



Universidad Técnica Particular de Loja

TITULACIÓN DE PSICOLOGÍA

Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital “Dr. Roberto Gilbert” de la ciudad de Guayaquil-Ecuador.

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Pico Vélez, René Orlando

Director:

Costa Aguirre, Alicia Dolores, Mg.

Centro Universitario: Piñas

2012

CERTIFICACIÓN

Mg. Alicia Dolores Costa Aguirre

TUTORA 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 del 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, René Orlando Pico Vélez, 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”.

.....

René Orlando Pico Vélez

130576926-5

AUTORÍA

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

.....

René Orlando Pico Vélez

130576926-5

AGRADECIMIENTO

Uno de los valores sublimes del ser humano es el agradecimiento. Razón por la cual agradezco a Dios, en primer lugar, por concederme el don de la sabiduría, la fortaleza espiritual y hacerme ver las cualidades que tiene un ser humano. A mi familia, por ser la red social y humana principal en los momentos alegres y difíciles por lo que vive un estudiante en su época universitaria.

A los amigos verdaderos que sin mirar prejuicios religiosos o de otra índole, aparecen como una vela encendida que, aunque alumbren poco, es tan necesaria para continuar con las metas propuestas de un estudiante. Menciono sobre todo a mis dos grandes amigos o familias León-Apolo y Romero-Zerda, que fueron pilares en los últimos momentos de mis estudios y de mi vida profesional. Y perdón por no nombrar a otros amigos y amigas, que de una manera u otra, fueron también base de sostenimiento emocional y espiritual para culminar mi carrera universitaria.

Finalmente agradezco a la UTPL, a todos los que la conforman, que por su enseñanza a distancia, sin importar la edad, credo ni condición económica, permite a personas que laboran alcanzar sus metas propuestas, ser un profesional de calidad y sobre todo humano.

Gracias a todos y por todo.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo especialmente a mi madre Estrella, que aunque no me dio los estudios secundarios, sacerdotales y universitarios, sin embargo me dio dos cosas importantes, la vida y la base del aprendizaje en los años de mi niñez. Sin olvidar a tres personas que fueron también baluarte en mi niñez y juventud: mi abuelo Israel (+), mi tía Marcia (+) y la tía Seba que, con su paciencia y sabios consejos me guiaron a ser un hombre de bien.

Además a todas las personas que sufren de algún malestar psicológico, fruto de su esfuerzo laboral por alcanzar bienestar personal, familiar y ser parte del adelanto de nuestra sociedad, que aunque lleguen a experimentar estrés, sepan que existen mecanismos para prevenirlo, tratarlo y, de esta manera, puedan mejorar su estado mental, físico y espiritual.

ÍNDICE

Preliminares.....	ii
1. Resumen.....	1
2. Introducción	2
3. Marco teórico.....	5
Capítulo 1: Conceptualización del Burnout.	
a) Definiciones del burnout.....	6
b) Características de los estresores.....	7
c) Modelos explicativos del burnout.....	8
d) Delimitación histórica del síndrome del burnout.....	9
e) Poblaciones propensas del burnout.....	10
f) Fases y desarrollo del síndrome del burnout.....	11
g) Características, causas y consecuencias del burnout.....	12
h) Prevención y tratamiento del síndrome del burnout.....	15
Capítulo 2: Conceptualización de las variables de la investigación	
a) Burnout y las relación con variables sociodemográficas y Laborales...	17
Variables de riesgo protectoras.....	17
Motivación y satisfacción laboral.....	18
Investigaciones realizadas.....	19
b) El burnout y la relación con la salud.....	20
Definiciones de salud.....	20
Síntomas somáticos.....	21
Disfunción social en la actividad diaria.....	24
Investigaciones realizadas.....	26
c) Burnout y el afrontamiento.....	26
Definiciones de afrontamiento.....	27
Teorías de afrontamiento.....	27
Estrategias de afrontamiento.....	28
Investigaciones realizadas.....	30
d) El burnout y la relación con el apoyo social.....	32
Definición de apoyo social.....	33
Modelos explicativos del apoyo social.....	33
Investigaciones realizadas.....	34
e) 5. El burnout y la relación con la personalidad.....	35

Definición de la personalidad.....	36
Tipos de personalidad.....	37
Patrones de conducta.....	38
Locus de control.....	39
Investigaciones realizadas.....	39
4. Metodología	
4.1 Diseño de la investigación.....	41
4.2 Preguntas de investigación.....	41
4.3 Procedimiento.....	42
4.4 Participantes.....	42
4.5 Instrumentos.....	43
4.5.1 Cuestionario Sociodemográfico y laboral.....	43
4.5.2 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)	44
4.5.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).....	45
4.5.4 Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento BRIEF-COPE)	46
4.5.5 Cuestionario de Apoyo Social (MOS)	47
4.5.6 Cuestionario Revisado de la Personalidad de Eysenck (EPQR-A)	47
4.6 Recolección de datos.....	48
5. Resultados obtenidos	49
5.1 Análisis de los instrumentos psicológicos de la muestra.....	50
5.1.1 Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	50
5.1.2 Niveles de agotamiento (MBI)	61
5.1.3 Salud general (GHQ-28).....	65
5.1.4 Afrontamiento (BRIEF-COPE)	68
5.1.5 Apoyo social (MOS).....	71
5.1.6 Cuestionario de personalidad (EPQR-A).....	73
6. Discusión de resultados	75
7. Conclusiones y recomendaciones	
7.1 Conclusiones.....	84
7.2 Recomendaciones.....	85
8. Bibliografías/Referencias	86
9. Anexos	89

RESUMEN

El presente trabajo investigativo, propuesto por la UTPL dentro de la Escuela de Psicología, se origina como una alternativa para contribuir a la calidad de vida de los profesionales de la salud del Ecuador. Razón por la cual, se busca identificar el SÍNDROME de BURNOUT (**estar quemado**) y cuáles son los factores que están relacionados con el mencionado síndrome. Investigación realizada en el Hospital Dr. "Roberto Gilbert" de la ciudad de Guayaquil, con una muestra de 30 participantes en dos grupos, 15 médicos y 15 enfermeras. Para la recolección de los datos se utilizó 6 cuestionarios auto aplicable, entre ellos el MBI. De los 30 evaluados 87% son mujeres y 13% varones. En cuanto a la prevalencia o no del burnout de la población total el 90% (27 sujetos) están ubicados en nivel bajo de agotamiento y el 10% (3 sujetos) en nivel medio. En despersonalización el 100% se encuentran en nivel bajo y, en realización personal en 93% (28 sujetos) se ubican en nivel alto y el 7% (2 sujetos) en nivel medio.

INTRODUCCIÓN

Cuántas veces nos hemos encontrado en situaciones con personas histéricas o de una insensibilidad hacia los demás cuando buscamos ser atendidos. Pero ante esta forma de reaccionar estos profesionales, ya sean médicos, profesores, sacerdotes, etc, nos hemos preguntado ¿Por qué reaccionan así? ¿Qué le lleva a tener un trato insensible hacia los pacientes, personas?

Precisamente el síndrome del Burnout se está dando en profesionales que interactúan con otras personas, de manera especial en el ámbito de la salud, en la atención a los pacientes y sobre todo cuando se enfrenta de manera constante ante situaciones de vida-muerte.

Es la razón por la cual, la UTPL, impulsa a sus egresados de la Escuela de Psicología, realizar investigación en el campo de la salud mental para identificar factores de riesgos que puedan desencadenar en la existencia del síndrome de Burnout en los profesionales que atienden en clínica u hospitales, ya sean públicos o privado a nivel de Ecuador. Investigación que puede servir como base para posteriores estudios, ya sea como tipo de prevención o tratamiento del síndrome, a nivel de Estado o de las mismas instituciones privadas, con la finalidad de mejorar el nivel de vida de sus profesionales y, por ende, el de las personas que buscan su atención profesional.

Esta propuesta investigativa tiene como objetivos los que a continuación se detalla. Como objetivo general "Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador", entre los objetivos específicos, tenemos:

- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de la personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el Burnout (Ramírez Rocío, 2012, páginas 4-9).

En la investigación se utilizará seis instrumentos, cuyos resultados nos llevarían a la posibilidad de formar criterios y hacer propuestas y recomendaciones ante la posibilidad de ciertos malestares psicológicos.

Aunque el síndrome Burnout fue descrito por primera vez en el año 1974 por Herbert Freudenberger, quien lo describe con carácter clínico como proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se daban en el ámbito sanitario, las pioneras del estudio del Burnout fueron Cristina Maslach y Susana Jackson, en los años 80, quienes centraron sus estudios en profesionales de servicio público y privado. Y quienes elaboraron el MBI con 22 ítems para determinar la existencia o no del síndrome.

Tomando la definición propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter (2001), se considera al burnout como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional, es decir, sus características principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. Síndrome que pasa por etapas y que lleva a cambios en la personalidad con distanciamiento entre sus compañeros y que puede llevarle a situaciones apremiantes.

Así mismo, el desarrollo o el auge que tiene este tema, radica porque en sus orígenes sólo estaba dedicado en individuos que trabajan con personas o profesionales de servicio, en cambio, hoy día se ha ampliado a todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales como operarios de producción hasta el síndrome de quemarse por los estudios.

De esta manera han surgido muchos estudios en países como España, México, Argentina que muestran la prevalencia del burnout, y según estudios realizados por Carolina Aranda Beltrán y otros, (2010), pág. 12-14, en relación con las variables sociodemográficas y laborales y su relación con el burnout, demuestran que existen ciertos elementos o factores que colaboran con el desarrollo del burnout y otros no.

Nuestro país, Ecuador, pocas investigaciones se han realizado, más bien últimamente se le está dando su respectiva importancia. Sin embargo, en las pocas investigaciones

muestra una prevalencia de 2,5% y 5,9%, según Ramírez Rocío, 2012, página 9. Aunque los resultados que arrojaron nuestra investigación hecha en la ciudad de Guayaquil (2012) la prevalencia son casi nulos, sin embargo, muestran algunos profesionales cansancio emocional, despersonalización, neuroticismo entre otras, tanto en médicos como en las enfermeras con relevancia en las mujeres más que en los hombres.

La recolección de datos se realizó mediante la auto aplicación de los seis instrumentos evaluativos y según ciertas escalas como agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los profesionales de la salud; además saber con qué estrategias de afrontamientos cuentan, qué porcentaje de apoyo social mantienen y sus rasgos de personalidad.

Como conclusión menciono que los resultados obtenidos no muestran la existencia del síndrome de burnout sin embargo, reflejan ciertos malestares en sujetos que atienden a pacientes con riesgo de muerte.

Y como recomendación manifiesto que se debe realizar más estudios sobre este tema porque las preocupaciones por ser más competitivo, la exigencia de los pacientes, la carga de horario por parte del gobierno o directivos y la falta de condiciones como recursos instrumentales, pueden llevar a un estrés laboral y por ende a contraer el burnout. Aquí radica la importancia de este trabajo.

1. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

Aunque el término BURN-OUT es anglosajón y su significado más próximo en español es “**estar quemado**”, desgastado, exhausto y sin ilusión por el trabajo (Gil-Monte, 2005, página 42) sin embargo, tomando del artículo “Una aproximación hacia la conceptualización...” (página 55 del mismo autor), se menciona que el término en gran parte se debe a la novela de Graham Greene, A Burn Out Case, publicada en 1961, en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana.

Razón por lo cual se comienza a utilizar en la literatura especializada sobre lo que es el estrés laboral a partir de los años setenta, con dificultad por definirlo ya que es un proceso complejo porque intervienen muchos factores como lo emocional, conductual, cultural, laboral, entre otros; y, variables como el género, edad, años de trabajo etc.

Así tenemos que, el síndrome Burnout fue descrito por primera vez en el año 1974, por Herbert Freudenberger, quien lo describe con carácter clínico como proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se daban en el ámbito sanitario. Se basó en la observación de que los voluntarios tras su primer año de actividades sufrían pérdida de energía, desmotivación, síntomas de ansiedad y depresión que podían llevarle al agotamiento (Silva, 2001). “Et al, página 55”.

Pero las pioneras del estudio del Burnout fueron Cristina Maslach y Susana Jackson, en los años 80, quienes centraron su estudio en profesionales de servicio público y privado. Por el año de 1981 la psicóloga Maslach realizó los primeros estudios de campo y desarrolló un cuestionario compuesto por 22 ítems, basándose en las respuestas de los trabajadores ante diferentes situaciones en su vida cotidiana y laboral, que pretende objetivar y valorar las tres características básicas del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. (Et al, página 51).

Sin embargo, la importancia que se le ha dado a este síndrome ha llevado a nuevos estudios permitiendo el desarrollo del concepto hasta nuestros días. Desarrollo que se destaca porque en sus orígenes sólo estaba dedicado en individuos que trabajan con personas o profesionales de servicio, en cambio, hoy día se ha ampliado a todo tipo de profesiones y grupos ocupacionales como operarios de producción hasta el síndrome de quemarse por los estudios.

Tanto así que, desde el modelo de medición del MBI (Maslach) se ha llegado al MBI-GS (General Survey, 1996 de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson) de carácter de general y aplicable a todas las organizaciones y trabajo; también está el MBI-ES (Student Survey, 2002 de Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker), en donde quieren demostrar que los estudiantes también se queman por sus estudios.

De todas maneras los que tienen mayor riesgo de contraer este síndrome son los profesionales, jóvenes idealistas, optimistas, que se entregan en exceso a su trabajo. Incluso con mayor énfasis en las llamadas profesiones de ayuda, en las cuales lo habitual es el enfrentamiento con emociones intensas de dolor, enfermedad y/ o sufrimiento psíquico, (Edgar Bresó Esteve y otros, sin numeración de páginas).

a) Definiciones del burnout

Como el síndrome Burnout o su concepto ya no se aplica solo al personal sanitario sino que también se lo estudia desde otros ángulos como en el personal de la parte operativa y en los estudiantes universitarios, razón por la cual hoy en día existen varias definiciones, pero todas coinciden en que en ella se da agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. En consecuencia están las siguientes definiciones que son las más usadas:

Para Freudenberg (1974) quién da comienzo al desarrollo del constructo como un tipo de estrés y que de forma general lo vincula a profesionales asistenciales o de servicios lo define así, “agotamiento de energía experimentado por los profesionales cuando se sienten sobrepasados por los problemas de los demás” (J. Montero Marín y otros, 2008, página 42).

La definición más popular es la de Maslach y Jackson (1981), basándose en estudio de los procesos de categorización emocional, lo define de esta manera “Es un

agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja de realización personal (RP) que puede ocurrir frecuentemente en los individuos cuyo trabajo implica atención o ayuda a personas” (Tirso Javier y otros, p 52).

Por otro lado, Gil-Monte y Peiró (1997) dan también su definición del burnout como “Una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales” (Japcy Quiceno y Stefano Vinaccia, 2007, p. 119).

Pero la más actualizada y aceptada ampliamente es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001 **“Una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional”**.

Propiamente en esta última definición se reafirma el carácter tridimensional del síndrome de burnout porque se entiende que afecta en los tres niveles, personal, agotamiento: sensación de no poder dar de sí a nivel emocional; social, cinismo: actitud distante ante el trabajo, las personas objeto del mismo, así como con los compañeros del trabajo; profesional, ineficacia profesional: sensación de no hacer adecuadamente las tareas y ser incompetente en el trabajo, (Edgar Bresó Esteve y otros).

En conclusión, el Burnout es “un estado de agotamiento causado por estresores crónicos que lleva a la pérdida de la identidad personal y fracaso profesional”.

b) Características de los estresores

Según Wheaton (1996) y Sandín (1999) existen cinco características que definen a los estresores:

- 1) Debe implicar amenaza o demanda.
- 2) Debe ser una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo, sobrepasando su límite de elasticidad.
- 3) Ser enfrentado de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo.
- 4) El ser consciente del daño potencial del estresor no es condición necesaria

para que dicho estresor posea consecuencias negativas.

- 5) Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por lo contrario. (Japcy Quiceno y Stefano Vinaccia, 2007, p. 118).

c) Modelos explicativos del burnout

Entre los principales modelos explicativos desarrollados por diversas teorías para dar a conocer la etiología y las consecuencias del síndrome del Burnout, se han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del síndrome, permitiendo así estudiarlo desde diferentes aspectos y elaborando distintas hipótesis. Desde esta perspectiva se han desarrollado diferentes modelos para su interpretación:

- 1) Modelos diseñados desde la teoría cognoscitiva del yo. Esta teoría señala que existen una serie de procesos de asociación (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto, etc) mediante los cuales las representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas.

Aquí se consideran los siguientes modelos: a) el de Harrison; b) el de Charniss y; c) Thompson, Page y Cooper.

- 2) Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos parten de la teoría de la seguridad y de la teoría de la conservación de los recursos. Estos modelos manifiestan que el síndrome tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales, es decir, cuando los sujetos perciben que aportan más que lo que reciben, pueden desarrollar sentimientos de quemarse por el trabajo.

Entre los modelos elaborados desde este punto de vista son: a) modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli y; b) modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Fredy.

- 3) Modelos diseñados desde la teoría organizacional. Todos mencionan que el burnout surge como una respuesta al estrés laboral, con énfasis en la importancia de los estresores del contexto organizacional (como la estructura y clima organizacional, disfunciones del rol, apoyo social percibido, etc) y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.

En este apartado mencionamos los siguientes modelos: a) modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter; b) modelo de Cox, Kuk y Leiter y; c) modelo de Winnubst, (Tirso J. Hernández Gracia y otros, 2007, página 56).

Puedo añadir el modelo procesual de Moreno, Bustos, Matallana y Millares (1997). En su modelo contempla como antecedentes del síndrome las características de la tarea que se lleva a cabo y de las organizaciones en las que se trabaja.

En consecuencia, actuarían como antecedentes del Burnout los siguientes elementos: monotonía de las tareas, desinterés, baja identificación con el trabajo y falta de control por los resultados. En cuanto a la relación de la organización, serían antecedentes del burnout: clima laboral negativo, malas relaciones personales en el trabajo y apoyo bajo por parte de los compañeros y del supervisor. (J. Montero Marín y otros, 2008, página 42).

d) Delimitación histórica del síndrome del burnout

Cada fenómeno que nace de una investigación empírica y científica, ya sea en lo referente a su concepto o en sus consecuencias, por lo general va evolucionando y marcando diferencias entre otros fenómenos investigados.

En cuanto a su concepto o término ha pasado por una breve evolución histórica:

- Su origen data del año 1961, en la novela de Graham Greene a Burn Out Case, en donde se menciona sobre el personaje de un arquitecto atormentado que huye a la selva africana.
- Por los años 70, se comienza a utilizar en la literatura especializada sobre el estrés laboral y fue el psiquiatra estadounidense Herbert Freudenberger quien lo describe por primera vez al síndrome con carácter clínico por el año 74.

- Pero es precisamente (1976) la psicóloga social e investigadora Christina Maslach que utiliza el mismo término de Burnout para referirse a un proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros de trabajo. Incluso es la misma Maslach que inventa el MBI (Maslach Burnout Inventory, 1981) como medida de evaluación del síndrome.

De esta manera el término Burnout se hizo muy popular apareciendo en muchos artículos, destacándose el perfeccionismo, idealismo y excesiva implicación con el trabajo, (Tirso J. Hernández Gracia y otros, página 55).

Aunque en sus inicios, el término se refería casi de forma exclusiva a los profesionales de salud y educadores, hoy en día se trata también a nivel de personas que trabajan con objetos, como operarios de máquina, e incluso a nivel de los estudiantes universitarios.

De esta manera, han surgido también nuevos modelos de medida de evaluación como son el MBI-GS (General Survey, 1986, Schaufeli) y el MBI- ES (Student Survey, 2002 de Schaufeli, (Edgar Bresó Esteve y otros).

Finalmente, hay que distinguir el límite del Burnout con el estrés laboral por ejemplo, ya que el primero por lo general no se identifica con la sobre carga del trabajo porque un trabajo escaso de estrés pero desmotivador puede llevar al síndrome.

En consecuencia, desde esta perspectiva el síndrome de burnout no está asociado a la fatiga sino a la desmotivación emocional y cognitiva con abandono de intereses que tuvo un sujeto en un determinado momento.

En otras palabras, el estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral, (Japcy Quiceno y Stefano Vinaccia, 2007, p. 118).

e) Poblaciones propensas del burnout

¿Cuáles son los individuos que son más propensos a contraer Burnout? Entre las poblaciones más propensas o quienes tienen más facilidad de contraer o experimentar este Síndrome con respecto al total de una población, están las instituciones de la

salud por existir mayor interacción entre el médico-paciente, sobre todo en el campo de la emergencia o con enfermos terminales, es decir, en donde exista mayor riesgo de muerte.

También pueden experimentar los maestros, policías que trabajan en la seguridad, en personal que trabajan bajo presión, personas que buscan de forma desordenada el éxito o con expectativas idealistas (ansiosas) que se encuentran con una realidad frustrante, (Grau Armand y otros, 2007, página 216)

Además en individuos con una alta autoexigencia, o con necesidad de excelencia y perfección, control y sentimiento de omnipotencia frente a su quehacer.

Incluso se da cuando en los trabajos existe un desequilibrio o desajuste entre las demandas que se necesita para laboral de forma eficiente y los recursos (pocos) que existan en una institución.

Estudios reciente muestran también que el burnout puede darse en el personal operarios de producción de una industria, en estudiantes universitarios que al llegar a la depresión, malestar psicosocial y abandono de sus estudios, entre otros, (Marisa Salanova y Susana Llorens, 2008, página 60).

f) Fases y desarrollo del Síndrome del Burnout

Para algunos autores el síndrome pasa por algunas fases que se va desarrollando según ciertos elementos como la personalidad del individuo, edad, género, experiencia, ambiente laboral, apoyo social que se tenga, expectativas que tenga el individuo, entre otros.

Precisamente el Burnout es un proceso en el cual las actitudes y el comportamiento del individuo cambian de manera negativa en respuesta a la tensión del trabajo.

Por eso Cherniss (1980), destaca tres fases o etapas del síndrome:

- Desequilibrio entre los recursos y las demandas.
- Desarrollo de la tensión psicofísica, fatiga y del agotamiento emocional.
- Cambios en las actitudes y los comportamientos hacia los otros, como evitación de tareas estresantes, alejamiento del personal, entre otras.

Pero Brodsky (1980) establece cuatro fases por las cuales pasa un individuo propenso al síndrome:

- Entusiasmo: caracterizado por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro.
- Estancamiento: surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
- Frustración, aquí comienza a surgir los problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase es el núcleo del síndrome.
- Apatía: la que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración, (Tirso J. Hernández Gracia y otros, 2007, páginas 52-53).

Como síntesis del desarrollo del síndrome remarco este dato muy importante de Capilla (2000) que menciona que se requiere por lo menos seis meses de exposición continua, y estar expuesto a un excesivo grado de exigencias; en otras palabras, aparece en el individuo como una respuesta al estrés laboral crónico.

En consecuencia el Burnout resulta de una desigualdad entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria, en donde están involucrado las tres dimensiones básicas: Agotamiento emocional, despersonalización y la falta de realización personal, (Carolina Aranda Beltrán y otros, página 12)

g) Características, causas y consecuencias del burnout

Para que a un individuo se lo pueda diagnosticar con el síndrome, se debe conocer sus características, cuáles son las causas que lo originan para diferenciarlo de otras enfermedades mentales como el estrés, para proporcionar un mejoramiento de la persona que lo padece. Ver sus consecuencias, es también importante para una prevención a futuro.

Características:

Vinaccia y Alvaran, 2004, (Tirso J. Hernández Gracia y otros, 2007, página 51), mencionan las siguientes características:

- Agotamiento intenso y persistente.
- Pérdida de energía.

- Baja motivación.
- Extrema irritabilidad.
- Agresividad, desmoralización.

Según Maslach y Jackson, tres componentes o características fundamentales se dan en las personas que tienen el síndrome de Burnout:

- 1) **Agotamiento emocional (AE):** Describe los estados afectivos y las sensaciones del individuo, caracterizado por una carencia de energía y de recursos emocionales como sensación de cansancio con manifestaciones psíquicas (ansiedad, angustia, disfunciones sexuales, fatiga crónica); físicas (colon irritable). En otras palabras, no poder dar más de sí mismo en lo emocional y afectivo.
- 2) **Despersonalización (DP):** Caracterizado por actitudes y sensaciones negativas respecto de los demás. Entran aquí trastornos conductuales de aislamiento, insensibilidad, deshumanización, negativismo, distanciamiento hacia los compañeros, cinismo hacia los pacientes.
- 3) **Baja realización personal (BRP):** Caracterizado por experimentar un gran descontento e insatisfacción hacia sus labores, acompañado de una mala opinión de su progreso laboral (Wright, 1997). Se dan sentimientos de insatisfacción por los logros profesionales alcanzados y deseo de abandono. Es decir, tienden a evaluarse de forma negativa en considerarse que no son hábiles para hacer su trabajo y no sentirse capaz de relacionarse profesionalmente con sus pacientes. Et al, páginas 52-53.

Causas

Entre las causas generales que hacen posible al síndrome a más de la edad, sexo, variables familiares sobre todo el tipo de personalidad, están las siguientes:

- Sobrecarga de trabajo.
- Falta de medios para realizar la tarea.
- Pérdida de identificación personal y laboral.
- Ambiente de trabajo tenso.
- Exceso de clientes.

- Falta de estimulación.
- Situación económica baja

Consecuencias

Según el artículo médico de María Dolores Alonso Fernández, 2008, páginas 2-3, entre las consecuencias del síndrome de burnout están las siguientes:

A Nivel Psicosomático:

- Fatiga crónica.
- Frecuentes dolores de cabeza.
- Alteración del sueño.
- Úlceras gastrointestinales.
- Pérdida de peso.
- Dolores musculares, etc.

A nivel Conductual:

- Absentismo laboral.
- Abuso de drogas como café, tabaco, fármacos.
- Incapacidad para vivir de forma relajada.
- Superficialidad en el contacto con los demás.
- Aumento de agresividad y conductas violentas.

A nivel emocional:

- Distanciamiento afectivo como forma de protección del yo.
- Aburrimiento y actitud cínica.
- Impaciencia e irritabilidad.
- Sentimiento de omnipotencia.
- Desorientación.
- Incapacidad para la concentración.
- Tristeza.

A nivel laboral:

- Detrimento de la capacidad del trabajo.

- Detrimento de la calidad de los servicios que se presta al paciente.
- Aumento de interacciones hostiles.
- Comunicaciones deficientes.

h) Prevención y tratamiento del Síndrome del Burnout

Tomando un viejo adagio que dice “Es mejor prevenir que lamentarse después”, no existe mejor terapia ante cualquier enfermedad que la prevención. Es por eso que las instituciones públicas y privadas deben hacer lo posible para crear ambientes de trabajo de calidad y sanos, para así evitar correr el riesgo de que sus trabajadores lleguen a experimentar el síndrome de Burnout o el mismo estrés laboral.

Porque una persona con este síndrome, no sólo lo afecta a él en cuanto a su salud, sino también a los que están a su alrededor (familia, amigos) y a la institución en que trabaja (compañeros, pacientes) y por ende a la sociedad.

Por lo tanto, la **prevención** viene a ser como la preparación y disposición que un individuo o institución realiza con anticipación para evitar un riesgo o ejecutar algo.

En lo que tiene que ver con el Burnout, la prevención es una serie de respuestas que se inician a nivel individual, grupal u organizacional ante una situación que se considera amenazante.

En cambio, el **tratamiento** es el conjunto de medios que se emplean para curar o aliviar una enfermedad que ya ha sido adquirida.

Para un mejor aprovechamiento de lo que prevención puede ayudar se lo puede abordar desde una triple perspectiva: a nivel personal, a nivel de equipo y a nivel de la organización.

- 1) A nivel personal: Conocer las actitudes y aptitudes de la persona que entra a trabajar. Ambientarlo en su trabajo mediante un proceso adaptativo entre sus expectativas iniciales con las que entra a trabajar con la realidad que se le impone, es decir, marcarles objetivos bien realistas, pero que permitan a mantener su ilusión o meta que el trabajador quiera alcanzar.

Recomendaciones preventivas que debe realizar una persona:

- Conocer la realidad de la empresa donde se va a trabajar: objetivos, metas, si hay equipo de trabajo suficiente, etc.
- Realizara actividades extralaborales como deporte, una buena lectura, ir al cine.
- Intensificar las relaciones personales, familiares y sociales.
- Buscar ayuda profesional con anticipación.
- Tener como principio “nadie es imprescindible”.

2) A nivel de equipo: Es intervenir en el ambiente laboral y sobre todo en trabajo e equipo colaborador:

Recomendaciones preventivas:

- Facilitar espacios comunes informales dentro de una jornada de trabajo.
- Fomentar la colaboración antes que la competitividad.
- Formar grupos de reflexión para tratar temas como las relaciones trabajo-clientes-compañerismo, aspectos emocionales y relaciones interpersonales, entre otros.

3) A nivel de organización-empresa: Es muy importante que las organizaciones dediquen espacios de formación, organización y tiempo para crear excelentes espacios sanos de trabajo y que su personal esté lo suficientemente capacitado.

Recomendaciones preventivas:

- Minimizar los imprevistos. Por eso es necesario organizar las posibles situaciones de urgencia, de tal forma que no interfiera en el trabajo planificado.
- Minimizar en lo posible la burocracia.
- Formación y reuniones de acuerdo a las necesidades, sin afectar el tiempo de las personas con un desgaste de más.
- Flexibilidad en el horario.
- Dar apoyo a la formación.
- Aumentar el grado de independencia de los trabajadores.
- Facilitar espacios para compartir.

(María Dolores Alonso Fernández, 2008, página 3).

Pautas para un buen Tratamiento. Una vez que a un individuo se la ha diagnosticado el Síndrome de Burnout, el siguiente paso es ver, junto con el paciente, las alternativas para una recuperación de su estado en que se encuentre. Para esto doy las siguientes pautas para un tratamiento eficaz:

- Aceptación por parte del individuo que tiene burnout.
- Tener días de reposo.
- Limitar horas de trabajo.
- Tomar medicamentos, siempre y cuando recetado por su médico.
- Elegir terapias de relajación y respuesta de afrontamiento al estrés.
- Utilizar terapias de recuperación de la personalidad y de motivación.

CAPÍTULO 2

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Para una mejor investigación de nuestro trabajo por realizar en la identificación del Burnout en los profesionales de la salud y, una vez desarrollado todo lo concerniente en la conceptualización de lo que significa e implica el síndrome del Burnout, es menester conocer las distintas variables que influyen en que un individuo padezca de burnout o de estrés laboral.

Además se amplían conceptos como la salud, ansiedad, depresión, afrontamiento, apoyo social y los tipos de personalidad, que de una manera u otra influyen en el apareamiento del síndrome.

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

Variables de riesgo y protectoras

En cuanto a las variables sociodemográficas las que más se las estudian está el género, en donde se manifiesta que las mujeres serían las más vulnerables por la doble carga de trabajo que tienen, como es el trabajo y la tarea familiar. En el estado civil, algunos resultados manifiestan que las personas solteras tienen mayor agotamiento emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que

las que están casadas o conviven con parejas estables. Incluso el tener hijos puede determinar la resistencia al síndrome, aunque para otros es lo contrario.

En cambio, en la relación Burnout y las condiciones laborales, según Atance (2001), proporciona algunos datos sobre las condiciones laborales afirmando que el turno y el horario laboral de los profesionales pueden llevar, para algunos investigadores, a la presencia del Síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio.

Lo que sí se destaca es que en enfermería donde la influencia es alta, existe mayor probabilidad de contraer Burnout. En cambio sobre la antigüedad del profesional tampoco existe acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en los dos primeros años de experiencia laboral y a los mayores de diez años de experiencia como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

En lo que tiene que ver con las horas del trabajo y contacto con los pacientes no se da una gran relación. Tampoco el salario es factor que afecte al desarrollo de Burnout en los profesionales.

También existen variables como el nivel de estudios, el tipo de servicio que ofrecen, situación laboral, años de experiencia en la profesión y años de experiencia en el trabajo actual que pueden incidir en la aparición del síndrome (María Jesús Albar Marín y otros 4, página 26).

Motivación y satisfacción laboral

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

Tres elementos puntuales podemos sacar en esta definición: la dirección, intensidad, duración. La dirección sería la elección de las actividades que se van a realizar con todo el esfuerzo posible. Por la intensidad se entiende el potencial que se tiene para llevar a cabo diferentes niveles de esfuerzo. Y finalmente la duración sería la persistencia de la motivación en el individuo a lo largo del tiempo.

Satisfacción laboral. Por satisfacción laboral se comprende el grado de placer que el empleado obtiene por consecuencia de su trabajo. Por tal razón los psicólogos organizacionales, por lo general, siempre se encuentran interesados en la satisfacción laboral. Porque, haciendo un poco de historia, la situación del ambiente de trabajo ha mejorado en lo que era antes: condiciones nada segura, jornada de trabajo largas, no había aire acondicionado, no existía seguro médico ni aportaciones para la jubilación. Hoy en día esta situación ha mejorado mucho.

Pero aún así, con todos estos cambios positivos, cierto grupo de trabajadores encuentran satisfacción en su trabajo pero otros en cambio no. Esto se debe a lo mejor por las diferencias individuales de cada persona que tiene con respecto al cumplimiento de las expectativas de su trabajo y beneficio por adquirir.

La satisfacción laboral está relacionada también con el rendimiento, productividad, ausentismo y rotación. Entra aquí que tanto le guste su trabajo para seguir o dejarlo. Porque si uno ama a su trabajo, hasta con resfriado va a cumplirlo, (Paúl M. Muchinsky, psicología aplicada al trabajo, páginas 271-272).

Investigaciones realizadas

Según estudios realizados por Carolina Aranda Beltrán (2009), en relación con las variables sociodemográficas y laborales y su relación con el burnout, demuestran que existen ciertos elementos o factores que colaboran con el desarrollo del burnout y otros factores en cambio no.

Los análisis estadísticos, dentro del estado civil, demuestran que son los médicos casados los que reportaron porcentajes mayores de Burnout. Al respecto Moreno et al. (1996), describen que las personas solteras tienen mayor riesgo de presentar al menos cansancio emocional, por otro lado Hernández (et al, 2006), menciona no encontrar asociación alguna entre ser casado o no.

El dato más cercano a la de otros estudios en cuanto a la antigüedad laboral es el mostrado por Menezes de Lucena et al. (2006). Mientras que ellos reportan un promedio de 11,7 años de labor, en este estudio se observa una media de 6 años, sin embargo se puede decir que el grupo de edad entre 21 a 25 obtuvo un promedio de 12,1%, rebasa con poco a los de Menezes.

El trabajar menos tiempo que el promedio de años de labor obtuvo asociación hacia el desarrollo de la dimensión conocida como despersonalización. De acuerdo con Burle et al. (1996) los trabajadores con menor antigüedad son los más vulnerables a desarrollar el síndrome, probablemente debido a la inexperiencia laboral y a la falta de capacidad para afrontar las situaciones críticas. Los resultados del estudio de Hernández et al. (2006) coinciden en que a menor antigüedad mayor probabilidad de caer en despersonalización.

También estos resultados demuestran una vez más que la despersonalización se asoció con el turno laboral, en específico con no tener un turno fijo o estable. Ya desde la década de los noventa Gil-Monte et al. (1997) hace la reflexión de que el turno laboral es uno de los factores psicosociales con funciones facilitadoras del grado de percepción del estrés de origen laboral, (Carolina Aranda Beltrán y otros, 2010, págs.14-15).

b) El Burnout y la relación con la salud.

Desde que se comenzó a estudiar el síndrome siempre se lo ha vinculado con la salud. Razón por la cual es fundamental ver las características en este caso de las profesiones sanitarias como es: atender a la persona que sufre, es decir, su dolor, la muerte que le llega a su paciente, la enfermedad terminal, situaciones de urgencias, demandas y presiones laborales, pacientes y/ o familiares problemáticos, problemas con los compañeros de trabajo, etc. Además tiene que ver mucho también la salud de los profesionales antes y durante su trabajo, es decir, si ha sentido ciertas molestias en su salud. Razón por lo cual es necesario saber las definiciones siguientes. (M. I. Ríos Riskeza y otros, 2008, página 170)

Definiciones de salud.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar físico como a nivel mental y social. La define de esta manera **“Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”**. Y 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”.

Se podría afirmar que la salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento.

En la salud mental precisamente, la que más nos corresponde como psicólogo, es reunir los factores emocionales y psicológicos que puedan condicionar a todo ser humano y motivarlos a emplear sus aptitudes cognitivas y su sensibilidad para desenvolverse dentro de una comunidad y resolver eventuales demandas surgidas en el marco de la vida diaria. (Consuelo Morán Astorga, 2008, página 216).

Síntomas somáticos.

Los síntomas somáticos son aquellos que se observan en el transcurso de una enfermedad psicológica, llevando a la persona a comportarse de forma distinta en su desenvolvimiento normal. Entre los principales tenemos:

Ansiedad e insomnio.

Ansiedad. Es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro. Puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conducta (verse preocupado, angustiado, inquieto) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular.

Hay que recalcar que la ansiedad tiene estrecha relación con la depresión (Barlow y otros, 2001). Pero la ansiedad en cantidad moderada puede ser útil, positiva para un mejor desempeño. Porque la tensión por una entrevista de trabajo nos puede llevar a prepararnos mejor. En consecuencia, la ansiedad puede llevarnos a un impulso de mejoramiento en el desempeño físico e intelectual y a un estado de ánimo orientado hacia el porvenir.

Lo que realmente hace que la situación empeore es que la ansiedad no desaparezca y que se vuelva grave, es decir, que sabiendo que no hay nada en realidad para sentirnos temerosos, sigamos con ansiedad. Por eso la ansiedad es un afecto negativo, un síntoma somático de tensión con orientación hacia el futuro, una sensación de no poder prever o controlar sucesos por venir.

La ansiedad como toda reacción emocional tiene su origen en fuentes múltiples como

son contribuciones biológicas como los genes, el sistema de AGAB; contribuciones psicológicas y contribuciones sociales.

La DSM-IV da ciertos criterios para determinar si una persona tiene ansiedad o no, en fin puntualiza que la ansiedad (o TAG) y la preocupación en exceso (expectativa aprensiva) deben producirse en el curso de por lo menos seis meses y en la mayor parte de los días. Y que sea muy difícil cortar o poder controlar los procesos de preocupación.

Además se caracteriza por tensión muscular, agitación mental, susceptibilidad a la fatiga, cierta irritabilidad y dificultades para conciliar el sueño. Falta de concentración, se preocupan por hechos menores de la vida diaria.

Según estadísticas, entre el 55 y 65 por ciento se da en mujeres dándose más en la edad adulta y en respuesta a un estresor de vida, (David Barlow-Mark Durand, psicología anormal, 2001, páginas 128-135).

Insomnio. Es un trastorno del sueño caracterizado por la dificultad o incapacidad para conciliar el sueño o permanecer dormido durante la noche.

La mayoría de los episodios de insomnio surgen de eventos estresantes y son temporales, sin embargo, para las personas que lo padecen es una perturbación persistente.

Es un desorden del sueño que impide dormir durante períodos prolongados de tiempo, incluso puede impedir que una persona duerma por completo, (Morris-Maisto, psicología general, 2005, página 155).

Sueño. Es un estado natural de reposo caracterizado por una reducción en el movimiento voluntario del cuerpo y una menor conciencia del entorno.

Por lo general siempre necesitamos dormir, y lo más recomendable es hacerlo durante 7-8 horas por día; aunque la cantidad ideal varía de una persona a otra.

El sueño es saludable y energético, tanto mental y físicamente para una excelente relación consigo mismo y con los demás. Ya que el no poder dormir o tener mala noche, seguramente al día siguiente se pasa tontamente, irritable, las relaciones se

deterioran, no se puede estudiar bien y disminuyen la eficiencia y la productividad en el trabajo. A lo anterior le sumamos el daño en el aspecto físico y problemas en la salud, ya que tienden a hospitalizarse con mayor frecuencia que las personas con sueño normal (Morin, 1993).

Las variantes que llevan a la perturbación del sueño tienen bases fisiológicas y factores psicológicos, como la depresión.

Se considera un problema de sueño como trastorno, sólo si se experimenta malestar por el mismo sueño. Una característica del trastorno del sueño es la dificultad para iniciar y mantenerlo. Tienen incapacidad para concentrarse como en la conducción, actividades estudiantiles.

Entre las causas podemos decir que el insomnio suele acompañar a muchos trastornos médicos y psicológicos, incluido el dolor y malestar físico, inactividad física durante el día y problemas respiratorios.

Entre otros factores que puede interferir el sueño está la droga, influencias ambientales como cambios de luz, ruido o temperatura, cambio de horario para dormir.

Puede ser causado por dietas, tensiones, drogas, alcohol, emociones como el miedo. Incluso puede llevar al insomnio el cambio de horario del trabajo.

Según estadísticas, una tercera parte de la población en general informa algunos síntomas de insomnio al año y, 17 por ciento manifiesta que sus problemas de sueño son graves (Gillin, 1993). (David Barlow-Mark Durand, psicología anormal, 2001, páginas 287-292).

Algunos consejos para una buena noche de sueño:

- En lo posible mantener horarios regulares para ir a la cama.
- Establecer una rutina regular a la hora de ir a la cama como una breve lectura o escritura después de un baño caliente.
- Buen clima del cuarto, ni muy frío, ni muy caliente.
- Evite los pensamientos de ansiedad mientras está en la cama. Las preocupaciones hay que tratarlas antes de ir a la cama.
- Realice técnicas de relajación como la meditación.

- No luchar contra el insomnio, “Si no puedes dormir, limpia el piso de la cocina”, es decir, es mejor levantarse y hacer una actividad durante una hora, que pasar luchando contra el insomnio, (Morris-Maisto, psicología general, 2005, página 157).

Disfunción social en la actividad diaria.

La disfunción social es el incumplimiento de una actividad o expectativa en el plano social. En consecuencia cuando un profesional no cumple con las tareas encomendadas por su empresa puede generar un desorden o una alteración en una organización.

Tipos de depresión.

Desde el DSM-III-R, a los sentimientos de depresión se lo ha agrupado dentro de trastornos del estado de ánimo, caracterizado por marcadas desviaciones del estado de ánimo. Entre estos tenemos:

Episodio depresivo mayor. La depresión diagnosticada más a menudo y de mayor gravedad se le llama episodio depresivo mayor. Para esto existen ciertos criterios que ofrecen el DSM-IV y donde nos indica que se trata de un estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas e incluye síntomas cognoscitivos (como sensaciones de poco valía y de indecisión) y funciones físicas perturbadas (patrones de sueños alterados, cambios significativos de apetito y de peso, pérdida de energía muy notable). El episodio se acompaña por lo común de una marcada pérdida de interés y de la capacidad de experimentar cualquier placer de la vida, interacciones familiares o de amigos, logros laborales o académicos. Un episodio de esto por lo menos debe durar 9 meses para ser diagnosticado como tal.

Manía. Es el segundo estado fundamental en los trastornos del estado de ánimo. Caracterizado por júbilo, dicha o euforia exagerados de forma anormal. Los individuos hallan placer extremo en cada actividad, se vuelven extraordinariamente activos (hiperactivos), no necesitan dormir mucho y hacen planes grandiosos, con la idea de que pueden lograr cualquier cosas que deseen, su habla es por lo general muy rápida, incoherente, es decir, expresan demasiadas ideas emocionantes.

Según los criterios del DSM-IV, un episodio maniaco exige una duración de una sólo

semana y de menos si el episodio es lo bastante grave como para una hospitalización, cuando un individuo se entrega a un comportamiento autodestructivo de compras, endeudándose con grandes cantidades de dinero.

La irritabilidad es a menudo una parte del episodio maniaco, casi cerca de del final del episodio. Incluso el estar ansioso o deprimido es también parte de la manía. La duración en promedio de un episodio maniaco sin tratamiento es de seis meses.

Episodio hipomaniaco. El DSM-IV lo define como versión menos grave que no genera impedimento marcado en el funcionamiento social u ocupacional, es decir, que está por debajo del nivel de un episodio maniaco.

Unipolar. Se manifiesta cuando los individuos experimentan depresión o manía, pues su ánimo permanece en un sólo polo o dirección.

Bipolar. Son los individuos que alterna entre la depresión y la manía, pues pasan de un polo del continuo de depresión y manía al otro y vuelve al primero.

Llamado también enfermedad maníaco-depresiva, no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo, es decir, de una fase de ánimo elevado o eufóricos (manía) pasa a fases de ánimo bajo (depresión). Estos cambios de estados de ánimos pueden ser dramáticos y rápidos, pero a menudo son graduales.

En la fase maníaca el individuo puede estar hiperactivo, hablar excesivamente y tener gran cantidad de energía., puede sentirse feliz, tener grandes proyectos, tomar decisiones descabelladas, involucrarse en aventuras románticas.

La depresión y la manía puede que difiera de una persona a otra en términos de gravedad, curso o síntomas que los acompañan.

Distimia. Es un tipo de depresión menos grave, con síntomas crónicos a largo plazo que aunque no incapacitan tanto, si embargo a la larga impiden el buen funcionamiento y el bienestar de la persona, (David Barlow-Mark Durand, psicología anormal, 2001, páginas 211-224).

Investigaciones realizadas.

En la investigación realizada por M.I. Ríos Riskeza y otros (2008), menciona la relación entre el burnout y la salud de los profesionales de la siguiente manera. Si analizamos los valores obtenidos en la evaluación de la salud percibida mediante el GHQ-28, se puede observar que los resultados son superiores a los que obtienen otros estudios con personal sanitario; nuestro estudio, en concreto, obtiene que un 42,9% de los sujetos encuestados presenta malestar psíquico, con una mayor incidencia de los síntomas somáticos de origen psicológico y de los síntomas de ansiedad e insomnio (escalas A y B).

Estas cifras de prevalencia superan las ofrecidas por otros estudios previos, como el de Ibáñez et al 18 o Lomeña et al 29 (17,14% y 31%, respectivamente. Al considerar las correlaciones entre el síndrome de burnout y el grado de bienestar o salud percibido, nuestros resultados van en la línea de otros estudios previos, en el sentido de encontrar una relación significativa entre el síndrome de estar quemado por el trabajo y la falta de salud o bienestar.

Coincidimos con estos estudios previos en encontrar una asociación significativa entre la mayoría de las escalas del GHQ-28 y cada una de las dimensiones que configuran el síndrome de burnout, con excepción de la dimensión de RP en el trabajo, que en nuestro estudio no demuestra ser relevante. Es posible que un tamaño muestral inferior al de estos estudios pueda explicar en parte estas diferencias encontradas.

No obstante concluimos, como otros autores, que es la dimensión de agotamiento emocional la que muestra correlaciones más intensas con la falta de salud o bienestar, y más concretamente con la frecuencia de síntomas de ansiedad.

De ello se puede deducir el papel relevante que toman las emociones en el contexto laboral, como variable a tener en cuenta en el desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo y sus potenciales consecuencias sobre la salud o bienestar de los profesionales, (M. I. Ríos Riskeza y otros, 2008, página 177).

c) El Burnout y el afrontamiento.

Una forma de regular las consecuencias negativas del estrés es mediante el proceso de afrontamiento, éste ayuda a cambiar las situaciones estresantes producto de las

tensiones laborales o de las diferencias individuales de las personas que reaccionan ante una situación apremiante. Por eso, cualquiera que sea la fuente de los estresores, siempre al estrés hay que afrontarlos, es decir, que hagamos todo el esfuerzo cognoscitivos y conductuales para manejar al estrés psicológico (Lazarus, 1993).

Definiciones de afrontamiento.

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

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

En consecuencia, el afrontamiento viene a ser un proceso dinámico formado por ciertas cogniciones y conductas que se ejecutan en respuesta a situaciones estresantes específicas. En otras palabras, el afrontamiento puede ser considerado como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales orientados a manejar (reducir, minimizar) las demandas internas y externas de una determinada situación estresantes.

Teorías de afrontamiento.

Algunos investigadores están de acuerdo que los afrontamientos son moderadores en los procesos de estrés y sobre todo en el burnout. El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica.

La teoría animal define al afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar en el organismo.

Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida.

Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus & Folkman, 1986; 141). Obviamente, este modelo está cerca de la psicología cognitiva que es la que ha aportado más soluciones al problema del afrontamiento, al poner énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno. Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger (1963), quien identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna (Martínez Pérez, Anabella, 2010, El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión, *Vivat Academia* nº 112. Septiembre. 2010).

Estrategias de afrontamiento.

Por lo tanto, cualquiera que sea la fuente de los estresores, siempre al estrés hay que afrontarlos, es decir, que tenemos que hacer posible todos los esfuerzos cognoscitivos y conductuales para manejar al estrés psicológico (Lazarus, 1993).

Para algunos psicólogos, existen dos tipos generales de afrontamiento: el directo y el defensivo.

Afrontamiento directo. Se refiere a esfuerzos intencionales por cambiar una situación incómoda, tiende a estar orientado y a concentrarse en el problema inmediato. Por ejemplo, cuando nuestras necesidades o deseos se ven frustrados, podemos tratar de eliminar los obstáculos que aparecieron entre nosotros y nuestras metas, o bien, podemos retirarnos. De manera similar, cuando somos amenazados, podemos eliminar la fuente de la amenaza, ya sea atacándola o escapando de ella.

Entre las estrategias dentro de este tipo de afrontamiento tenemos la confrontación, negociación o retirada.

Confrontación. Es el hecho de reconocer de forma directa una situación estresante y tratar de encontrar una solución al problema o de alcanzar la meta difícil.

El sello distintivo del estilo de confrontación consiste en hacer intensos esfuerzos por afrontar el estrés y lograr los propósitos (Morris, 1990). Dentro de los esfuerzos lo que puede implicar son los aprendizaje de habilidades, buscar ayuda de otros o hacer más esfuerzo de lo que se ha hecho.

Negociación. Es decidirse por una solución o meta más realista cuando la solución o meta ideal no es práctica. Es una forma de reconocernos que no podemos tener todo lo que deseamos y por lo tanto, es conformarnos con menos de lo que buscábamos al comienzo.

Retirada. Es evitar una situación cuando otras formas de afrontamiento no son prácticas. Es como el último recurso en aplicar para evitar el estrés. Porque antes muchas circunstancias negativas la forma más efectiva y correcta es retirarnos.

¿Pero el retirarnos es una forma de evadir el problema? No tanto, depende de la situación, porque en ciertas ocasiones el retirarnos puede ser positivo. Por ejemplo, ante una discusión fuerte, a veces es mejor retirarse para evitar mayores problemas, (Morris-Maisto, psicología general, 2005, páginas 460-461).

Afrontamiento defensivo. Son las diversas formas de autoengaño que proporcionan un medio para proteger nuestra autoestima y reducir el estrés (Cramer, 2000). Por ejemplo, la persona se convence de que en realidad no es amenazada o de que verdad no desea lo que no puede obtener. También tiende a orientarse hacia la emoción y a concentrarse en su estado mental.

Resumiendo este apartado, se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible, anular los efectos de las situaciones amenazantes”.

Pueden usarse como estrategias para modificar las condiciones del estresor: ir al cine, buscar apoyo social (Sandín, 2003).

De esta forma las estrategias o modos de afrontar los estresores, son las “distintas formas que se utilizan los recursos disponibles para hacerle frente a las demandas estresantes”.

Puede darse también dos tipos de afrontamientos: 1) afrontamiento funcionales, como

una buena planificación, afrontamiento activo, reevaluación positiva, entre otros, relacionándose con mayor satisfacción en el trabajo y por consecuencia menor burnout y; 2) afrontamientos disfuncionales como la negación del problema, uso de sustancias, que se relacionan con baja satisfacción en el trabajo y por consecuencia mayor burnout.

Investigaciones realizadas

Dentro de las investigaciones que han realizado en lo que concierne al burnout y el afrontamiento me baso en el trabajo de Consuelo Morán Astorga (2008) que en su introducción manifiesta que los resultados muestran que los modos de afrontamientos funcionales como la 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, uso de sustancias, se relacionan con baja satisfacción en el trabajo y mayor burnout.

La satisfacción en el trabajo es un tema que despierta cada vez mayor interés. Es variable central tanto en la investigación como en la teoría de las organizaciones, desde la perspectiva del diseño de los puestos hasta el de la supervisión (Spector, 1997).

El modelo tradicional define a la satisfacción en el trabajo como una disposición afectiva experimentada por el trabajador hacia su trabajo y como consecuencia del mismo. Un trabajador satisfecho con su trabajo experimenta sentimientos de bienestar, placer o felicidad. Ocurre lo contrario cuando el trabajador se encuentra insatisfecho con su trabajo. Por lo tanto, la variable «satisfacción en el trabajo» puede tomar valores «positivos» o «negativos», representando sus extremos, respectivamente, las expresiones de «sentimientos de gran satisfacción» y «sentimientos de gran insatisfacción».

Las estrategias o modos de afrontamiento son las distintas formas en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes (Morán, 2005).

Lazarus y Folkman (1986) diferencian dos formas en el afrontamiento, una dirigida al problema u otra dirigida a la emoción, a su vez ofrecen una clasificación con 8 modos diferentes de abordar una situación estresante.

En nuestro estudio utilizamos para medir el afrontamiento el cuestionario COPE (Carver, 1997) con los 14 modos de afrontamiento que defienden Carver, Scheier y Weintraub (1989) que son los modos más comunes que la gente utiliza al enfrentarse a los problemas con estrés.

Resultados

Según los resultados de la autora de este artículo nos muestra la relación entre las tres dimensiones del burnout y satisfacción en el empleo con los 14 modos de afrontamiento evaluados con el cuestionario COPE.

Vemos que los modos positivos de afrontar el estrés, afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, religión, reinterpretación positiva y aceptación de la responsabilidad (los 7 primeros) tienen todos una relación positiva y significativa con satisfacción en el empleo; cuatro de ellos, confrontación, planificación, religión y reinterpretación positiva se relacionan en negativo con cansancio emocional y con despersonalización, con esta última también se relacionan en negativo la búsqueda de apoyo emocional y el apoyo social.

De estos siete modos únicamente dos, apoyo social y religión, no muestran ninguna relación con realización personal, los otros se relacionan en positivo.

La negación del problema se relaciona con despersonalización y baja realización personal. Autoinculpación y desconexión conductual se relacionan con las tres dimensiones del burnout, en positivo con cansancio emocional y en negativo con realización personal, a la vez que muestran relación negativa con satisfacción en el trabajo. El desahogo o expresar las emociones negativas se relaciona con el burnout.

Finalmente menciona, la autora Consuelo Morán, vemos las relaciones que establecen las variables satisfacción en el empleo, las tres dimensiones del burnout y la disfunción social como medida de salud. Satisfacción en el empleo establece una alta relación con las tres medidas del burnout, de tal forma que se puede decir que las personas menos satisfechas están más quemadas en el trabajo y tienen una percepción de peor salud en el sentido de sentirse menos autónomas y útiles en la vida. (Consuelo Morán Astorga, 2008, páginas 214-219).

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

Dentro del estudio en lo concerniente al síndrome, juega papel preponderante el apoyo social en la prevención y como ayuda que buscan o no los afectados del burnout. El grupo de apoyo social hace referencia a las relaciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo y mantienen ciertas conductas que se relacionan entre sí. Pero cuando el apoyo social es inadecuado, no se brinda o no se busca, puede facilitar el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo o burnout.

Entre las acciones que puede dar el apoyo social están el demostrar afecto e interés, escuchar, prestar objetos materiales, manifestar empatía, casarse entre otros.

Los riesgos de salud son mayores entre las personas solitarias, que a menudo experimentan mayor estrés, duermen menos y cometen suicidios con más frecuencia (Cacioppo y colaboradores, 2003).

En comparación con quienes tienen pocos vínculos sociales, los que tienen relaciones cercanas con amigos, familia u otros miembros de organizaciones cercanas religiosas o de la comunidad tiene menos probabilidad de morir en forma prematura. (David G. Myers, psicología social, 2001, página 597-598).

En definitiva el apoyo social es una necesidad imprescindible e importantísima en la salud y bienestar de los individuos. Es como un amortiguador de los agentes estresores y reduce la relación entre los diferentes agentes estresantes y los indicadores de salud mental y física (ansiedad, depresión e irritación)

El apoyo social tanto técnico o emocional ofrecido por los compañeros y supervisores puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo, y su ausencia puede ser considerada como un estresor laboral que tiene importantes efectos sobre el síndrome. Este apoyo ofrecido por compañeros, supervisores o directivos (vínculos formales), así como fuera de la situación laboral, como el cónyuge, los familiares o hijos, amigos íntimos (vínculos informales) puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo.

El apoyo social desempeña un papel importante en la salud y el bienestar de las personas, (Carolina Aranda Beltrán y otros, 2004, apoyo social, página 80).

Definición de apoyo social.

El apoyo social se define como el entramado de relaciones y transacciones sociales cuya función es complementar los recursos personales para permitir el afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad. (María Jesús Albar Marín y otros, 2004, página 282).

También se puede definir al apoyo social como “una red de actividades y relaciones que satisface la necesidad que tiene un empleado de ser cuidado, apreciado y valorado” (John W. Newstrom, comportamiento humano en el trabajo, 2007, pág. 454).

Modelos explicativos del apoyo social.

Winnubst, Buunk y Marcelissen (1997) distinguen cuatro perspectivas teóricas y empíricas para el estudio del apoyo social:

- 1). Como integración social.
- 2). Como relaciones de calidad
- 3). Como ayuda percibida.
- 4). Como actualización de conductas de apoyo. (Carolina Aranda Beltrán y otros, 2004, apoyo social, página 80).

Apoyo social percibido.

Es el apoyo que percibe o siente un individuo en sus relaciones interpersonales ya sea en su ambiente laboral con sus compañeros, usuarios, familia, directivos. De esta manera, al existir una excelente comunicación interpersonal y se percibe el apoyo se reducen los efectos negativos del estrés.

Apoyo social estructural.

El apoyo estructural o la estructura organizacional dentro del ámbito laboral pone también en riesgo el orden y la capacidad de rendimiento del empleado, así como también la competencia desmedida entre los compañeros y la falta de implementos y en consecuencia pueden ser factores de estrés o del burnout.

Investigaciones realizadas.

Muchas investigaciones se han realizado para buscar si hay o no relación directa entre el burnout y el apoyo social. Para este punto tomo del trabajo investigativo de Carolina Aranda Beltrán, Ma. Guadalupe Aldrete Rodríguez y otros, 2010, si número de página.

Se menciona que en cuanto a la relación entre las redes de apoyo con el síndrome de burnout , recalcan que una gran mayoría de la población reportó una muy buena red de apoyo, los análisis inferenciales mostraron que los pocos sujetos que calificaron a su red como baja y regular inclinaron hacia una asociación significativa entre la red objetiva y subjetiva tanto en el apoyo extralaboral como laboral y sobre todo en los hombres (hay que tomar en cuenta que los hombres ocupan el mayor porcentaje de la población). Solamente se obtuvieron dos asociaciones más: la red objetiva laboral y la red objetiva total con el total del síndrome.

Menos notorio pero igual de importancia, son los resultados obtenidos con las mujeres y las redes sociales de apoyo y el síndrome de burnout. Aunque fueron pocas las mujeres que trabajan como agentes de vialidad, sí se observaron algunas asociaciones entre la red objetiva extralaboral con el agotamiento emocional y la red objetiva laboral con la despersonalización, así como la res subjetiva laboral con el agotamiento emocional y la despersonalización. No se encontró asociación entre la totalidad de ambas escalas

En cuanto al apoyo social, se sabe que cuando el individuo recibe y percibe un adecuado apoyo por parte de su red, independientemente de que este sea técnico, emocional, económico, moral, etc., llega a ser tan benéfico que puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo e incrementar la autoestima, mejorar el estado de salud y bienestar y por lo tanto la calidad de vida.

Sin embargo, en nuestro estudio se observó que una minoría de la población reportaba un bajo o malo e inadecuado apoyo, porcentaje que inclinó la balanza hacia la asociación con el síndrome de burnout.

En cuanto a ello, diversos estudios registran que el contar con una adecuada red de apoyo previene los efectos negativos en la salud de las personas como por ejemplo ante problemas de tipo cardiovascular, cánceres, enfermedades crónico-

degenerativas, metabólicas, psicológicas, neurológicas, en la muerte, ante el rol desempeñado, el género, en la jubilación, etc., (Chappell, 1990; Rodríguez,1995; Mutran,1997; Mutchler,1999, por mencionar algunos) o aquellos en donde el apoyo social influye en una mejor calidad de vida (Vinaccia, 2007).

e) El burnout y la relación con la personalidad.

Finalmente para contraer una enfermedad, estrés o nuestro síndrome de estudio, no hay que dejar a lado la personalidad del individuo con sus características o diferencias individuales, porque según Allport “los individuos difieren en los rasgos que predominan en su personalidad, algunos rasgos son comunes (compartidos por varias personas); otros en cambio son únicos (pertenecen sólo a una persona)”, (Susan C. Cloninger, 2003, teorías de la personalidad, página 201).

En consecuencia, es clave y fundamental conocer la personalidad del individuo, sus rasgos, tipo de su personalidad (introvertido, extrovertido) para tener elementos que nos sirvan para ver qué tanto les afecta el clima o ambiente de su trabajo a la persona, en el momento de trabajar con sus paciente o clientes y, cuál es su personalidad para dejarse o no influir por ese ambiente laboral.

Por eso, el burnout, como cualquier síndrome mental, también está muy relacionado con la personalidad del individuo. Porque pueden existir igualdades de condiciones de trabajo en una organización, y observar que algunas personas puedan ser volubles y manifestar síntomas de burnout y, en cambio, otras personas no lo pueden manifestar estando en la misma situación; y pueden aparecer personas que experimentan situaciones estresantes y otras permanecer saludables. Entonces es clave la personalidad de un individuo.

Y esto nos lleva a preguntarnos, qué es lo que hace que algunos sean más resistentes y otros no a los estresores ordinarios, estresores como llegar tarde al trabajo, un tráfico pesado; y por qué ciertos tipos de personas enferman y tienen dificultades para superar la enfermedad.

En realidad, esto tiene que ver con los rasgos de una personalidad fuerte o con una personalidad débil. Por eso indiscutible que el modo en que las personas desarrollan actitudes hacia sí misma y cómo esas actitudes influyen en su bienestar personal y su

conducta, estilos de relación interpersonal, la forma que tienen de manejar los problemas y la expresión de sus emociones, deben tener una gran importancia en su desarrollo personal y que al influir positivamente en los demás, llega a ser gran ingrediente para crear una sociedad equilibrada.

Definición de personalidad.

La definición de la personalidad es un tema muy complejo, porque las personas tienen ciertos rasgos comunes y, al mismo tiempo diferente. Además en ciertos momentos se dan pautas que nos llevan a entender que la persona es cambiante ante ciertos estímulos o factores ambientales. Por eso existen teorías que buscan ser precisa o por lo menos tratar de entender este mundo complejo de la personalidad, tratando de explicar por qué las personas se gobiernan y actúan de distinto modos.

Debido a esto y para hacerlo de una forma más honesta hay que tener en cuenta los términos o causas internas que son la **descripción** (rasgos), **dinámica** (ajustarse a situaciones de la vida) y el **desarrollo** (factores biológicos o de experiencias en la vida) de la personalidad como lo manifiestan ciertas teorías de la personalidad.

En una primera instancia podemos definir a la personalidad como “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona”. (Susan C. Cloninger, 2003, teorías de la personalidad, página 3).

Una definición más precisa podemos definir a la personalidad como “**Patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persiste a través del tiempo y de las situaciones**”.

Esta definición de la personalidad tiene dos particularidades fundamentales, que son las **diferencias únicas**, las cuales hacen que una persona sea distinta de las demás y al mismo tiempo deben ser **estables y duraderas**, es decir, que la personalidad debe permanecer a través del tiempo y de las situaciones que se den en el momento. Pues las situaciones, influyen pero de maneras diferentes.

Estas particularidades ayudan mucho en el momento de diagnosticar una enfermedad mental, porque si una persona cambia de forma repentina su personalidad, ejemplo de ser extrovertido a ser introvertido, talvez sea porque algo le sucede. (Morris-Maisto, 2005, Psicología General, página 418).

Tipos de personalidad.

Los tipos de la personalidad o sus diferenciales individuales hacen que un individuo sea más resistente al estrés. Por eso se han identificado dos características de personalidad que median los efectos del estrés.

Personalidad de tipo A. Es un tipo de personalidad que intensifica los efectos de diversos agentes estresantes del trabajo. Este tipo de persona anda, come y habla muy rápido. Son agresivas y competitivas, y se sienten, a menudo, bajo la presión del tiempo.

Como son más propensas a desarrollar una enfermedad de corazón, entonces tendrían mayor riesgo para contraer el burnout, ya que éste se da en personas que son insaciables al éxito, según lo confirma Wright (1988) cuando concluye que “las personas de tipo A tienen una alta, y posiblemente insaciable, necesidad de logro”.

Pues los individuos de tipo A no se pueden controlar cuando están expuestos a estímulos relacionados con el trabajo.

Personalidad de tipo B. Estas son menos preocupadas por el tiempo, juegan por diversión, no para ganar, y pueden relajarse sin sentimientos de culpa. (Paúl M. Muchinsky, 2005, psicología aplicada al trabajo, página 313).

Es conveniente también conocer los tipos de personalidad que han sido propuestos desde tiempos antiguos hasta nuestra época actual y, creo que lo seguirán estudiando a futuro, porque de seguro habrá nuevos elementos para una mejor comprensión de la naturaleza de la personalidad.

Ya Hipócrates había descrito cuatro tipos básicos de temperamento como son:

- Sanguíneo: Optimista, esperanzado.
- Melancólico: Triste, deprimido.
- Colérico: Propenso a la ira.
- Flemático: Apático.

(Susan C. Cloninger, 2003, teorías de la personalidad, página 4).

Para una mejor descripción de la personalidad o ver dentro de qué categoría o tipos se

puedan encasillar a los individuos se puede usar el modelo de los cinco grandes rasgos de Paúl Costa y Robert McCrae (1997). (Cf, página 250-255).

- **Extroversión.** Predice muchas conductas sociales. Lo caracteriza por ser de una felicidad activa y con energía. Además son joviales, apasionado, sociable.
- **Afabilidad.** Posee una personalidad amistosa y complaciente, evitando la hostilidad. Tratan de lo posible llevarse bien con los demás por lo que evitan de usar el poder para resolver conflicto alguno.
- **Neuroticismo.** Por lo general son personas atormentadas por emociones negativas como la preocupación y la inseguridad. Pueden ser ansiosas, hostiles, cohibidas, deprimidas, impulsivas entre otras.
- **Rectitud.** Se la conoce también como seriedad, control de impulsos y voluntad de logro. Le gustan la puntualidad, organizados y con objetivos claros.
- **Apertura.** Está abierto a la experiencia en el marco de la cultura, intelecto, intereses intelectuales, inteligencia e imaginación. Son personas que tienen curiosidad natural por las cosas y saben tomar decisiones de acuerdo a los factores de la situación y no solo de normas absolutas. Son muy creativos y no se interesan tanto por lo económico.

Así tenemos que los individuos se gobiernan de distintos modos porque su personalidad no está configurada de la misma manera.

Estas son algunas características que nos sirven para precisar ciertas conductas o tendencias de los individuos, porque siendo sincero nunca se podrá predecir lo que hará un individuo, porque éstos pueden variar de un momento a otro.

Personalidad resistente. Este patrón de personalidad se caracteriza 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.

Patrones de conducta

El patrón de conducta de un sujeto reúne rasgos de su personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica.

Tipo A. Corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Se caracterizan porque sus comportamientos abarcan impulsos competitivos excesivos, hiperactividad, agresivos, tensos, sensación de estar siempre presionados de tiempo, impaciencia, arrebatos de ira, competitivos con su medio ambiente, con ellos mismos y sus relaciones interpersonales son problemáticas y tienden al dominio.

Tipo B. Es más relajado, le preocupan menos los plazos y pocas veces sienten la presión o quizá la excitación de los desafíos o no lo mueve la ambición. (David Barlow-Mark Durand, 2001, psicología anormal, página 324).

Además son sujetos introvertidos, interiorizan sus respuestas al estrés, pasivas, resignadas y apacibles. Extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, deseosos de la aprobación social.

Locus de control.

El locus de control “Es la magnitud en que la gente percibe que los resultados son controlables internamente, ya sea por sus propios esfuerzos y acciones, o de forma externa, por la suerte o fuerzas exógenas”, (David G. Myers, 2005, psicología social, página 58).

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

En cambio, las personas con un **control externo** (locus externo), no se creen capaces de controlar su destino, más bien están convencidas de que el azar, la suerte y la conducta de los demás determinan su destino y se consideran imposibilitadas para cambiar el curso de su vida, es decir, lo que le suceda estaría gobernado por fuerzas externas a ellas, (Morris-Maisto, 2005, Psicología general, página 439).

Investigaciones realizadas.

En ciertas ocasiones el tipo de personalidad que tiene un individuo lo hace más

susceptible a contraer algún tipo de enfermedad. Razón por la cual para relacionar mi trabajo investigativo sobre el burnout y la personalidad, tomo del artículo de Myriam J. Useche Parada (2008), en donde la autora menciona a los investigadores Hernández, Olmedo, Ibáñez (2004), que tomando una muestra del personal sanitario de 222 participantes, confirma que aquellas personas que tienen factores de personalidad tipo A como la agresividad y la hostilidad, están predispuestos a presentar el síndrome de burnout, pues afirma que existe la tendencia a que las personas con mayores niveles de despersonalización se caractericen por tener niveles bajos en distanciamiento y altos en confrontación.

Estas conductas alimentan las variables predisponentes del burnout en un contexto ambiental, pues al presentarse agresivos y hostiles, no reciben apoyo social por parte de sus familiares y amigos, debilitando los canales y el flujo de comunicación, y por ende deteriorando su ambiente social, siendo este un conjunto claro de actitudes y factores que desencadenan la aparición del síndrome.

En el mismo artículo de la autora Myriam, manifiesta que Judge, Héller, Mount (2002), en su meta-análisis unen el modelo de los cinco factores de personalidad con la satisfacción en el trabajo, analizando 334 variables correlacionadas en 163 muestras de diferentes investigaciones, teniendo como resultados que factores propios de una personalidad tipo B, como el neuroticismo, extroversión y la escrupulosidad, son los factores más fuertes con relación a la satisfacción en el trabajo, generando por lo tanto predisposición al síndrome de burnout.

Pues las personas que tienen poca satisfacción en relación con variables propias de un contexto organizacional como lo es el diseño de puestos de trabajos, ambigüedad en el rol, sobre carga laboral entre otros, son personas que están altamente predispuestas a presentar burnout (Cf. páginas 48-49).

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de Investigación

Como todo diseño de investigación es un “plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación” (Hernández, 2006), debe responder por lo tanto a las preguntas que se plantean sobre la investigación por realizar, en nuestro caso, la existencia del síndrome del Burnout en los profesionales de la salud y sus factores relacionados con el fenómeno en nuestro país.

Investigación que también se la realiza mediante instrumentos evaluativos y según ciertas escalas como agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los profesionales de la salud con la finalidad de saber con qué estrategias de afrontamientos cuentan, qué porcentaje de apoyo social mantienen y sus rasgos de personalidad que los caracterizan.

En consecuencia, esta es una investigación que tiene las siguientes características como lo menciona la guía del programa de graduación de Ramírez Rocío (2012), página 14:

- Cuantitativa. Porque se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados como el MBI.
- No experimental. No se manipula de forma deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- Transversal. Es centrarse a analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto en el tiempo.
- Exploratoria. Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- Descriptiva. Por seleccionar una series de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga.

4.2 Preguntas de investigación

Se plantean las siguientes preguntas de investigación para llegar al objetivo propuesto: Ramírez Rocío (2012), página 14.

- a) ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores de las instituciones sanitarias?
- b) ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout?
- c) ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?
- d) ¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?
- e) ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?
- f) ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

Como ya se ha mencionado anteriormente, nuestro objetivo trazado es la “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”.

4.3 Procedimiento

Para conseguir a las personas para la aplicación de los instrumentos, previamente hubo la necesidad de sacar una cita con el Director de la institución de la salud. Una vez lograda la cita fue fundamental la explicación del trabajo investigativo por parte de mi persona como egresado de la Escuela de Psicología de la UTPL, manifestando, que la investigación sobre el síndrome burnout y toda la recolección de información mediante los instrumentos, es algo netamente académico y como parte de mi tesis para mi incorporación. Razón por la cual, toda la información será llevada con ética profesional.

Explicación en donde se indicó propósitos, tiempo de aplicación, requerimiento para su trabajo de recolección y beneficios que el profesional de la salud adquirirá con el conocimiento del informe psicológico que recibirá.

4.4 Participantes

Para llevar a cabo nuestra investigación se escogió una muestra de treinta sujetos, 15 médicos de ambos género y 15 enfermeras en servicio activo del Hospital de niños

“Dr. Roberto Gilbert Elizalde” de la Junta de Beneficencia de la ciudad de Guayaquil (docencia e investigación).

Por lo tanto, la muestra objeto de estudio es parte del personal que labora en la institución de la salud, en la investigación, son los **médicos** de cualquier especialidad y las **licenciadas en enfermería**. No importa los años de servicios, edad, género, ubicación geográfica.

Esta muestra fue tomada dentro del Departamento de Docencia y se ubica dentro del sector urbano en la ciudadela Atarazana, avenida Dr. Roberto Gilbert y Nicasio Safadi en la Ciudad de Guayaquil, Ecuador.

4.5 Instrumentos

Los cuestionarios son los instrumentos que más se utilizan en la investigación social, pues el mismo Hernández & otros (2006) dicen que “...consisten en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir”.

Los instrumentos que se utilizó para la investigación y los que nos sirvieron para la recolección de los datos y los objetivos planificados fueron 6 (ver anexos 9.1-9.6) y aplicados en el siguiente orden:

- Cuestionario Sociodemográfico y laboral.
- Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).
- Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).
- Cuestionario MOS de Apoyo Social.
- Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Brevemente explicaré cada uno de ellos, sobre todo su propósito, manejo y forma de llenarlos, etc.

4.5.1 Cuestionario Sociodemográfico y laboral.

Su propósito es obtener información sobre los datos personales, laborales, valoración y su satisfacción en el trabajo del sujeto.

Posee unas series de ítems con características de socio económico y laboral.

- Datos **personales**: género, edad, etnia, estado civil, remuneración.
- Datos **laborales**: profesión, si estudia, años de experiencia, tipo de trabajo (completo o parcial), sector en que trabaja (privado, público), tipo de contrato, en cuántas instituciones trabaja, horas laborable, turno, días, guardia, porcentaje de atención en el día, cuántos pacientes al día, qué tipo de paciente, con riesgo de muerte o no, la institución provee recursos necesarios (totalmente), ha solicitado permiso y porque causa.
- **Enunciados: valorado (4 en total)** por sus pacientes, familiares, compañeros, directivo, 1 (nada), 2 (poco), 3 (bastante), 4 (totalmente). Y **satisfecho (6 en total)** con el trabajo, interacción, apoyo de los directivos, colaboración de sus compañeros, valoración global de su experiencia, y situación económica.

4.5.2 Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Su objetivo es contribuir al conocimiento de las condiciones del trabajo y de la satisfacción laboral del sujeto.

Características:

- Detecta y mide la existencia del Burnout.
- Tiene tres sub escalas: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
- Posee 22 ítems o enunciados acerca del trabajo y de los sentimientos hacia él.
- Utiliza 7 criterios para medir la frecuencia, marcado de 0 al 6.
- Frecuencia: nunca (0); alguna vez al año o menos (1); una vez al mes o menos (2); algunas veces al mes (3); una vez a la semana (4); varias veces a la semana (5); diariamente (6).

La aplicación es responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento por medio de una cruz, señalándola en el casillero elegido por el paciente.

En consecuencia, la MBI plantea al sujeto 22 enunciados y los valora por medio de tres escalas:

- 1) **Agotamiento emocional (AE):** Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo, es decir, está **carente de energía y de recursos emocionales**.
- 2) **Despersonalización (DP):** Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo, es decir, por **actitudes y sensaciones negativas respecto de los demás**.
- 3) **Realización personal (RP):** Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo. Es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout, osea, por **experimentar un gran descontento e insatisfacción hacia sus labores**, acompañado de una mala opinión de su progreso laboral.

Observación:

- Cuanto mayor es la puntuación, mayor es el agotamiento y el nivel del Burnout experimentado por el sujeto. (AE).
- Cuanto mayor es el puntaje, mayor es la despersonalización y el nivel experimentado por el sujeto. (DP).
- Cuanto mayor es el puntaje, mayor es la realización personal y, si es menor el puntaje más afectado está el sujeto (RP).

4.5.3 Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28).

El objetivo es determinar si ha sufrido algunas molestias y cómo ha estado de salud en las últimas semanas (recientes y actuales y no del pasado).

Se responde seleccionando las respuestas que al juicio del paciente se acercan más a lo que siente o ha sentido.

Tiene literales A-B-C-D con 7 preguntas en cada literal y, en cada una de ellas con cuatro alternativas. Por ejemplo:

- A. Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, entre otros.
- B. Ansiedad e insomnio: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- C. Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.

D. Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

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

Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad la evaluación de los distintos tipos de respuestas ante el estrés o situaciones difíciles.

Por lo tanto, las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer ante el estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto-distracción: Disipar la concentración en el problemas o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- Apoyo instrumental: Es la búsqueda de personas capacitadas o instruidas para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyos, comprensión, simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y saber aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Religión: Es el aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: Es la expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancia: La utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: Es un hacer burlas o reírse de la situación estresantes.

4.5.5 Cuestionario MOS de Apoyo Social.

Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de la salud, dio origen a este instrumento multidimensional de 20 ítems que se utiliza para investigar la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer las cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

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

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

4.5.6 Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Según Eysenck (1981), la construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta como el cognoscitivo, conativo (impulsiones psíquicas), afectivo y el constitucional.

De esta forma, para evaluar la personalidad se han creado versiones abreviadas del original como el EPQR-A que constan de 24 ítems y lo hace mediante cuatro factores.

- Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos. Puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.
- Extraversión: Las puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio. Mientras que puntuaciones bajas indican tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicoticismo: El individuo con alto puntaje presenta despreocupación, crueldad,

baja empatía, conflictividad, es decir, posee pensamiento duro.

- Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir, busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

La información de los instrumentos de evaluación es tomada de la guía didáctica de Ramírez Rocío, (2012) pág. 15-18.

4.6 Recolección de datos

Una vez obtenido el permiso por el directivo de docencia del Hospital de niños “Dr. Roberto Gilbert” y remitido tanto al responsable de los médicos que atienden en consulta externa y a la responsable de las licenciadas en enfermería, se procedió a la entrega de los 6 instrumentos agrupados en sobre cerrado a cada responsable de los grupos antes mencionados, para que le entreguen a su personal bajo su responsabilidad. En total fueron 30 sobres, 15 para cada responsable. Y para distinguir a cada profesional que llena sus seis instrumentos, para su posterior diagnóstico, hubo la necesidad de engraparlos con una tarjeta para que llenen sus datos personales.

Aunque la aplicación fue en mayor parte autoadministrada, sin embargo hubo la necesidad de hablar con los profesionales porque dejaban ciertos espacios en blanco por llenar. Incluso se aprovechó para conocer ciertos rasgos de su personalidad, como el carácter, atención, nerviosismo, etc.

Hay que recalcar que hubo situaciones que atrasaron la investigación como también profesionales que no deseaban colaborar por su trabajo que era mucho, con la famosa frase “no tengo tiempo”.

Entre las situaciones o complicaciones que surgieron tenemos:

- Primero con el director de Docencia debido a que nunca se habían hecho investigaciones de esta clase y era muy delicado por existir preguntas que comprometían mucho la seguridad de las personas. Siempre lo que se realiza son prácticas médicas. Finalmente, después que el director consultó con su inmediato responsable y previamente de nuevo las explicaciones para la investigación, se logró obtener el permiso para la recolección de los datos.

- Aunque las licenciadas fueron las primeras en llenarlos y entregarlos, una no decidió firmar el certificado y, por eso a última instancia se buscó a otra colaboradora.
- Entre el grupo de los médicos, la mayor parte tuvo que esperar casi un mes para que entreguen los instrumentos llenos.
- E incluso dentro de este último grupo, al final de un mes de espera tres se negaron a colaborar por no tener tiempo y una, porque según ella, existían preguntas muy personales, trabajo, sueldo, entre otras cosas.

Sin embargo, ante las situaciones o complicaciones que se dieron en la recolección de los datos, se logró obtener este primer paso para nuestra investigación sobre el burnout, y es lo más importante. Sin dejar a un lado que toda la información es muy confidencial.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Las 30 muestras obtenidas del Hospital “Dr. Roberto Gilbert”, utilizando 6 instrumentos y, su respectiva tabulación, arrojaron los siguientes resultados, que serán presentados según el orden aplicado, de acuerdo al grupo de médicos y enfermeras evaluadas.

En los resultados se hace una interpretación simultánea de los dos grupos (médicos-enfermeras) para identificar variables como el género, zona de vivienda, etnia, estado civil, salario, pacientes con riesgos de muerte, valoración, niveles de agotamiento, casos de enfermedad, afrontamientos, tipo de apoyo que reciben, tipo de personalidad que estén influyendo o no en la existencia del burnout, o en su caso en algún malestar psicológico que lo pueda hacer propenso a padecer cualquier tipo de estrés.

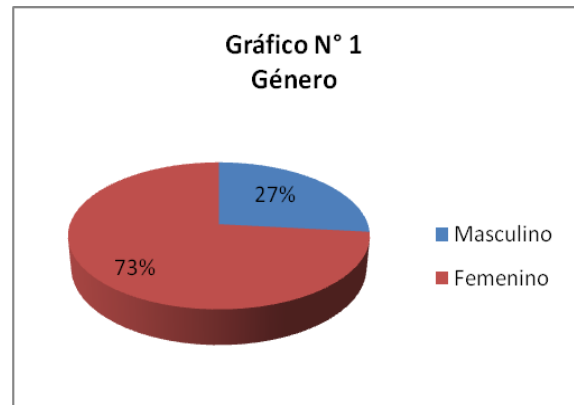
Se tendrá en cuenta en nuestra investigación la prevalencia del síndrome del burnout tanto en los médicos como en las enfermeras y, quiénes son más propensos a contraerlo. Y dar ciertas medidas de prevención o su debido tratamiento.

5.1 ANÁLISIS DE LOS INSTRUMENTOS PSICOLÓGICOS EN LA MUESTRA

5.1.1 Cuestionario socio demográfico y laboral

Tabla N° 5.1.: Análisis de género en médicos

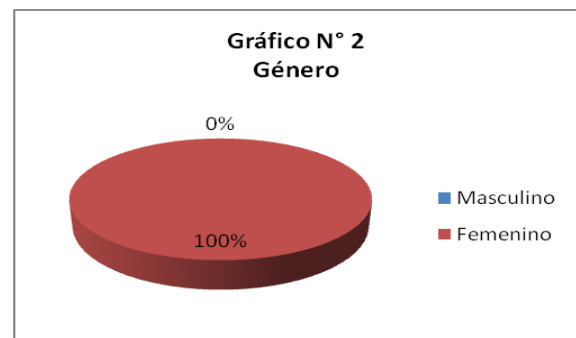
Cuadro N° 1 GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	4	26,67
Femenino	11	73,33
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 2: Análisis de género en enfermeras

Cuadro N° 2 GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	0	0
Femenino	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

En el primer cuadro de la muestra (médicos) se observa que la participación fue más del género femenino que del masculino. En cambio, en el cuadro 2 (enfermeras) todas las participantes son mujeres. Este dato es interesante porque el ser mujer pueda que incida en el desarrollo del síndrome de tipo emocional, por la doble tarea que tienen la mayoría como el trabajo y la familia. La edad promedio de los médicos es de 49 años y de las enfermeras de 40 años.

Tabla N° 3: Análisis de zona de vivienda en médicos

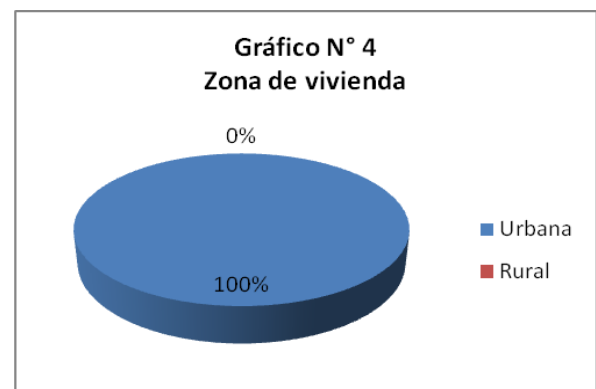
Cuadro N° 3		
ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	15	100
Rural	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 4: Análisis de zona de vivienda en enfermeras

Cuadro N° 4		
ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	15	100
Rural	0	0
TOTAL	15	100

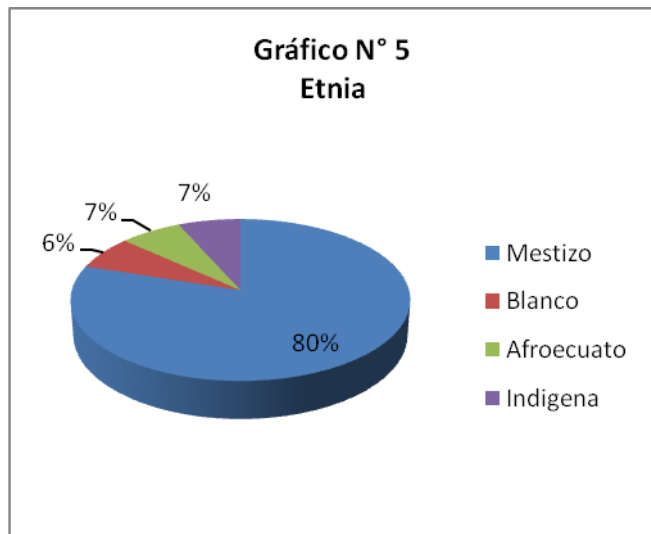


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

En los dos grupos de la muestra la zona de vivienda es totalmente urbana con característica costeña y de seguro puede ser causa de estrés por la constante agitación laboral, tráfico vehicular, ruidos, inseguridad, gastos, eventos sociales, entre otros.

Tabla N° 5: Análisis de etnia en médicos

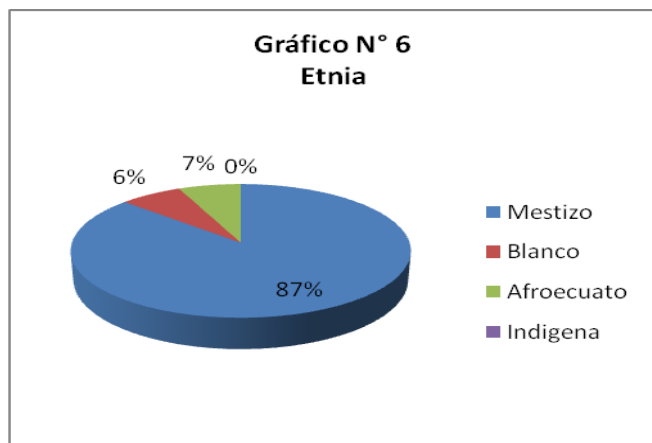
Cuadro N° 5		
ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	12	80
Blanco	1	6,67
Afroecuato	1	6,67
Indígena	1	6,67
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 6: Análisis de etnia en enfermeras

Cuadro N° 6		
ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	13	86,67
Blanco	1	6,67
Afroecuato	1	6,67
Indígena	0	0
TOTAL	15	100

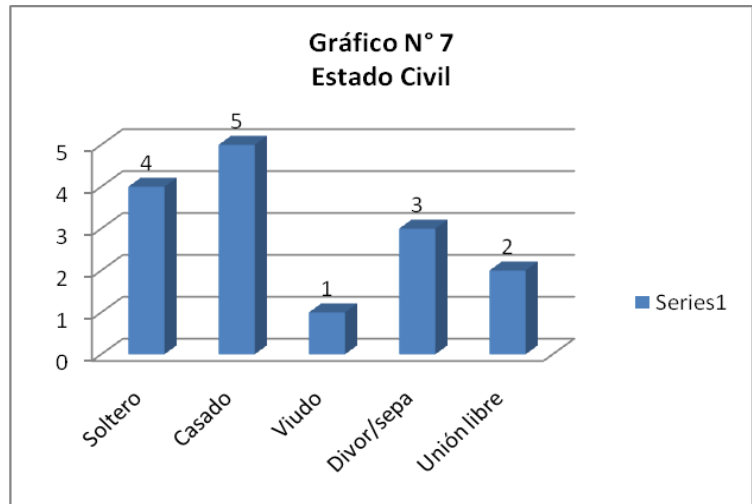


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Es muy interesante la variación de etnia que se encontró en la zona urbana, aunque la mayor parte son mestizos, sobresale un dato importante en el caso de un indígena (médicos), que al estar en un lugar distinto de su cultura, clima, costumbres pueda que le origine estrés en su nueva adaptación.

Tabla N° 7: Análisis de estado civil en médicos

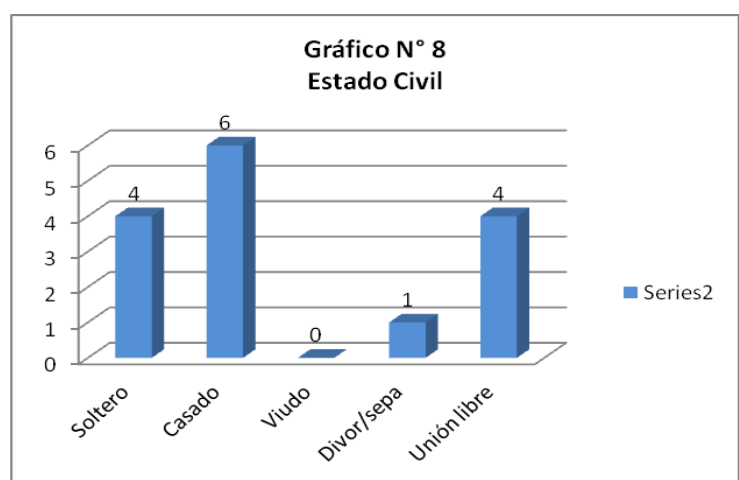
Cuadro N° 7		
ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	26,67
Casado	5	33,33
Viudo	1	6,67
Divor/sepa	3	20
Unión libre	2	13,33
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 8: Análisis de estado civil en enfermeras

Cuadro N° 8		
ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	26,67
Casado	6	40
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	6,67
Unión libre	4	26,67
TOTAL	15	100

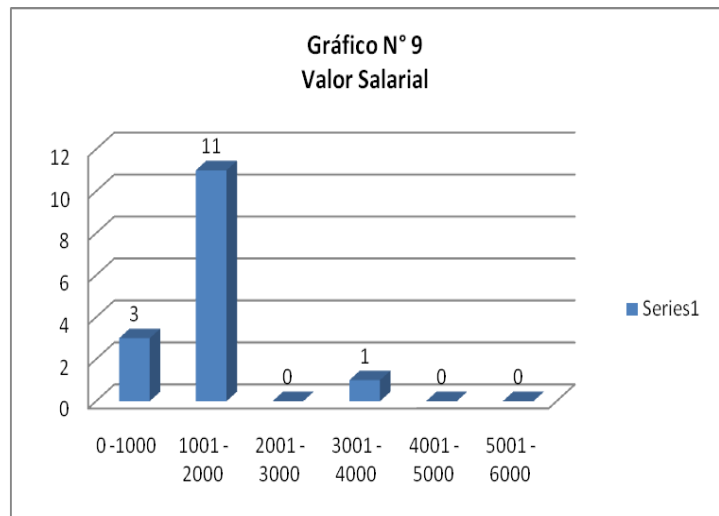


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

En los dos grupos totales (médicos-enfermeras) en cuanto al estado civil, se observa que los porcentajes fuertes están entre soltero y casado seguido de la unión libre. Esto puede ser fuente de burnout en los solteros por vivir en soledad, sin compromiso familiar y los casados en sus momentos difíciles sin trabajo. Sin olvidar a los divorciados y separados por vivir momentos emocionales negativos como la separación con su pareja, hijos, división de bienes.

Tabla N° 9: Análisis de valor salarial en médicos

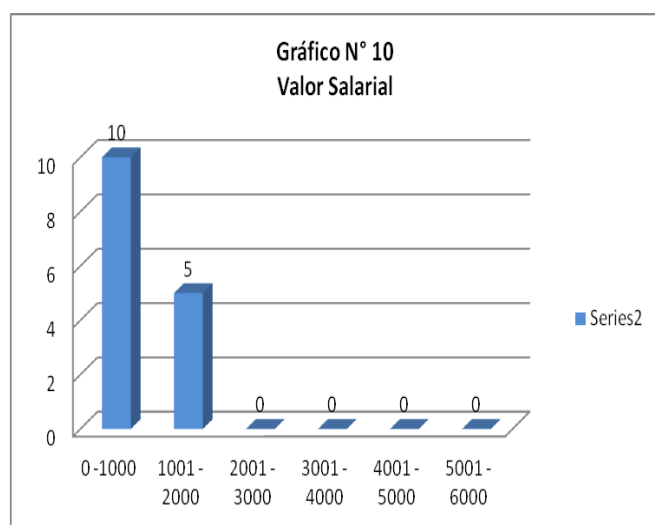
Cuadro N° 9 VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	3	20
1001 -2000	11	73,33
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	1	6,67
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 10: Análisis de valor salarial en enfermeras

Cuadro N° 10 VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	10	66,67
1001 -2000	5	33,33
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100

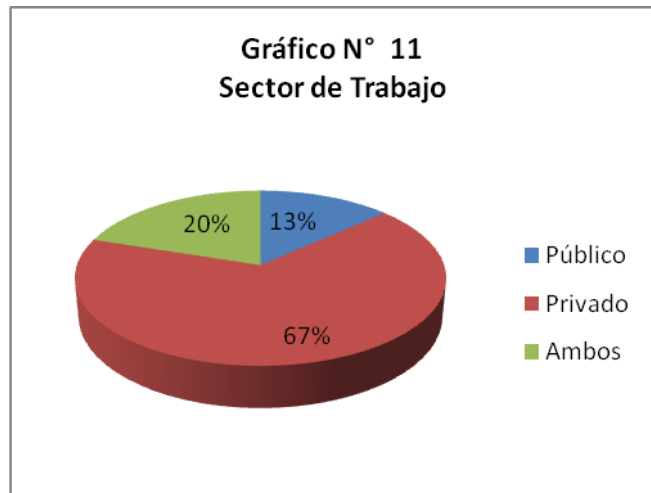


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tanto en la tabla 9 (médicos) y tabla 10 (enfermeras) existen diferencias de salarios. El factor económico en ocasiones puede convertirse en un estresor, cuando el sujeto mal pagado influye en otros que ganan poco, realizan su jornada sin interés distinto de la persona bien remunerada.

Tabla N° 11: Análisis de sector de trabajo en médicos

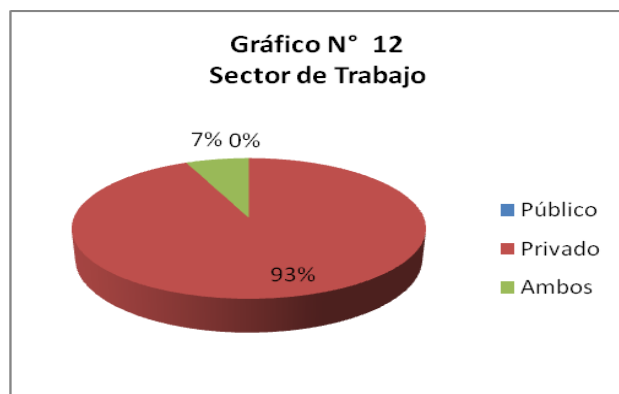
Cuadro N° 11 SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	2	13,33
Privado	10	66,67
Ambos	3	20
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 12: Análisis de sector de trabajo en enfermeras

Cuadro N° 12 SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	0	0
Privado	14	93,33
Ambos	1	6,67
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

En los dos cuadros se observa, aunque en minoría, que tanto los médicos como enfermeras tienen doble trabajo y por lo tanto es probable que se origine cierto grado de estrés, por el desplazamiento de un trabajo a otro, el aumento de pacientes, cargas horarias y características propias de cada tipo de institución.

Tabla N° 13: Análisis de pacientes con riesgo de muerte en médicos

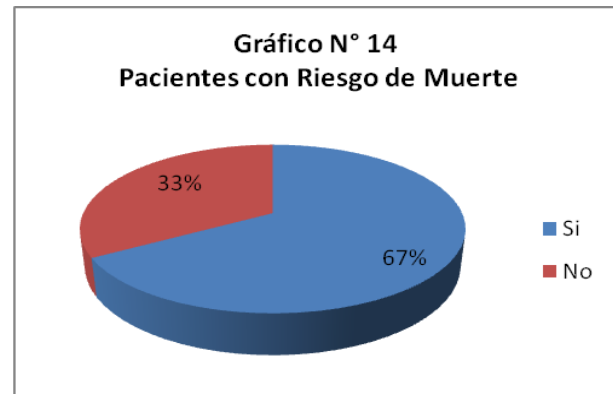
Cuadro N° 13		
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	1	6,6
No	14	93,33
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 14: Análisis de pacientes con riesgo de muerte en enfermeras

Cuadro N° 14		
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	10	66,67
No	5	33,33
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Mientras en los médicos se encuentra que un solo sujeto atiende personas con alto riesgo de muerte, en las enfermeras encontramos que la mayoría están sujetas de forma constante a este riesgo. En consecuencia, todos estos individuos se convierten en potenciales sujetos de estrés.

Tabla N° 15: Análisis de pacientes fallecidos en médicos

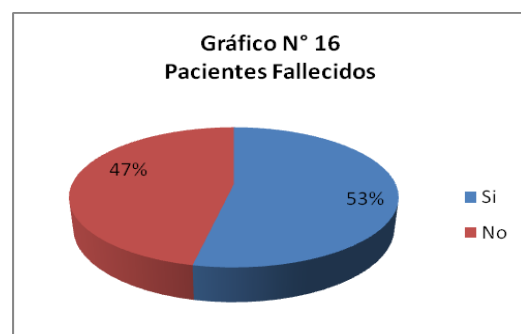
Cuadro N° 15		
PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	1	6,67
No	14	93,33
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 16: Análisis de pacientes fallecidos en enfermeras

Cuadro N° 16		
PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	8	53,33
No	7	46,67
TOTAL	15	100

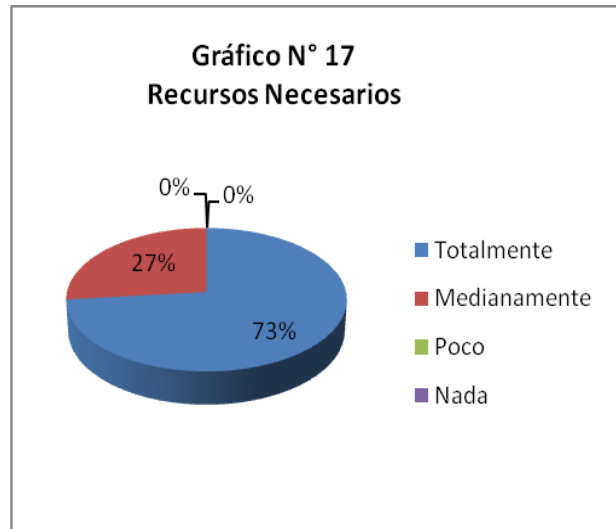


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Existe un paciente fallecido en el grupo de médicos pero es mucho más frecuente en el grupo de las enfermeras. Estos datos son fundamentales que demuestran que puede ser causa frecuente de estrés, malestares somáticos por originarse en algunos de los sujetos la culpación de la muerte de su paciente.

Tabla N° 17: Análisis de recursos necesarios en médicos

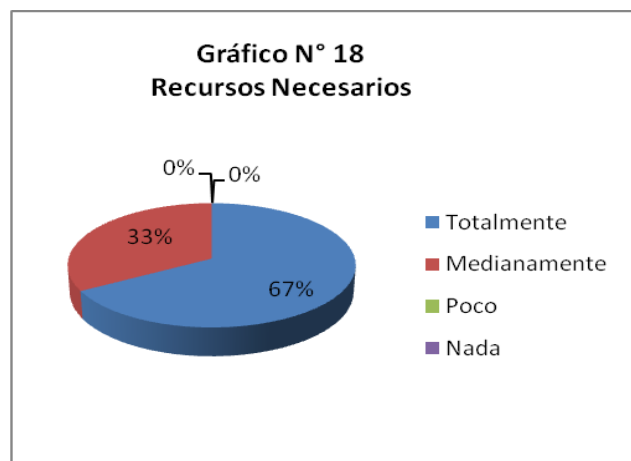
Cuadro N° 17 RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	11	73,33
Medianamente	4	26,67
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 18: Análisis de recursos necesarios en enfermeras

Cuadro N° 18 RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	10	66,67
Medianamente	5	33,33
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	15	100

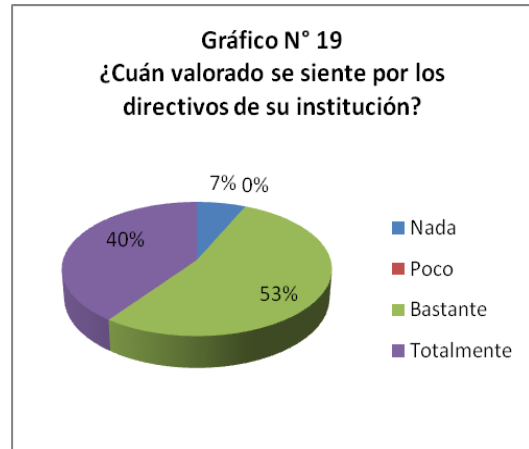


Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

En cuanto a los recursos en el grupo médicos y enfermeras sobresale que están totalmente satisfechos. Pero es bueno recalcar que también están ciertos sujetos medianamente satisfechos. Una institución que no satisface de todo a los empleados es probable que se originen momentos de estrés, tensión laboral.

Tabla N° 19: Análisis de valoración de sus directivos en médicos

Cuadro N° 19		
VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,67
Poco	0	0
Bastante	8	53,33
Totalmente	6	40
TOTAL	15	100



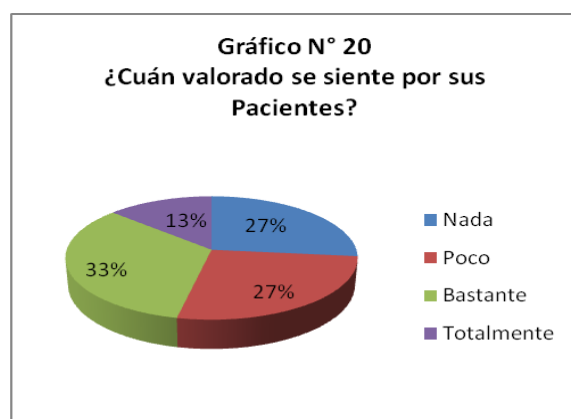
Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.

Elaborado por: El Autor

En el grupo de médicos la valoración recibida de la institución se ubica entre bastante, totalmente y nada. Datos que reflejan la importancia dada por la institución a sus empleados y la derivación de éstos en sentirse a gusto en el trabajo, pues es parte de su red de apoyo estructural.

Tabla N° 20: Análisis de valoración de sus pacientes en enfermeras

Cuadro N° 20		
VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	4	26,67
Poco	4	26,67
Bastante	5	33,33
Totalmente	2	13,33
TOTAL	15	100



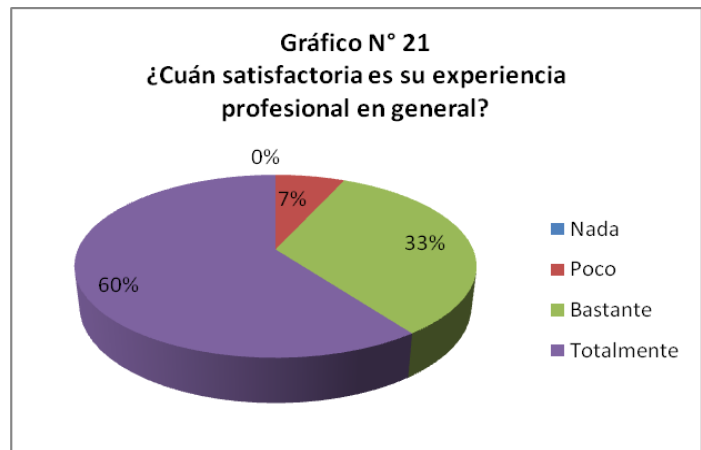
Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.

Elaborado por: El Autor

En el grupo de las enfermeras la valoración recibida por sus pacientes se ubica entre totalmente, bastante, poco y nada. La valoración recibida es parte de la red de apoyo que sirve para evitar estrés.

Tabla N° 21: Análisis de satisfacción de experiencia en médicos

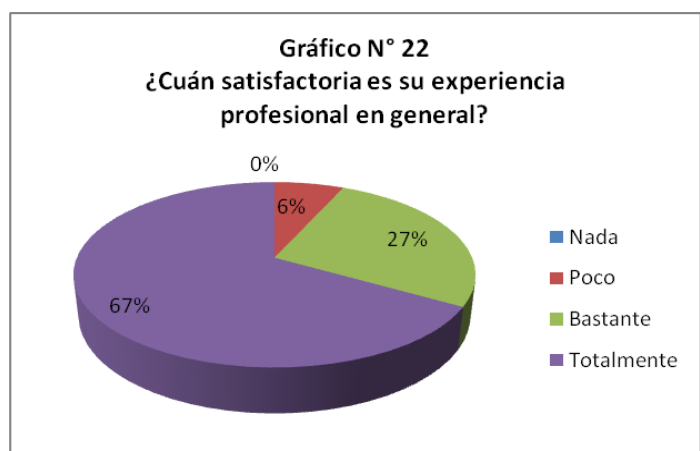
Cuadro N° 21		
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,67
Bastante	5	33,33
Totalmente	9	60
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 22: Análisis de satisfacción de experiencia en enfermeras

Cuadro N° 22		
SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,67
Bastante	4	26,67
Totalmente	10	66,67
TOTAL	15	100

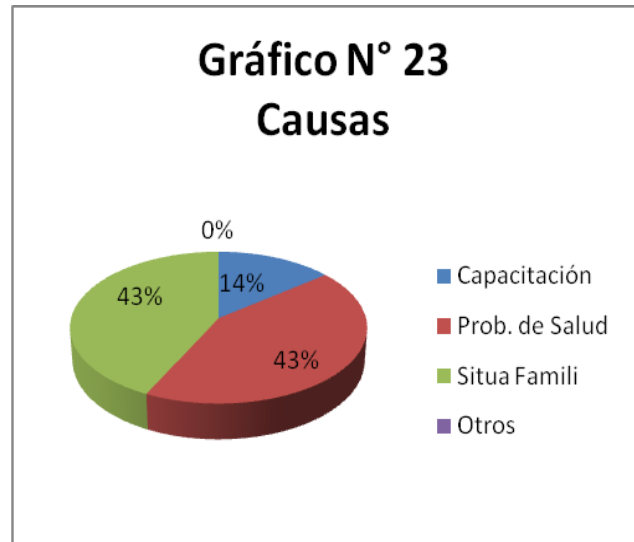


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Entre los dos grupos (médicos-enfermeras) en su mayoría están totalmente satisfechos con su labor, esto ocasiona realización personal alta. Sin embargo existen sujetos que están bastantes y poco satisfechos en su satisfacción laboral y, esto último puede ser causa probable de bajo niveles de realización personal y por lo tanto experimentar niveles medios de estrés.

Tabla N° 23: Análisis de causas de permisos en enfermeras

Cuadro N° 23 CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	1	14,29
Prob. de Salud	3	42,89
Situa Famili	3	42,86
Otros	0	0
TOTAL	7	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Interesa mucho este grupo de enfermería porque entre las causas de los permisos sobresalen problemas de salud y de situaciones familiares, razón por la cual pueden ser síntomas de que se esté dando estrés en algunas de ellas.

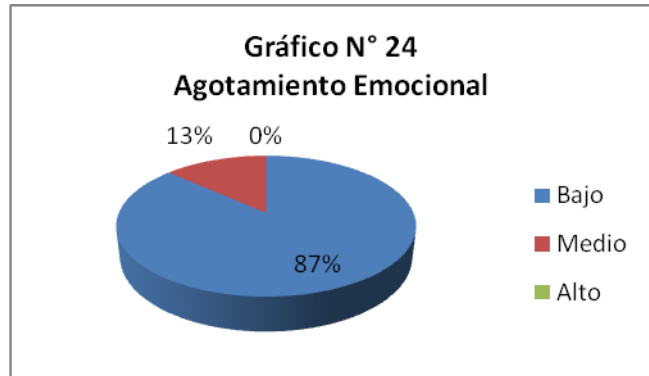
5.1.2 Niveles de agotamiento (MBI)

Los números aleatorios 1,2 3 son los indicadores que señalan el nivel de agotamiento, despersonalización y la realización personal, siendo su interpretación así:

- 1, significa “bajo”
- 2, significa “medio”
- 3 significa “alto”

Tabla N° 24: Análisis de agotamiento emocional en médicos

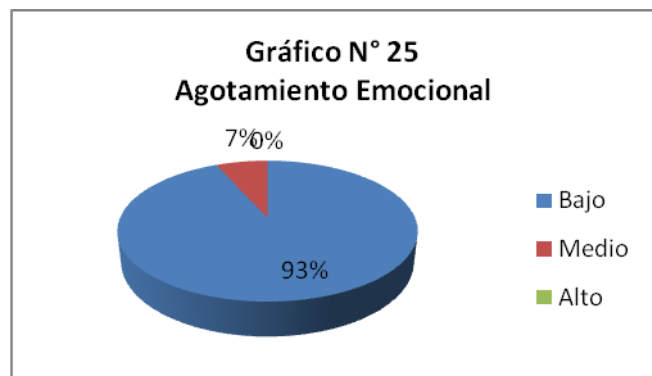
Cuadro N° 24		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL		
Nivel	fr	%
Bajo	13	86,6
Medio	2	13,33
Alto	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 25: Análisis de agotamiento emocional en enfermeras

Cuadro N° 25		
AGOTAMIENTO EMOCIONAL		
Nivel	fr	%
Bajo	14	93,33
Medio	1	6,67
Alto	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Existen niveles de agotamiento bajo y medio que pueden llevar a una tendencia al burnout pero que no es precisamente el síndrome. Este agotamiento puede darse por variables laborales, situaciones familiares. Dos casos de nivel medio se dan en el médico y uno en enfermería.

Tabla N° 25: Análisis de despersonalización en médicos

Cuadro N° 26 DESPERSONALIZACIÓN		
Nivel	fr	%
Bajo	15	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 27: Análisis de despersonalización en enfermeras

Cuadro N° 27 DESPERSONALIZACIÓN		
Nivel	fr	%
Bajo	15	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	15	100

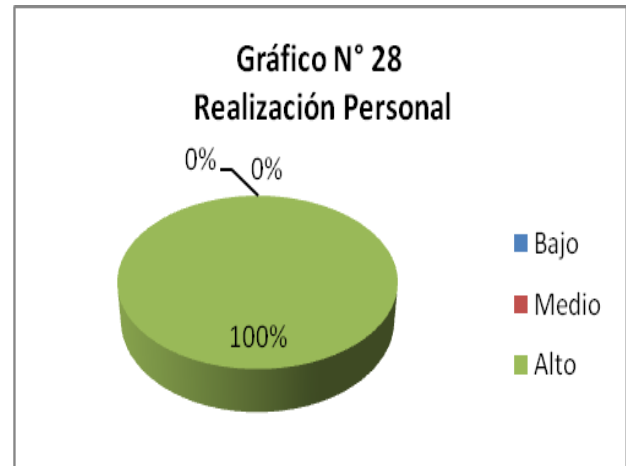


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tanto el grupo de médicos como el de enfermería se ubican en los niveles bajo en despersonalización, en consecuencia el resultado ofrece una tendencia positiva hacia los demás.

Tabla N° 28: Análisis de realización personal en médicos

Cuadro N° 28 REALIZACIÓN PERSONAL		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 29: Análisis de realización personal en enfermeras

Cuadro N° 29 REALIZACIÓN PERSONAL		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	2	13,33
Alto	13	86,67
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Todos los médicos muestran una excelente realización personal, es decir, que se sienten muy satisfechos con su labor que ejercen. Y aunque la mayor parte del personal de enfermería muestre también excelentes niveles de realización personal, sin embargo, también se observa que hay dos sujetos con tendencia al nivel medio que significa que en ciertos momentos se dé un altibajo en su realización personal.

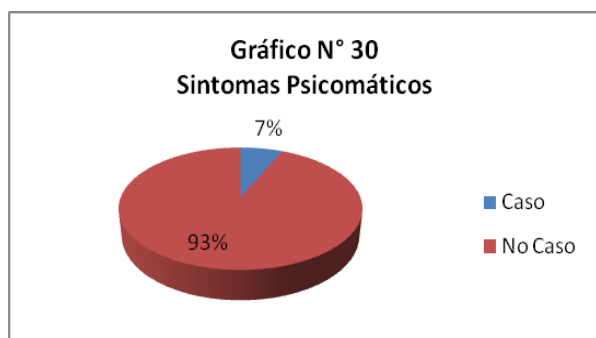
5.1.3. Salud general (GHQ-28)

Con las etiquetas Caso/No caso son las que sirven para las interpretaciones, de esta manera:

- El 1 es igual a “No caso”, que se interpreta como “no lo tiene”.
- El 2 es igual a “Caso”, que se interpreta como “lo tiene”

Tabla N° 30: Análisis de síntomas psicósomáticos en médicos

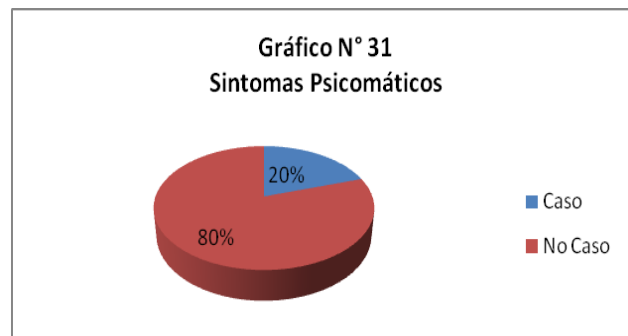
Cuadro N° 30		
SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS		
Estado	fr	%
Caso	1	6,67
No Caso	14	93,33
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 31: Análisis de síntomas psicósomáticos en enfermeras

Cuadro N° 31		
SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS		
Estado	Fr	%
Caso	3	20
No Caso	12	80
TOTAL	15	100

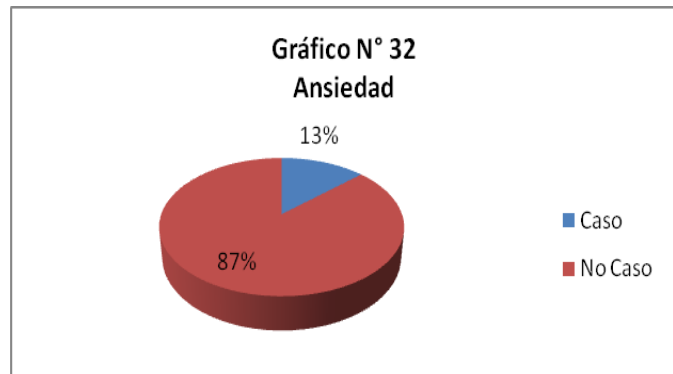


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tanto en médicos como en enfermería se originan casos psicósomáticos que pueden ser debido a varios factores como el estrés, depresión o por otros motivos. Es importante resaltar este dato para su posterior discusión en cuanto a la salud de los sujetos.

Tabla N° 32: Análisis de ansiedad en médicos

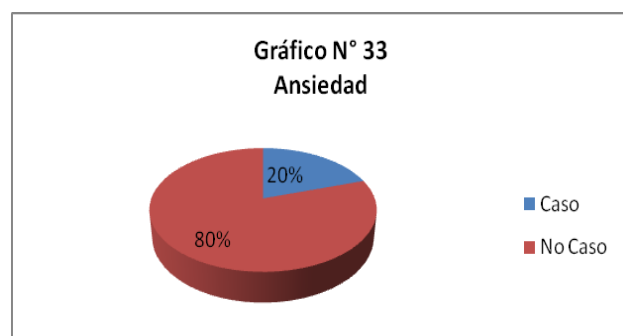
Cuadro N° 32		
ANSIEDAD		
Estado	fr	%
Caso	2	13,33
No Caso	13	86,67
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 33: Análisis de ansiedad en enfermeras

Cuadro N° 33		
ANSIEDAD		
Estado	fr	%
Caso	3	20
No Caso	12	80
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Cinco casos de ansiedad sobresalen entre médicos y enfermera. Dos en los médicos y tres en el grupo de las enfermeras. Esto evidencia posibles casos de molestias como la dificultad para conciliar el sueño y que pueden provocar daño en la salud, originado por algún estresor.

Tabla N° 34: Análisis de disfunción social en médicos

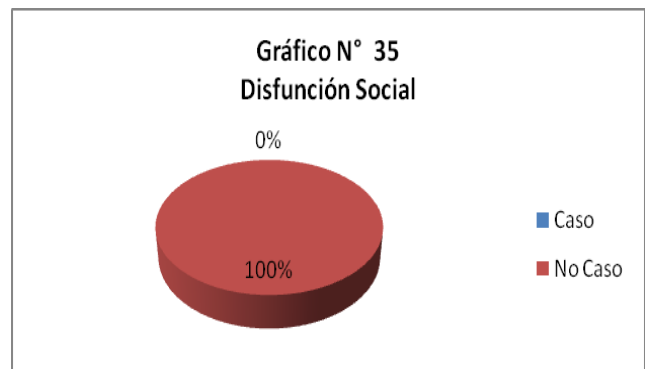
Cuadro N° 34 DISFUNCIÓN SOCIAL		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 35: Análisis de disfunción social en enfermeras

Cuadro N° 35 DISFUNCIÓN SOCIAL		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

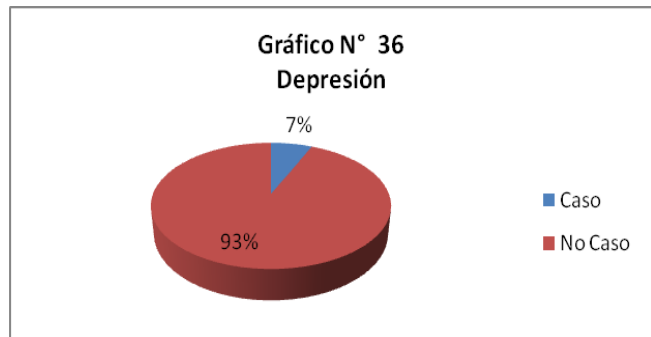


Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tanto en los médicos como en las enfermeras se verifica que no existe disfunción social, puede ser debido por mantener excelente desempeño en la vida laboral y por ende menor probabilidad de experimentar burnout.

Tabla N° 36: Análisis de depresión en Médicos

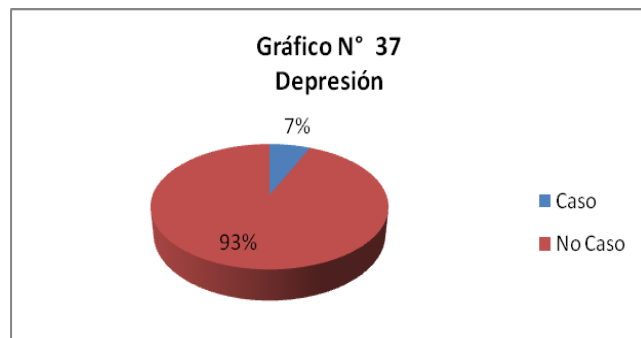
Cuadro N° 36 DEPRESIÓN		
Estado	fr	%
Caso	1	6,67
No Caso	14	93,33
TOTAL	15	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 37: Análisis de depresión en enfermeras

Cuadro N° 37 DEPRESIÓN		
Estado	fr	%
Caso	1	6,67
No Caso	14	93,33
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

En los dos grupos se da la existencia de un caso probable de cierto grado de depresión que puede desencadenar en un factor estresante, producto de alguna molestia que los aqueja como el tener doble jornada laboral.

5.1.4 Afrontamientos (BRIEF-COPÉ)

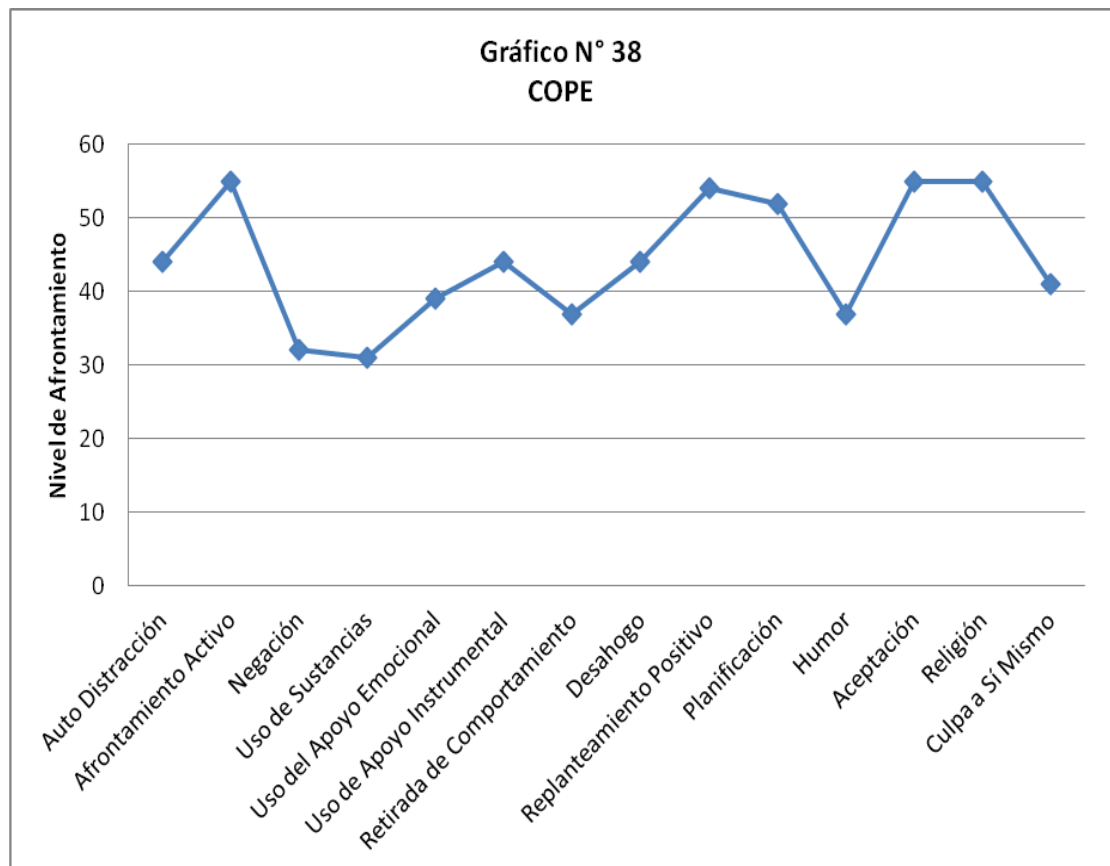
La interpretación será dada por un puntaje de:

- 0-4 como “no presente”
- 5-8 como “presente”

Incluso es importante que se señale cuál utiliza más y cuál menos.

Tabla N° 38: Análisis de afrontamientos BRIEF-COPE en médicos

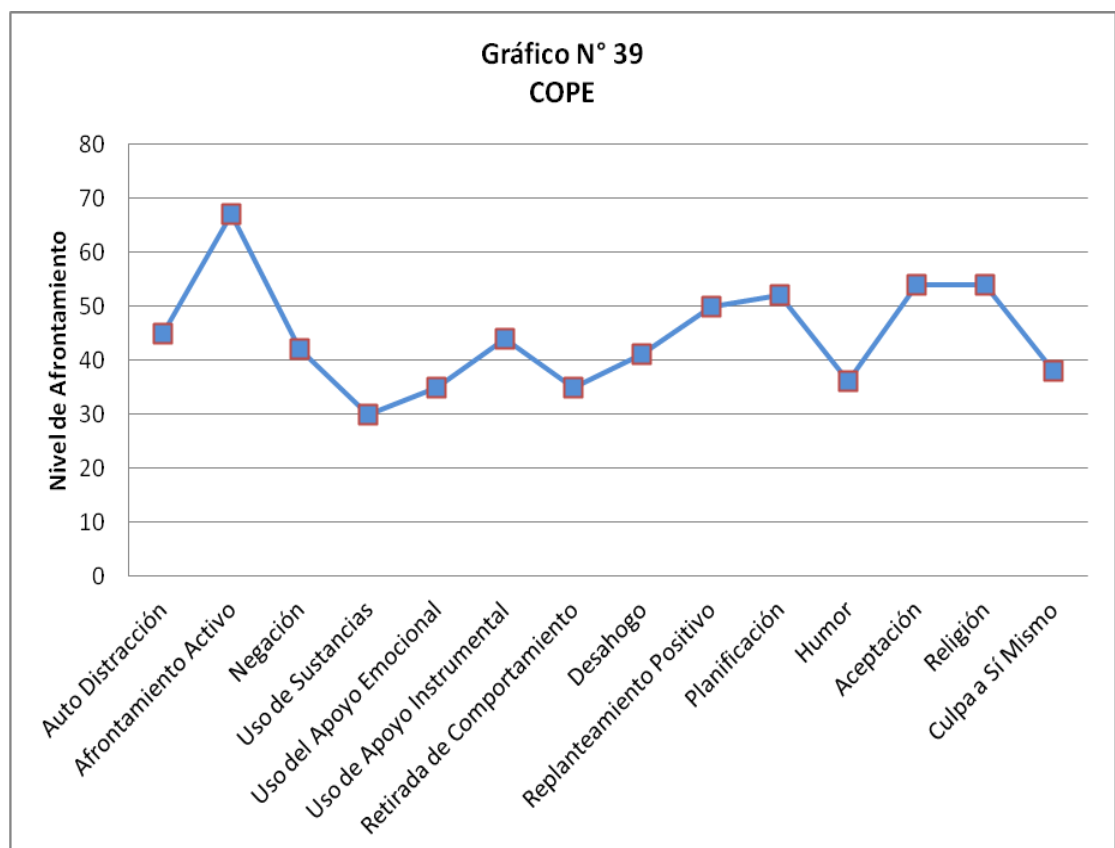
Cuadro N° 38 (COPE)			
Estrategia	Sumatoria	Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	44	Desahogo	44
Afrontamiento Activo	55	Replanteamiento Positivo	54
Negación	32	Planificación	52
Uso de Sustancias	31	Humor	37
Uso del Apoyo Emocional	39	Aceptación	55
Uso de Apoyo Instrumental	44	Religión	55
Retirada de Comportamiento	37	Culpa a Sí Mismo	41



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 39: Análisis de afrontamientos BRIEF-COPE en enfermeras

Cuadro N° 39			
COPE			
Estrategia	Sumatoria	Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	45	Desahogo	41
Afrontamiento Activo	67	Replanteamiento Positivo	50
Negación	42	Planificación	52
Uso de Sustancias	30	Humor	36
Uso del Apoyo Emocional	35	Aceptación	54
Uso de Apoyo Instrumental	44	Religión	54
Retirada de Comportamiento	35	Culpa a Sí Mismo	38



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Las tablas y gráficos que anteceden, muestran los métodos que poseen las personas para afrontar los problemas y en los dos grupos se dan de forma semejante los mismos afrontamientos, entre los cuales sobresalen más el afrontamiento activo, replantamiento positivo, planificación, aceptación y religión. Todos son afrontamientos positivos.

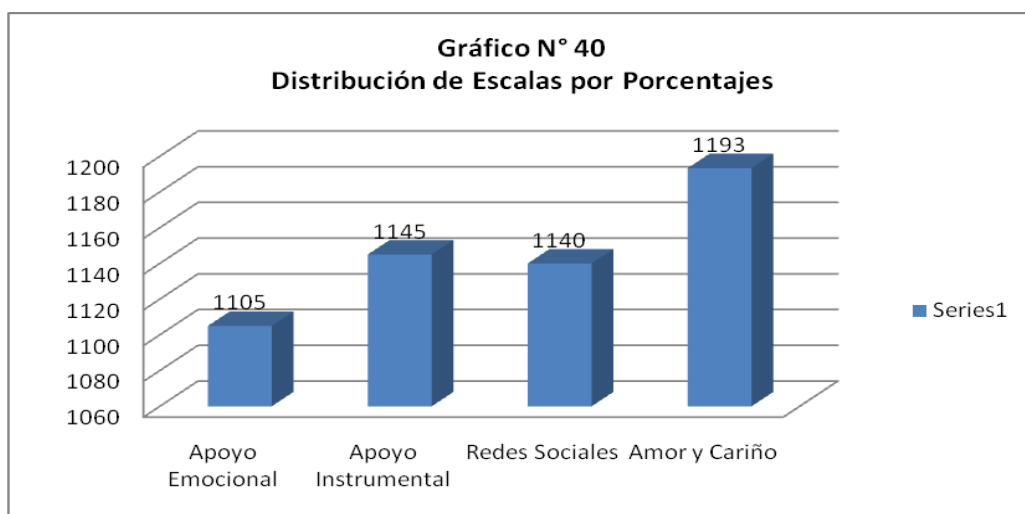
5.1.5 Apoyo social (MOS)

La interpretación nos permite ver cuál de los tipos de apoyo se posee más y cual menos y se trabajará con un corte en las equivalencias porcentuales de esta manera:

- 0-49 como “bajo”
- 50-100 como “alto”

Tabla N° 40: Análisis de apoyo social en médicos

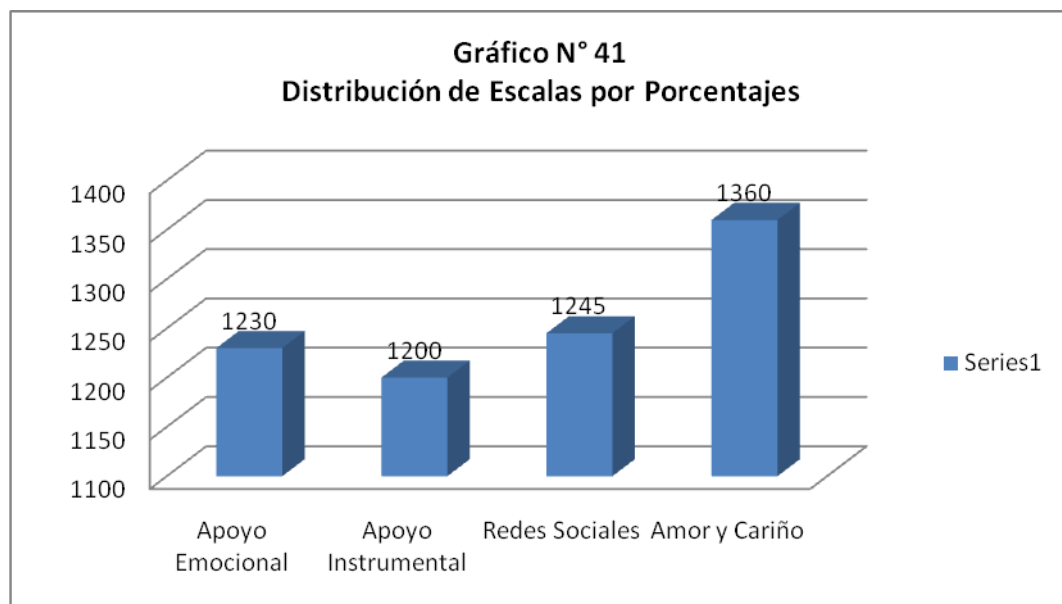
Cuadro N° 40 APOYO SOCIAL	
Apoyo Emocional	1105
Apoyo Instrumental	1145
Redes Sociales	1140
Amor y Cariño	1193,33



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 41: Análisis de apoyo social en enfermeras

Cuadro N° 41 APOYO SOCIAL	
Apoyo Emocional	1230
Apoyo Instrumental	1200
Redes Sociales	1245
Amor y Cariño	1360



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Es fundamental el apoyo social que un individuo percibe en su entorno. Razón por la cual la muestra de amor y cariño como el apoyo instrumental y sus redes sociales resaltan como medio para evitar o lidiar con los estresores como se muestran en los resultados expuestos aquí en los dos cuadros, tanto en el de los médicos y enfermeras.

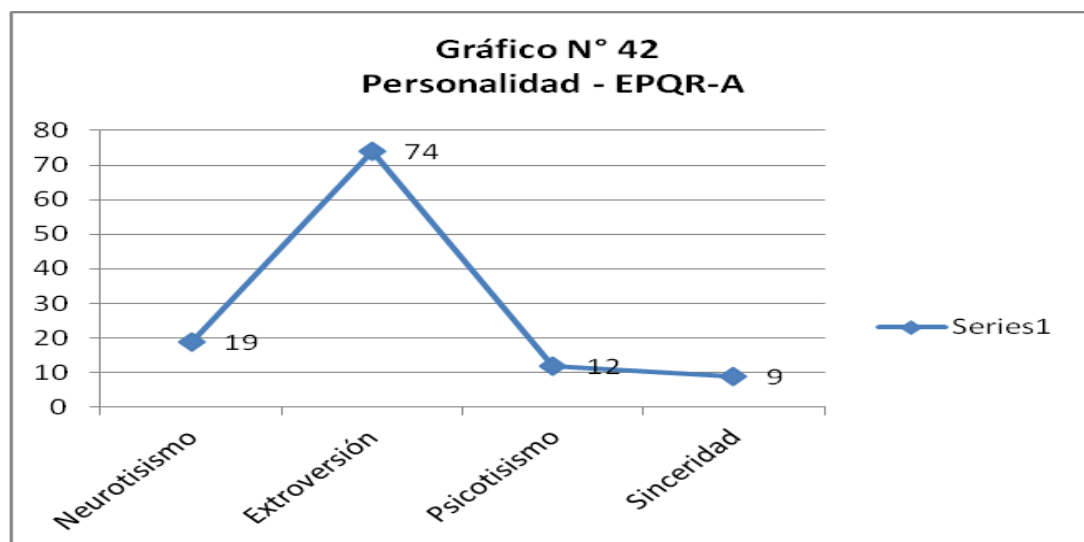
5.1.6 Cuestionario de personalidad (EPQR-A)

Este cuestionario sirve para evaluar los rasgos de la personalidad. Las puntuaciones entre estos factores oscilan entre 0 y 6 y sirven también para evidenciar cuál de estos es dominante dentro del individuo y de esta manera:

- 0-3 puntaje “bajo”
- 4-6 puntaje “alto”

Tabla N° 42: Análisis de personalidad en médicos

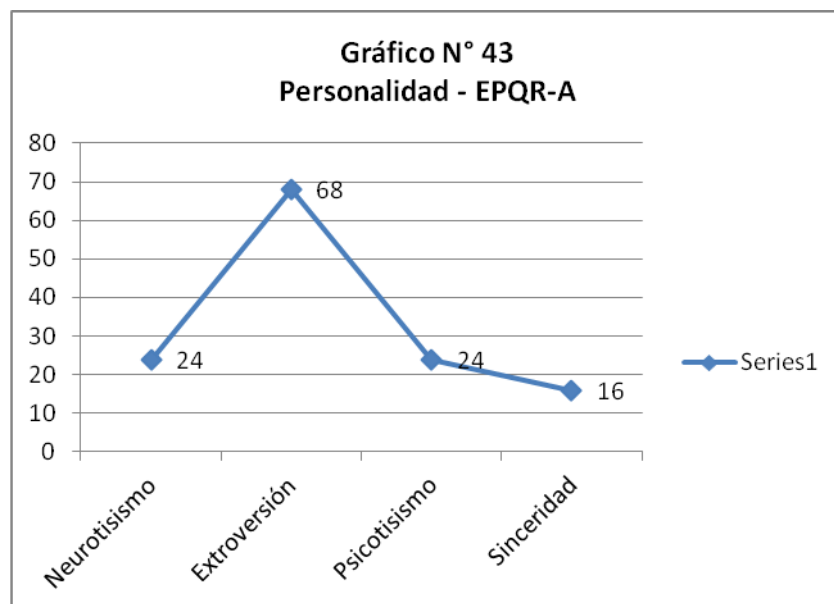
Cuadro N° 42		
Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	19	16,67
Extroversión	74	64,91
Psicoticismo	12	10,53
Sinceridad	9	7,89
TOTAL	114	100



Fuente: Médicos del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

Tabla N° 43: Análisis de personalidad en enfermeras

Cuadro N° 43		
PERSONALIDAD - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	24	18,18
Extroversión	68	51,52
Psicoticismo	24	18,18
Sinceridad	16	12,12
TOTAL	132	100



Fuente: Enfermeras del Hospital Dr. Roberto Gilbert.
Elaborado por: El Autor

El rasgo de la personalidad influye mucho en experimentar estrés o ser fuerte ante un ambiente laboral estresante. En este caso existe una extroversión muy elevada en los médicos (74 por ciento) y en las enfermeras (68 por ciento) que por su vida muy agitada, sociable, puede influir en episodios de estrés. Incluso existe presencia de neuroticismo, psicoticismo que pueden ser manifestaciones también de estrés.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio, la muestra total tomada para la investigación del síndrome del Burnout fue de 30 sujetos del Hospital de niños y adolescentes Dr. Roberto Gilbert. Muestra distribuida en dos grupos, 15 MÉDICOS (edad promedio 49 años) Y 15 licenciadas en ENFERMERÍA (edad promedio 40 años).

La presente discusión se lo hace de forma simultánea, es decir, interpretamos el cuadro de los médicos y al mismo tiempo el cuadro de las enfermeras, para determinar qué grupo es más propenso o inclinado a contraer el síndrome de burnout, si existen variables únicas o distintas en los dos grupos que lo lleven a experimentar cualquier malestar psicológico.

Entre los factores sociodemográficos y laboral que se encontraron en nuestra investigación y que pueden influir más en la experimentación del burnout tenemos al género, lugar donde viven, la etnia, el doble trabajo y sobre todo el atender paciente con riesgos de muerte.

En cuanto al **género**, la mayor participación de los 30 sujetos fue parte femenina, 26 en total. El ser mujer puede tener una incidencia grande en el desarrollo de un malestar psicológico de tipo emocional, ya que por lo general ellas tienen doble papel que cumplir en rol familiar y el laboral. María Jesús Albar Marín y otros (2004), página 26, manifiesta que las mujeres son las más vulnerables por la doble carga que tienen el trabajo y la tarea familiar.

La muestra fue realizada en la **zona urbana** y todos viven en ella. Zona con características costeña en donde todos los sujetos están envueltos en agitaciones como tráfico, ruidos, inseguridad, eventos sociales, gastos económicos, que para algunos puede convertirse en elementos estresores según el tipo de personalidad que lo caracterice. Y tomando del modelo de los cinco grandes rasgos de Paúl Costa y Robert McCrae (1997) sobre todo el tipo de personalidad extrovertida, que se caracteriza por participar en muchos eventos sociales y esto se maneja mucho en la zona urbana.

El tener **doble trabajo**, como lo muestran los resultados, 3 médicos y 1 enfermería, puede ser una probabilidad de que se origine cierto grado de estrés, debido al

desplazamiento de un lugar a otro y como la muestra es de una zona urbana, a esto se le suma el tráfico vehicular (la hora pico), más el aumento de pacientes, la carga horaria y las características propias de cada institución, hacen que algunos sujetos de esta población, estén inclinado a un cierto grado de estrés. Pues el exceso de trabajo lleva a un agotamiento emocional de índole como aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, desorientación, incapacidad para la concentración y tristeza (María Alonso, 2008, página 22).

Pero sobre todo el trabajar con **pacientes con riesgo de muerte**, como lo demuestran las tablas 13 y 14 respectivamente, existe 1 médico y 10 enfermeras que están bajo esta situación. Son propiamente estos sujetos muy propensos al burnout como lo señala la propia historia del origen del este fenómeno, que por los años 74 Herbert F. y Cristina Maslach, quienes propiamente iniciaron los estudios en los profesionales de servicio público y privado. Y sobre todo porque las poblaciones más propensas al burnout se dan en el campo de la emergencia o con enfermos terminales, en donde existe mayor riesgo de muerte (Grau Armand y otros, 2007, página 216).

En cuantos a otros datos aparecidos dentro de estas mismas variables, pero no menos importantes para nuestra discusión, consta en el **estado civil** 8 solteros y 11 casados. En ciertos casos pueden ser protagonistas de un malestar tipo emocional el hecho de estar soltero que los que están casados o conviven con parejas estables. Incluso el tener hijos puede ser determinante en la resistencia del síndrome (María Jesús Albar Marín y otros, 2004, página 26).

Sin embargo, para otros investigadores el estar casados reportan porcentajes mayores de Burnout. Al respecto Moreno (et al, 1996), describen que las personas solteras tienen mayor riesgo de presentar al menos cansancio emocional. Por otro lado Hernández (et al, 2006), menciona no encontrar asociación alguna entre ser casado o no. Con esto se aclara que el estado civil puede influir en ciertos malestares como tampoco no hacerlo, y esto en gran medida depende del tipo de personalidad que tenga un sujeto para saber manejar las situaciones que se le presente.

El **salario** que gana un profesional, como los **recursos** que existan en la institución, la misma **valoración** recibida tanto por los pacientes y la misma institución sanitaria, pueden convertirse en factores de satisfacción laboral, apoyos sociales y estructurales que evitan caer en estrés laboral, malos comentarios y tener excelente relación de

compañerismos. En nuestra población total investigada existen diferencias de salarios entre los mismos profesionales, esto conlleva a que algunos estén totalmente y otros medianamente satisfechos. Incluso también sienten que no son valorados todos por igual por la misma institución. Esto puede derivar en situaciones conflictivas como el bajo rendimiento, ausentismo y sobre todo abandono del trabajo.

Al cambiar el comportamiento en los individuos de forma negativa, frutos de los estresores, lleva como consecuencia a un mal desenvolvimiento como superficialidad en el contacto con los demás, aumento de agresividad con sus compañeros de trabajo y la relación con sus clientes, evitación de tareas estresantes y comunicaciones deficientes (María Alonso, 2008, página 21).

Estos tres últimos elementos estarían actuando como antecedentes de estrés en una persona no satisfecha totalmente en comparación con el bajo apoyo por los directivos y compañeros y malas relaciones de compañerismo como lo indica Montero Marín (2008, página 42).

Resulta también que 19 sujetos de la muestra total están **totalmente satisfechos** con su labor que realiza ocasionando realización personal alta. No así 9 sujetos que se ubican en un nivel bastante satisfecho. Pero lo que nos puede interesar en nuestro trabajo investigativo que 2 sujetos se sienten poco satisfecho con su labor. Esto refleja que los sujetos que no son bien remunerados, no se sienten valorados por sus compañeros, por sus pacientes y por la misma institución, puede ser causa probable de bajos niveles de realización y por consecuencia experimentar niveles de burnout.

Entre las **causas** de los permisos solicitados por las enfermeras, 3 de ellas lo hicieron por problemas de salud y otras 3 por situaciones familiares. Razón por la cual solo me refiero a este grupo por encontrar estos datos como fundamentales para relacionarlas con cierto grado o nivel del síndrome de burnout. Porque si han solicitado permiso por su salud, puede que estén experimentando algún síntoma que le esté originando un desequilibrio en su salud. Pues recordemos que son las mujeres y sobre todas las enfermeras las más propensas al burnout por su interacción con la vida-muerte como ya se ha mencionado anteriormente.

En cuanto a los resultados del **MBI** se encuentran algunos niveles de **agotamiento**. Pues encontramos **niveles medios, 2 casos** en los **médicos** y **1** en **enfermería**. En la

realización personal en el grupo de **enfermería** se observa **2 sujetos** que tienen **niveles medio**. Solo en **despersonalización** los dos grupos se ubican en **niveles bajo**.

Pero tomando las características propias o los tres componentes del burnout que nos indica Maslach y Jackson, no existe propiamente el mencionado síndrome según los resultados arrojado en la muestra (médicos-enfermeras) tomada del hospital “Roberto Gilbert”. ¿Por qué no hay existencia del burnout? Esto se debe porque no se cumplen los requisitos en ningún sujeto de la muestra investigada. Porque para afirmar que una persona tenga el síndrome burnout o esté “quemada”, debe obtener en su estado una puntuación de 3, 3, 0, es decir, **alto**, o sea 3, tanto en el **agotamiento emocional** y en **despersonalización** y, **bajo**, o sea 0, en **realización personal**.

De todas maneras, aunque no se dio el síndrome de burnout en nuestra población, sin embargo podemos resaltar que el hecho de haber obtenido niveles medio de **agotamiento emocional** en **3 sujetos** (2 en médicos y 1 en enfermería) y niveles medio en **2 sujetos** en realización personal en el grupo de enfermería, estos resultados señalan que estos sujetos al manifestar ciertos grados de agotamiento emocional y baja realización personal muestren hacia los demás compañeros cierta carencia de energía, de recursos emocionales como sensación de cansancio y descontento en su progreso laboral (Tirso Hernández y otros, 2007, página 20).

Esta tendencia además pueden reflejar conductas de irritabilidad, cierto grado de agresividad, baja motivación, insatisfacción en sus labores y tendencia a una evaluación negativa de sí mismo (Tirso Hernández y otros, 2007, página 52-53). Precisamente, analizando las variables sociodemográficas y laboral de los 30 sujetos de forma general, con estas característica que ofrece Tirso Hernández (2007), algunos médicos y enfermeras han manifestado ciertas insatisfacciones en su labor.

En cuanto al estado de la **salud** se trata de estudiar si existen en los médicos y enfermeras casos psicosomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión que de una manera u otra estén influyendo en su salud.

Según la Organización Mundial de la salud (OMS), **la salud sería “Un estado completo de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad”**. Y además 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

En los resultados se muestra que en los médicos existe 1 caso y en las enfermeras 3 casos **psicosomáticos**. O sea **4** en total, En cambio se dan **5** casos de **ansiedad**, de los cuales 2 corresponde a los médicos y 3 a las enfermeras. De **depresión** cada grupo tiene 1 caso, en total se dan **2** casos. En cambio de **disfunción social** no se dan casos (**0**) en ningún grupo.

De este análisis se puede afirmar que es el grupo de enfermería que experimenta más casos en lo concerniente a lo psicosomático, ansiedad y depresión, pues son **siete** sujetos que lo tienen. En cambio en el grupo de los médicos existen **4** sujetos que lo experimentan según datos arrojados por el GHQ-28 que muestran como casos probables.

Si comparamos estos resultados con el análisis de otras investigaciones (M.I. Ríos Riqueza, 2008, página 30) existe una relación significativa entre el síndrome de estar quemado por el trabajo y la falta de salud o bienestar. Razón por la cual si los individuos sienten algún malestar psíquico, por consiguiente han de tener mayor incidencia de los síntomas somáticos de origen psicológico como la ansiedad.

Por ello, se puede deducir el papel relevante que toman las emociones en el contexto laboral, como variable a tener en cuenta en el desarrollo del síndrome de estar quemado por el trabajo y sus potenciales consecuencias sobre la salud o bienestar de los profesionales sanitarios, como lo indican las investigaciones realizada por M.I. Ríos Riqueza, 2008, página 30.

Estos datos confirman que el personal de enfermería es más proclive al burnout por dos razones. **Primero** porque las mujeres serían las más vulnerables por la doble carga de trabajo que tienen como es el trabajo y la tarea familiar (María Jesús Albar Marín, 2004, página 24) y según estadísticas entre el 55 y 65 por ciento las mujeres sufren más de los síntomas somáticos como la ansiedad (David Barlow, 2001, página 27) Y la **segunda** razón es por su cercanía al riesgo de muerte de sus pacientes. Estos factores demuestran que existe una relación directa o indirecta entre lo que experimenta un profesional de forma negativa en su vida personal y familiar con su

campo de trabajo. Porque al experimentar factores como la soledad o sobre carga de trabajo, trae como consecuencias ansiedad, dolores de cabeza y la alteración del sueño, entre otros síntomas.

Dentro del entorno que experimenta un individuo como ayuda con quien contar para superar ciertos momentos estresantes está el apoyo social **(MOS)**. Este apoyo es muy valioso y depende del sujeto que lo percibe o no dentro de su ambiente laboral, familiar o amistad. Cuando el sujeto percibe este apoyo social o redes sociales de forma positiva, están colaborando para que pueda prevenir cualquier situación estresante.

En nuestro trabajo investigativo los médicos y las enfermeras, muestran un mayor porcentaje en lo que corresponde al amor y cariño recibido, seguido del apoyo instrumental, de las redes sociales y del apoyo emocional como los señalan las tablas números 40 (médicos) y 41 (enfermeras).

Pero cuando los resultados están por debajo de lo normal (50 hacia abajo), es decir, con puntaje bajo, significa que no sienten o no buscan ayuda en los grupos de apoyo. Y cuando se dan estos puntajes bajos los riesgos de salud son mayores entre las personas solitarias, que a menudo experimentan mayor estrés, duermen menos y cometen suicidios con más frecuencia como lo menciona Cacioppo y colaboradores (2003).

Incluso si comparamos con quienes tienen pocos vínculos sociales, los que tienen relaciones cercanas con amigos, familia u otros miembros de organizaciones cercanas religiosas o de la comunidad tienen menos probabilidad de morir en forma prematura. (David G. Myers, 2005, página 34).

En cuanto a la importancia del apoyo social que incide o no en el apareamiento de estresores, y refiriéndome a lo investigativo por Carolina Aranda Beltrán, Ma. Guadalupe Aldrete Rodríguez y otros (2010, página 35), se sabe que cuando el individuo recibe y percibe un adecuado apoyo por parte de su red, independientemente de que este sea técnico, emocional, económico, moral, etc., llega a ser tan benéfico que puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo e incrementar la autoestima, mejorar el estado de salud y bienestar y por lo tanto la calidad de vida.

El apoyo social hace referencia a la relaciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo. Entre las acciones que pueden brindar los distintos grupos de apoyo social están desde demostrar afecto e interés hasta casarse, por la seguridad y confianza que se otorgan mutuamente. Esto es debido a que el apoyo social actúa como un amortiguador de los agentes estresores y reduce la relación entre los diferentes agentes estresantes y los indicadores de la salud mental y física como la ansiedad, depresión e irritación (Cf. Carolina Aranda Beltrán, 2010, y otros).

En definitiva, el apoyo social es una necesidad imprescindible y fundamental en la salud y bienestar de los individuos, sin importar su género y su profesión.

Es fundamental resaltar el tipo o tipos de cómo afrontan los problemas los profesionales de la salud, tanto médicos y enfermeras (**BRIEF-COPE**). Pues el modo de afrontarlo deriva también en no caer en estrés, y de esta manera ayuda a mantener una salud mental adecuada, de hacer consistente nuestra personalidad, de tener más resiliencia en nuestra adaptación personal y social y, sobre todo excelentes relaciones en el trabajo.

Y como el afrontamiento son todos los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que nos sirven para manejar el estrés psicológico, según Morris-Maisto (2005), y es el modo de afrontar a los problemas deriva también en no caer en estrés y llevar una vida más sana, es decir, con una mejor personalidad, ya que el afrontamiento, ayuda a cambiar las situaciones estresantes producto de las tensiones laborales

Así tenemos, que existen ciertas características que sobresalen en este apartado y entre los modos de afrontar los problemas los profesionales están el afrontamiento positivo, replanteamiento positivo, planificación, aceptación y religión que son formas de regular las consecuencias negativas y por ende obtener un mejor desenvolvimiento y satisfacción laboral. Esto se ratifica con el trabajo de Consuelo Morán Astorga (2008, página 32) que en su introducción manifiesta, que basado en sus resultados, los modos de afrontamientos funcionales como la 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, uso de sustancias, se relacionan con baja satisfacción en el trabajo y mayor burnout. Por lo tanto, con esta forma de afrontar los problemas, ya sea aceptándolo y buscando solución a los diferentes tipos de problemas, el profesional siente satisfacción por su

trabajo, Y un trabajador satisfecho con su labor experimenta sentimientos de bienestar, placer o felicidad. En cambio, las personas menos satisfechas están más quemadas en el trabajo y tienen una percepción de peor salud en el sentido de sentirse menos autónomas y no útiles en la vida. (Consuelo Morán, 20008, página 33).

De esto se deriva que ciertos sujetos utilizan actividades distintas para evitar reducir la fuente de estrés. Y es muy interesante que algunos sujetos tomen estos momentos difíciles como oportunidad de crecer como persona y profesionalmente. Incluso planifican pasos a seguir para realizar afrontamiento positivo.

Finalmente, la tendencia a expresar síntomas del síndrome de burnout depende en gran medida del tipo de personalidad que maneja el individuo. Pues según Paúl M. Muchinsky (2005) existen distintos tipos de personalidad como el A y B por ejemplo. Y cada tipo tiene sus características que lo hacen ser personas propensas o no del estrés o burnout.

Así tenemos que, la personalidad de tipo A tienen más tendencia a contraer el burnout que el tipo de personalidad B. Esto es debido porque el tipo A son personas que le gustan la competitividad, necesidad de logro y muy pocos se controlan cuando son estimulados en el trabajo. En cambio, el tipo B, son sujetos que realizan las cosas con tranquilidad sin sentirse presionados por el afán de logro. A esto se le suma que las poblaciones más propensas del burnout son individuos con una alta autoexigencia o con necesidad de excelencia y perfección según estudios realizados por Marisa Salanova y Susana Llorens (2008).

En los resultados arrojados en nuestro trabajo por medio del **EPQR-A** se puede apreciar como primera característica (médicos-enfermeras) que hay más sujetos con **extroversión** y que por su vida agitada pueden llevar a derivar en un estrés por la cantidad de energía que derrocha en su comportamiento, eventos sociales, en ayudar a los demás y poco a sí mismo. Una segunda característica de este punto es la tendencia de un cierto **neuroticismo** en algunos profesionales que hacen que lleven una vida ansiosa, preocupada que también lleve al estrés. Incluso la preocupación como las emociones negativas, hacen que un ser humano pueda experimentar estrés porque al estar tenso y sentirse ansioso por terminar rápido la jornada laboral, crean situaciones no muy beneficiosas para su salud.

Estas afirmaciones las comparo con el trabajo realizado por Myriam Useche, 2008, página 44, que tomando una muestra del personal sanitario de 222 participantes, confirman que aquellas personas que tienen factores de personalidad tipo A como la agresividad y la hostilidad, están más predispuesto a presentar el síndrome de burnout.

Entre las características de los estresores y siguiendo a Wheaton (1996) y Sandín (1999), se señala que un estresor debe implicar amenaza o demanda y sobre todo sobrepasar el límite de elasticidad alterando la integridad del organismo como lo puede hacer la extroversión. Pues la extroversión es un rasgo de la personalidad caracterizado por ser de una felicidad activa y mucha energía; y el tipo de personalidad neurótica son ansiosos e impulsivos, según lo mencionan Paul Costa en los cinco grandes rasgos mencionado anteriormente.

La no existencia del burnout se debe a que ninguno de los sujetos experimenta las tres características básicas que mencionan Maslach y Jackson, agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

Haciendo una síntesis de la discusión de los resultados obtenidos en la población total (30 sujetos) y comparando entre los dos grupos, se puede concluir que el grupo más vulnerable para contraer estrés laboral, inclinado al síndrome burnout es el grupo conformado por las enfermeras. Porque el personal es más joven y todas son mujeres. Su situación económica es baja con relación a la de los médicos, razón por la cual no están todas totalmente satisfechas.

Pero sobre todo porque una sesenta y siete por ciento labora en área donde existe riesgo de muerte, dando como resultado el fallecimiento de varios de sus pacientes. Y esto lleva como consecuencia a sufrir ciertos malestares en su salud y en la relación con sus compañeras de trabajo, como la agresividad, irritabilidad, pérdida de energía, baja motivación y sobre todo agotamiento intenso y persistente, como se ha señalado anteriormente tomando de Vinaccia y Alvaran, 2007, página, 75.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES.

Como conclusión de este trabajo de investigación, que se originó como una alternativa para contribuir a identificar la existencia del síndrome de Burnout en los treinta profesionales (médicos-enfermeras) evaluados en el Hospital Dr. Roberto Gilbert, concluyo que:

- Propiamente no existe prevalencia del síndrome del burnout en la institución sanitaria donde se realizó la investigación. Pero si ciertos niveles de agotamiento y baja realización personal que podrían desencadenar en malestares psicológicos.
- En pocos sujetos de la población total investigada, existen ciertos niveles de agotamiento y baja realización personal que hacen que influya en su comportamiento personal y profesional, como malestar en su salud y distanciamiento con sus compañeros de labores.
- Entre las características sociodemográficas y laborales que sobresalen para desencadenar en estrés laboral están la mayoría son mujeres, de zona urbana, diferencia de salarios, doble trabajo, riesgo de muerte, pacientes fallecidos, medianamente satisfecho y permisos por causas de enfermedad.
- Algunos sujetos experimentan casos de psicoticismo, ansiedad y depresión, que pueden experimentar ciertos malestares en su vida ordinaria, fruto de la constante agitación o experiencias negativas en su trabajo, que le puede traer como consecuencias dolores de cabeza, dificultades para dormir, irritabilidad y sentimientos negativos, entre otros.
- En los dos grupos la mayor parte perciben en su entorno muestra de amor y cariño, apoyo instrumental, redes sociales como medios para lidiar con los estresores. Su apoyo social es imprescindible. También existe que ciertos sujetos no buscan ayuda y prefieren vivir a su manera.
- Así mismo sobresalen entre la manera de afrontar los problemas en los dos grupos el afrontamiento activo, aceptación, religión, replantamiento positivo y planificación, que hacen más llevadera su profesión y su salud. .

- Entre los dos grupos, médicos y enfermeras, las que son más proclives a contraer un estrés laboral con inclinación al burnout, está en el grupo de enfermeras ya que la mayoría tienen doble función en su rol familiar y laboral, y sobre todo por su constante trabajo con pacientes con riesgo de muerte.
- Finalmente al comparar la investigación hecha en los treinta (30) participantes se concluye, que ni el grupo de médicos ni el de enfermería tienen las características principales (AE-DP-BP) para considerarlo que tiene el síndrome de burnout propiamente dicho, por no reunir los requisitos necesarios. Se concluye, entonces, que la realidad laboral de los investigados no crea relaciones conflictivas que puedan generar comportamientos mentales insanos, sin que ello quiera decir que no deban mejorarse algunos factores en su organización.

7.2 RECOMENDACIONES.

Recordemos que el desempeño del personal de salud requiere de unas series de actividades que necesitan forzosamente de un control mental y emocional mucho mayor que en otros servicios e incluso en otras profesiones, para un mejor desenvolvimiento en su campo laboral y familiar. Por ello, se recomienda lo siguiente:

- Es imprescindible identificar los agentes causales de este fenómeno, así como introducir medidas de prevención tales como mejorar los hábitos del trabajador, alimentación adecuada, ejercicio físico, ritmos de sueño adecuados, propiciar actividades recreativas, evitar el sedentarismo, ejercicios de relajación y de autocontrol, información y capacitación sobre los riesgos laborales y del problema en específico, organización laboral adecuada, respeto, mantener o crear una adecuada red social de apoyo, entre otras.
- Hay que seguir trabajando en la investigación de este fenómeno llamado síndrome de burnout, ya sea para identificar o prevenirlo, para el bien de toda la sociedad. Pues una sociedad con personal sano mental, física y espiritualmente, es una sociedad que avanza en calidad de vida.
- Si decimos que son los profesionales sanitarios quienes brindan atención a la población que requiere de sus servicios, y habiendo encontrado elementos de

agotamiento, despersonalización, falta de recursos y poco apoyo social, entre otros, debe llevar al Gobierno y a los directivos de las instituciones privadas, a un estudio más responsable y científico de este síndrome para el bien de los profesionales de la salud y de sus pacientes.

- Aunque este trabajo se realizó con personal sanitario, puede aplicarse también en otros campos con personal operarios de máquinas, personas que buscan la excelencia, policías e inclusive con los estudiantes, como lo señala la delimitación histórica del síndrome del burnout.
- Existen formas de prevención y tratamiento para que las instituciones públicas y privadas hagan lo posible para crear ambientes de trabajo de calidad y sanos, evitando en lo posible el riesgo de que sus trabajadores lleguen a experimentar el síndrome de burnout o el estrés laboral.
- Tener presente que toda investigación psicológica y psiquiátrica como la operación intelectual destinada a ampliar el conocimiento sobre el psiquismo humano con métodos de observación, clínicos o experimentales, que permitan comprobar los datos obtenidos mediante la evaluación o repetición hecha por investigadores diferentes, debe manejarse con absoluta seriedad y ética profesional (Omar Franca-Tarragó, Ética para psicólogos, página 85.)

8. BIBLIOGRAFÍAS/REFERENCIAS

ARTÍCULOS

1. Albar Marín María Jesús y otros. 2004, apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital, Sevilla-España.
2. Alonso Fernández María Dolores. 2008, Prevención y detección del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios, Madrid-España, Diplomada Universitaria en Enfermería de Empresa. Área de Vigilancia de la Salud.

Tecnología en Prevención, SLU – Nexgrup. Madrid, publicaciones@nexgrup.es.

3. Aranda Beltrán Carolina y otros. 2010, Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, Guadalajara-México. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(1), Derechos de copia© Universidad Libre – Seccional Cali (Colombia).
4. Aranda Beltrán Carolina y otros. 2004, apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo, psicología y salud, Veracruz-México, instituto de investigaciones psicológicas, universidad veracruzana.
5. Bresó Esteve Edgar y otros. Artículo NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición, España, Equipo de Investigación WONT Prevención Psicosocial Universitat Jaume I de Castellón.
6. Grau Armand y otros. 2007, influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español, España.
7. Hernández Gracia Tirso J. y otros. 2007, Artículo "El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia una conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición".
8. Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia* nº 112.
9. Montero Marín J. y otros. 2008, Artículo "Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de Burnout", cuaderno de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace, Grupo Aragonés de Investigación en Atención Primaria (GAIAP).
10. Morán Astorga Consuelo. 2008, Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos, Universidad de León.
11. Quiceno Japcy y Vinaccia Stefano. 2007, Burnout: "Síndrome de quemarse por

el trabajo” (SQT), Medellín, Colombia, Universidad de San Buenaventura...

12. Ríos Riskeza M. I. y otros. 2008, Artículo original, Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos, Murcia-España.
13. Salanova Marisa y Llorens Susana. 2008, Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout, España, equipo de investigación WONT prevención psicosocial, Universidad Jaume I de Castellón.
14. Useche Parada Myriam J. 2008, factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B, C, Bogotá-Colombia, Universidad Javeriana.

LIBROS

1. Barlow David-Durand Mark. 2001, Psicología anormal, segunda edición, México, Editorial Thomson-Learning.
2. Cloninger Susan C. 2003, Teorías de la personalidad, México, tercera edición, Editorial Pearson.
3. Franca-Tarragó. 2008, Ética para psicólogos, Introducción a la Psicoética, Bilbao-España, sexta edición, Editorial Desclée De Brouwer.
4. Morris-Maisto. 2005 Psicología general, México, duodécima edición, Editorial Pearson.
5. Muchinsky Paúl M. 2005, Psicología aplicada al trabajo, México, D.F, sexta edición, Editorial Thomson-Learning.
6. Myers David G. 2005, Psicología social, México, octava edición, Editorial MGH.
7. Newstrom John W. 2007, Comportamiento humano en el trabajo, México, duodécima edición, Editorial MGH.
8. Ramírez Rocío. 2012, Guía didáctica, programa de graduación, Loja-Ecuador, Editorial UTPL.

Anexo 9.1



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 ☐ Afro ecuatoriano ☐ Indígena ☐

Estado Civil Soltero ☐ Casado ☐ Viudo ☐ Divorciado o separado ☐ Unión Libre ☐

Número de Hijos: ____

Vive solo ☐ Vive con otras personas ☐

Recibe su remuneración salarial: Diaria ☐ Semanal ☐ Quincenal ☐ Mensual ☐

No recibe remuneración ☐

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD ☐ 1001-2000 USD ☐ 2001-3000 USD ☐
3001-4000 USD ☐ 4001-5000 USD ☐ 5001-6000 USD ☐

Datos Laborales

Enfermera ☐

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

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: ____

Años de experiencia profesional: ____

Tipo de trabajo: Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐

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

Tipo de contrato que posee:

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

Servicios profesionales ☐ Ninguno ☐

En cuántas instituciones trabaja: ____

Horas que trabaja Diariamente ____

Horas que trabaja Semanalmente ____

Trabaja usted en turno rotativo: SI ☐ No ☐

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐
Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo ☐ Todos los anteriores ☐

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

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

Ninguno ☐ 25 % ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75% o más ☐

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos ☐ Psiquiátricos ☐ Alteraciones renales ☐ Quirúrgicos ☐ Cardiacos ☐

Neurológicos ☐ Diabéticos ☐ Emergencias ☐ Cuidados intensivos ☐ Otros ☐

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO ☐ SI ☐ ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente ☐ Medianamente ☐ Poco ☐ Nada ☐

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ☐ ¿Cuáles? _____ ¿Cuántos días ha estado de permiso en el

último año? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 9.2

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 trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

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

ANEXO 9.3

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

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

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

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

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

ANEXO 9.4
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 9.5
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 9.6
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 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

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

ANEXO 9.7

Autorización para aplicación de los instrumentos.



**JUNTA DE BENFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN**



Oficio # 282Doc.

Enero, 06 del 2011

Mg. Silvia Vaca Gallegos
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDA TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
Presente.-

De mis consideraciones:

Por medio de la presente informo a usted que el Departamento de Docencia del Hospital Dr. Roberto Gilbert Elizalde, autoriza al **Sr. René Orlando Pico Vélez**, egresado de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para que realice la recolección de Información a 30 funcionarios de esta dependencia.

Particular que comunico a usted, para los fines pertinentes.

Atentamente

HOSPITAL DE NIÑOS
DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE

[Firma manuscrita]

Dr. Alfredo Robalino P. Docencia E INVESTIGACION

JEFE DE DOCENCIA E INVESTIGACION

cc: archivo

Maria Salto

Avenida Dr. Roberto Gilbert Y Nicasio Safadi
Teléfono 2-287310 Ext. 393 Telefax 2-296-976
Guayaquil- Ecuador

ANEXO 9.8**Certificado de la aplicación de los instrumentos**

JUNTA DE BENEFICENCIA DE GUAYAQUIL
HOSPITAL DE NIÑOS DR. ROBERTO GILBERT ELIZALDE

**CERTIFICADO**

Me permito informar que el egresado de Psicología, **RENÉ ORLANDO PICO VÉLEZ**, con cédula de identidad # 1305769265, realizó la recolección de Información a 30 Profesionales de Salud de esta Dependencia, en la Investigación de Síndrome de Burnout.

Autorizo al egreso René, hacer uso de este documento como lo estime conveniente.

Guayaquil, marzo 01 del 2012

Atentamente,

Dr. Alfredo Robalino Patiño
JEFE DE DOCENCIA

c.c.: archivo

María Saltos

Avenida Dr. Roberto Gilbert Y Nicasio Safadi
Teléfono 2-287310 Ext. 393 Telefax 2-296-976
Guayaquil- Ecuador