



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE PSICOLOGIA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, durante el año 2011-2012.”

Trabajo de fin de titulación de Psicología.

Autor:
Galarza Rodríguez, Pablo Renato

Directora del trabajo de fin de Carrera:
Ramírez Zhindón, Marina Rocío

CENTRO UNIVERSITARIO: QUITO-ECUADOR

2012

CERTIFICACIÓN

Mgs. Rocío Ramírez Zhindón
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

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

Mgs. Rocío Ramírez Zhindón
DIRECTORA DE TESIS

Loja, Diciembre del 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Pablo Renato Galarza Rodríguez, declaro ser autor del presente trabajo de fin de titulación y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....
Pablo Renato Galarza Rodríguez
1711458834

AUTORÍA

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

.....
Pablo Renato Galarza Rodríguez
1711458834

AGRADECIMIENTO:

Un agradecimiento especial a quien me ha enseñado todo lo importante en esta vida, a mi motivador, quien ha sabido brindarme mucho amor y confortarme en momentos difíciles, quien ha sabido guiarme en este arduo caminar y me ha hecho valorar lo más precioso que poseo: mi familia, mis padres y hermanos... a mi mejor amigo que me dio la vida, mi Dios.

A mi Padre, por siempre brindarme todo su amor en cada sonrisa y abrazo compartido.

A mi Madre, por ser una parte de ella y seguir en la lucha, por enseñarme lo hermoso que es vivir.

A mi Tía, por brindarme todo su inmenso amor a lo largo de toda mi vida y enseñarme a ser optimista.

A mis hermanos Diego, Santiago y Álvaro, por su paciencia y amor en cada palabra.

A Lolita, Marcela, Paola, Juan Carlos, Fanny, Karla, Eduardo, Mariana y Andrea, por ser la familia que siempre está a mi lado, por nunca dejar de creer que era posible y por darme siempre palabras de aliento.

A mis amigos, por darme la certeza de que son eternos....

A todos... esta meta, es suya.

DEDICATORIA:

A mi amada esposa María Fernanda, a mis hermosos hijos: María Emilia y Joaquín, "MI FUERZA" lo más grande que Dios me regalo, mi razón de ser, mi motivación para llegar a ser un mejor esposo, padre y ser humano en busca de la verdad; gracias a su apoyo, tiempo, dedicación, comprensión, esmero, cuidado y amor incondicional demostrados en cada meta alcanzada, por hacerme soñar que todo es posible.

Gracias por existir...

ÍNDICE:

PRELIMINARES

CARATULA	i
CERTIFICACIÓN	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO	iii
AUTORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
DEDICATORIA	vi
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	5
CAPITULO 1: CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	5
1.1. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT	5
1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	13
1.3. DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT	19
1.4. POBLACIONES PROPENSAS AL SÍNDROME DE BURNOUT	23
1.5. FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	29
1.6. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	30
1.7. CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	31
1.8. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT	35
1.9. PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT	37
1.10. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT	38
CAPITULO 2: CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	40
2.1. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES	40
2.2. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL	42
2.3. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO	46
2.4. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL	48
2.5. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD	52
4. METODOLOGÍA	57
4.1. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	57
4.2. PARTICIPANTES	58
4.3. INSTRUMENTOS	58
5. RESULTADOS OBTENIDOS	62
5.1. MEDICOS SIN BURNOUT	62
5.1.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL	62
5.1.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO MBI	74
5.1.3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	76
5.1.4. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO AFRONTAMIENTO	79
5.1.5. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL	80
5.1.6. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD	80
5.2. MEDICOS CON BURNOUT	82
5.2.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL	82

5.2.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO MBI	94
5.2.3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	96
5.2.4. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO	98
5.2.5. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL	99
5.2.6. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD	100
5.3. ENFERMERAS SIN BURNOUT	101
5.3.1. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL	101
5.3.2. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO MBI	113
5.3.3. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL	115
5.3.4. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO	117
5.3.5. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL	118
5.3.6. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD	119
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	120
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	129
7.1. CONCLUSIONES	129
7.2. RECOMENDACIONES	130
8. BIBLIOGRAFÍA	132
9. ANEXOS	134

1. RESUMEN

La investigación "Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito y los factores relacionados con este fenómeno durante el período 2011-2012", se la realizó con el objeto de presentar un esquema explicativo del burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo, haciendo mención a las dimensiones que lo componen, la sintomatología física, emocional, conductual y sus características. Para tal efecto, se estudió una muestra de 30 profesionales sanitarios, 15 médicos y 15 enfermeras, mediante la aplicación de instrumentos de medida del burnout, de forma auto administrada, con un método de estudio descriptivo, cuantitativo, exploratorio y no experimental, tales como: Cuestionario Socio demográfico y Laboral, Cuestionario de Salud Mental (GHC28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social y Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; estableciéndose la presencia del síndrome, en el 6.66% de los profesionales médicos, presentando altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y ansiedad.

2. INTRODUCCIÓN

El burnout, síndrome de desgaste profesional (SDP) o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT), es un término anglosajón (quemado, desgastado, exhausto), el mismo que fue introducido por Freudenberger a mediados de los años setenta, en el cual, el individuo experimenta agotamiento sistémico tanto físico como mental, el mismo que se caracteriza por una pérdida de interés en el trabajo diario acompañado de un sentimiento de frustración que conlleva a manifestaciones de cinismo y agresividad en su conducta, producto de no alcanzar los objetivos propuestos, siendo una patología derivada de la interacción del individuo con determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo, alcanzando altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal o síndrome de desgaste profesional (burnout), siendo importante que el individuo tome conciencia sobre las características propias de este mal, a fin de prevenirlo con el afrontamiento adecuado, puesto que al no existir un tratamiento específico para tratarlo, las terapias irán encaminadas a establecer la salud psicológica del afectado y recuperar el rendimiento laboral.

Al ser considerada como una enfermedad de carácter psicológico, el mejor tratamiento es la prevención, en el que se recurrirá al control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. Dentro de las investigaciones realizadas en Norteamérica, sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud, éstas hacen referencia al elevado número de médicos residentes en hospitales estadounidenses con niveles de desgaste profesional o burnout, que podrían ser la causa de las desatenciones observadas hacia los pacientes. Esta tasa de descuido se cifra en una actuación negligente por parte de los médicos. Diversos estudios llevados a cabo ofrecen cifras según las cuales alrededor del 75% de los médicos residentes sufre desgaste emocional, despersonalización y niveles bajos de actuación; estos niveles explicarían, por ejemplo, el hecho de «dar de alta» de forma prematura a los pacientes para, de esta manera, reducir la carga de trabajo. Más de la mitad de estos profesionales aseveran estar descontentos con su elección profesional y manifiestan entre 4 y 5 síntomas de depresión. Scientific American, citados por Annals of Internal Medicine (2002).

Por otro lado, en estudios realizados sobre el burnout a nivel de Iberoamérica, se pueden considerar los siguientes resultados: en médicos residentes de España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9 % en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre el 2,5% y 5,9%. Por profesionales en medicina, del 7,2 % en enfermería, 17% en urgencias, y 15,5% en internistas. (Grau, A, Flichtentrei, D, Suñer, R, Prats, M, y Braga, F. 2007) citados por American Journalist (2010).

En nuestro país, la necesidad de estudiar el burnout, se encuentra estrechamente relacionada con el estudio de los procesos de estrés laboral (Gil-Monte y Peiró 1997); ya que se ha considerado como un problema relacionado con el ambiente de trabajo y es mencionado en la literatura como uno de los riesgos psicosociales procedentes de la actividad laboral con influencia en la salud del trabajador, convirtiéndose en un mal común de muchos profesionales sanitarios, en el cual se ha visto con mucha preocupación el deterioro de la salud mental de los médicos y enfermeras, causando una serie de reacciones de tipo fisiológico, cognitivo y psicomotor, relacionándose con la angustia, la depresión, las inadaptaciones sociales y la somatización; razón por la cual, el objetivo del presente estudio, es el de identificar el síndrome de burnout en profesionales de la salud del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, determinar su estado de salud mental, identificar el apoyo social percibido, conocer los tipos de afrontamiento ante situaciones de estrés e identificar los rasgos de personalidad en una muestra de 30 profesionales de la salud, entre los cuales tenemos a 15 médicos y a 15 enfermeras; con un método de estudio descriptivo, cuantitativo, exploratorio y no experimental, mediante la aplicación de instrumentos de medida, tales como: Cuestionario Socio demográfico y Laboral, Cuestionario de Salud Mental (GHC28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social y Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A; para tal efecto, se procedió a aplicar dichos instrumentos de investigación de forma auto administrada, para determinar la presencia del síndrome en dichos profesionales. Las estadísticas descriptivas y el análisis de los casos se los realizó en base a los manuales de utilización de cada instrumento, los mismos que han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en la presente investigación, de donde se pudo establecer que de los 30 profesionales de la salud, 15

médicos y 15 enfermeras, 2 médicos; es decir el 6,66% presentan el síndrome, tanto en hombres como en mujeres, por igual, con un promedio de edad de 30 años, con hijos y con un promedio de antigüedad inferior a 10 años, todos ellos conviven con mas personas y laboran en el sector público a tiempo completo y con un promedio de 23 pacientes atendidos por día; percibiéndose poco valorados por los directivos de la institución, presentando altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización niveles bajos de autoestima, así como síntomas psicossomáticos y de ansiedad, en lo referente a los rasgos de personalidad presentaron rasgos de neurotismo. En consideración a lo anteriormente anotado podemos colegir que en nuestro medio, tanto hombres como mujeres son propensos a desarrollar el síndrome.

Por otro lado, es de suma importancia tomar en consideración que para la aparición del burnout, el tipo de trabajo de los profesionales, las horas laboradas, los turnos que cumplen, el número de pacientes atendidos por día, etc, son factores influyentes y desencadenantes, toda vez que, a mayor número horas de trabajo y turnos, mayor estrés y por ende mayor riesgo de presentarlo, pudiéndose establecer que en la presente investigación, los médicos con burnout, laboran en el sector público, a tiempo completo y en turnos rotativos.

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

1.1. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El objeto de la presente revisión literaria, es la de presentar una aproximación sobre la conceptualización del "burnout" o síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT), evocando primeramente las teorías del estrés y las estrategias del afrontamiento hasta la concepción del estrés laboral, dando inicio al surgimiento del burnout como "proceso".

El estrés es un desequilibrio sustancial percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias percibidas (McGrath 1970).

Se considera que una persona está en una situación estresante o bajo un estresor cuando ha de hacer frente a situaciones que conllevan demandas conductuales que le resulta difícil poner en práctica o satisfacer. Es decir depende tanto de las demandas del medio como de sus propios recursos para enfrentarse a él (Lazarus y Folkman, 1984).

Alternativamente, para precisar conceptos, se utiliza el término "respuesta de estrés" al referirse a la respuesta inespecífica del organismo a cualquier demanda, y el término de "estresor" o "situación estresante" referida al estímulo o situación que provoca una respuesta de estrés.

La respuesta de estrés es una respuesta automática del organismo a cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante la cual se prepara para hacer frente a las posibles demandas que se generan como consecuencia de la nueva situación (Labrador, 1992).

Estas respuestas favorecen la percepción de la situación y sus demandas, posibilitan la búsqueda de soluciones y la selección de conductas adecuadas para hacer frente a

las demandas de la situación, preparan al organismo para actuar de forma más rápida y vigorosa. Dado que se activan gran cantidad de recursos (incluye aumento en el nivel de activación fisiológica, cognitiva y conductual); supone un desgaste importante para el organismo. Si éste es episódico no habrá problemas, pues el organismo tiene capacidad para recuperarse, si se repiten con excesiva frecuencia, intensidad o duración, producirán la aparición de trastornos psicofisiológicos.

Varias han sido las investigaciones y teorías enfocadas en el estrés, encontrándose una fuerte relación con la patología psicósomática que afecta en gran medida la calidad de la vida y las distintas áreas de funcionamiento social, familiar, académico, laboral de las personas que lo experimentan. (Hernández, Romero, González & Rodríguez- Albuín, 1997).

En términos generales, de lo que se habla es de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual. (Sandín, 1995, 1999).

Existen cinco características definitorias de los estresores: a) El estresor debe implicar amenaza o demanda. b) El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad de organismo si sobrepasa el límite de "elasticidad" de dicho organismo. c) El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo. d) Ser consciente del daño potencial del estresor no es condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas, y e) Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por lo contrario.(Wheaton 1996 y Sandín (1999).

Por otro lado, el afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por estas situaciones.(Lazarus, 2000).

En consecuencia, el afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia

(afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí.

En los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece como resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes; y desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo. (Gil-Monte, 2006; Aranda, 2006; Calíbrese, 2006; Peinado & Garcés, 1998).

Aunque el agotamiento se confunde a menudo con el estrés, no es la misma cosa. El estrés se caracteriza por la urgencia y la ansiedad, pero el agotamiento se caracteriza por una pérdida de interés y un sentimiento de "rendirse" o el fracaso. El burnout es un trastorno reconocido en la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-10), un estándar para la clasificación de los trastornos mentales aprobados por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Si se deja sin tratamiento, el burnout puede tener a largo plazo efectos físicos, mentales y emocionales.

El estrés laboral no suele ser conceptualizado como burnout, según discriminación general en el campo de la Psicología. (Buendía & Ramos, 2001; Hombrados; 1997). De esta manera, se citan al menos diecisiete denominaciones diferentes en castellano para el fenómeno, si bien algunas de ellas presentan una gran similitud. Considerando ese grado de similitud, las denominaciones pueden ser clasificadas en tres grupos:

Un primer grupo recogería las denominaciones que toman como referencia para la denominación en castellano el término original anglosajón "burnout". En este grupo de denominaciones se habla de:

- Síndrome de quemarse por el trabajo (Gil-Monte y Peiró, 1997).
- Quemazón profesional (Aluja, 1997).
- Síndrome de estar quemado (Da Silva y colaboradores, 1999).

- Síndrome del quemado (Chacón y colaboradores, 1999).
- Síndrome de estar quemado en el trabajo (Salanova y colaboradores, 2000).
- Síndrome de quemarse en el trabajo (Guillén y Santamaría, 1999; Manassero, 2000).
- Estar quemado (Olmeda y colaboradores, 2002).

Un segundo grupo recoge aquellas denominaciones que optan por una vía alternativa a la traducción literal. Son denominaciones que se caracterizan por tomar como referencia el contenido semántico de la palabra, o el contenido de la patología, en lugar de una traducción más o menos literal del término anglosajón:

- Desgaste ocupacional (López, 1996).
- Desgaste psicológico por el trabajo (García, Sáez y Llor, 2000).
- Desgaste profesional (Arón y colaboradores, 2000).
- Agotamiento profesional (Belloch y colaboradores, 2000).
- Síndrome de cansancio profesional (Belloch y colaboradores, 2000).

Por último, un tercer grupo recogería aquellos estudios en los que se considera que el síndrome de quemarse por el trabajo es sinónimo de estrés laboral, y por tanto es posible denominarlo como:

- Estrés profesional (Aluja, 1997).
- Estrés laboral asistencial (Arranz, Torres, Cancio y Hernández, 1999).
- Estrés laboral (Fuertes et al., 1997; García et al., 1999).
- Estrés crónico laboral asistencial (Manzano, 2001).

Freudenberger (1974), citado por (Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997), empleó el concepto de burnout para referirse al estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su "Free Clinic" de Nueva York. Estos se esforzaban en sus funciones, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto, después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.

Al mero concepto de “estar quemado” se añadía algo que ya no era sólo el estrés laboral; también cuentan el significado para la persona del trabajo que realiza, su propia capacidad de generar estrategias de afrontamiento, la misión a realizar que a veces genera excesiva implicación en el trabajo y puede terminar en la deserción o la desatención a los usuarios, pero también a sí mismo (Mingote, 1998).

Freudenberger (1974) describe el burnout como una “Sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”.

Maslach y Jackson (1981), definen al burnout como “Síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”.

Brill (1984), propuso una definición de burnout, menos conocida y más precisa, “Es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente”.

Burke (1987), citado por (Ramos & Buendía, 2001), explica el burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento.

Pines y Aronson (1988), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: “Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes.”

Algunos autores han insistido en la relevancia del cansancio emocional como elemento del síndrome.

Shirom (1989), citado por (Buendía y Ramos, 2001, pág. 122; Ramos, 1999), concluye que el contenido del síndrome de burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como "una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo".

Shirom (1989) y Leiter (1991), basados en diferentes análisis y en las abundantes correlaciones encontradas entre esta dimensión y otras variables consideran que el agotamiento emocional es el verdadero núcleo del burnout.

García Izquierdo (1991), señala que el burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente": médicos, profesores, enfermeras, asistentes sociales, psiquiatras, psicólogos, policías, etc. Se hace necesario aclarar que una de las características propias del síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador.

Se ha encontrado que diferentes medidas relativas a la cantidad de trabajo están vinculadas a la aparición del burnout (Leiter, 1991).

En principio parece que la carga de trabajo, el nivel de demanda experimentado, se asocia especialmente con el cansancio emocional, mientras que estaría menos vinculada a las conductas de despersonalización y a los sentimientos de disminución en la realización personal.

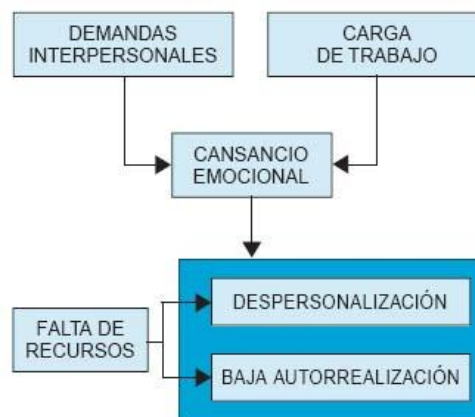
Desde esta perspectiva global, no sería tanto la existencia del estrés, la falta de desarrollo profesional, la insuficiencia de medios, u otros aspectos particulares y específicos los que generarían el burnout como síndrome, sino el conjunto de todos ellos. El burnout se origina cuando se observa que las estructuras reales, organizativas y de otro tipo condenan al fracaso la dedicación y el empeño profesional y no se vislumbran alternativas de cambio. Es entonces cuando aparece el desmoronamiento motivacional y la pérdida del contexto cognitivo justificativo que mantiene al profesional en el ejercicio vivo y activo de su profesión. La incongruencia organizacional puede considerarse como el polo opuesto de lo que en otros contextos

se ha denominado “organizaciones saludables” o “trabajo saludable” (Karasek y Theorell (1990). u “Organizaciones saludables”. (Newell,1995).

Cox, Kuk y Leiter, (1993) han propuesto que la “salubridad” de la organización está relacionada con los niveles de burnout de sus empleados. Frente al concepto de salubridad organizacional se encuentra el de empresa patógena, o como algunos autores han denominado “la organización neurótica” (Kets de vries y Miller, 1993).

Es relevante constatar que a pesar de que los modelos teóricos sobre el burnout han insistido en su génesis organizacional, los estudios aproximativos a la psicología de las organizaciones son escasos y más bien fragmentarios.

Cuadro 1.
"Modelo de proceso de SQT". Leiter, 1993



Tomado de: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación

Farber (2000), lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Sin duda alguna, el cansancio emocional es el componente más próximo a las definiciones habituales del estrés crónico. Son numerosos los trabajos que han considerado el componente de cansancio emocional como el factor más predictivo de las numerosas consecuencias negativas del burnout, de forma que a mayor intensidad del cansancio emocional mayor nivel de consecuencias.

En consecuencia el síndrome de burnout es la respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Si bien son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste, es la relación intensa con otras personas lo que contribuye a la aparición del burnout.

El agotamiento emocional, hace referencia a las sensaciones de sobre esfuerzo, disminución y pérdida de recursos emocionales, que se producen a las continuas interacciones que los profesionales deben tener con sus pacientes y entre ellos.

La despersonalización, consiste en el desarrollo de actitudes, sentimientos negativos e insensibilidad hacia las personas destinatarias de determinado servicio.

La falta de realización personal, es la tendencia a evaluarse a uno mismo y al propio trabajo de forma negativa (pérdida de confianza en la realización personal), junto a la evitación de las relaciones interpersonales y profesionales, con baja productividad e incapacidad para soportar la presión, con bajos resultados laborales.

En resumen, el síndrome de burnout es una patología derivada de la interacción del individuo con determinadas condiciones psicosociales nocivas de trabajo, producto de dicha interacción. Cuando no se realiza la evaluación y la prevención de riesgos psicosociales especialmente en entornos de servicios humanos o no se protege adecuadamente al trabajador frente a esta consecuencia, dará lugar al burnout.

Dicho síndrome psicológico está constituido por el agotamiento emocional (componente de estrés que implica una capacidad para obtener de uno mismo los suficientes recursos emocionales necesarios para afrontar el trabajo); la

despersonalización (está asociado a la evaluación de los demás en la que afloran sentimientos negativos de distanciamiento y cinismo con respecto a los clientes) y una baja realización personal (aspecto relacionado con la evaluación negativa de uno mismo y con sentimientos de insatisfacción sobre el resultado de su trabajo).

En nuestro entorno laboral, se puede establecer que el mismo es enfocado exclusivamente a la fatiga emocional que experimenta el individuo, sin tener en consideración el contexto organizacional y de la institucionalización del apoyo social, los cuales son los responsables de la aparición del burnout, puesto que en casi todos los ambientes de trabajo existen situaciones emocionalmente demandantes en la obtención de resultados en el menor tiempo y con los menores recursos posibles, en donde el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes están implicadas en la aparición del síndrome.

1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Dentro de los modelos explicativos del síndrome de burnout, podemos citar los Modelos Etiológicos en los cuales los autores se basaron para ampliar el campo de estudio del síndrome de burnout.

- **Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.**

En estos modelos las causas más importantes son 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a su vez se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto, dando gran importancia a las variables del self, como el ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc.

- **Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social**

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer el burnout.

- **Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional**

Se basan específicamente en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

- **Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural**

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

Como podemos observar a través de este esquema existen diferentes definiciones retrospectivas sobre los modelos explicativos con sus diferentes sustentos teóricos, en los cuales se pretende delimitar al síndrome del burnout como un estrés crónico laboral, relacionado con variables de tipo organizacional, personal y de contexto social, Cabe señalar que estos modelos resaltan la importancia de la motivación, la autoeficacia, y las estrategias de afrontamiento del individuo como factores positivos dentro de las fases de ayuda para prevenir el Síndrome. Por otro lado, existen factores de barrera como lo son: las discrepancias entre las demandas y los recursos, percepción de equidad dentro de la organización, ambigüedad del rol, entre otros, los mismos que varían en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social.

Cuadro 2.

ESQUEMA EXPLICATIVO DEL BOURNOUT

AÑO	AUTOR	SUSTENTO TEORICO	TERMINO
1978	Kyriacou y Sutcliffe	Las causas del burnout están directamente relacionadas, con el estrés que surge como descompensación entre la valoración y las estrategias que el profesional realiza en su jornada habitual de trabajo frente a las demandas laborales que le exigen. Los factores personales, organizacionales y laborales son determinantes e influyen durante todo el proceso. El profesor Kyriacou, determinó que había correlaciones significativas entre el burnout y síntomas psicossomáticos de la ansiedad.	Síntomas psicossomáticos de la ansiedad
1997	Gil-Monte y Peiró	Categorizan los modelos etiológicos: Teoría Socio Cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural. En estos modelos las causas más importantes son: 1) Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a su vez se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. 2) El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto, dando gran importancia a las variables del self, como el ser, la autoconfianza, auto eficacia, auto concepto.	MODELOS ETIOLÓGICOS.- Teoría Socio Cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.
1999	Byrne	Los factores generales que propician este síndrome son los conceptos de cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Las variables más destacadas son la ambigüedad y el conflicto de rol, la sobrecarga laboral, el clima de clase y la autoestima.	CANSANCIO EMOCIONAL, DESPERSONALIZACIÓN Y REALIZACIÓN PERSONAL.- Ambigüedad y el conflicto del rol, sobrecarga laboral clima y autoestima
1999	Maslach y Leiter	Modelo Multidimensional utilizan el Maslach burnout Inventory (MBI) como método de instrumento fundamental de evaluación y establecen que el "burnout" es concebido como una experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social.	Experiencia individual y crónica de estrés relacionada con el contexto social

AÑO	AUTOR	SUSTENTO TEORICO	TERMINO
Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del YO			
1983	Harrison	Explica que gran parte de los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero que en el momento de la prestación del servicio, existen factores que influyen y determinan la eficacia del profesional. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos ya que aumentará la eficacia y los sentimientos de competencia social; sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de auto eficacia disminuirá. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el síndrome de burnout. Entre los factores de ayuda y de barrera se mencionan: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, ausencia o escasez de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, etc.	COMPETENCIA SOCIAL.- Factores de ayuda, factores de barrera.
1993	Pines	Este modelo es motivacional y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome de burnout y por lo tanto el éste, solo se lo explicaría como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas, en un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente.	QUEMADO.- Se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas.
1993	Cherniss	La consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto, más la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; a una disminución de la auto eficacia percibida y, por último, al desarrollo del síndrome de burnout. Los sujetos con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar dicho síndrome, pues experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras.	AUTOEFICACIA.- Auto eficacia percibida
1993	Thompson, Page y Cooper	Este modelo destaca cuatro factores implicados en la aparición del síndrome de burnout, señalando la autoconfianza como papel fundamental en ese proceso. Los cuatro factores son: 1) Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. 2) El nivel de autoconciencia. 3) Las expectativas de éxito personal. 4) Los sentimientos de autoconfianza. Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora.	1) Las discrepancias entre las demandas los recursos 2) Nivel de autoconciencia. 3) Expectativas de éxito personal. 4) Autoconfianza

AÑO	AUTOR	SUSTENTO TEORICO	TERMINO
Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social			
1993	Buunk y Schaufeli	Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del burnout: uno de ellos se refiere a procesos de intercambio social con los pacientes, procurando especial énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.	COMPARACIÓN SOCIAL.- 1) Incertidumbre. 2) Percepción de equidad. 3) Falta de control.
1993	Hobfoll y Freedy	La presente teoría es meramente motivacional, basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el burnout. Según sus autores, para reducir los niveles del síndrome de burnout, se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. Para el efecto, se intentará modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, el burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo del burnout son las de tipo "activo". La idea básica del presente modelo es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran; ya que el burnout aparecería únicamente si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en ellos; pero no recibe lo que espera. La exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central del síndrome. En suma, esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Hatinen, M & cols, 2004).	CONSERVACIÓN DE RECURSOS .- Motivación, aumento de recursos del empleados

AÑO	AUTOR	SUSTENTO TEORICO	TERMINO
Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional			
1988	Golembiewski, Munzenrider y Carter	<p>Propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Golembiewski(1986), subraya la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol, en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal y el agotamiento emocional.</p>	<p>FASES.- Disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol.</p>
1993	Cox, Kuk y Leiter	<p>Desde un enfoque transaccional del estrés laboral, el burnout se da en las profesiones humanitarias y el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este punto intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral. Otra particularidad del burnout es lo que Cox y Cols (1993) denominan "salud de la organización". Se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc).</p>	<p>ENFOQUE TRANSACCIONAL Ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.), llevarán a la salud de la organización y del trabajador.</p>
1993	Winnubst	<p>Plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y los antecedentes del burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social; al estar estrechamente relacionados, éste factor fundamental afecta la percepción del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de burnout, al igual que Golembiewski y Cols(1983; 1986), el burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no solo a aquellos de áreas de salud. Otros autores relacionan al burnout con la teoría de la Acción, definiéndolo en términos de alteración de procesos de acción (Burisch,1993). Con la Teoría General del Estrés lo relacionan como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación (Hobfoll, 1993).</p>	<p>Según Winnubst la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social</p>

AÑO	AUTOR	SUSTENTO TEORICO	TERMINO
Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural			
1997	Gil-Monte y Peiró	Explica el burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc. En cuanto a la delimitación del concepto no hay una definición unificada entre estrés, fatiga o "BurnOut", Byrne, Kyriacou y Sutcliffe y Rudow destacan factores y variables personales como las más determinantes frente al modelo de Leithwood que da más importancia a las características organizacionales. El modelo multidimensional Maslach y Leiter contempla la interacción de varios tipos de factores, sin destacar de forma particular a unos más que a otros, sino que será esta interacción la que delimite cuales son las variables más importantes en un caso en concreto.	VARIABLES ORGANIZACIONAL ES.- Organización, individuo y estrategias de afrontamiento.

1.3. DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE BOURNOUT

El estrés laboral es uno de los principales problemas de salud siendo coadyuvante en la aparición del burnout o síndrome de desgaste profesional (SDP), este trastorno adaptativo crónico altera la calidad de vida de la persona, produciendo un efecto negativo en la calidad de prestación de su servicio como trabajador.

1974, se instituye como el año de estudio del síndrome de desgaste profesional (SDP), a Herbert Freudenberger como su principal promotor, registrándose un desarrollo considerable en estos poco más de treinta años, Gillespie (1980) estudió el síndrome por los altos costos que representaba tanto a nivel individual como organizacional, posteriormente Burke (1992) infiere sus aportaciones a partir del burnout psicológico en los contextos organizacionales.

Por otro lado, García Izquierdo (1991^a) señala que el burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos". Es necesario recalcar que una de las características propias de este síndrome es el "desgaste emocional" que dicha interacción va produciendo en el trabajador. En consideración de que el síndrome de burnout parte de una situación estresante, la mayoría de autores lo sitúan como sinónimo de estrés ocupacional. Maslach y Jackson (1984), precisan que el burnout es

un trastorno que afecta a muchas personas y su investigación es fundamental tratándose de un problema social antes que una cuestión teórica.

Burke, R.J. y Richardsen, A.M. (1991), muestra la complejidad del constructo pues incluye variables de orden personal, organizacional y ambiental a partir de un agente estresor: “existe un acuerdo general en que el burnout ocurre a un nivel individual, es una experiencia psicológica interna envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de distrés y discomfort”

Actualmente, se ha descrito al burnout como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir al síndrome de desgaste profesional (SDP) o burnout (Jaoul, Kovess y Mugen, 2004). Molina Linde y Avalos Martínez (2007) definen el síndrome de burnout como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes. Maslach y Leiter (2008) relacionan el burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

Como elementos diferenciadores de las diferentes definiciones, encontramos por una parte las que destacan la relación del burnout con el estrés laboral, otros que comentan la importancia de los estados disfuncionales asociados al síndrome, los que lo relacionan con una sobrecarga cognitiva para el individuo o por último quienes lo llevan al plano personalizado como crisis de auto-eficacia. Con todo esto, podríamos señalar la inadecuada adaptación al estrés laboral, por cualquiera de los aspectos comentados anteriormente, como factor inherente al desarrollo del burnout. De ahí la importancia que adquiere la descripción de los diferentes estresores laborales, de los que la presencia de unos u otros llevarán a la persona, dependiendo de factores individuales, especialmente cognitivos, y de la escasez de recursos de afrontamiento, a desarrollar el síndrome de desgaste profesional.

Del recorrido histórico anterior podríamos extraer, como conclusión, que el burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo.

Estos eventos podrán ser de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout. Es necesaria la presencia de unas “interacciones humanas” trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca. En este sentido, se conceptualiza este síndrome como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina (Arthur, 1990; Ayuso y López, 1993) y que se va “instaurando” en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome. No hay acuerdo unánime en igualar los términos burnout y estrés laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos; sin embargo, definiciones como las de Freudenberger (1974), Maslach y Jackson (1981) o Pines *et al.* (1981) parecen indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. De hecho, Singh, Goolsby y Rhoads (1994) concluían que burnout y estrés laboral son constructos claramente diferentes.

Resulta imposible obviar la influencia del estrés diario en nuestras vidas (bien sea positivo o negativo), del mismo modo es imposible hacerlo con el estrés laboral por lo que el burnout no deja de ser más que un problema adaptativo, por inadaptación, a uno o varios estresores laborales que conducen a padecer este síndrome o a desarrollar cualquier otra patología somática o psicopatológica. La inadaptación al estrés de la vida diaria puede conducirnos a una ruptura de pareja, a conflictos familiares, a depresión, etc. Si la inadaptación es al desarrollo de nuestro trabajo nos conducirá, de igual manera, a los trastornos emocionales y psicológicos derivados de las respuestas necesarias para nuestro trabajo, tales como la despersonalización, el cinismo, el agotamiento o fatiga emocional, precursores, o bien resultado, de una falta de realización personal de nuestro trabajo.

En relación a estas conclusiones podemos señalar que: existen diferencias individuales a la hora de percibir el estrés; un mismo individuo en diferentes ocasiones y ante el mismo estresor puede sentirse afectado por él o no; los recursos de afrontamiento pueden ser aprendidos y por supuesto “olvidados” o arrinconados; el individuo puede, o no, poner en práctica todos sus recursos; y, por último, la afectación de esos estresores pueden ser crónica o aguda.

En lo referente a los resultados y consecuencias que han sido detallados por diferentes autores; entre los que cabe destacar a Browning, Ryan, Greenberg y Rolniak, (2006), Firth y Britton (1989), Gil-Monte (2003), Gil-Monte *et al.* (2005), Jackson y Schuler (1983), Kahill (1988), Lewin y Sager (2007), Maslach y Jackson (1981), Maslach, Jackson y Leiter (1996), Melamed, Kushnir y Shirom (1992), Moreno y Peñacoba (1999), Moreno *et al.* (2001), Nowack y Pentkows-ki (1994), O'Brien (1998), Pines y Maslach (1978), Quatroc-chi-Tubin, Jones y Breedlove (1982), Reader, Cuthbertson y Decruyenaere (2008), Schwab, Jackson y Schuler (1986), Shirom(1989); y Parkes (2001), podemos finalizar señalando los principales síntomas que en el contexto organizacional se han propuesto:

- *Síntomas Emocionales:* Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes/pacientes, supresión de sentimientos.
- *Síntomas Cognitivos:* Pérdida de significado, pérdida de valores, desaparición de expectativas, modificación de auto-concepto, pérdida de autoestima, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción cinismo, criticismo generalizado.
- *Síntomas Conductuales:* Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, autosabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobre implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- *Síntomas Sociales:* Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.
- *Síntomas Psicosomáticos:* Cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.).

1.4. POBLACIONES PROPENSAS AL SÍNDROME DE BURNOUT

El estudio del agotamiento profesional (burnout), se encuentra relacionado con las investigaciones de (Gil-Monte y Peiró 1997), considerándolo como un problema que se encuentra directamente relacionado con el ambiente de trabajo y es mencionado como uno de los riesgos psicosociales procedentes de la actividad laboral con influencia en la salud del trabajador.

Este desgaste en altos niveles es una combinación de factores internos y externos, entre los cuales podemos mencionar: condición es extremas de actividad o largos períodos de inactividad, el no reconocimiento por su trabajo, incapacidad para poner límites con relación a tomar más de lo que realmente puede manejar, no ser consciente de las necesidades personales y afecta a aquellos profesionales que por la naturaleza de su trabajo prestan servicios al público en general, tales como: docentes, deportistas, trabajadores sociales, policías, profesionales de la salud, etc.

El estrés suele tener carácter laboral, primordialmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout.

Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome suelen ser intensas y/o duraderas, porque el burnout se conceptualiza como un proceso continuo que se manifiesta de una manera paulatina y que va interiorizando el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

Existen determinados factores que propician el burnout:

- La naturaleza de la tarea
- La variable organizacional e institucional
- La variable interpersonal (colegas, familia, amigos, redes de apoyo social)
- La variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad)

Dentro de las investigaciones realizadas, se incluye la siguiente tabla con estadísticas de estudios realizados por diversos especialistas que ofrecen información sobre la influencia del síndrome del burnout según la profesión.

Cuadro 3.

INDICIDENCIA DEL BURNOUT POR PROFESIONES

ESTUDIO	PROFESIÓN	BURN OUT
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas profesiones	45%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policías y personal sanitario	20%
Price y Spence (1994)	Policías y personal sanitario	20%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermeros/as	20-35%
Jorgesen (1992)	Estudiantes de enfermería	39%
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos/as	50%

Tomado de: Barraza et al.(2007) Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango

Del cuadro en referencia, se puede apreciar que profesiones relacionadas con el cuidado y la salud, son aquellas que presentan los mayores índices de incidencia de burnout.

- **Docentes**

Se investiga una muestra de de 300 de docentes de Gualadajara, registrados en la estadía básica del ciclo escolar 2000-2001 de la Coordinación de Planeación Educativa, aplicándose grupos de variables como: socio demográficas, agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Las edades oscilaron de los 24 a 69 años con un promedio de edad de 46 años, de los cuales el 79.7% pertenecen al sexo femenino y el 19% al masculino, el 76.7% son casado, el 18.6% solteros, 2% divorciados y el resto viudos, separados, etc.

En lo referente al agotamiento emocional el 25.9% se encuentran con un grado alto, el 37.9% se encuentra con un grado medio; el 21.6% presenta un alto índice de baja realización en el trabajo y el 28.1% un medio; en lo que respecta a la despersonalización el 56% presenta un alto grado y el 14.3% presenta un medio grado de despersonalización.

El 80% de docentes son maestras y éstas realizan un sinfín de actividades en el hogar, y fuera de éste, corriendo el riesgo de quemarse.

Por lo expuesto, se determina que dentro de género, las mujeres son más propensas a desarrollar el síndrome si no tienen un afrontamiento adecuado centrado en el problema. Aldrete R. María *et al.* (2003). Síndrome de burnout en maestros de educación básica, nivel primaria de Gualadajara).

- **Deportistas**

Los datos de diferentes trabajos empíricos de corte descriptivo apuntan a que la importancia del síndrome en deportistas es muy elevada. Jiménez, Jara y García (1995) cifraban la frecuencia del burnout en deportistas en el 6%, Garcés de Los Fayos (1999) la situaba en el 7.62%, y recientemente, Medina y García Ucha (2002) la establecen en el 10%. Gustafsson, Kenttä, Hassmén y Lundqvist (2007) encontraron en su estudio con muestra de adolescentes suecos entre 1% y 2%. Aunque poca investigación se ha llevado a cabo para establecer la veracidad de estas conclusiones, un rudimentario análisis basado en un número limitado de estudios, indican que entre el 1% y el 7% de los deportistas de elite pueden sufrir de altos niveles de la condición, mientras que un 15% puede experimentar síntomas moderados (Gould y Dieffenbach, 2002). Son datos que deben conducir, entre otros aspectos, al desarrollo de un modelo teórico que ayude a comprender el origen y desarrollo posterior de este síndrome, y que justifiquen por sí mismos el hecho de que actualmente los trabajos, en gran medida, se estén orientando a las siguientes cuestiones relacionadas con el síndrome:

1. Desarrollo de estrategias de prevención de la ocurrencia del burnout (Lemyre, Matt, Roberts, Stray-Gundersen y Treasure, 2004; McDonald, 2005).
2. Niveles motivacionales asociados a la aparición del síndrome (Cresswell y Eklund, 2005; Harlick y McKenzie, 2000; Lemyre, Roberts y Treasure, 2006).
3. Clima existente en el grupo de referencia y apoyo social general del deportista y existencia de *burnout* (Chen y Chi, 2003; Cresswell y Eklund, 2004; Raedeke y Smith, 2004).

Algunos investigadores han sugerido incluso que el burnout se ha convertido en sinónimo de deportistas (Lai y Wiggins, 2003). A través de estos nuevos estudios, la investigación del burnout deportivo se ha dirigido hacia una variedad de poblaciones incluyendo entrenadores deportivos (Kania, Meyer y Ebersole, 2009; Kassing y Pappas, 2007; Tashman, Tenenbaum y Eklund, 2009), funcionarios deportivos (O'Connor y Bennie, 2006; Schulz y Auld, 2006) y jóvenes atletas (Baker, 2003; Spray, Wang, Biddle y Chatzisarantis, 2006; Wall y Coté, 2007). La investigación se extiende a una población de atletas olímpicos (Kjormo y Halvari, 2002), y también el papel de las lesiones en el deporte (Brenner, 2007; Steffen, Pensgaard y Bahr, 2008). Una reciente tendencia en la investigación de atletas como un medio para comprender el burnout, ha implicado la utilización de la teoría de metas de logro (Chi y Chen, 2003; Harris y Smith, 2008; Wyner, 2005) y de la teoría de la autodeterminación (Cresswell y Eklund, 2005a, 2005b, 2005c; Lemyre, Treasure y Roberts, 2005). Además, la investigación ha identificado una correlación de burnout en atletas que incluye una pérdida de la motivación y el disfrute, fuentes internas y externas de presión, agotamiento físico y mental, cambios de humor, aumento de la ansiedad, sentimientos de baja realización en el deporte, y la apatía hacia la participación en su deporte (Goodger, Gorely, Lavalley y Harwood, 2007; Raedeke y Smith, 2001).

- **Profesionales de la Salud**

Los profesionales de salud se enfrentan constantemente a una tarea compleja en la que influyen diversas circunstancias (Álvarez Gallego y Fernández Ríos, 1991;

Barreto, Arranz, Barbero y Bayés, 1997; Buunk, Schaufeli e Ybema, 1994; Dean, 1998; Escribá, *et al.*, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997; González, 2002; Lim y Yuen, 1998; Parkes, 1998; Peiró, 1993; Pellín *et al.*, 1998; Quick y Tetrik, 2003; Rout, 1998; Vachon, 2000; Zapf, Seifert, Schmutte, Mertini y Holz, 2001; Zoccalli, Campollo, Caroccio, Cedro, Muscatello y Pandolfo, 1999); entre ellas podemos señalar los estresores específicos de la profesión que suponen una alta implicación emocional y los relacionados con la organización del trabajo:

- Exceso de estimulación aversiva. Constantemente se enfrentan al sufrimiento y a la muerte del paciente, así como dolor por la pérdida de un ser querido que padecen los familiares y allegados.
- Contacto continuo con enfermos que exige un cierto grado de implicación para establecer una relación de ayuda. Un control inadecuado del vínculo, por exceso (sobre implicación) o por defecto (conductas de evitación) genera problemas importantes tanto para los pacientes como para sus cuidadores.
- La frustración de no poder curar, objetivo para el que han sido entrenados.
- Proporción muy alta de enfermos a los que deben de atender.
- Escasez de formación en habilidades de control de las propias emociones, además de las de los pacientes y sus familiares.
- Horario de trabajo irregular debido a la realización de turnos.
- Conflicto de rol y ambigüedad de rol.
- Falta de cohesión en el equipo multidisciplinar.
- Burocratización e individualismo en las instituciones sanitarias.

En un estudio de una muestra de 124 “profesionales de salud” (Enfermería) a los que se les aplicó el instrumento de medida del “Síndrome de Burnout” (Maslach Burnout Inventory) de forma auto administrada. Se hizo estadística descriptiva con asociación cruzada entre variables socio demográficas con SPSS. Se obtuvo el 84.93% de respuestas frente al 15.06% de pérdidas, esta muestra permite una confianza de 90% y un error de 10%.

- **OBJETIVO GENERAL.**

- Determinar la prevalencia, factores de riesgo del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) en profesionales de Enfermería del Hospital General Pachuca a

través del análisis del agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentimiento de realización personal e identificar causas.

- **OBJETIVOS ESPECIFICOS.**

- Identificar la prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería.
- Identificar los factores de riesgo del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por el agotamiento emocional.
- Identificar los factores del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por despersonalización.
- Identificar los factores del “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) caracterizado por la disminución del sentido de realización personal.

En la investigación sobre el “Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (Burnout) en profesionales de Enfermería del Hospital General Pachuca, se pudo determinar que en la escala de valoración “Maslach Burnout Inventory” (MBI) de Maslach y Jackson los datos que se obtuvieron sobre el Síndrome de Burnout sobre la muestra de “profesionales de salud” (Enfermería) indican que el 82.25% presentan cansancio emocional en un nivel bajo, el 99.35% bajo de despersonalización, el 17.74% bajo de falta de realización personal y por el contrario, el 42.47% manifestó falta de realización personal en un nivel alto, lo cual demuestra que de manera general en esta muestra no hay manifestaciones de burnout de tipo clínico solamente de carácter social.

Adicionalmente, en una investigación realizada en médicos familiares mexicanos, con un método de estudio observacional, descriptivo-transversal, mediante muestra aleatoria con asignación proporcional de 240 profesionales aplicándoseles el *Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey* en forma autoadministrada. Las estadísticas descriptivas y el análisis inferencial se realizó con apoyo del SPSS 12.0 y Epi-info V 6.1. *Resultados:* Se logró el 97,5% de respuesta, estableciéndose una frecuencia del síndrome de agotamiento profesional en el 41,6% de los profesionales. Se obtuvieron diferencias significativas en función del sexo, grupo de edad, tener hijos, antigüedad en la institución y tipo de contratación. *Conclusiones:* El síndrome de agotamiento profesional es frecuente (41,6%) en los médicos familiares, y sus principales factores de riesgo: el ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, con 10 años o más de antigüedad

institucional y contratación de base. La afectación del agotamiento emocional se comporta como el síndrome. Se encontró una correlación negativa entre las subescalas agotamiento emocional y despersonalización y positiva entre la falta de realización personal en el trabajo con la presencia del síndrome. Es necesario establecer medidas preventivas o de intervención en los planos individual, social u organizacional para reducir la prevalencia encontrada. Castañeda A. Enrique, García Javier (2003), citados por Rev. Colomp. Psiquiat., vol 39/ No. 1/ 2010.

De lo anotado anteriormente se puede concluir que los profesionales que tienen mayor prevalencia en presentar el síndrome del burnout, es el de la salud, puesto que la interacción médico-paciente, es muy reclamante al presentar un desgaste significativo por su alta implicación emocional, relacionado con el contexto organizacional y las situaciones demandantes en la obtención de resultados por parte de los pacientes.

1.5. FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BOURNOUT

En lo concerniente a las fases y el desarrollo del burnout o síndrome de desgaste profesional (SDP) Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980), citados por Gil (2007), proponen las siguientes etapas por las cuales pasa todo individuo:

- **Fase de idealismo y entusiasmo.** El individuo posee un alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.
- **Fase de estancamiento.** Supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

- **Fase de apatía.** Es la fase central del síndrome burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay faltas al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para la última etapa de burnout, la del distanciamiento
- **Fase de distanciamiento.** La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (el sueldo, por ejemplo) que justifican la pérdida de satisfacción.

1.6. CARACTERÍSTICAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El Gobierno de Aragón, Departamento de Economía Hacienda y Empleo, en su investigación sobre la Detección de Riesgos Psicosociales en la PYME, señala que el burnout se caracteriza por ser un mecanismo para afrontar y auto protegerse frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización. Aparece un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional), afectivo (desgaste emocional y, en algunos casos, culpa) y actitudinal (cinismo, indolencia e indiferencia frente a clientes o frente a la organización) en el trabajador.

El deterioro cognitivo, consistente en la aparición de la frustración y el desencanto profesional, en una crisis de la capacidad percibida por el desempeño de la actividad profesional y en una crisis existencial. El deterioro afectivo, se caracteriza por el desgaste emocional y en algunos casos se acompaña por sentimientos de culpa. El deterioro actitudinal, se asocia con actitudes de cinismo, indolencia e indiferencia con los clientes y con la propia organización. En consecuencia, el trabajador puede vivir

“agrediendo a sí mismo” (culpa) por tratar así a los usuarios, compañeros, etc., o bien puede justificar esas actitudes negativas e ir sosteniéndose en esa situación sin generar un daño mayor a su salud, pero deteriorando la calidad de servicio notablemente.

Así, las principales consecuencias emocionales tienen que ver con la sintomatología ansioso-depresiva, con propensión a los sentimientos de culpa y con respuestas hostiles alimentadas por frecuente irritabilidad y actitudes negativas hacia la vida. Muchos estudios relacionan los estados depresivos y la constelación sintomática del síndrome. Desde el punto de vista clínico el burnout es un proceso que se manifiesta como una enfermedad incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral cuando se presenta en toda su magnitud, entre sus características generales se encuentran:

- Aparece de forma brusca.- Lo que varía es la intensidad dentro del mismo individuo. Es frecuente que sea difícil precisar hasta que punto padece el síndrome o es el propio desgaste profesional, y donde está el límite entre una cosa y la otra.
- Negación.- Se tiende a negar, ya que suele vivirse como un fracaso profesional y personal. Los compañeros son los primeros que lo notan y esto es muy importante para un diagnóstico precoz.
- Fase irreversible.-Entre el 5 y el 10% de los casos el síndrome resulta irreversible.

1.7. CAUSAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Dentro de las principales causas del síndrome del burnout, se puede establecer que los factores ambientales son elementos desencadenantes de importancia fundamental, y las variables personales actúan como facilitadoras o inhibidoras.

Desencadenantes.

Refiriéndonos a los desencadenantes podemos establecer cuatro categorías para el análisis de los estresores laborales:

1. Ambiente físico de trabajo y contenidos del puesto como fuente de estrés laboral.

2. Estrés por desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.
3. Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.
4. Fuentes extra-organizacionales de estrés laboral: relación trabajo-familia.

- **Ambiente físico y contenido del puesto.**

En lo referente a los estresores englobados en la primera categoría, podemos incluir: nivel de ruido, vibraciones y características de iluminación, temperatura y condiciones climatológicas, condiciones higiénicas, toxicidad de los elementos que se manejan, disponibilidad de espacio físico, etc.; además de las demandas estresantes del puesto como los turnos rotatorios, el trabajo nocturno, estar expuesto a riesgos y peligros o la sobrecarga laboral, junto a las generadas por los contenidos del puesto en los que se incluyen la oportunidad del sujeto para emplear las habilidades adquiridas, la variedad de tareas que debe realizar, la retroinformación sobre el desempeño o la identidad de las tareas que realiza.

- **Desempeño de roles, relaciones interpersonales y desarrollo de la carrera.**

Con relación a la segunda categoría de desencadenantes hemos de considerar que el denominado estrés de rol está integrado básicamente por dos disfunciones del rol: ambigüedad y conflicto de rol. La ambigüedad de rol es el grado de incertidumbre que el sujeto que desempeña un rol tiene respecto al mismo y puede estar producido por un déficit de información. El conflicto de rol ocurre cuando no se pueden satisfacer simultáneamente expectativas de rol contradictorias.

Dentro de este mismo apartado se incluyen también los efectos que sobre el burnout tienen las relaciones interpersonales, cualitativas o cuantitativas, que los profesionales establecen con los compañeros, supervisores, subordinados y usuarios o clientes, y el desarrollo de la carrera profesional y las posibilidades de promoción.

Álvarez y Fernández (2001), clasifican en dos categorías los distintos estudios revisados en su trabajo sobre la prevención y el tratamiento del burnout. La primera corresponde a la prevención primaria; la segunda, correspondiente a la prevención secundaria, engloba los estudios que examinan y comparan las diversas técnicas de intervención: estrategias individuales (técnicas fisiológicas, conductuales y cognitivas)

y estrategias de intervención social. Los distintos trabajos revisados han puesto de manifiesto que, para explicar la complejidad del síndrome de burnout, éste se ha de enfocar desde una perspectiva amplia, lo que a su vez nos lleva a plantear que la forma más eficaz de abordar la prevención y el tratamiento del mismo es una intervención integral que actúe en las dimensiones individual, social y organizacional. Se han propuesto el diseños de un programa de intervención psicopedagógica desde el modelo cognitivo-conductual. Su objetivo principal es equipar a los participantes con estrategias de afrontamiento que les permitan mejorar su salud, calidad de vida laboral y comodidad personal. La “sociedad de la información” ha cambiado su modelo y requiere de profesionales que se adapten a los constantes cambios tecnológicos, sociales y culturales. Los puestos de trabajos únicos ya no existen, y la formación profesional que se ha recibido no nos prepara lo suficiente ni basta para afrontar esa realidad de crisis y, a veces, envuelta en la incertidumbre que constituye el escenario educativo actual. Por ello se requiere una formación fresca y continuada que permita hacerle frente a la vida laboral, en la que sean prioritarios otros conocimientos y valores diferentes a los técnicos, para los que han sido preparados, como programas de formación que contemplen el desarrollo de competencias personales, emocionales y profesionales que serán las que faciliten la comunicación con eficacia; desempeñar el trabajo en grupos, manejar las emociones, la creatividad y la innovación, etc. En el momento actual no existen medidas paliativas ni terapéuticas efectivas para hacer frente al estrés y el burnout en los profesionales de la docencia. Los profesores con burnout no rinden adecuadamente y su presencia empeora la calidad de la enseñanza. Estas razones de peso, han movido a ofrecer, mediante un proyecto de investigación, el diseño y la implementación de programas de prevención e intervención para el estrés del docente, teniendo claro que el desarrollo de programas preventivos y de evaluación, lograrán contribuir a la prevención de disfunciones y a la promoción en salud, así como a la intervención y el seguimiento de programas de afrontamiento para mejorar las competencias personales, sociales y laborales.

- **Estresores relacionados con las nuevas tecnologías y otros aspectos organizacionales.**

Considerando los estresores relacionados con las nuevas tecnologías, cabe concluir que estas pueden facilitar o dificultar el desempeño de la tarea dependiendo de cómo el sujeto se ajuste al sistema tecnológico, y consecuentemente presentará una mayor

o menor incidencia en la aparición del síndrome de burnout. Por otro lado, entre los aspectos organizacionales que pueden incidir en el desarrollo del burnout debemos considerar, entre otros, las dimensiones estructurales de la organización (centralización, complejidad y formalización), la falta de participación en la toma de decisiones y la falta de apoyo social percibido.

- **Fuentes extra organizacionales: relación trabajo-familia.**

La relación trabajo-familia es otro factor a considerar en tanto que son dos entornos a los que el profesional se siente vinculado y con los que interacciona, por lo que pueden aparecer influencias provenientes de cualquiera de ellos que condicionen la relación con el otro. En este sentido, el propio profesional es el nexo entre ambos elementos, por tanto repercutirán las vivencias, sentimientos, actitudes y conductas que se den en estos medios, como la excesiva dedicación al trabajo, tensiones y agotamiento, frustraciones y conflictos familiares y laborales, afectos y desafectos, etc.

- **Facilitadores.**

Gil-Monte y Peiró (1997) identifica como facilitadores del burnout aquellas variables de carácter personal que tienen una función facilitadora o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el sujeto. En la medida en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral percibido y consecuentemente afectarán al desarrollo del burnout en una u otra dirección.

- **VARIABLES DE CARÁCTER DEMOGRÁFICO.**

Dentro de este grupo de variables se encuentran: el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

- **VARIABLES DE PERSONALIDAD.**

La mayoría de los investigadores entienden que el síndrome de burnout se da más en sujetos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de identificarse con los demás. Por otro lado los sujetos con un patrón tipo A, baja autoconfianza y locus de control

externo experimentan con mayor frecuencia el síndrome, mientras que los sujetos con personalidad resistente lo experimentan menos.

- **Apoyo social en el trabajo.**

La falta de apoyo social en el trabajo es una variable del contexto laboral que puede facilitar los efectos del estrés laboral sobre el burnout, tal como se ha observado en colectivos profesionales de enfermería y trabajadores sociales, sobre todo como moduladores en los sentimientos de agotamiento emocional y actitud de despersonalización.

1.8. CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que, si se mantienen en el tiempo, ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas respuestas actúan como mediadoras en la relación estresor-salud. En las consecuencias del estrés asociadas al burnout podemos diferenciar las que se derivan para el propio individuo y las que se derivan para la organización.

- **Consecuencias para el individuo**

Desde la perspectiva individual producen un deterioro de la salud de los profesionales y de sus relaciones interpersonales fuera del ámbito laboral. Según Gil-Monte y Peiró (1997) las consecuencias a nivel individual se identifican con una sintomatología que integran en cuatro grandes grupos en función de sus manifestaciones, como son: emocionales, actitudinales, conductuales y psicosomáticos.

En cuanto a las consecuencias sobre las relaciones interpersonales extralaborales, Maslach (1982) señala que las repercusiones del burnout no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario, afecta a su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos, mostrándose irritable e impaciente pudiendo derivar en conflictos con la pareja e incluso en la separación. El agotamiento emocional les impiden aislarse de la problemática laboral, cuando llegan a casa desean estar solos e incomunicados, lo que repercute en sus relaciones interpersonales. La actitud de despersonalización lleva al endurecimiento de los

sentimientos, lo que puede incidir en gran medida en la familia. En todo caso, se ha demostrado la relación significativa entre el burnout y el deterioro de las relaciones familiares. Los sujetos con menos satisfacción matrimonial expresaban más sentimientos de estar quemados por el trabajo.

- **Consecuencias para la organización**

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

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

En todo caso, existe una relación directa entre burnout y mayor número de errores en el trabajo, conductas más deshumanizadas, recriminaciones y niveles de compromiso-organización bajos.

Sus consecuencias van a ir más allá de la propia organización y van a repercutir de manera directa sobre el conjunto de la sociedad. Otro aspecto a considerar es la instauración de culturas organizacionales que perpetúen las actitudes y conductas que provocan el burnout, mediante el aprendizaje por modelado.

1.9. PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Entendiendo que el tratamiento óptimo del burnout, está enfocado a la prevención, es necesario un proceso organizacional que permita la correcta utilización de herramientas como estrategias de prevención.

En lo concerniente a la prevención del síndrome de desgaste profesional o burnout, podemos señalar los más importantes en lo relativo a aspectos individuales y organizacionales:

- Proceso personal de adaptación de expectativas a la realidad cotidiana.
- Formación en emociones.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- Tiempo adecuado por paciente: 10 minutos de media como mínimo.
- Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.
- Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral.
- Coordinación con la especializada, espacios comunes, objetivos compartidos.
- Diálogo efectivo con las gerencias.
- Propiciar actividades externas al trabajo.
- Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares.
- Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales.
- Buscar tiempo y espacio para el juego y la recreación.
- Gozar de vacaciones anuales por lo menos 15 días por año.
- Desarrollar actividad física.

Al nivel individual, se recomienda la realización de ejercicio constante, técnicas de relajación, participación activa en grupos de ayuda etc.. por otro lado, el ofrecer programas de motivación, manejo del estrés laboral, desarrollo personal etc, por parte de las organizaciones, así como la rotación del personal entre áreas afines, coadyuvaran a la prevención del síndrome.

1.10. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

La principal dificultad para el tratamiento del burnout es la resistencia de los profesionales para admitir sus problemas emocionales y adoptar el rol del paciente.

En la actualidad el burnout es considerado como una enfermedad profesional, siendo una responsabilidad compartida e institucional, la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del profesional en sus labores diarias.

Los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son, las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Ambas, por su complejidad, precisan del psiquiatra y psicólogo.

Por lo mencionado anteriormente, el planteamiento de la prevención y manejo del burnout lo vamos a realizar desde una doble perspectiva:

- A NIVEL INDIVIDUAL
- A NIVEL DE ORGANIZACIÓN-EMPRESA

INDIVIDUOS - Cómo detectar y tratar el Burnout:

- Darse cuenta a tiempo.
- Pedir ayuda.
- Flexibilidad ante los cambios
- Equilibrio en la vida personal, profesional, incluyendo nuestros "Seres": Mental: consciente, básico.
- Asertividad
- Auto-relajación
- Metas y objetivos mensurables y posibles de cumplir.
- Diversión.
- Trabajar con creencias y paradigmas para flexibilizar nuestros pensamientos.
- Misión y Visión personal alineada con la Misión y Visión profesional (resultado: ser más felices con nuestro trabajo).
- Ejercicios prácticos y sencillos.

EMPRESAS –Qué podemos hacer:

- Claridad en roles
- Comunicación efectiva
- Clima laboral apropiado

- Reestructuraciones concientes del impacto grupal.
- Trabajar la Misión y Visión de empresa, alineada con la Misión y Visión personal.
- Organizar mejor el tiempo
- Programas de estímulo y reconocimiento
- Espacios para conversar sobre temas personales, canales de comunicación lógicamente abiertos.
- Política en cuanto a horarios de almuerzo, tabaco, viajes, horarios laborales, vestimenta, recreación, espacio físico laboral, etc.
- Ejercicios, prácticos y sencillos.

En síntesis las técnicas para afrontar adecuadamente el síndrome del burnout, radican principalmente en establecer en el individuo las diferentes formas de respuesta ante el estrés, las estrategias de afrontamiento que posee, potencializando aquellas que permitan contrarrestar al estresor, efectuando de esta manera un afrontamiento activo que permita en la persona experimentar una sensación de bienestar.

CAPÍTULO 2

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

Dentro de las variables socio demográficas y laborales muy importantes al momento de establecer las principales razones para desarrollar el síndrome tenemos: edad, sexo, estado civil, género, horario de trabajo, tiempo de servicio, salario entre otras, el tiempo de contacto con los pacientes, la especialidad de los médicos, turnos, entre otros, factores. Dichas variables interactúan de tal manera que “pueden originar una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia”. Velásquez (2003).

Por otro lado, la juventud, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y satisfacción económica, son variables protectoras de burnout. (Grau et al, 2007), en el cual se estudiaron a 11.530 profesionales de la salud y su relación con las características socio demográficas y profesionales.

- **VARIABLES DE RIESGO Y PROTECTORAS**

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo. Si bien, también algunas variables de personalidad, socio demográficas individuales o de entorno personal, pueden provocar evoluciones diferentes en el desarrollo del síndrome de estar quemado.

Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome suelen ser intensas y/o duraderas, porque el burnout se define como un proceso continuo que se manifiesta de una manera paulatina y que va interiorizando el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

Entre los factores que propician el burnout, aparecen los siguientes:

- El tipo de profesión.
- La variable organizativa.
- El diseño del puesto de trabajo.

- Las relaciones interpersonales.
- La variable individual (características del profesional como edad, sexo, experiencia, rasgos de personalidad).

En cuanto a las variables protectoras, Aguilar (1996) propone una revisión de algunos aspectos importantes si se quiere abordar el cuidado de los equipos. En primer lugar, una formación y preparación adecuada para abordar el tema específico. En segundo lugar, se plantea que un trabajo con estas características debiera ser realizado y vivido tanto desde la persona que se atiende como desde los profesionales, como un esfuerzo de equipo. En tercer lugar, un espacio en que el equipo pueda mirarse a sí mismo frente al impacto que recibe, y pueda trabajar sus propias ansiedades, temores, impotencias y confusiones, resulta imprescindible.

Por su parte, Maslach (2001) afirma respecto al burnout, que la investigación ha encontrado que los factores circunstanciales y de la organización desempeñan un papel más importante en el burnout que los del individuo. Además, las estrategias individuales son relativamente ineficaces en el lugar de trabajo, donde una persona tiene mucho menos control sobre los estresores que en otros aspectos de su vida.

- **Motivación y satisfacción laboral**

La motivación en el trabajo es definido como un proceso mediante el cual un trabajador, impulsado por fuerzas internas o que actúan sobre él, inicia, dirige y mantiene una conducta orientada a alcanzar determinados incentivos que le permiten la satisfacción de sus necesidades, mientras simultáneamente intenta alcanzar las metas de la organización. En el presente estudio se la relaciona estrechamente con la satisfacción laboral, el cual es un indicador de calidad del servicio y desarrollo organizacional; definiéndose como la sensación que el individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad y el acceso al objeto o fines que la reducen, aspecto importante para evitar el desgaste del profesional o el apareamiento del síndrome de burnout.

- **Investigaciones realizadas**

Los estudios realizados en más de una década muestran que el Síndrome de Burnout afecta, al menos, al 30% de la población en forma agravada; esta cifra sube al 50% en

estadios más leves. Cada vez son más las consultas psicológicas, psiquiátricas y en la clínica médica general, de pacientes con los síntomas descritos anteriormente.

Lo más peligroso es que el síndrome de burnout se va manifestando de forma progresiva, una visión del porqué del burnout puede estar relacionada con la cultura de la pos-modernidad, donde la exigencia por lograr la excelencia laboral se transforma en el motor que rige nuestras vidas. Cada vez se nos exige mayor formación y dedicación que nos asegure, de alguna forma, poder “seguir en carrera”. Y también la separación, la pérdida del trabajo, la falta de oportunidades laborales, en definitiva, la exclusión, es otro de los motivos determinantes de su aparición. La pregunta que no podemos dejar de plantearnos es: ¿por qué no todas las personas que cumplen igual cantidad de tareas, presionadas del mismo modo, llegan a desarrollar el síndrome de burnout? ¿Por qué algunas enferman y otras no? Sin dudas, se trata de una enfermedad ligada a una sociedad exigente y llena de presiones; aunque hay que considerar como fundamental que el caudal de recursos internos que tiene cada ser humano, será el determinante para permitir que se enferme, o atravesar las circunstancias sin consecuencias límite que comprometan su salud.

La presente investigación permitió establecer el género, estado civil, el promedio de edad, la especialidad, los turnos que realiza, número horas que labora diariamente, la satisfacción del trabajo, aspectos que nos brindan un análisis sustentable para determinar las posibles causas del apareamiento del burnout en los profesionales de la salud del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito.

2.2. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL.

Definiciones de salud:

En consideración que el burnout es un síndrome crónico de desgaste ocupacional, que afecta los trabajadores de una empresa, se puede definir a la salud ocupacional, como el conjunto de medidas y acciones dirigidas a preservar, mejorar y reparar la salud de las personas en su vida de trabajo individual y colectiva, las disposiciones sobre salud ocupacional se deben aplicar en todo lugar y clase de trabajo con el fin de promover y proteger la salud de las personas.

- **Síntomas somáticos:**

Los síntomas que presenta el trabajador son:

Somáticos y Psicosomáticos.- Cansancio hasta el agotamiento y malestar general (que, a su vez, median en deterioro de la calidad de vida), ansiedad, disfunción social, estrés, fatiga crónica y alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo (cardíorespiratorio, digestivo, reproductor, nervioso, etc....) con síntomas como dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, molestias y dolores musculares, hipertensión, crisis de asma, etc....

Conductuales.- Conductas despersonalizadas en la relación con el cliente, absentismo laboral, desarrollo de conductas de exceso como abuso barbitúricos, estimulantes y otros tipos de sustancias (café, tabaco, alcohol, etc.), cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas hiperactivas y agresivas.

Emocionales.- Predomina el agotamiento emocional, síntomas disfóricos, distanciamiento afectivo como forma de autoprotección, ansiedad, sentimientos de culpabilidad, impaciencia e irritabilidad, baja tolerancia a la frustración, sentimiento de soledad, sentimiento de alienación, sentimientos de impotencia, desorientación, aburrimiento, vivencias de baja realización personal, sentimientos depresivos.

Actitudinales.- Actitudes de desconfianza, apatía, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, hostilidad, suspicacia y poca verbalización en las interacciones.

Sociales y de relaciones interpersonales.- Actitudes negativas hacia la vida en general, disminuye la calidad de vida personal, aumento de los problemas de pareja, familiares y en la red social extra laboral del sujeto (debido a que las interacciones son hostiles, la comunicación es deficiente, no se verbaliza, se tiende al aislamiento, etc.

Ansiedad e insomnio.- La ansiedad es un estado emocional caracterizado un temor exagerado y una incapacidad para manejar algunas situaciones. Se puede llegar a

manifestar con ataques de pánico (terror irracional y abrumador) o episodios de miedo intenso, los cuales son frecuentes y repentinos. Este padecimiento puede reducir de manera considerable la productividad en el trabajo diario y calidad de vida de un individuo. Las perturbaciones del sueño son uno de los síntomas más comunes del síndrome de desgaste profesional o burnout y son difíciles de controlar. La más común de estas perturbaciones es el insomnio inducido por la tensión desatando el estrés.

Disfunción social en la actividad diaria.- Los individuos están inmersos en instituciones demasiado demandantes carentes de atención a la salud mental de su propio personal, pudiendo así desarrollar síntomas psicósomáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social en la actividad diaria y depresión que son características que identifican el estado de salud mental del sujeto.

La disfunción social en las actividades diarias es un tema muy importante en lo referente al síndrome de desgaste profesional o burnout, puesto que el sujeto experimenta sentimientos nocivos tales como: incapacidad en toma de decisiones para el desarrollo del trabajo, sentimientos de incompetencia, inseguridad etc. factores determinantes, que afectan de manera significativa la productividad del individuo en el trabajo, tomando en consideración que el burnout es un trastorno es un tratamiento psicológico silencioso que se va manifestando en forma progresiva.

Tipos de depresión.-La depresión severa se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, dormir, comer y disfrutar de actividades que antes eran placenteras. Un episodio de depresión muy incapacitante puede ocurrir sólo una vez en la vida, pero por lo general ocurre varias veces en el curso de la vida.

La distimia, un tipo de depresión menos grave, incluye síntomas crónicos (a largo plazo) que no incapacitan tanto, pero sin embargo interfieren en el funcionamiento y el bienestar de la persona. Muchas personas con distimia también pueden presentar episodios depresivos severos en algún momento de su vida.

Otro tipo de depresión es el trastorno bipolar, llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).

En lo referente al burnout, la depresión se caracteriza por presentar los siguientes síntomas: desgaste, confunde cansancio físico con desgaste intelectual, síntomas físicos permanentes, hipocondría, no puede re-enfocarse en su vida normal, búsqueda de dejar de trabajar, sentirse en 'quiebra vital', desilusión, posibilidad de suicidio.

- **Investigaciones realizadas**

El trabajo, siempre ha ocupado un papel fundamental en la vida personal y en la estructura social, ya que constituye la principal fuente de ingresos económicos para la mayor parte de las personas, al mismo tiempo que permite satisfacer necesidades psicosociales como la autodeterminación, el prestigio, los contactos sociales y el desarrollo personal, pero al mismo tiempo puede ser generador de efectos psicológicos negativos.

De ahí que surgen dos interrogantes ¿Qué elementos influyen para que el trabajo sea positivo y refleje entusiasmo, salud física y psicológica en el trabajador? ¿Qué sucede en el lugar de trabajo para que éste refiera un estado de fatiga, monotonía, estrés, o bien un agotamiento emocional y físico, conocido como el síndrome de burnout con afectaciones en la salud mental y/o física del profesional de la salud?

La respuesta a ambas interrogantes la han intentado dar diversos teóricos e investigadores quienes han buscado la existencia de diferentes factores psicosociales que, aislados o en conjunto, son variables con efectos negativos o positivos, tales, como la mala utilización de habilidades, la sobrecarga de trabajo, la falta de control, el conflicto de la autoridad, la desigualdad de salario, la falta de seguridad en el trabajo, los problemas de las relaciones laborales, el trabajo por turnos, entre otros (Franco, González, Saraz ,2007); razón por la cual, cada día aumenta el interés por parte de las organizaciones para fomentar la prevención del Síndrome de Desgaste Profesional o burnout y de esta manera potenciar la salud tanto física como mental de cada empresa.

En la presente investigación permitió establecer el grado de ansiedad, depresión, así como posibles síntomas psicosomáticos y disfunción social, factores que permiten concluir el estado de salud mental de los profesionales entrevistados.

2.3. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO.

- **Definición de afrontamiento**

El afrontamiento es entendido como los esfuerzos cognoscitivos y conductuales que se desarrollan para manejar el estrés y reducir las tensiones causadas por las situaciones adversivas, tanto internas como externas, que las personas enfrentan en el curso de la vida diaria (Lazarus,2000). El afrontamiento tiene dos funciones principales: manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciar o interferir entre sí.

- **Teorías de afrontamiento**

El “afrontamiento” es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el Burnout. Dentro de las teorías de afrontamiento tenemos: el modelo animal, el cual lo define como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar, por otro lado, se menciona el modelo psicoanalítico de la psicología del ego, el que lo define 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 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. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

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**

Las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales también presentan efectos facilitadores del burnout. Los resultados de los trabajos experimentales muestran que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, reflejan menos sentimientos de burnout que los sujetos que emplean estrategias de evitación/escape o centradas en la emoción.

- **Investigaciones realizadas**

Dentro de las investigaciones realizadas en lo concerniente al afrontamiento contra el burnout podemos citar la perspectiva integrativa (Gil monte y Peiró, 1997), en la que manifiestan que hay muchas maneras de afrontar un problema; aunque hay ciertos elementos importantes a tomar en cuenta: las discrepancias entre las demandas y recursos, la evaluación del estrés, las estrategias de afrontamiento (recursos) y las consecuencias individuales y organizacionales. Es decir, que se integran:

Variables cognitivas relacionadas con el desempeño laboral (autoeficacia, autoconfianza, resistencia al estrés)

Variables del contexto organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), el rol de los estresores derivados de las relaciones interpersonales (apoyo social en el trabajo)

Por lo expuesto, es necesario incorporar un programa a nivel organizacional en el cual el individuo experimente cambios a nivel cognitivo principalmente. Para que a partir de allí, el sujeto actúe y cambie su situación laboral. EL modelo de Gil- Monte y Peiró al igual que el modelo de la equidad, plantea la importancia de la evaluación cognitiva y percepción del sujeto en el desarrollo del síndrome del burnout y su afrontamiento. Cabe recalcar que la percepción de las relaciones interpersonales en el trabajo son mediadoras en este proceso. Estos planteamientos se concretan en el programa con diferentes estrategias: la relación de las expectativas con los objetivos, la autoimagen, y el desarrollo y seguimiento de un plan de acción para cambiar la situación laboral actual (más equidad).

Por otro lado, las estrategias que intervienen en algunas variables propuestas en el modelo teórico de Gil Monte y Peiró, desarrollan estrategias de afrontamiento al estrés y técnicas que ayudan a las relaciones sociales (técnicas de relajación, autoinstrucciones, solución de problemas, control de ira y asertividad). Estas estrategias no sólo actúan para el tratamiento, sino que también son útiles para prevenir el síndrome del burnout en un futuro.

En la investigación objeto del presente estudio, permitió establecer la efectividad de las estrategias de afrontamiento con las que cuentan los profesionales de la salud entrevistados, así como su validez con respecto a la presencia del síndrome de burnout.

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

- **Definición de apoyo social**

La teoría que concibe el apoyo social como una variable con efectos positivos potenciales frente al burnout. El apoyo social hace referencia a la red de apoyo del individuo, la que brinda ayuda a éste y satisface sus necesidades básicas, incorporando ciertas conductas relacionadas, como la demostración de afecto, ayuda, consejería, entre otras.

Sin embargo, el apoyo social debe estar marcado por la intención del individuo en buscar ayuda o no, Peeters y Cols (1997), llegando a establecerse que el apoyo social, ofrecido por 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.

- **Modelos Explicativos del Apoyo Social**

Dentro de los modelos explicativos más significativos del apoyo social podemos citar las siguientes:

1. El modelo control-demanda-apoyo social

Explica el estrés laboral en función del balance entre las demandas psicológicas del trabajo y del nivel de control sobre éstas.

El control sobre el trabajo.- Incluye las oportunidades de desarrollar habilidades propias y la autonomía que el trabajo proporciona, teniendo en cuenta dos aspectos: obtener y mejorar las capacidades suficientes para realizar las tareas y hacer un trabajo en el que se tiene la posibilidad de dedicarse a aquello que mejor se sabe hacer (trabajos creativos y variados). La autonomía se refiere a la capacidad de decisión sobre las propias tareas y sobre las de la unidad o departamento. En este sentido es también importante el control sobre las pausas y sobre el ritmo de trabajo.

Exigencias psicológicas.- Pueden ser de tipo cuantitativo: volumen de trabajo con relación al tiempo disponible para hacerlo (presión de tiempo) y las interrupciones que obligan a dejar momentáneamente las tareas y volver a ellas más tarde. Y por otro lado de tipo cualitativo: exigencias emocionales y de esconder emociones. El control en el trabajo constituye pues una dimensión potencialmente positiva de éste, pudiendo ser, su ausencia, un factor de riesgo para la salud.

Apoyo Social.- Como la tercera dimensión de este modelo, actúa con un doble efecto: por un lado, un apoyo social bajo constituye un factor de riesgo independiente, y por otro lado modifica el efecto de la alta tensión, de forma tal que el riesgo de la alta tensión aumentaría en situación de bajo apoyo social (situación frecuente en trabajos en condiciones de aislamiento social) y podría moderarse en situación de trabajo que proporcione un alto nivel de apoyo (por ejemplo, en el trabajo en equipo). El apoyo social tiene dos componentes: las relaciones sociales que el trabajo implica en términos cuantitativos, y el grado de apoyo instrumental que recibimos en el trabajo, o sea, hasta qué punto podemos contar con que compañeros y superiores nos ayuden para sacar el trabajo adelante.

El modelo define cuatro grandes grupos de ocupaciones en función de los niveles de demandas psicológicas y control: **activas** (alta demanda, alto control), **pasivas** (baja demanda, bajo control), **de baja tensión**, (baja demanda, alto control) y **de alta tensión** (alta demanda, bajo control). La situación de alta tensión es la más negativa para la salud. Por otro lado, el trabajo activo conduce a un mayor aprendizaje y al

desarrollo de un mayor rango de estrategias de afrontamiento y participación social. La figura también muestra el doble efecto del apoyo social en el trabajo, siendo la situación de trabajo más negativa para la salud la que se caracteriza por la combinación de alta tensión y apoyo social bajo.

2. El modelo esfuerzo – recompensa

Según este modelo, las experiencias más distresantes (distress o estrés negativo) son consecuencia de amenazas a la continuidad de roles sociales esenciales, de entre los que la ocupación es uno de los principales. Así, el modelo de balance entre esfuerzo - recompensa (conocido como ERI) explica el estrés laboral y sus efectos sobre la salud en función del control que las personas ejercen sobre su propio futuro o las recompensas a largo plazo. La amenaza de despido y de paro, la precariedad del empleo, los cambios no deseados en las condiciones de trabajo, la degradación de categoría, la falta de expectativas de promoción y la inconsistencia de estatus son variables importantes en este modelo, que también plantea la importancia de las estrategias personales de afrontamiento que interaccionan con el balance entre el esfuerzo invertido y las recompensas obtenidas a cambio.

Desde el punto de vista de la organización del trabajo, la interacción entre altas demandas y bajo control sobre las recompensas a largo plazo representa la situación de mayor riesgo para la salud. Las recompensas a largo plazo vendrían determinadas fundamentalmente por tres factores: **la estima** (reconocimiento, apoyo adecuado, trato justo), el **control de estatus** (estabilidad en el empleo, perspectivas de promoción, ausencia de cambios no deseados) y el **salario**.

- **Apoyo Social Percibido**

El *concepto de apoyo social percibido* se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella; pretende reconocer que los patrones relacionales surgidos desde los distintos niveles que conforman la estructura social, macro (comunidad), medio (red social) e íntimo (relaciones de confianza), contribuyen de distinta manera al bienestar de cada persona. En función de este último nivel se ha postulado que la calidad de la relación de los individuos sus fuentes de

apoyo próximas y de confianza, es considerada como el mejor predictor de ajuste psicosocial (Gracia, Herrero & Musitu, 1995).

El apoyo social permite a la persona lograr una mayor estabilidad, predictibilidad y control de sus procesos, refuerza la autoestima favoreciendo la construcción de una percepción más positiva de su ambiente, promueve el auto cuidado y el mejor uso de sus recursos personales y sociales (Barra, 2004). Diversas investigaciones han constatado la influencia que la disponibilidad y satisfacción con la red de apoyo social tiene en la percepción de la propia salud y en las conductas de salud preventivas y estilos de vida saludables (Gracia & Herrero, 2006; Musitu & Cava, 2002). Así también se ha podido establecer que la existencia de relaciones humanas positivas permiten alcanzar estados de relativo bienestar y superar acontecimientos estresantes durante las distintas etapas de la vida (Galván et al., 2006).

- **Apoyo Social Estructural**

El apoyo social estructural radica básicamente en: el tamaño de la red, número de contactos, dimensionalidad, intensidad, frecuencia de contacto, homogeneidad, densidad, reciprocidad, proximidad geográfica o extensión, y temporalidad (Aron, Nitsche & Rosenbluth, 1995; Barrón, 1996). Dentro de las funciones que desempeñan las redes sociales se encuentran: el contribuir al desarrollo de la identidad personal a través del proceso de inserción social y el apoyo social, a saber, principal función de las redes sociales (Berrios & Sanhueza, 1992; Guerrero et al., 1988).

- **Investigaciones realizadas**

En general las investigaciones realizadas han mostrado la existencia de una persistente asociación positiva entre apoyo social y salud mental. Sin embargo, la mayoría de los investigadores se ha centrado en los aspectos sociales y psicológicos del apoyo social señalando la necesidad de incluir los fundamentos sociales y estructurales del deterioro psicológico en nuestros modelos teóricos. A partir de un modelo general, se consideró el papel de varios factores sociales y estructurales (posición e integración sociales).

En torno a las influencias sociales en la salud mental, el apoyo social ha constituido uno de los factores más ampliamente estudiados. Su influencia sobre el bienestar

psicológico ha sido claramente establecida (Thoits, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Messeri, Silverstein y Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998), tanto de sus aspectos funcionales (es decir, las funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus aspectos estructurales (esto es, la composición de las redes sociales).

En la presente investigación permitió conocer de primera mano el apoyo social con el que cuenta el profesional de la salud como un mecanismo protector ante la situación que pueda desencadenar el burnout, logrando una sensación de bienestar personal y en su entorno.

2.5. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.

- **Definición de personalidad**

Configuración global psicosocial un de un individuo o persona que hace referencia a la organización dinámica del individuo.

Es el conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás. la manera en que cada ser pensante, actúa sobre situaciones diversas, nos dice algo sobre la personalidad de cada persona, en otras palabras es el modo habitual por el cual cada ser piensa, habla, siente y lleva a cabo alguna acción para satisfacer sus necesidades en su medio físico y social.

- **Tipos de personalidad**

Existen dos tipos de personalidad A y B y describen un patrón de comportamientos diferentes.

- **Personalidad tipo A**

Los individuos con personalidad tipo A, pueden describirse como personas impacientes, muy competitivos, ambiciosos, agresivos en los negocios y que les

cuesta mucho relajarse o tomar unas vacaciones. Generalmente las personas con este tipo de personalidad no les gusta relacionarse con los individuos que tienen personalidad tipo B. La personalidad tipo A impulsa a las personas a estar apresuradas todo el tiempo y generalmente son personas que trabajan largas horas y que realizan varias actividades al mismo tiempo. Se impacientan demasiado cuando alguien atrasa algún trabajo que ellos necesitan tener en cierto momento. Los individuos con este tipo de personalidad siempre están estresados y casi todo el tiempo se encuentran de mal humor.

- **Personalidad tipo B**

Los individuos de personalidad tipo B, por el contrario, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar. No son grandes triunfadores en los negocios y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando ellos buenamente se sienten con deseos de completar sus metas. Son personas apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés.

- **Personalidad mixta**

Existen también los individuos que son mixtos tienen algunas características de la personalidad tipo A y un poco de personalidad tipo B.

Meyer Friedman (1996), La personalidad y el comportamiento de las personas tipo A tiene tres características que los diferencia de las personas con personalidad tipo B, 1) Inseguridad y baja autoestima, los cuales aparentemente son la raíz de la personalidad tipo A, 2) Una impaciencia extrema que causa irritación y exasperación y 3) Una excesiva hostilidad que puede ser activarse con incidentes menores.

- **Bases de la teoría de las personalidades tipo A y B**

La personalidad tipo A puede causar enfermedades coronarias. Las personas con este tipo de personalidad tienen un mayor riesgo de padecer de enfermedades del corazón. Los psicólogos dicen que el estado mental de este tipo de personal afecta su salud física.

- **Patrones de conducta**

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos (guiones) ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas cognitivos (guiones) son organizaciones individuales e idiosincrásicas de reglas sobre la vida, las relaciones con otros y el auto concepto, que se han formado a lo largo del desarrollo.

Los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos lo activan (situaciones estresantes, nuevas fases y cambios en el desarrollo psicoevolutivo, ciertas condiciones vitales, etc.) presentando el sujeto ciertos patrones de conducta.

PATRON DE CONDUCTA PARANOIDE: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva

PATRON DE CONDUCTA ESQUIZOIDE: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica.

PATRON DE CONDUCTA HISTRIÓNICO: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación.

PATRON DE CONDUCTA NARCISISTA: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal.

PATRON DE CONDUCTA ANTISOCIAL: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta.

PATRON DE CONDUCTA LIMITE (BORDERLINE): Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.

PATRON DE CONDUCTA DE EVITACIÓN: Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima.

PATRON DE CONDUCTA DE DEPENDENCIA: Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza.

PATRON DE CONDUCTA OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD:

Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas.

- **Locus de control**

También conocido como *control interno-externo*, es un concepto que describe el hecho de que para una tarea determinada, las personas se comportan de forma muy diferente según crean que su ejecución depende de ellos mismos o no. Las personas que creen que el desarrollo de determinada tarea depende de ellos mismos tienen un *locus de control interno*, mientras que las convencidas de que el desarrollo exitoso de la tarea depende de factores externos tienen un *locus de control externo*.

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

- **Locus de control interno**

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

Los individuos con locus de control interno están más inclinados a litigar en caso de crisis interpersonal. Además, experimentan mayores satisfacciones personales que los individuos con locus de control externo y tienen una imagen de sí mismos más positiva.

- **Locus de control externo**

Un individuo con locus de control externo tendrá tendencia a atribuir a causas externas todo aquello que le suceda. Por ejemplo, un estudiante que obtenga una mala nota en un examen puede atribuir su fracaso a la mala suerte, la excesiva dificultad de la

prueba o la extrema severidad del profesor. Estas personas perciben el refuerzo como no contingente a sus acciones sino como resultado del azar, el destino, la suerte o un poder sobrenatural. Así, el locus de control externo es la percepción de que los eventos no se relacionan con la propia conducta y que por ende no pueden ser controlados, de manera que no se valora el esfuerzo ni la dedicación.

Los individuos con locus de control externo pueden mostrarse más confiados al enfrentarse a problemas graves como las enfermedades, atribuyéndolas a un factor externo y aceptando la posibilidad de sobrevivir. Un individuo con locus de control interno buscará probablemente una causa interna (que puede no existir), lo que le llevará a un estado de nerviosismo y ansiedad.

- **Investigaciones realizadas**

Los estudios realizados sobre la personalidad y el burnout, han sido determinantes en señalar que las personalidades tipo A, B y Mixtas, por sí mismas no podrían llegar a ser factores desencadenantes al síndrome de desgaste profesional o burnout; puesto que es necesario que estén acompañados de condiciones adecuadas tanto en contextos organizacionales como el diseño del puesto del trabajo, jerarquización, participación en toma de decisiones, y satisfacción laboral; como en las características personales como lo es el afrontamiento al agente estresor, y la relación con el contexto ambiental; generando simbiosis entre estos componentes, por cuanto el individuo debe ser entendido como la interacción de estos factores.

En la investigación objeto del presente estudio, permitió establecer los rasgos de personalidad que presentan los profesionales encuestados, así como las características propias de cada subescala y su relación con el burnout.

4. METODOLOGÍA

4.1. Diseño de la Investigación

La presente investigación se la realizó en profesionales de la salud del Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao (CAA), del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), la misma que tiene por objeto establecer la existencia del síndrome de burnout en dichos profesionales, de acuerdo a las siguientes subescalas:

- ✓ Agotamiento Emocional.
- ✓ Despersonalización.
- ✓ Baja realización personal.
- ✓ Salud mental.
- ✓ Estrategias de afrontamiento.
- ✓ Apoyo social.
- ✓ Rasgos de personalidad.

Posee las siguientes características:

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

El Centro de Atención Ambulatoria de Cotocollao(CAA), del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, fue creado con el propósito fundamental de prestar atención especializada y descongestionar las emergencias

médicas de sus principales hospitales; el citado centro médico atiende a sus afiliados, jubilados y pensionistas de Montepío a partir del 29 de marzo del 2011, las 24 horas del día, los 365 días del año; dotada de los últimos avances tecnológicos, así como de personal especializado en emergencias.

El Servicio de Emergencias está complementado por las especialidades de: Medicina Familiar, Medicina Preventiva, Medicina General, Geriátrica, Neumología, Fisiatría, Cardiología, Gastroenterología, Dermatología, Cirugía Vasculor, Ginecología, Oftalmología, Traumatología, Odontología, Otorrinolaringología, Cirugía General, Pediatría, Psicología, Nutrición, Enfermería, Laboratorio, Imagenología, Rehabilitación, Farmacia e Inmunización.

4.2. Participantes

La población objeto de estudio corresponde a 30 profesionales de la salud, entre ellos 15 médicos y 15 enfermeras (Licenciadas en Enfermería) que laboran en el área de Emergencias del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) del sector norte de la ciudad de Quito, administrándose los instrumentos de evaluación en grupos de hasta seis personas, en consideración de los turnos que estaban asignados.

4.3. Instrumentos

Los Instrumentos utilizados en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en la presente investigación, los cuales se detallan y que fueron aplicados en el orden que se presentan a continuación:

- **Cuestionario Socio demográfico y laboral.-** Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación, cuya finalidad es la de recolectar datos personales y laborales, pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con los pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros, que son de utilidad en la presente investigación para realizar las respectivas estadísticas.

- **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).**- Es un instrumento utilizado para detectar y medir la existencia del síndrome de burnout en el individuo. Se entiende como burnout, el resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral.
- La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora mediante 3 escalas que son:

Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en su trabajo.

Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.

Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y auto eficacia percibido por el individuo, es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

- **Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).**- El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1.970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud que consta de 28 ítems, cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud del encuestado, para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante 4 subescalas que son:

Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamientos entre otros.

Ansiedad e insomnio: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.

Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

- **La Escala Multidimensional de Evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).**- Tiene su origen en el año 1.989 entonces como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1.997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española, la cual se utiliza en la presente investigación. Es una

escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuestas del individuo ante el estrés o situaciones difíciles, estos ítems son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
 - Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor, planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
 - Auto- distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
 - Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
 - Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
 - Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
 - Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
 - Negación: Rechazar la realidad de la situación, fuente del estrés.
 - Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
 - Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
 - Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
 - Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar metas con las que el estresor interfiere.
 - Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos, para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
 - Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.
- **Cuestionario MOS de apoyo social.**- Considerando los beneficios que tienen el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional /apoyo percibido) que son:

- Apoyo emocional: Posibilidad de tener alguien que le 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 efectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

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

- **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.**- “La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales son el cognoscitivo, el conativo, el afectivo y el constitucional” (Eysenck 1981). Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores:
 - Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.
 - Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a los cambios, mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
 - Psicoticismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
 - Sinceridad: Evalúa la tendencia a remitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

5. RESULTADOS OBTENIDOS.

Una vez realizada la valoración de la presente investigación, y, partiendo de los resultados obtenidos de la aplicación de los test seleccionados para determinar la presencia del burnout, en la muestra efectuada a 30 profesionales sanitarios, entre ellos 15 médicos y 15 enfermeras del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, se pudo establecer que 2 profesionales médicos, es decir el 6.66% de los 30 examinados presentan el síndrome de burnout.

Tomando en consideración los resultados obtenidos, se puede presentar los siguientes gráficos y tablas, resultantes del procesamiento de datos de la investigación realizada:

5.1. Médicos Sin Burnout.

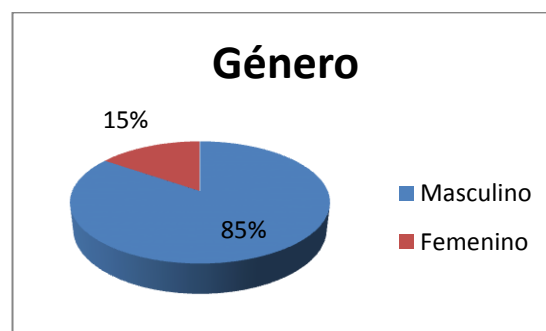
5.1.1. Resultados del Cuestionario Socio demográfico y laboral.

DATOS PERSONALES

TABLA 1. Género (Med. sin burnout)

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	11	84.6153846
Femenino	2	15.3846154
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



PROMEDIO DE EDAD:	46.7692308
--------------------------	------------

El promedio de edad de los profesionales de la salud encuestados es de 46 años; de los cuales, el 85% corresponden al género masculino y el 15% al género femenino.

TABLA 2. Estado civil (Med. sin burnout)

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	0	0
Casado	10	83.33333333
Viudo	0	0
Divor/sepa	1	8.333333333
Unión libre	1	8.333333333
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



PROMEDIO DE HIJOS:	2.07692308
---------------------------	------------

El estado civil de médicos encuestados, corresponden al: 83% de casados, al 8% de divorciados, separados y en unión libre, respectivamente; cuyo promedio de hijos es del 2.

TABLA 3. Preferencias de convivencia (Med. sin burnout)

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0
Con más personas	13	100
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



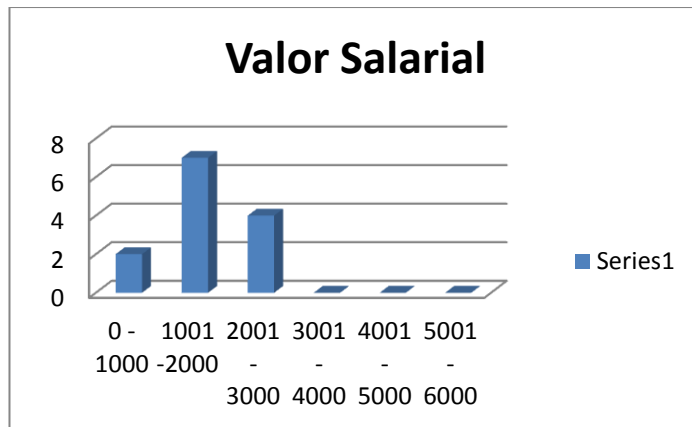
En lo concerniente de las preferencias de convivencia de los médicos encuestados, el 100% conviven con más personas.

DATOS LABORALES

TABLA 4. Valor Salarial (Med. sin burnout)

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	2	15.3846154
1001 -2000	7	53.8461538
2001 - 3000	4	30.7692308
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)

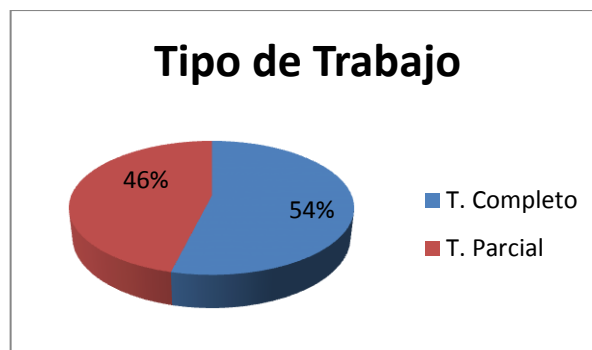


En lo concerniente al salario de los médicos encuestados, el 54% perciben una remuneración entre 1001 a 2000 USD, el 31% entre 2001 a 3000 USD y el 15% entre 0 a 1000 USD.

TABLA 5. Tipo de trabajo ^(Med. sin burnout)

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	7	53.8461538
T. Parcial	6	46.1538462
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)

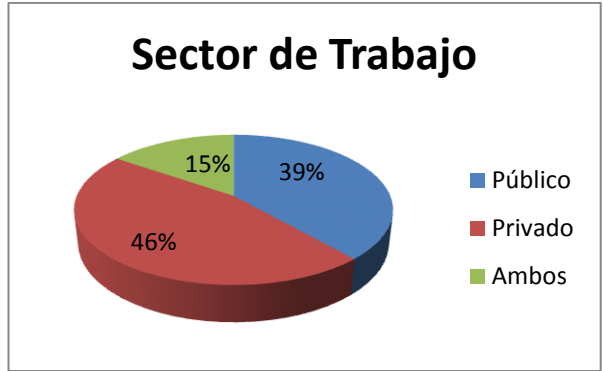


En lo concerniente al tiempo de que los médicos encuestados, destinan en su trabajo; el 54% labora a tiempo completo, y el 46% a tiempo parcial.

TABLA 6. Sector de trabajo ^(Med. sin burnout)

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	5	38.4615385
Privado	6	46.1538462
Ambos	2	15.3846154
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)

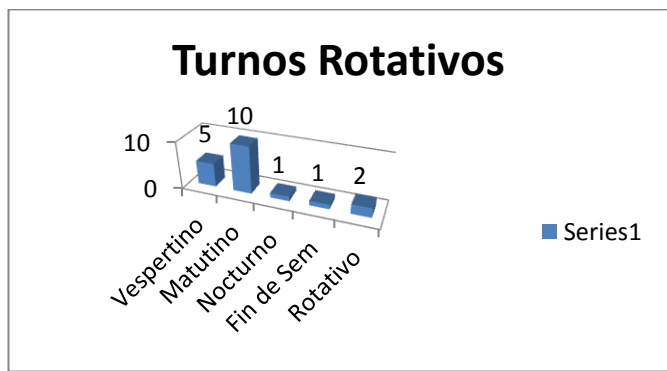


En lo concerniente al sector donde laboran los médicos encuestados; el 46% labora en el sector privado, el 39% labora en el sector público, y el 15% labora en los dos sectores.

TABLA 7. Turnos (Med. sin burnout)

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	5	26.3157895
Matutino	10	52.6315789
Nocturno	1	5.26315789
Fin de Sem	1	5.26315789
Rotativo	2	10.5263158
TOTAL	19	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	27.75
DÍAS	3.66666667

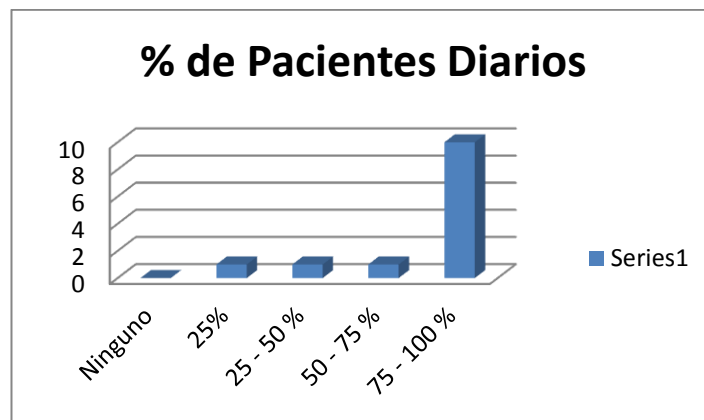
Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

En lo referente a los turnos de los médicos encuestados; el 53% labora en turnos matutinos, el 26% labora en turnos vespertinos, el 11% labora en turnos rotativos, y el 5% labora en turnos nocturnos y fin de semana, respectivamente, con un promedio de 28 horas de guardia nocturna y con una periodicidad de cada 4 días.

TABLA 8. Porcentaje de pacientes diarios atendidos (Med. sin burnout)

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	1	7.69230769
25 - 50 %	1	7.69230769
50 - 75 %	1	7.69230769
75 - 100 %	10	76.9230769
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA

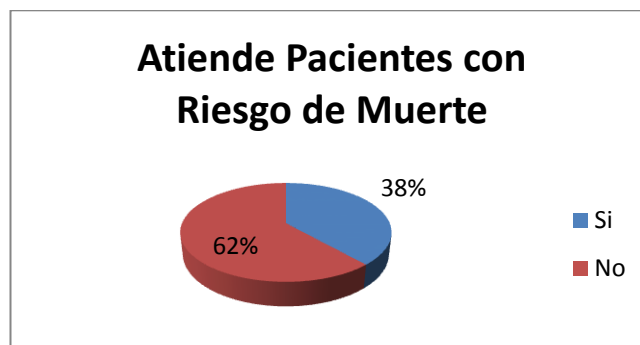
17.8461538

En lo referente al porcentaje de pacientes diarios atendidos; el 77% de médicos destina entre el 75% al 100% del día atendiendo pacientes y el 8% de médicos destina entre el 50% al 75%; 25% al 50% del día atendiendo pacientes, respectivamente, con un promedio de 18 pacientes por día.

TABLA 9. Pacientes con riesgo de muerte atendidos (Med. sin burnout)

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	5	38.4615385
No	8	61.5384615
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



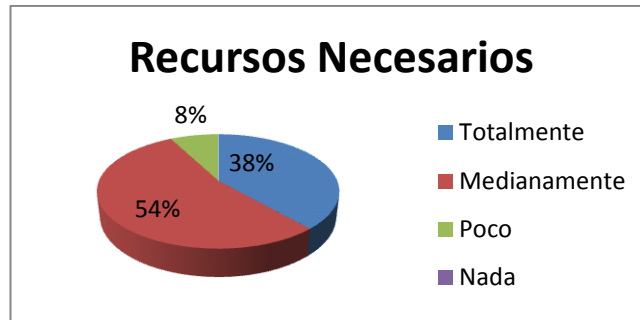
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	
	2

El porcentaje de pacientes atendidos por los médicos encuestados con riesgo de muerte corresponden al 38% y al, 62% sin riesgo de muerte, con un promedio de 2 fallecidos.

TABLA 10. Recursos necesarios (Med. sin burnout)

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	5	38.4615385
Medianamente	7	53.8461538
Poco	1	7.69230769
Nada	0	0
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



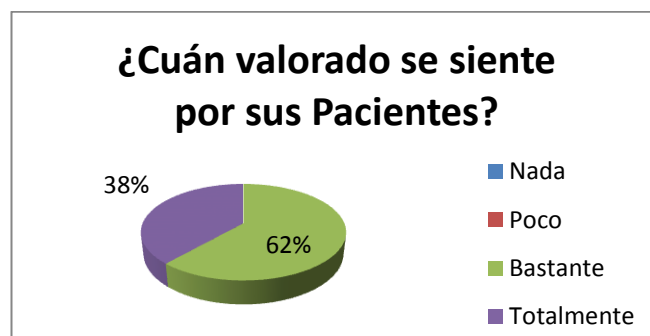
Dentro de los recursos necesarios para realizar el trabajo adecuadamente por los médicos encuestados, el 38% cuenta totalmente con los recursos para realizarlo, el 54% cuenta medianamente con los recursos para realizarlo y apenas el 8% cuenta con pocos recursos para realizar su trabajo.

VALORACIÓN LABORAL

TABLA 11. Valoración de los pacientes (Med. sin burnout)

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	8	61.5384615
Totalmente	5	38.4615385
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

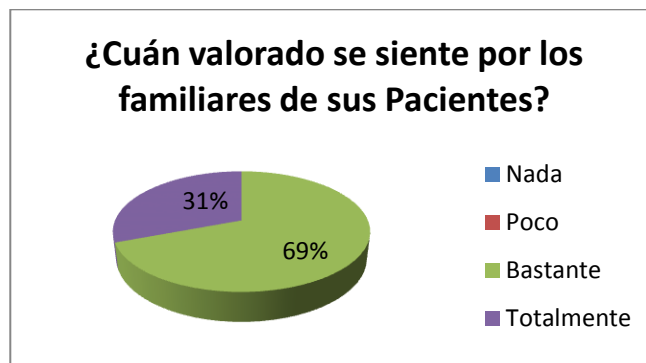


Dentro de la valoración de los pacientes a los médicos encuestados, el 38% se encuentra totalmente valorado por los mismos y el 62% se encuentra bastante valorado por éstos.

TABLA 12. Valoración de los familiares de los pacientes (Med. sin burnout)

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	9	69,23076923
Totalmente	4	30,76923077
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)

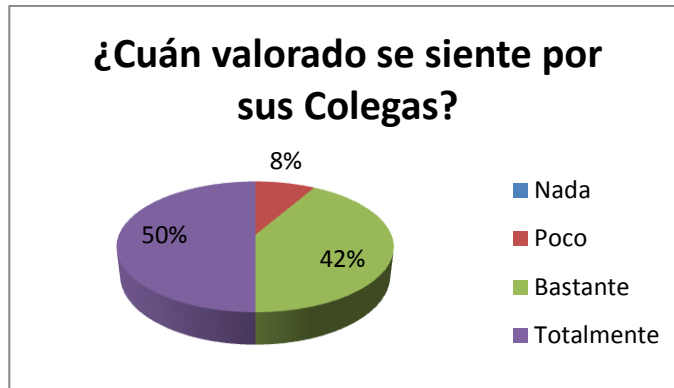


Dentro de la valoración de los familiares de los pacientes, a los médicos encuestados, el 31% se encuentran totalmente valorados y el 69% bastante valorados por los mismos.

TABLA 13. Valoración de los colegas (Med. sin burnout)

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	8,333333333
Bastante	5	41,66666667
Totalmente	6	50
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)

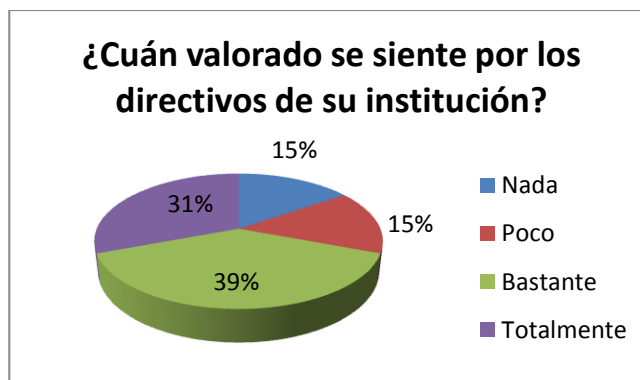


Dentro de la valoración de sus colegas, a los médicos encuestados, el 50% se perciben totalmente valorados, el 42% bastante valorados y el 8% se sienten poco valorados.

TABLA 14. Valoración de los directivos de la institución ^(Med. sin burnout)

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	2	15,38461538
Poco	2	15,38461538
Bastante	5	38,46153846
Totalmente	4	30,76923077
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro de la valoración de los directivos de la institución, a los médicos encuestados, el 31% se perciben totalmente valorados, el 39% bastante valorados, el 15% se sienten poco valorados y el 15% se sienten poco valorados.

NIVEL DE SATISFACCIÓN

TABLA 15. Satisfacción con el trabajo ^(Med. sin burnout)

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	3	23,07692308
Totalmente	10	76,92307692
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

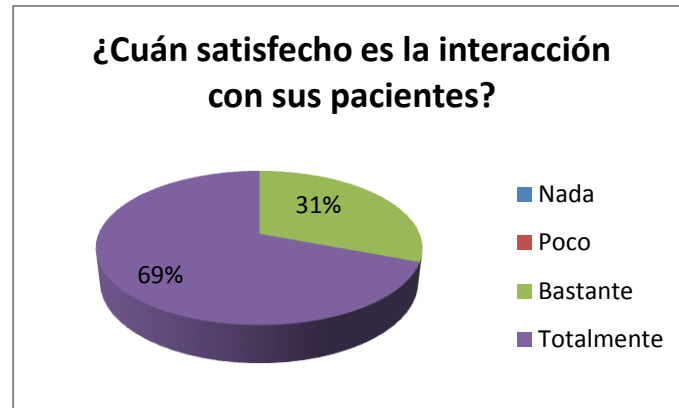


Dentro del nivel de satisfacción con su trabajo, de los médicos encuestados, el 77% se perciben totalmente satisfechos y el 23% se sienten bastante satisfechos.

TABLA 16. Satisfacción con la interacción con los pacientes ^(Med. sin burnout)

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	30,76923077
Totalmente	9	69,23076923
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro del nivel de satisfacción con la interacción de sus pacientes de los médicos encuestados, el 69% se perciben totalmente satisfechos y el 31% se sienten bastante satisfechos.

TABLA 17. Satisfacción de la experiencia ^(Med. sin burnout)

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	8.33333333
Bastante	7	58.33333333
Totalmente	4	33.33333333
TOTAL	12	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)

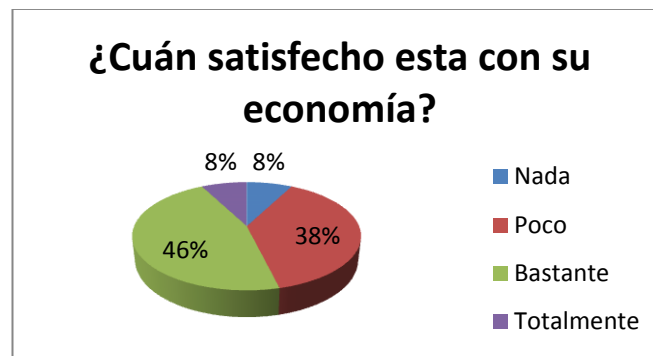


Dentro de la experiencia profesional de los médicos encuestados, el 33% expresan que ha sido totalmente satisfactoria y el 59% perciben que ha sido bastante satisfactoria y el 8% la perciben como poco satisfactoria.

TABLA 18. Satisfacción económica^(Med. sin burnout)

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	7.69230769
Poco	5	38.4615385
Bastante	6	46.1538462
Totalmente	1	7.69230769
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)



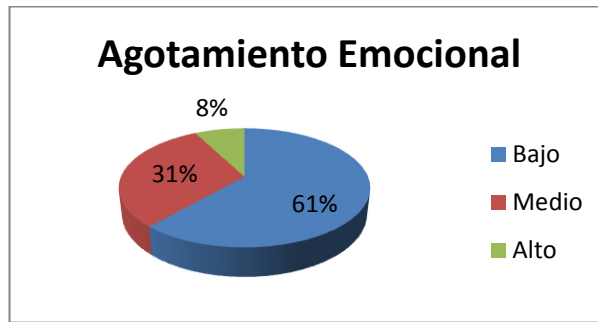
Dentro del grado de satisfacción económica de los médicos encuestados, el 8% se sienten totalmente satisfechos, el 46% bastante satisfechos, el 38% poco satisfechos y el 8% restante se siente nada satisfecho.

5.1.2. Cuestionario de MBI (Inventario de Burnout)

TABLA 19. Agotamiento emocional^(Med. sin burnout)

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	8	61.5384615
Medio	4	30.7692308
Alto	1	7.69230769
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)



Dentro del agotamiento emocional de los médicos encuestados, el 61% experimenta un bajo agotamiento emocional, el 31% experimenta un medio agotamiento emocional y el 8% experimenta un alto grado de agotamiento emocional.

TABLA 20. Despersonalización (Med. sin burnout)

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	11	84.6153846
Medio	1	7.69230769
Alto	1	7.69230769
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)



Dentro de la despersonalización de los médicos encuestados, el 84% experimenta un grado de despersonalización baja, y el 8% experimenta un grado de despersonalización medio y alto grado de despersonalización, respectivamente.

TABLA 21. Realización personal^(Med. sin burnout)

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	1	7.69230769
Medio	0	0
Alto	12	92.3076923
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)



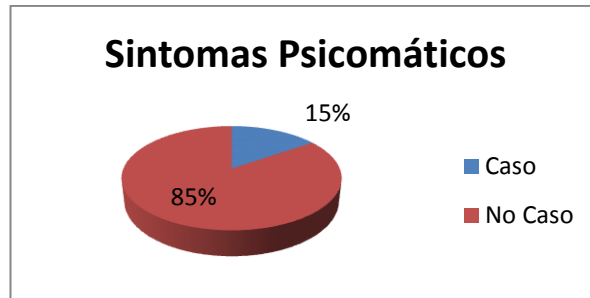
Dentro de la realización personal de los médicos encuestados, el 92% se sienten con un alto grado de realización personal y el 8% se sienten con un bajo grado de realización personal.

5.1.3. Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

TABLA 22. Síntomas Psicossomáticos^(Med. sin burnout)

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	2	15.3846
No Caso	11	84.6154
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)

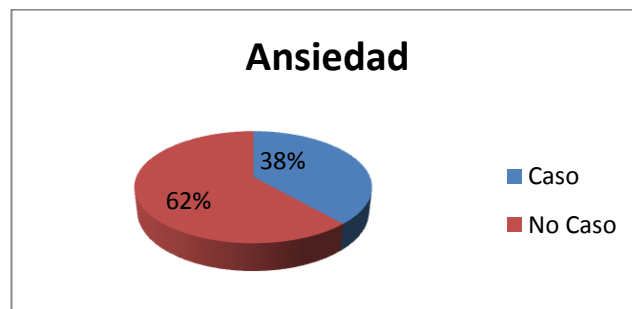


En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 85% no presentan síntomas psicosomáticos y el 15% presentan síntomas.

TABLA 23. Ansiedad ^(Med. sin burnout)

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	5	38.4615
No Caso	8	61.5385
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 38% presenta síntomas de ansiedad.

TABLA 24. Disfunción Social ^(Med. sin burnout)

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	1	7.69231
No Caso	12	92.3077
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

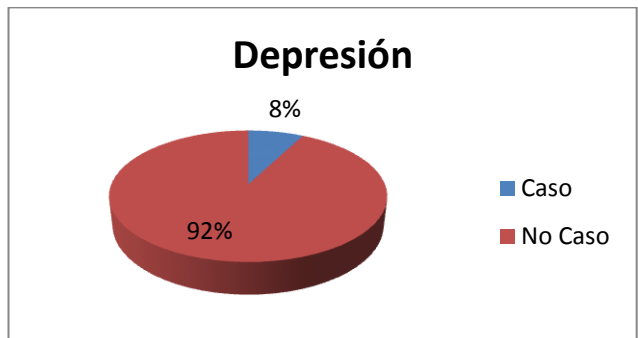


En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 92% no presentan síntomas de disfunción social, el 8% si presentan éste síntoma.

TABLA 25. Depresión ^(Med. sin burnout)

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	1	7.69231
No Caso	12	92.3077
TOTAL	13	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)



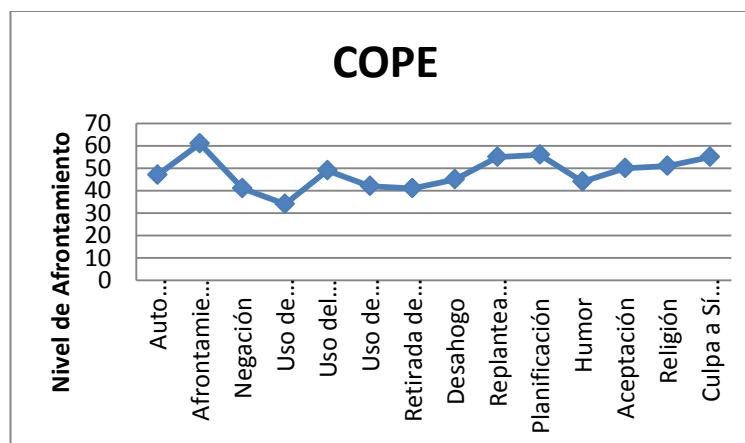
En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 92% no presentan síntomas de depresión, más el 8% de los casos si presentan este síntoma.

5.1.4. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF- COPE)

TABLA 26. Niveles de afrontamiento (Med. sin burnout)

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	47
Afrontamiento Activo	61
Negación	41
Uso de Sustancias	34
Uso del Apoyo Emocional	49
Uso de Apoyo Instrumental	42
Retirada de Comportamiento	41
Desahogo	45
Replanteamiento Positivo	55
Planificación	56
Humor	44
Aceptación	50
Religión	51
Culpa a Sí Mismo	55

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotocollao (IESS)



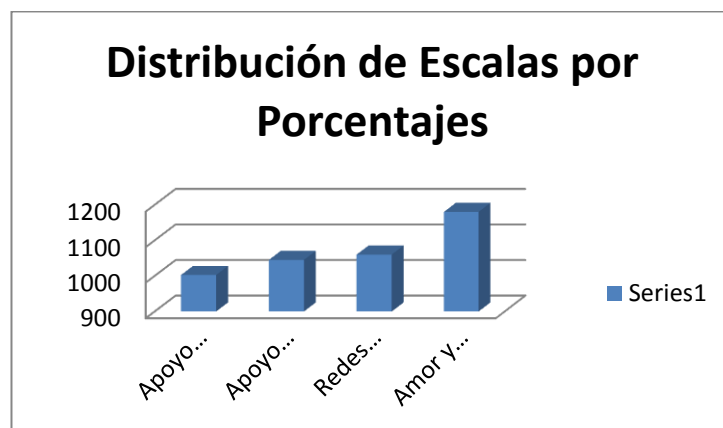
En lo relacionado con el Afrontamiento de los médicos encuestados, el 61% presentan un grado de afrontamiento adecuado frente a la situación estresora, el 56% cuentan con una planificación para enfrentar a la fuente estresora, y el 55% cuentan con un replanteamiento positivo tomando la situación como una fuente de aprendizaje..

5.1.5. Cuestionario de Apoyo Social

TABLA 27. Apoyo Social^(Med. sin burnout)

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1002.5
Apoyo Instrumental	1045
Redes Sociales	1060
Amor y Cariño	1180

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



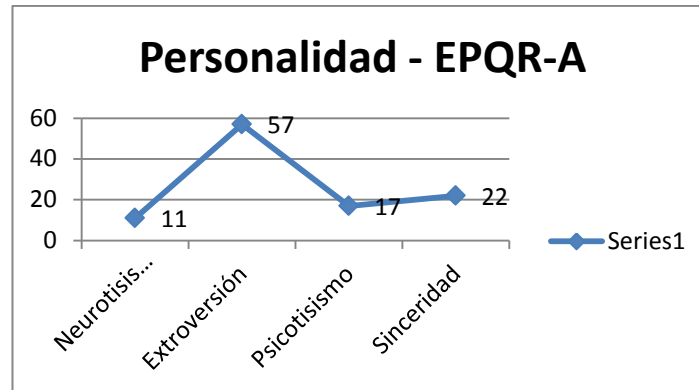
En lo referente al Apoyo Social, se puede establecer que el 91% cuenta con amor y cariño, el 82% cuenta con redes sociales positivas, el 80% cuenta con apoyo instrumental y el 77% cuenta con apoyo emocional adecuado para enfrentar a la situación estresora.

5.1.6. Cuestionario de Personalidad EPQR-A

TABLA 28. Personalidad^(Med. sin burnout)

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	11	10.2803738
Extroversión	57	53.271028
Psicotismo	17	15.8878505
Sinceridad	22	20.5607477
TOTAL	107	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



En lo referente a la personalidad, de los médicos encuestados, el 53% presenta grados de extroversión, el 21% presenta grados de sinceridad, el 16% presenta grados de psicoticismo y el 10% presenta grados de neuroticismo.

5.2. Médicos con burnout.

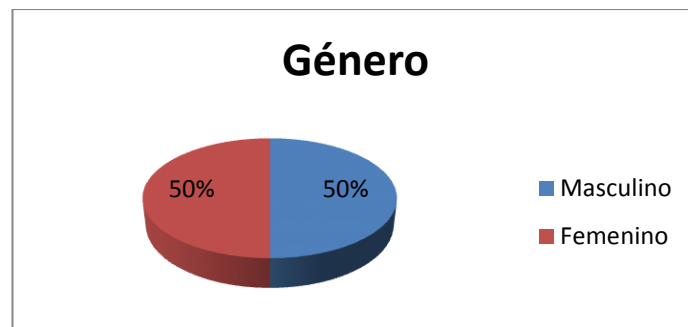
5.2.1. Cuestionario Socio demográfico y laboral

DATOS PERSONALES

TABLA 29. Género (Med. con burnout)

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	50
Femenino	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



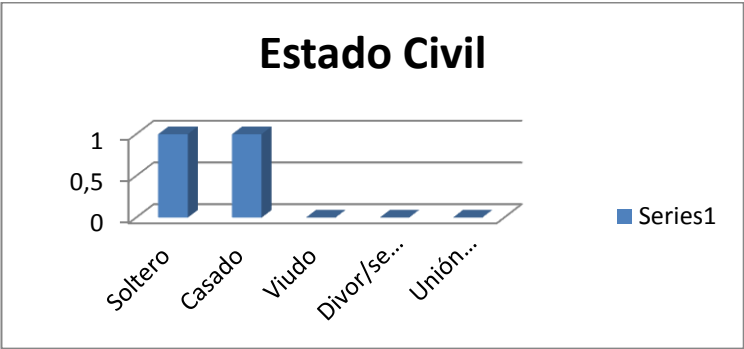
PROMEDIO DE EDAD:	29.5
--------------------------	------

El promedio de edad de los profesionales de la salud encuestados es de 29 años; de los cuales, el 50% corresponden al género masculino y el 50% restante al género femenino.

TABLA 30. Estado civil (Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



El estado civil de médicos encuestados, corresponden al: 50% de casados, y el 50% de solteros.

TABLA 31. Preferencias de convivencia (Med. con burnout)

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	0	0
Con más personas	2	100
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



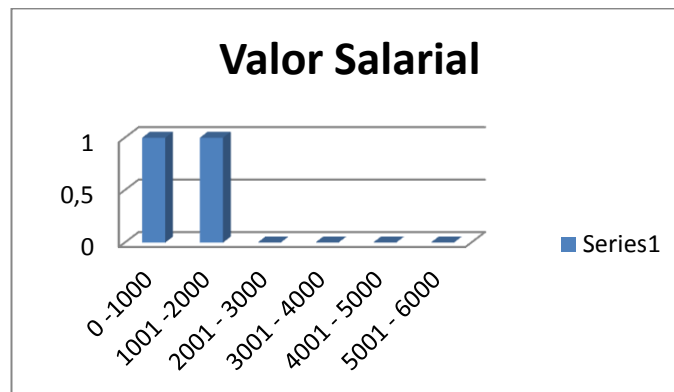
En lo concerniente de las preferencias de convivencia de los médicos encuestados, el 100% conviven con más personas.

DATOS LABORALES

TABLA 32. Valor Salarial (Med. con burnout)

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	1	50
1001 -2000	1	50
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



En lo concerniente al salario de los médicos encuestados, el 50% perciben una remuneración entre 1001 a 2000 USD, y el 50% restante entre 0 a 1000 USD.

TABLA 33. Tipo de trabajo (Med. con burnout)

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	2	100
T. Parcial	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



En lo concerniente al tiempo de que los médicos encuestados, destinan en su trabajo; el 100% labora a tiempo completo.

TABLA 34. Sector del trabajo^(Med. con burnout)

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	2	100
Privado	0	0
Ambos	0	0
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

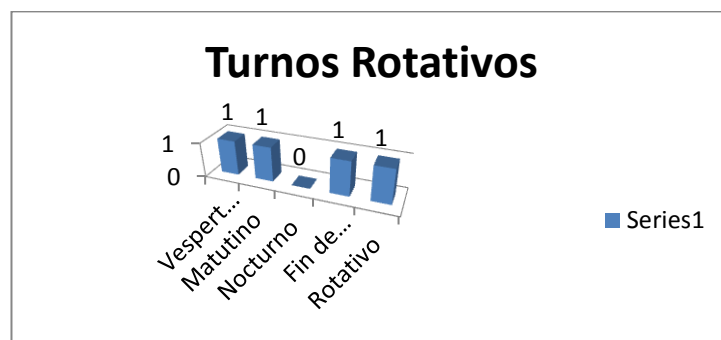


En lo concerniente al sector donde laboran los médicos encuestados; el 100% laboran en el sector público.

TABLA 35. Turnos (Med. con burnout)

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	1	25
Matutino	1	25
Nocturno	0	0
Fin de Sem	1	25
Rotativo	1	25
TOTAL	4	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	36
DÍAS	4

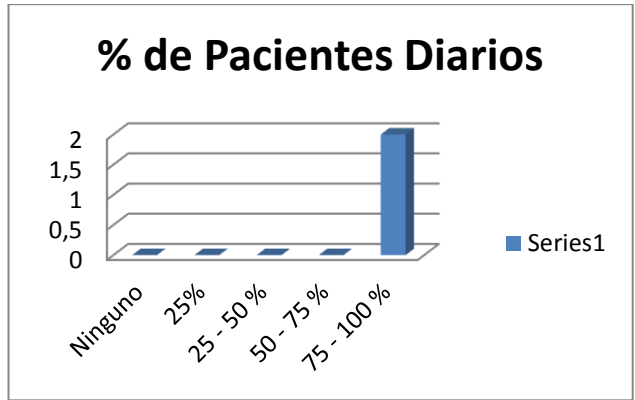
Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

En lo referente a los turnos de los médicos encuestados; el 25% labora en turnos vespertinos, matutinos, fines de semana y rotativos, respectivamente.

TABLA 36. Porcentaje de pacientes atendidos por día (Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



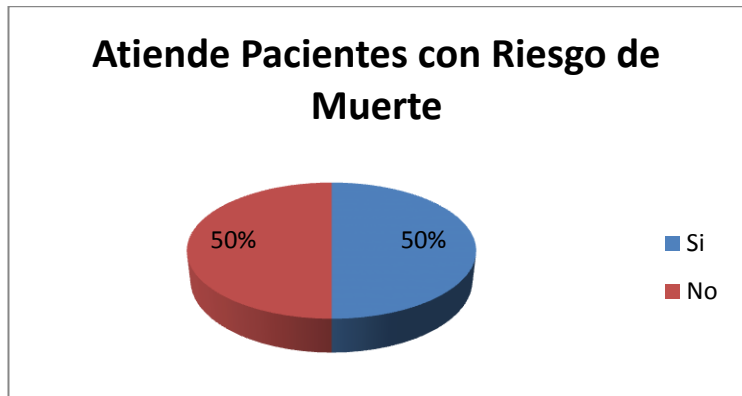
PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	23
--------------------------------------	----

En lo referente al porcentaje de pacientes atendidos; el 100% de médicos trabaja entre el 75% al 100% del día atendiendo pacientes, con un promedio de 23 pacientes por día.

TABLA 37. Pacientes con riesgo de muerte (Med. con burnout)

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	1	50
No	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



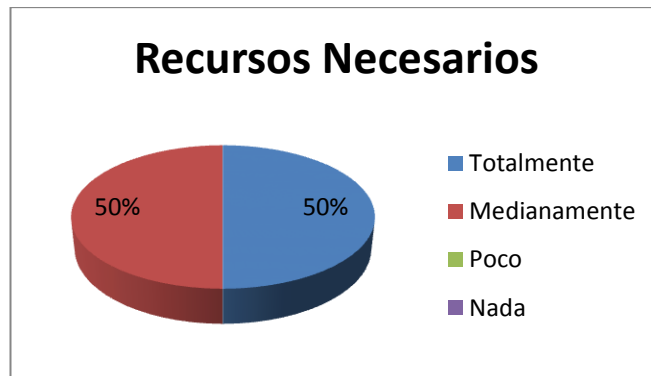
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	3
---	---

El porcentaje de pacientes atendidos por los médicos encuestados con riesgo de muerte corresponden al 50% con riesgo de muerte, con un promedio de fallecidos de 3

TABLA 38. Recursos necesarios (Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro de los recursos necesarios para realizar el trabajo adecuadamente por los médicos encuestados, el 50% cuenta totalmente con recursos y el 50% restante cuenta medianamente con recursos.

VALORACIÓN LABORAL

TABLA 39. Valoración de sus pacientes (Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

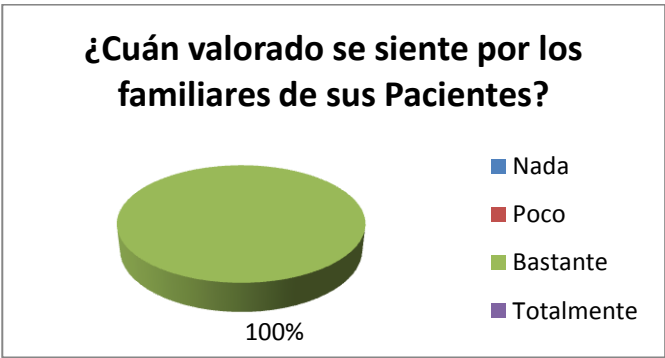


Dentro de la valoración de los pacientes a los médicos encuestados, el 100% se encuentra bastante valorado por los mismos.

TABLA 40. Valoración de los familiares de sus pacientes ^(Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro de la valoración de los familiares de los pacientes a los médicos encuestados, el 100% se encuentra bastante valorado por los mismos.

TABLA 41. Valoración de los colegas de los médicos ^(Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro de la valoración de los colegas de los médicos encuestados, el 100% se encuentra bastante valorado por los mismos.

TABLA 42. Valoración de los directivos de la institución ^(Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro de la valoración de los directivos de la institución de los médicos encuestados, el 100% se encuentra bastante valorado por los mismos.

NIVEL DE SATISFACCIÓN

TABLA 43. Satisfacción con el trabajo (Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro del grado de satisfacción con el trabajo que realizan los médicos encuestados, el 100% se encuentra bastante satisfechos.

TABLA 44. Satisfacción con la interacción de sus pacientes ^(Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro del grado de satisfacción en relación a la interacción de los pacientes de los médicos encuestados, el 50% se encuentra bastante satisfechos, mientras el otro 50% se encuentran poco satisfechos.

TABLA 45. Satisfacción con la experiencia profesional ^(Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

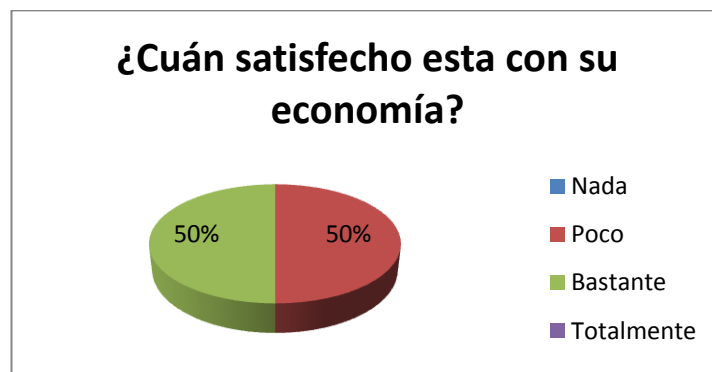


Dentro de la experiencia profesional de los médicos encuestados, el 100% expresan que ha sido bastante satisfactoria.

TABLA 46. Satisfacción económica ^(Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



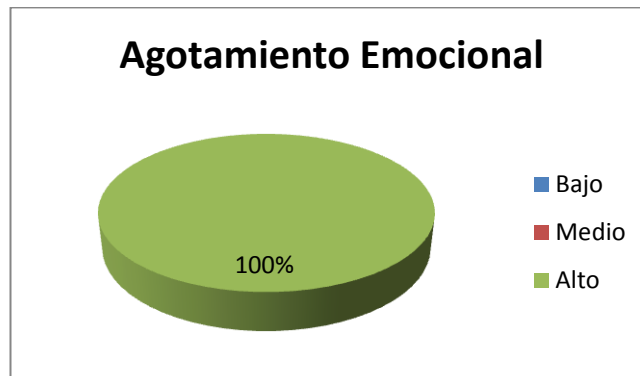
Dentro del grado de satisfacción económica de los médicos encuestados, el 50% se sienten bastante, y el otro 50% poco satisfechos.

5.2.2. Cuestionario de MBI (Inventario de Burnout)

TABLA 47. Agotamiento Emocional^(Med. con burnout)

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	2	100
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro del agotamiento emocional de los médicos encuestados, el 100% experimentan un alto grado de agotamiento emocional.

TABLA 48. Despersonalización^(Med. con burnout)

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	1	33.3333333
Medio	0	0
Alto	2	66.6666667
TOTAL	3	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



Dentro de la despersonalización de los médicos encuestados, el 67% experimentan un alto grado de despersonalización, y el 33% experimentan un bajo grado de despersonalización.

TABLA 49. Realización Personal (Med. con burnout)

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	2	100
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



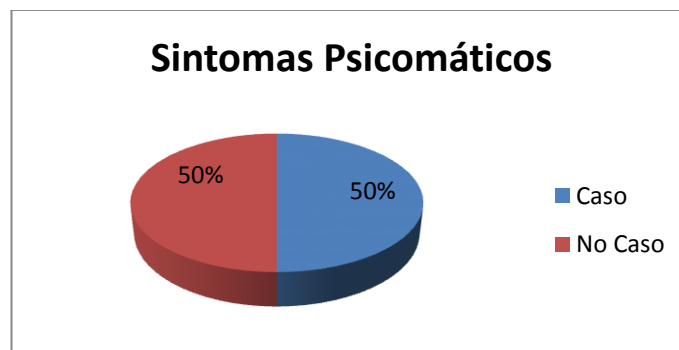
Dentro de la realización personal de los médicos encuestados, el 100% se sienten con un alto grado de realización personal.

5.2.3. Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

TABLA 50. Síntomas Psicosomáticos (Med. con burnout)

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	1	50
No Caso	1	50
TOTAL	2	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

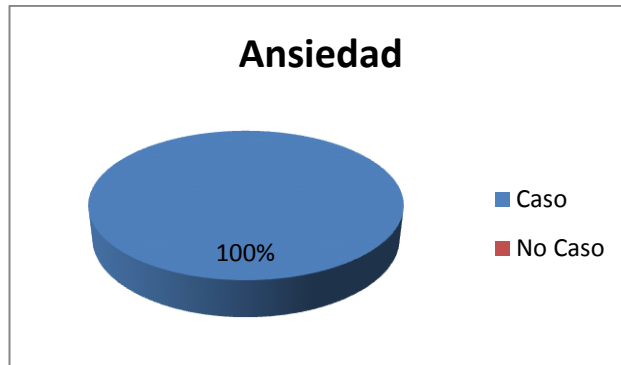


En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 50% presentan síntomas psicosomáticos y el 50% no presentan síntomas.

TABLA 51. Ansiedad (Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

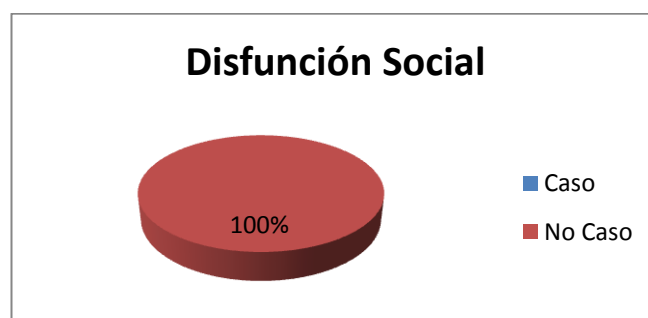


En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 100% presentan síntomas de ansiedad.

TABLA 52. Disfunción Social (Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)

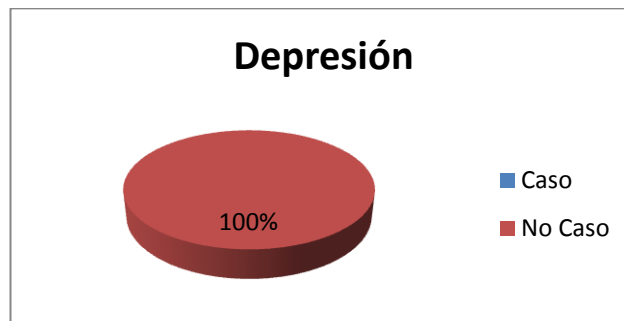


En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 100% no presentan síntomas de disfunción social.

TABLA 53. Depresión ^(Med. con burnout)

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

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



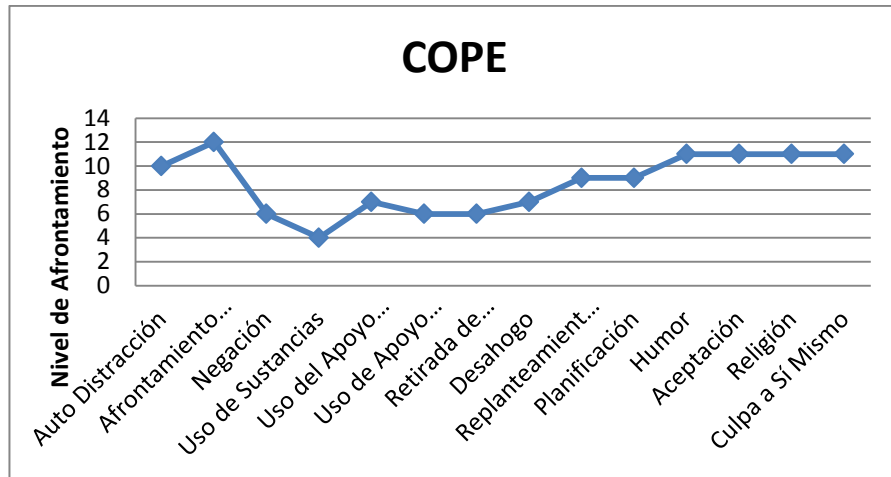
En lo referente a la Salud General de los médicos encuestados, el 100% no presentan síntomas de depresión.

5.2.4. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF- COPE)

TABLA 54. Niveles de Afrontamiento ^(Med. con burnout)

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	10
Afrontamiento Activo	12
Negación	6
Uso de Sustancias	4
Uso del Apoyo Emocional	7
Uso de Apoyo Instrumental	6
Retirada de Comportamiento	6
Desahogo	7
Replanteamiento Positivo	9
Planificación	9
Humor	11
Aceptación	11
Religión	11
Culpa a Sí Mismo	11

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



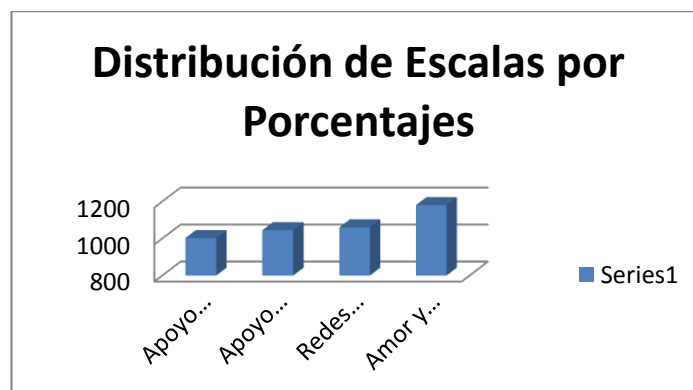
En lo relacionado con el Afrontamiento de los médicos encuestados, el 12% presentan un grado de afrontamiento adecuado frente a la situación estresora, el 11% de los encuestados aceptan la situación estresante y lo toman como un aprendizaje, y recurren a actividades religiosas.

5.2.5. Cuestionario de Apoyo Social

TABLA 55. Apoyo Social (Med. con burnout)

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1002.5
Apoyo Instrumental	1045
Redes Sociales	1060
Amor y Cariño	1180

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



En lo referente al Apoyo Social, se puede establecer que el 97% cuenta con amor y cariño, el 98% cuenta con redes sociales positivas, el 78% cuenta con apoyo

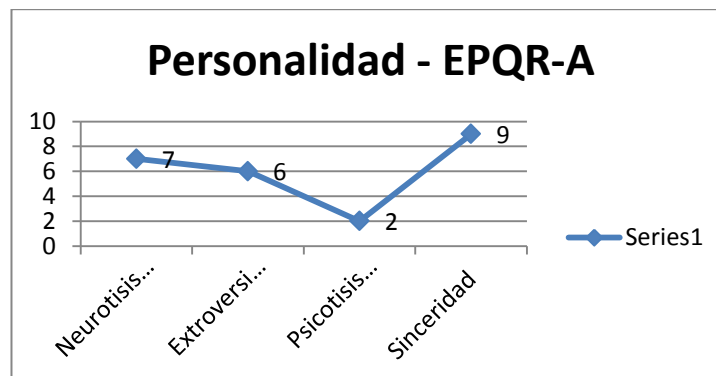
instrumental y el 76% cuenta con apoyo emocional adecuado para enfrentar a la situación estresora.

5.2.6. Cuestionario de Personalidad EPQR-A

TABLA 56. Personalidad (Med. con burnout)

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	7	29.1666667
Extroversión	6	25
Psicoticismo	2	8.33333333
Sinceridad	9	37.5
TOTAL	24	100

Fuente: Médicos del C.A.A. Cotacollao (IESS)



En lo referente a la personalidad de los médicos encuestados, el 25% presenta grados de extroversión, el 38% presenta grados de sinceridad, el 8% presenta grados de psicoticismo y el 29% presenta grados de neuroticismo.

5.3. Enfermeras sin burnout.

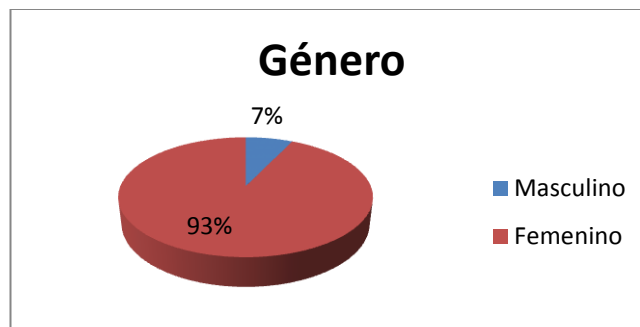
5.3.1. Cuestionario Socio demográfico y laboral

DATOS PERSONALES

TABLA 57. Género (Enfer.sin burnout)

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	1	7.14285714
Femenino	14	92.8571429
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



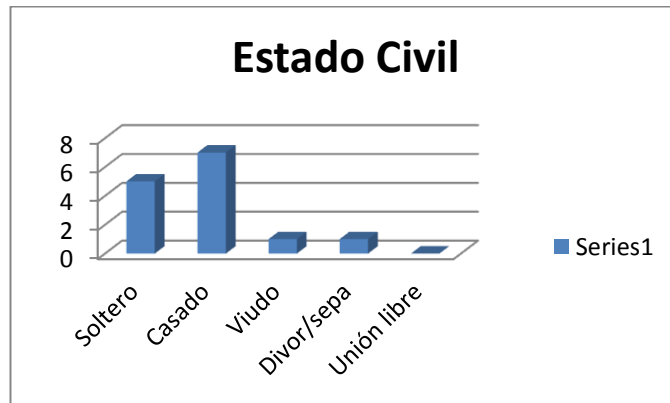
PROMEDIO DE EDAD:	41.0714286
--------------------------	------------

El promedio de edad de las enfermeras encuestadas es de 41 años; de los cuales, el 93% corresponden al género femenino y el 7% al género masculino.

TABLA 58.Estado civil (Enfer.sin burnout)

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	5	35.7142857
Casado	8	50
Viudo	1	7.14285714
Divor/sepa	1	7.14285714
Unión libre	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



PROMEDIO DE HIJOS:	1.83333333
---------------------------	------------

El estado civil las enfermeras encuestadas, corresponden al: 50% de casados, 36% de solteros, y el 7% entre viudos y divorciados, con un promedio de hijos de 2.

TABLA 59. Preferencias de convivencia ^(Enfer.sin burnout)

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	3	21.4285714
Con mas personas	12	78.5714286
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

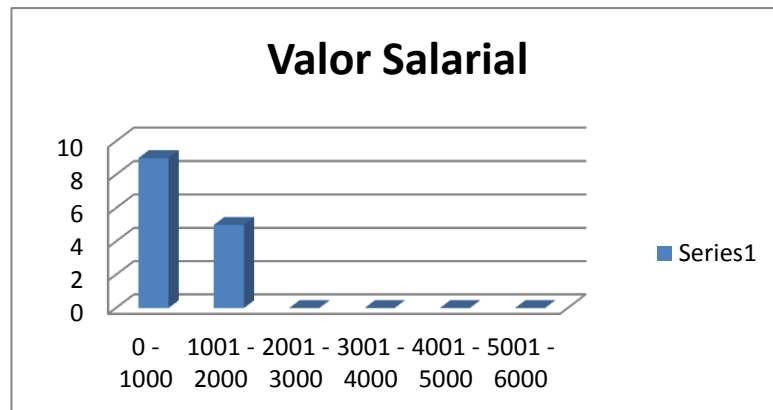


En lo concerniente de las preferencias de convivencia de las enfermeras encuestadas, el 79% conviven con más personas, y el 21% viven solas.

TABLA 60. Valor Salarial (Enfer.sin burnout)

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	10	64.2857143
1001 -2000	5	35.7142857
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



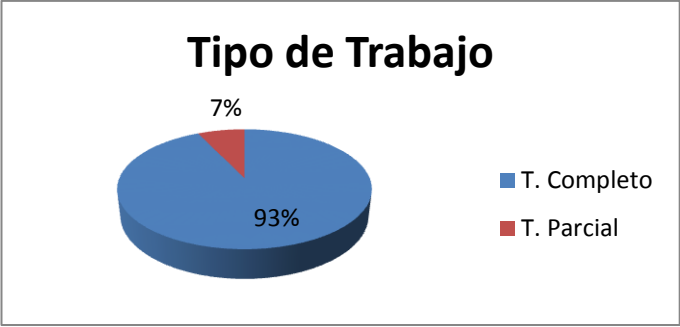
En lo concerniente al salario de las enfermeras encuestadas, el 64% perciben una remuneración entre 0 a 1000 USD, y el 36% entre 1001 a 2000 USD.

DATOS LABORALES

TABLA 61. Tipo de trabajo (Enfer.sin burnout)

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	14	92.8571429
T. Parcial	1	7.14285714
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

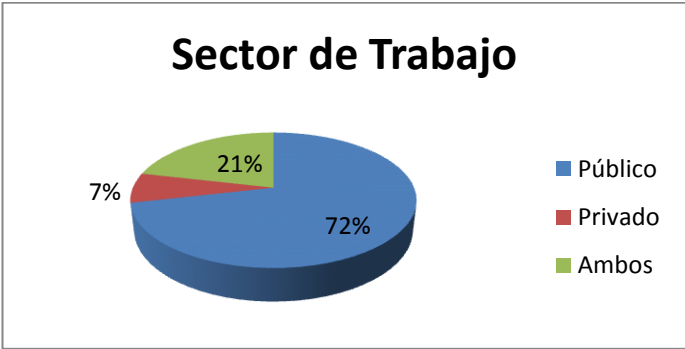


En lo concerniente al tiempo de que las enfermeras encuestadas, destinan en su trabajo; el 93% labora a tiempo completo, y el 7% a tiempo parcial.

TABLA 62. Sector de trabajo (Enfer. sin burnout)

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	11	71.4285714
Privado	1	7.14285714
Ambos	3	21.4285714
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

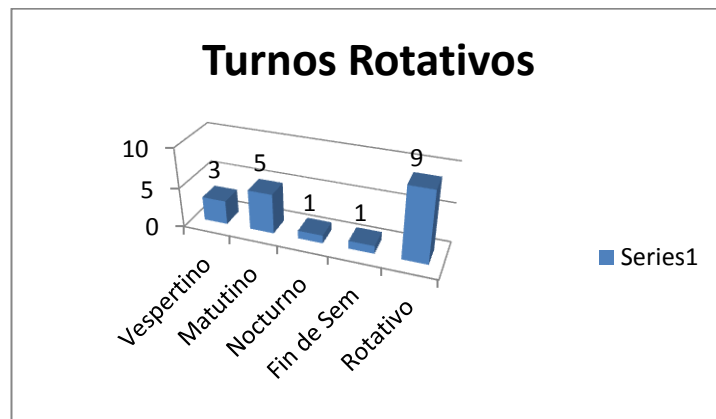


En lo concerniente al sector donde laboran las enfermeras encuestadas; el 72% laboran en el sector público, el 7% trabajan en el sector privado y el 21% trabajan en los dos sectores.

TABLA 63. Turnos (Enfer.sin burnout)

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	3	15.7894737
Matutino	5	26.3157895
Nocturno	1	5.26315789
Fin de Sem	1	5.26315789
Rotativo	9	47.3684211
TOTAL	19	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

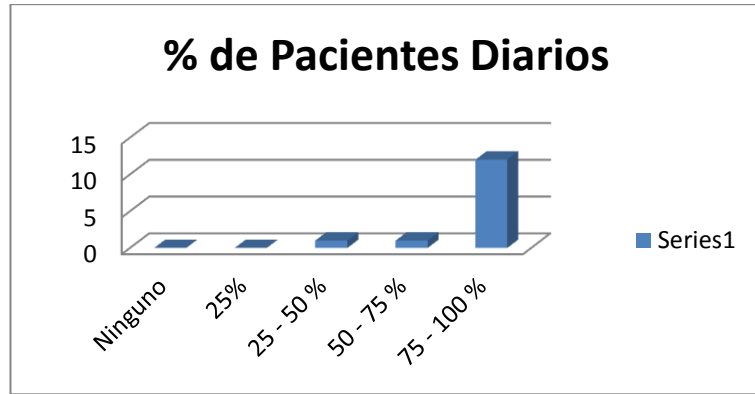


En lo referente a los turnos de las enfermeras encuestadas; el 47% laboran en turnos rotativos, el 26% laboran en turnos matutinos, el 16% laboran en turnos vespertinos y el 5% laboran en turnos nocturnos y en fin de semana.

TABLA 64. Porcentaje de pacientes diarios (Enfer.sin burnout)

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	7.14285714
50 - 75 %	1	7.14285714
75 - 100 %	13	85.7142857
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



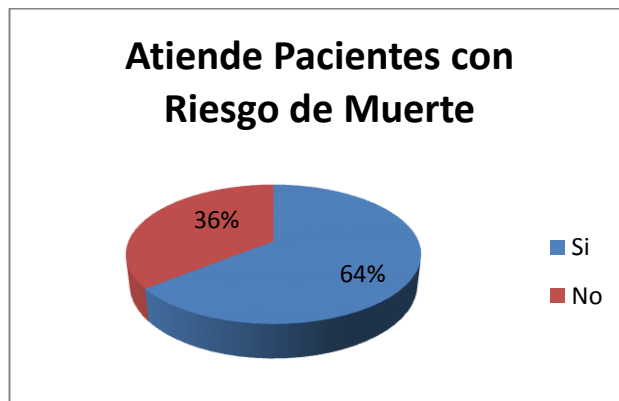
PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	21.8571429
--------------------------------------	------------

En lo referente al porcentaje de pacientes atendidos; el 86% de enfermeras trabajan entre el 75% al 100% del día atendiendo pacientes y el 7% trabajan entre el 25% al 75% y el 50% al 75% del día atendiendo pacientes, con un promedio diario de 22 pacientes.

TABLA 65. Pacientes con riesgo de muerte (Enfer.sin burnout)

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	9	64.2857143
No	6	35.7142857
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



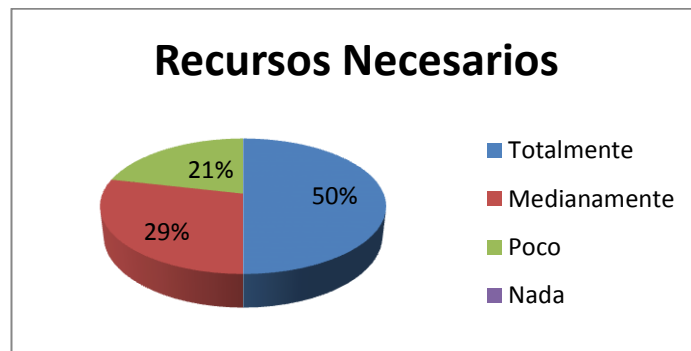
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	1.33333333
---	------------

El porcentaje de pacientes atendidos por las enfermeras encuestadas con riesgo de muerte corresponden al 64% con riesgo, y al, 36% sin riesgo de muerte, con un promedio de fallecidos de 1.

TABLA 66. Recursos necesarios (Enfer.sin burnout)

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	7	50
Medianamente	4	28.5714286
Poco	4	21.4285714
Nada	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



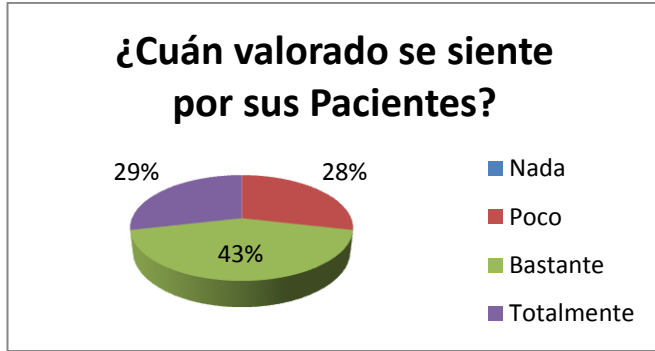
Dentro de los recursos necesarios para realizar el trabajo adecuadamente por las enfermeras encuestadas, el 50% cuenta totalmente con recursos, el 29% cuenta medianamente con recursos y el 21% cuenta con pocos recursos.

VALORACIÓN LABORAL

TABLA 67. Valoración de sus pacientes (Enfer.sin burnout)

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	5	28.5714286
Bastante	6	42.8571429
Totalmente	4	28.5714286
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

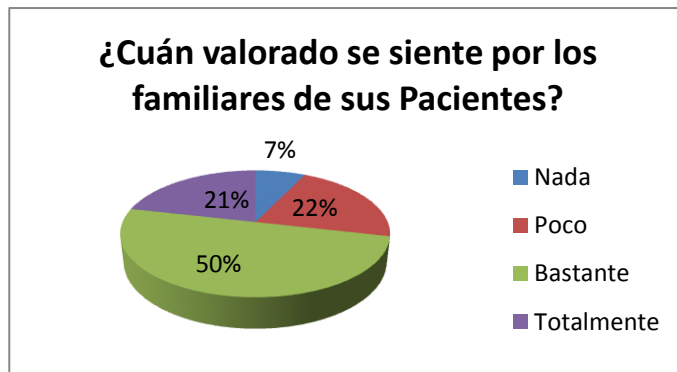


Dentro de la valoración de los pacientes a las enfermeras encuestadas, el 43% se encuentran bastante valoradas por los mismos, el 29% se sienten totalmente valoradas y el 28% se sienten muy poco valoradas por sus pacientes.

TABLA 68. Valoración de los familiares de sus pacientes (Enfer.sin burnout)

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	1	7,142857143
Poco	3	21,42857143
Bastante	7	50
Totalmente	4	21,42857143
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

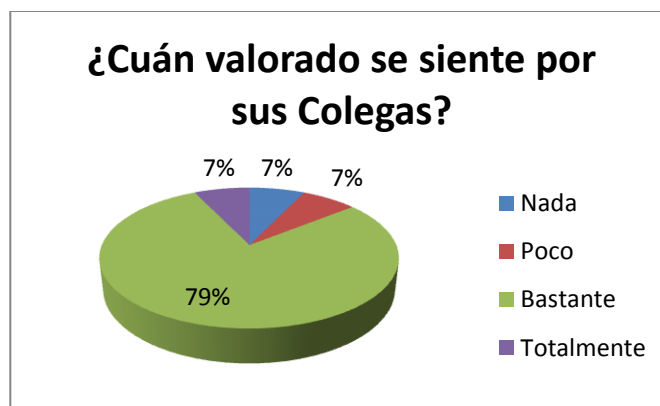


Dentro de la valoración de los pacientes a las enfermeras encuestadas, el 43% se encuentran bastante valoradas por los mismos, el 29% se sienten totalmente valoradas y el 28% se sienten muy poco valoradas por sus pacientes.

TABLA 69. Valoración de los colegas (Enfer.sin burnout)

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	7,142857143
Poco	1	7,142857143
Bastante	11	78,57142857
Totalmente	2	7,142857143
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

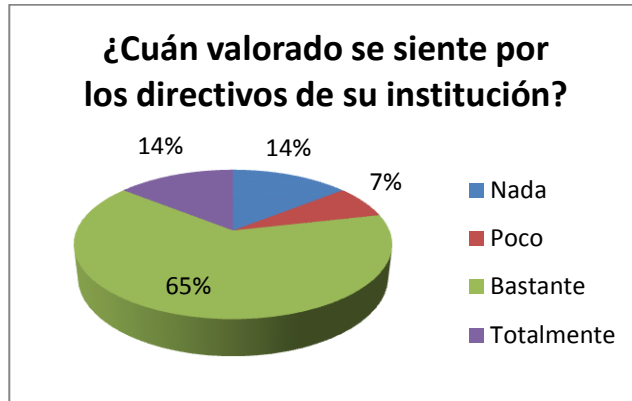


Dentro de la valoración de los pacientes a las enfermeras encuestadas, el 79% se encuentran bastante valoradas por los mismos, el 7% se sienten totalmente, poco y nada valoradas por sus pacientes.

TABLA 70. Valoración de los directivos de la institución (Enfer. sin burnout)

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	2	14,28571429
Poco	1	7,142857143
Bastante	10	64,28571429
Totalmente	2	14,28571429
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



Dentro de la valoración de los directivos de la institución a las enfermeras encuestadas, el 65% se encuentran bastante valoradas por los mismos, el 14% se sienten totalmente y nada valoradas y el 7% se sienten poco valoradas.

NIVEL DE SATISFACCIÓN

TABLA 71. Satisfacción con el trabajo ^(Enfer. sin burnout)

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7,142857143
Bastante	4	21,42857143
Totalmente	10	71,42857143
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

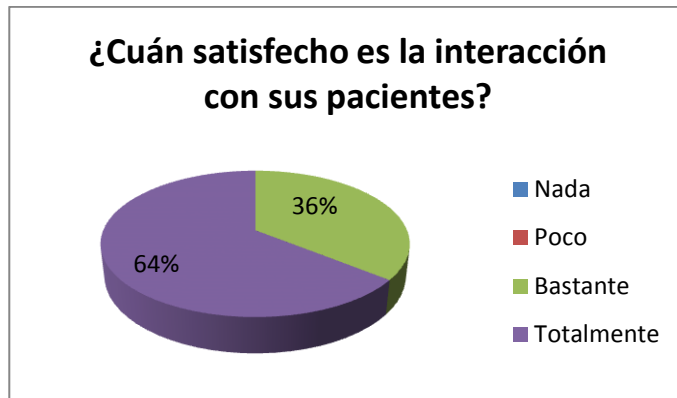


Dentro del nivel de satisfacción del trabajo de las enfermeras encuestadas, el 72% se encuentran totalmente satisfechas, el 21% bastante satisfechas y el 7% poco satisfechas.

TABLA 72. Satisfacción con la interacción de sus pacientes (Enfer. sin burnout)

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	5	35,71428571
Totalmente	10	64,28571429
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



Dentro del nivel de satisfacción del trabajo de las enfermeras encuestadas, el 64% se encuentran totalmente satisfechas, el 36% bastante satisfechas.

TABLA 73. Satisfacción experiencia (Enfer. sin burnout)

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	7.14285714
Bastante	9	64.2857143
Totalmente	5	28.5714286
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

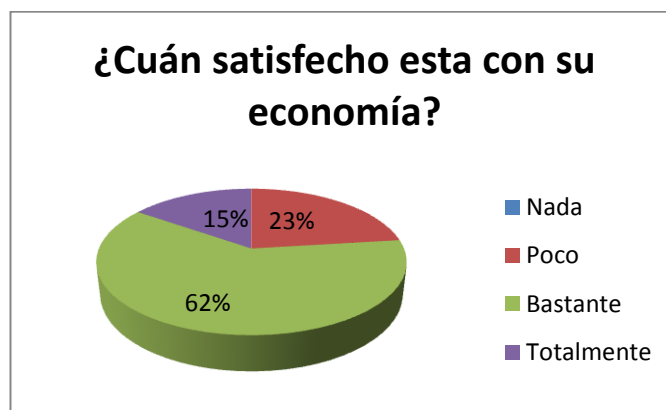


Dentro de la experiencia profesional de las enfermeras encuestadas, el 64% expresan que ha sido bastante satisfactoria y el 29% perciben que ha sido totalmente satisfactoria y el 7% consideran que ha sido poco satisfactoria.

TABLA 74. Economía (Enfer. sin burnout)

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	23.0769231
Bastante	10	61.5384615
Totalmente	2	15.3846154
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



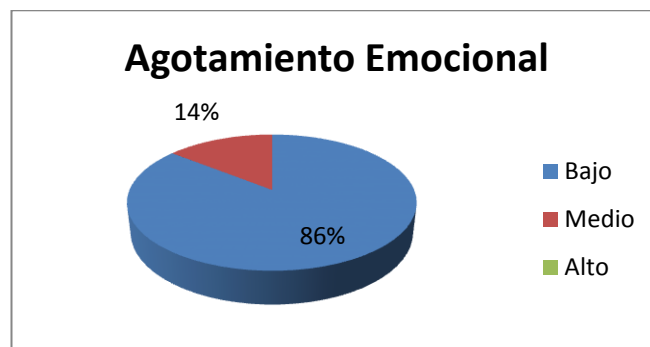
Dentro del grado de satisfacción económica de las enfermeras encuestadas, el 62% se sienten bastante satisfechos, el 23% poco satisfechos y el 15% totalmente satisfechos.

5.3.2. Cuestionario de MBI (Inventario de Burnout)

TABLA 75. Agotamiento Emocional ^(Enfer. sin burnout)

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	12	85.7142857
Medio	3	14.2857143
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

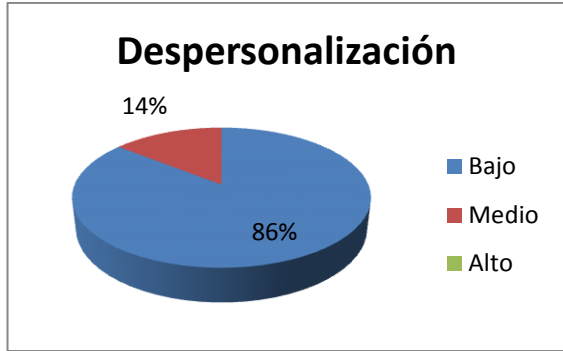


Dentro del agotamiento emocional de las enfermeras encuestadas, el 86% experimentan un bajo grado de agotamiento emocional y el 14% experimentan un medio grado de agotamiento emocional.

TABLA 76. Despersonalización ^(Enfer. sin burnout)

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	12	85.7142857
Medio	3	14.2857143
Alto	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



Dentro de la despersonalización de las enfermeras encuestadas, el 86% experimentan un bajo grado de despersonalización y el 14% experimentan un medio grado de despersonalización.

TABLA 77. Realización Personal (Enfer. sin burnout)

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	2	7.14285714
Alto	13	92.8571429
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



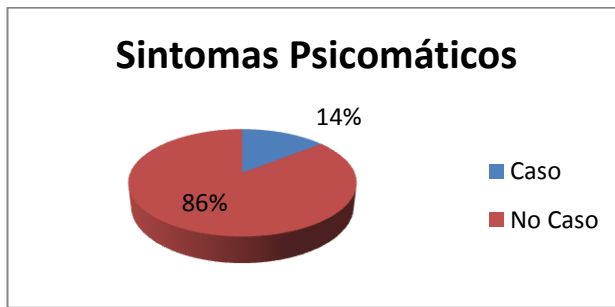
Dentro de la realización personal de las enfermeras encuestadas, el 93% se sienten con un alto grado de realización personal y el 7% se sienten con un medio grado de realización personal.

5.3.3. Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

TABLA 78. Síntomas Psicossomáticos (Enfer. sin burnout)

Síntomas Psicossomáticos		
Estado	fr	%
Caso	2	14.2857143
No Caso	13	85.7142857
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

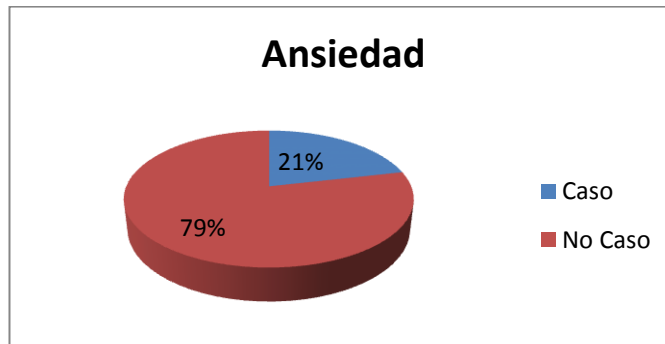


En lo referente a la Salud General de las enfermeras encuestadas, el 86% no presentan síntomas psicossomáticos y el 14% presentan síntomas.

TABLA 79. Ansiedad (Enfer. sin burnout)

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	3	21.4285714
No Caso	12	78.5714286
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



En lo referente a la Salud General de las enfermeras encuestadas, el 79% no presentan síntomas de ansiedad y el 21% presentan síntomas.

TABLA 80. Disfunción Social (Enfer. sin burnout)

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

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)

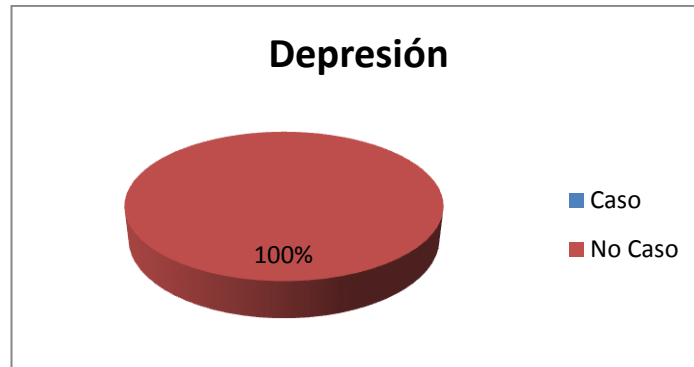


En lo referente a la Salud General de las enfermeras encuestadas, el 100% no presentan síntomas de disfunción social.

TABLA 81. Depresión (Enfer. sin burnout)

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

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



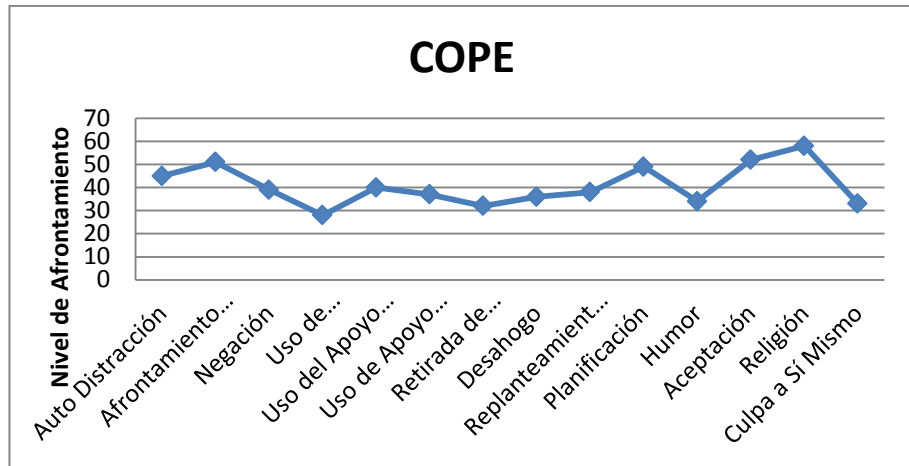
En lo referente a la Salud General de las enfermeras encuestadas, el 100% no presentan síntomas de depresión.

5.3.4. Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF- COPE)

TABLA 82. Nivel de Afrontamiento ^(Enfer. sin burnout)

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	45
Afrontamiento Activo	51
Negación	39
Uso de Sustancias	28
Uso del Apoyo Emocional	40
Uso de Apoyo Instrumental	37
Retirada de Comportamiento	32
Desahogo	36
Replanteamiento Positivo	38
Planificación	49
Humor	34
Aceptación	52
Religión	58
Culpa a Sí Mismo	33

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotacollao (IESS)



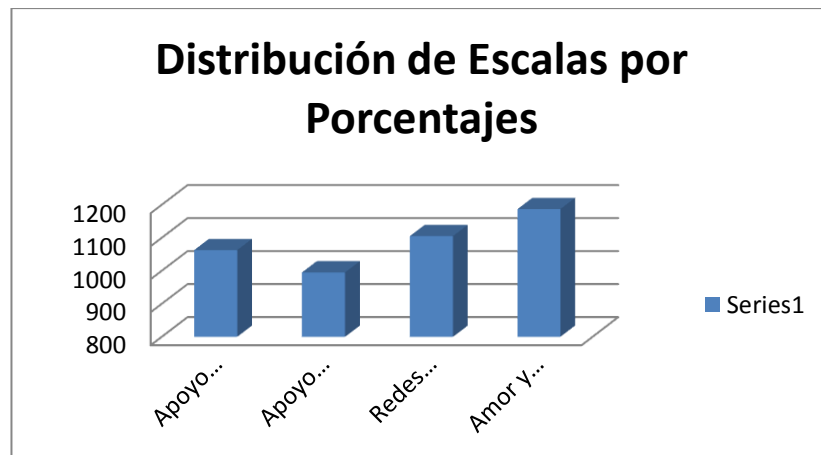
En lo relacionado con el Afrontamiento de las enfermeras encuestadas, el 51% presentan una estrategia de afrontamiento activo, el 58% realiza actividades religiosas para reducir la fuente estresante, el 52% acepta la situación estresante como una oportunidad de aprendizaje.

5.3.5. Cuestionario de Apoyo Social

TABLA 83. Apoyo Social (Enfer. sin burnout)

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1062.5
Apoyo Instrumental	995
Redes Sociales	1105
Amor y Cariño	1186.66667

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



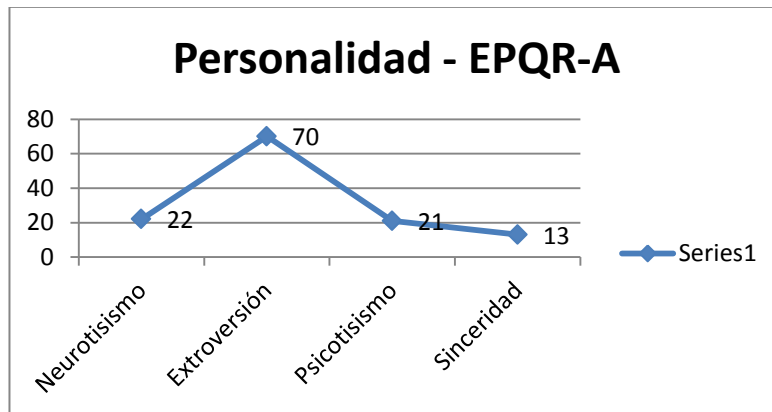
En lo referente al Apoyo Social, se puede establecer que el 84% cuenta con amor y cariño, el 76% cuenta con redes sociales positivas, el 75% cuenta con apoyo instrumental y el 72% cuenta con apoyo emocional adecuado para enfrentar a la situación estresora.

5.3.6. Cuestionario de Personalidad EPQR-A

TABLA 84. Personalidad (Enfer. sin burnout)

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	22	17.4603175
Extroversión	70	55.5555556
Psicoticismo	21	16.6666667
Sinceridad	13	10.3174603
TOTAL	126	100

Fuente: Enfermeras del C.A.A. Cotocollao (IESS)



En lo referente a la personalidad de las enfermeras encuestadas, el 56% presenta grados de extroversión, el 10% presenta grados de sinceridad, el 17% presenta grados de psicoticismo y el 17% presenta grados de neuroticismo.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

El burnout, síndrome de desgaste profesional (SDP) o síndrome de quemarse en el trabajo (SQT), en el cual, el individuo experimenta agotamiento sistémico tanto físico como mental, el mismo que se caracteriza por una pérdida de interés en el trabajo diario acompañado de un sentimiento de frustración que conlleva a manifestaciones de cinismo y agresividad en su conducta, y, objeto de la presente investigación, es uno de los principales males que afecta a los profesionales de la salud, determinándose la existencia de muchos factores de diversa naturaleza que influyen el desarrollo de este síndrome. Es por ello que la Universidad Técnica Particular de Loja, se ha visto en la necesidad de identificar la presencia del burnout en los profesionales de la salud del Ecuador e identificar cuáles son los factores que se relacionan con su aparición en nuestro medio.

En la investigación realizada en el Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) de la ciudad de Quito, se consideraron los resultados más relevantes, entre los cuales tenemos:

Profesionales Médicos.

Resultados de cuestionario Socio demográfico y Laboral

Muestra recolectada a 15 profesionales médicos, correspondiente al 100%; 13 médicos, correspondiente al 86,66% no presentaron el síndrome; 6 médicos, esto es el 40% se encontraron en el límite de presentar el síndrome; y, 2 médicos, correspondiente al 13,33% presentaron el síndrome.

Dentro de los factores socio demográficos y laborales podemos establecer que dentro de los médicos que presentaron el síndrome, corresponden a ambos sexos, por igual, conviven con mas personas y laboran en el sector público a tiempo completo y con un promedio de 23 pacientes atendidos por día; percibiéndose poco valorados por los directivos de la institución, presentando altos niveles de agotamiento emocional, despersonalización y ansiedad.

En consideración a lo anteriormente anotado podemos colegir que en nuestro medio, tanto hombres como mujeres son propensos a desarrollar el síndrome.

Por otro lado, es de suma importancia tomar en consideración que para la aparición del burnout, el tipo de trabajo de los profesionales, las horas laboradas, los turnos que tienen que realizar, el número de pacientes atendidos por día, etc.. son factores influyentes y desencadenantes, toda vez que, a mayor número de horas laboradas, mayor desgaste y estrés percibido, por ello, el riesgo de presentarlo es significativo, estableciéndose que en la presente investigación, los médicos con burnout, laboran en el sector público, a tiempo completo y en turnos rotativos.

Adicionalmente, dentro de los médicos que no presentaron el síndrome, se pudo establecer que el afrontamiento con que la mayoría de los profesionales se manejaban en la ejecución de sus tareas diarias era óptimo, puesto que este esfuerzo, tanto cognitivo como conductual que el individuo hace frente al estrés, permitió que éstos no desarrollen el burnout.

Por último, los profesionales que se encontraban al límite de padecerlo, se ven expuestos a situaciones amenazantes donde tienden a culparse por dicha situación, desarrollando una tendencia de negación sobre las situaciones estresantes o problemas, evidenciándose estados depresivos que interfirieren en las actividades sociales, laborales, o intelectuales.

Resultados del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

De los médicos que presentaron el síndrome, el 100% experimentaron un alto grado de agotamiento emocional y el 67% de este grupo, experimentaron un alto grado de despersonalización.

Producto de los resultados arrojados en el cuestionario socio demográfico, se puede establecer que el alto grado de agotamiento emocional y de despersonalización, que experimentaron éstos profesionales, es considerable, manifestándose en la pérdida de interés en la realización de las tareas diarias, por cuanto, al no alcanzarlos objetivos propuestos y al fallar las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto, se experimenta un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, llevándolo a vivir una sensación de extrañeza o distanciamiento de uno mismo, así como cambios negativos en las actitudes con los demás e irritabilidad.

Dentro de los profesionales que no presentaron el síndrome, se puede destacar el bajo índice de agotamiento emocional y de despersonalización pero con un alto índice de realización personal, factor muy importante como instrumento adecuado de afrontamiento sobre las situaciones estresantes.

Por otro lado, el grupo de profesionales que se encontraron al límite de desarrollar el síndrome, deben desarrollar estrategias óptimas de afrontamiento tales como: la aceptación, la religión, el afrontamiento activo y la planificación; factores que potenciándolos lograrán su objetivo primordial como es el no desarrollo del burnout.

Resultados del cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)

El 50% de los médicos que experimentaron el burnout, el 50% experimentaron síntomas psicósomáticos, es decir, presentaron síntomas físicos; descartándose los problemas de salud; y ansiedad; tales como dolores del cuerpo, dolores de cabeza fatigas etc, interfiriendo en las actividades laborales.

Del grupo de profesionales que no presentaron el burnout, el 85% no presentaron síntomas psicósomáticos, el 62% no presentaron síntomas de ansiedad, el 92% no presentaron síntomas de disfunción social o depresión.

Resultados de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

En lo referente al grupo que presentó el síndrome, el 36,36% hicieron uso de sustancias psicotrópicas, el 54,54% negaron la existencia de la situación estresante, factores que no dejaron desarrollar un afrontamiento adecuado ante el burnout.

Por otro lado, dentro de los profesionales que no presentaron el síndrome de burnout, el 100% poseían un afrontamiento activo centrado en la situación estresante, el 80% contaban con un adecuado apoyo emocional e instrumental, y, el 90 % contaban con un replanteamiento positivo centrado en el problema.

Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo Social

En lo referente al apoyo social, se pudo establecer que el 98% de los profesionales que presentaron el síndrome, contaron con redes sociales positivas para enfrentar la situación estresora, sin embargo; al existir la negación del problema estas personas no acuden a estas redes para apoyarse en ellas y afrontar a la situación estresora, ya que no son conscientes de padecerlo, evidenciando una desconexión conductual, con una tendencia a abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar las situaciones que le causan estrés, aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que su problema interferiría; siendo este apoyo el que proporciona al individuo un estado positivo que se proyecta en todas las facetas de la vida tanto en el ámbito laboral como familiar y en general en la integración social.

En lo concerniente al grupo de médicos que no presentaron el burnout, el 91% contaron con componentes como el amor y el cariño, el 82% con redes sociales positivas, el 80% con apoyo instrumental y el 77% con apoyo emocional adecuado para enfrentar a la situación estresora, factores muy importantes para enfrentar a cualquier situación estresora, cabe señalar que otro de los factores de éxito es la práctica de deportes para liberar la energía acumulada durante el día.

Resultados del cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A

En lo referente a la personalidad el 25% de los profesionales que presentaron el burnout, experimentaron rasgos de extroversión; el 38% de sinceridad, el 8% de psicoticismo y el 29% de neuroticismo.

Dentro de este grupo se pudo establecer como rasgos predominantes el de la sinceridad y el de neuroticismo, caracterizados por cambios bruscos de humor y constante depresión, problemas de sueño y trastornos psicósomáticos, lo cual es confundido a menudo con la sinceridad de herir a personas cercanas, del trabajo etc.

De los médicos que no experimentaron el burnout, el 53% presentaron rasgos de extroversión, el 21% de sinceridad, el 16% de psicoticismo y el 10% de neuroticismo.

Por otro lado, dentro de este rango, podemos establecer como rasgos predominantes el de extroversión y sinceridad, caracterizados a su vez por ser sociables, gustan de las fiestas y de las amistades, así como dialogar frecuentemente. Son arriesgados, le gustan las bromas, los cambios y son condescendientes. Tienden a ser agresivos y nerviosos.

En resumen, se puede establecer que de este grupo de profesionales estudiados, en su mayoría, cuentan con las herramientas necesarias para manejar de una manera positiva el estrés generado en el desarrollo de sus tareas diarias. Sin embargo, se evidenció a ciertos profesionales que se encuentran al límite y que presentan síntomas, los cuales que en un futuro cercano podrían desarrollar el síndrome si no logran emplear a tiempo herramientas de prevención y afrontamiento. Por otro lado, el índice de médicos que presentaron el burnout, sigue siendo manejable en nuestro entorno, sin dejar de lado su tratamiento oportuno.

Cabe señalar que, la personalidad del individuo actúa como mecanismo protector, y en algunos casos, sino es en todos, es determinante para la aparición de síntomas para desarrollar el burnout.

Factores como el apoyo social, la personalidad, métodos de afrontamiento, etc., han evitado el incremento de este mal que aqueja especialmente al sector de la salud en nuestro país, pero que podría manifestarse en los profesionales de la muestra que manifestaron sintomatología de burnout.

En una relación con los estudios realizados en médicos latinoamericanos, este grupo no presenta casos alarmantes de burnout. Los factores demográficos como sexo, estado civil, número de hijos, horas de trabajo, turnos, satisfacción laboral y otros, no tuvieron relación con las teorías presentadas, ya que en nuestra investigación existieron mujeres, divorciadas, con varios hijos, realizando turnos por largas horas y pese a ello no tuvimos casos representativos de burnout, difiriendo de la literatura especializada que dice que las mujeres son más propensas al estrés.

Profesionales Enfermeras

De las 15 enfermeras encuestadas correspondiente al 100%; el 86,66% no presentan el síndrome y el 13.33% se encuentran en el límite de presentar el síndrome.

Con respecto a este grupo de profesionales, de acuerdo a los resultados obtenidos, en general se determinó que no presentaron los síntomas de burnout, por cuanto no presentaron valoraciones que establezcan esta incidencia; en razón principalmente de contar con un afrontamiento con que la mayoría de las enfermeras manejan en sus actividades laborales.

Resultados de cuestionario Socio demográfico y Laboral

Dentro del 13.33% de enfermeras que se encontraban al límite de presentar el síndrome, se determinó que 93% corresponden al género femenino, cuyo promedio de edad oscila entre los 41 años de edad con un promedio de 2 hijos, siendo el 50% casadas, el 36% solteras y el 7% viudas, de los cuales el 79% conviven con mas personas; el 72% laboran en el sector público a tiempo completo, con un promedio de 21 pacientes atendidos por día; percibiéndose el 43% bastante valorados por sus pacientes, colegas y por los directivos de la institución.

Resultados que vuelven a diferir con los estudios realizados en investigaciones de otros países, en los cuales se determinó la prevalencia del burnout en el género femenino.

Resultados del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Por otro lado, el 14% experimentaron un medio grado de agotamiento emocional y de despersonalización, como producto de los turnos, el tipo de trabajo de las profesionales, las horas laboradas, etc..., factores que inciden en el aparecimiento del estrés laboral; sin que esto conlleve al aparecimiento del síndrome.

Resultados del cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)

En lo referente a la salud mental, el 14% presentaron síntomas psicósomáticos y el 21% de ansiedad, factores relacionados principalmente con el nivel de estrés presentado, como producto de la interacción de las enfermeras con sus pacientes en razón de las emergencias presentadas en los turnos que deben realizar.

Resultados de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

El 52% de las enfermeras encuestadas aceptaron la situación estresante y lo tomaron como un aprendizaje y presentan una estrategia de afrontamiento favorable, factor de importancia para el manejo oportuno del apareamiento y reducción de síntomas que conlleven al burnout. Estas personas presentaron un elemento en común, y es el de no mostrarse como víctimas del sistema, sino más bien como parte de la solución, emprendiendo conductas positivas como la camaradería que eran aceptadas por la mayoría de enfermeras en sus horarios especiales.

Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo Social

De lo anteriormente manifestado, se estableció que el 84% de estas profesionales presentaron puntuaciones altas de amor y cariño, que el 74% contaban con redes sociales muy positivas y que el 72% contaban con un apoyo emocional muy fuerte, ya que en este grupo solían preocuparse entre ellas de los problemas que se presentaban y trataban de ser parte de la solución, como por ejemplo cuando alguna requería de algún permiso especial por alguna calamidad, se ponían de acuerdo para reemplazar el turno asignado.

Resultados del cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A

En lo referente a la personalidad el 56% presentó rasgos de extroversión; el 10% de sinceridad, el 17% de psicoticismo y el 17% de neuroticismo.

Las personas con rasgos altos de extroversión, hacen de estas, menos proclives a desarrollar el burnout, versus a personas que presentan altos rasgos de neuroticismo

o psicoticismo, por cuanto en el primer caso estas personas experimentan cambios bruscos de humor, depresión, problemas de sueño y trastornos psicosomáticos, se presentan ansiosas y preocupadas de una manera exagerada e irracional ante situaciones que le irritan; y, en el segundo caso, el psicoticismo, es la característica de las personas solitarias, problemáticas, insensibles y poco sociables, logrando que las personas a su alrededor se retiren y las aislen provocando agresividad y resentimientos.

En lo referente al 86,66% de enfermeras que no presentaron el síndrome, éstas contaron con estilos de afrontamiento positivos ante situaciones de estrés, tales como: auto distracción, apoyo emocional, reinterpretación positiva y aceptación.

Al cotejar los resultados del presente estudio con las investigaciones realizadas en otros países, por diferentes autores del síndrome de burnout en profesionales de la salud, alrededor del 75% de los médicos residentes de EEUU, sufren desgaste emocional, despersonalización y niveles bajos de autoestima. Más de la mitad de estos profesionales manifiestan entre 4 y 5 síntomas de depresión, destacándose una prevalencia del 10%, en Iberoamérica, respecto al género, diversas investigaciones apuntan a que las mujeres son las que presentan mayor prevalencia que los hombres, con una edad promedio de 40 años, con hijos, con 10 años o más de antigüedad institucional; lográndose establecer que algunos resultados arrojados de nuestra investigación, coinciden en algunas conclusiones, pero en otras se contradicen, por cuanto el síndrome del burnout, en nuestro medio arrojó como resultado que el 6,66% de la muestra presentan el síndrome, tanto en hombres como en mujeres y con un promedio de edad de 30 años, con hijos y con un promedio de antigüedad inferior a 10 años, presentando estados de desgaste emocional, despersonalización, niveles bajos de autoestima, así como síntomas psicosomáticos y de ansiedad. En lo referente a los rasgos de personalidad presentaron rasgos de neuroticismo; en lo referente al índice de profesionales que se encuentran en el límite de presentar el síndrome es del 10%, porcentaje muy preocupante al comparar los dos grupos, sin embargo, sigue siendo manejable en comparación a los profesionales de Norteamérica.

Aspectos como reconocimiento de sus pacientes, familiares de pacientes, colegas y directivos de la institución, muestran niveles altos en las encuestas, sobre el grado de satisfacción laboral, pese a estar expuestos altos grados de estrés laboral. Cabe

señalar que los profesionales con mayor satisfacción laboral, manejan índices más bajos de burnout que el resto de profesionales.

Adicionalmente, factores como los señalados por Farber (2000), como son: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece; han incidido en nuestro medio, como por ejemplo: el cambio de horarios producidos por expedición de la Ley Orgánica de Servicio Público, octavo inciso de las Disposiciones Derogatorias, establece “Se derogan todas las disposiciones referentes a la jornada laboral de 4 horas a favor de los médicos y odontólogos, exceptuándose los casos de trabajos peligrosos o insalubres”; ha ocasionado un desequilibrio emocional en los profesionales de la salud que laboran en el sector público, puesto que muchos laboraban hasta en dos trabajos, con la finalidad de “redondear la remuneración mensual”, para poder atender las necesidades y compromisos económicos adquiridos; originando en muchos casos, la presencia de experiencias nocivas como: insomnio, falta de apetito, problemas gastrointestinales, sentimientos de culpabilidad, causando una serie de reacciones de tipo fisiológico, cognitivo y psicomotor, relacionándose con la angustia, la depresión, las inadaptaciones sociales y la somatización, dando lugar a la aparición del burnout, al percibir que el esfuerzo realizado, sacrificando su propia salud con el fin de alcanzar sus objetivos, no ha valido la pena, afectando su salud mental, presentando conductas cargadas de irritación, agotamiento, actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos.

Por otro lado, los profesionales de la salud, que se encuentran al límite de presentar el síndrome de burnout, nos muestra que se encuentran expuestos a diversos factores elevados de estrés, que les provoca estos síntomas y que se deben tomar medidas tales como ejercicios de relajación, deportes, programas de automotivación, apoyo en sus redes sociales, entre otras herramientas, para evitar su posible desarrollo. Si bien son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste, es la relación intensa con otras personas lo que contribuye a la aparición del burnout.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. CONCLUSIONES

El objetivo primordial de la investigación, fue el de establecer la existencia del síndrome de burnout en profesionales de la salud del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao (CAA) del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), y los factores relacionados con este fenómeno, permitiendo establecer la existencia de variables socio demográficas y laborales, establecer el nivel del burnout, salud mental, rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y apoyo social.

De esta manera se estableció lo siguiente:

- ✓ Se identificó la presencia del síndrome de desgaste profesional o burnout en los profesionales de la salud que laboran en el Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao (CAA) del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), predominando en éstos, factores como el agotamiento emocional y despersonalización, al no contar con un adecuado manejo de estrategias de afrontamiento.
- ✓ Se concluye que tanto médicos como enfermeras que participaron en este estudio de investigación, en su mayoría cuentan con un buen apoyo social y buenos métodos de afrontamiento ante situaciones adversas, lo que explica el bajo porcentaje de profesionales que se encuentran al límite (10%) y que el (6,66%) de los citados profesionales padecen el síndrome de burnout.
- ✓ Dentro del 10% de los profesionales sanitarios, que se encuentran al límite de presentar el síndrome se determinó que presentan un grado de agotamiento emocional muy significativo, presencia de síntomas como ansiedad, somáticos, problemas de concentración y estados depresivos.
- ✓ La carga laboral, la rotación, la remuneración, la inestabilidad laboral, las pocas posibilidades de promoción, etc., son factores determinantes para la presencia del síndrome de burnout, puesto que el hecho de que los profesionales

sanitarios enfrenten diariamente pacientes con riesgo de muerte, palpando manifestaciones de las enfermedades, su deterioro y el dolor, conllevan al apareamiento del estrés laboral y por ende al desgaste profesional.

- ✓ Otro factor determinante en la presencia del síndrome es la prevalencia de rasgos de personalidad, factor muy influyente, por cuanto, la personalidad del individuo actúa como mecanismo protector, y en algunos casos, sino es en todos, el presentar rasgos como neuroticismo y psicoticismo coadyuvan a la aparición de síntomas para desarrollar el burnout.

7.2. RECOMENDACIONES

- ✓ En los profesionales del Centro de Atención Ambulatoria de Cotacollao (CAA) del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), que se determinó la presencia del burnout en un 6,66%, en lo referente al tratamiento del mismo, la terapia deberá ir encaminada a establecer la salud psicológica del afectado y de esta manera recuperar el rendimiento laboral mediante ejercicios para controlar el estrés, ensayo conductual y la potenciación del autocontrol, para el efecto, se deberán realizar evaluaciones periódicas sobre el desempeño del personal, propendiendo a establecer el grado de estrés que éste experimenta, así como la ejecución de talleres motivacionales con miras al desarrollo del personal, mejorando de esta manera el clima laboral por el bien del servidor y por ende de la Organización.
- ✓ Se deberá contar con un programa de prevención y de tratamiento para el personal que no presenta el síndrome y para el que se encuentra al límite de desarrollarlo, enfocado al contexto organizacional y la institucionalización del apoyo social, los cuales son los responsables de la aparición del burnout, puesto que en casi todos los ambientes de trabajo existen situaciones emocionalmente demandantes en la obtención de resultados en el menor tiempo y con los menores recursos posibles, en donde el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes están implicadas en la aparición del síndrome.

- ✓ Se deberá realizar evaluaciones periódicas con la finalidad de prevenir a tiempo los síntomas psicosociales de riesgo, especialmente en entornos que demandan mucha atención a pacientes, en donde no se establecen programas de bienestar social, tales como emergencias.

- ✓ Al ser una enfermedad ligada a una sociedad exigente y llena de presiones; es necesario considerar como fundamental que, el caudal de recursos internos que tiene cada ser humano, será el determinante para permitir o no la aparición de este mal; sin embargo, al no existir la adecuada información sobre el tema, contribuye a que las organizaciones no cuenten con estrategias de afrontamiento reales, sino paliativas, ocasionando un problema en aumento, debiéndose entender que la “salubridad” de las organizaciones están relacionadas con los niveles de burnout de sus empleados, razón por la cual es necesario que el personal que trabaja en este centro de salud, conozca la sintomatología del síndrome de burnout, así como las herramientas de afrontamiento, a fin de prevenir efectivamente dicho síndrome y propender de esta manera al bienestar emocional y psicológico de los profesionales sanitarios.

8. BIBLIOGRAFIA

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)* (4th. ed.). Washington, DC: Author.

Aldrete, M. Pando, M. Aranda C. & Bálcazar N. (México 2003). *Síndrome de Burnout en Maestros de Educación Básica, Nivel Primaria de Guadalajara*. Álvarez, E. & Fernández, L. (1991). *El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I):* revisión de estudios. *Asociación española de neuropsiquiatría*, 39, 257-265.

Barraza Macías, A. (2008). *El síndrome de desgaste profesional en las enfermeras del Centro de salud No. 2 de la ciudad de Durango*. *Revista Psicología Científica.com* 10(46).

Boaqueda, M. (2008). *Quemados., El Síndrome de Burnout. Qué es y cómo superarlo*. Barcelona: Paidós. Buendía, J. (2003).

Cáceres, G. (2006). *Tesis sobre la "Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal sanitario militar"*.

Cardin, M. & Garcés de los Fayos Ruiz, E., *El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo*. *Revista Anales de la Psicología* 2010, vol. 26, no 1 (enero), (p.p.169-180) Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España).

Davoine, L., Erhel, C., Guergoat, M. (2008). *La calidad del trabajo según los indicadores europeos y otros más*. *Revista Internacional del Trabajo*. 127, 183–221.

De la Gándara, J.J. (1998). *Estrés y trabajo: el síndrome del burnout*. Ed. Cauce.

Duque Pérez-Camacho, M. (2012). *Origen y consecuencias en el síndrome del desgaste profesional (burnout)*.

Garcés de los Fayos Ruiz, E.J. (1996). *Tesis sobre burnout*.

Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, Ed. Síntesis.

Gil-Monte & Pedro, R. (2005). *El síndrome del quemado por el trabajo (BurnOut). Una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar*. Madrid: Psicología Pirámide.

Gómez, I. & Gómez, S. (2007). *El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout)*. Madrid: Pirámide.

Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Ed Martínez-Roca. Barcelona.

Martínez Pérez, A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. nº 112.

Morianae & Cabrera, H. (2003). *Estrés y burnout en profesores*. Int J Clin Health Psychol, Vol. 4, No 3.

Ortega Ruiz, C. & López Ríos, F. (2003). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Investigación realizada a profesionales de la salud en España.

Quiceno, J.M. & Vinaccia A. S. (2007). *Burnout: Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)*. Universidad de San Buenaventura, Medellín, Colombia. Acta Colombiana de Psicología 10(2):117-125.

Rosas Meneses, S. (México 2009). *Síndrome de Desgaste Profesional (burnout) en Personal de Enfermería del Hospital General de Pachuca*.

Vallejo, J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Editorial Masson S.A. (5ta. Ed.) 501-530.

Vega, E. & Pérez Urdaniz, A. (Madrid 1998). *El síndrome de burnout en el médico*.

PAGINAS ELECTRÓNICAS

Apiquian, A. (2007). El Síndrome del Burnout en las Empresas. Recuperado el 2 de abril de 2012, del sitio Web de la Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>.

De la Revilla, L., De los Ríos, A. M. & Luna del Castillo, J. D. (2003). *Utilización del Cuestionario General de la Salud de Goldberg (GHQ-28) en la detección de los problemas psicosociales en la consulta del médico de la familia*, nº 33(8):417-25. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v33n08a13061584pdf001.pdf>

Martínez, P. A. (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. nº 112, 6-7. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Maslach, C. (2009). *Comprendiendo el burnout*. Ciencia & Trabajo, 32, 37-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>

9. ANEXOS



INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA COTOCOLLAO

Quito, 07 de Febrero de 2012

CERTIFICADO

Por medio del presente certifico que el Sr. Pablo Renato Galarza Rodríguez con CI 1711458834, estudiante egresado de Psicología, de la UTPL, realizo su trabajo de investigación sobre el Sd. Burnot, realizando el levantamiento de la información en el Servicio de Emergencias, a 15 enfermeras y 15 médicos.

Es todo cuanto puedo certificar

Atentamente,


CENTRO DE ATENCION AMBULATORIA
COTOCOLLAO
EMERGENCIA
Dra. Alexandra Rosas.
Médico de Emergencia



**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

Cuestionario Socio demográfico 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 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

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____ Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes Martes Miércoles

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos
 Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros
 indique _____ Todos los anteriores _____

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

¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?
 NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

La causa ha sido por: Capacitación Problemas de salud Situaciones familiares
 Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

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

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

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>

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

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

**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>

**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>

**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).