



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el subcentro de salud de Celica y centro de salud N° 8 de Catacocha”

Trabajo de fin de titulación

AUTOR:

Bravo Cabrera, Leoncio Iván

DIRECTORA:

Maldonado Rivera, Ruth Patricia, Dra.

Centro Universitario: Celica

2012

CERTIFICACIÓN

Dra. Ruth Maldonado.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

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

.....

Loja, agosto de 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Leoncio Iván Bravo Cabrera declaro ser autor del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Leoncio Iván Bravo Cabrera
1104143126

AUTORÍA

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

.....

Leoncio Iván Bravo Cabrera

1104143126

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo no hubiera sido posible sin la colaboración de todas las personas a quienes quiero agradecer sinceramente.

Al personal médico y administrativo de los centros de salud de Celica y Catacocha, que participaron al contestar los cuestionarios.

A los asesores (Mg. Ruth Maldonado - Mg. Rocío Ramírez) que acompañaron este proceso y a mi familia por su apoyo incondicional.

DEDICATORIA

A Dios por brindarme la oportunidad y la dicha de la vida, al brindarme los medios necesarios para continuar mi formación, y siendo un apoyo incondicional para lograrlo ya que sin él no hubiera podido.

A mi familia que me acompañaron a lo largo del camino, brindándome la fuerza necesaria para continuar y así mismo ayudándome en lo que fuera posible, dándome consejos y orientación, estoy muy agradecido especialmente al padre Jesús por su apoyo incondicional gracias.

A mi hijo Emilio que ha sido mi inspiración y la mayor razón para continuar.

ÍNDICE

| | |
|--|-----|
| CERTIFICACIÓN..... | ii |
| ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO..... | iii |
| AUTORÍA..... | iv |
| AGRADECIMIENTOS..... | v |
| DEDICATORIA..... | vi |
| ÍNDICE | vii |
| 1. RESUMEN..... | 1 |
| 2. INTRODUCCIÓN..... | 2 |
| 3. MARCO TEÓRICO..... | 5 |
| CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT. | 5 |
| 3.1 DEFINICIÓN | 5 |
| 3.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT. | 8 |
| 3.3 DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEL BURNOUT. | 15 |
| 3.4 POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT..... | 17 |
| 3.5 FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT. | 19 |
| 3.6 CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT... | 21 |
| 3.7 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT..... | 23 |
| CAPÍTULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN. | 25 |
| 3.8 BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES..... | 25 |
| 3.9 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD. | 28 |
| 3.10. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO..... | 29 |
| 3.11. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL..... | 30 |
| 3.12. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD. | 32 |
| 4 METODOLOGÍA..... | 37 |
| 4.1 Tipo de investigación..... | 37 |
| 4.2 Población y muestra | 38 |
| 4.3 Instrumentos..... | 38 |
| 4.4. Recolección de datos | 39 |
| 5 RESULTADOS OBTENIDOS | 41 |

| | | |
|-----|--|----|
| 5.1 | Caracterización Sociodemográfica | 41 |
| 5.2 | Resultados en las subescalas del Burnout | 54 |
| 5.3 | Salud mental | 56 |
| 5.4 | Estilos de afrontamiento | 58 |
| 5.5 | Apoyo Social | 61 |
| 5.6 | Personalidad | 63 |
| 6 | DISCUSIÓN DE RESULTADOS | 65 |
| 7 | CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES | 71 |
| 7.1 | CONCLUSIONES | 71 |
| 7.2 | RECOMENDACIONES | 73 |
| 8 | BIBLIOGRAFÍA | 74 |
| 9 | ANEXOS | 77 |
| | Cuestionario Sociodemográfico y Laboral | 78 |
| | CUESTIONARIO DE MBI | 80 |
| | Cuestionario (GHQ-28) | 81 |
| | Cuestionario BRIEF-COPE | 83 |
| | CUESTIONARIO DE AS | 84 |
| | CUESTIONARIO EPQR-A | 85 |
| | Glosario | 86 |
| | Certificaciones de las Instituciones | 89 |

1. RESUMEN

Nuestro estudio tuvo como finalidad identificar la prevalencia del Síndrome Burnout y los factores asociados a éste, en médicos y enfermeras en los Hospitales públicos de los cantones de Celica y Catacocha (Loja-Ecuador).

La prevalencia del Síndrome Burnout se encontró en el 3.2% del total de la muestra de médicos y enfermeras y un 13% se encuentra propenso a desarrollarlo, si no se toman medidas preventivas. Existe incidencia para la posible presencia del síndrome con las variables relacionadas a: sexo femenino, ser nuevo en su profesión, estado civil, menos de 5 años laborando, baja motivación laboral, baja satisfacción laboral. Al parecer los niveles de Burnout no guardan relación con los factores de personalidad. El número de horas de trabajo diario, tiempo de esparcimiento, círculo social y modos de afrontamiento no inciden directamente con la presencia del síndrome.

Para el hombre estar casado parece ser un factor de protección, no así para la mujer pues en ella se incrementa su fragmentación personal por los requerimientos de sus roles múltiples sobre todo en un ambiente laboral difícil y sin el adecuado apoyo.

2. INTRODUCCIÓN

Ya sea por experiencia propia, o al fijarnos en lo que sucede en nuestro entorno, podemos darnos cuenta que el estrés forma parte de nuestras vidas de tal modo que se le puede considerar como «el malestar de nuestra civilización», afectando a nuestra salud y al bienestar personal así como a la satisfacción laboral y social.

El síndrome "Burnout" es un término inglés que significa "quemadura" en nuestro lenguaje se lo reconoce como: "agotamiento mental", "estrés laboral", "fatiga laboral", "fatiga profesional", "estrés emocional", "fatiga del trabajo", o " desgaste profesional". Quiroz y Saco, (1999).

Ya Freudenberguer, en el año 1974 se refirió por primera vez al "Síndrome Burnout", no obstante Cristina Maslach (1976) fue quien primero hizo público este término para referirse a una situación cada vez más frecuente entre trabajadores de los servicios humanos que por el ambiente de su trabajo debían mantener un contacto directo y prolongado (diariamente) con las personas, agotándose profesionalmente después de meses o años de dedicación.

Nos hemos permitido una revisión exhaustiva de las diversas investigaciones relacionadas a la temática y a los problemas de investigación que motivan nuestro estudio.

Como lo menciona Robinson S. E. (1991), ya desde hace algunas décadas se viene estudiando al Síndrome Burnout en todos los trabajadores de servicios humanos: bomberos, brigadistas, profesores y últimamente se van haciendo mayores investigaciones en trabajadores de salud.

Cuando los profesionales de salud se ven afectados por el Síndrome Burnout comienzan a mostrarse irritables, faltan a su trabajo, disminuye la calidad de atención, presentan desorden en el sueño y otros síntomas, que pueden inducirlos al consumo de alcohol, a la automedicación con psicofármacos o al consumo de drogas. Es obvio que este problema no está limitado al centro laboral, sino que, también repercute en el entorno familiar y en las relaciones interpersonales en general.

Al síndrome del Burnout en el personal de la salud, se le relaciona con el exceso de trabajo, pocas vacaciones, trabajos que exigen mucha tensión como por ejemplo en

cuidados intensivos, emergencia, centro quirúrgico, demasiadas horas de trabajo directo con los pacientes, trabajar con pacientes con alto riesgo de contagio como por ejemplo el SIDA, rutina en el trabajo, estilos de vida poco saludables, falta de recreación y esparcimiento, poca satisfacción en el trabajo, baja motivación laboral, baja autoestima, personalidad anancástica, problemas familiares, sexo femenino, estar sobre los 45 años, pobre soporte familiar y social (Martínez A. 1997 , Masuko E. et ál. 1989) citado por Quiroz R., Saco S.

Para Wether W. y Heith D (1993), algunos de los factores de desmotivación serían: el aburrimiento, la falta de interés, el ausentismo, los bloqueos mentales, bajas oportunidades en el trabajo y la falta de estímulos.

El principio del estrés se relaciona con la presión del tiempo en el trabajo; la insatisfacción se asocia a las relaciones con los pacientes y los compañeros de trabajo; los altos niveles de estrés ocupacional se relacionan con menor satisfacción en la práctica profesional; una alta satisfacción en el trabajo se relaciona con menores estresores específicos del trabajo y con actitudes más positivas hacia los cuidados de la salud; existe una presión adicional en las mujeres dedicadas a las labores de la casa (Wagner L.T. Jason L.A. 1997) citado por Quiroz R., Saco S..

En cuanto a los factores de riesgo para sufrir este Síndrome se consideran factores individuales tales como: perfeccionismo, eliminación de sentimientos, asumir excesivas demandas, sentirse poco responsable e ineficaz, dificultades para tomar vacaciones, autoestima baja, personalidad obsesiva compulsiva, incapacidad para contar sus problemas particulares.

Es probable que sea más fácil que se desarrolle "Burnout" durante los primeros años de la carrera profesional, cuando las expectativas son más idealistas, en las mujeres (tal vez por una doble sobrecarga de trabajo profesional y familiar) y en las personas que no tienen pareja estable (quizás por la falta de apoyo familiar). Maslach y Jackson (1981) y Freudenberg y Nort (1985).

Por lo antes expuesto es clara la necesidad de realizar un estudio para determinar si los profesionales de salud de los Hospitales (MSP – IESS) de Celica y Catacocha, especialmente los médicos y las enfermeras que están en mayor contacto con los pacientes, sometidos a mayor estrés profesional , padecen el Síndrome Burnout , en qué grado y qué factores se asocian al mismo (sociodemográficos, personalidad, afrontamiento, salud, ayuda social), para proponer las medidas de intervención que

sean necesarias y prevenir o tratar dicha enfermedad profesional, en caso de identificarse la presencia del síndrome.

Nuestra investigación es de tipo cuantitativa ya que se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados; se va a observar los fenómenos en su ambiente natural sin manipular variables por tanto es de tipo no experimental; es de tipo transversal por el hecho de analizar las variables en un tiempo específico; también se caracteriza por ser un estudio exploratorio y descriptivo.

En nuestra investigación específicamente nos hemos propuesto: identificar el nivel de Burnout en los profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en los centros de salud de los cantones de Celica y Catacocha, identificar las variables socio-demográficas como factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras en estos centros de salud, determinar el estado actual de la salud mental de estos profesionales, identificar el apoyo social procedente de la red social, conocer los modos de afrontamiento de los profesionales de la salud ante situaciones adversas, e identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de estas instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer Burnout.

3. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT.

3.1 DEFINICIÓN

Para poder definir al "Burnout", es necesario considerar los valiosos aportes por parte de los autores más destacados en la temática.

Como punto de referencia consideramos a Freudenberger (1974), como el pionero en dar una definición al término "Burnout", este lo concibe como una "sensación de fracaso y agotamiento que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador", años más tarde lo va a identificar con la idea de quemarse o consumirse.

En 1978, Pines y Kafry dan su aporte a la definición de burnout al considerarlo "como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal".

Cherniss (1980), lo define como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en quienes realizan trabajos frustrantes o tienen excesivas demandas".

Edelwich y Brodsky (1980), consideran al Burnout "como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo".

Por su parte Gillespie (1980), diferencia dos tipos de Burnout: burnout activo, que se caracterizaría por el mantenimiento de una conducta asertiva, y burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría que ver, fundamentalmente, con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relacionaría con factores internos psicosociales.

Según Maslach y Jackson (1982), el burnout es un síndrome caracterizado por tres dimensiones: 1. agotamiento emocional, 2. despersonalización y 3. disminución del sentido de realización personal. El agotamiento emocional se refiere al vaciado de los recursos personales, junto con la sensación de que uno ya no tiene nada que ofrecer

psicológicamente a los demás. Por despersonalización entienden el desarrollo de una actitud negativa e insensible hacia las personas con quienes se trabaja. El tercer aspecto del burnout es la percepción de que los logros profesionales quedan por debajo de las expectativas personales y supone una autocalificación negativa.

Farber (1984) citado por María Laura García Domench (2012) define el burnout como "manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas" (p. 326). Según este autor las estrategias de afrontamiento inadecuadas actuarían como mediadoras entre los eventos estresantes y las manifestaciones de agotamiento emocional y físico. Haciendo especial hincapié en los trabajos de "servicios humanos"

Shinn, Rosario, March y Chestnut (1984), citado en Nnrique, J., et al. (2005), entienden el burnout como "tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos" (p. 865), asentándose cada vez más el estrés laboral como antecedente necesario para la aparición del síndrome.

García Izquierdo (1991), también citado en Nnrique, J., et al. (2005), señala al burnout como característico de profesiones de "servicios humanos", y lo entiende como consecuencia de un prolongado y creciente estrés laboral y, por tanto, sería equiparable a la tensión que un individuo siente como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo genera, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral.

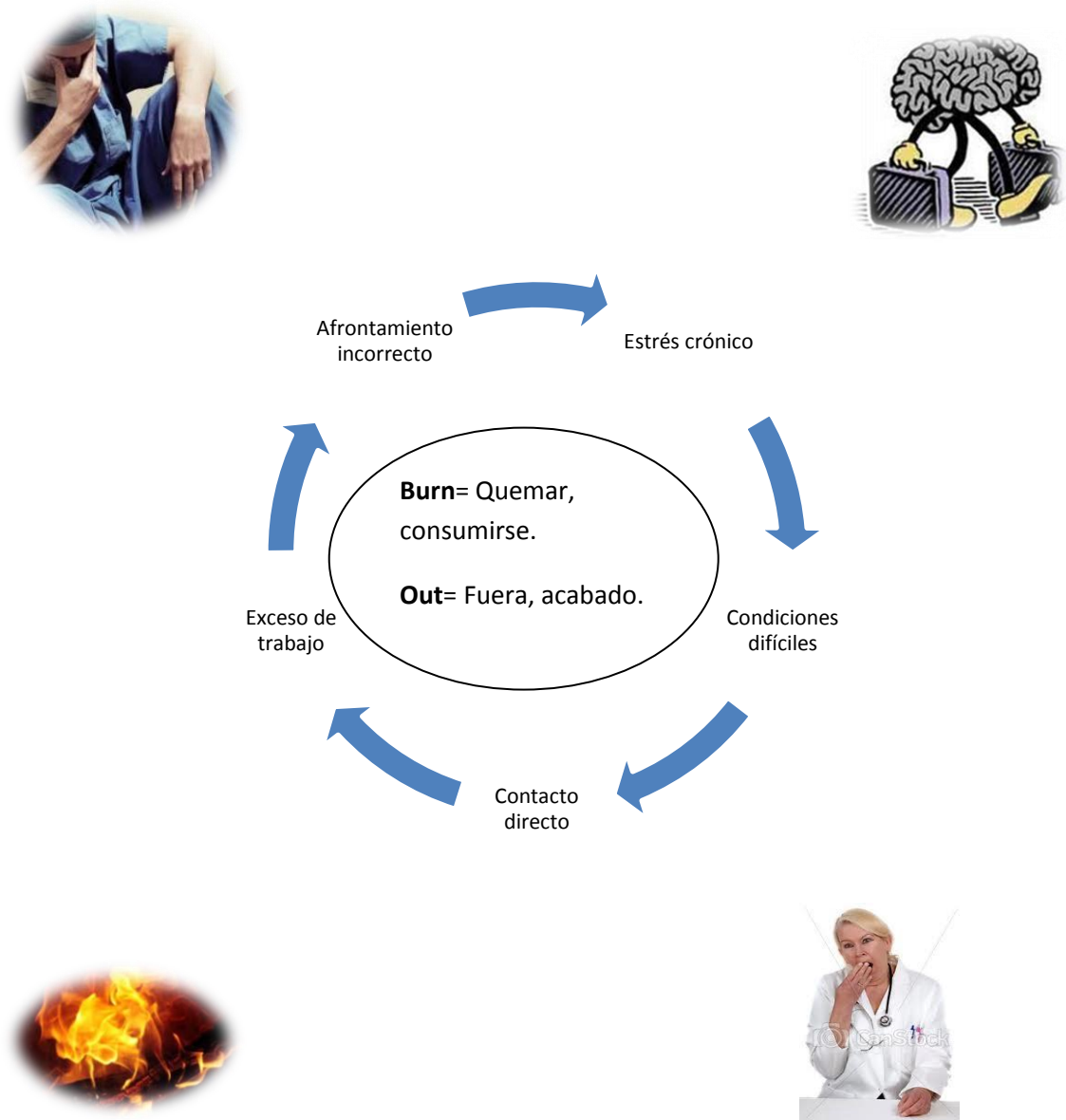
Para Ganster y Schanbroeck (1991), "el burnout es de hecho un tipo de estrés, una respuesta afectiva crónica como consecuencia de condiciones estresantes del trabajo que se dan en profesiones con altos niveles de contacto personal" (p. 236).

Moreno y Oliver (1993) consideran que el burnout "sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él" (p. 163).

Lo cierto es que no existe una definición única de lo que es el Síndrome Burnout, sin embargo existe consenso entre los estudiosos del tema al considerar que este síndrome aparece en el individuo como respuesta al estrés crónico, que surge al

trabajar bajo “condiciones difíciles” en contacto directo con los usuarios, clientes o pacientes, haciendo especial referencia a quienes trabajan en servicios de ayuda humana. Las consecuencias se manifiestan en: absentismo laboral, huelgas, abandono del puesto de trabajo, despidos, jubilaciones anticipadas, etc., consideradas muy negativas para la persona y para la organización.

Gráfico 1. Burnout ¿Qué es?



Gráf. 1: El burnout es una respuesta al estrés crónico, fruto del exceso de trabajo, contacto directo con personas, trabajo en condiciones difíciles y afrontamiento incorrecto frente al estrés, lo cual desemboca en baja realización personal, despersonalización y agotamiento emocional.

3.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.

Gil Monte y Peiró (1997), basan la clasificación de los modelos explicativos del Burnout en cuatro tipos de líneas de Investigación: 1) Teoría Sociocognitiva del Yo; 2). Teoría del Intercambio Social; 3) Teoría Organizacional y 4) Teoría Estructural. Esta clasificación constituye una de las más utilizadas actualmente en las investigaciones referidas al Burnout.

Analizamos a continuación cada una de las líneas de investigación propuestas por Gil Monte y Peiró.

3.2.1 Modelos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

Dentro de los modelos basados en la Teoría sociocognitiva del Yo tenemos: 1). El Modelo de Competencia Social de Harrison (1983); 2) El Modelo de Pines (1993); 3). El Modelo de Cherniss (1993) y 4). El Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

3.2.1.1 Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)

Para Harrison tiene gran importancia la competencia y eficacia percibida, explica la "competencia percibida" como función del síndrome burnout. Muestra que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un alto grado de motivación y generosidad para auxiliar a los demás, pero ya en el lugar de trabajo habrá elementos que serán de ayuda o por el contrario obstaculizarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán provechosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. No obstante, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá. Si estas condiciones se llegasen a prolongar en el tiempo puede surgir el síndrome de burnout. Entre los factores de ayuda y de barrera se señalan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, entre otros.

3.2.1.2 Modelo de Pines (1993)

Para Pines, el Burnout se hace presente cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estas personas le dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo quienes manifiestan alta motivación y altas expectativas tienden a quemarse.

Un individuo con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome de burnout. Es así que, al síndrome burnout lo explica como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas. Entonces el burnout sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado reducida drásticamente.

3.2.1.3 Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)

Según el modelo de Cherniss, el logro independiente y exitoso de las metas aumenta la eficacia del sujeto. No obstante, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir, a una disminución de la autoeficacia percibida y, por consiguiente, al desarrollo del Burnout. Por otra parte, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout, debido a que experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; y piensan que pueden afrontarlas con éxito.

3.2.1.4 Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

Según Thompson, Page y Cooper, cuatro factores estarían implicados en la aparición del Burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel primordial en ese proceso. Estos cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto; 2) El nivel de autoconciencia; 3) Las expectativas de éxito personal, y 4) Los sentimientos de autoconfianza. Estos autores plantean que tras repetidos fracasos en el logro de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o

conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como finalidad reducir las discrepancias observadas en la consecución de los objetivos en el trabajo.

3.2.2 Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Los modelos basados en las teorías del intercambio social proponen que cuando el individuo establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A raíz de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que sobrellevaría a aumentar el riesgo de sufrir Burnout. Entre estos modelos tenemos 2: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)

3.2.2.1 Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)

Este modelo surgió con la finalidad de explicar la aparición del Burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de causa del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Según estos autores, existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social los cuales se detallan en el siguiente cuadro:

| | |
|--------------------------|--|
| La incertidumbre | Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. |
| La percepción de equidad | Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. |
| La falta de control | Se manifiesta como la capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo. |

Los autores de este modelo exponen que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por recelo a ser apuntados como incompetentes.

3.2.2.2 Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)

La proposición del modelo Conservación de Recursos es de tipo motivacional, se basa en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada conduce al estrés que, a su vez, puede producir el síndrome de Burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados, eliminando de este modo la vulnerabilidad a perderlos. Las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo". La idea esencial de este modelo es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. De este modo, el Burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el individuo invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera. Hobfoll y Freedy, proponen que la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; siendo este el principal indicador del Burnout.

3.2.3 Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se apoyan en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el síndrome Burnout. Dentro de Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional tenemos: el Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter, el Modelo de Cox, Kuk y Leiter, y el Modelo de Winnubst, a continuación una breve descripción:

3.2.3.1 Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)

Este modelo plantea una progresión secuencial en el tiempo, cuando se produce un componente del Burnout, este se concatenará al siguiente. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera etapa del Burnout, le seguiría la disminución de la realización personal y, finalmente, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), este modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -

pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. En la segunda fase, la persona desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), surge el Burnout. Las fases siguientes se caracterizarán por baja realización personal, lo cual conlleva al agotamiento emocional del sujeto.

3.2.3.2 Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)

Cox, Kuk y Leiter, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, manifiestan que el Burnout es un acontecimiento exclusivo que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión principal de este síndrome. La despersonalización por su parte es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal sería el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. Aquí también intervienen los distintos significados que el individuo le atribuye al trabajo o sus posibilidades frustradas en el ámbito laboral.

Estos autores también hacen alusión a la expresión "salud de la organización". Esto se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.) lo cual sería un antecedente del Burnout.

3.2.3.3 Modelo de Winnubst (1993)

Winnubst, propone que el Burnout, surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Lo que significa que la etiología del Burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Este autor, al igual que Golembiewski y cols (1983; 1986) plantea que el Burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y que el síndrome no era exclusivo en áreas de salud o de servicios de ayuda humanitaria.

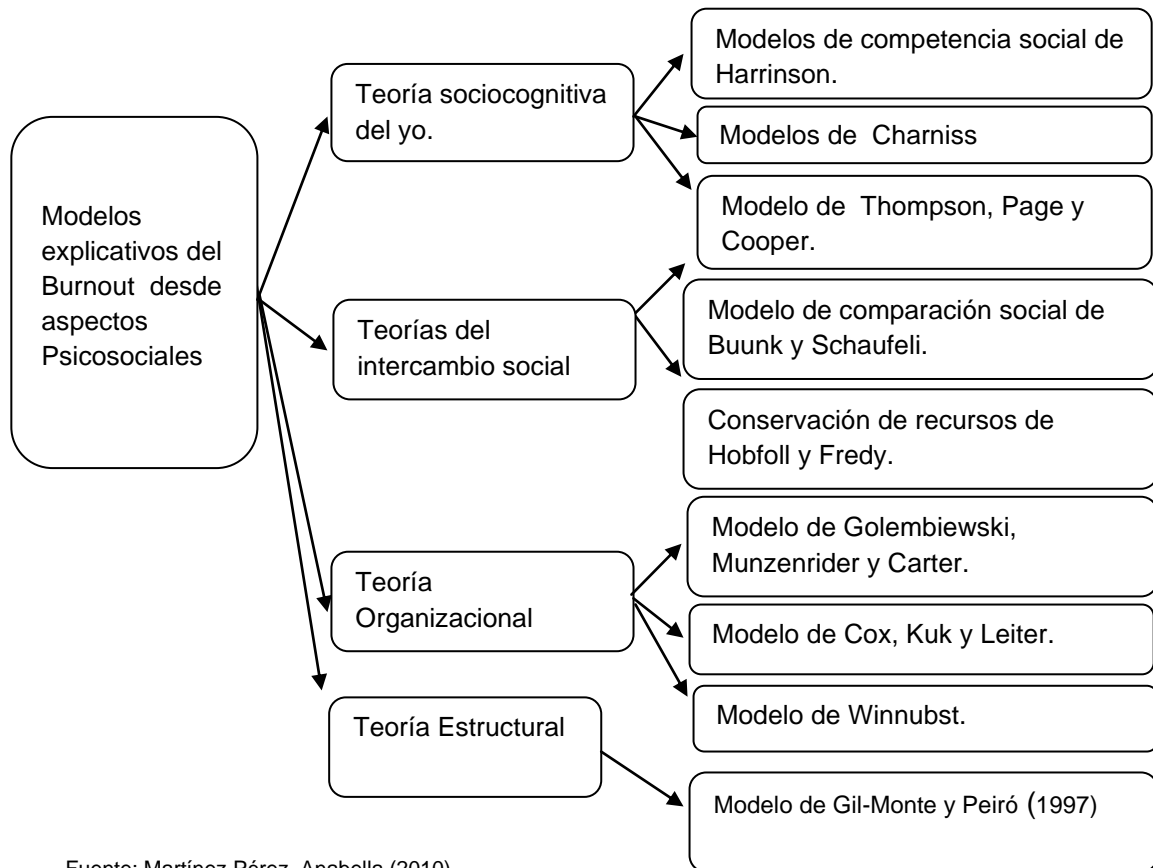
3.2.4 Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural

Estos modelos consideran los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la causa del Burnout de manera integral. Estos modelos plantean que el estrés es resultado de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del individuo, el principal modelo dentro de la Teoría Estructural tenemos el modelo de Gil-Monte y Peiró, el cual se lo describe a continuación:

3.2.4.1 Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

Para entender el Burnout este modelo considera las variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Propone que el Burnout es una respuesta al estrés laboral percibido y aparece como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante no es la correcta. Esta respuesta involucra una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc

Grafico 2 Modelos explicativos del Burnout



Fuente: Martínez Pérez, Anabella (2010).

Autor: Bravo L. 2012

3.2.5 Modelo Maslach y Leiter.

El modelo *Maslach y Leiter*, es el más aceptado por la comunidad científica internacional y acopia las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. Este modelo cuenta con tres componentes:

1. la experiencia de estrés.
2. la evaluación de los otros.
3. la evaluación de uno mismo

Utilizan como instrumento de evaluación el Maslach Burnout Inventory (MBI), para medir la frecuencia e intensidad del Burnout.

Aseguran que el Burnout es un síndrome psicológico constituido por el agotamiento emocional (componente de estrés que implica una incapacidad para obtener de uno

mismo los suficientes recursos emocionales necesarios para afrontar el trabajo); la despersonalización (este concepto está asociado a la evaluación de los demás en la que afloran sentimientos negativos de distanciamiento y cinismo con respecto a los demás) y una baja realización personal (aspecto relacionado con la evaluación negativa de uno mismo y con sentimientos de insatisfacción sobre el resultado de su trabajo). Lo primero que aparece en el sujeto es el cansancio emocional dando paso posteriormente a la despersonalización y a la baja realización personal.

3.3 DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DEL BURNOUT.

Manzano. G. y Ramos. F, afirman que la historia del síndrome de agotamiento profesional "Burnout", es reciente pero para nada nueva. Fue precisado por primera vez cuando se refirió a los profesionales denominados de "ayuda" cuya actividad va dirigida hacia otras personas, con las que mantienen fuerte y sostenido contacto directo.

En el siguiente cuadro podemos apreciar como ha sido concebido este síndrome a través del tiempo.

| Autor | Año | Como conciben al Burnout. |
|--------------------------|------------|---|
| McGrath | (1970) | "El estrés es un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuesta (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)." |
| Herbert Freudenberger | (1974) | "un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo". |
| Cristina Maslach | (1976) | Eligió el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados de california para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Maslach decidió emplear esta misma expresión por su gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo. |
| Chernis | (1980) | "Es un proceso en el que las actitudes y las conductas de |

| | | |
|-------------------|---------|--|
| | | los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral.” |
| Cox y Mackay | (1981) | “Este concepto se diferencia principalmente en relación a si es conceptualizado como un estímulo, una respuesta, una percepción o una transacción.” |
| Brill | (1984) | Es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, sin que antes haya tenido dificultades, pero ahora su satisfacción sólo la puede conseguir con una intervención externa, o por un cambio laboral. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente. |
| Maslach y Jackson | (1986) | Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. Agotamiento emocional se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. |
| Etzion | (1987), | Es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por qué sucedió. |
| Pines y Aronson | (1988) | “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”. |
| Peiró | (1993) | Se podrían distinguir seis bloques de variables: 1) variables ambientales, 2) características de la persona, 3) experiencia subjetiva, 4) respuestas del individuo, 5) resultados de las experiencias de estrés, y 6) consecuencias del estrés. |

| | | |
|-----------------|---------|---|
| | | |
| Leiter | (1992), | Distancia el Burnout del estrés laboral y lo define "como una crisis de autoeficacia". |
| Nagy y Nagy | (1992) | Señalan, por otra parte, que el concepto Burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral, señalando que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo. |
| Moreno y Oliver | (1993) | Retoman la relevancia del afrontamiento e indican que el Burnout "sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él. |
| Ayuso y López | (1993) | Lo entienden como "un estado de debilitamiento psicológico causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivo-afectivos" |

3.4 POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT.

Según los resultados de las diferentes investigaciones se puede notar que el Burnout afecta especialmente a aquellas profesiones caracterizadas por una relación constante y directa con seres humanos, más específicamente profesiones que mantienen una relación de ayuda: médicos, enfermeros, maestros, policías y otras que suponen una relación cercana e intensa con los beneficiarios del trabajo.

Entre las características de una persona sensible al Burnout tenemos: elevada autoexigencia, baja tolerancia al fracaso, necesidad de excelencia y perfección, necesidad de control, y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea. Lo cual permite que estas personas piensen que "sólo ellas, pueden hacer las cosas bien". Los factores asociados son insatisfacción marital, relaciones familiares empobrecidas, faltas de tiempo de ocio y poca actividad física, junto con insatisfacción permanente y sobrecarga en la agenda laboral. En suma, a quienes han desarrollado el síndrome de Burnout, les resulta casi imposible disfrutar y relajarse.

Además son vulnerables las personas víctimas de violencia intrafamiliar quienes generalmente adoptan, una conducta dependiente y demandante.

Según un artículo publicado en “El Psitio actualidad en Psicología” en julio del 2001, el estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables físicas, psicológicas y sociales. En el personal de salud inciden, especialmente, estresores como la escasez de personal, que supone sobrecarga laboral; trabajo en turnos; trato con usuarios problemáticos; contacto directo con la enfermedad, el dolor y, en casos extremos, la muerte; falta de especificidad de funciones y tareas, lo que supone conflicto y ambigüedad de rol; falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones; cambios tecnológicos violentos, etc.

Gil-Monte y Peiró, 1997, ofrecen una clasificación de esos estresores permitiendo identificar cuatro niveles: 1) en el *nivel individual*, la existencia de sentimientos de altruismo e idealismo lleva a los profesionales a implicarse excesivamente en los problemas de los usuarios, y convierten en un reto personal la solución de los mismos. Consecuentemente, se sienten culpables de los fallos, tanto propios como ajenos, lo cual provocará bajos sentimientos de realización personal en el trabajo y alto agotamiento emocional. 2) en el plano de las *relaciones interpersonales*, las relaciones con los usuarios y con los compañeros, de igual o diferente categoría, cuando son tensas, conflictivas y prolongadas, van a aumentar los sentimientos de quemarse por el trabajo. Asimismo, la falta de apoyo en el trabajo por parte de los compañeros y supervisores, o por parte de la dirección o de la administración de la organización son fenómenos característicos de estas profesiones que aumentan también los sentimientos de quemarse por el trabajo. 3) desde un *nivel organizacional*, los profesionales de la salud trabajan en organizaciones que responden al esquema de una burocracia profesionalizada. Estas organizaciones inducen a problemas de coordinación entre sus miembros, sufren la incompetencia de los profesionales, los problemas de libertad de acción, la incorporación rápida de innovaciones, y las respuestas disfuncionales por parte de la dirección a los problemas organizacionales. 4) por último, en el *entorno social*, se establecen como desencadenantes las condiciones actuales de cambio social por las que atraviesan estas profesiones (la aparición de nuevas leyes y estatutos que regulan el ejercicio de la profesión, nuevos procedimientos en la práctica de tareas y funciones, cambios en los programas de educación y formación, cambios en los perfiles demográficos de la población que requieren cambios en los roles, aumento de las demandas cuantitativa y cualitativa de servicios por parte de la población, pérdida de estatus y/o prestigio, etc.) Gil-Monte, P. R. (2000).

3.5 FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Desarrollo **etiológico**.- Dado que el síndrome de Burnout es un proceso multicausal y bastante complejo se proponen algunas causas, entre ellas cabe subrayar: aburrimiento y estrés, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, escasa orientación profesional y aislamiento.

A demás tenemos componentes personales premórbidos que aumentan la susceptibilidad personal, en el cual cobra interés: la edad, el sexo, variables familiares (armonía y estabilidad familiar), personalidad (competitivas, impacientes, muy exigentes, perfeccionistas); inadecuada formación profesional (excesivos conocimientos teóricos, escasa práctica, falta de autocontrol emocional, etc.); factores laborales o profesionales: medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo, etc. ; factores sociales: necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener un alto prestigio social y familiar y así un alto estatus social; factores ambientales: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos, entre otros.

Desarrollo **Clínico**.- Su aparición no es repentina, sino que surge de forma progresiva. Es un proceso cíclico, que puede repetirse varias veces a lo largo del tiempo, de modo que una persona puede experimentar los tres componentes varias veces en diferentes épocas de su vida y en el mismo u otro trabajo, estos tres componentes a los que nos referimos son.

1. Cansancio o agotamiento emocional: se caracteriza por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, etc.
2. Despersonalización.- es el centro de Burnout, consecuencia del fracaso frente a la fase anterior y la defensa construida por el sujeto para protegerse frente a los sentimientos de impotencia, indefinición, y desesperanza personal.
3. Baja realización personal.- aparece cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el individuo.

Se pueden verificar cuatro niveles clínicos de Burnout:

- 1 Leve.- quejas vagas, cansancio, dificultad para levantarse temprano.
- 2 Moderado.- cinismo, aislamiento, suspicacia, negativismo.

- 3 Grave.- enlentecimiento, automedicación con psicofármacos, ausentismo, aversión, abuso de alcohol o drogas.
- 4 Extremo.- aislamiento muy marcado, colapso, cuadros psiquiátricos, suicidios.

En cuanto a los síntomas se distinguen:

- Signos y síntomas físicos.- cefaleas sensoriales (dolores de cabeza), fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos.
- Signos y síntomas psíquicos.- falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, desasosiego, permanente estado de alerta, actitud reflexiva, irritabilidad, impaciencia, depresión, frustración, desesperanza, negativismo.
- Síntomas laborales.- sobreinvolucramiento, no comparten ni delegan trabajo, ausentismo laboral.

Fuente: (Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006)

El proceso de desarrollo del síndrome se estima desde la perspectiva evolutiva de la relación del sujeto con el medio laboral, a través de cuatro etapas:

- Fase de entusiasmo.- en las que el sujeto tiene unas expectativas irreales de lo que puede suceder.
- Fase de estancamiento.- presume una paralización tras la constatación de la realidad de las expectativas y una pérdida del idealismo y entusiasmo iniciales.
- Fase de frustración.- establece el inicio en sí del síndrome y se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional.
- Fase de apatía.- esta fase se caracteriza por indiferencia y falta de interés en la que se establece un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desprecio. Es decir, se consolidan los sentimientos de baja realización personal y el agotamiento emocional y se establece como estrategia negativa de afrontamiento la despersonalización.

3.6 CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT.

3.6.1 Características.

El síndrome *Burnout* envuelve cinco factores característicos comunes a todas las definiciones presentadas:

1. *Psicosomáticos*: Prevalen los síntomas disfóricos, y, sobre todo, el agotamiento emocional. (Fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, dolores musculares, pérdida de peso, etc.)
2. *Conductuales*: Predominan las alteraciones de conducta (conducta anormal o violenta, despersonalización de la relación con el cliente, ausencia laboral, abuso de drogas).
3. *Físicos*: Se suelen dar síntomas físicos de estrés psicofisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas reductoras de la ansiedad secundaria, como son las conductas adictivas, que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida.
4. *Inadaptación*: Se trata de un síndrome clínico laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente "normales".
5. *Bajo rendimiento*: Se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional.

El síndrome Burnout, acumula una serie de respuestas a situaciones de estrés que suelen provocar la "tensión" al interactuar y tratar frecuentemente con otras personas. Los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome.

3.6.2 Consecuencias Del Burnout

Las experiencias de estrés provocan en la persona que lo padece respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas actúan como intermediarias en la relación estresor-salud. En las consecuencias del estrés

asociadas al *burnout* podemos diferenciar las orientadas al propio individuo y las que orientadas a la organización.

3.6.2.1 Consecuencias para el individuo

Individualmente producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera de su trabajo.

Para Gil-Monte y Peiró (1997) las consecuencias a nivel individual se identifican con una sintomatología que integran cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos. En los índices emocionales tenemos: sentimientos de soledad, sentimientos de alienación, ansiedad, sentimiento de impotencia y sentimientos de omnipotencia. En los índices actitudinales tenemos: no verbalizar, cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia. En las manifestaciones conductuales tenemos: agresividad, aislamiento, cambios bruscos de humor, irritabilidad. En cuanto a las manifestaciones psicosomáticas tenemos: *Algias* (Como: dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores cervicales y de espalda, dolor de estómago y jaqueca), *neurovegetativas* (Como: taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos), *fenómenos psicosomáticos tipificados* (Como: crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal, diarrea), *otras manifestaciones*: (como: Catarros frecuentes, mayor frecuencia de infecciones, fatiga, alteraciones menstruales e insomnio).

Al hablar de las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extra-laborales, Maslach (1982) apunta que las repercusiones del *burnout* no terminan cuando el sujeto deja su trabajo, por el contrario afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación. El agotamiento emocional les impiden aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados, lo que repercute en sus relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los sentimientos, puede repercutir en la familia. En todo caso, se ha demostrado la relación significativa entre el *burnout* y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo.

3.6.2.2 Consecuencias para la organización

Entre las principales consecuencias que repercuten en la organización podemos anotar: Disminución de la satisfacción laboral, elevación del absentismo laboral, abandono del puesto y/o organización, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, deterioro de la calidad del servicio, incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios, aumento de la rotación laboral e incremento de accidentes laborales.

Al parecer, existe una relación directa entre *burnout* y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y menor compromiso organizacional. No obstante, las consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad.

3.7 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Prevenir el Burnout es algo complejo, sin embargo, cualquier tipo de técnica adecuada en el tratamiento del estrés podría ser una técnica adecuada de intervención.

Debido a que se han observado un aumento en la ocurrencia de este síndrome en personas que se dedican a la intervención social (médicos y enfermeras, docentes, trabajadores sociales, etc.), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural, social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado mecanismos de prevención, que para House los tipos de apoyo son cuatro:

- 1- Apoyo emocional: relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.
- 2- Apoyo instrumental: que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3- Apoyo informativo: que le permita a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4- Apoyo evaluativo: que es un Feed-Back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

Por su parte el Dr. Horacio Cairo (2002) (Argentina) en “Mujeres de empresa.com” propone 10 puntos clave en la prevención del Burnout.

1. Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
2. Formación en las emociones.
3. Equilibrio en las áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
4. Fomento de buena atmosfera de equipo: espacios comunes.
5. Limitar a un máximo la agenda asistencial.
6. Tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos como media.
7. Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
8. Formación continuada reglada dentro de la jornada laboral.
9. Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
10. Diálogo efectivo con las gerencias.

CAPÍTULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.

3.8 BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

3.8.1 Variables de carácter demográfico:

En cuanto a este grupo de variables tenemos: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

3.8.2 Variables de personalidad:

La mayoría de los estudiosos entienden que el síndrome de *burnout* se da más en individuos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás, Gil Monte y Peiró (1997). Por otro lado los sujetos con un patrón tipo A, baja autoconfianza y locus de control externo experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan con menor frecuencia, Rich y Rich (1987).

3.8.3 Factores de riesgo:

Son varios los estudios que reúnen multitud de variables demográficas y organizacionales para dar con un perfil particular de personas susceptibles a padecer un síndrome de "burnout".

Existen numerosos factores que producen o precipitan la aparición del Burnout, como la edad (Maslash y Cols., 2001), ya que puede existir un periodo de sensibilización, que aparece en los primeros años de carrera profesional Guold (1985), dado que es el periodo en que se produce la transición de expectativas idealistas hacia la práctica, aprendiéndose en este tiempo que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son lo que realmente se esperaba.

Otro elemento principal es el sexo según el cual se cree que las mujeres son el grupo más vulnerable por diferentes razones como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la practica familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que agrandarían el rol de mujer, Maslasch y Jackson (1981) y Freudenberg y Nort (1985).

También el estado civil, es un aspecto que se ha relacionado con el síndrome del Burnout, Gil Monte (1997), se puede notar que las personas que no tienen pareja

estable o se encuentran solteras, tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas que están casadas o conviven con parejas estables. Para Gil monte (1997), la presencia de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a una tendencia encontrada en los padres a ser personas maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales, conflictos emocionales y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

3.8.4 Variables asociadas al área laboral:

En lo referente al área laboral, trabajar por turnos y el horario de trabajo de los profesionales puede conducir a la presencia del Burnout (Leiter, 1991), aunque todavía no existe claridad para este criterio.

En cuanto a la antigüedad profesional se ha encontrado que los sujetos que más Burnout padecen acaban por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo son los que menos Burnout presentan y por eso siguen presentes (Naisberg y Fenning, 1991)

Según, Gil monte (2002), el exceso de trabajo es un factor que produce una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por los trabajadores tanto cualitativa como cuantitativamente; aunque no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout.

El salario se considera como otro factor que afecta el desarrollo de Burnout, aunque tampoco existe una clara relación (Manzano, 1998). A partir de diferentes investigaciones se ha comprobado que el nivel de Burnout varía de acuerdo a las especialidades, observándose un nivel más alto en los profesionales especializados en Emergentología, los que atienden pacientes con enfermedades crónicas o incurables y terminales (pacientes con SIDA, oncológicos y psiquiátricos), también en aquellos que tienen menos control y autoridad sobre su trabajo (enfermeras y asistentes de psiquiatría, y en mujeres médicas, especialmente si están casadas; tienen 10 años menos de expectativas de vida que la población en general. (Caballero, M., Op. cit., p. 313-317.) López, F. Vol. 4 (2002); p. 200-220.

3.8.5 Investigaciones realizadas.

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con el objetivo de establecer la presencia del síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de

Corrientes durante el mes de noviembre de 2004. La población estuvo conformada por 80 médicos, 42 del sexo femenino y 38 del sexo masculino, de entre 25 años y 50 años, seleccionados al azar.

Los datos fueron recogidos a través de una encuesta que contaba con una parte sociodemográfica y el Maslach Burnout Inventory. Los resultados obtenidos fueron: el síndrome de burnout predominó en el sexo femenino, con un total de 22 profesionales (25%) en la categoría cansancio emocional; con respecto a edades el grupo 1 (25-34 años) resultó ser el más afectado, con un total de 36 profesionales (45%) .

Según la situación conyugal, los más afectados fueron los que se encontraban en unión estable, en la variable cansancio emocional, con un total de 16 (20%); sin embargo, en la variable despersonalización, predominaron los que no se encontraban en pareja siendo un total de 19 (23,75%).

En cuanto a los años de ejercicio de profesión, los profesionales con menos de 10 años de ejercicio, fueron los que mayor índice de burnout presentaron, con un total de 37 (46,25%).

Se observó que la dimensión más afectada en la mayoría de las variables fue “cansancio emocional”, seguida inmediatamente por la dimensión “despersonalización”.

Fuente: Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 141 – Enero 2005 Pág. 27-30 (Adriana María Álvarez, Dra. María Lourdes Arce, Dra. Alejandra Elizabet Barrios, Dr. Antonio Rafael Sánchez de Coll.)

Según la Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(1), 2010, pp 12-16, El Síndrome de *Burnout* es considerado una respuesta al estrés crónico laboral. Algunas variables de tipo sociodemográficas y/o laborales pueden intervenir e influir en la aparición de dicho síndrome. El objetivo fue el de analizar la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de *Burnout* en los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México. *Metodología*: el estudio fue descriptivo y transversal. Se aplicó tanto el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales como la Escala de *Maslach Burnout Inventory* (MBI-HS). Los análisis estadísticos fueron descriptivos (medias y porcentajes) e inferenciales (asociaciones entre las variables de estudio). *Resultados*: de los 119 médicos, 64.7% eran hombres y 35.3% mujeres, con un promedio de edad de 34 años. La prevalencia para el Síndrome de *Burnout* fue del 51.3%, para la dimensión agotamiento emocional de

31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersonalización el 18.5%. Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto con despersonalización y como variables protectoras el pertenecer al servicio de urgencias y clínicas hacia la dimensión despersonalización. *Conclusión:* es probable que los médicos con síndrome de *Burnout* no se encuentren en condiciones de salud favorables para laborar, por lo que consideramos urgente identificar los problemas que originan tal evento, para con ello proponer tanto medidas de prevención como de tratamiento.

Según un estudio realizado en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla la relación entre las variables sociodemográficas y el síndrome de quemarse por el trabajo (*burnout*) en una muestra compuesta por 136 trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (el 93% de la población total) que fueron divididos en tres subgrupos en función de la categoría profesional (vigilantes, tratamiento y servicios) y el nivel de contacto con los internos. Los resultados muestran que los trabajadores que tenían un mayor nivel de contacto se mostraban significativamente menos satisfechos con su desempeño profesional y se encontraban más despersonalizados que el resto, de la misma manera que los trabajadores adscritos al área de vigilancia en relación a los participantes asignados al área de tratamiento y servicios. Se comprueba también que las mujeres y los que poseían un nivel de estudio universitario estaban menos despersonalizados.

Así mismo, se muestra que los trabajadores que tenían un solo hijo estaban más despersonalizados y agotados emocionalmente que el resto de trabajadores.

Fuente: J. M^º. García y S. Herrero Burnout en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario

Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología 2008, Vol. 26, número 3, págs. 459-477. De Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla.

3.9 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como un estado perfecto de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad. En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en 1978 se agrega que la salud «es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo,

cuya realización exige la intervención de sectores sociales y económicos, además del sanitario».

Quienes tienen alteraciones regulares en su salud están propensos a desarrollar el síndrome, así por ejemplo sucede con quienes no pueden conciliar el sueño (insomnio) o sufren de síntomas psicósomáticos o en su defecto padecen de algún tipo de depresión. Por otro lado también estarían expuestos al Burnout los sujetos que padecen de enfermedades crónicas, enfermedades degenerativas o con defectos físicos, por el contrario, aquellos que disfrutan de una buena salud por el hecho de tener mejores oportunidades y menos preocupaciones estarían más alejados de padecer el síndrome de Burnout.

3.10. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO

Para Morán, (2005). Lazarus y Folkman, las estrategias o modos de afrontamiento son las distintas formas en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes. En nuestro estudio utilizamos para medir el afrontamiento el cuestionario COPE (CARVER, 1997) con los 14 modos más comunes que la gente utiliza al enfrentarse a los problemas con estrés.

Estos 14 modos de afrontamiento que ofrece la medida COPE son los siguientes:

| Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) | |
|---------------------------------------|---|
| Afrontamiento activo | Se refiere a los esfuerzos agresivos del individuo por alterar la situación requiriendo de acciones directas |
| Planificación | Supone realizar el análisis del problema, una búsqueda planificada de soluciones y la puesta en práctica de las acciones. |
| Apoyo emocional | Busca apoyo en amigos, familiares... con el fin de aliviar la tensión emocional que nos produce el problema |
| Apoyo Instrumental | Esfuerzos por búsqueda de apoyo en profesionales que conocen soluciones técnicas al problema. |
| Religión | Búsqueda de apoyo en las creencias espirituales. |
| Reinterpretación positiva | Esfuerzos por dar un significado positivo al problema. |
| Aceptación | Ser consciente y consecuente con la propia implicación en el problema. |

| | |
|------------------------|---|
| Humor | Reírse del problema. |
| Autodistracción | En lugar de afrontar el problema la persona se centra en otras tareas o actividades (dormir, ver Tv...) |
| Autoinculpación | Hacerse totalmente responsable del problema. |
| Desconexión conductual | Evitación y desconexión del problema. |
| Desahogo | Expresar los sentimientos negativos. |
| Uso de sustancias | Consumir alcohol y drogas para evitar pensar. |

3.10.1 Investigaciones realizadas

En la Universidad de León (España), se realizó un estudio donde, 366 trabajadores de servicios humanos respondieron a una serie de cuestionarios para medir (a) *burnout*, (b) afrontamiento; (c) satisfacción en el empleo, y (d) disfunción social. Examinamos la relación entre el *burnout*, la satisfacción en el empleo, los modos de afrontamiento y la disfunción social como medida de salud, así como análisis multivariantes con edad y sexo como variables clasificadoras.

Los resultados muestran que los modos de afrontamiento funcionales (planificación, afrontamiento activo, reevaluación positiva...) se relacionan con mayor satisfacción en el trabajo y menor *Burnout* y los modos de afrontamiento disfuncionales como la negación, el uso de sustancias... se relacionan con baja satisfacción en el trabajo y mayor *Burnout*. También se hallaron diferencias por edad y género en satisfacción, *Burnout* y disfunción social. Estos resultados sugieren que la futura investigación deberá poner mayor énfasis en los modos de afrontamiento y en la satisfacción laboral para abordar el síndrome de *Burnout*.

Fuente: Consuelo Morán Astorga., Satisfacción En El Empleo, *Burnout* Y Afrontamiento En Servicios Humanos. Universidad de León.

3.11. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL.

Apoyo social en el trabajo

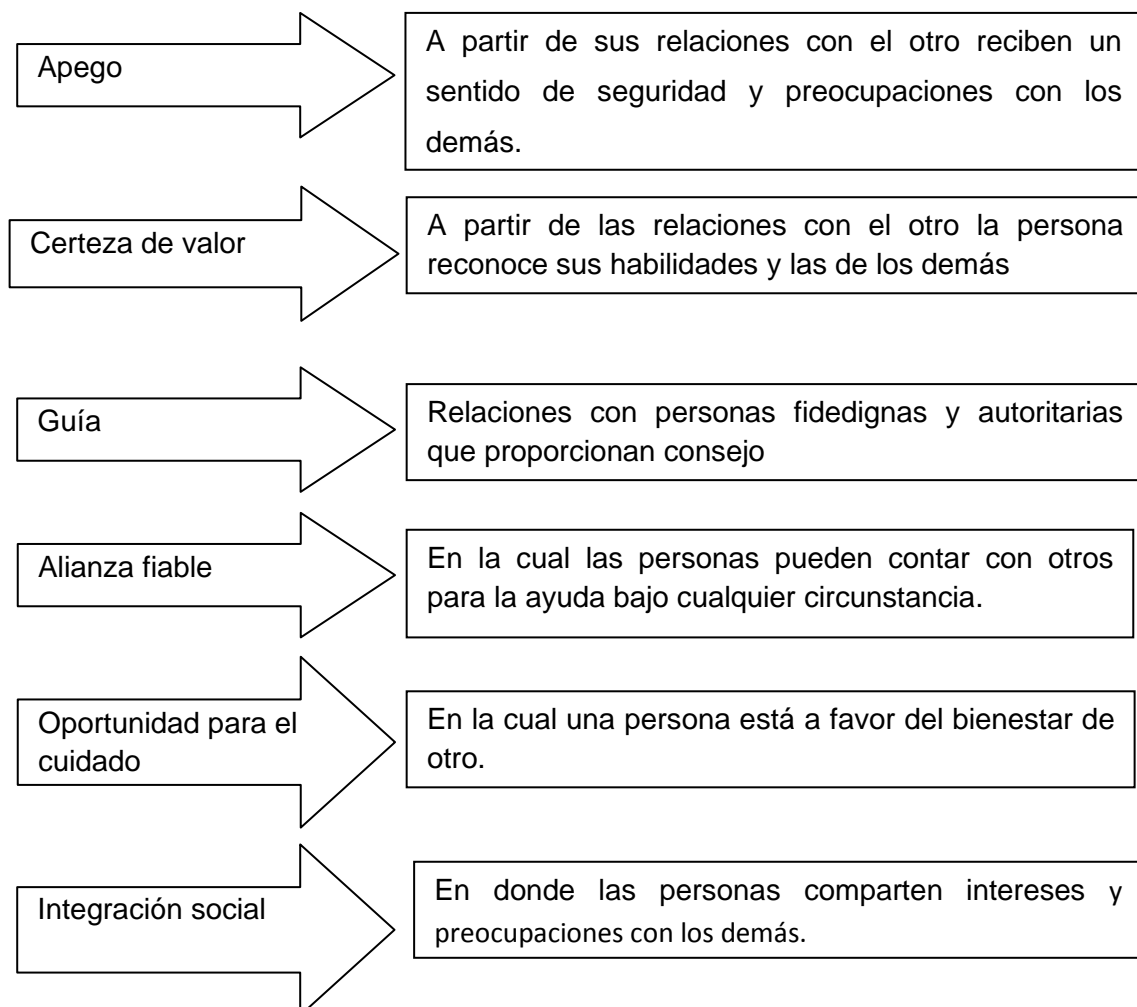
Para Freedy y Hobfoll (1994), el escaso apoyo social en el trabajo se constituye en una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el *burnout*, tal como se ha observado en colectivos profesionales de enfermería y

trabajadores sociales, sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización. Leiter y Maslach (1988) también consideran que la falta de apoyo social puede conducir al Burnout.

El apoyo social es un concepto definido por Hagihara, Tarumi, y Molinero como: “la provisión y recibo de género tangible e intangible, servicios y beneficios (como estímulo y certeza) en el contexto de relaciones informales (familia, amigos, y jefes)”.

Los estudiosos del tema reconocen que el apoyo social es demasiado complejo para ser limitado a un solo concepto teórico (Vaux), por tal razón se han desarrollado modelos comprensivos que incorporan los elementos de la mayoría de las conceptualizaciones actuales de apoyo social.

Cutrona y Russell propusieron uno de los modelos del apoyo social, quienes desarrollan 6 dimensiones de apoyo social:



Adaptado de: Cutrona y Russell

3.12. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.

3.12.1 Personalidad.

El estudio de personalidad dentro de la Psicología es extenso. La verdad es que los psicólogos no concuerdan con una definición única de personalidad. Una definición actual es que la personalidad se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra, Morris (1992) citado en Useche (1998), la personalidad está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter. De hecho existe una extensa variedad de teorías para tratar de explicar no sólo los tipos comunes de personalidad, sino también como la persona desarrolla sellos psicológicos únicos, llamados personalidad. Muchas teorías tales como ideográficas, ideográficas conductuales, cognitivas, centralistas, conductuales, personales y culturales, intentan dar cuenta del concepto de personalidad. Dentro de las teorías conductuales, Burhus Frederick Skinner plantea que la personalidad se estudia como una estructura global encargada de organizar todas las conductas de la persona. Labrador (1985) citado en Useche, M. (1998), manifiesta que la conducta está regida por leyes que sólo conociéndolas y estableciendo control sobre ellas pueden ser modificadas.

La teoría de la personalidad de Eysenck, relaciona el desarrollo de la personalidad con las teorías del aprendizaje, fundamental en el análisis experimental del comportamiento, además hay un instrumento adecuado para la medición y correlación de las variables propuestas. Eysenck afirma que se puede describir la personalidad de un individuo, pero eso no va a indicar como se va a comportar, ya que el modelo conductual es el reflejo de lo habitual, no de lo excepcional. Existen varios patrones de conducta característicos y distintivos de pensamiento, emoción y acción: el patrón de conducta tipo A, descrito en 1957, por dos cardiólogos, Rosenman y Friedman; el tipo B y personalidad tipo C. acuñado por primera vez en 1980, por Morris y Greer.

Los individuos con patrón tipo A tienden a ser: Hiperactivo, rápido, impaciente, hostil, competitivo; sus relaciones interpersonales son problemáticas.

Los individuos a los que presentan un patrón de conducta tipo B manifiestan ser: Relajado, tranquilo, confiado, atento a la satisfacción y el bienestar personal; sus relaciones interpersonales son relajadas con abierta expresión de sus emociones incluyendo la ira.

El patrón de conducta tipo C, se presenta en sujetos introvertidos, obsesivos, que interiorizan su respuesta al estrés, pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseosos de aprobación social.

3.12.2 Investigaciones Realizadas

Encomo, Paz y Liebster (2004), en la investigación titulada "Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería (Venezuela)", determinaron que: El síndrome de Agotamiento no está relacionado con una "Personalidad tipo"; se trata de rasgos de personalidad particulares asociados con la capacidad que tiene un sujeto de utilizar los recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente".

3.12.3 El Modelo de H. J. Eysenck

Este autor manifiesta que el problema básico de la psicología actual es que carece de una tradición científica y que, por lo mismo, esta falta de rigor científico derivaría en una actitud adaptable por parte de esta disciplina.

El Modelo de H. J. Eysenck considera la personalidad como una estructura jerárquica, y su aporte central está en el descubrimiento de superfactores o factores de segundo orden, extraídos de la teoría de Cattell. Los tres primeros factores que surgieron de la investigación correlativa entre los rasgos fueron: Extroversión-Introversión, aludida como E, Neuroticismo-Estabilidad (N) y Psicoticismo-Normalidad (P).

Dimensión Neuroticismo-Estabilidad

Los trabajos efectuados apuntan a que el factor N (neuroticismo) está relacionado con el nivel heredado de fragilidad del sistema nervioso autónomo (Eysenck, 1978).

El rasgo de neuroticismo (emotividad) tiene propiedades semejantes al 'drive' (impulso) que es una especie de activación general o arousal conductual, incrementado por la tensión emocional. Los sujetos con neuroticismo elevado generalmente poseen altos niveles de drive, lo que se traduce en una activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo, lo cual implica indicadores

observables tales como aumento de la sudoración, de los ritmos cardíacos y respiratorios, excitación de los folículos pilosos, palidez o ruborización, etc.

Dimensión Extraversión-Introversión

El componente E (extraversión) se relaciona con el grado de excitación-inhibición prevalente, en una gran medida es además heredado y puede estar mediatizado por la formación reticular ascendente (Eysenck, 1978). El término excitación hace referencia a procesos corticales que facilitan el aprendizaje, el condicionamiento, la memoria y los procesos mentales en general, y la inhibición tiene el efecto de disminuir la eficiencia del córtex.

La corteza ejerce una función restrictiva sobre las estructuras inferiores, de forma que la excitación cortical se manifiesta en la conducta como una disminución de la excitabilidad y un aumento de la inhibición. En cambio la inhibición se manifiesta en la conducta como una excitabilidad aumentada y una disminución de la inhibición.

En 1978 Eysenck, realiza un postulado tipológico en donde manifiesta que: “Los individuos cuyo potencial excitatorio se genera lentamente y son relativamente débiles, están por ello predispuestos a desarrollar patrones de conducta extrovertida y a experimentar perturbaciones histérico-psicóticas en caso de neurosis; los individuos cuyo potencial excitatorio se genera rápidamente y en consecuencia fuerte, están por ello predispuestos a desarrollar patrones de conducta introvertida y experimentar trastornos distímicos en caso de neurosis”.

De tal modo como el concepto de neuroticismo se identifica con el concepto de drive, la dimensión extraversión-introversión tiene su correspondencia con el concepto de fatiga. De esta manera, en términos generales, se puede decir que el extrovertido en comparación con el introvertido se comporta como una persona más agotada.

Dimensión Psicoticismo-Normalidad

Los estudios efectuados respaldan a unir esta dimensión con el concepto biológico de masculinidad, en cuanto al balance andrógeno-estrógeno y las secreciones hormonales (Eysenck, 1981). Esto se apoya en elementos como el hecho de que los hombres tienden a tener más alto puntaje en P (psicoticismo) que las mujeres lo que

apunta una posible teoría causal en términos de las secreciones hormonales asociadas al género.

3.12.3 Locus de control.

Al hablar de Locus de Control nos referimos al grado con que el individuo cree controlar su vida y los sucesos que influyen en ella.

3.12.3.1 Locus de Control Interno, define al individuo que tiene una expectativa generalizada de que los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con su propia conducta; en síntesis, el Locus de Control Interno implica que el sujeto tenga una tendencia personal a atribuir contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados efectos.

3.12.3.2 Locus de Control Externo, por el que la persona cree que los refuerzos que siguen a una acción están bajo el control de otros, o bien están determinadas, o son incontrolables, pues dependen de las fuerzas del destino y la suerte. El Locus de Control Externo es la tendencia personal a considerar que los refuerzos sólo dependen en parte de la propia conducta y en mayor medida, del azar o de conductas de las demás personas.

3.12.4 Variables interpersonales predisponentes en Burnout.

Entre las variables interpersonales que facilitarían el desarrollo de este síndrome tenemos: locus de control externo, indefensión aprendida, el interés social, personalidad, autoeficacia y autoconcepto.

a) Locus de control externo.- varios son los autores que encuentran correlaciones significativas entre locus de control externo y aumento de Burnout Wilson y Chiwakata (1989) citado en Useche (1998). Mientras menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades que apareciera el síndrome, sobre todo ante situaciones imprecisas, difíciles o novedosas en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar.

b) Indefensión aprendida.- Ensiedel y Tully (1981) citado en Useche (1998) plantean el paradigma de la indefensión aprendida para explicar el Burnout; dicho paradigma estaría relacionado, entre otras cosas, con el nulo control de la persona sobre la situación o evento aversivo.

C) Interés social.- Ansbacher y Ansbacher (1956) citado en Useche (1998) definían esta característica como el interés activo en fomentar el bienestar humano. Según Smith, Watstein y Wueller (1986) conforme decrece el interés social en la persona aumenta la probabilidad de padecer Burnout.

d) Personalidad resistente.- este patrón de personalidad se determina por un sentimiento de compromiso hacia sí mismo y el trabajo, por una percepción de control del ambiente, así como una tendencia a acercarse a los cambios de la vida con una actitud de desafío antes que de amenaza, que suponen las tres dimensiones que configuran este tipo de personalidad (compromiso, control y desafío). Según Rich y Rich (1987) las personas con este tipo de personalidad previenen o reducen la incidencia del Burnout.

e) Autoeficacia.- la autoeficacia es entendida como la idea que tiene el individuo de sentirse eficaz con las tareas que realiza, fundamentalmente con aquellos aspectos donde se requiere “comprobar” la valía personal del individuo. Según Leiter (1992) citado en Jimenez, J. si existe crisis de autoeficacia mayor probabilidad habrá de sufrir Burnout.

f) Autoconcepto.- planteado como la identidad que la persona tiene de sí misma; aquí incluiríamos el concepto que el individuo tendría acerca de su situación profesional. Un autoconcepto negativo predispone al Burnout.

4 METODOLOGÍA

4.1 Tipo de investigación

El presente trabajo de investigación es de tipo cuantitativo, no experimental, transeccional, exploratorio y descriptivo, tiene como finalidad identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados a este fenómeno.

La labor dentro de hospitales puede ser considerada básicamente estresante, ya que conlleva estar en contacto con el dolor y hasta con la muerte, aunque también con el alivio y la vida.

Por la naturaleza de algunas de las tareas de la enfermera así como la del médico en el hospital, éstas pueden llegar a resultar desagradables, tales como el ocuparse de la sangre, de la orina, del vómito o del cuidado de pacientes poco dóciles, aunque también se caracterizan por la motivación para aliviar la pena y disminuir el sufrimiento humano. Parecería que, tanto enfermera como médico convive durante su jornada de trabajo con eventos opuestos (vida-muerte, sufrimiento-alivio) y rebosados de emociones que tal vez por la propia cotidianidad, aparentemente ya no tengan importancia alguna, pero que sí pudieran estar afectando su bienestar.

A más de estas tareas, estos profesionales enfrentan otros estresores asociados a la organización propia de las instituciones de salud, tales como largas jornadas, cambio de turno, poco poder y control en su trabajo, así como faltantes de medicamentos y materiales de curación. Como resultado de ello, tanto médicos como enfermeras parecen estar susceptibles a alto riesgo en cuanto a estrés crónico y hasta burnout.

Este escenario hace suponer que cuando las condiciones personales y organizacionales no son favorables, el ejercicio de la profesión de enfermería y medicina se convierte en fuente de estrés y más tarde en desgaste profesional (burnout).

De aquí que las preguntas que se plantearon para direccionar el presente trabajo de investigación fueron las siguientes: ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores de las instituciones sanitarias del cantón Celica y Catacocha?, ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el Burnout?, ¿Cuál es la comorbilidad existente en las

personas que experimentan el Burnout?, ¿El apoyo social en las personas que experimentan el Burnout puede actuar como un mecanismo protector?, ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan Burnout en estos centros de salud? y ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan Burnout?

4.2 Población.

La población elegida para el estudio fue el personal médico y de enfermería que labora en los centros de salud (MSP y del IESS) de Celica y Catacocha contando con la participación de 16 médicos y 15 enfermeros/as de ambos sexos.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación los cuales se detallan a continuación.

4.3.1 Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.- Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales. A través de este instrumento es posible recolectar datos como: edad, sexo, estado civil, número de hijos, experiencia, satisfacción en el trabajo entre otros que servirán de ayuda en esta investigación.

4.3.2 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Este instrumento contiene 22 preguntas para valorar sentimientos y pensamientos acerca del trabajo y los valora por medio de tres escalas: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización Personal.

4.3.3 Cuestionario de Salud Mental (GHC28).- Es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud, consta de 28 ítems cuyo objetivo es provocar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental, evalúa cuatro subescalas: Síntomas somáticos, Ansiedad e insomnio, Disfunción Social y Depresión Grave.

4.3.4 Escala multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Consta de 28 ítems cuya finalidad es evaluar los distintos tipos de respuesta

de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles, los tipos de afrontamiento que se evalúan son: Afrontamiento activo, planificación, Anti-distracción, Apoyo instrumental, Apoyo emocional, Aceptación, Negación, Religión, Autoinculpación, Desahogo, Desconexión conductual, Uso de sustancias, Humor.

4.3.5 Cuestionario de Apoyo Social (MOS).- Los creadores de este instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto administrado, multidimensional de 20 ítems, sirve para investigar la amplitud de la red social del individuo y para conocer cuatro dimensiones dl apoyo social: Apoyo emocional, Apoyo material, Relaciones sociales de ocio y distracción; apoyo afectivo.

4.3.6 Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).- El cuestionario original es extenso del cual se derivan versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo, Sinceridad.

4.4. Procedimiento.

Con la finalidad de obtener la información necesaria para el presente estudio se procedió a solicitar los respectivos permisos por parte de los directivos de las instituciones (centros de salud MSP – IEES de Celica y Catacoha), esto se llevó a efecto en el mes de diciembre del 2011, al tomar contacto con los directores de estos centros de salud se expresaron gestos de interés y predisposición para colaborar con la presente investigación. Luego de haber obtenido el visto bueno por parte de los directores de los centros se hizo un segundo acercamiento en los meses de enero y febrero del 2012, con la finalidad de determinar: el método, el horario, lugar y fecha de aplicación de los instrumentos utilizados para este fin, se llegó a un mutuo acuerdo de que los 6 instrumentos (socio-demográfico, MBI, GHC28, EPQR-A, BRIEF-COPE, MOS AP); fueran aplicados en una sola sesión, dentro del lugar de trabajo (consultorios y oficinas) en horas donde exista menos concurrencia de pacientes, sólo en caso de presentarse algún contratiempo la persona evaluada podrá llevar los instrumentos a su hogar para terminar de llenarlos y ser entregados al siguiente día. Debido al escaso número de profesionales asignados en estos centros, no se pudo tomar una muestra aleatoria, sino que se aplicaron a todos los profesionales (médicos y enfermeras) que laboran en dichos centros; durante la aplicación de los instrumentos de evaluación, se demostró una buena predisposición por parte de los participantes, lo que se traduce en pocos contratiempos y un buen nivel de interés a la hora de

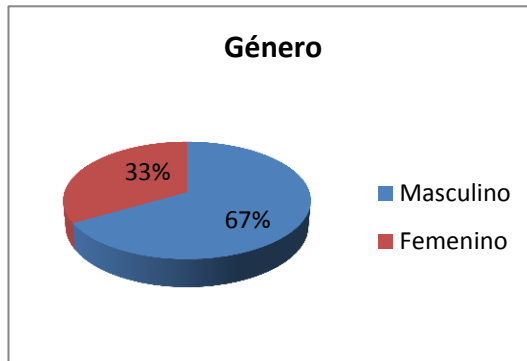
responder cada cuestionario. Antes de iniciar a contestar cada pregunta se realizó una explicación previa, en algunos casos en grupo y en otros personalmente. Durante todo el proceso de recolección de datos se tuvo especial cuidado con el resguardo y seguridad de la información recogida, todos los seis cuestionarios fueron entregados en un sobre a cada uno de los participantes; y sin más novedades se procedió a recoger la información de las 31 personas, para posteriormente ser analizada.

Para procesar los datos de tal manera que tengan un valor estadístico, identificar el síndrome y de este modo poder hacer comparaciones entre los diferentes factores que intervienen en el Burnout, se utilizó las tablas proporcionadas por la Universidad Técnica Particular de Loja, las mismas que nos permiten mostrar gráficamente los resultados, haciendo más fácil su interpretación y presentación de resultados obtenidos en el presente estudio y de este modo identificar si se consiguió o no los objetivos propuestos.

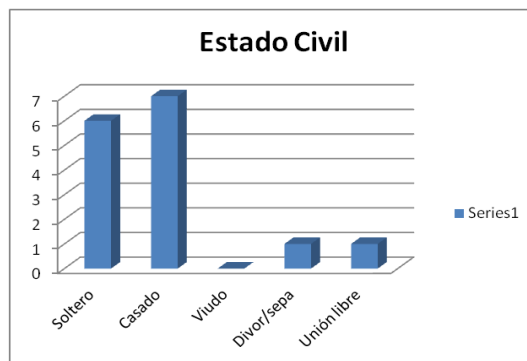
5 RESULTADOS OBTENIDOS

5.1 Caracterización Sociodemográfica

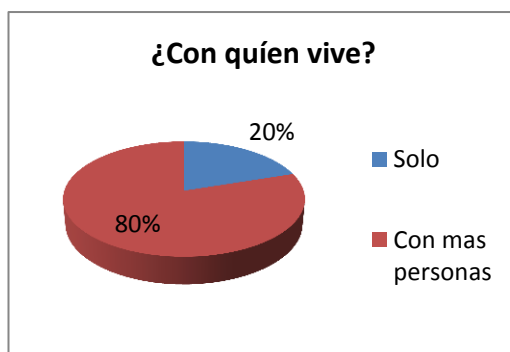
Género, estado civil y convivencia en el hogar de los médicos participantes.



| GÉNERO | | |
|-----------|----|-------------|
| Nombre | Fr | % |
| Masculino | 1 | 6,66666667 |
| Femenino | 14 | 93,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



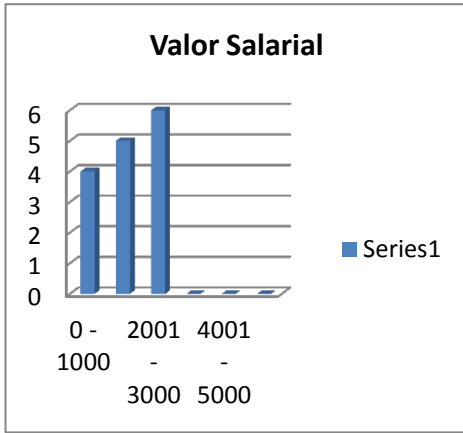
| ESTADO CIVIL | | |
|--------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Soltero | 6 | 40 |
| Casado | 7 | 46,6666667 |
| Viudo | 0 | 0 |
| Divor/sepa | 1 | 6,6666667 |
| Unión libre | 1 | 6,6666667 |
| TOTAL | 15 | 100 |



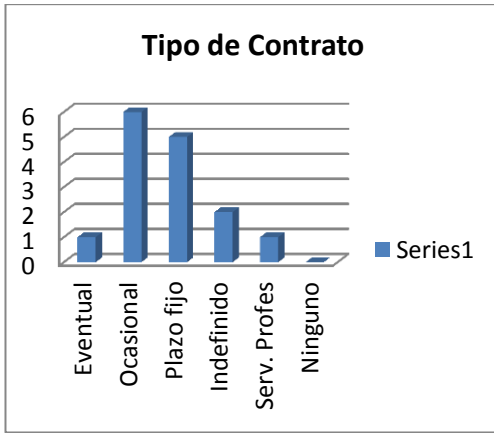
| CON QUIEN VIVE | | |
|------------------|----|-----|
| Nombre | Fr | % |
| Solo | 3 | 20 |
| Con más personas | 12 | 80 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Se puede apreciar que la mayoría de los médicos viven acompañados, sin embargo algunos de ellos viven solos, entre ellos están los solteros y quienes se han divorciado, éstos últimos podrían estar propensos al estrés.

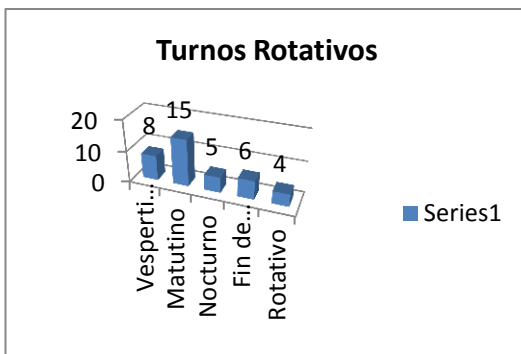
Remuneración, tipo de contrato, contacto con los pacientes y Horario de trabajo de los médicos de los centros de salud del cantón Celica y Catacocha.



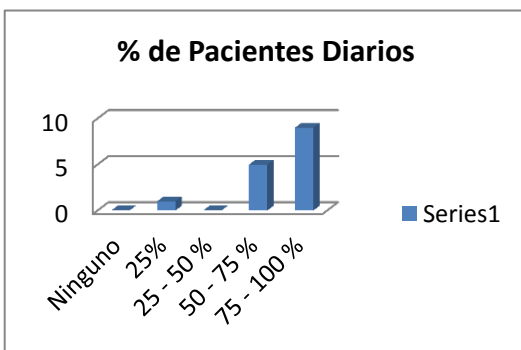
| VALOR SALARIAL | | |
|----------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| 0 - 1000 | 4 | 26,6666667 |
| 1001 - 2000 | 5 | 33,3333333 |
| 2001 - 3000 | 6 | 40 |
| 3001 - 4000 | 0 | 0 |
| 4001 - 5000 | 0 | 0 |
| 5001 - 6000 | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| TIPO DE CONTRATO | | |
|------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Eventual | 1 | 6,6666667 |
| Ocasional | 6 | 40 |
| Plazo fijo | 5 | 33,3333333 |
| Indefinido | 2 | 13,3333333 |
| Serv. Profes | 1 | 6,6666667 |
| Ninguno | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |

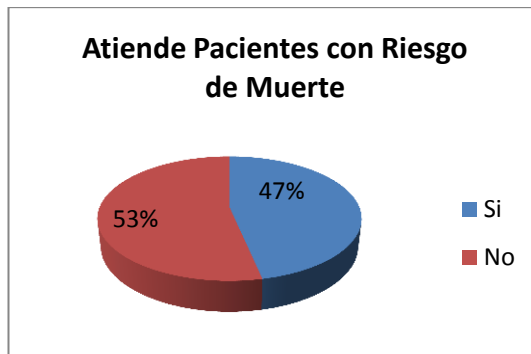


| TURNOS | | |
|---------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Vespertino | 8 | 21,0526316 |
| Matutino | 15 | 39,4736842 |
| Nocturno | 5 | 13,1578947 |
| Fin de Semana | 6 | 15,7894737 |
| Rotativo | 4 | 10,5263158 |
| TOTAL | 38 | 100 |

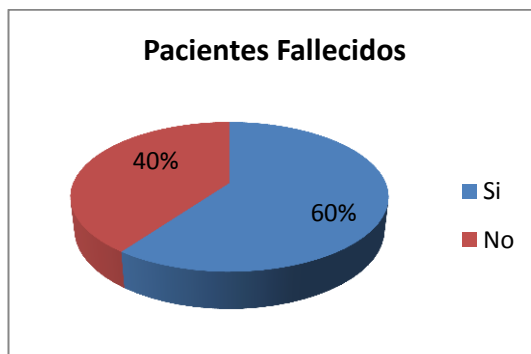


| % DE PACIENTES DIARIOS | | |
|------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Ninguno | 0 | 0 |
| 25% | 1 | 6,6666667 |
| 25 - 50 % | 0 | 0 |
| 50 - 75 % | 5 | 33,3333333 |
| 75 - 100 % | 9 | 60 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Pacientes con riesgo de muerte y fallecidos atendidos por los médicos.



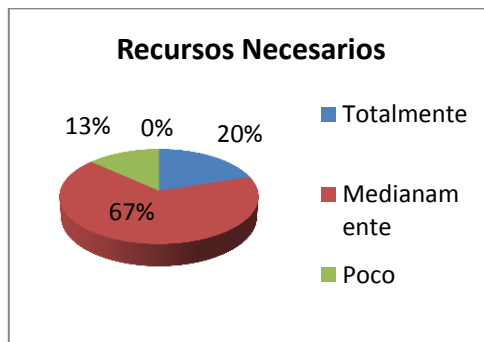
| PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE | | |
|--------------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Si | 7 | 46,6666667 |
| No | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| PACIENTES FALLECIDOS | | |
|----------------------|----|-----|
| Nombre | Fr | % |
| Si | 9 | 60 |
| No | 6 | 40 |
| TOTAL | 15 | 100 |

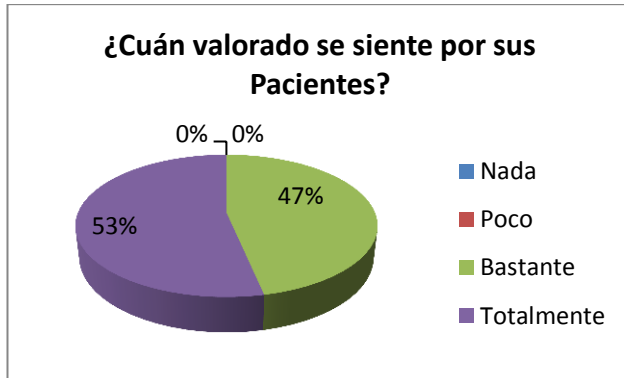
Aproximadamente la mitad de médicos en nuestra población estudiada trabajan con pacientes con riesgo de muerte, de los cuales en este último año gran parte de ellos han tenido experiencias con pacientes fallecidos, esto podría ser un factor que propicie una baja realización personal, puesto que la misión principal del médico es: sanar, aliviar el dolor y salvar vidas. Al no lograrlo esto puede resultar traumatizante.

Recursos con que cuentan los médicos en los centros de salud.

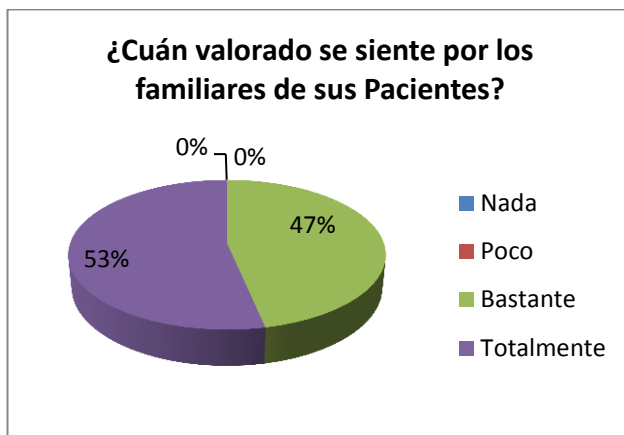


| RECURSOS NECESARIOS | | |
|---------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Totalmente | 3 | 20 |
| Medianamente | 10 | 66,6666667 |
| Poco | 2 | 13,3333333 |
| Nada | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Valoración por parte de los pacientes y sus familiares, colegas y por la institución en la cual laboran los médicos participantes.



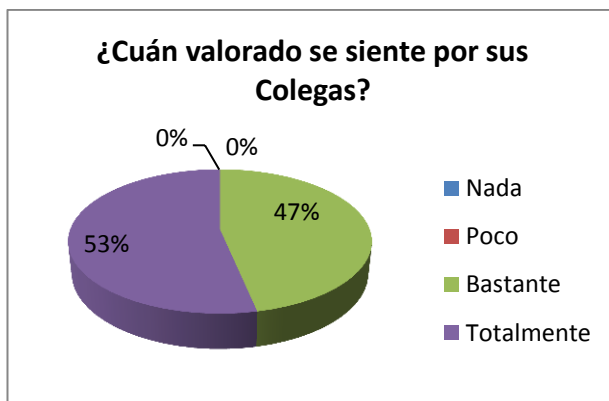
| VALORACIÓN | | |
|--------------|-----------|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 3 | 21,4285714 |
| Bastante | 9 | 64,2857143 |
| Totalmente | 2 | 14,2857143 |
| TOTAL | 14 | 100 |

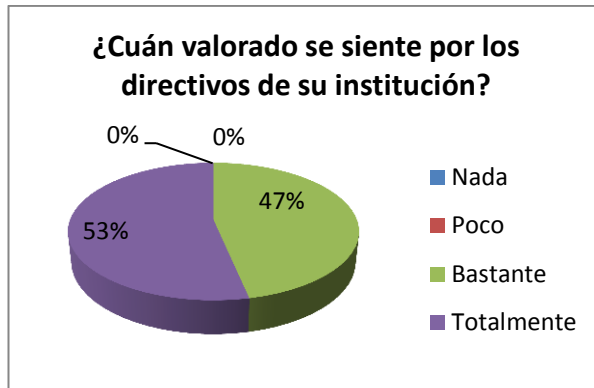


El 47% coinciden en sentirse bastante valorados por sus pacientes, familiares, colegas y por la institución en la cual trabajan y el 53% aseguran ser completamente valorados tanto por sus pacientes y familiares así como por sus compañeros e institución.

| VALORACIÓN FAMILIARES | | |
|-----------------------|-----------|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 0 | 0 |
| Bastante | 7 | 46,6666667 |
| Totalmente | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

| VALORACIÓN COLEGAS | | |
|--------------------|-----------|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 0 | 0 |
| Bastante | 7 | 46,6666667 |
| Totalmente | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |





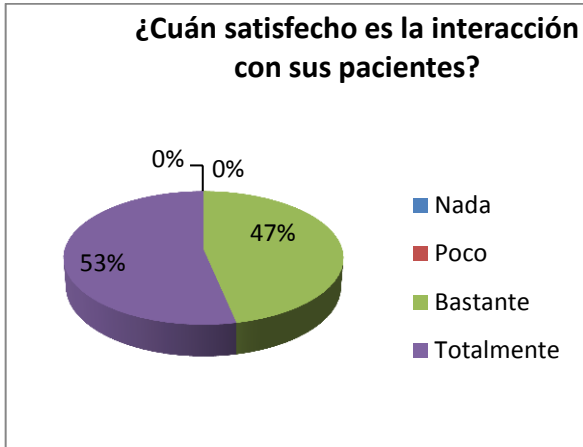
| VALORACIÓN DIRECTIVOS | | |
|-----------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 0 | 0 |
| Bastante | 7 | 46,6666667 |
| Totalmente | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Satisfacción de los médicos con su trabajo, pacientes y compañeros de labores.

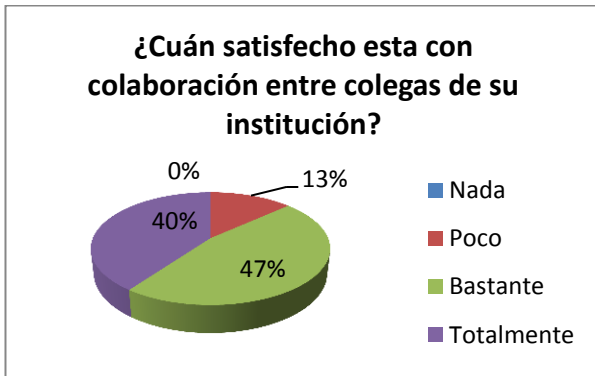


En estos gráficos podemos notar cuan satisfechos se sienten los médicos con el trabajo realizado, la interacción con sus pacientes así como por la colaboración entre compañeros de la institución, tan sólo el 13% declara estar poco satisfecho con la colaboración de sus colegas.

| SATISFECHO CON EL TRABAJO | | |
|---------------------------|----|-----|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 0 | 0 |
| Bastante | 6 | 40 |
| Totalmente | 9 | 60 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES | | |
|-------------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 0 | 0 |
| Bastante | 7 | 46,6666667 |
| Totalmente | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| COLABORACIÓN COLEGAS | | |
|----------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 2 | 13,3333333 |
| Bastante | 7 | 46,6666667 |
| Totalmente | 6 | 40 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Satisfacción de los médicos con su economía y experiencia profesional.

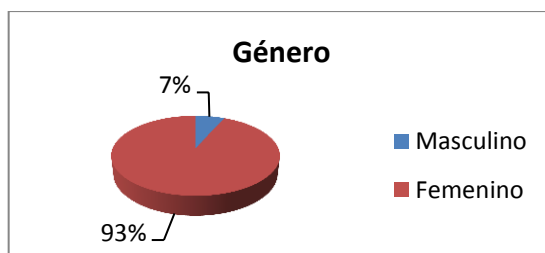


| SATISFACCIÓN EXPERIENCIA | | | ECONOMÍA | | |
|--------------------------|----|-------------|------------|----|-------------|
| Nombre | Fr | % | Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 | Nada | 0 | 0 |
| Poco | 1 | 6,66666667 | Poco | 1 | 6,66666667 |
| Bastante | 8 | 53,33333333 | Bastante | 6 | 40 |
| Totalmente | 6 | 40 | Totalmente | 8 | 53,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 | TOTAL | 15 | 100 |

7% de los médicos muestra poca satisfacción con su experiencia, así como con sus ingresos económicos, esto puede implicar una baja realización personal.

Enfermeras

Género, convivencia en el hogar y estado civil del personal de enfermería.



| GÉNERO | | |
|-----------|----|-------------|
| Nombre | Fr | % |
| Masculino | 1 | 6,66666667 |
| Femenino | 14 | 93,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



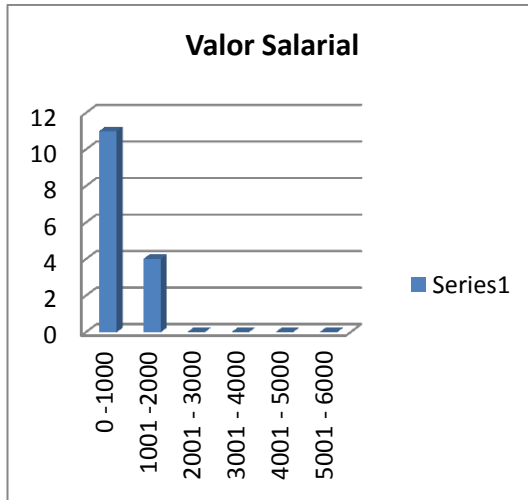
| CON QUIEN VIVE | | |
|------------------|----|-------------|
| Nombre | Fr | % |
| Solo | 4 | 26,66666667 |
| Con más personas | 11 | 73,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Las mujeres predominan en el área de enfermería, la mayoría de ellas viven en familia, sin embargo existe un elevado porcentaje que viven solas. Se puede notar como la mayoría son solteras y algunas divorciadas, quienes viven en estas condiciones pueden llegar a estresarse con más frecuencia.

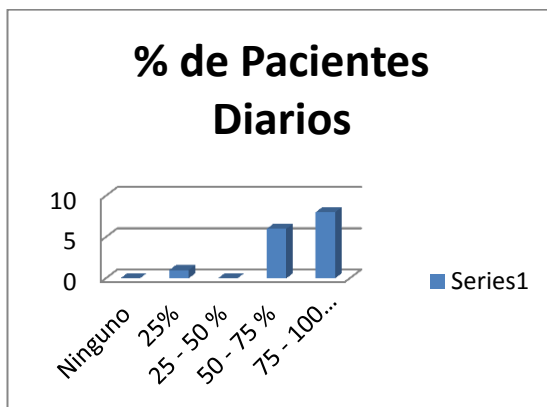


| ESTADO CIVIL | | |
|--------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Soltero | 10 | 66,6666667 |
| Casado | 3 | 20 |
| Viudo | 0 | 0 |
| Divor/sepa | 2 | 13,3333333 |
| Unión libre | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Salario y contacto con pacientes del personal de enfermería.

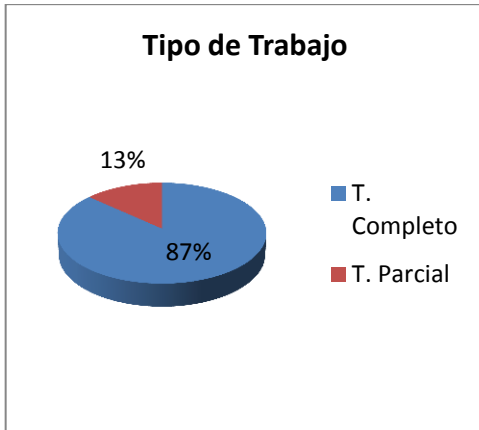


| VALOR SALARIAL | | |
|----------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| 0 - 1000 | 11 | 73,3333333 |
| 1001 - 2000 | 4 | 26,6666667 |
| 2001 - 3000 | 0 | 0 |
| 3001 - 4000 | 0 | 0 |
| 4001 - 5000 | 0 | 0 |
| 5001 - 6000 | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |

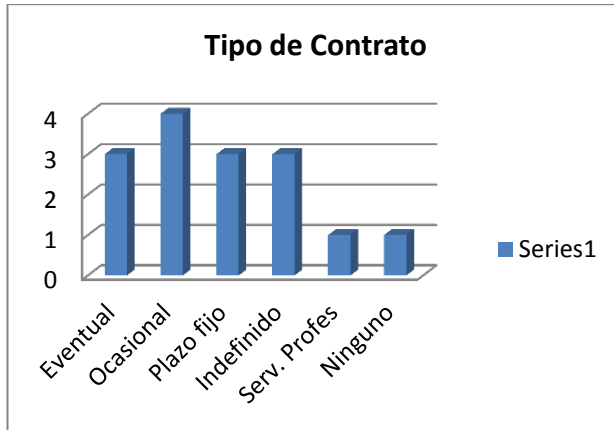


| % DE PACIENTES DIARIOS | | |
|------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Ninguno | 0 | 0 |
| 25% | 1 | 6,6666667 |
| 25 - 50 % | 0 | 0 |
| 50 - 75 % | 6 | 40 |
| 75 - 100 % | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

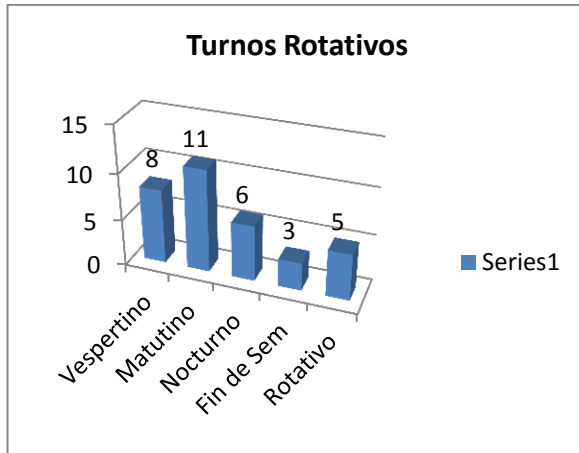
Horario de trabajo y tipo de contrato en el personal de enfermería.



| TIPO DE TRABAJO | | |
|-----------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| T. Completo | 13 | 86,6666667 |
| T. Parcial | 2 | 13,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| TIPO DE CONTRATO | | |
|------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Eventual | 3 | 20 |
| Ocasional | 4 | 26,6666667 |
| Plazo fijo | 3 | 20 |
| Indefinido | 3 | 20 |
| Serv. Profes | 1 | 6,6666667 |
| Ninguno | 1 | 6,6666667 |
| TOTAL | 15 | 100 |

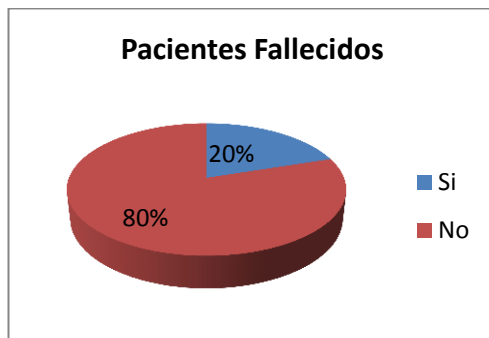


| TURNOS | | |
|------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Vespertino | 8 | 24,2424242 |
| Matutino | 11 | 33,3333333 |
| Nocturno | 6 | 18,1818182 |
| Fin de Sem | 3 | 9,09090909 |
| Rotativo | 5 | 15,1515152 |
| TOTAL | 33 | 100 |

Enfermeros/as que atienden pacientes con riesgo de muerte y que han tenido experiencia con pacientes fallecidos.

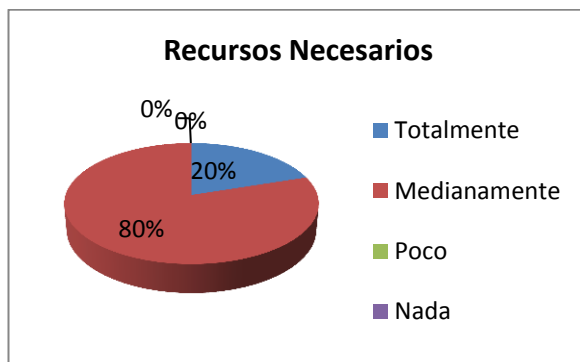


| PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE | | |
|--------------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Si | 7 | 46,6666667 |
| No | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| PACIENTES FALLECIDOS | | |
|----------------------|----|-----|
| Nombre | Fr | % |
| Si | 3 | 20 |
| No | 12 | 80 |
| TOTAL | 15 | 100 |

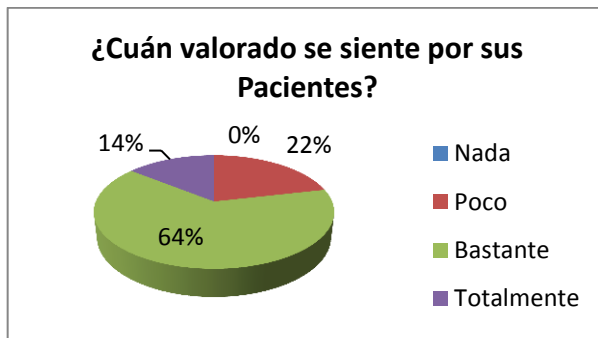
Recursos con que cuentan el personal de enfermería de los centros de salud de Celica y Catacocha.



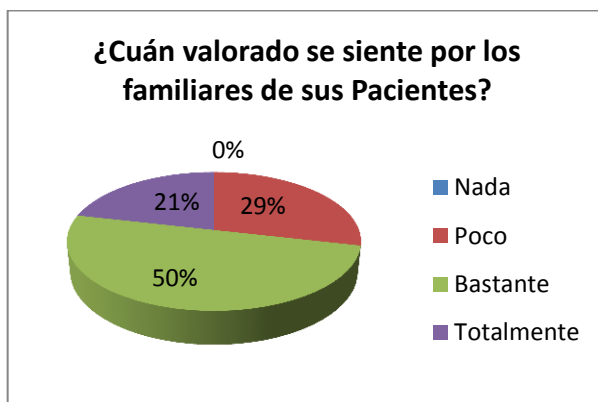
| RECURSOS NECESARIOS | | |
|---------------------|----|-----|
| Nombre | Fr | % |
| Totalmente | 3 | 20 |
| Medianamente | 12 | 80 |
| Poco | 0 | 0 |
| Nada | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |

En cuanto a los recursos necesarios el 20% de enfermeros/as dice contar con lo todo lo necesario dentro de la institución no así el 80% que está satisfecho sólo medianamente, esta situación puede conducir al estrés.

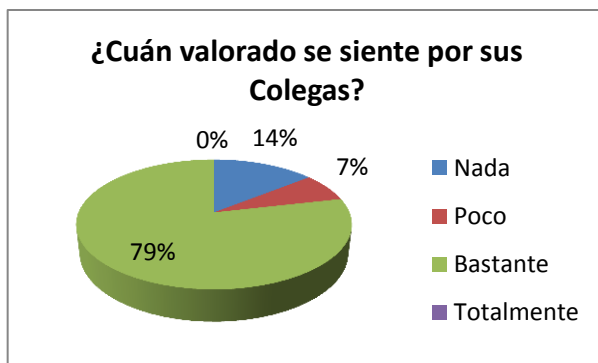
Valoración por parte de pacientes y familiares, así como por compañeros de trabajo.



| VALORACIÓN | | |
|--------------|-----------|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 3 | 21,4285714 |
| Bastante | 9 | 64,2857143 |
| Totalmente | 2 | 14,2857143 |
| TOTAL | 14 | 100 |



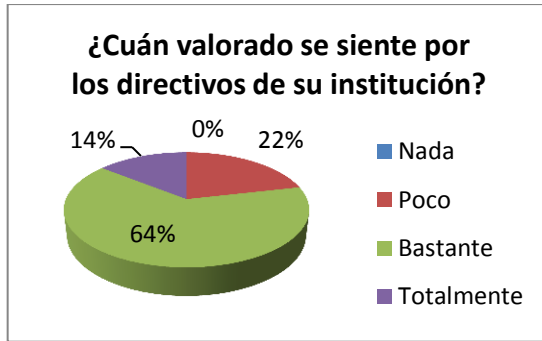
| VALORACIÓN FAMILIARES | | |
|-----------------------|-----------|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 4 | 28,5714286 |
| Bastante | 7 | 50 |
| Totalmente | 3 | 21,4285714 |
| TOTAL | 14 | 100 |



| VALORACIÓN COLEGAS | | |
|--------------------|-----------|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 2 | 14,2857143 |
| Poco | 1 | 7,14285714 |
| Bastante | 11 | 78,5714286 |
| Totalmente | 0 | 0 |
| TOTAL | 14 | 100 |

Un porcentaje que oscila entre 20 y 30% manifiesta sentirse poco valorado tanto por los pacientes como por sus familiares, un porcentaje menor, 7% de ellos se siente poco valorado por sus colegas de trabajo, sin embargo la mayoría parece estar satisfecho en sus relaciones con sus compañeros así como con sus pacientes.

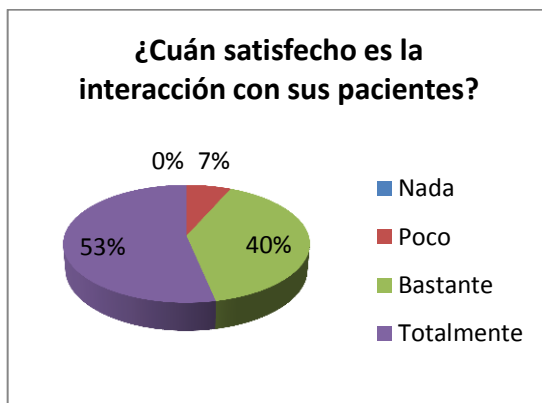
Valoración por parte de los directivos, satisfacción con su trabajo, interacción con sus pacientes y por parte de los directivos de la institución.



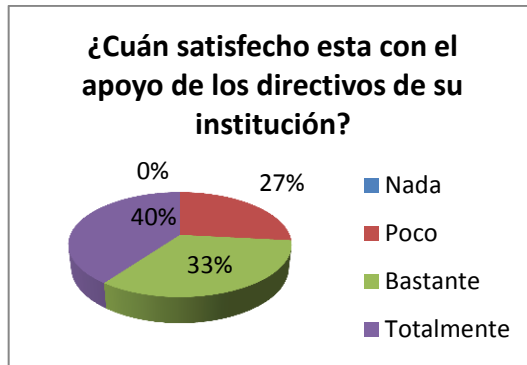
| VALORACIÓN DIRECTIVOS | | |
|-----------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 3 | 21,4285714 |
| Bastante | 9 | 64,2857143 |
| Totalmente | 2 | 14,2857143 |
| TOTAL | 14 | 100 |



| SATISFECHO CON EL TRABAJO | | |
|---------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 2 | 13,3333333 |
| Bastante | 4 | 26,6666667 |
| Totalmente | 9 | 60 |
| TOTAL | 15 | 100 |

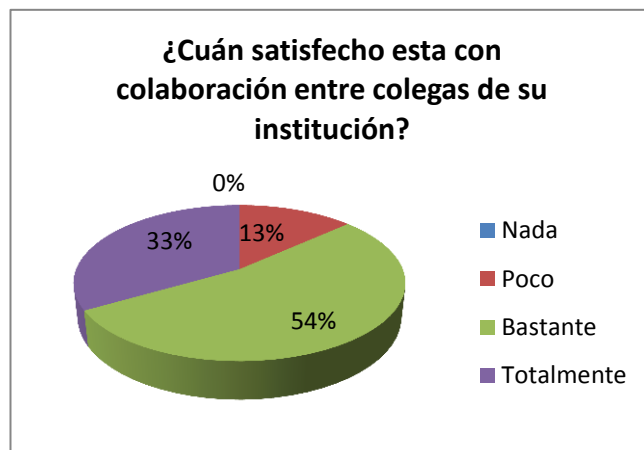


| INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES | | |
|-------------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 1 | 6,6666667 |
| Bastante | 6 | 40 |
| Totalmente | 8 | 53,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| APOYO DIRECTIVOS | | |
|------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 4 | 26,6666667 |
| Bastante | 5 | 33,3333333 |
| Totalmente | 6 | 40 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Satisfacción con sus colegas, con su experiencia profesional, y la economía del personal de enfermería.

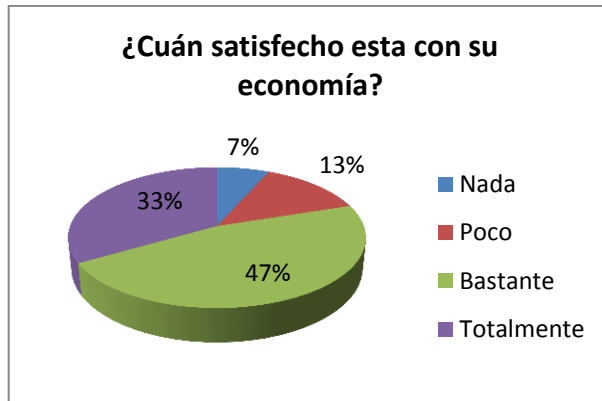


| COLABORACIÓN COLEGAS | | |
|----------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 2 | 13,3333333 |
| Bastante | 8 | 53,3333333 |
| Totalmente | 5 | 33,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| SATISFACCIÓN EXPERIENCIA | | |
|--------------------------|----|------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 0 | 0 |
| Poco | 2 | 13,3333333 |
| Bastante | 8 | 53,3333333 |
| Totalmente | 5 | 33,3333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Existe un 13% que se encuentran poco satisfechos con la colaboración entre compañeros de trabajo, con su experiencia profesional y con sus ingresos económicos, incluso hay un 7% que está completamente insatisfecho con su remuneración; un 33% de enfermeras/os que participaron se encuentran totalmente compensados y a satisfacción con su experiencia profesional así como con la relación con sus colegas. Al igual que estos últimos un porcentaje que va entre los 45 y 55% están bastante satisfechos en estas áreas antes mencionadas.

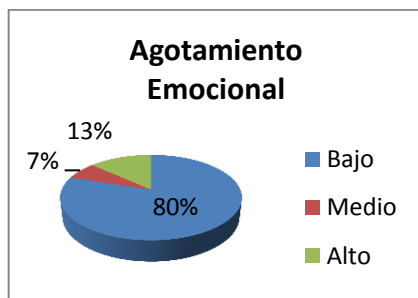


| ECONOMÍA | | |
|------------|----|-------------|
| Nombre | Fr | % |
| Nada | 1 | 6,66666667 |
| Poco | 2 | 13,33333333 |
| Bastante | 7 | 46,66666667 |
| Totalmente | 5 | 33,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

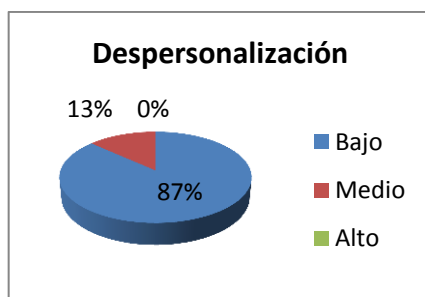
5.2 Resultados en las subescalas del Burnout

Médicos

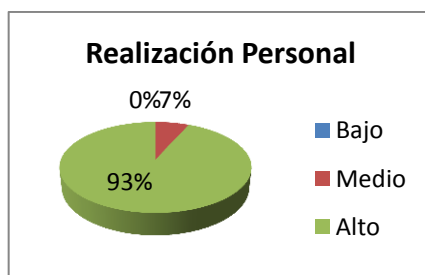
Agotamiento emocional, despersonalización y Realización personal en los médicos de los centros de salud de Celica y Catacocha.



| Agotamiento Emocional | | |
|-----------------------|----|-------------|
| Nivel | fr | % |
| Bajo | 12 | 80 |
| Medio | 1 | 6,66666667 |
| Alto | 2 | 13,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| Despersonalización | | |
|--------------------|----|-------------|
| Nivel | fr | % |
| Bajo | 13 | 86,66666667 |
| Medio | 2 | 13,33333333 |
| Alto | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |

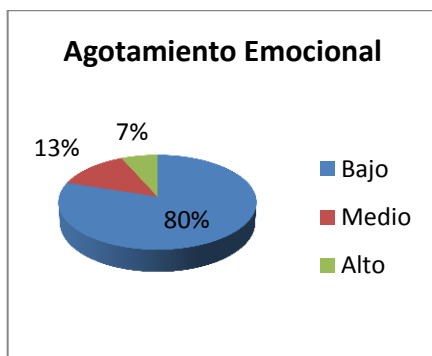


| Realización Personal | | |
|----------------------|----|-------------|
| Nivel | fr | % |
| Bajo | 0 | 0 |
| Medio | 1 | 6,66666667 |
| Alto | 14 | 93,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

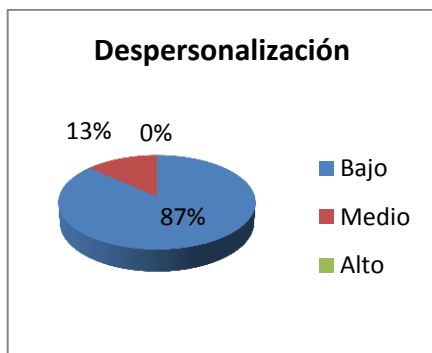
Se puede notar claramente un bajo nivel de agotamiento emocional así como despersonalización contrastado con un alto nivel de realización personal, lo cual es positivo, sin embargo también podemos darnos cuenta como un 13% de ellos manifiesta un alto nivel de agotamiento emocional y un nivel medio de despersonalización, así mismo 7% de los participantes muestra un nivel medio de agotamiento emocional así como de realización personal.

Enfermeras.

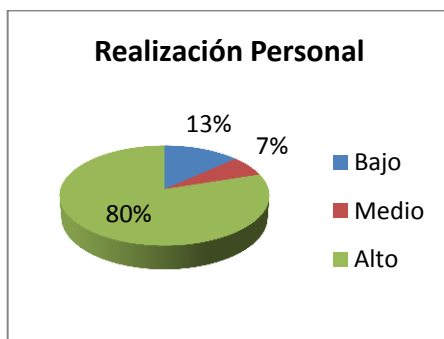
Agotamiento emocional, despersonalización y Realización personal en enfermeros/as de los centros de salud de Celica y Catacocha.



| Agotamiento Emocional | | |
|-----------------------|----|------------|
| Nivel | fr | % |
| Bajo | 12 | 80 |
| Medio | 2 | 13,3333333 |
| Alto | 1 | 6,6666667 |
| TOTAL | 15 | 100 |



| Despersonalización | | |
|--------------------|----|------------|
| Nivel | fr | % |
| Bajo | 13 | 86,6666667 |
| Medio | 2 | 13,3333333 |
| Alto | 0 | 0 |
| TOTAL | 15 | 100 |



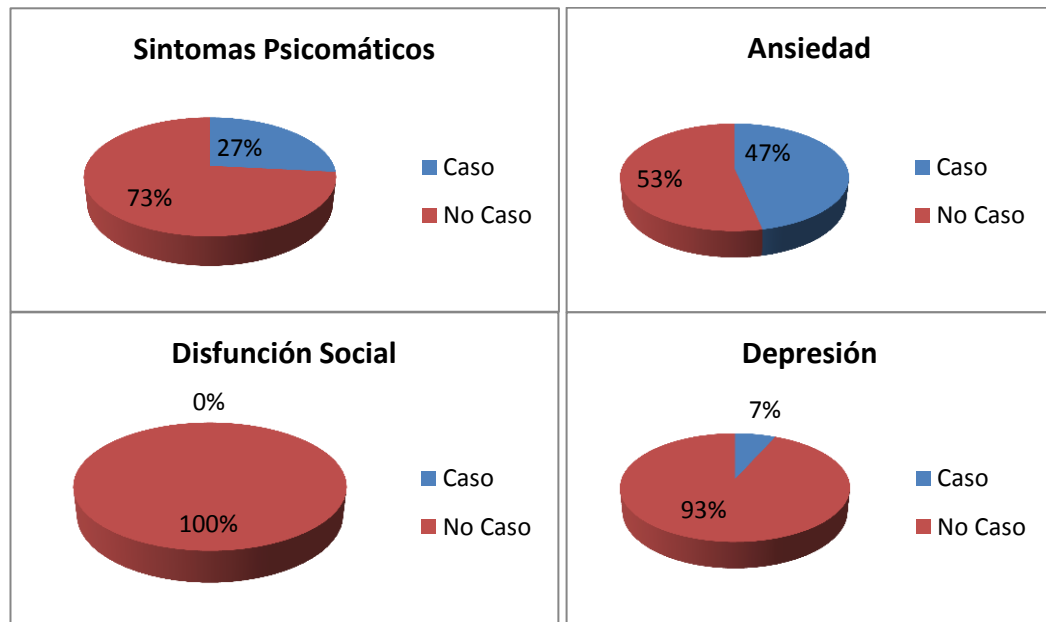
| Realización Personal | | |
|----------------------|----|------------|
| Nivel | fr | % |
| Bajo | 2 | 13,3333333 |
| Medio | 1 | 6,6666667 |
| Alto | 12 | 80 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Al igual que en los médicos podemos ver que en un cierto porcentaje de enfermeras aunque bajo (7%) existe un alto nivel de agotamiento emocional y un bajo nivel de realización personal que abarca un 13% de los participantes, por otro lado queda reflejado como un alto porcentaje tiene un alto nivel de realización personal acompañado de bajos niveles de agotamiento emocional y despersonalización, lo que no da cabida a la presencia de Burnout, sin embargo no deja de tener interés ese 7 y 13% preocupante.

5.3 Salud mental

Médicos

Presencia de síntomas psicossomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión en los médicos (sin burnout) de los centros de salud participantes.



| Síntomas Psicossomáticos | | |
|--------------------------|-----------|------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 4 | 26,6667 |
| No Caso | 11 | 73,3333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

| Ansiedad | | |
|--------------|-----------|------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 7 | 46,6667 |
| No Caso | 8 | 53,3333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

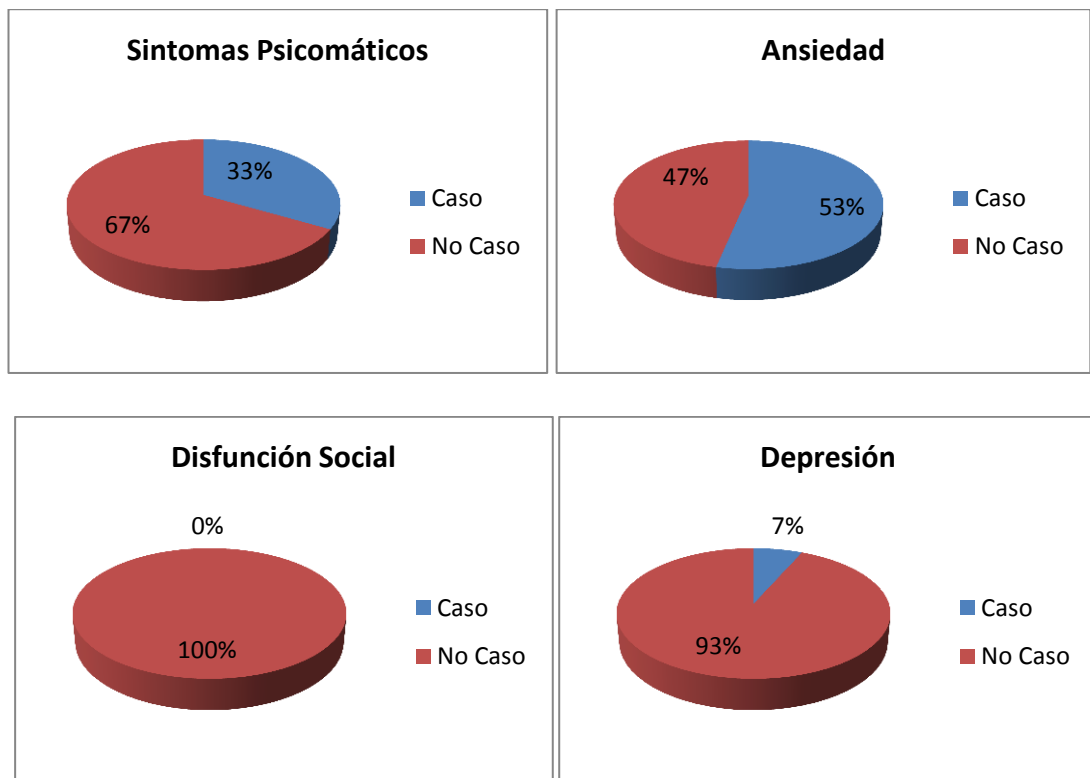
| Disfunción Social | | |
|-------------------|-----------|------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 0 | 0 |
| No Caso | 15 | 100 |
| TOTAL | 15 | 100 |

| Depresión | | |
|--------------|-----------|------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 1 | 6,66667 |
| No Caso | 14 | 93,3333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

En estos gráficos podemos apreciar que no contamos con casos de disfunción social, pero si podemos ver la presencia de ansiedad en un 47% de los médicos participantes, seguido de un 27% con síntomas psicósomáticos, y aunque en menor proporción también existen casos de depresión.

Enfermeras

Presencia de síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión en enfermeros/as.



| Sintomas Psicósomáticos | | |
|-------------------------|-----------|-------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 5 | 33,33333333 |
| No Caso | 10 | 66,66666667 |
| TOTAL | 15 | 100 |

| Ansiedad | | |
|--------------|-----------|-------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 8 | 53,33333333 |
| No Caso | 7 | 46,66666667 |
| TOTAL | 15 | 100 |

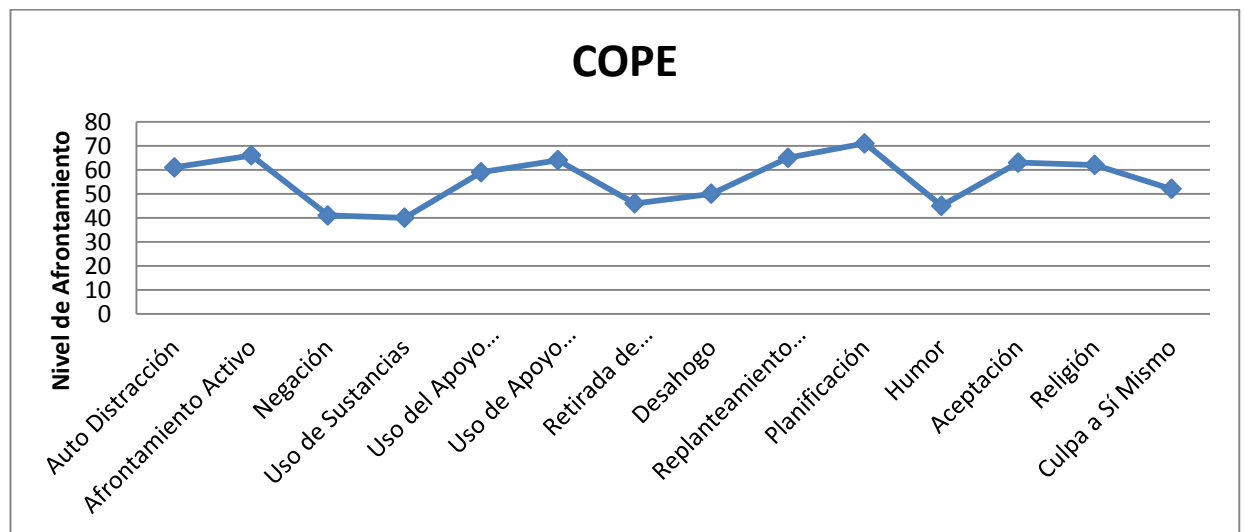
| Disfunción Social | | |
|-------------------|-----------|------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 0 | 0 |
| No Caso | 15 | 100 |
| TOTAL | 15 | 100 |

| Depresión | | |
|--------------|-----------|-------------|
| Estado | fr | % |
| Caso | 1 | 6,66666667 |
| No Caso | 14 | 93,33333333 |
| TOTAL | 15 | 100 |

Al comparar los médicos con las enfermeras podemos darnos cuenta que en estas últimas existe un mayor porcentaje con la presencia de síntomas psicossomáticos y de ansiedad, los casos de depresión se presentan en igual magnitud, así mismo al igual que en los médicos no existe disfunción social.

5.4 Estilos de afrontamiento

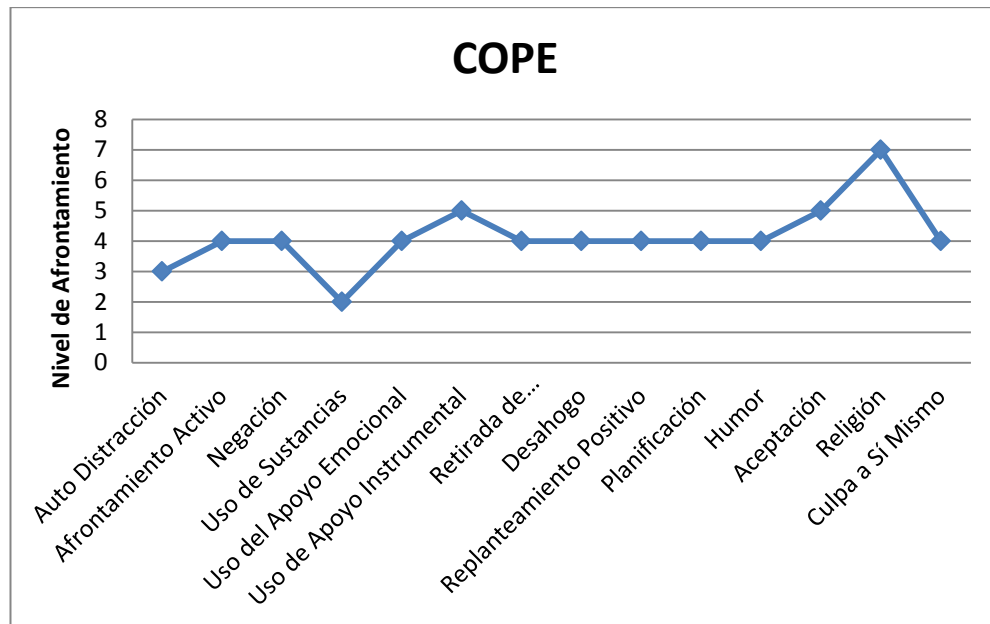
Estilos de afrontamiento en médicos sin burnout.



El estilo de afrontamiento más usado por los médicos para manejar los problemas es la planificación, seguido por el afrontamiento activo y replanteamiento positivo; también algunos de ellos recurren al apoyo instrumental, la aceptación y la religión, lo que significa que prefieren pensar y analizar cómo hacer frente al estrés.

| COPE | |
|----------------------------|-----------|
| Estrategia | Sumatoria |
| Auto Distracción | 61 |
| Afrontamiento Activo | 66 |
| Negación | 41 |
| Uso de Sustancias | 40 |
| Uso del Apoyo Emocional | 59 |
| Uso de Apoyo Instrumental | 64 |
| Retirada de Comportamiento | 46 |
| Desahogo | 50 |
| Replanteamiento Positivo | 65 |
| Planificación | 71 |
| Humor | 45 |
| Aceptación | 63 |
| Religión | 62 |
| Culpa a Sí Mismo | 52 |

Estilos de afrontamiento en médico con burnout.

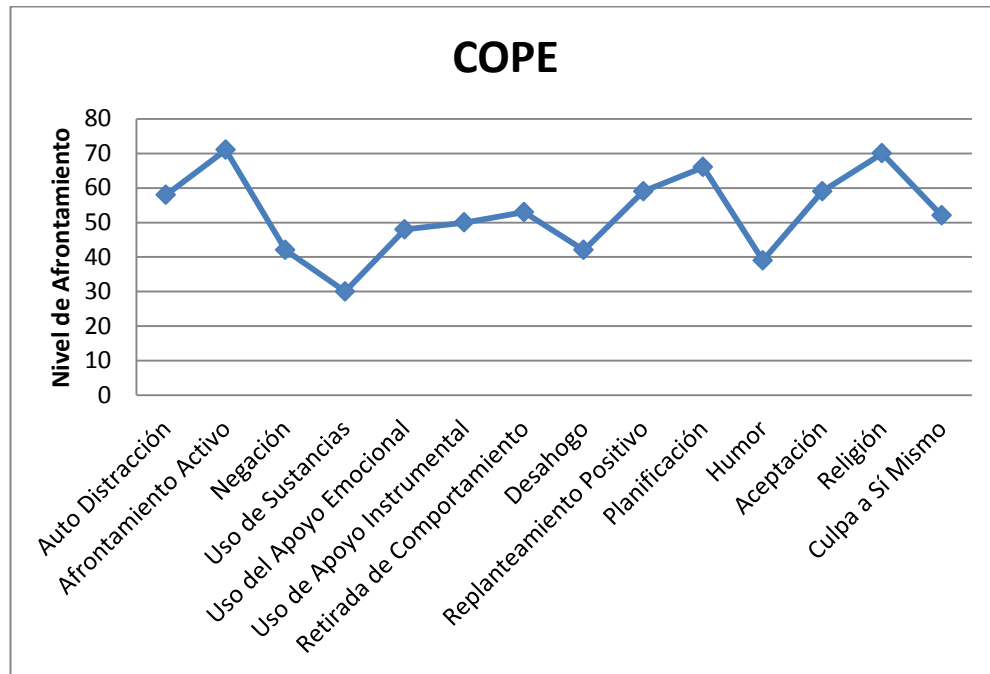


| COPE | |
|----------------------------|-----------|
| Estrategia | Sumatoria |
| Auto Distracción | 3 |
| Afrontamiento Activo | 4 |
| Negación | 4 |
| Uso de Sustancias | 2 |
| Uso del Apoyo Emocional | 4 |
| Uso de Apoyo Instrumental | 5 |
| Retirada de Comportamiento | 4 |
| Desahogo | 4 |
| Replanteamiento Positivo | 4 |
| Planificación | 4 |
| Humor | 4 |
| Aceptación | 5 |
| Religión | 7 |
| Culpa a Sí Mismo | 4 |

Hemos podido señalar un solo caso de Burnout, esta persona frente a los problemas la primera ayuda la ha buscado en la religión, otros tipos de afrontamiento han sido la aceptación y el apoyo instrumental.

Enfermeras

Estilos de afrontamiento en Enfermeros/as.

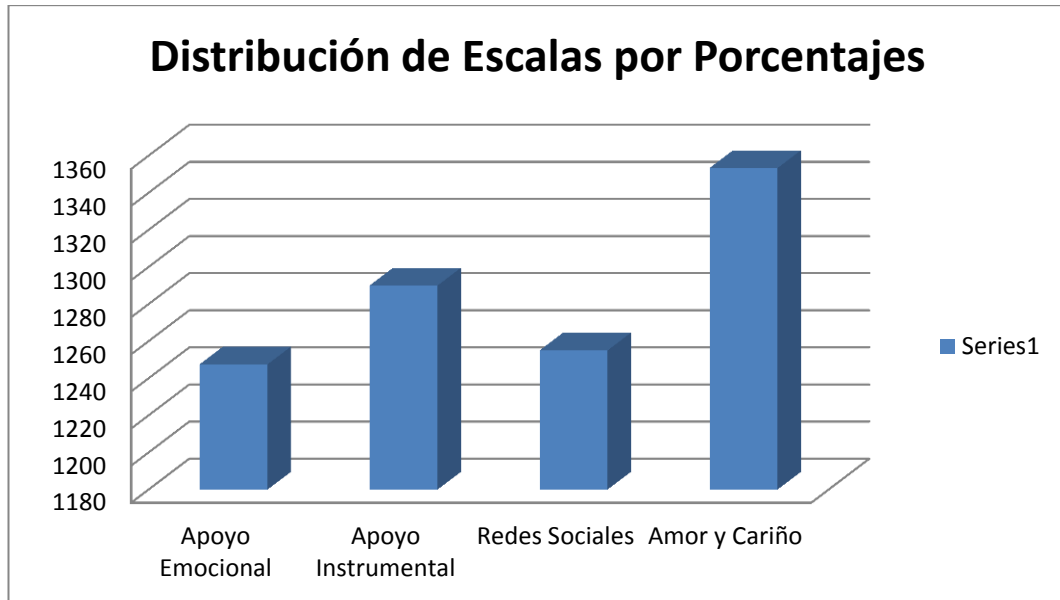


En el caso de las enfermeras frente a los problemas han recurrido al afrontamiento activo junto a la religión como apoyo, así como la planificación, aceptación y replanteamiento positivo.

| COPE | |
|----------------------------|-----------|
| Estrategia | Sumatoria |
| Auto Distracción | 58 |
| Afrontamiento Activo | 71 |
| Negación | 42 |
| Uso de Sustancias | 30 |
| Uso del Apoyo Emocional | 48 |
| Uso de Apoyo Instrumental | 50 |
| Retirada de Comportamiento | 53 |
| Desahogo | 42 |
| Replanteamiento Positivo | 59 |
| Planificación | 66 |
| Aceptación | 59 |
| Religión | 70 |
| Culpa a Sí Mismo | 52 |

5.5 Apoyo Social

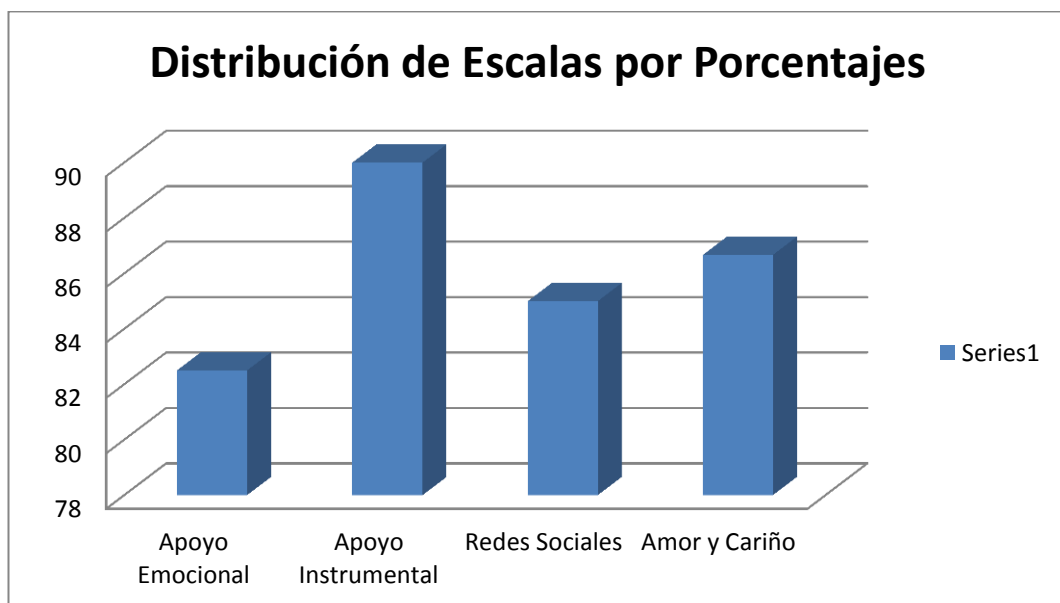
Tipo de apoyo social en médicos sin burnout



| Apoyo Social | |
|--------------------|------------|
| Apoyo Emocional | 1247,5 |
| Apoyo Instrumental | 1290 |
| Redes Sociales | 1255 |
| Amor y Cariño | 1353,33333 |

Dentro de los médicos sin burnout, su principal fuerza de apoyo está en los familiares, probablemente su pareja en quienes están casados o comprometidos.

Tipo de apoyo social en médico con burnout

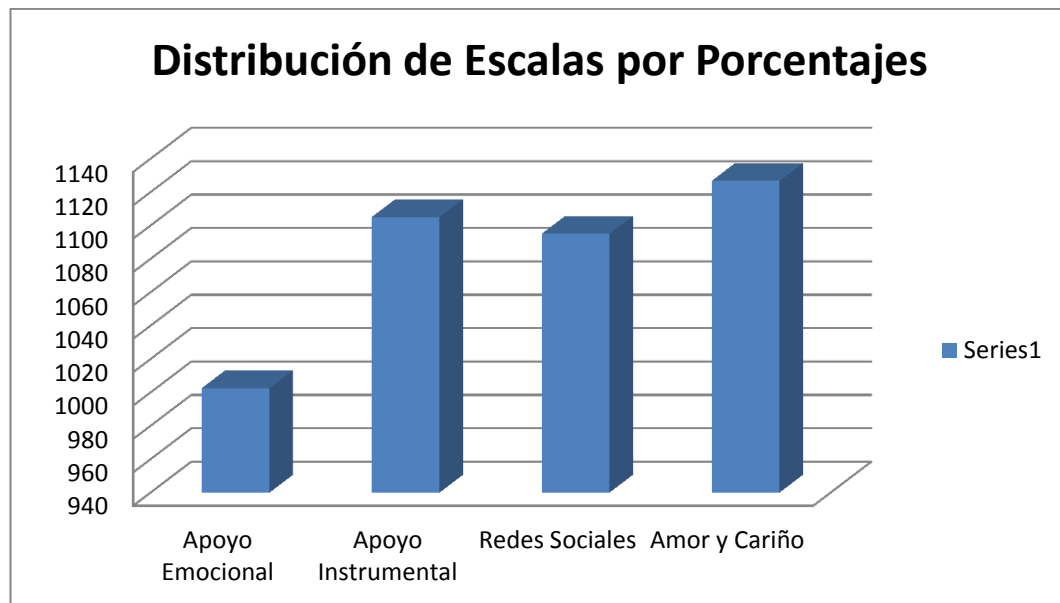


| Apoyo Social | |
|--------------------|------------|
| Apoyo Emocional | 82,5 |
| Apoyo Instrumental | 90 |
| Redes Sociales | 85 |
| Amor y Cariño | 86,6666667 |

Quien padece burnout, busca apoyo principalmente en una persona capacitada o en las personas más allegadas, la mayoría de las veces tiene con quien contar.

Enfermeras

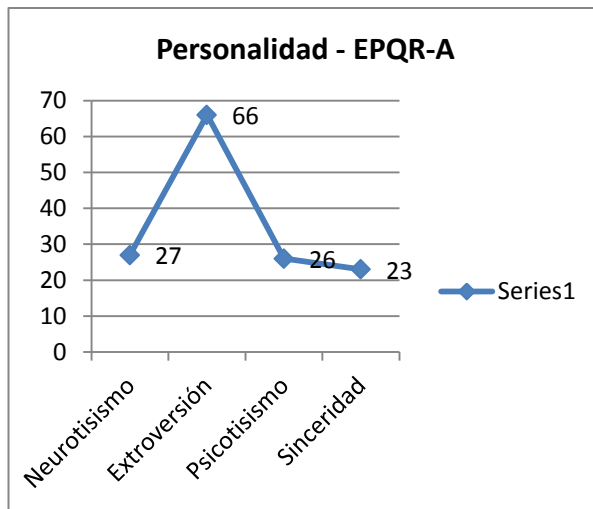
Tipo de apoyo social en Enfermeros/as.



| Apoyo Social | |
|--------------------|------------|
| Apoyo Emocional | 1002,5 |
| Apoyo Instrumental | 1105 |
| Redes Sociales | 1095 |
| Amor y Cariño | 1126,66667 |

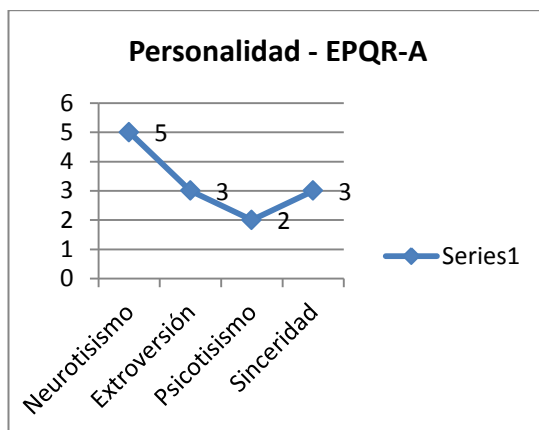
Las enfermeras que participaron en este estudio, encuentran su principal fuente de apoyo en sus parejas.

5.6 Personalidad

Rasgos de personalidad en médicos sin burnout.

| Personalidad - EPQR-A | | |
|-----------------------|------|------------|
| Tipo | Ptje | % |
| Neuroticismo | 27 | 19,0140845 |
| Extroversión | 66 | 46,4788732 |
| Psicoticismo | 26 | 18,3098592 |
| Sinceridad | 23 | 16,1971831 |
| TOTAL | 142 | 100 |

Los médicos sin burnout, se identifican como personas sociables, con muchas amistades, impulsivos, amantes de los cambios, gustan de la diversión y acción.

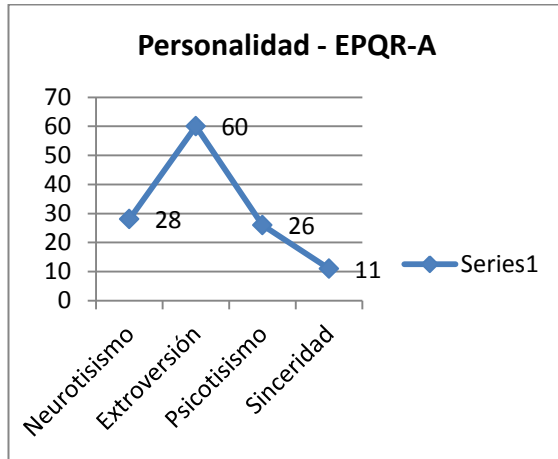
Rasgos de personalidad en médico con burnout.


| Personalidad - EPQR-A | | |
|-----------------------|------|------------|
| Tipo | Ptje | % |
| Neuroticismo | 5 | 38,4615385 |
| Extroversión | 3 | 23,0769231 |
| Psicoticismo | 2 | 15,3846154 |
| Sinceridad | 3 | 23,0769231 |
| TOTAL | 13 | 100 |

La persona con burnout se manifiesta como una persona ansiosa, preocupada, con frecuentes cambios de humor, con tendencia a la depresión y bastante sensible.

Enfermeras

Rasgos de personalidad en las enfermeras.



| Personalidad - EPQR-A | | |
|-----------------------|------|------|
| Tipo | Ptje | % |
| Neuroticismo | 28 | 22,4 |
| Extroversión | 60 | 48 |
| Psicoticismo | 26 | 20,8 |
| Sinceridad | 11 | 8,8 |
| TOTAL | 125 | 100 |

Las enfermeras en su mayoría se muestran como personas sociables, con un notable grupo de amigos, gustan de los cambios y bastante despreocupadas, alegres y optimistas.

6 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación tuvo como finalidad identificar el nivel de burnout y factores que se relacionan a este síndrome (socio-demográficos, salud mental, apoyo social, modos de afrontamiento y rasgos de personalidad) en los profesionales de la salud del “subcentro de salud Celica” y “Centro de salud N° 8 Catacocha”; para ello se utilizaron los siguientes instrumentos: Cuestionario socio-demográfico, MBI, Cuestionario de salud mental (GHC28), Estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario (MOS) de apoyo social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Los resultados obtenidos, mediante la aplicación de la ficha sociodemográfica nos permite ver que en nuestra población de estudio contamos con un alto porcentaje del sexo femenino, debido a que las mujeres predominan en el área de enfermería; aunque en médicos no existe una diferencia significativa en el número de mujeres y varones ejerciendo esta profesión. Muchos conocedores del tema como Maslach y Jackson (1981), Freudenberger y North (1985), manifiestan que el sexo femenino es más susceptible de padecer Burnout, si esto es cierto entonces en nuestra población objeto de estudio existe una probabilidad considerable de encontrar alguien que padezca el síndrome.

En efecto nos encontramos con un caso de Burnout cuyas características sociodemográficas se describen así: es de sexo femenino, de profesión médica, edad de 24 años, soltera, sin hijos, vive sola, su remuneración está entre 0 – 1000 dólares, con un año de experiencia, trabaja ocho horas al día, en este centro presta servicios profesionales lo cual indica que no tiene nombramiento, no posee otro trabajo extra, está en contacto directo y permanente con sus pacientes la mayor parte del tiempo, se siente poco satisfecha con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución y poco satisfecha con su situación económica. Si comparamos estos resultados con otras investigaciones referentes al tema encontramos que en la investigación realizada en hospitales públicos de la ciudad de Corrientes (Argentina) la presencia del síndrome de Burnout predominaba en el sexo femenino, también predominaba en aquellos con menos experiencia y más jóvenes. Claro que esto no significa que ser mujer o estarse iniciando en la carrera profesional sea una regla para desarrollar Burnout, pero, si a estos factores se suman otros como la presión de los directivos, la insatisfacción económica, inseguridad laboral entre otros, genera un nivel de riesgo mayor y por lo tanto la persona es más susceptible al Burnout.

No obstante en nuestra investigación aparecen dos médicos de sexo masculino que estarían propensos a desarrollar el síndrome de Burnout, sus edades son de 23 y 26 años, soltero y divorciado respectivamente, el primero tiene un hijo y el otro tiene dos, ambos tienen un salario entre 0 y 1000 dólares, uno y dos años de experiencia respectivamente, los dos tienen un contrato a plazo fijo, trabajan fines de semana y hacen turnos nocturnos, rotativos y unas 30 horas de guardia, están en contacto directo y permanente con los pacientes, atienden emergencias, en cuanto a recursos necesarios consideran tener poco. En estas circunstancias coinciden algunos parámetros que al igual que en otras investigaciones son considerados como factores de riesgo así tenemos: el trabajar con emergencias, con pacientes con alto riesgo de muerte, tener poca experiencia, trabajar por turnos, no contar con los recursos necesarios, salario bajo, entre otros.

La edad en médicos y enfermera/os oscila entre 23 y 58 años, con un promedio de 40 años, siendo las enfermeras más jóvenes que los médicos. Maslach y Cols (2001), consideran que ser muy joven y con poca experiencia puede facilitar el desarrollo de Burnout, también Gould (1985) considera que en los primeros años de profesión el individuo tiende a estresarse más. Siendo así se esperaría encontrar alguien con Burnout en el personal de enfermería o en alguno de los médicos más jóvenes, ciertamente quien presentó un alto nivel de burnout fue una médica de 24 años, seguida de dos médicos de 23 y 26 años propensos a padecer el síndrome.

Con respecto al estado civil en nuestra población contamos con más solteros que casados, divorciados o en unión libre; siendo las enfermeras quienes presentan una tasa mayor de soltería, tanto en médicos como en enfermeras existe un porcentaje considerable de divorcios. Tomando en cuenta a quien padece el síndrome y quienes están al borde de desarrollarlo nos damos cuenta que se trata de dos personas solteras y una divorciada, dos de ellos tienen hijos; esto nos hace suponer que no contar con el apoyo de pareja puede ser un factor de riesgo para “quemarse” profesionalmente y más todavía si a esta situación se le suman cargas familiares, en esto coincidimos con las afirmaciones de Gil Monte (1997).

En cuanto a la situación laboral un porcentaje muy bajo cuentan con nombramiento, mientras que la mayoría labora con algún tipo de contrato, siendo la inseguridad laboral una de las situaciones que más preocupa al personal de la salud, un contrato supone menos ingresos económicos y por tanto menos satisfacción en el trabajo y una persona poco satisfecha tiende a estresarse más y rendir menos, lo que puede

desembocar en agotamiento emocional y baja realización personal; esto se corrobora con los casos presentados en nuestra investigación ya que estos trabajan por contrato y están poco satisfechos con sus ingresos; afirmaciones similares hace Manzano (1998) al considerar la importancia del salario en la realización personal y al relacionar al burnout con bajos ingresos.

El tiempo promedio de servicios dentro de la institución en la muestra global es de 16 años siendo el tiempo máximo de 33 años y el mínimo 1 año, cabe señalar que quienes llevan mayor tiempo laborando manifiestan mayor satisfacción, los profesionales antiguos cuentan con nombramientos, perciben un mejor salario, cuentan con más autoridad y mejores posibilidades de ocupar puestos directivos; estas condiciones le permiten al profesional sentir una mayor realización personal y le mantienen alejado del Burnout, siempre que no se presenten condiciones adversas. Estas consideraciones también son tomadas en cuenta por Naisberg y Fennig (1991), estos aseveran que los sujetos con burnout acaban por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años de trabajo son los que menos burnout presentan y por eso siguen presentes.

Cuarenta horas semanales es el promedio de labores en los hospitales donde realizamos nuestra investigación, puesto que la mayoría labora de lunes a viernes 8 horas diarias; sólo alcanzan las 60 horas semanales quienes realizan guardia o laboran fines de semana, estos últimos son pocos y suelen ser quienes se inician en la profesión. En algunos, que sobrepasan las 40 horas semanales se evidencia agotamiento emocional y en otros, baja realización personal, lo que hace suponer que trabajar en tales condiciones es un factor de riesgo de padecer burnout, en esto coincidimos con Leiter (1991), quien considera la turnicidad y el trabajo fuera del horario normal como antecedentes del Burnout, también Gil Monte (2002) considera el exceso de trabajo como un riesgo para alcanzar el Burnout.

Si bien es cierto que sólo hemos encontrado un caso con niveles altos de Burnout y dos más al borde de padecerlo, es importante mostrar que en el cuestionario MBI (cuestionario de burnout) hemos podido constatar que el 23% de la muestra global tanto de médicos como enfermeras/os han sentido un alto nivel de agotamiento emocional, siendo estos los más jóvenes, por lo que estarían en riesgo de padecer el síndrome de Burnout más adelante; un 13% de las enfermeras presenta un nivel bajo de realización personal, a esto se le relaciona con el sexo femenino, estar solteras, vivir solas y tener un salario bajo; algunas muestran un nivel medio de

despersonalización, esto se relaciona con: trabajar en emergencias y tener poca experiencia.

A nuestros resultados los comparamos con otras investigaciones como la realizada con los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez (México) el 31% presentó agotamiento emocional lo cual se relacionó con tener menor edad que el promedio, baja realización personal 35% se relacionó con menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto; y despersonalización 19% relacionado con pertenecer al servicio de urgencias y clínicas.

Al hacer esta relación entre estas dos investigaciones encontramos que en la nuestra hay un menor porcentaje de incidencia en las tres dimensiones del Burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), sin embargo se coincide en tener personas jóvenes con alto agotamiento emocional y quienes trabajan en emergencias presentan despersonalización, aunque en nuestro caso sólo con nivel medio de despersonalización; también se presenta una diferencia en cuanto a la presencia de baja realización personal; por lo tanto podemos decir que no existe un común denominador para el desarrollo del Burnout, sino que son diversas las circunstancias que propician el padecimiento de este síndrome.

En el cuestionario de salud mental (GHQ28) se puede encontrar que: la ansiedad está presente en más de la mitad de la población estudiada, no menos importante ha sido la presencia de síntomas psicósomáticos afectando a más del 30% de los participantes, en cuanto a la depresión es más notoria en las enfermeras, aunque también hay médicos que han presentado depresión, pero, en un índice bastante bajo.

La ansiedad se asocia al agotamiento emocional, esta afirmación es posible, dado que un elevado porcentaje que siente o ha sentido ansiedad, también ha manifestado sentir agotamiento emocional en niveles medio y alto. Este indicador también parece que influye en el bajo nivel de realización personal; no se puede hacer diferencias entre médicos y enfermeras ni entre hombres y mujeres al hablar de ansiedad, puesto que la magnitud con que se ha presentado ha sido indiferente al sexo o a la profesión. La ansiedad parece responder a los síntomas psicósomáticos, nos damos cuenta pues que casi con la misma frecuencia en que se ha presentado la ansiedad también se han presentado los síntomas somáticos; también parece que es común la ansiedad e insomnio en quienes permanecen solteros y haciendo una especial referencia a quienes siendo solteros tienen hijos, esto no significa que entre los casados,

divorciados o en unión libre no se den casos de ansiedad e insomnio, puesto que sí existe la presencia de ansiedad pero con una frecuencia mucho menor.

La presencia de depresión en la población objeto de estudio ha sido poco significativa, pero dado que se han presentado casos, aunque pocos, hay que señalar que han predominado en las mujeres casadas y con hijos. Por otro lado cabe indicar que la vida social y su desempeño diario no se han visto afectados de modo significativo, antes han tenido un buen desempeño social.

Mediante el cuestionario de afrontamiento (BRIEF – COPE), encontramos que un alto porcentaje tanto de médicos como enfermeras utilizan modos de afrontamiento funcionales como: aceptación, afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, reinterpretación positiva, religión, entre otros; y un mínimo porcentaje utilizan modos de afrontamiento disfuncionales como: uso de sustancias, negación, desconexión conductual, humor, etc. Esto es positivo ya que la mayoría toman conciencia cuando están frente a un problema y buscan la mejor manera de superar situaciones adversas, ya sea a través de actividades individuales o buscando ayuda en otras personas.

Por otro lado podemos notar que en médicos y enfermeras existen modos de afrontamiento usados con menor frecuencia tales como: el desahogo y el apoyo emocional el cual se estima que sólo el 12% de la población general lo usa.

Al parecer quienes utilizan los modos de afrontamiento tales como: aceptación, planificación, religión y afrontamiento activo, se mantienen más alejados del agotamiento emocional, despersonalización o el poco sentido de realización personal, sin embargo utilizar un o unos determinados modos de afrontamiento no garantiza que una persona no pueda desarrollar el síndrome del Burnout, pero, si puede sobrellevarlo de tal modo que afecte lo menos posible a su desempeño diario; en otro sentido no podemos afirmar que el hecho de que una persona no cuente con un marcado modo de afrontamiento tenga más tendencia a padecer burnout, puesto que hay tantas personas que no se identifican con ningún modo de afrontamiento, sin embargo no padecen de despersonalización ni tampoco han sentido un agotamiento emocional significativo y como personas y profesionales se sienten realizados y a gusto en sus labores diarias.

Para intentar encontrar la relación existente entre el nivel de apoyo social y el Burnout, analizamos los Cuestionarios (MOS) de apoyo social; tomamos como referencia a

quien lo padece y allí podemos encontrar que: el apoyo emocional con que cuenta así como sus redes sociales le son muy favorables. Lo mismo sucede con las personas que estarían al borde de sufrir el síndrome, el apoyo social es ventajoso, de este modo no ha sido fácil hacer una relación entre la falta de apoyo emocional con el Burnout tal como se lo señala en la revisión bibliográfica, los resultados obtenidos en nuestro trabajo de campo no nos ha permitido corroborar lo que otros investigadores aseveran: falta de apoyo social conduce al Burnout, buen apoyo social aleja del Burnout (Leiter y Maslach, 1988) (Freddy y Hobfoll, 1994) .

No preciso a que se deba este tipo de discrepancia, quizás se deba a que el síndrome sea más complejo de lo que podemos apreciar o quizás nuestro instrumento no tiene el alcance deseado, aunque tal parece que ese no es nuestro caso, porque por otro lado al analizar el instrumento destinado a medir los rasgos de personalidad nos percatamos de que el rasgo de sinceridad es bajo, por lo que podría suceder que los evaluados respondieron de acuerdo a su conveniencia o con respuestas que quizás consideraron más populares, lo cual significa que puede haber un sesgo entre este resultado y el alcance deseado.

Luego de apreciar los diversos rasgos con los cuales se identifican las personas evaluadas dentro de nuestra población vemos que algunos comparten entre quienes están cerca del Burnout y quienes están lejos de padecer este síndrome, sin embargo se ha podido identificar un rasgo común entre quienes padecen o están al borde del Burnout, se trata del rasgo de Neuroticismo, este rasgo es poco frecuente entre quienes no han desarrollado el síndrome. Por supuesto vale aclarar que los rasgos de personalidad son estables en condiciones normales, pero no así en condiciones adversas.

Otro detalle que llama la atención y parece dar lugar a resultados discrepantes es el hecho de tener un bajo porcentaje en la escala de sinceridad, como se dijo anteriormente esto significaría que muchos de los evaluados hayan podido dar respuestas según su conveniencia, o las que podrían ser más populares según su criterio; el rasgo de extraversión también asoma entre algunos que estarían predispuestos al Burnout, pero no se le puede asignar una relación, puesto que es más común entre quienes tienen altos índices de realización personal , bajo agotamiento emocional y baja despersonalización; en otras palabras se puede decir que el rasgo de extraversión está presente entre quien padece burnout y quienes están lejos de padecerlo.

7 CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1 CONCLUSIONES

A través de la investigación realizada en los centros de salud del cantón de Celica y Catacocha se logró evidenciar que:

1) Existe un bajo porcentaje (3%) de personas que padecen Burnout en la población investigada. Sin embargo no se puede ignorar que se evidencian altos niveles de agotamiento emocional, bajo nivel de realización personal en la población investigada especialmente en enfermeras.

2) Entre las variables sociodemográficas que pueden favorecer la presencia de Burnout tenemos: inseguridad laboral, poca experiencia (joven en la profesión), vivir solo (ser soltero o divorciado), presencia de hijos sin un hogar constituido, exceso en las horas de trabajo, trabajar en la noche o fines de semana, insatisfacción salarial, ser subalterno en la institución y falta de apoyo de los directivos. El género no es un factor que determine padecer de Burnout, ya que puede presentarse tanto en hombres como en mujeres, pero, sí hay ciertas condiciones que favorecen a que las mujeres desarrollen este síndrome, como por ejemplo: la sobrecarga que se produce entre el hogar y el trabajo, tener hijos pequeños, o el tener menos tiempo de esparcimiento.

3) El problema de salud mental encontrado con mayor frecuencia es la ansiedad e insomnio, presente sobre todo en un alto porcentaje en enfermeras, también se evidencia la presencia de síntomas psicósomáticos tanto en médicos y como en enfermeras. A este tipo de disfunciones no se le puede relacionar con características sociodemográficas particulares, pero si se puede asociar (aunque no siempre) a ciertas condiciones como: madres y padres solteras/os sin una nueva relación, divorciados, nuevos en la profesión, vivir solos, inseguridad laboral, inconformidad entre lo que perciben que deberían recibir y lo que reciben en realidad, estas condiciones desencadenan en agotamiento emocional. Estos desequilibrios psicológicos que sufre el personal médico y de enfermería pueden derivar en bajos rendimientos y disminuir la calidad asistencial en la administración de cuidados de la salud.

4) No se ha podido encontrar una relación entre la falta de apoyo social y el desarrollo de Burnout en la muestra objeto de estudio.

5) Los cinco modos de afrontamiento utilizados con mayor frecuencia por el personal médico y de enfermería son: Planificación, religión, afrontamiento activo, reinterpretación positiva y autodistracción.

6) Existe una relación entre el tipo de personalidad y el Burnout, al parecer quienes tienen rasgos de Neuroticismo estarían más propensos a padecer el síndrome.

7.2 RECOMENDACIONES

Una vez analizados los datos se puede realizar las siguientes sugerencias:

- 1) A los médicos y enfermeras que padecen o están al borde de padecer el síndrome del Burnout, realizarse una nueva evaluación con la finalidad de sondear algún trastorno serio que pueda afectar su salud mental o su desempeño laboral y familiar; en caso de advertirse un problema de gravedad considerable buscar ayuda profesional pertinente.
- 2) En las instituciones, proponer un programa de sensibilización con respecto a la salud mental del profesional que trabaja en los centros de salud investigado.
- 3) A la universidad y sus representantes legales quienes dirigen los proyectos de investigación, tomar contacto directo con la muestra objeto de estudio a través de sus directivos, con la finalidad de mediar y conseguir una colaboración más efectiva en futuras investigaciones, para de este modo recolectar los datos e información de dicha muestra con toda la seriedad del caso, evitando así posibles sesgos en los resultados y por consiguiente estar en condiciones de poder generalizar a la población y aún más ampliar a otras poblaciones que compartan características similares.
- 4) Al gobierno, implementar algún programa de apoyo al desarrollo de proyectos de investigación tanto de las universidades públicas como particulares, apoyando con incentivos a los tesisistas para de este modo contar con los recursos necesarios para llevar a efecto el desarrollo de la investigación; puesto que los resultados obtenidos son estadísticamente válidos y de interés popular, además sirve para fomentar desarrollo social, de salud, prevención y diagnóstico futuros problemas, etc.

8 BIBLIOGRAFÍA

Libros:

- Flórez, J. (1994). *Síndrome de "estar quemado"*. Barcelona: EDIKA MED.
- Gil-Monte, P., & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Maslach, C. (1997). *Inventario Burnout de Maslach(MBI): Síndrome del quemado por estrés laboral asistencial*. Madrid: TEA.
- Mingote A., J. C., Pérez García, S., & Antón, A. (2002). *Estrés en la enfermería: el cuidado del cuidador*. Madrid: Díaz de Santos.
- Peiró, J. M. (2000). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Pirámide.
- Tonon, G. (2003). *Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome del burnout*. Buenos Aires: Espacio Editorial.

Artículos:

- El Síndrome de Quemarse por el trabajo, aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para su intervención (2001), artículo electrónico recuperado de URL: <http://www.elsitio.com/burnout-teoria-intervencion/>
- García, J. y Herrero, S. (2008) "Variables sociodemográficas y síndrome de Burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla (España)", *Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología 2008*, Vol. 26, número 3, págs. 459-477. De Andalucía Occidental y ISSN 0213-3334 Universidad de Sevilla. Recuperado de URL: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/vol.%2026_3_6.pdf
- Guerrero, E., & Vicente, F. (2001). *Síndrome de "Burnout" o desgaste profesional y afrontamiento del estrés en el profesorado*. Cáceres: Universidad de Extremadura.
- Kalimo, R., Cooper, C. L., El-Batawi, M. A., & Organización Mundial de la Salud. (1988). *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Manzano, G. y Ramos, F.(2001) Profesionales con alto riesgo de padecer Burnout: enfermeras y secretarías, Disponible en [psiquiatria.com](http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/1243/?++interactivo) URL: http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/enfermeria/1243/?++interactivo
- Poblete, C. (2008) *El Síndrome del Burnout, un problema actual*, artículo electrónico recuperado de URL:

<http://www.atinachile.cl/content/view/127874/EL-SINDROME-DE-BURNOUT-UN-PROBLEMA-ACTUAL.html>

Revistas:

- Aranda, C. (2010) “*Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México*”, Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(1), 2010, pp 12-16 Disponible en URL: http://www.unilibrecali.edu.co/Revista_Colombiana_Salud_Ocupacional/pdf/Art_OriginalRCSO_p12_16.pdf
- Barraza, A. (2005, 29 de marzo). *Características del estrés académico de los alumnos de educación media superior*. Revista PsicologíaCientífica.com, 7(9). Disponible en: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-19-1-caracteristicas-del-estres-academico-de-los-alumnos-de-educa.html>
- García, F. *Las emociones como consecuencia de las cargas de entrenamiento*. Revista Digital. [En línea]. Buenos Aires. No. 41 (2001); p. 2.
- Gil-Monte, P. (2000). *Aproximaciones psicosociales y estudios diagnósticos sobre el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Monográfico, *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2):101-102.
- Gil-Monte, P. (2001, 25 de julio). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista PsicologíaCientífica.com*, 3(5). Disponible en URL: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo(sindrome-de-burnout).html)
- Joffre, V, Peinado J., et al, (2010), “*Síndrome de Burnout en Médicos de un Hospital General en el Noreste de México*”, Revista electrónica Medicina, Salud y Sociedad. Vol. 1, No. 1, Disponible en URL: http://www.medicinasaludsociedad.com/site/images/stories/pdf/SINDROME_D_E_BURNOUT.pdf
- Martínez, A (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. nº 112. Septiembre. 2010. Disponible en URL: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Moreno, A, et al (marzo 2007), *Burnout Asistencial: Identificación, Prevención y mediación en Factores Precipitantes*, Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 10 No. 1, disponible en URL: <http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num1/art4vol10no1.pdf>
- Quiroz, R. y Saco S. (2003, diciembre) “Factores Asociados al Síndrome Burnout en Médicos y Enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD

del Cusco” versión electrónica 1609-7263, Revista SITUA. XXXIII, páginas de la 11 a la 22.

- Rosas, S. “*Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) en Personal de Enfermería del Hospital General Pachuca*” Revista científica electrónica de Psicología ICSa-UAEH No.3. Disponible en: <http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/8-No.3.pdf>
- Sepúlveda A. (2012, 7 de mayo). Clima organizacional y estrés laboral asistencial (burnout) en profesores de Enseñanza Media: Un estudio correlacional. *Revista Psicología Científica.com*, 14(10). Disponible en: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-517-1-clima-organizacional-y-estres-laboral-asistencial-\(burnout\)-.html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-517-1-clima-organizacional-y-estres-laboral-asistencial-(burnout)-.html)
- Vanesa, M, Ayala, E, et al (2006) “*Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los Trabajadores de la Salud*”, Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina - N° 153 – Enero 2006, disponible en URL: http://kinesio.med.unne.edu.ar/revista/revista153/5_153.htm

9 ANEXOS

ANEXO Nro. 1



**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 Indígena Afro ecuatoriano

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/a

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

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: lunes martes miércoles

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2

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. | | | | | | | |

Anexo 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

Anexo 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 5
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 6
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

Anexo 7

Glosario

Arousal, Cambio brusco desde el sueño profundo a una fase más superficial el cual puede conducir o no a un despertar 'Es una activación general fisiológica y psicológica del organismo, que varía en un continuo que va desde el sueño profundo hasta la excitación intensa' (Goult y Krane, 1992) El constructo arousal (activación) es un término hipotético que describe los procesos que controlan la alerta, la vigilia y la activación. ((Anderson 1990)) es ana fase del sueño donde se producen alteraciones a nivel mental (INGRATTA PABLO) Es un concepto hipotético que mide el grado de activación fisiológica y psicológica de un cuerpo, según el cual, podemos predecir el desempeño de un sujeto tomando como principio que, al tener un arousal óptimo, se tiene un rendimiento óptimo y al tener un arousal sobre-activado o sub-activado, se va a tener un rendimiento bajo. (André Ronco)

Duda E Indecisión. Muestran un continuo velo de vacilación e incertidumbre en todos sus procesos psíquicos. Así no están seguros si han comprendido bien un determinado problema, si han previsto todas las posibilidades de afrontarlo o si han escogido la mejor vía para solucionarlo.

Et álii, abreviada generalmente como ***et ál.***, es una locución latina que significa literalmente «y otros».¹ Se usa generalmente en repertorios bibliográficos cuando hay más autores además de él o los citados en una referencia, de tal manera que se evita tener que nombrarlos a todos. Su valor es semejante al de etcétera, pero referido a personas. Se coloca tipográficamente en cursivas (o subrayada en los manuscritos), como corresponde a los vocablos de otros idiomas. En términos legales significa que los que firman no son los únicos responsables de lo firmado.

Exagerada Inclinación Al Trabajo. Afán desmedido por el trabajo como el pluriempleo innecesario y la plena dedicación a un negocio. Esta "adicción" al trabajo se asocia a menudo con otros rasgos anancásticos. Así, la tendencia al perfeccionismo y la preocupación le lleva, una vez terminada la faena diaria, a rumiar en el pensamiento sobre los posibles defectos de la tarea, en aquello que todavía queda por realizar, etc.

Feed-back. Se trata del conjunto de reacciones o respuestas que manifiesta un receptor tocante a la actuación de un emisor, dicha respuesta es tenida en cuenta para enfocar su conducta de un modo u otro. La retroalimentación es muy importante en numerosas facetas de la vida de una persona, es necesario tener información de los demás sobre nuestras actuaciones, trabajo ... esto nos ayuda a afianzarnos y al aumento de nuestra seguridad. Con una sola vuelta de información ya repercute en nuestras conductas futuras. Si por ejemplo nos encontramos dando una charla y vemos a los receptores bostezar, el feed back que nos están enviando es que debemos cambiar el estilo de la charla por que no es el adecuado, a menos que nuestro fin sea aburrirlos.

Intimidad Hermética. Exagerada precaución de ocultar el mundo privado se encuentra con frecuencia en sujetos obsesivos. Esta peculiaridad puede resultar anómala por la desproporcionada extensión de la vida interior secreta o bien por excesiva protección para que no se descubra.

La **Disforia** (del griego δύσφορος (dysphoros), de δυσ-, difícil, y φέρω, llevar) se caracteriza generalmente como una emoción desagradable o molesta, como la tristeza (estado de ánimo depresivo), ansiedad, irritabilidad o inquietud. Es el opuesto etimológico de Euforia.

La etiología.- es la ciencia que estudia las causas de las cosas. En medicina (patogénesis) puede referirse al origen de la enfermedad. La palabra se usa en Filosofía, Biología, Física, y Psicología para referirse a las causas de los fenómenos

Moralísticos. Tendencia desmedida a ser irreprochable: acciones triviales sin la menor importancia se convierten para el sujeto en asuntos de gran trascendencia ética. Por otra parte, esta característica "supermoralista" de la personalidad lleva generalmente consigo la pretensión de que los demás también deben conducirse según sus rígidos postulados morales.

Obstinación. Los puntos de vista de estas personas se modifican con gran dificultad; ahora bien, si se llega a conseguir, después resulta laborioso hacerles cambiar de nuevo. Una vez en una dirección su pensamiento, apenas se les puede parar o desviar.

op cit.- OBRA CITADA, se usa para no reiterar todos los datos de una cita bibliográfica Ejemplo: Waltari, Mika, Sinuhe el egipcio, 1937, pág. 735 la siguiente vez q lo cites: Waltari, op cit, pág. 398

Perfeccionismo. Se manifiesta generalmente como una desmesurada preocupación por el orden (emplazamiento de los objetos, la organización, la simetría) la limpieza (el aseo corporal, el polvo, la contaminación), la puntualidad (comparecencia exacta, el cumplimiento de los plazos establecidos) y los detalles (minuciosidad).

Personalidad Anancástica.- Es una variedad de personalidad anormal, precozmente evidenciada y constituida por núcleos pensantes dominantes y persistentes, respecto de los cuales el sujeto tiene formado juicio crítico acerca de su absurdidad, pese a lo cual no puede liberarse de ellos, resultando de esta lucha interna, ansiedad y también angustia.

Preocupación Excesiva. La mente está desproporcionadamente centrada en diversos aspectos poco importantes: las consecuencias de una acción intrascendente en el pasado, la actitud ante un acontecimiento banal en el futuro.

Sentido Exagerado De La Propiedad. Tendencia a ser exageradamente ahorrativos, a administrar los recursos de una forma mezquina y a escatimar cualquier muestra de generosidad hacia quienes les rodean. Es raro en ellos que se desprendan de su dinero o de sus posesiones, si no reciben ventajosas contrapartidas.

Taxonomía.- f. Ciencia que se ocupa de los principios, métodos y fines de la clasificación. Clasificación que se realiza según esta ciencia, en especial la que ordena, jerarquiza y nombra, dentro de la biología, los seres vivos.

CERTIFICACIONES DE LAS INSTITUCIONES

Subcentro de Salud Celica

CERTIFICACIÓN:

Yo Dra. JACQUELINE CAMPOVERDE, certifico que en el mes de enero del 2012, médicos y enfermeras de esta institución participaron completando, los seis instrumentos, para el programa de investigación en "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno" en colaboración con el egresado LEONCIO IVAN BRAVO CABRERA, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Además se autoriza para que los datos recogidos sean utilizados, para el desarrollo de la tesis de pregrado del egresado y para el programa nacional de investigación de Psicología.

Atentamente:



.....
DIRECTORA DEL SUBCENTRO DE SALUD CELICA

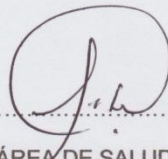
Área de Salud No 8 Catacocha

CERTIFICACIÓN:

Yo Dra. RITA SARITAMA CARRIÓN, certifico que en el mes de febrero del 2012, médicos y enfermeras de esta institución participaron completando, los seis instrumentos, para el programa de investigación en "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno" en colaboración con el egresado LEONCIO IVAN BRAVO CABRERA, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Además se autoriza para que los datos recogidos sean utilizados, para el desarrollo de la tesis de pregrado del egresado y para el programa nacional de investigación de Psicología.

Atentamente:



JEFA DE ÁREA DE SALUD N^o 8 CATACOCHA