativo directo al apareamiento del burnout, ya que el 100% de los médicos sin el síndrome corresponde a aquellos que desarrollan su trabajo a tiempo completo, pero vale rescatar que en éste grupo existía en cierta forma un porcentaje mayor de agotamiento emocional, que se lo podría atribuir al tiempo empleado en el trabajo. Así mismo podemos demostrar de acuerdo a los resultados de las encuestas que a las enfermeras, tampoco afecta el tipo de trabajo (tiempo), ya que un 80% trabaja tiempo completo y un 20% a tiempo parcial.

Otra de las variables como el **sector de trabajo** de los profesionales investigados, tanto médicos como enfermeras en su gran mayoría laboran en el sector público, esto nos haría deducir que el ambiente laboral en este sector no aportaría para que el profesional desarrolle el síndrome, no existe estudios claramente definidos sobre este aspecto. Existen variables organizacionales que tiene gran importancia para los profesionales, y que redundan en la estabilidad y bienestar de cada uno dentro de las instituciones, como la remuneración salarial, años de experiencia, instituciones en las que trabaja, horas de trabajo, turnos, valoración de su entorno, de los directivos, y otros.

El aspecto **salarial** tiene su grado de influencia dentro del bienestar de los profesionales, porque realmente en la época en que vivimos todo gira alrededor de este valor, los investigados tanto médicos como enfermeras perciben sueldos flexibles, dignos de un trabajador y lo reciben mensualmente, lo que en cierta forma contribuiría al bienestar de los profesionales.

Los **años de experiencia** tiene un gran valor, ya que una mala práctica puede desencadenar efectos negativos en el paciente, y por ende afectar la carrera profesional, sin lugar a duda esto puede inducir un estrés, pero también muchos años en el mismo trabajo, con las mismas funciones puede resultar un poco monótono, más aún cuando no existe el impulso propio de la vocación; Muchas veces cuando los seres humanos se muestran predispuestos a situaciones negativas, no demanda de mucho estímulo para desencadenarse el estrés.

Parecería que las **horas de trabajo**, influye mucho en la dimensión del cansancio en su mayoría de los médicos y enfermeras trabajan 8 horas diarias y 43 horas semanales, la sobre carga de trabajo y ausencia del hogar, falta de descanso, favorecen la existencia de la depresión, ansiedad, y cansancio emocional y en cierta forma la despersonalización en los trabajadores provocando un estrés laboral es necesario traer a colación que el primer factor y el más influyente es un factor externo y de tipo sistemático donde atribuye a los sistemas de trabajo, horarios, sobrecarga de trabajo , falta de cooperación, (Gil Monte 2006). En lo concerniente a los **turnos**, entre los profesionales investigados un porcentaje muy bajo, manifestó realizar turnos nocturnos que son los más pesados o que pueden provocar mayores dificultades de adaptación, por cuanto mantenerse despiertos en las noches demanda “desgaste extra”, tiene un efecto acumulativo y puede originar afecciones en la salud. En cuanto a la **valoración del profesional**, tiene también su grado de importancia ya que es ahí donde se observa la valoración que los profesionales perciben, de parte de sus pacientes y sus familiares, colegas, directivos y de su propia familia, aspectos que , dependiendo del nivel pueden llegar a alterar el buen funcionamiento laboral o a su vez motivar al profesional para un buen desempeño dentro de su trabajo, lo que confirmaría que la valoración y percepción ayudaría profundamente en el hecho de no presentar el síndrome, aspecto que se afirma en los aportes de muchas investigaciones. Siendo uno de los aportes más significativos e importantes para que el profesional en medicina no desarrolle el síndrome y obtenga herramientas y estrategias de confrontación excelentes ante aspectos que puedan desencadenar el burnout, ya que cuando una persona

se siente valorada y estimada, posee defensas adecuadas y positivas para enfrentar de mejor manera aspectos o situaciones negativas y estresantes, al parecer sentiría mayor confianza y aceptación en lo que tiene que ver con su ejercicio profesional. En lo referente al apoyo y colaboración de colegas y directivos se toma en cuenta que al tener mayor apoyo y colaboración, encontrándose en un medio de comprensión, apoyo y equilibrio, donde se le brinden oportunidades de crecer, de establecerse y desarrollar estrategias de ayuda, de diálogo y dirección oportunas, facilitaría en cierta forma su estabilidad y satisfacción laboral. La actitud de los familiares de los pacientes ante el profesional, es un aspecto que puede causar estrés, debido a la presión que ellos pueden ejercer sobre los profesionales. El empoderamiento, y la valoración por parte de los directivos aporta positivamente en la parte motivacional, de médicos y enfermeras, quienes en su gran mayoría manifestaron sentirse valorados bastante y totalmente en todos los ámbitos, reconociendo que mantener una armonía familiar, laboral y social, ayuda a una estabilidad emocional.

Refiriéndonos al **tipo de contrato**, se dice que la seguridad o estabilidad laboral tampoco parecería ser un aspecto estresante dentro del trabajo lo que les hace sentir menos presionados a aquellos médicos y enfermeras que de acuerdo a la investigación no poseen burnout, se puede atribuir a la seguridad de su formación, experiencia y capacidad lo que les hace pensar que podrían ubicarse fácilmente en otro empleo, o de la demanda laboral existente, esto especialmente a los profesionales que no poseen un contrato estable,

Enfocándonos al **tipo de pacientes** se dice que los profesionales atienden pacientes acorde con su especialidad, lo que no sería un factor estresante por cuanto ellos ya están familiarizados con la sintomatología, seguimiento y tratamiento de las enfermedades.

De acuerdo a los **pacientes con riesgo de muerte**, el tener un mayor número de pacientes con riesgo de muerte se puede decir que sea una causal para poseer estrés, ya que se enfrentan a una gran responsabilidad como profesionales, y para ello es necesario adquirir estrategias adecuadas de afrontamiento con el fin de mantener un equilibrio emocional, el porcentaje de médicos y enfermeras que tienen pacientes con riesgo de muerte es mucho menor que los que tienen pacientes en riesgo, lo que indica que no es determinante la situación de tratar con pacientes en riesgo de muerte para obtener el síndrome

En lo concerniente a **pacientes fallecidos** de acuerdo a las encuestas realizadas, los profesionales presentan un porcentaje mínimo de pacientes fallecidos durante el ejercicio de su labor, el hecho mismo de que posean un nivel bajo en ésta situación ayudaría

positivamente a que no se presente el síndrome, ya que la tranquilidad pocos decesos dotaría de mayor estabilidad emocional a los profesionales.

Es necesario reconocer que **la satisfacción** personal y profesional es mayor en profesionales que no presentan burnout, aspecto que indica que al sentirse satisfecho con su experiencia afrontaría de mejor manera situaciones estresantes, ya que la satisfacción es un aspecto preponderante para sentir una realización personal y confianza plena en relación al ejercicio óptimo de su profesión, en el enfoque de la satisfacción económica se puede percibir que mientras más satisfacción se tenga con este aspecto menos estrés o preocupación sentirá el profesional, haciendo que al tener seguridad económica se obtenga también niveles de tranquilidad y bienestar para ejercer más adecuadamente la labor profesional. Son factores que están involucrados directamente en la vida de las personas.

Al considerar el **Cuestionario de Salud Mental** es menester valorar las repuestas por cada investigado, para identificar el estado de salud mental y la presencia de los síntomas psicosomáticos, ansiedad, disfunción social, depresión.

En lo que concierne a los **síntomas psicosomáticos** al establecer el estudio se puede observar que existe un bajo porcentaje de profesionales con éstos síntomas y un porcentaje mucho más elevado de no presencia de los mismos, situación que sugiere que se tenga o no el síndrome, los síntomas psicosomáticos estarán siempre presentes en todos los profesionales ya sea por cansancio, preocupación, situaciones que salen de su control etc. sin que esto indique de forma preponderante que tengan burnout.

A si mismo según estudios obtenidos podemos manifestar que la ansiedad es un sentimiento universal, que al presentarse en un grado moderado sirve como un mecanismo adaptativo, ayuda al individuo a enfrentarse a determinadas situaciones, a tener iniciativas y le preparan para la acción, frente a éste aspecto se ve que el porcentaje de profesionales que no poseen ansiedad es más alto en comparación con los que si padecen estos síntomas.

Interpretando esto se podría decir que los aspectos de ansiedad estarán presentes en los profesionales de la salud, y que al saberlos manejar de forma correcta estos no llevarían al sujeto a desarrollar el burnout.

Los profesionales sanitarios son proclives a la depresión, por exigencias y sobre carga laboral, las responsabilidades clínicas y la pérdida de calidad de vida; la depresión en los profesionales con estrés laboral interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona y su normal desenvolvimiento, es importante señalar con toda claridad que en los médicos investigados no existe depresión, aspecto que fue categorizado en un 100% de los profesionales dentro de la investigación.

De acuerdo a los resultados del cuestionario (BRIEF-COPE), tanto en médicos como en las enfermeras, los mecanismos que más sobresalen en porcentajes altos son: la aceptación, en donde trata de ver las adversidades como un suceso propio de la vida, el replanteamiento positivo, teniendo la concepción de que toda experiencia buena o mala se la debe tomar como un aprendizaje, el afrontamiento activo, realizando actividades que le ayuden a disminuir la tensión adquirida, la planificación, en cambio ayuda a organizar y mantener una disciplina para llevar a cabo estrategias que ayuden a mejorar situaciones estresante y la religión, en cierta forma algunos lo ven como una vía muy eficaz para rebajar situaciones tensas y estresantes por medio de la espiritualidad los mecanismos con un menor porcentaje está el humor, es una muy buena terapia para la liberación del estrés, y auto- inculpación, no es tan beneficioso por cuanto se encamina a una profundización del problema, la autodestrucción, las actividades recreativas, disipan la concentración en el problema, apoyo emocional/instrumental, buscar las personas adecuadas que encaminen positivamente las vivencias estresantes, desahogo, descargar sentimientos generados por el malestar emocional presente, la negación y retirada de comportamiento, y en el nivel más bajo es el consumo de sustancias. Ingerir medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, con el ánimo de desprenderse de la situación o en su defecto sentirse más fortalecido para afrontarlo.

La utilización adecuada de estrategias y mecanismos, que en cierta forma coadyuven a sobrellevar las circunstancias estresantes que aparecen con frecuencia en el ejercicio de ésta profesión es de gran utilidad ya que contribuye a mantener el equilibrio emocional de los profesionales. Como referencia de los resultados tenemos que el apoyo afectivo como amor y cariño hacia los profesionales de la salud, es un pilar fundamental dentro de ellos, ya que en su mayoría manifiestan que a través del vínculo afectivo, tratan de reforzar su autoestima con la construcción de una percepción más positiva, y favorable para el desenvolvimiento de sus obligaciones.

Así mismo la importancia de contar con una red de apoyo social radica no sólo en que permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también se ha vinculado estrechamente a bienestar psicológico. El contar con un buen círculo de apoyo social permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe excelente comunicación interpersonal, puede modular los efectos negativos del estrés como sobre la salud. Es importante enfatizar en la necesidad del tiempo dedicado a actividades de esparcimiento, a fortalecer el amor por el trabajo y las relaciones interpersonales, así como compartir con la familia ya que esto favorece los estilos de vida saludables y constituye factores protectores para el desarrollo del síndrome de burnout

El cuestionario de Personalidad, sirve para evaluar rasgos de la personalidad y algunos aspectos que la componen como Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo, Sinceridad, de acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación el puntaje más alto dentro de las sub-escalas evaluadas recayó en la extroversión, lo que significa que son sociables, mantienen un círculo social fluido, y se muestran abiertos al cambio, en donde el sujeto comparte más, dialoga más, expone más sus necesidades, lo que ayudaría a desarrollar en menor porcentaje el síndrome, seguido de la sinceridad que busca tener fiabilidad en las respuestas emitidas de deseabilidad social, el psicoticismo y neuroticismo está dentro de los porcentajes más bajos en cambio que en las enfermeras al igual q los médicos están en un alto nivel de extroversión lo que es en cierta forma favorable dentro del ambiente laboral, el neuroticismo y el psicoticismo está en un porcentaje más elevado que los médicos, estos aspectos no son tan favorables para los profesionales ya que rasgos de éste tipo pueden desmejorar el desempeño profesional, en éste caso la sinceridad está en último lugar, con relación a los médicos que se encuentra en niveles altos, tomando en cuenta que éste es necesario ejercer en todo nivel para de ésta manera no poseer cargas emocionales que actúen en la persona en forma negativa.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES:

Tomando en consideración el objetivo principal de la investigación, se logró determinar el nivel de burnout existente en los profesionales de la salud del Centro de Atención Ambulatoria Central Loja.

- De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación se evidencia que ningún profesional posee el síndrome del burnout, reconociendo que los componentes de éste síndrome no alcanzó el porcentaje necesario en los participantes es decir el agotamiento emocional y despersonalización, están dentro de un rango medio - bajo y la realización personal presenta un porcentaje alto,
- Se determinó también que el estado de salud mental de los profesionales está en parámetros normales, a pesar de la presión, responsabilidad y problemática laboral ellos gozan de una estabilidad mental, situación que se evidencia por los resultados alcanzados en su nivel de desempeño y manejo ante situaciones difíciles y estresantes.
- Los modos de afrontamiento que los profesionales de la salud practican ante situaciones adversas o estresantes son en un mayor porcentaje positivas, ya que se encaminan en acciones proyectadas a reducir la fuente del estrés, y mientras más enriquecedoras y constantes sean las estrategias de afrontamiento, mayores serán las posibilidades de enfrentar y de extinguir la tensión laboral que puede originar el estrés, redundando en beneficio del profesional y su entorno.
- Se identificó también los rasgos de personalidad presentes en los investigados, aspectos que denotan patrones conductuales, tomando en cuenta los resultados obtenidos, dentro de los factores valorados, en los profesionales, la extroversión alcanzó un mayor nivel, muy pocos con grado de neuroticismo, y psicoticismo, aspectos que influían en el hecho de poseer o agravar el síndrome, y la sinceridad en el caso de los médicos obtuvo un nivel mayor en contraste con las enfermeras que lo posicionaron en un nivel bajo.
- Podemos concluir que la presente investigación se constituye como una experiencia constructiva y enriquecedora para quienes fuimos parte de ella, como futuros profesionales de la salud mental, al inmiscuirnos en el tema planteado nos permitió conocer más profundamente sobre el fenómeno que actualmente está afectando a la

sociedad y especialmente a los profesionales de la salud como es el síndrome del burnout

7.2. RECOMENDACIONES:

Con los datos analizados, los resultados y las conclusiones obtenidas en este trabajo se corrobora que en el síndrome de *burnout* están implicados factores personales, laborales y sociales, por tal motivo, las recomendaciones irán en base a la prevención del síndrome del burnout:

- Se recomienda a los directivos que por medio del departamento de recursos humanos realice un plan de capacitación anual, en donde prevalezca temáticas relacionadas con la salud mental, estrés laboral.
- Impulsar campañas educativas-formativas en torno a la problemática del síndrome de Burnout, su prevalencia, sus implicaciones laborales y las repercusiones en la salud. ya que es un fenómeno que actualmente está en aumento en los profesionales de la salud.
- Implementar la utilización del MBI como instrumento para la detección temprana del síndrome tanto en los profesionales recién vinculados como en los antiguos como un medio preventivo.
- A los directivos, que mantengan un buen ambiente laboral, dotando de recursos y adecuaciones necesarios, propiciando que los profesionales tengan un bienestar al momento de desempeñar sus funciones, ya que el lugar de trabajo también influye en la aparición del estrés. La decoración, la arquitectura, e incluso el silencio pueden aportar un ambiente tranquilo, estable, equilibrado que favorezca el trabajo.
- Implementar el empleo de estrategias, de afrontamiento de situaciones adversas o negativas generadoras de estrés, de forma individual, grupal y organizacional, con el fin de prevenir el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo.
- Fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y directivos, que ofrezca apoyo emocional. Como también crear espacios de recreación y compartimento institucional.

- Que las instituciones de salud doten de recursos o instrumentos necesarios para la evaluación periódica de los profesionales, con el fin de detectar a tiempo posibles síntomas estresantes y combatirlos pertinentemente.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. **AYUSO JOSÉ, SAIS JERÓNIMO** (1981) *Las Depresiones*, Ediciones Interamericana, pág., 23.
2. **BARONA, MOREY, M.** (2012) Síndrome del Burn-out en la docencia desde la perspectiva rogarían, (tesis inédita de pregrado) Politécnica Universidad Católica del Ecuador. Quito
3. **CALDERÓN, VILLOTA, D.** (2010). Ansiedad y depresión en médicos residentes con síndrome de burnout, en hospital de niños Baca Ortiz, del Distrito Metropolitano de Quito durante el año 2010. (tesis inédita de pregrado) Politécnica Universidad Católica del Ecuador. Quito
4. **DE RIVERA, LUIS**, (2010) Los síndromes del estrés. Editorial Síntesis.
5. **KIRSTA, ALIX**, Superar el estrés, (1997) Editorial, Phil Wilkinson,
6. **LOPEZ, ALFONSO**, (2002) Guía Práctica de la Salud Mental, Editorial, CCS,
7. **NUÑEZ, MIGUEL**,(2006) Como vivir con equilibrio y control, Asociación Casa Editora Sudamericana.
8. **OSUNA, EDGAR, FLORIDO, CARLOS** (2005) El insomnio, Editorial Intermedio,
9. **ROBLES HUMBELINA, PERALTA MARÍA**(2007) Programa para el control del estrés. Ediciones Pirámide.
10. **TIBANLOMBO, ILLANES, E.** (2012) Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el hospital Carlos Andrade Marín en Quito-hospital del paso en Orellana. (Tesis de pregrado en Psicología) Disponible en el Repositorio U.T.P.L.
11. **Medina, Benitez, K.** (2012) Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Área de Neonatología del Hospital Regional Docente de Riobamba en la provincia de Chimborazo (Tesis de pregrado en Psicología) Disponible en el Repositorio U.T.P.L.
12. **ZALDIVAR. DIONISIO**, (1996) Conocimiento y dominio del estrés, Editorial Científico Técnica

PAGINAS ELECTRÒNICAS

1. El estrés Gaeta, Alonso, sf, monografías, consultado el 28 de noviembre de 2013 en <http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml>
2. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151861482003000100002&script=sci_artte
3. <http://www.monografias.com/trabajos14/estres/estres.shtml#ANTECED>
4. http://www.alergiaspr.org/pacientes/documentos/alergias_estres.html

5. <http://www.monografias.com/trabajos88/estres-psicosocial/estres-psicosocial.shtml#factorespa>
6. <http://www.psicologia-online.com/pir/los-estresores-cotidianos-y-los-estresores-biogenicos.html>
7. <http://evaluacioninstitucional.idoneos.com/index.php/345428>
8. http://www.utchvirtual.net/recursos_didacticos/documentos/salud/estres-laboral.pdf
9. <http://www.cepvi.com/articulos/estres4.shtml>
10. <http://medicablogs.diariomedico.com/reflepciones/2010/12/09/el-estres-y-sus-consecuencias/>
11. <http://www.tgrajales.net/mbivalidez.pdf>

INVESTIGACIONES REALIZADAS

1. <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi14/psico/1.pdf>
2. <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/266/13208305.pdf?sequence=1>
3. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1668-70272008000100001
4. <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>

9.- ANEXOS.



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL
IESS SEGURO DE SALUD CENTRO A. A. CENTRAL LOJA

DOCTOR
RAMIRO GUERRERO CUEVA
DIRECTOR DEL CENTRO DE A.A. CENTRAL IESS LOJA

CERTIFICA:

Que, **ROSA NATALIA ABAD JIMENEZ** con C.I. 1103571202, ha realizado las encuestas concernientes al trabajo de investigación propuesto por la escuela de psicología de la U.T.P.L "IDENTIFICACIÓN DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y FACTORES RELACIONADOS CON ÉSTE FENÓMENO, EN EL ECUADOR" en el **CENTRO DE A.A. CENTRAL IESS LOJA**.

Esta investigación realizó la estudiante Rosa Abad, como requisito para la obtención de su título profesional, situación que no compromete a la Institución en ningún aspecto de relación laboral.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, autorizando a la interesada hacer uso del mismo en lo que estime conveniente.

Loja, 25 de octubre del 2012



Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
CENTRO A.A. CENTRAL LOJA

Dr. Ramiro Guerrero Cueva

Dr. Ramiro Guerrero Cueva
DIRECTOR DEL CENTRO DE A.A. CENTRAL IESS LOJA

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 Cardíacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2.1

**UNIVERSIDAD 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.

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

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

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

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 2.5.
UNIVERSIDAD 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 si 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 está pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

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