



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Investigación realizada en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito, en las áreas de Oncología, Medicina Interna, Pediatría y Radiología, en el año 2012”.**

Trabajo de fin de titulación

**Autora:**

Rosales Narváez, Gloria Lorena

**Directora:**

Guevara Mora Sandra Rocío, Lic.

Centro Universitario Quito

2012

## Certificación

Licenciada

Guevara Mora Sandra Rocío,

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA**

### **C E R T I F I C A:**

Que el presente trabajo, denominado: **"Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno. Investigación realizada en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito, en las áreas de Oncología, Medicina Interna, Pediatría y Radiología, en el año 2012"** realizado por el profesional en formación: **Rosales Narváez Gloria Lorena**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, diciembre de 2012

f: .....

## **Cesión de derechos**

“Yo, Gloria Lorena Rosales Narváez, declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

f.....

Gloria Lorena Rosales Narváez

CI: 170870973-6

## **AUTORÍA**

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autora.

.....

Gloria Lorena Rosales Narváez

CI: 170870973-6

## **DEDICATORIA**

A mis hijas, que de forma física y espiritual me acompañan en el camino de mi vida, por su amor y comprensión.

A mi padre que está pendiente siempre de mi bienestar y progreso.

A mi madre, que está presente en mí y ha sido una fuente de motivación para hacer realidad mis sueños.

## **AGRADECIMIENTO**

Mi profundo agradecimiento hacia las personas que han colaborado de una u otra manera para que lleve a cabo el presente trabajo de investigación, en especial a mi familia.

Agradezco a la Universidad Técnica Particular de Loja y al personal docente de la Escuela de Psicología: Mg. Rocío Ramírez, Lic. Julio Alvarado y en especial a mi tutora de tesis, Lic. Sandra Guevara; los mismos que han estado al frente de este proceso y han dado los lineamientos científicos y operativos para que se concrete el presente proyecto

Por último, agradezco al Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito, por haberme dado acceso a la información base del presente Proyecto de Investigación

## ÍNDICE

### Páginas Preliminares

Certificación .....	ii
Acta de cesión de derechos de tesis.....	iii
Autoría .....	iv
Dedicatoria .....	v
Agradecimiento .....	vi
Índice .....	vii

### Cuerpo del Informe

1. Resumen .....	1
2. Introducción .....	2
3. Marco Teórico.....	4
3.1. Capítulo 1: Conceptualización del Estrés.....	4
3.1.1. Antecedentes del estrés .....	4
3.1.2. Desencadenantes del estrés.....	6
3.1.3. Tipos de estresores.....	7
3.1.4. Estrés laboral .....	9
3.1.5. Moduladores del estrés .....	10
3.1.6. Consecuencias del estrés .....	12
3.1.7. Medidas preventivas y control del estrés.....	13
3.2. Capítulo 2: Conceptualización del Burnout.....	15
3.2.1. Definiciones del Burnout.....	15
3.2.2. Delimitación histórica del Síndrome del Burnout.....	18
3.2.3. Poblaciones propensas al Burnout.....	20

3.2.4.	Fases y desarrollo del Síndrome del Burnout.....	21
3.2.5.	Características, causas y consecuencias del Burnout.....	24
3.2.6.	Modelos explicativos del Burnout.....	27
3.2.7.	Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout.....	31
3.3.	Conceptualización de las variables de la investigación.....	34
3.3.1.	Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	34
3.3.2.	El Burnout y su relación con la salud mental.....	38
3.3.3.	El Burnout y el afrontamiento.....	44
3.3.4.	El Burnout y la relación con el apoyo social.....	48
3.3.5.	El Burnout y la relación con la personalidad.....	51
4.	Metodología .....	56
4.1.	Diseño de investigación.....	57
4.2.	Participantes .....	58
4.3.	Instrumentos .....	58
4.4.	Recolección de datos.....	59
5.	Resultados Obtenidos.....	60
6.	Discusión de Resultados .....	90
7.	Conclusiones y Recomendaciones .....	99
8.	Bibliografía .....	102
9.	Anexos .....	105





## 1. Resumen

El presente estudio expone diferentes enfoques acerca del Síndrome de Burnout: delimitación histórica, causas, consecuencias, modelos explicativos, entre otros.

El objetivo de esta investigación es identificar la existencia del Burnout en profesionales de la salud de nuestro país, la muestra de médicos y enfermeras pertenece específicamente a las áreas de: Oncología, Medicina Interna, Pediatría y Radiología del Hospital Oncológico SOLCA- núcleo Quito.

La muestra analizada fue de 30 profesionales de la salud, 13 médicos y 17 enfermeras(os). El 85% de los participantes pertenecen al género femenino y el 17% al género masculino.

Con respecto al estado civil: 31% solteros, 63% casados, 3% divorciado y 3% unión libre; el médico con burnout es soltero. El rango de edad de los profesionales de la muestra está entre los 26 y 51 años.

A través de los cuestionarios aplicados, se determinó que el 3% de los encuestados presenta el Síndrome de Burnout, resultado que corresponde a un médico de género masculino.

La información recopilada proporcionará a los directivos del Hospital SOLCA, datos que permitan tomar acciones preventivas y curativas con respecto al Burnout.

## 2. Introducción

El tema de la presente investigación “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno” surge a partir de la propuesta de la facultad de Psicología de la Universidad Particular de Loja, como parte de un compromiso social que guía los pasos de esta entidad educativa.

El síndrome del Burnout es conocido comúnmente como el síndrome de: “estar quemado” (Freudenberger, 1974) y se manifiesta en varias profesiones, sobre todo en las que tienen que ver con la asistencia social, como: trabajo social, psiquiatría, docencia, medicina, psicología, etc. (Maslach, 2001)

La definición más conocida es la de Maslach y Jackson (1986), “El Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de logros personales, que se puede presentar entre personas que cuidan de otras”

Este síndrome aqueja con intensidad a los profesionales de la salud que a diario atienden a pacientes que ponen la vida en sus manos. Este trabajo en el área de la salud, implica mucha responsabilidad y esfuerzos: contacto físico y emocional con el paciente, turnos rotativos, horas de guardia, exigencias de la institución a la que pertenece, etc. (Martínez, 2004)

En nuestro país no se reconoce una alta incidencia del burnout o por lo menos no existe aún una evaluación sistemática a nivel nacional, es por esta razón que la UTPL pretende contribuir con esta temática a través de la presente propuesta.

Según la información recopilada, el burnout se presenta con más altas tasas en los países desarrollados como: Estados Unidos (Arosón y Katri, 1981), Francia, Alemania (Knight 1973), España (Steve, 1994) y otras naciones de Europa.

Según la bibliografía revisada se deducen datos generales acerca de la incidencia del síndrome:

- El género femenino es más propenso que el género masculino. (Abraham, 1984)
- Existe mayor índice en la población joven. (Yagil, 1998)
- Dentro de la medicina las ramas más expuestas al burnout son: emergencias, oncología, infectología, entre otras. (Abraham, 1984)
- Mientras menos antigüedad en el trabajo mayor tendencia al síndrome. (Borg, 1989)
- En cuanto al estado civil, se ha detectado mayor índice en solteros, divorciados o viudos. (Seltzer y Numerof, 1998)

Al ser afectado por el burnout, el profesional es mencionado en su potencial y capacidades, esto le produce frustración y como consecuencia una baja realización personal que le afecta individualmente (Maslach, 1986) y se extiende hacia los pacientes y por ende a la institución en que labora (Ruiz y Ríos, 2003). El ausentismo y la rotación de personal generan pérdidas en cuanto a calidad y también a nivel económico.

Cuando el síndrome de burnout ya se ha desarrollado, ningún tratamiento ha demostrado ser 100% efectivo, según Maslach (1986). Es por esto que es mejor prevenir y la mejor manera de hacerlo es a través del conocimiento y el estudio del síndrome.

Para el efecto, en este proyecto se ha profundizado en todas las implicaciones del burnout: efectos, poblaciones propensas, apoyo social, afrontamiento.

Además, mediante la aplicación de instrumentos psicométricos se busca obtener datos que arrojen lineamientos para enrumbar la vida laboral hacia una mejor calidad, en la cual se respete al profesional en toda su dimensión humana y como consecuencia se respete a los pacientes y se ponga en un pedestal el verdadero valor de la vida.

Para hacer efectiva esta investigación, la UTPL hizo un convenio con el Hospital Oncológico Solón Espinoza Ayala de SOLCA, Núcleo Quito.

Se trabajó en una muestra de 30 profesionales de la Salud: 13 médicos y 17 enfermeras/os, los cuales fueron encuestados a través de seis instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ28), Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social y Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

El MBI, indicó la existencia de burnout en los encuestados y definió los índices de los tres aspectos importantes: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. En base a este resultado se ordenó los datos del personal con y sin burnout y se relacionó posteriormente con las variables sociodemográficas y laborales. A través del GHQ-28 se determinó el estado de la salud mental y psíquica, el MOS evaluó el apoyo social como red de contención del individuo, BRIEF-COPE midió la incidencia de los estilos de afrontamiento utilizados y el Cuestionario de Personalidad determinó los diferentes rasgos de la personalidad del grupo de médicos y enfermeros/as de la muestra.

### **3. Marco Teórico**

#### **3.1 CAPÍTULO 1: Conceptualización del Estrés**

##### **3.3.1. Antecedentes del estrés (Origen, definición)**

###### **Origen.**

Lo que en la actualidad se denomina estrés debe haber existido desde que el ser humano es considerado como tal. Sin embargo, el concepto de estrés se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco estudiante de medicina, Hans Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, sea cual sea su enfermedad, presentaban síntomas comunes: abatimiento, cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, etc. Esto despertó la inquietud científica de Selye y al conjunto de estas manifestaciones lo denominó el "síndrome de estar enfermo". (Martínez, 2004)

Posteriormente cuando Hans Selye se graduó como médico, desarrolló sus famosos experimentos con ratas de laboratorio a las cuales las sometía a ejercicio físico extenuante, cuando los animales ya no aguantaban más, se comprobó la elevación de las hormonas suprarrenales, la atrofia del sistema linfático y la presencia de úlceras gástricas. Al conjunto de estas alteraciones orgánicas se lo denominó por primera vez "estrés biológico". (Selye, 1936)

Como resultado de estos estudios se consideró que varias enfermedades como las cardíacas, la hipertensión arterial y los trastornos emocionales o mentales no eran sino la resultante de cambios fisiológicos productos de un prolongado estrés en los órganos de choque y que estas alteraciones podrían estar predeterminadas genéticamente.

En el transcurso de sus estudios, Selye (1936), concluyó que no solamente los agentes físicos nocivos actuando directamente sobre el organismo animal son productores de estrés, sino que además, en el caso del hombre, las demandas de carácter social y las amenazas del entorno del individuo provocan el trastorno del estrés.

En base a estos descubrimientos, han sido varias las disciplinas que han afrontado el fenómeno del estrés, así: medicina, biología, psicología, etc.

### **Definición**

Desde 1935, Hans Selye, (padre del estrés) introdujo el concepto de estrés como síndrome o conjunto de reacciones fisiológicas no específicas del organismo a diferentes agentes nocivos del ambiente de naturaleza física o química.

Según, Robbins y Judge (2009), el estrés es una condición en la que un individuo se ve confrontado con una oportunidad, demanda o recurso relacionado con lo que el individuo desea y cuyo resultado se percibe como incierto e importante. Aunque es común que se analice el estrés con un contexto negativo, también tiene un valor positivo. Cuando ofrece el potencial para obtener una ganancia es una oportunidad, por ejemplo, se puede considerar el mayor desempeño que un atleta da en situaciones de competencia.

De manera similar, muchos profesionales ven a las presiones laborales como desafíos que mejoran la calidad de su trabajo. Sin embargo, mucho estrés o incluso una

cantidad moderada sostenida durante un periodo largo, con el tiempo cobra fuerza y se manifiesta como malestar e insatisfacción laboral, por lo tanto el desempeño disminuye. (Robbins y Judge, 2009)

Para Sells (1970), estrés es la falta de disponibilidad de respuestas adecuadas ante una situación que produce consecuencias graves e importantes.

Appley y Trumbull (1967), afirman que el estrés se trata de situaciones nuevas e intensas rápidamente cambiantes e inesperadas.

Para McGrath (1970), el estrés es un importante desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad de logro o satisfacción, bajo condiciones en las que el fracaso en la solución de la situación tiene importantes consecuencias.

### **3.1.2. Desencadenantes del estrés:**

Una parte importante del esfuerzo que se ha realizado para el estudio y comprensión del estrés, se ha centrado en determinar y clasificar los diferentes desencadenantes de este fenómeno. (Holmes, 1967)

Según Holmes (1967), los desencadenantes del estrés se han agrupado en tres aspectos determinantes:

#### *Factores medioambientales:*

*Sucesos vitales:* muerte de un familiar cercano, divorcio, embarazo, enfermedad, etc.

*Situaciones de la vida cotidiana:* clima, lugar de domicilio, ruido, contaminación, situación económica, etc.

*Catástrofes:* cataclismos, terremotos, inundaciones, etc.

*Ambientes humanos:* lugar de trabajo, entorno laboral, relación familiar, relación con pares, etc. (Holmes, 1967)

### Factores hormonales

De acuerdo a las etapas evolutivas de las personas, los cambios hormonales provocan cambios comportamentales en las diferentes etapas de la vida (Stora,1991), por ejemplo:

- *Pubertad*: El cuerpo del adolescente "cambia" de forma, sus órganos sexuales comienzan a funcionar y nuevas hormonas comienzan a ser segregadas, estos cambios hormonales generan cambios en el entorno y se produce el estrés.
- *Síndrome Premenstrual*: Cuando la mujer ha pasado por la pubertad, una vez al mes, antes de la menstruación, los niveles de hormonas femeninas disminuyen abruptamente, en muchas mujeres el estrés causado por esta disminución de hormonas es suficiente para causar un episodio de sobre-estrés.
- *Post-Parto*: Después del parto o de un aborto se produce un cambio hormonal significativo, mismo podría causar un episodio de estrés.
- *Menopausia*: El declive de hormonas durante la menopausia es leve y constante. Sin embargo, éste declive hormonal es suficiente para causar sobre-estrés en muchas mujeres.

(Stora, 1991)

### Estrés alérgico

Cuando el cuerpo se pone en contacto con alguna sustancia tóxica, este reacciona con un mecanismo de defensa a manera de gripe, ronchas, etc; a esta reacción del cuerpo se la denomina alergia. Las reacciones alérgicas son parte natural del mecanismo de defensa del cuerpo, el cual es una fuente de estrés que requiere de grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que el mismo cuerpo considera amenazante. (Stora, 1991)

### **3.1.3. Tipos de Estresores**

El concepto estresor corresponde a factor de estrés, es decir, describe todas las cargas o exigencias externas que provocan una reacción de estrés. Los estresores presentan algunas características generales: cambio o novedad en la situación



estimular; falta de información de la situación; incertidumbre; ambigüedad de la situación y sobrecarga de información; falta de habilidades o conductas para afrontar la situación que se presenta; y alteración de las condiciones biológicas del organismo. (Robbins y Judge, 2009)

Según Mansilla Izquierdo (s/a), hay diferentes tipos de estresores de acuerdo a la fuente de donde provienen, estos son los siguientes:

- *Estresores Psicosociales: Son aquellos que se dan en el marco de las relaciones personales y que afectan tanto a la parte psicológica como social del individuo, ejemplo: desacuerdos, abuso, aislamiento, situaciones pendientes.*
- *Estresores Biogénicos: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos. (Mancilla Izquierdo s/a). Estos estresores pueden estar presentes de manera crónica y también pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro.*
- *Estresores Internos: muchos factores estresantes están relacionados con la situación individual, en especial con las exigencias de rendimiento a las que cada uno está sometido en su contexto social, por ejemplo: aproximación de un examen, entrevista, la sensación de exigencia excesiva o la de tener una gran responsabilidad.*
- *Estresores Externos: tienen que ver con el entorno físico como el clima, altitud, lugar de residencia, fenómenos naturales, contaminación, ruido, etc.*

La percepción de algo como estresante o no es completamente distinta en cada caso, ya que depende de la valoración subjetiva que tiene cada individuo acerca de sus propias capacidades y límites con relación a su entorno personal y laboral. (Mansilla Izquierdo, s/a)

### 3.1.4. Estrés Laboral

Desde la década de los setenta del siglo pasado, disciplinas como la psicología organizacional, han centrado sus estudios en la calidad de vida de los individuos que trabajan en instituciones y organizaciones. Este interés se ha ido configurando en contraposición a la tendencia propia del consumismo, de considerar al ser humano como una prolongación de la maquinaria de producción. Dentro de este marco se han realizado estudios con miras a investigar los factores psicológicos, fisiológicos y emocionales de los empleados con relación al trabajo en el cual se ven involucrados.

De acuerdo con el nivel que alcance, el estrés puede ser útil o perjudicial para el desempeño laboral. Un modelo de estrés-desempeño que muestra la relación entre ambos. Cuando no hay estrés, los retos laborales están ausentes y el desempeño tiende a ser bajo. (Newstrom, 2007)

A medida que aumente el estrés el desempeño es mucho mayor porque este ayuda a una persona a buscar recursos para satisfacer las necesidades laborales. El estrés constructivo es un estímulo beneficioso porque impulsa a los empleados a responder a sus retos. Por último, cuando el estrés llega a una meseta que corresponde aproximadamente a la máxima capacidad de desempeño diario de una persona, en este punto, la tensión adicional ya no produce ninguna mejora.

Si la tensión llega a niveles demasiado elevados, se convierte en una fuerza destructiva. El desempeño empieza a disminuir en algún momento porque el exceso de tensión influye con el trabajador. El empleado pierde habilidad para enfrentar el estrés, capacidad para tomar decisiones y asume un comportamiento errático. Si la tensión aumenta, se produce un punto de ruptura en el que el desempeño llega a un nivel cero; el empleado tiene una crisis nerviosa, se enferma al grado de no poder trabajar, es despedido, renuncia o se niega a ir a trabajar para no enfrentar el estrés. (Newstrom, 2007)

Newstrom (2007), manifiesta que la relación entre el estrés y el desempeño se compara con las cuerdas de un violín: cuando estas están muy poco o demasiado tensas, no producen un sonido adecuado. Además, las cuerdas necesitan afinarse para adaptarse a condiciones cambiantes, como el aumento de humedad. Al igual que con las cuerdas

de un violín, cuando la tensión sobre un empleado es demasiado alta o baja, su desempeño tiende a deteriorarse. El reto de la administración, como el del ejecutante del violín, es vigilar de tensión y realizar ajustes periódicos.

Así pues, en el ámbito laboral se toma conciencia de que los efectos del estrés no inciden de modo negativo únicamente sobre el individuo, sino que también tienen una repercusión directa e indirecta sobre la organización.

Entre las características distintivas de esta respuesta al estrés laboral crónico padecido por profesionales que habitualmente desarrollan su trabajo “atrapados” entre el cliente y su organización, destaca el hecho de que el componente estresante surge de la propia interacción social entre la persona que ofrece sus servicios y el usuario que los recibe (Maslach, 1982). Por otra parte, en las profesiones de asistencia social suele producirse un choque entre las expectativas iniciales de ayuda a los demás, eliminación del sufrimiento, etc., que muestran los profesionales al iniciar su labor, y las estructuras organizacionales, las cuales no siempre son capaces de dar respuesta a estas expectativas. A ello habría que añadir, las carencias de la propia formación recibida que, tradicionalmente ha enfatizado el aprendizaje de conocimientos y habilidades técnicas requeridas en el desempeño laboral, pero no ha dotado al futuro profesional de otras estrategias necesarias para afrontar la complejidad organizacional en la que ha de llevar a cabo su tarea o las dificultades que puede plantearle su relación con el usuario. (Martínez, 2004)

### **3.1.5. Moduladores del estrés**

*Vulnerabilidad al estrés* y *umbral de estrés* son dos factores importantes que ayudan a determinar cómo afectará el estrés de modo diferente el desempeño de los empleados en puestos similares (Newstrom, 2007). La vulnerabilidad de los trabajadores al estrés, depende de factores tanto internos (organizacionales) como externos (no laborales). Un factor interno es el umbral de estrés de un empleado, es decir, el nivel de factores (frecuencia y magnitud) que la persona puede tolerar antes de que aparezcan sentimientos negativos de estrés y afecten desfavorablemente el desempeño. Para las personas que tienen un umbral bajo, la tensión que provocan los cambios o trastornos,

incluso relativamente pequeños, en sus rutinas laborales ocasiona una disminución de su desempeño, en cambio, las personas cuyo umbral es alto, se muestran menos afectadas por las condiciones desfavorables de su entorno. (Newstrom, 2007)

*La autoestima* es un importante modulador del estrés; el empleado que posee una alta autoestima conoce su valor y sus potenciales, por lo tanto está mejor equipado para afrontar los inconvenientes que se dan en toda relación humana y laboral como: falta de colaboración, críticas malsanas, etc. En cambio si un individuo tiene una baja autoestima, no posee las herramientas emocionales ni cognitivas para enfrentar los inconvenientes y es blanco fácil para dejarse amilanar y afectar por su entorno. (Newstrom, 2007).

*La personalidad* tiene que ver mucho con la forma de afrontar el estrés; Las personas con personalidades agresivas y competitivas, establecen estándares altos para sí mismo y para los demás, son impacientes y prosperan bajo presiones constantes de tiempo. Se exigen demasiado, incluso en momentos de esparcimiento y recreación. No se dan cuenta de muchas de las presiones que sienten son ocasionadas por ellas mismas, es decir, no son producto de su ambiente. Debido al constante estrés que padecen, algunas de ellas son más propensas a los padecimientos físicos relacionados con el estrés. Las personas cuya personalidad es más relajada y tranquila, aceptan condiciones y trabajan juntas más que compitiendo entre ellas, son especialmente relajadas respecto de las presiones de tiempo, por lo que tienen menos problemas relacionados con el estrés, cumplen a la final su trabajo pero de una manera más programada y efectiva. (Martínez, 2004)

*El apoyo social* es un importante modulador del estrés; algunas personas experimentan estrés porque están desconectadas del mundo que las rodea; carecen de relaciones interpersonales cálidas. Los individuos con una ambición imperiosa y una fuerte necesidad de independencia no tienen capacidad para desarrollar relaciones estrechas con amigos y colegas. Para ser exitosos, sacrifican con frecuencia la satisfacción de sus necesidades sociales. Su falta de relaciones sociales les genera ira, ansiedad y soledad, todo lo cual les produce estrés. (Newstrom, 2007)

Un antídoto poderoso para este problema es la presencia de apoyo social en el trabajo. El apoyo social es la red de actividades, interacciones y relaciones útiles que satisfacen

necesidades importantes de los empleados. Existen cuatro tipos de apoyo en una red general: instrumental (apoyo de tareas y ayuda material), informativo, de evaluación y emocional. (Newstrom, 2007)

*El tipo de afrontamiento* determina la incidencia del estrés sobre las personas; tanto las organizaciones como los individuos están muy interesados en el estrés y sus defectos. (Newstrom, 2007). Al tratar de controlar la tensión, tienen tres opciones generales: a) prevenirla o controlarla; b) escapar; c) aprender a adaptarse a ella (manejar sus síntomas). Las organizaciones intentan mejorar las habilidades de comunicación de la administración, facultar a los empleados a través de la participación, rediseñar los puestos para que sean más satisfactorios o implementar programas de desarrollo organizacional. Estos pasos están dirigidos a *reducir o eliminar* los factores que asechan a los empleados. Algunos pueden *escapar* a la tensión si logran su transferencia a otro puesto, encuentran empleos alternativos, aceptan una jubilación temprana o adquieren habilidades en asertividad que les permitan confrontar el estrés. También existen varios enfoques de *adaptación* para enfrentar el estrés, los cuales frecuentemente implican actividades de colaboración entre los empleados y la administración e incluyen apoyo social, actividades de relajación y programas de bienestar personal. (Newstrom, 2007)

### **3.1.6. Consecuencias del Estrés**

Según, Holmes (1967), Las consecuencias del estrés se manifiestan en tres aspectos:

*Aspectos fisiológicos:* el estrés ocasiona enfermedades físicas, porque el sistema corporal interno trata de manejar la tensión. Algunas enfermedades físicas son de corta duración, como un malestar estomacal. Otras son prolongadas, como una úlcera gástrica. El estrés que se mantiene durante un tiempo prolongado también favorece la aparición de enfermedades degenerativas del corazón, riñones, vasos sanguíneos y otras partes del cuerpo. Puede ocasionar angina (severo dolor en el pecho) y dolores de cabeza. Por lo tanto, es importante que el estrés, tanto dentro como fuera del trabajo, se mantenga en un nivel suficientemente bajo como para que la mayoría de las personas lo tolere sin desarrollar padecimientos emocionales ni físicos.

*Aspectos cognitivos:* se manifiestan en la forma en que el sujeto filtra y procesa la información de éste y evalúa si las situaciones deben ser consideradas como relevantes o irrelevantes, agradables, aterradoras, inocuas, etc.; esta forma subjetiva de asimilación mental de los agentes estresores da lugar a pensamientos y creencias que guían la forma de afrontamiento ante el estrés

*Aspectos motores:* las respuestas básicas ante situaciones de estrés pueden ser bien de enfrentamiento o ataque, huida o evitación y, menos frecuentemente, pasividad o colapso. Disponer de habilidades adecuadas para hacer frente a las situaciones de estrés depende de si se han podido aprender las conductas pertinentes y de si la emisión de estas ha sido reforzada en ocasiones precedentes. La respuesta del organismo es diferente según se esté en una fase de tensión inicial en la que hay una activación general del organismo y en la que las alteraciones que se producen son fácilmente remitibles, si se suprime o mejora la causa, o en una fase de tensión crónica o estrés prolongado, en la que los síntomas se convierten en permanentes y desencadenan a un nivel patológico. Holmes (1967)

### **3.1.7. Medidas Preventivas y Control del Estrés.**

Según, López (1995), a nivel empírico, se puede hablar de que no existe una fórmula sencilla e infalible que pueda "curar" el estrés. Se requieren acciones diversas que permitan reducir las situaciones de sobrecarga. Para ello puede ser necesario reaprender a realizar las tareas cotidianas del hogar o el trabajo, a nivel conductual unas buenas medidas de prevención son:

- *Programar las actividades para que no se acumulen ni se conviertan en un caos.*
- *Establecer prioridades claras.*
- *Delegar responsabilidades.*
- *Aprender a decir no a los compromisos que no se pueden cumplir.*
- *Hacer bien y pronto lo que se puede hacer y olvidarse por completo de lo que no se puede.*
- *Asumir los grandes retos como secuencias de pequeños pasos.*
- *Buscar momentos y oportunidades para hacer uso del buen humor.*

Además, existen formas de contrarrestar los efectos nocivos del estrés, como el ejercicio físico regular y las técnicas de relajación. (López, 1995)

La relajación es conveniente para aliviar el estado de tensión muscular que ocurre inconscientemente durante el estrés. Los músculos, especialmente cervicales (de la nuca) y lumbares (de la cintura), se contraen en forma prolongada y generan dolor. Este dolor produce incomodidad y dificulta el desempeño de las tareas, generando más estrés. (López, 1995)

A nivel científico, se puede definir que, como la etiología del estrés laboral es múltiple, también las medidas preventivas para eliminar o reducir el estrés laboral pueden ser diversas. (López, 1995)

### **Intervención sobre la organización**

Para prevenir el estrés laboral se ha de empezar a intervenir en la fase de diseño, teniendo en cuenta todos los elementos del puesto de trabajo, integrando el entorno físico y social y sus posibles repercusiones para la salud.

La intervención sobre el estrés laboral ha de pasar fundamentalmente por la intervención de la organización, ya que la intervención individual de reducción del estrés o de sus consecuencias, puede ser útil, pero no siempre es la solución más eficaz y adecuada para prevenirlo (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2003).

El Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de Estados Unidos (NIOSH, 2007), basándose en experiencias y recomendaciones suecas, holandesas y de otros países, establece las siguientes medidas preventivas en los lugares de trabajo:

- *Carga de trabajo: comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y recursos del trabajador y permitir su recuperación después de tareas físicas o mentales particularmente exigentes.*
- *Horario de trabajo: diseñar los horarios de trabajo de manera que eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo. Los horarios de los turnos rotatorios deben ser estables y predecibles.*

- *Participación/control: favorecer que los trabajadores aporten ideas a las decisiones o acciones que afecten a su trabajo.*
- *Contenido: diseñar las tareas de forma que confieran sentido, estímulo y la oportunidad de hacer uso de las capacitaciones.*
- *Roles: definir claramente los roles y responsabilidades en el trabajo.*
- *Entorno social: crear oportunidades para la interacción social, incluidos el apoyo social y la ayuda directamente relacionada con el trabajo.*
- *Futuro: evitar la inseguridad en temas de estabilidad laboral y fomentar el desarrollo de la carrera profesional.*

### **Intervención sobre el trabajador**

Según Newstrom (2007), podemos especificar algunas técnicas como: técnicas cognitivas, técnicas fisiológicas y técnicas conductuales:

- *Técnicas cognitivas:* Reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, inoculación de estrés y detención de pensamiento.
- *Técnicas fisiológicas:* Relajación muscular, relajación autógena y control de la respiración.
- *Técnicas conductuales:* Entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas de autocontrol.

## **3.2 CAPITULO 2. Conceptualización del Burnout**

### **3.2.1. Definiciones del Burnout**

El síndrome de Burnout o también conocido como el síndrome de "estar quemado", (Hernández y Navarrete, 2007) es el desequilibrio físico , psicológico y emocional que se da en la persona que lo padece , esto es así , debido a una relación inadecuada con su ambiente laboral.



Maslach y Jackson (1986), son los autores que ofrecen el concepto tridimensional del burnout, definiéndolo como “un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución del logro personal, que puede presentarse entre individuos que realizan trabajo con personas de alguna clase”.

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 con demandas emocionales".

El Burnout es la tensión al interactuar con otras personas que se manifiesta como fase avanzada de estrés laboral e incluye características como: falta de interés, frustración, desilusión, dificultad para integrarse adecuadamente al entorno laboral, agotamiento emocional, despersonalización, falta de realización personal y baja autoestima personal (Martínez, 2010).

De hacerse crónico este síndrome puede llegar a causar incapacidad total para volver a trabajar ya que el individuo que lo afronta corre el riesgo de perder totalmente el sentido y la motivación para seguir trabajando. (López, 1995)

La necesidad de investigar sobre el síndrome de “quemarse” por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente interés que las organizaciones han puesto sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental de sus empleados tiene repercusiones sobre la organización: absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad de atención (Newstrom, 2007)

Según, Maslach y Jackson (1986), desde un enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome que se manifiesta en: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. El agotamiento emocional alude a la

situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, una sensación de indiferencia emocional.

La despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, las cuales son vistas como objetos y de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo. (Schaufelli y Buunk, 2004)

La baja realización personal en el trabajo hace referencia a la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismo e insatisfechos con sus resultados laborales. (Schaufelli y Buunk, 2004)

El síndrome es un tipo de mecanismo de defensa y autoprotección frente al estrés generado por la relación que el profesional tiene con su entorno de trabajo. En este contexto, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. (Schaufelli y Buunk, 2004)

Así, el síndrome de Burnout es un paso intermedio en la relación estrés y consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de alteraciones psicósomáticas; y para la organización en forma de: accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc. (Schaufelli y Buunk, 2004).

El síndrome de Burnout se manifiesta en los siguientes aspectos de la vida del individuo (Gil-Monte y Moreno Jiménez 2007):

***Psicosomáticos:*** *fatiga crónica, frecuentes dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares, etc.*

**Emocionales:** *distanciamiento afectivo como forma de protección del yo, aburrimiento y actitud cínica, impaciencia e irritabilidad, sentimiento de omnipotencia, desorientación, incapacidad de concentración, sentimientos depresivos.*

**Conductuales:** *absentismo laboral, abuso de drogas (café, tabaco, alcohol, fármacos, etc.), incapacidad para vivir de forma relajada, superficialidad en el contacto con los demás, comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas.*

**En lo laboral:** *disminución de la capacidad de trabajo en detrimento de la calidad de los servicios que se presta a los pacientes y clientes, interacciones hostiles, mala comunicación.*

Los factores personales, familiares, y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este síndrome. A la vez los factores organizacionales obedecen a políticas globales de cada país que pueden agudizar las exigencias laborales.

Es conveniente reservar el diagnóstico de *Síndrome de Burnout* cuando se da específicamente en aquellas profesiones que mantienen un contacto directo y constante con personas, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio y son beneficiarios del propio trabajo :docentes, sanitarios, trabajadores sociales, fuerzas del orden, personal de justicia, trabajadores de banca, árbitros y jueces deportivos, trabajadores del sector turístico, etc. (Gil-Monte y Moreno Jiménez, 2007) y el diagnóstico de *estrés laboral* es el adecuado para las profesiones que carecen de contacto directo y constante con personas y que no tengan relación de ayuda o servicio.

### **3.2.2. Delimitación histórica del síndrome del Burnout**

El ser humano en su afán de sobrevivir, ha sido capaz de grandes esfuerzos autoimpuestos u obligados por su entorno, por lo tanto es comprensible pensar que

desde tiempos primitivos el hombre ha estado expuesto a factores estresantes y por lo mismo, ha sufrido de agotamiento físico, emocional y psicológico.

El término Burnout se tomó de la industria aeroespacial, que significa agotamiento del carburante de un cohete como resultado del calentamiento excesivo. La traducción literal de este término es "estar quemado". (Schaufelli y Buunk, 2004)

Según, la OMS (1988), en la década de los años 70, el científico Freudenberger fue el pionero en acuñar el término de burnout para describir "un síndrome de agotamiento, desilusión y desgaste" que se producía en profesionales que trabajaban con toxicómanos, los mismos que después de algunos meses de trabajo, sufrían de algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados, pero en forma aislada (Freudenberger, 1974). Se podía observar el sufrimiento: algunos decían que ya no veían a sus "pacientes" como personas que necesitan de cuidados especiales dado que los mismos afectados no se esforzaban por dejar de usar drogas. Otros decían que estaban tan cansados que a veces ni deseaban despertar para no tener que ir al trabajo, otros afirmaban que no lograban cumplir los objetivos que se habían imaginado. Se sentían incapaces de modificar la situación; se sentían derrotados. A estos síntomas, ahora definidos y analizados en conjunto, se le atribuye el nombre de Burnout.

Fue desde la perspectiva clínica, que Freudenberger utilizó el término por primera vez en 1974. La importancia del trabajo de este científico fue exactamente nombrar un conjunto de síntomas y sensaciones que ya estaban allí. (Maslach y Leiter, 2012)

La teoría del Burnout no surge por casualidad, emerge en el auge de la era industrial y se dispone a comprender las contradicciones que afloran cuando se persigue la productividad a cualquier costo sin tomar en cuenta la dimensión integral del ser humano.

Freudenberger fue quien utilizó por primera vez el vocablo Burnout para referirse a los problemas de los servicios sociales, sin embargo, fue Cristina Maslach quién comenzó a divulgarlo en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos en 1977. Ella utilizó esta expresión para referirse a que los trabajadores de los servicios humanos después de meses o años de dedicación acababan "quemándose" en el trabajo.

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson en 1986, quienes lo consideran como una respuesta principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condiciones y antecedentes ; además definen que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas y puntualizan tres dimensiones características :agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y personal.

Los instrumentos de medida de este síndrome se basan en la evaluación de la disminución o pérdida de recursos emocionales. El cuestionario más usado es la escala de Maslach de 1986, MBI. (Maslach y Leiter, 2012).

El interés por este campo se acrecentó debido a tres factores que Perlman y Hartman (1982), señalan como fundamentales:

- a. *La cada vez mayor importancia que los servicios humanos fueron adquiriendo como partícipes del bienestar individual y de la colectividad.*
- b. *La mayor exigencia que los pacientes, usuarios o alumnos hacían de los servicios sanitarios, sociales o educativos.*
- c. *Los conocimientos por parte de los investigadores, de los perjudiciales efectos del estrés en las personas y de los ambientes en los que participa el trabajador.*

### **3.2.3. Poblaciones propensas al Burnout**

Los más afectados con este síndrome suelen ser los profesionales de la salud, sin embargo, este síndrome también afecta en otros ámbitos del quehacer laboral como en la educación y en lo social, en donde los detonantes del Burnout son: las largas jornadas de trabajo, el involucramiento en los problemas de las otras personas, la falta de tiempo, poca convivencia familiar y poco espacio para el alimento psicoafectivo del individuo. (Newstrom, 2007)

La incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo sobre los profesionales de la salud no solo afecta al individuo sino que conlleva también repercusiones sobre la sociedad en general, ya que debido a la falta de interés en los pacientes , los médicos y enfermeras pueden ocasionar graves consecuencias y hasta la muerte de personas. (Newstrom, 2007)

La Fundación Europea para las Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo llegó a afirmar en 1999, que un 20% de la población trabajadora sufría *Burnout* (Pérez Bilbao, 2006).

Los trabajadores que pueden ser susceptibles de Burnout se encuentran con mayor frecuencia entre aquellas ocupaciones en las que se presta una atención constante y directa de ayuda a personas; es el caso de las profesiones sanitarias, sociales o educativas, y son algunos de estos trabajadores los que pueden desarrollar sentimientos cada vez más negativos hacia los pacientes, usuarios o alumnos

Aunque este síndrome se ha considerado como exclusivo de servicios sanitarios, servicios sociales, instituciones docentes y servicios de seguridad que trabajan, lo cierto es que el síndrome ha sido descrito en otras profesiones (Perlman y Hartman, 1982).

#### **3.2.4. Fases y desarrollo del síndrome de Burnout**

En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta inadecuada a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores al momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el

desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio.

Algunos de los autores que han intentado una visión global son los que vienen a continuación:

Para *Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995)*, el proceso de *Burnout* comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización. Más tarde se incorpora el sentimiento de culpa en el proceso de *Burnout*. Es posible identificar dos perfiles en la evolución del *Burnout*: uno, caracteriza a los trabajadores que no desarrollan sentimientos de culpa intensos y que aunque sufran *Burnout*, se pueden adaptar al entorno laboral, por lo que el síndrome no resulta incapacitante para el ejercicio de la actividad laboral, a pesar de que ésta sea deficiente para los usuarios, pacientes, clientes, etc. y para la organización. Otro incorpora la aparición de sentimientos de culpa como un síntoma más del *Burnout*. La aparición de sentimientos de culpa puede originar un círculo vicioso en el proceso del *Burnout* que intensifica sus síntomas y lo hace más destructivo.

Según *Edelwich y Brodsky (1980)* se han establecido varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al Burnout:

- a. *Etapa de entusiasmo: el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución, el trabajador tiene elevadas aspiraciones y una energía desbordante.*
- b. *Etapa de estancamiento: comienza cuando no se cumplen las expectativas sobre el trabajo y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo.*
- c. *Etapa de frustración: es el período de la desilusión y de la falta de motivación laboral, en la que brotan los problemas emocionales, físicos y conductuales.*
- d. *Etapa de apatía: se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas.*

- e. *Etapa de Burnout* : en esta etapa se llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Cherniss (1980) subraya que se llega al Burnout desde el estrés laboral por un proceso de acomodación psicológica entre un trabajador estresado y un trabajo estresante, y distingue entre:

- a. *Fase de estrés*, que se caracteriza por un desajuste entre demandas laborales y los recursos del trabajador.
- b. *Fase de agotamiento*, en la que llegan a producirse de forma crónica respuestas de preocupación, tensión, ansiedad y fatiga.
- c. *Fase de afrontamiento defensivo*, en la que se aprecian cambios en las actitudes hacia las personas con manifestaciones de frialdad y cinismo.

Para Maslach y Leiter (1988), como consecuencia de los estresores laborales, los trabajadores desarrollan sentimientos de agotamiento emocional que posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que atienden y como consecuencia de ello pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo. El agotamiento emocional sería la dimensión fundamental del *Burnout*, a la que seguiría la despersonalización y posteriormente la reducida realización personal. Este proceso vendrá determinado por las interacciones que cada dimensión mantenga con los diversos componentes organizacionales: competencia (fomento de habilidades y afrontamiento efectivo), autonomía y participación en la toma de decisiones, interacción y apoyo de jefes , compañeros y clientes. Según este autor, el agotamiento emocional sería lo que sentiría un trabajador con *Burnout* y, por tanto, la dimensión que pondría en marcha el síndrome, siendo la baja realización personal la que daría lugar a las consecuencias observables del *Burnout* como el absentismo, la rotación de puestos, el abandono del trabajo, etc, mediatizadas por la despersonalización.



El diagnóstico se establece a través de la presencia de la tríada sintomatología constituida por el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal; elementos que pueden ser puestos en evidencia por diferentes tests, el paradigma de los cuales es el Cuestionario Sociodemográfico MBI (Maslach Burnout Inventory).

### **3.2.5. Características, causas y consecuencias del Burnout**

Según, El Manual DSM-IV (1995), se podría incluir el síndrome de Burnout como trastorno adaptativo, ya que la característica fundamental del mismo es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresor psicosocial identificable. Otro criterio diagnóstico es que los síntomas deben presentarse durante los tres meses siguientes al inicio del estresor. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar superior al esperable, dada la naturaleza del estresor, o en un deterioro significativo de la actividad social, profesional o académica.

Otra opción diagnóstica es considerar el síndrome de Burnout como un problema laboral e incluirlo en el Eje I de la CIE-10 que agrupa los trastornos clínicos y otros problemas que pueden ser objeto de atención médica. Esta categoría puede usarse cuando el objeto de atención clínica es un problema laboral que no se debe a un trastorno mental o que, si se debe a un trastorno mental, es lo bastante grave como para merecer una atención clínica independiente. En esta categoría se incluyen problemas como la insatisfacción laboral y la incertidumbre sobre la elección profesional. Sin embargo, el síndrome de Burnout como patología presenta un cuadro clínico mucho más grave e incapacitante para el individuo y para el ejercicio de la actividad laboral que estos problemas.

Debido a que estas posibilidades de diagnóstico no terminan de recoger las características del Burnout en toda su amplitud, no es desacertado recomendar su inclusión tanto en el manual diagnóstico DSM-IV como en la CIE-10 como una patología con entidad propia.

Son numerosas las causas del Burnout, las mismas dependen de variables como son: género, edad, red de apoyo social, etnia, etc.

Según, El INSHT (España, 2005), entre la causalidad de este síndrome podemos nombrar:

*Factores laborales o profesionales; condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su labor los diferentes profesionales de la salud.*

*Inadecuada formación profesional; por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.*

*Factores sociales; como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.*

*Factores ambientales; cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos.*

## **Consecuencias**

Las consecuencias del Burnout se manifiestan tanto en el afectado por este síndrome como en su entorno.

A nivel individual se produce un deterioro general, los síntomas de Burnout pueden ser agrupados en: físicos, emocionales y conductuales (Cherniss, 1980 ) (Maslach, 1982):

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

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

*Conductuales: conducta despersonalizada en la relación con el cliente, absentismo laboral, abuso de drogas legales e ilegales, cambios bruscos de humor, incapacidad para vivir de forma relajada, incapacidad de concentración, superficialidad en el contacto con los demás, aumento de conductas hiperactivas y agresivas, cinismo e ironía hacia los clientes de la organización, agresividad, aislamiento, negación, irritabilidad, impulsividad, atención selectiva, apatía, suspicacia, hostilidad, aumento de la conducta violenta y comportamientos de alto riesgo .*

Estos síntomas tienen unas consecuencias negativas hacia la vida en general, disminuyendo la calidad de vida personal y aumentando los problemas familiares y en toda la red social extra laboral del trabajador, debido a que las interacciones se hacen tensas, la comunicación termina siendo deficiente y se tiende al aislamiento.

Según, Martínez (2010), las consecuencias del Burnout son tantas que cuando se manifiestan tienen algunas ramificaciones a nivel individual y social, cabe añadir a las anteriores:

Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste.

Favorece “la respuesta silenciosa” que es la incapacidad para atender a las experiencias

difíciles de los consultantes y se produce el efecto de evasión. (Danieli, 1984)

El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.

Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó al intentar obtener una recompensa esperada. (Danieli, 1984)

La progresiva pérdida del idealismo y el sentido de su misión.

El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.

La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa.. Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, y autovaloración negativa, en el nivel grave se expresan en el abuso de psicofármacos, absentismo, abuso de alcohol y drogas. (Martínez, 2010)

### **3.2.6. Modelos explicativos del Burnout**

Dado que el síndrome de Burnout es multidimensional no existe un modelo único que explique el fenómeno sino que cada modelo se ha centrado y analizado algunas variables.

la clasificación propuesta por Gil Monte y Peiró (1997) citado en Martinez (2010), considera los siguientes modelos que agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome y discuten a través de qué procesos los trabajadores llegan a sentirse quemados.

Un primer grupo de modelos se ha desarrollado en el marco de la teoría Sociocognitiva del Yo, un segundo grupo ha elaborado los modelos desde las teorías del Intercambio Social, un tercer grupo se ha basado en la teoría Organizacional y un *cuarto grupo* ha considerado la teoría Estructural.

<b>Modelos explicativos del Burnout</b>	
<b>Modelo</b>	<b>Definición</b>
1. Modelos elaborados desde la Teoría Sociocognitiva del Yo	Otorgan a las variables del self (autoeficacia, autoconfianza, autoconcepto) un elemento vital para explicar el desarrollo del síndrome.
1.1. Modelo de competencia social de Harrison (1983)	Asume que el síndrome de <i>Burnout</i> es fundamentalmente producido por las relaciones de competencia y eficacia laboral. Para este autor, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un elevado de altruismo. En su entorno laboral se encuentran con factores de ayuda, que facilitan la actividad o con factores barrera que la dificultan. Entre estos factores están la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de los recursos, la retroalimentación recibida, la sobrecarga laboral, etc. Según este modelo, la motivación va a predeterminar la eficacia del trabajador en la consecución de los objetivos laborales, de forma que a mayor motivación del trabajador mayor eficacia laboral.
1.2. Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)	Señala que las características del ambiente que facilitan que el trabajador desarrolle sentimientos de éxito se corresponden con las características de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome de Burnout: un alto nivel de desafío, autonomía, control, retroalimentación de los resultados y apoyo social del supervisor y de los compañeros. Los trabajadores con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida experimentan menos estrés en las situaciones de amenaza, y las situaciones son menos estresantes cuando los trabajadores creen que pueden afrontarlas de manera positiva. El éxito y el logro de los objetivos personales por uno mismo aumenta los sentimientos de autoeficacia, mientras que el fallo en alcanzar los objetivos conlleva sentimientos de fracaso, baja autoeficacia y puede dar lugar al desarrollo del síndrome de Burnout.
1.3. Modelo de Pines (1993)	El Burnout se presenta cuando el sujeto ha buscado un sentido existencial en su trabajo, al no cumplirse sus expectativas, se produce un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación a quedado gravemente afectada.
1.4. Modelo de autocontrol de Thompson, Page, Cooper (1993)	Circunscriben la etiología del síndrome a cuatro variables: las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador, el nivel de autoconciencia del trabajador, sus expectativas de éxito y sus sentimientos de autoconfianza. Si existen reiterados fracasos en estos cuatro aspectos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación estresante, dando lugar a la despersonalización.

2. Modelos elaborados desde la Teoría del Intercambio Social	Se basa en que el Burnout tiene su etiología en la percepción de la falta de equidad que se produce en los individuos como resultado del intercambio y comparación social.
2.1. Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993)	Estos autores desarrollan su modelo para explicar la etiología del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería, y señalan que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología: por un lado, los procesos de intercambio social con los pacientes y, por otro, los procesos de comparación con sus compañeros profesionales.
2.2. Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993)	Teoría motivacional que manifiesta que cuando la motivación básica en el trabajo se ve amenazada y no se recibe lo que se espera después de haber invertido los propios recursos, se puede presentar el síndrome de Burnout.
3. Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional	Se puede llegar al Burnout a través de las siguientes situaciones dentro de una organización: estructura, disfunciones de rol, falta de salud organizacional, cultura y clima organizacional. Se enfatiza en los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento respectivas.
3.1. Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)	El síndrome es un proceso en el que los profesionales pierden el compromiso inicial que tenían con su trabajo como una forma de respuesta al estrés laboral y a la tensión que les genera. El estrés laboral, en relación al síndrome de Burnout, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen y sentimientos de irritabilidad, fatiga y distanciamiento.
3.2. Modelo de Winnubst (1993)	Considera que el síndrome de <i>Burnout</i> afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda. Este autor señala que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. Por ejemplo, una burocracia mecánica, que se caracteriza por la estandarización del trabajo y la formalización, refuerza el perfeccionismo y la conformidad a las normas. Sin embargo, una burocracia profesionalizada, que se caracteriza por la estandarización de habilidades y la baja formalización, refuerza la creatividad y la autonomía.
3.3 Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993)	Expone que el agotamiento emocional es el elemento esencial del Burnout. La despersonalización es considerada como una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento y la baja realización personal es el resultado de la autoevaluación cognitiva que se aplica el individuo frente al estrés laboral.
4. Modelo elaborado desde la Teoría Estructural. Modelo de Gil Monte y Peiró (1997)	Elaboraron un modelo estructural sobre la etiología, proceso y consecuencias del síndrome de <i>Burnout</i> . El síndrome de burnout puede ser conceptualizado como una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol) que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales (estrategias de afrontamiento activo o de evitación) no son eficaces para reducir ese estrés laboral percibido.

Tomado de: Martínez, Pérez, Anabella (2010) "El Síndrome de Burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión"

Cabe añadir otros enfoques que aportan con elementos importantes y abarcan distintos enfoques del problema, estos son los siguientes:

#### Modelo de Kyriacou y Sutcliffe

Las causas del Burnout están directamente relacionadas, según estos autores, con el estrés que surge como descompensación entre la valoración y las estrategias que el docente 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 investigó con 127 profesores a los que se les provocó en diferentes situaciones relacionadas con el estrés, el Burnout y síntomas de ansiedad. Al final del estudio se determinó que había correlaciones significativas entre el Burnout y síntomas psicossomáticos de la ansiedad.

Posteriormente, el investigador Rudow en 1999 tomando como referencia este modelo analizó estudios que relacionaron aspectos fisiológicos, bioquímicos e inmunológicos con el Burnout y estableció un nuevo modelo denominado "Modelo de reacciones negativas de tensión y consecuencias en la actividad docente". Según Rudow la sobrecarga laboral y el estrés crónico son las principales causas del síndrome de Burnout lo que provoca una reducción de la actividad laboral y la aparición de trastornos psicossomáticos.

#### Modelo Multidimensional Maslach y Leiter

Es el más aceptado por la comunidad científica internacional y recoge las experiencias y estudios elaborados por Maslach, Jackson y Leiter en los últimos veinte años. 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.

Es un síndrome psicológico 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 (este concepto 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). Lo primero que aparece en el sujeto es el cansancio emocional dando paso posteriormente a la despersonalización y a la baja realización personal.

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.

### **3.2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout**

#### **Prevención**

A este síndrome se le puede hacer frente más fácilmente en la fase inicial que cuando ya está establecido, ya que en las primeras fases es posible que los compañeros se den cuenta antes que el propio sujeto. Por lo que, amigos, compañeros o superiores suelen ser el mejor sistema de alarma precoz para detectar el Burnout y por lo tanto todos los profesionales del equipo tienen que darse cuenta que son ellos mismos los que representan la mejor prevención de sus compañeros. (López. M, 1995)

Como método preventivo, existen diferentes técnicas:

- Información sobre la existencia del síndrome de agotamiento profesional.
- Información anticipada sobre los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que se incorporan.
- Programas de formación sobre el síndrome de Burnout y las fuentes de stress emocional.



## Tratamiento e intervención

Cuando el síndrome de *Burnout* se materializa no es fácil que el afectado tenga conciencia de ello, por lo que en primer lugar es preciso el apoyo de las personas cercanas. (López. M, 1995)

Las estrategias de intervención sobre el síndrome de *Burnout* se pueden agrupar en tres categorías, en función del nivel en que se producen:

### Intervención sobre la organización

Según, Martínez (2010), es conveniente tener en cuenta las siguientes medidas organizativas:

- *Mejorar el clima de trabajo promoviendo el trabajo en equipo.*
- *Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo descentralizando la toma de decisiones.*
- *Disponer del análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades y conflicto de rol.*
- *Establecer líneas claras de autoridad y responsabilidad.*
- *Definición de competencias y responsabilidades, de forma precisa y realista, atendiendo a las capacidades reales.*
- *Mejorar las redes de comunicación y promover la participación en la organización, mejorando el ambiente.*
- *Fomentar la colaboración en la organización.*
- *Fomentar la flexibilidad horaria.*
- *Promover la seguridad en el empleo.*
- *Aumentar las recompensas a los trabajadores.*
- *Fomentar las relaciones interpersonales.*
- *Fortalecer los vínculos sociales entre el grupo de trabajo.*
- *Establecer sistemas participativos y democráticos en el trabajo*

Según, la autora Martha Alles (2009), existen dos programas dirigidos a mejorar la organización del trabajo:

1. Programas de socialización anticipada o anticipación hacia lo real

Debido a la discrepancia existente entre las expectativas que los profesionales tienen cuando empiezan a trabajar y la realidad que encuentran cuando se incorporan a vida laboral, se produce un choque que se pretende que se experimente antes de que el profesional ingrese en la organización. Esto se puede realizar mediante programas de simulación que adecuen el alto nivel de expectativas y objetivos que se fijan al principio de la carrera y que no suelen ajustarse a la realidad.

2. Programas de feedback o retroinformación

Las organizaciones deben desarrollar programas de retroinformación considerando la información procedente de los usuarios de la organización, de los compañeros, de los supervisores y de las personas a las que se supervisa. Una forma de que los profesionales obtengan esta retroinformación es preguntar a los clientes, mediante cuestionarios, su grado de satisfacción con el servicio que han recibido. Una herramienta es el feedback de 360°, se trata de una evaluación que recopila una amplia gama de opiniones: la del jefe, la de los compañeros, la de los subordinados, la de los clientes internos y externos o proveedores, y que se realiza de forma anónima por aquellos que conocen a un determinado trabajador.

### **Intervención sobre el trabajador**

Según, Martínez (2010), para la adquisición y la mejora de las estrategias individuales pueden llevarse a cabo programas como:

1. Programas dirigidos a las estrategias instrumentales: cuando tienen como objetivo la adquisición de destrezas para la resolución de problemas, entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en gestión del tiempo.
2. Programas dirigidos a las estrategias de carácter paliativo: cuando su objetivo es la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario, cliente, paciente (técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal).
3. Programa de apoyo social que permita saber a los trabajadores que se preocupan por ellos y que son valorados y estimados. Las técnicas que resultan más efectivas son las de carácter activo o centradas en el problema.

Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles, dar más apoyo o recompensas particulares a los profesionales, promover y favorecer la formación profesional continuada. (Martínez, 2010)

### **CAPITULO 3: Conceptualización de las variables de la investigación**

#### **3.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales**

##### ***Variables de riesgo y protectoras***

El síndrome de Burnout se origina en el ambiente laboral y en las condiciones de trabajo. Estas variables interactúan entre la organización y la gestión del trabajo las cuales según Velásquez (2003) “pueden originar una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia.”

Las variables de riesgo asociadas al síndrome de Burnout, en profesionales de la salud, son: edad, estado civil, género, nivel académico, sector de trabajo, horas de trabajo, turno laboral y guardias, tiempo de servicio, área de desempeño sobrecarga de trabajo, salario.

*En cambio*, la edad en etapa joven adulta, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y satisfacción económica, son variables protectoras del burnout. (Grau *et al.*, 2007).

Las investigaciones apuntan a considerar relevantes las variables sexo, estado civil, edad, años de antigüedad laboral y categoría profesional (Boada, de Diego, y Agulló, 2004; Quaas, 2006; Sandoval, González, Sanhueza, Borjas, y Odgers, 2006).

En relación al sexo, Maslach y Jackson (1981) señalan que las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional que los hombres.

Según el estado civil, las investigaciones revelan que las personas casadas presentan niveles más bajos de Burnout que las personas solteras (Maslach, Schaufeli, y Leiter, 2001), por lo que se plantea la siguiente hipótesis:

De acuerdo a la edad, Marín y Paredes (2002) señalan que a mayor edad aumenta la autoeficacia profesional. La edad como variable sociodemográfica del Burnout resulta contradictoria, ya que en unos estudios su relación ha sido lineal y otras curvilínea así como se aprecia también ausencia de relación.

Como variable sociolaboral, la antigüedad en el trabajo, ha sido ligada al síndrome de Burnout; donde se ha podido establecer que a más años de antigüedad laboral, mayor será el nivel de Burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997)

### ***Motivación y satisfacción laboral***

La motivación es la fuerza que impulsa al individuo para desarrollar cualquier actividad o a tener un determinado comportamiento en una situación concreta, ésta implica voluntad, es decir, existe una causa, razón o estímulo que impulsan al individuo a hacer algo voluntariamente. La motivación es de vital importancia para el desempeño de sus tareas en el contexto laboral. En este sentido, las organizaciones buscan motivar a sus empleados para que inviertan esfuerzo e interés en la realización de su trabajo; ya que si el trabajador se encuentra satisfecho, se implicará más aún en sus tareas, generando un buen clima laboral a su alrededor. (Muchinsky, 2002).

### ***Investigaciones realizadas***

- En Colombia, Paredes *et. al.*(2008), realizaron una investigación de la relación del Síndrome de Burnout con variables sociodemográficas y laborales. Los sujetos de estudio fueron médicos quirúrgicos de la Universidad Militar de Nueva Granada; la muestra fue de 138 médicos, es decir el 63,8% de la población global. Este estudio pudo haber presentado falsos negativos por su población pequeña. Los instrumentos psicométricos utilizados en esta investigación se resumieron al Cuestionario Breve de Burnout de Moreno, el que permitió evaluar el cansancio emocional, la despersonalización, la realización profesional, el tedio o monotonía, las características de la tarea, si producen o no motivación y la organización que se refiere a aspectos funcionales de la organización y del puesto; y se las relacionó con las variables sociodemográficas que presentaba cada individuo. El instrumento usado para la medición del bienestar psicológico fue la Escala de bienestar psicológico (BIES-A). Para establecer los niveles de bienestar bajo, moderado, o alto, se obtuvieron las desviaciones típicas y se consideró que aquellas con puntuaciones menores a una desviación estaban en el nivel bajo de bienestar y que puntuaciones mayores a una desviación típica se consideraban en el nivel alto.

Los resultados de esta investigación fueron: de los 138 médicos a los que se les aplicó el CBB el 12.6% de individuos presentó un alto nivel de Burnout. Para medir la prevalencia del síndrome el 53,7% fueron hombres y el 46,3 fueron mujeres. Dentro de los grupos etáreos el de 25 a 30 años constituyó el grupo más amplio (67,6%), seguido por el de 30 a 35 años (24,3%). El 56,6% pertenecía a especialidades quirúrgicas. El 43,9% de los residentes cursaba el primer año de especialidad y el 31,6% el segundo año. La mayoría de ellos (67,6%) no tenía hijos y el 70% de la muestra era soltera. En cuanto a las horas de trabajo, el 78,6% laboraba más de 18 horas en el hospital y el 36,8% entre 6 a 14 horas.

Analizando los resultados obtenidos mediante el Cuestionario de Moreno, se obtuvo como conclusión que no existe una relación estadística significativa entre Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales como la

especialidad, la edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital.

Estos resultados se pueden interpretar que el efecto de las variables sociodemográficas y laborales sobre el síndrome es inconsistente y que otras variables pueden estar ejerciendo una influencia moduladora mucho más fuerte sobre el síndrome que las primeras. Los resultados obtenidos en esta investigación también soportaron la hipótesis de que las variables del ambiente laboral, pero sobre todo las de tipo motivacional y personal que inciden de manera más directa sobre el síndrome que las características demográficas de los sujetos. Cabe recalcar que estos resultados difieren de otros en los que se aprecia un patrón más marcado de relación del burnout con variables sociodemográficas y laborales como el estudio de Prieto Albino (2002) en el que se aprecia que la población que presenta las medias más altas fueron significativamente superiores en varón, propietario, de centro urbano, más de 10 años de antigüedad o atendía a más de 40 pacientes/día.

- La Organización Mundial de Salud (OMS, 2009) y la organización Panamericana de la Salud (OPS) muestran que las enfermedades y los accidentes relacionados con el trabajo se incrementan día a día, esto debido a que millones de personas desarrollan sus actividades laborales bajo condiciones inseguras.

De entre los factores de riesgo que se han asociado a las enfermedades de origen laboral se encuentra: el género, el tipo de profesión, el nivel de atención médico, la ausencia o bajo reconocimiento de su profesión, la inseguridad laboral, las exigencias laborales, la ausencia de control y del contenido de las actividades, la insatisfacción con su trabajo, etc.

Las puntuaciones son altas para el género y la ansiedad, para los trastornos mentales con la cualificación del trabajo, el no contar con contrato laboral, a las jornadas irregulares y parciales.

Una relación significativa se encontró entre el tipo de profesión, el nivel de atención y un bajo reconocimiento laboral con los síntomas de estrés y el burnout, mientras que la inseguridad lo hace con la tensión arterial y con los problemas cardiovasculares y los trastornos musculoesqueléticos y psíquicos con las

exigencias del trabajo, la carencia de control y del contenido, así como con la satisfacción laboral.

### **3.3.2. El Burnout y su relación con la Salud Mental**

#### ***Definiciones de la salud mental***

Según, López (1995), la salud mental es conjunto de factores psicológicos y emocionales que permiten al sujeto emplear su potencial integral y desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

En este sentido, los expertos en la materia suelen establecer con mucha frecuencia el hecho de que hay una serie de aspectos que indudablemente ayudarán a cualquier individuo a tener una buena salud mental. Entre ellos se encuentran el relajarse, el hallar tiempo para cuidarse a uno mismo, contar con el respaldo y apoyo de amigos y familiares, y tener una vida saludable donde el ejercicio esté muy presente. (López, 1995).

Muchos son los trastornos mentales que están determinados y clasificados y que, al mismo tiempo, cuentan con sus respectivos tratamientos. Entre los más frecuentes nos encontramos con los trastornos de ansiedad bajo cuya denominación se engloban desde las fobias hasta los trastornos de pánico, los de tipo obsesivo-compulsivo o los de estrés postraumático. (López, 1995).

Asimismo, también existen otros trastornos mentales muy conocidos como la depresión, los de tipo psicótico como sería el caso de la esquizofrenia, los llamados de la personalidad o los conocidos como trastorno bipolar. Este último, en concreto, es una enfermedad muy severa que padecen aquellas personas que tienen cambios muy bruscos en su estado de ánimo.

### ***Salud mental y el estrés***

El estrés es un elemento primordial en la salud mental de un individuo.

La presencia del estrés ocasiona una serie de disfunciones como: la ansiedad, angustia, depresión, insomnio, etc. Para contrarrestar estas manifestaciones aparece la indiferencia y la apatía. En fin, el estrés produce una cadena de alteraciones a nivel mental, que a su vez dan lugar a alteraciones somáticas y estas alimentan todavía más el mal funcionamiento a nivel de salud mental, dando lugar a los síntomas que se enmarcan dentro del cuadro del síndrome de burnout. (Newstrom, 2007)

Si se reconoce los signos y síntomas del burnout en una etapa temprana, simples estrategias de manejo del estrés pueden ser suficientes como tratamiento para resolver el problema. Es en las etapas tardías, cuando recuperarse puede tomar más tiempo y esfuerzo, pero se puede volver a ganar el balance y reorganizar sus prioridades. (Newstrom, 2007)

El síndrome de burnout o del “quemado” es un estado emocional, mental y físico de profundo cansancio, que a menudo es causado por un excesivo y prolongado estrés que sufren las personas que sienten que sus esfuerzos no se ven compensados.

Trabajos sociales que demandan buenas cualidades en relaciones interpersonales y que implican el trato con personas o altos niveles de presión social, tienden a inducir este estado emocional si no se toman precauciones. Los afectados por esta condición a menudo sienten un vacío interior en el que la persona no sólo ha gastado sus energías recargables, sino que ha logrado causar daños físicos que pueden ocasionar enfermedades graves. (López, 1995)

En la medida que acrecienta el estrés, se pierde el interés y la motivación, además se reduce la productividad y decae la energía, lo que deja un creciente sentimiento de desgano, abandono y resentimiento. Eventualmente, se puede sentir que no se tiene más que dar. (López, 1995)



### ***Síntomas somáticos***

Es común que los individuos experimenten síntomas somáticos, tales como dolores de cabeza, palpitaciones, vómito, mareos, etc. Se han descrito diversos mecanismos por los que pueden producirse estos síntomas en ausencia de enfermedad física o lesión estructural persistente de los tejidos. (López, 1995)

Ante cualquier agente estresante se produce un proceso adaptativo caracterizado por una reacción de alarma, seguida de una fase de resistencia, para concluir en un agotamiento.

Si la presencia e intensidad del elemento perturbador o agente estresante persiste, la fase de agotamiento produce en el sujeto una vulnerabilidad paulatina, su energía se agota y se producen alteraciones somáticas, hasta que llega un momento en el que el organismo es incapaz de mantener las respuestas exigidas.

El cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28), es un instrumento utilizado para estudios epidemiológicos de salud mental, y principalmente para evaluar malestar psicológico y síntomas no psicóticos en la población general, relacionándolo con los acontecimientos vitales estresantes, como : la utilización de servicios y las variables individuales como edad, sexo, actividad, nivel socioeconómico y cultural. En este cuestionario se hallan 4 subescalas, entre ellas una que mide los síntomas somáticos. (De la Revilla, De los Ríos y Luna del Castillo, 2003).

### ***Ansiedad e insomnio***

La ansiedad y el insomnio son síntomas inequívocos del burnout. La ansiedad se origina cuando el individuo se siente impotente para afrontar una situación, mientras que el burnout es un sobredimensionamiento de las exigencias sobre las habilidades del individuo. (Mansilla Izquierdo, s/a)

El insomnio se caracteriza por un desorden del ritmo circadiano y del sueño, causado por tensiones a nivel personal o profesional; que sumado a medicaciones varias genera la ansiedad.

La ansiedad y el insomnio se relacionan estrechamente ya que el uno puede provocar el otro. Cuando nuestra mente no descansa lo necesario, nuestro cerebro inteligentemente batalla para pensar claramente; y es cuando en este proceso la persona sufre ataques tanto de ansiedad como de pánico, y en sentido contrario la persona sufre ataques de ansiedad como resultado a problemas en su patrón del sueño, generando el insomnio. (Mansilla Izquierdo, s/a)

### ***Disfunción social en la actividad diaria***

La disfunción social es un efecto del Burnout, el individuo aquejado, tiende a aislarse de su entorno social como un mecanismo de defensa, poco a poco va perdiendo habilidades sociales como: la comunicación asertiva, la empatía, el gusto por la recreación, etc. Entonces mira todo desde un enfoque unilateral y negativo que acrecienta su desarmonía con su red de apoyo social y familiar.

La disfunción social se asocia con los sucesos y cambios laborales experimentados en cada persona. (Alvarez *et al.*, 1991). Las personas que padecen el síndrome de Burnout, presentan sintomatologías que además del estrés y su afrontamiento, aparecen síntomas relevantes como la baja autoestima y la ausencia de apoyo social, demostrando que tales manifestaciones al parecer están relacionadas y son fruto de complejas interacciones entre la persona y su entorno.

### ***Tipos de depresión***

La Organización Mundial de la Salud define a la depresión como “un desorden mental común que presenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja autoestima, desórdenes del sueño o apetito, baja energía y deficiencia en la concentración. Estos problemas pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a problemas sustanciales en la habilidad de un individuo para tomar cuidado de sus responsabilidades diarias” (OMS, 1998)

Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja

realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia. (Martínez, 2010).

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), se categoriza a la depresión dentro de los siguientes tipos:

#### *Trastorno Depresivo Mayor*

*Presencia de cinco o más síntomas: estado de ánimo depresivo, disminución del interés y el placer, cambios en el peso, insomnio, etc, durante por lo menos dos semanas. Los episodios depresivos pueden prolongarse por meses y requiere medicación.*

#### *Trastorno Distímico*

*Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del tiempo, manifestado por el individuo y observado por su entorno social, durante al menos dos años. Es menos grave que la depresión mayor.*

#### *Trastorno Bipolar*

*También conocido por enfermedad maníaco-depresiva. Caracterizado por estados de ánimo que oscilan entre: ánimo elevado o euforia (manía) y ánimo deprimido (depresión)*

*La depresión también se genera temporalmente por diversas causas: cambios hormonales, la estación, eventos circunstanciales. Por ejemplo: trastorno disfórico premenstrual, trastorno estacional, depresión post-parto.*

### **Investigaciones Realizadas**

- Los estudios realizados que intentan relacionar al Síndrome de Burnout con su efecto en la salud mental en personal médico, en general muestran que este afecta de manera directa en su salud mental. Como el estudio de Esteva M: "Salud Mental en los Médicos de Familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo"

Este estudio se realizó sobre una muestra de 346 médicos y 84 pediatras de

Atención Primaria del área de Mallorca a los que se aplicó el Cuestionario General de Salud 28 ítems para evaluar la morbilidad psiquiátrica, el cuestionario de Maslach en el que se analizaron los tres componentes del desgaste profesional (cansancio emocional, despersonalización y realización personal) y las escalas de Font Roja y Tabarca que se usaron para medir la satisfacción y estrés en el trabajo. Como resultados, se obtuvo que la prevalencia estimada de morbilidad psiquiátrica fue del 25,7%, sin encontrarse diferencias significativas según variables demográficas y del trabajo. El cansancio emocional alto fue del 53,3%, presentaron alta despersonalización un 47,1% de los médicos y realización personal baja el 33,3%.

Se encontró un patrón interesante, consistente en que la satisfacción laboral parece proteger a los profesionales del malestar psíquico y del síndrome de burnout. El estrés laboral se relaciona con un mayor cansancio emocional y despersonalización y en cambio no se relaciona con una mayor morbilidad psiquiátrica.

- Estudio registrado por seis investigadores del Instituto Regional de Investigación del Departamento de la Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, (2004). El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara – México. Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala Maslach Burnout Inventory, y se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con enfermedades: gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, siendo el agotamiento emocional la dimensión de mayor factor de riesgo para producir las enfermedades.

### 3.3.3. El Burnout y el afrontamiento

#### ***Definición de afrontamiento***

Según el modelo psicoanalítico de la psicología del ego el afrontamiento es el conjunto de pensamientos y actos asertivos que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. Los esfuerzos por controlar, reducir o saber cómo manejar o tolerar las amenazas que nos lleva al estrés se denomina afrontamiento. Se emplea diversos mecanismos de afrontamiento para prevenir el estrés. La mayor parte del tiempo no nos percatamos de estas respuestas; así como tampoco de los estímulos estresantes menores de la vida hasta que se multiplican y alcanzan niveles aversivos. Los mecanismos de defensa ayudan a defendernos del estrés, el cual actúa inconscientemente en nuestro organismo. (Feldman, 2002).

De cierta forma, todas las personas manejamos el afrontamiento dada la situación del momento; y a través de éste mecanismo evitamos que el estrés alcance niveles desarrollados, generando problemas a nivel emocional, conductual, psicológico e inclusive problemas de salud.

#### ***Teorías de afrontamiento***

Menninger (1963), hace referencia a las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento identificando cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. Su planteamiento menciona a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, de manera que aquellos sujetos en los que exista un elevado grado de desorganización interna, serían insuficientes los recursos de afrontamiento. El tipo de afrontamiento dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: estrategias direccionadas al entorno y estrategias que se refieren al sujeto. Las estrategias referidas al entorno, inquieren en la resolución del problema, definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno, tales como: superar obstáculos, recursos, procesos, procedimientos, etc. En cambio, las estrategias que

se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollando nuevas pautas de conducta, etc.

El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional, pretende modificar el modo de vivir la situación, inclusive en aquellos casos en donde aparentemente no exista alternativa de cambio. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. (Menninger, 1963)

El afrontamiento es un importante moderador en los procesos de estrés, se deriva de la teoría de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar; y ha generado la concepción de simplista, por tratarse de un afrontamiento como constructo unidimensional dado que sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida. (Martínez, 2010).

Durante los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos”, de ahí que este concepto ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. (Lazarus & Folkman, 1984, 1986).

### ***Estrategias de afrontamiento***

De acuerdo al nivel en que se producen, se agrupan en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales.

*Individuales:* dependen del individuo y son estrategias de control, ya que el sujeto emplea habitualmente estrategias de carácter activo o centrados en el problema,

alimenta sentimientos de realización de personal en el trabajo. (Matteson e Ivancevich, 1987).

Aquellos profesionales de la salud que presentan bajo burnout, emplean con frecuencia estrategias de afrontamiento de control o activas, dirigidas al problema; tales como: elaboración y aplicación de planes de acción, realzar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y autocontrol. En cambio aquellos profesionales con alto burnout, emplean estrategias de evitación/escape y confrontación. Se concluye que, el burnout se origina y desarrolla en aquellas estrategias de evitación/escape y centradas en la emoción, y previene su apareamiento cuando se empleas estrategias de control o centradas en el problema. (Ceslowitz, 1989), destacan algunas técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del burnout tales como: ejercicio físico, técnicas de relajación, realimentación, técnicas cognitivas, inoculación del estrés y desensibilización sistemática.

*Grupales:* fomentan el apoyo social entre compañeros y supervisores, logrando potenciar sus habilidades, adquirir nuevos conocimientos, obtener refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de sus tareas, generando apoyo emocional entre todos los involucrados. En la prevención del burnout se considera el apoyo social formal e informal; el apoyo social formal incrementa el síndrome de Burnout, debido a una mayor carga laboral, mientras que el apoyo social informal lo previene. El objetivo fundamental de los grupos de apoyo es disminuir los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los individuos, el potenciar sus conocimientos, crea estrategias para tratar los problemas. (Porrás A.,2000).

*Organizacionales:* Autores como Folkman, 1984; 1990; McCain & Smith, 1994 ; señalan que una de las estrategias para la prevención del síndrome de Burnout, es desarrollar programas para mejorar el clima organizacional; ya que los principales estresores percibidos de carácter crónico en cuanto al síndrome son las variables en relación al contenido del puesto, inequidad en cuanto a funciones y el clima laboral.

Es importante tomar en consideración las siguientes estrategias de afrontamiento efectivo: convertir la amenaza en un reto, disminuir la intensidad de la amenaza de la situación, modificar las metas personales, optar por acciones que incidan en aspectos físicos y prepararse para el estrés antes de que ocurra. (Martínez, A., 2010).

## Investigaciones Realizadas

- Investigación realizada en el año 2009 por la investigadora principal Lucía Carolina Barbosa Ramírez y María Lilibiana Muñoz Ortega, Paola Ximena Rueda Villamizar, Karen Giselle Suárez Leiton, de la Pontificia Universidad Javeriana, su objetivo: determinar el nivel de Síndrome de Burnout existente en docentes universitarios pertenecientes a la facultad de educación, de una universidad privada de Bogotá, y las relaciones existentes entre dicho nivel con variables de género y antigüedad laboral y con las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente por ellos. Se contó con la colaboración voluntaria de 30 docentes. El nivel del síndrome fue bajo para las categorías de cansancio emocional y despersonalización, y medio para realización personal. Las relaciones estadísticas no fueron significativas para género, antigüedad en el cargo y estrategias de afrontamiento. Se establecieron como estilos de afrontamiento más utilizados: desarrollo personal, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva; y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres”.
- Investigación realizada en el año 2003 por G. Lastenia Hernández Zamora del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología; Encarnación Olmedo Castejón e Ignacio Ibáñez Fernández, Campus de Guajara de la Universidad de La Laguna - España, sobre el constructo de “estar quemado”. El objetivo de la investigación fue “centrarse en la relación que el constructo tiene con el afrontamiento. con una muestra de personal sanitario de 222 participantes, de los cuales 187 fueron mujeres y 35 fueron varones. Los resultados de los análisis correlacionales, de regresión múltiples y los efectuados para grupos criterio (“altos” frente a “bajos” en los factores de “estar quemado”) indicaron pocas relaciones y de escasa magnitud entre los dos constructos.



### 3.3.4. El Burnout y la relación con el apoyo social

#### *Definición de apoyo social*

Según Martínez, García y Mendoza (1995), el apoyo social es “todo proceso de transacciones interpersonales, basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos, pertenecientes a las redes sociales de pertenencia, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor”.

Entre las funciones que el apoyo social puede desempeñar están: apoyo informativo (consejo, sugerencias), instrumental (ayuda material), emocional (estima, afecto, confianza) y empático (auto-afirmación, autovalidación).

El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas; las personas sienten que son valoradas, apoyadas, queridas o consideradas; así como el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros, y la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas. (Martínez, 2010)

#### ***Modelos Explicativos del Apoyo Social***

Según el INSHT (España, 2005), la importancia de un tipo u otro de apoyo social, dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema concreto que requiera en un determinado momento.

*Apoyo emocional: comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y es uno de los tipos de apoyo más importantes. En general, cuando las personas consideran de otra persona, que ofrece apoyo, se conceptualiza en torno al apoyo emocional.*

*Apoyo instrumental: Es evidente que todo acto puramente instrumental tiene también consecuencias psicológicas, así, la ayuda en el trabajo puede ser una ayuda o una fuente de información y valoración, y no siempre positiva; ya que se puede interpretar que la persona requiere ayuda por ineficiencia, falta de capacidad o de conocimiento. Se*

*ofrece esta clase de apoyo cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quien lo necesita; se genera ayuda en cuestión de trabajo o de cuidado de algún individuo.*

*Apoyo informativo: se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla para enfrentar a las situaciones problemáticas. Se diferencia del apoyo instrumental en que la información no es en sí misma la solución sino que permite a quien la recibe ayudarse a sí mismo.*

*Apoyo evaluativo: Este tipo de apoyo al igual que el apoyo informativo, sólo implica la transmisión de información, y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional. Sin embargo, la información que se transmite en el apoyo evaluativo es relevante para la autoevaluación, para la comparación social; es decir, otras personas son fuentes de información que los individuos utilizan para evaluarse a sí mismos. Esta información puede ser implícita o explícitamente evaluativa.*

### **Apoyo Social Percibido**

Según los autores Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social es la forma en que el individuo evalúa las interacciones que ocurren en sus relaciones sociales. No es igual tener un determinado entramado social que obtener apoyo del mismo.

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

### **Apoyo Social Estructural**

Para brindar apoyo se puede disponer de dos formas: *la primera*, revertir los factores que son barreras para la disposición a ayudar. Cualquier acto que personalice a los observadores, aumenta la disposición para ayudar. El tratamiento personal hace que los

observadores sean más conscientes y por consiguiente se responsabilicen y sean consecuentes con sus propios ideales altruistas. (Martínez, 2010)

Aquellas personas conscientes de sí mismos aplican sus ideales con más frecuencia. Catalogar a la persona como servicial, puede fortalecer una imagen de sí mismo en cuanto a servicio.

*La segunda*, podemos enseñar el altruismo. Es muy útil educar a los niños a tener confianza en sí mismos, puesto que les permite aceptar la diversidad social sin sentirse amenazados, si se enseña con el ejemplo es mejor. Cuando coaccionamos para que se realice buenas acciones, el amor intrínseco por la actividad con frecuencia disminuye. Si damos a las personas suficiente justificación para que realicen su trabajo de manera correcta, atribuirán su comportamiento a su propia motivación altruista, y como resultado a esto, estarán más prestas a ayudar. El primer paso para la socialización del altruismo es contrarrestar el sesgo natural hacia el endogrupo que favorece a los parientes, ampliando el rango de personas cuyo bienestar nos concierne. (INSHT, 2005)

### ***Investigaciones realizadas***

- En el estudio realizado por Aranda *et al.* (2004), se estudia la relación entre el apoyo social y el síndrome de Burnout. Este estudio fue dirigido a 163 médicos que laboraban en las clínicas familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en Guadalajara. Los instrumentos usados fueron usados tres instrumentos de evaluación: un cuestionario con variables sociodemográficas y laborales, la Escala de Valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI) para medir el Síndrome de burnout, y la Escala de Apoyo y Contactos Sociales para la evaluación del apoyo social laboral y extralaboral, que evalúa tanto los aspectos estructurales del apoyo social (frecuencia de contacto con la que ve y habla con los miembros de su red) como los aspectos funcionales (grado de satisfacción con las personas que conforman su red de apoyo). Los resultados obtenidos de este estudio, muestran patrones de como lo médicos mantienen una muy buena red de apoyo social tanto laboral como extralaboral en ambas características y para ambos tipos de red de apoyo. También se encuentra relaciones entre variables sociodemográficas y laborales con la escala de Evaluación de Apoyo y Contactos

Sociales de Díaz Veiga (2001). Las variables “turno de trabajo” y “capacitación continua” se asociaron con algunos aspectos de la red de apoyo. La primera se asoció con los aspectos objetivos de la red (frecuencia de contacto) fuera de su trabajo y la segunda con los aspectos subjetivos (grado de satisfacción con su red de apoyo). Además, se encontró asociación significativa entre las escalas de Apoyo Social y el MBI con las características subjetiva de la red extralaboral las dimensiones “falta de realización personal en el trabajo”, “despersonalización” y con el “total de dimensiones quemadas”. En conclusión, el contar con apoyo social puede reducir el Síndrome así como su ausencia intervenir como factor negativo, es decir como un estresor con importantes efectos sobre el Síndrome.

- Investigación a cargo de Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García, Tamara Pierart de del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción (Chile, 2009) cuyo objetivo fue “identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes presentaron estrés laboral crónico o burnout. Los resultados señalaron la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Por último, la influencia del apoyo social y el reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo fue notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores”.

### **3.3.5. El Burnout y la relación con la personalidad**

#### ***Definición de personalidad***

La personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir: pensamientos, sentimientos, actitudes, hábitos y conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás.

Sigmund Freud (1959), es el teórico de mayor importancia que sostuvo que el comportamiento humano es impulsado en gran medida por fuerzas poderosas del interior de la personalidad, de las que los seres humanos no estamos o no somos conscientes.

Estas fuerzas poderosas internas, moldeadas por las diversas experiencias cuando niños, cumplen una función de vital importancia para guiarle y activarle a nuestro comportamiento en la vida diaria.

### ***Tipos de Personalidad***

Los cardiólogos Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959), San Francisco, California, con el intento de determinar cuáles eran los rasgos de personalidad de personas que habían sido afectados por un infarto de miocardio, observaron la existencia de un intenso deseo de tener éxito y una competitividad elevada. Entonces, pusieron un conjunto de características de comportamiento para intentar describir la forma en la que estos pacientes se comportaban y a este tipo de personalidad le dieron el nombre de tipo A. Ellos fueron los creadores de la teoría de los dos tipos de personalidades, el tipo A y el tipo B.

*Tipo A: estos individuos pueden describirse como personas impacientes, sugestionadas, competitivas, ambiciosas, mal humoradas, agresivas, estresadas y evitan el relajamiento. Los individuos con este tipo de personalidad sienten rechazo hacia los individuos que tienen el tipo de personalidad B.*

*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 tranquilamente se sientan con deseos de completar sus metas. Son personas que no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés.*

### **Patrones de conducta**

El ser humano desde su nacimiento desarrolla patrones de conducta. Por razones similares, nuestro comportamiento actual es resultado de las experiencias y nuestro cerebro solo absorbe información. De manera consciente y subconsciente, creamos en nuestra vida patrones que reflejan nuestra experiencia desde el inicio de nuestra vida.

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas permanecen inactivos hasta que ciertas situaciones lo activan, generando en el sujeto ciertos patrones de conducta. (Friedman y Rosenman, 1974)

Se destacan tres patrones de conducta:

*Patrón de conducta tipo A.- se manifiesta por la intensidad emocional que crea un ambiente de demandas desafiantes, en que los sujetos manifiestan conductas de impaciencia, apresuradas, estresantes, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia; sumado a esto la irritabilidad, implicación y compromiso excesivo laboral, gran necesidad, orientación al logro, estatus social y éxito.*

*Patrón de conducta tipo B.- los sujetos con este patrón actúan de manera relajada y tranquila, existe confianza en sus potencialidades, pendiente de alcanzar satisfacción y bienestar personal; mantienen relaciones interpersonales relajadas, abierto a las emociones tanto hostiles como amables.*

*Patrón de conducta tipo C.- está conformado por personas de un estilo pasivo en su comunicación verbal, no asertivo, extraordinariamente colaborador, que manifiesta conductas de resignación, sumisión y bloqueo o contención emocional.*

### **Locus de control**

Como locus de control se define a la forma en que los individuos afrontan los sucesos de la vida. Esto se da de manera interna (locus interno), cuando son controlables por sus propios esfuerzos, acciones y decisiones, o de manera externa (locus externo), cuando son controlables desde fuera o desde fuerzas externas.

El autor Weiner (1979), subdividió el concepto de "locus control en "lugar de causalidad" y "controlabilidad", ya que según su pensar existen causas internas que son incontrolables y causas externas que son controlables.

Aquellos individuos controlados internamente, tienen más posibilidades de tener buen desempeño académico o laboral, voluntad para dejar algún adictivo como fumar o tomar, manejar correctamente los problemas maritales, de enriquecerse, de capacitarse y de posponer la gratificación inmediata para lograr resultados a largo plazo; que aquellos individuos que no controlan la situación y que inclusive son más propensos a desarrollar el síndrome de burnout. (Rotter, 1966).

### **Investigaciones Realizadas**

- Investigación sobre "burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios elaborado por la Lic. y Prof. María Cristina Bittar, (Mendoza, 2008) llevada a cabo en una universidad de gestión privada con una muestra de 144 alumnos. Entre los resultados hallados, se destacan que los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de burnout y que, si bien los perfiles de personalidad no presentan diferencias significativas entre el grupo que padece el síndrome y el que no lo presenta, se evidencian rasgos que pueden ser considerados como factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo.
- En el año 2004 se realizó la investigación "Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad" por Hernandez Zamora, G. Lastenia y Olmedo Castejón, Encarnacion a una muestra de 222 personas, pertenecientes al personal sanitario del Complejo Hospitalario de la Seguridad Social "Ntra. Sra. De la Candelaria" de Santa Cruz de Tenerife. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE) de Hernandez y Olmedo, E-N, de Pelechano, LUCAM, de Pelechano y Báguena, cuestionario R-3 DE Pelechano.

Para este estudio se han planteado cinco objetivos específicos:

1. Relaciones positivas entre el neuroticismo, el cansancio emocional y la despersonalización.
2. Relaciones positivas entre los factores del “estar quemado” y el locus del control externo.
3. Relaciones positivas entre el patrón de conducta tipo A y el “estar quemado”.
4. Relaciones positivas entre la variable rigidez y el síndrome que nos ocupa.
5. Alguna relación entre el “estar quemado” y la variable de personalidad extraversión.

De la muestra 187 son mujeres (84.8%) y 35 son varones (15.2%). La edad se encuentra comprendida entre los 20 y los 60 años, y con una edad media de 32.7 años.

### Conclusiones

Los autores mencionan que los resultados encontrados en esta investigación en parte van en la misma línea que otros estudios anteriores, pero por otro lado se contradicen con estos. Por un lado los resultados indican que las personas que puntúa alto neuroticismo prestan menor cansancio emocional y menor despersonalización, así mismo no presentan relaciones con el factor de segundo orden que recoge a los factores de primer orden y al que denominamos burnout total. Por lo que se refiere a extraversión no se encontró ninguna relación entre ella y los factores del “estar quemado”.

En relación a la variable locus de control se encontraron relaciones positivas entre el factor de primero orden denominado despersonalización y el factor de locus de control externo que hace referencia a la no aceptación de responsabilidad sobre los propios actos como forma de conservar en todo momento un concepto positivo de sí mismo. Este resultado si va en la línea de los planteados mayoritariamente en la literatura al respecto, en el plano profesional los externos presentan mayor insatisfacción laboral, mayor despersonalización, mas estrés y se “queman” más.



En cuanto al patrón de conducta tipo A, se encontraron relaciones positivas entre los factores de segundo orden de ambas escalas, relaciones entre el factor al que se denominó “burnout total” y que se agrupa a los tres factores de primer orden que explican el constructo (cansancio emocional, despersonalización clima laboral y realización personal) y el factor de segundo orden denominado patrón A y que recoge, también, a las tres características del patrón A (competitividad, impaciencia e implicación laboral). Estos resultados aparecen en algunos trabajos donde se afirma que las personas con patrón A aumentan su probabilidad de exposición a estresores., sobre todo si estos estresores afectan al plano laboral, presentan más cansancio emocional, mas despersonalización, en definitiva, se “queman” más que los patrones B.

#### **4. Metodología**

El presente proyecto de investigación se desarrolló en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito.

El tema central es “Identificación de Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno”.

El Hospital SOLCA-núcleo Quito, inició sus actividades en el antiguo anfiteatro de la facultad de Medicina de la Universidad Central. La construcción del nuevo hospital de SOLCA, inicio con la firma del contrato en agosto de 1996.

La construcción del hospital es sobre una superficie de 19631  $m^2$  y empezó con el servicio al público el 3 de enero del 2000.

Desde sus inicios brinda a la sociedad ecuatoriana servicios de prevención, diagnóstico, cuidados paliativos y tratamiento del cáncer, que es una de las enfermedades más agresivas que afectan a las personas.

El Departamento Clínico atiende diversas ramas: pre-consulta, medicina interna, radiología, oncología clínica, gastroenterología, pediatría oncológica, neurología, psiquiatría, cuidados intensivos y paliativos, cirugía, entre otros.

### *Misión*

“Conducción en su jurisdicción la lucha contra el cáncer, a través de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la mortalidad y brindarle una mejor calidad de vida al paciente”.

### *Visión*

“Mantenerse como una Institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad; por su alta especialización, su elevado nivel científico y tecnología, por su excelencia en el servicio, atención al paciente, por su gestión transparente, su actividad docente; y por su contribución a la formulación de políticas y normas sobre la materia para la preservación de la salud pública”.

## **4.1 Diseño de la investigación**

Esta tesis titulada “Identificación del Síndrome de Burnout en Profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”, se realizó en el Hospital Oncológico Solón Espinoza Ayala, SOLCA- Núcleo Quito y es la principal institución en el país que atiende a pacientes con cáncer.

La presente investigación posee las siguientes características:

*Cuantitativa:* la evaluación se realiza a partir de información numérica.

*No experimental:* no existe manipulación de variables.

*Transversal:* se analiza el estado de las variables en un momento determinado.

*Descriptiva:* se describe lo que se investiga a partir de la información recopilada.

Los objetivos centrales de este proyecto son:

- Identificar la presencia del Burnout en el grupo de médicos y el grupo de enfermeras de SOLCA- Quito.

- Investigar y profundizar en el conocimiento de este síndrome, qué incidencia tiene de acuerdo a las variables sociodemográficas y al contexto laboral existente en SOLCA.
- Proveer de datos reales acerca del Burnout de tal manera que sirvan para los interesados en mejorar la calidad de vida laboral de médicos y enfermeras en SOLCA. Esto repercutirá en el bien de la sociedad en general.

## 4.2 Participantes

Fueron 30 los participantes a los que se aplicó los instrumentos psicométricos: 1 médicos y 17 enfermeras.

En cuanto a los médicos: son 9 mujeres y 4 hombres cuya edad promedio es de 63 años; 3 solteros, 1 divorciado y 9 casados, 6 tiempo parcial y 7 tiempo completo, horario matutino y vespertino con escasas excepciones, predominancia de contrato indefinido.

En cuanto al grupo de enfermeras: son 16 mujeres y un hombre, edad promedio 34 años; 10 casados y 7 solteros; 13 tiempo completo, 4 tiempo parcial; datos de tipo de contrato repartidos entre plazo fijo e indefinido, horarios en su mayoría relativos y con horas de guardia.

## 4.3 Instrumentos

Los instrumentos psicométricos aplicados a esta muestra de 30 profesionales fueron 6:

- Cuestionario Sociodemográfico y laboral: investiga datos personales y laborales
- Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI): consta de 22 ítems que miden la presencia del burnout y valora el nivel de las tres dimensiones del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal.
- Cuestionario de Salud Mental (GHQ<sub>2</sub>): Con los 28 ítems, busca determinar el estado de salud del profesional, valorando cuatro aspectos: somático, ansiedad e insomnio, depresión y disfunción social.
- Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE): Consta de 28 ítems y evalúa la capacidad y los distintos tipos de afrontamiento del individuo ante los estresores.

- Cuestionario MOS de Apoyo Social: comprenden 20 ítems y evalúa los distintos tipos de apoyo social y efectivo que rodean al individuo.
- Cuestionario de Personalidad de Eysenck EPQRA: de 24 ítems, evalúa la personalidad del individuo a través de cuatro aspectos: neuroticismo, extroversión, psicoticismo y sinceridad.

#### **4.4 Recolección de datos**

- El proceso de recolección de datos para la realización de la investigación se realizó en el siguiente orden:
- Determinar el Hospital en donde se realizaría la investigación.
- Entrega de solicitud al Director del Hospital, en el que se expone el tema de la investigación, el objetivo y la forma de evaluación.
- Obtención de la aprobación y convenio del Hospital SOLCA con la Universidad, el cual permitió el desarrollo de las encuestas.
- Impresión de los 30 juegos de cuestionarios a utilizarse
- Ordenamiento de cada juego en un sobre manila cerrado, junto con la carta de consentimiento.
- Entrega de los 30 juegos de instrumentos al Departamento de Recursos Humanos de SOLCA.
- Frecuentes visitas y llamadas al Hospital para la obtención de los cuestionarios completos.
- Verificación de datos en el departamento de Recursos Humanos de SOLCA.
- Obtención de los juegos de cuestionarios completados.

## 5. RESULTADOS OBTENIDOS

## CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

**TABLA Nº 1**  
**CUADRO RESUMEN**

			Nº de personas	Porcentaje
<b>Médicos sin Burnout</b>	<i>Género</i>	Masculino	3	25 %
		Femenino	9	75 %
	<i>Zona de vivienda</i>	Urbana	12	100 %
		Rural	0	0.00 %
	<i>Con quién vive</i>	Sólo	0	0.00 %
		Otras personas	11	100%
	<i>Tipo de trabajo</i>	T. Completo	6	50 %
		T. Parcial	6	50 %
	<i>Pacientes riesgo de muerte</i>	Sí	8	66.67 %
		No	4	33.33 %
	<i>Paciente fallecidos</i>	Sí	6	55.55 %
		No	5	45.45 %
<i>Permisos</i>	Sí	8	66.67 %	
	No	4	33.33 %	
<b>Médicos con Burnout</b>	<i>Género</i>	Masculino	1	100 %
		Femenino	0	0.00 %
	<i>Zona de vivienda</i>	Urbana	1	100 %
		Rural	0	0.00 %
	<i>Con quién vive</i>	Solo	0	0.00 %
		Con más personas	1	100 %
	<i>Tipo de trabajo</i>	T. Completo	1	100 %
		t. parcial	0	0.00 %
	<i>Pacientes riesgo de muerte</i>	Sí	1	100 %
		No	0	0.00 %
	<i>Pacientes fallecidos</i>	Sí	1	100 %
		No	0	0.00 %
<i>Permisos</i>	Sí	1	100 %	
	No	0	0.00 %	

Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

**TABLA Nº 2**  
**CUADRO RESUMEN**

		Nº de personas	Porcentaje	
<b>Enfermeros sin Burnout</b>	<i>Género</i>	Masculino	1	5.88 %
		Femenino	16	94.12 %
	<i>Zona de vivienda</i>	Urbana	17	100 %
		Rural	0	0.00 %
	<i>Con quién vive</i>	Sólo	1	5.88 %
		Otras personas	16	94.12 %
	<i>Tipo de trabajo</i>	T. Completo	13	76.47 %
		T. Parcial	4	23.53 %
	<i>Pacientes riesgo de muerte</i>	Sí	16	94.12 %
		No	1	5.88 %
	<i>Paciente fallecidos</i>	Sí	13	81.25 %
		No	3	18.75 %
	<i>Permisos</i>	Sí	6	35.29 %
		No	11	64.71 %

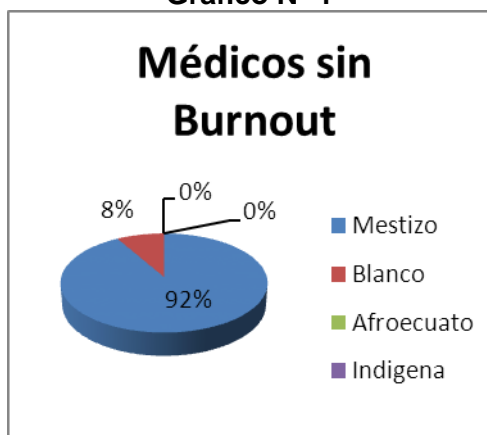
Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

Este cuadro resumen permite apreciar que el mayor porcentaje de médicos corresponde al sexo femenino 75% mientras que los médicos de sexo masculino son el 25%. Igualmente en enfermeros tiene la predominancia del 94.12% el sexo femenino sobre el sexo masculino con 5.88%.

La totalidad de médicos y enfermeros tiene su zona de vivienda en la zona urbana. Hay que señalar que el grupo en el que se presenta burnout manifiesta trabajar con pacientes con riesgo de muerte, haber tenido pacientes fallecidos y no haber solicitado permisos en el último año. Los demás datos se aprecian similares en los tres grupos. Cabe resaltar que el único médico que tiene burnout tiene trabajo a tiempo completo y atiende a pacientes con riesgo de muerte, de los cuales sí existen pacientes fallecidos. Las otras variables sociodemográficas se presentan en un rango similar tanto en médicos como enfermeros.

## ETNIA

Gráfico N° 1

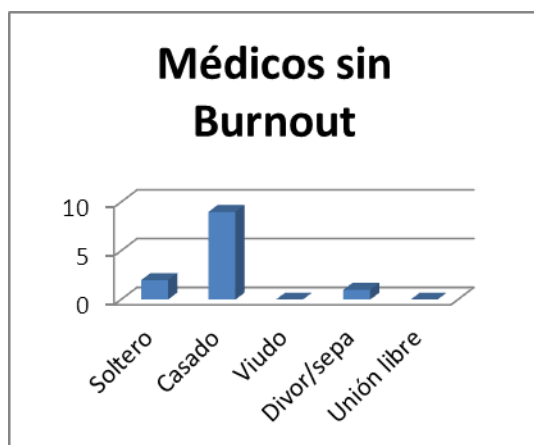


Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

En el grupo de médicos con burnout y enfermeras(os) sin burnout se manifiesta el 100% por ciento de población mestiza, exceptuando que dentro de médicos sin burnout el 8% pertenece a la etnia blanca.

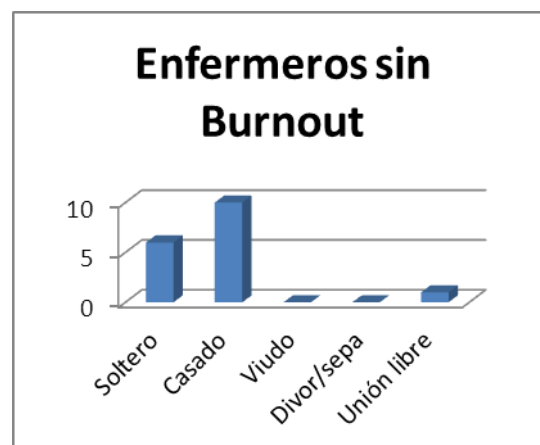
## ESTADO CIVIL

Gráfico N° 2



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 3



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

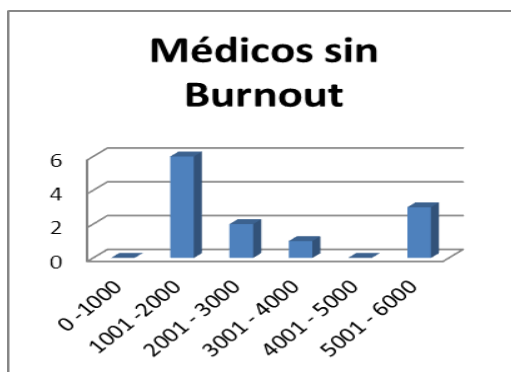
En estas tablas se puede observar que en el grupo de médicos sin burnout existen: solteros 16.67%, casados 75%, divorciados 8.33%. En el grupo de enfermeras(os) sin burnout: solteros 35.29%, casados 58.82%, unión libre 5.88%. Sin embargo, el representante de médicos con burnout es soltero.

## REMUNERACIÓN SALARIAL

El 100% de los médicos y enfermeras(os) de la muestra reciben remuneración mensual.

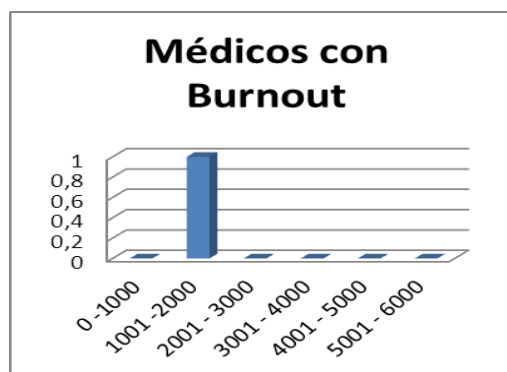
## VALOR SALARIAL

Gráfico N° 4



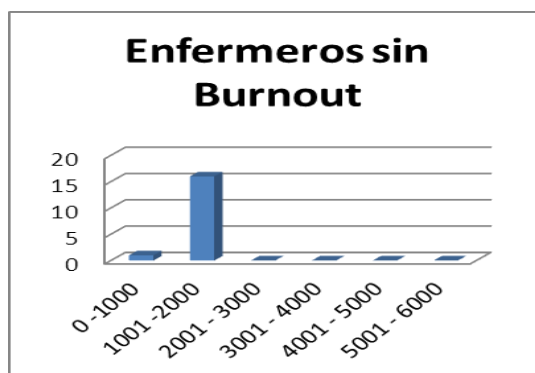
Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 5



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 6



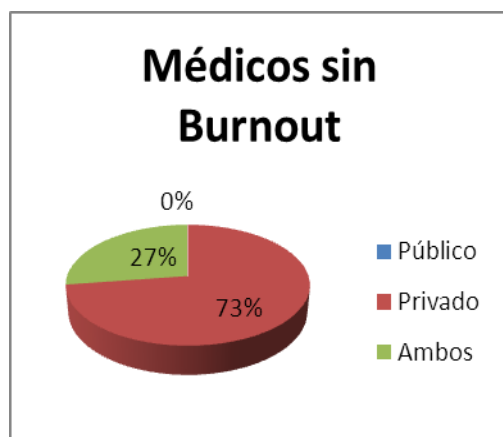
Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico



El 50% del grupo de médicos sin burnout recibe la remuneración salarial de 1001 a 2000 dólares, el 16.67% de 2001 a 3000, el 8.33% de 3001 a 4000 y resalta el 25 % con una remuneración de 5001 a 6000 dólares. En el grupo de enfermeras(os), el 94.12% recibe de 1001 a 2000 y solo el 5.88% recibe menos de 1000.

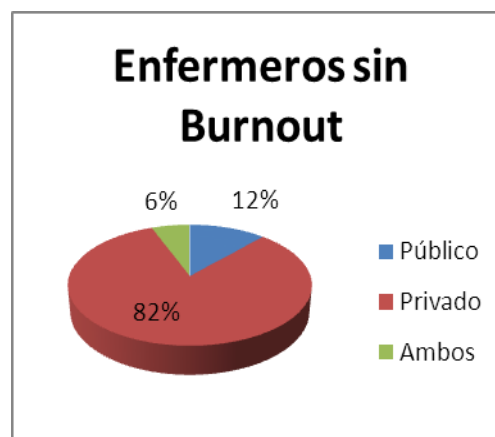
## SECTOR DE TRABAJO

Gráfico N° 7



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 8



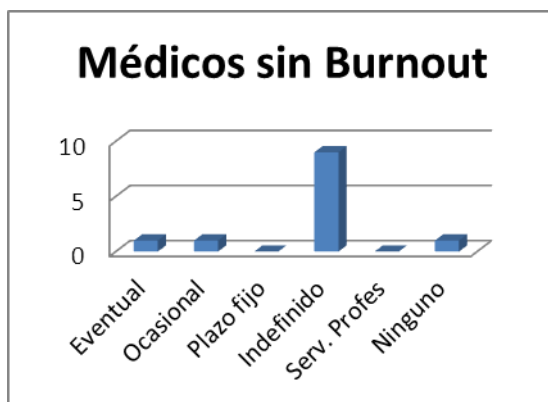
Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

En médicos sin burnout el 73% trabaja en el sector privado y el 27% en sector público y privado. El médico con burnout trabaja en sector privado.

En el grupo de enfermeras(os) el 82% pertenece al sector privado, 12% al sector público y el 6% pertenecen a ambos sectores.

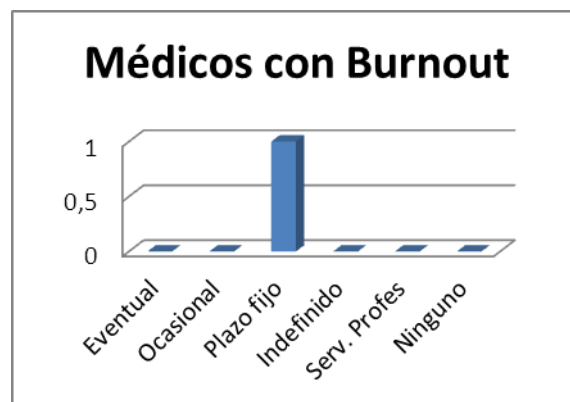
## TIPO DE CONTRATO

Gráfico N° 9



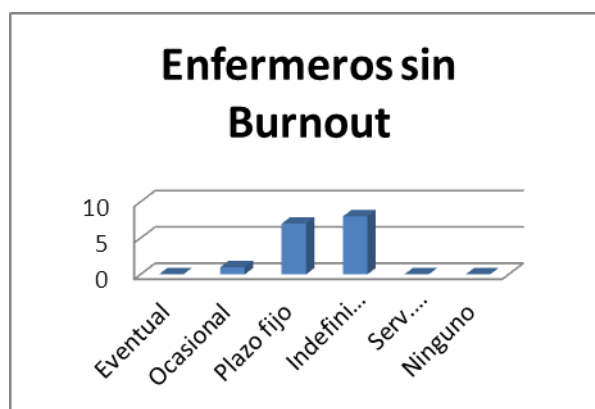
Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 10



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 11

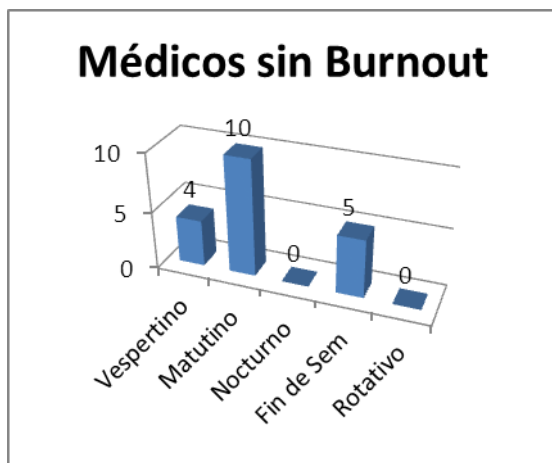


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

En el grupo de médicos sin burnout prima el tipo de contrato indefinido (nombramiento) con el 75%, seguido de: 8.33% eventual; 8.33% ocasional; 8.33% ninguno. El representante de médicos con burnout posee contrato a plazo fijo. En el grupo de enfermeras(os) sin burnout igualmente predomina el tipo de contrato indefinido con el 50%, seguido de: 43.75% contrato a plazo fijo; 6.25% ocasional.

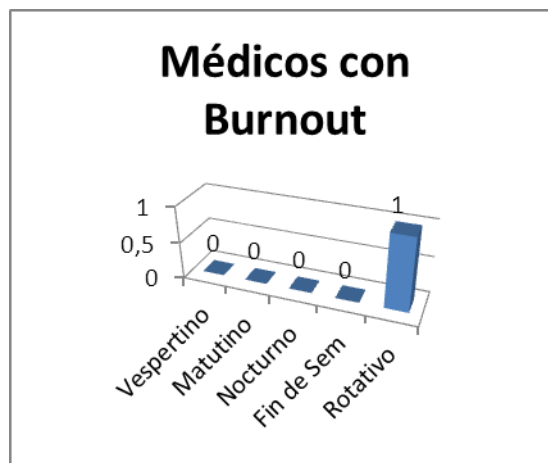
## TURNOS

Gráfico N° 12



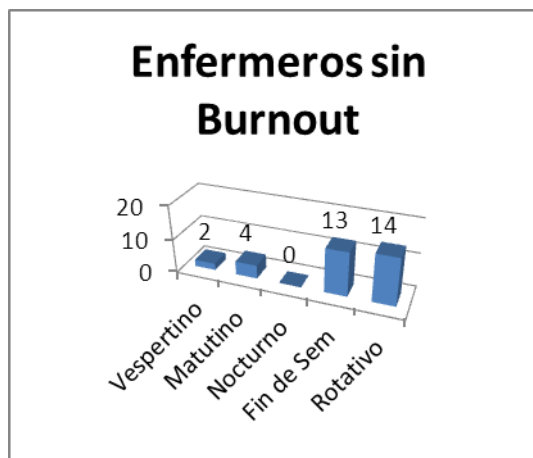
Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 13



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 14

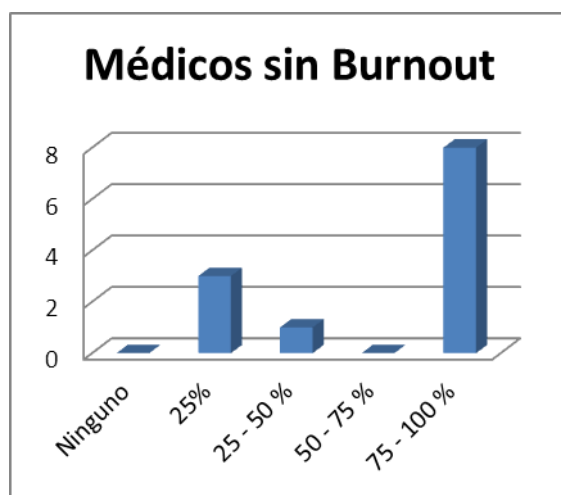


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

Se puede observar una alta tasa de turno matutino en el grupo de médicos sin burnout con el 52.63%, seguido de: 21.05% vespertino; 26.32% fines de semana. El médico con burnout trabaja en turno rotativo. En cambio, en el grupo de enfermeras(os), la mayoría trabaja en turnos rotativos con el 42.42%, seguido de: 39.39% fines de semana; 12.12% matutino, y; 6.06% vespertinos.

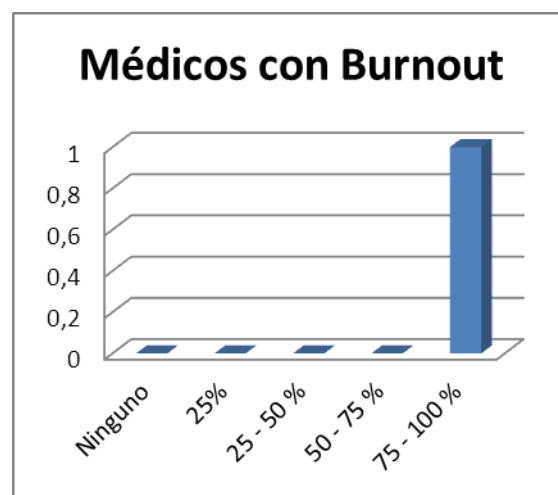
## PORCENTAJE DE PACIENTES DIARIOS

Gráfico N° 15



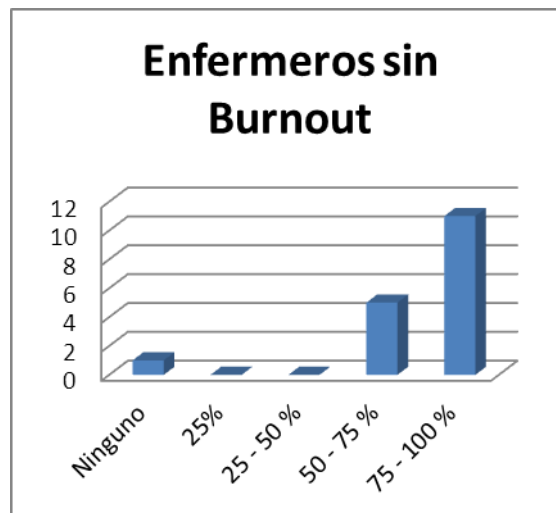
Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 16



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 17

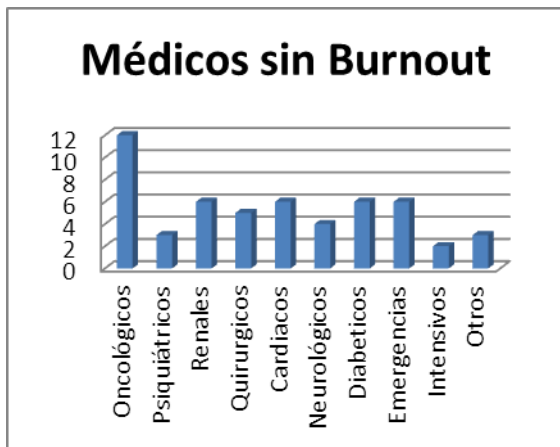


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

En los tres grupos se observa que la gran parte de profesionales de médicos y enfermeros atienden a un porcentaje del 75% al 100% diario, el médico con burnout se incluye en este grupo.

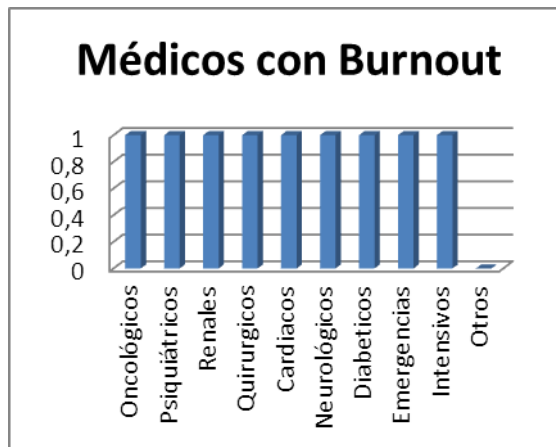
## TIPOS DE PACIENTES

Gráfico Nº 18



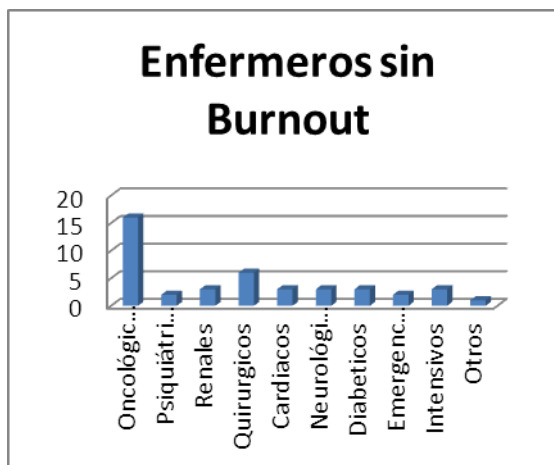
Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico Nº 19



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico Nº 20



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

Se observa que en los médicos con burnout sobresale el tipo de pacientes oncológicos con el 22.64%, el resto de pacientes se divide en las demás especialidades con un porcentaje similar. El médico con burnout atiende a pacientes de todas las especialidades. En el grupo de enfermeras(os) el mayor porcentaje de pacientes atendidos corresponde a los oncológicos con el 38.1%, a continuación los quirúrgicos con el 14.28% y le sigue el resto de especialidades con porcentajes similares.

TABLA N° 3

## CUADRO RESUMEN DE PROMEDIOS

Promedio	Médicos sin Burnout	Médicos con Burnout	Enfermeros sin Burnout
Edad	41.33	31	34.06
Hijos	1.36	0	1.07
Años de trabajo	12.67	7	9.29
Instituciones trabajadas	2	1	1.19
Horas diarias	10	8	6.31
Horas semanales	54.33	64	34.43
Guardias nocturnas horas	0	32	11.5
Guardias nocturnas días	0	5	5.3
Pacientes por día	18.38	30	11
Pacientes fallecidos	3.14	20	3.25
Días de permiso	7.86	3	8

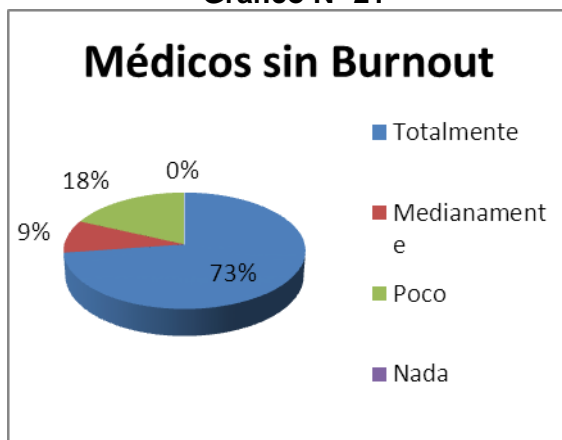
Fuente: Médicos y Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

El grupo de médicos sin burnout tiene una edad promedio de 41 años, superior a la del grupo de enfermeras(os) con un promedio de 34 años, igualmente es superior el porcentaje de años de trabajo, horas de trabajo, pacientes por día y pacientes fallecidos. En el grupo de enfermeros se denota la predominancia de guardia con un promedio de 11.5 horas frente al 0% en médicos sin burnout.

En esta tabla se nota claramente que el médico con burnout tiene un alto indicador en las siguientes variables: 64 horas semanales que incluyen 32 horas de guardia cada 5 días, además atiende a un alto número de pacientes por día (30 pacientes) y el puntaje de pacientes fallecidos es mucho mayor con respecto a los otros grupos (20 pacientes).

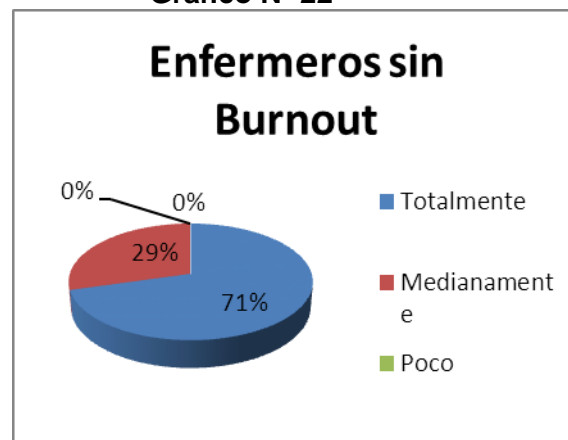
## RECURSOS NECESARIOS

Gráfico N° 21



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 22

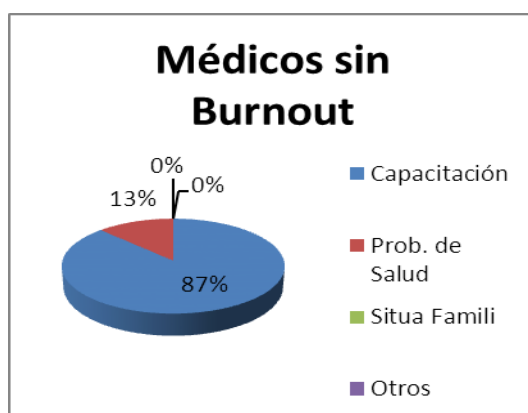


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

El 73% de médicos sin burnout está totalmente satisfecho con los recursos que le provee la institución, el médico con burnout está medianamente satisfecho. En el grupo de enfermeras(os) sin burnout la mayoría, con el 71% está totalmente satisfecha.

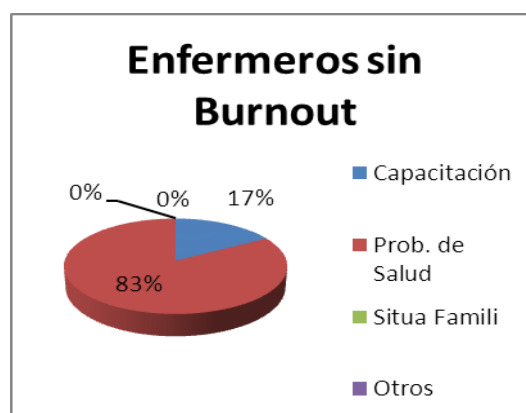
## CAUSAS DE PERMISOS

Gráfico N° 23



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 24



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

La mayoría de los médicos sin burnout, esto es el 87% manifiesta haber solicitado permisos por capacitación, en cambio, el 83% de las enfermeras(os) sin burnout ha pedido permisos por problemas de salud. El médico con burnout ha solicitado permiso por situaciones familiares.

## VALORACIÓN DE PACIENTES

Gráfico N° 25

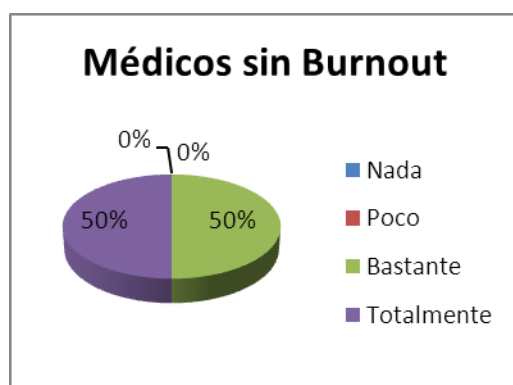
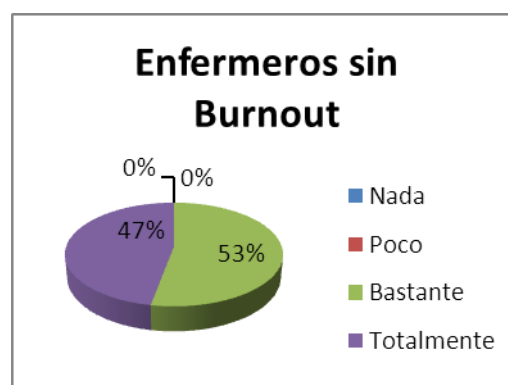


Gráfico N° 26

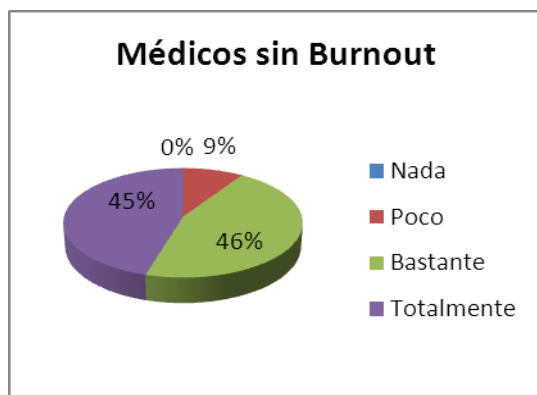


En el grupo de médicos y enfermeros sin burnout existe una valoración satisfactoria de los médicos por parte de sus pacientes fluctuando entre bastante y totalmente. El médico con burnout se siente valorado 100% por sus pacientes.



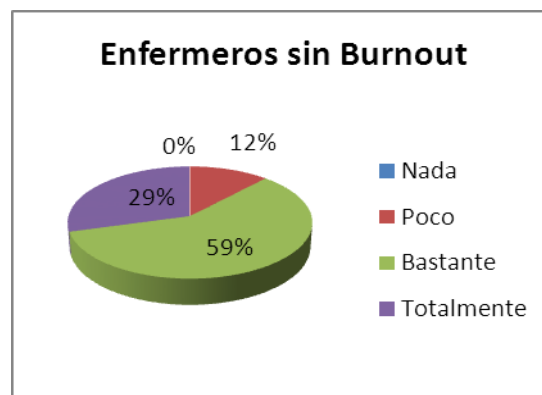
## VALORACIÓN FAMILIARES

Gráfico N° 27



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 28

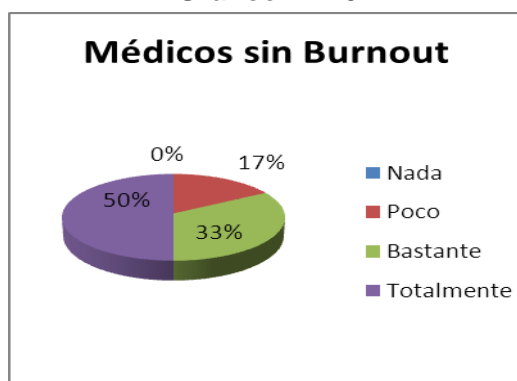


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

En cuanto a la valoración de los familiares, el 46% del grupo de médicos sin burnout se siente bastante valorado, el 45% totalmente y tan solo el 9% poco valorado. El médico con burnout manifiesta ser bastante valorado por los familiares. El 59% del grupo de enfermeras(os) expresa ser bastante valorado, el 29% totalmente y el 12% poco valorado por los familiares.

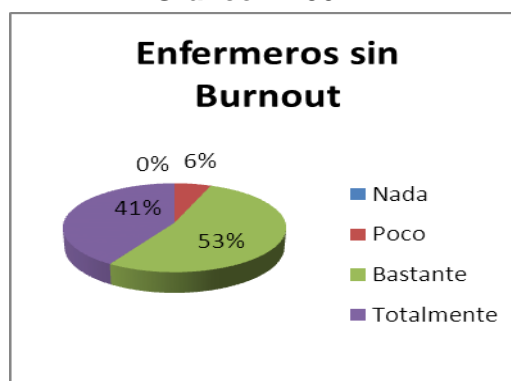
## VALORACIÓN COLEGAS

Gráfico N° 29



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 30

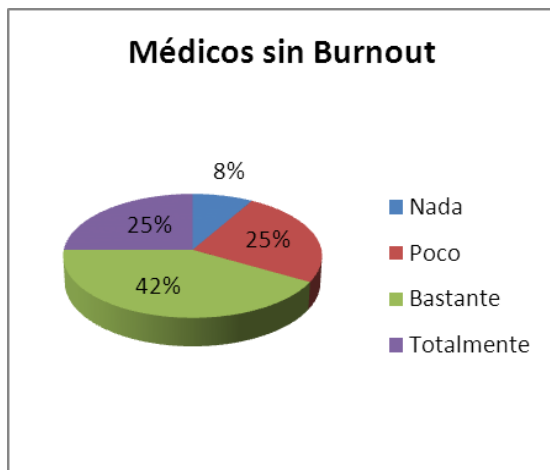


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

La valoración de sus colegas en el grupo de médicos sin burnout es: 50% totalmente; 33% bastante; 17% poco. El médico con burnout manifiesta que es bastante valorado por sus colegas. Se observa que en el grupo de enfermeras(os) el 53% se siente bastante valorado; 41% totalmente y el 6% poco valorado por sus colegas.

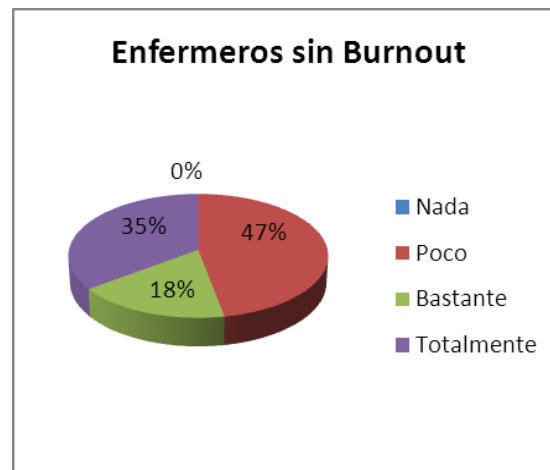
## VALORACIÓN DIRECTIVOS

Gráfico N° 31



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 32

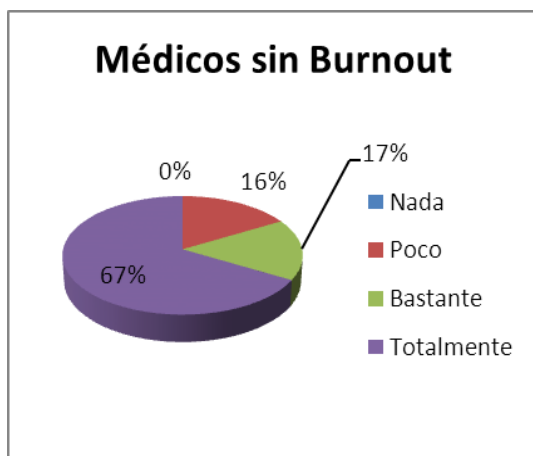


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

En esta variable existe diversidad de percepciones, la respuesta de los médicos sin burnout es: 42% bastante, 25% totalmente, 25% poco, 8% nada. Sobresale el representante de médicos con burnout que se siente nada valorado por sus directivos. En el grupo de enfermeras(os) las respuestas son: 47% poco, 35% totalmente, 18% bastante.

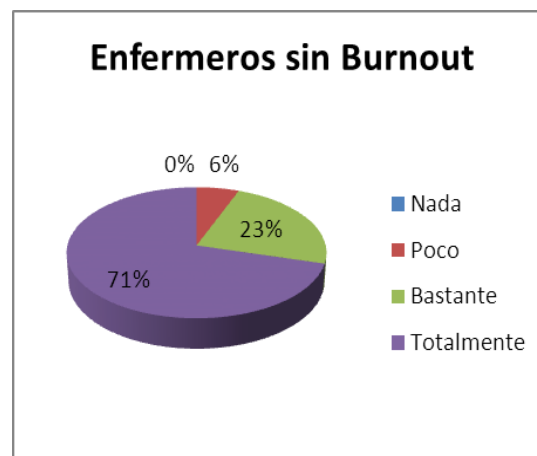
## SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO

Gráfico N° 33



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 34



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

El 67% de médicos sin burnout está totalmente satisfecho con su trabajo, el 17% bastante y el 16% poco. El médico con burnout manifiesta estar totalmente satisfecho con su trabajo. La respuesta en las enfermeras(os) sin burnout es: 71% totalmente, 23% bastante y 6% poco satisfechas(os) con su trabajo.

## INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES

Gráfico N° 35

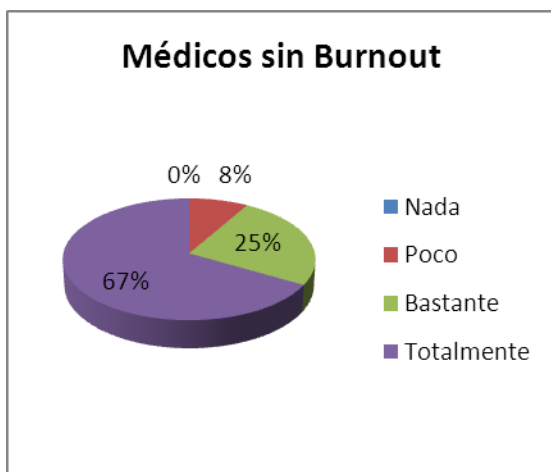
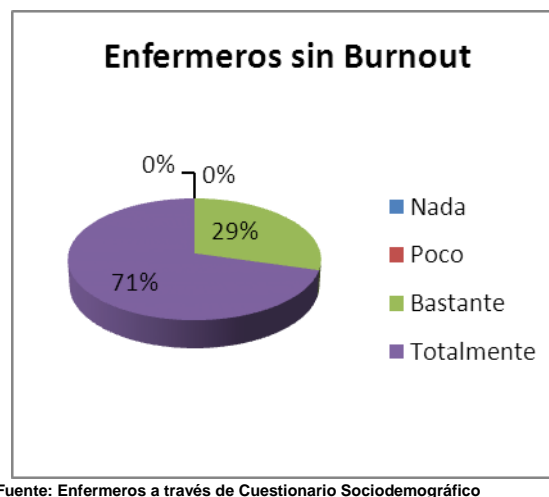


Gráfico N° 36



El 67% de médicos sin burnout manifiesta tener una total interacción con los pacientes, el 25% bastante y el 8% poco. El médico con burnout expresa tener total interacción con sus pacientes. En el grupo de enfermeras(os) los resultados son: 71% totalmente y 29% bastante.

## APOYO DIRECTIVOS

Gráfico N° 36

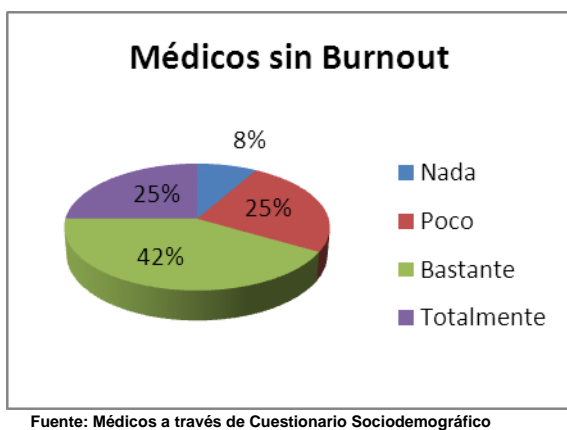
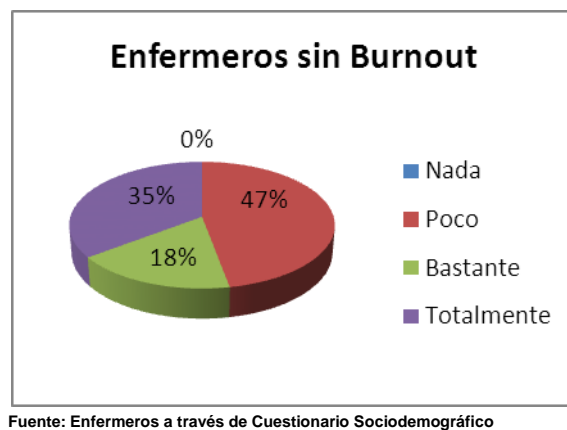


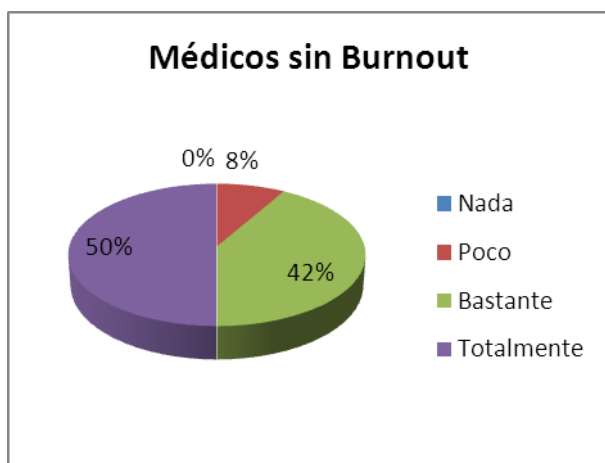
Gráfico N° 37



Estos gráficos muestran un puntaje muy similar a los de valoración de los directivos. Los médicos sin burnout presentan los siguientes resultados: 42% bastante apoyo de sus directivos, 25% totalmente, 25% poco y 8% nada. El médico con burnout manifiesta cero apoyo de sus directivos. El 47% de enfermeras(os) siente poco apoyo de sus directivos, el 35% total apoyo y el 18% poco.

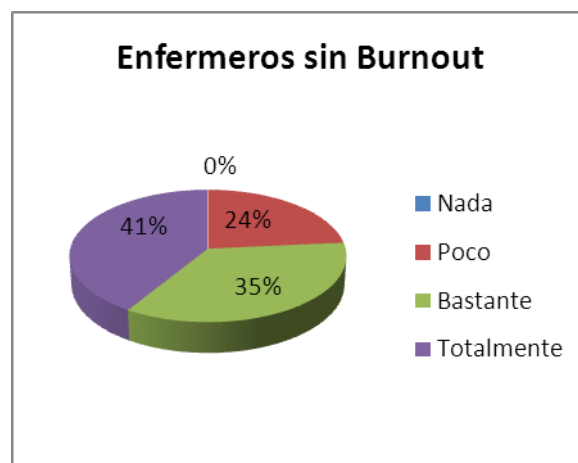
## COLABORACIÓN COLEGAS

Gráfico Nº 38



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico Nº 39

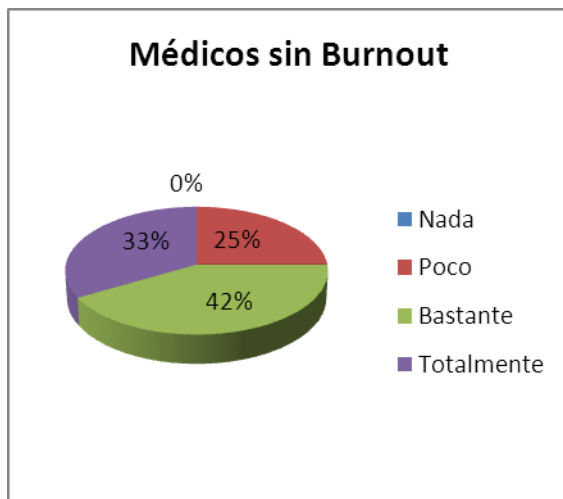


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

La respuesta a esta variable es en general positiva, sin embargo, el grupo de enfermeros sin burnout que se siente poco apoyado por sus colegas, corresponde al 24%. El médico con burnout manifiesta ser bastante apoyado por sus colegas

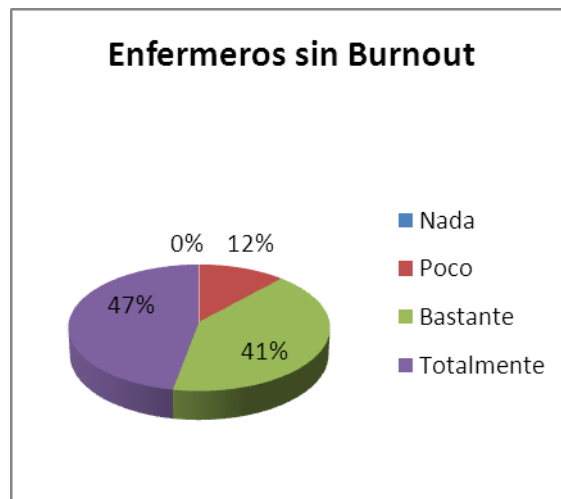
## SATISFACCIÓN EXPERIENCIA

Gráfico N° 40



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 41

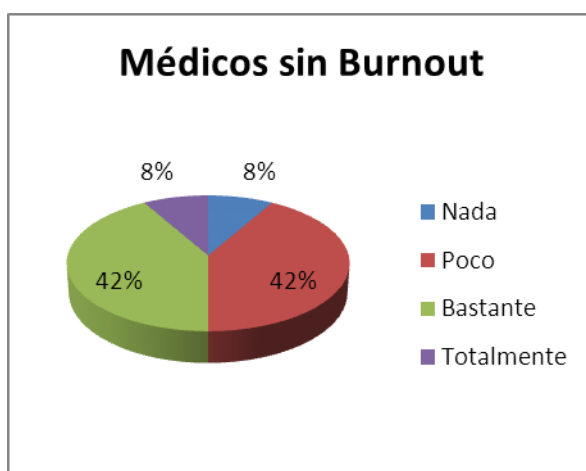


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

El grupo de médicos sin burnout tiene un 42% de satisfacción de experiencia, seguido de 33% totalmente y 25% poco. El médico con burnout tiene bastante satisfacción en base a su experiencia. El grupo de enfermeras(os), en un 47% se siente totalmente satisfecho con su experiencia, el 41% bastante y el 12% poco.

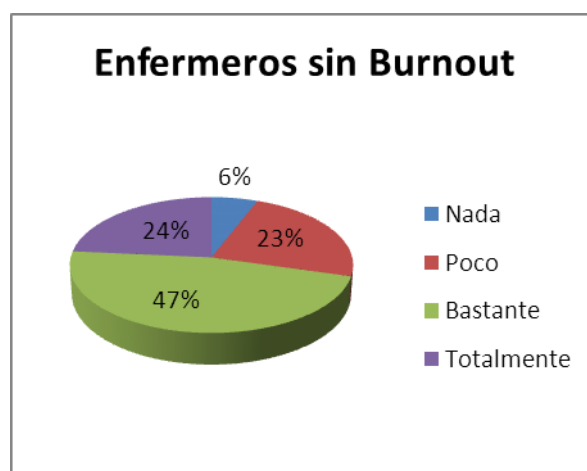
## ECONOMÍA

Gráfico N° 42



Fuente: Médicos a través de Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 43



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario Sociodemográfico

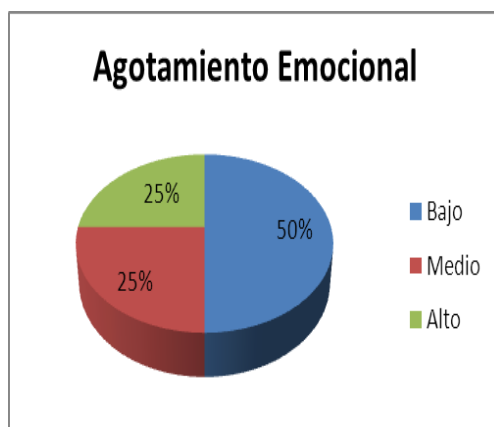
El 42% de los médicos sin burnout manifiesta estar bastante satisfecho con su economía, asimismo el 42% está poco satisfecho, el 8% totalmente y el restante 8% nada. El médico con burnout manifiesta estar poco satisfecho con el aspecto económico. En el grupo de enfermeras(os) sin burnout el 47% manifiesta estar bastante satisfecho con su economía, el 24% totalmente, el 23% poco y el 6% nada satisfecho.

## CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

### Agotamiento Emocional

**Gráfico N° 44**

**Médicos sin Burnout**



Fuente: Médicos a través de Cuestionario MBI

**Gráfico N° 45**

**Enfermeros sin Burnout**



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario MBI

En cuanto a la variable de agotamiento emocional en el grupo de médicos sin burnout el 50% presenta un nivel bajo, 25% nivel medio y 25% nivel alto. El representante de médicos con burnout presenta un nivel de agotamiento emocional alto y los enfermeros sin burnout el 71% presenta un nivel bajo, el 29% un nivel alto.

## Despersonalización

**Gráfico N° 46**  
**Enfermeros sin Burnout**



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario MBI

El 100% de los médicos sin burnout no presenta despersonalización, en contraste, el médico de burnout presenta un alto índice de despersonalización. En cuanto a enfermeros sin burnout, el 94% no tiene despersonalización mientras que solo el 6% tiene nivel medio en este aspecto.

## Realización Personal

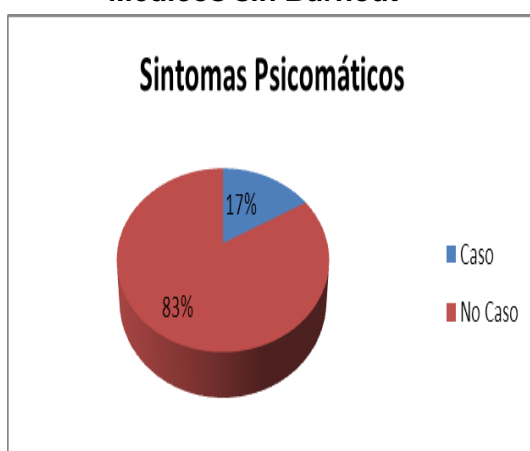
Resalta la evidencia de que el 100% de la muestra de médicos y enfermeras(os) tiene un nivel alto en realización personal.



## CUESTIONARIO DE CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

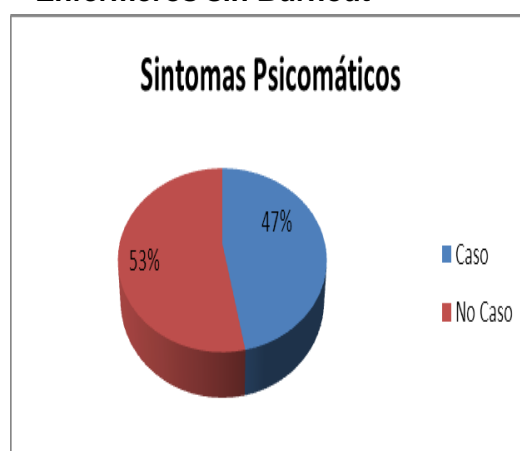
### Síntomas Psicosomáticos

**Gráfico N° 47**  
**Médicos sin Burnout**



Fuente: Médicos a través de Cuestionario GHQ-28

**Gráfico N° 48**  
**Enfermeros sin Burnout**

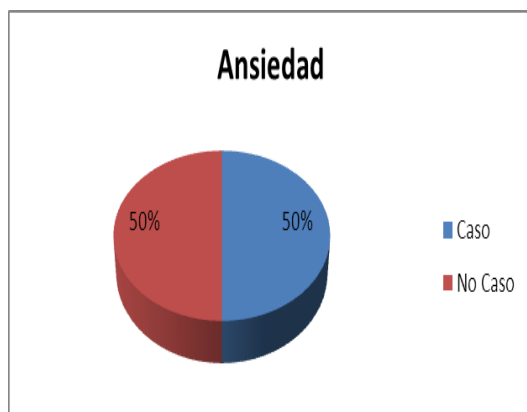


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario GHQ-28

En el grupo de médicos sin burnout se da un 83% de no caso frente a un 17% de casos de síntomas psicosomáticos. En el médico con burnout se manifiesta claramente la presencia de un cuadro de síntomas psicosomáticos. En el grupo de enfermeras(os) sin burnout, el 53% no presenta caso y con el 47% si presenta caso.

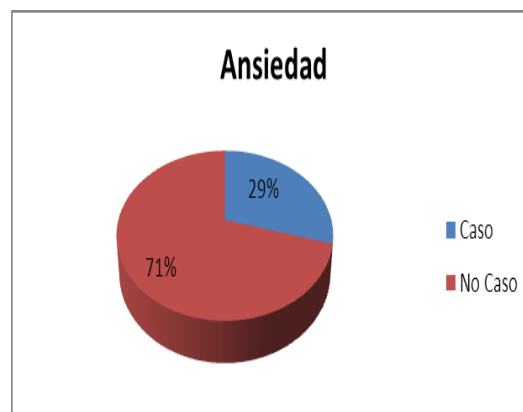
## Ansiedad

**Gráfico N° 49**  
**Médicos sin Burnout**



Fuente: Médicos a través de Cuestionario GHQ-28

**Gráfico N° 50**  
**Enfermeros sin Burnout**



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario GHQ-28

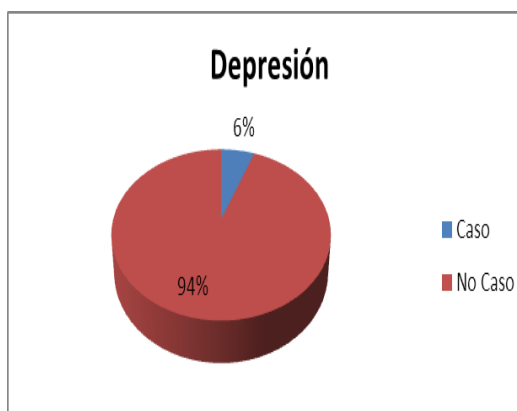
La ansiedad se configura en caso del 50% de médicos sin burnout. El representante de médicos con burnout sí presenta caso. El grupo de enfermeras(os), el 71% no presenta caso, mientras que el 29% si presenta caso de ansiedad.

## Disfunción Social

El 100% de médicos y enfermeras(os) sin burnout no presenta caso en disfunción social. En contraste, el médico con burnout si presenta caso.

## Depresión

**Gráfico N° 51**  
**Enfermeros sin Burnout**

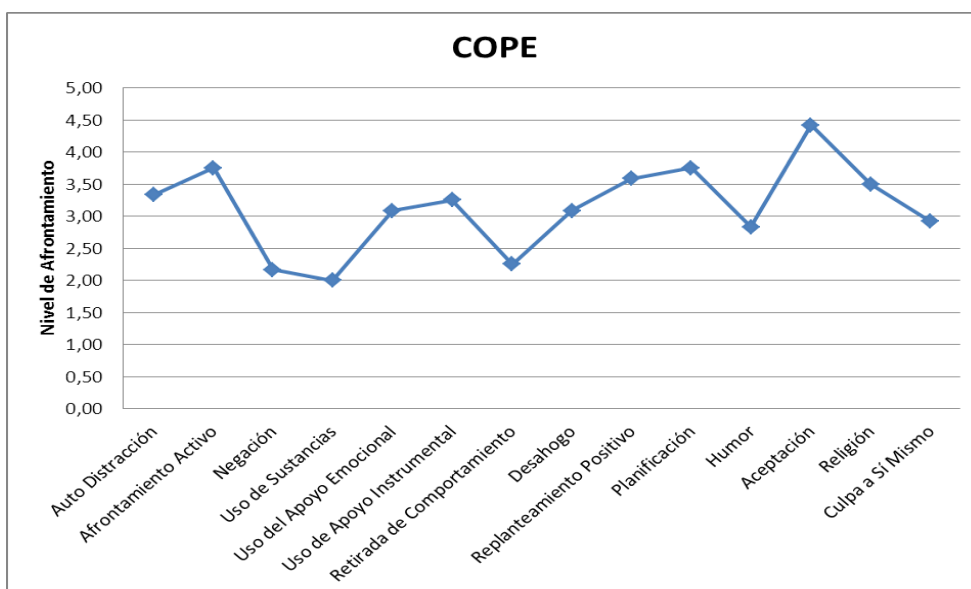


Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario GHQ-28

No se presenta ningún caso de depresión en médicos sin burnout, en cambio, sí se presenta caso en el único representante de burnout de los médicos. En enfermaras (os) sin burnout existe el 6 % de caso y 94 % de no caso.

## CUESTIONARIO DE ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

**Gráfico N° 52**  
**Médicos sin Burnout**

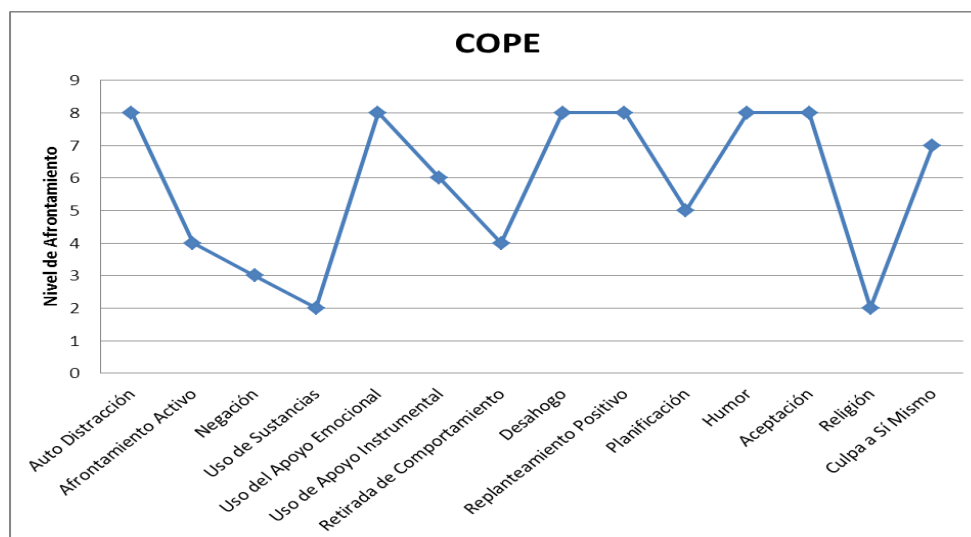


Fuente: Médicos a través del Cuestionario BRIEF-COPE

COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	3,33	7,59
Afrontamiento Activo	3,75	8,54
Negación	2,17	4,93
Uso de Sustancias	2,00	4,55
Uso del Apoyo Emocional	3,08	7,02
Uso de Apoyo Instrumental	3,25	7,40
Retirada de Comportamiento	2,25	5,12
Desahogo	3,08	7,02
Replanteamiento Positivo	3,58	8,16
Planificación	3,75	8,54
Humor	2,83	6,45
Aceptación	4,42	10,06
Religión	3,50	7,97
Culpa a Sí Mismo	2,92	6,64
<b>TOTAL</b>	<b>43,92</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Médicos a través del Cuestionario BRIEF-COPE

**Gráfico N° 53**  
**Médicos con Burnout**

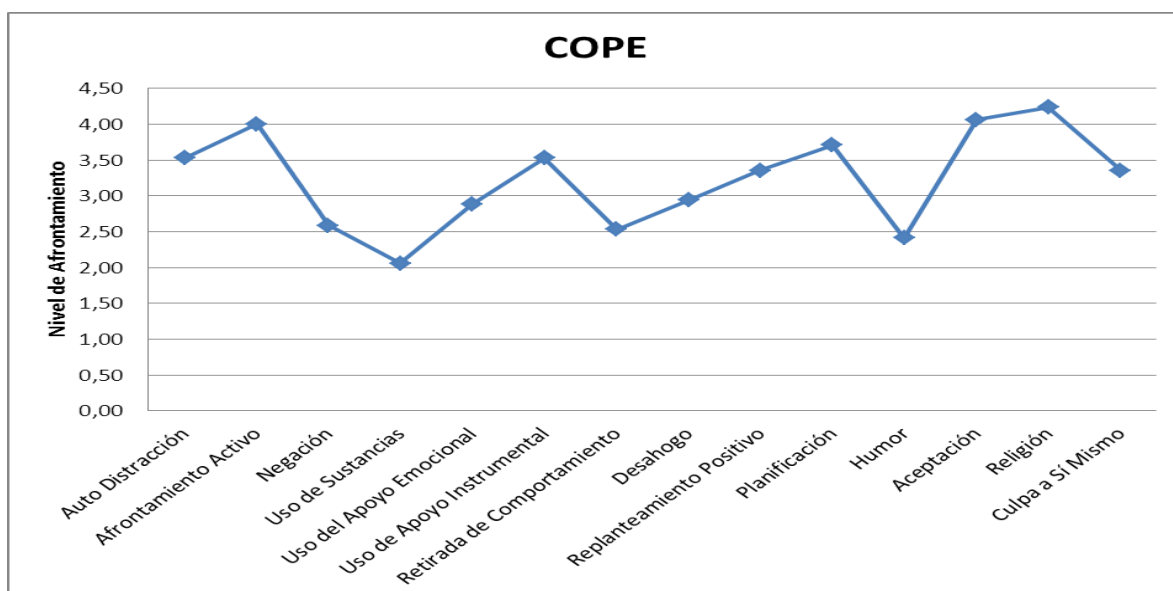


Fuente: Médicos a través del Cuestionario BRIEF-COPE

COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	9	8,82
Afrontamiento Activo	8	7,84
Negación	3	2,94
Uso de Sustancias	2	1,96
Uso del Apoyo Emocional	10	9,80
Uso de Apoyo Instrumental	6	5,88
Retirada de Comportamiento	4	3,92
Desahogo	8	7,84
Replanteamiento Positivo	13	12,75
Planificación	5	4,90
Humor	8	7,84
Aceptación	14	13,73
Religión	2	1,96
Culpa a Sí Mismo	10	9,80
<b>TOTAL</b>	<b>102,00</b>	<b>100,00</b>

Fuente: Médicos a través del Cuestionario BRIEF-COPE

**Gráfico N° 54**  
**Enfermeros sin Burnout**



Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario BRIEF-COPE

COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	3,53	7,81
Afrontamiento Activo	4,00	8,85
Negación	2,59	5,73
Uso de Sustancias	2,06	4,56
Uso del Apoyo Emocional	2,88	6,38
Uso de Apoyo Instrumental	3,53	7,81
Retirada de Comportamiento	2,53	5,60
Desahogo	2,94	6,51
Replanteamiento Positivo	3,35	7,42
Planificación	3,71	8,20
Humor	2,41	5,34
Aceptación	4,06	8,98
Religión	4,24	9,38
Culpa a Sí Mismo	3,35	7,42
TOTAL	45,18	100,00

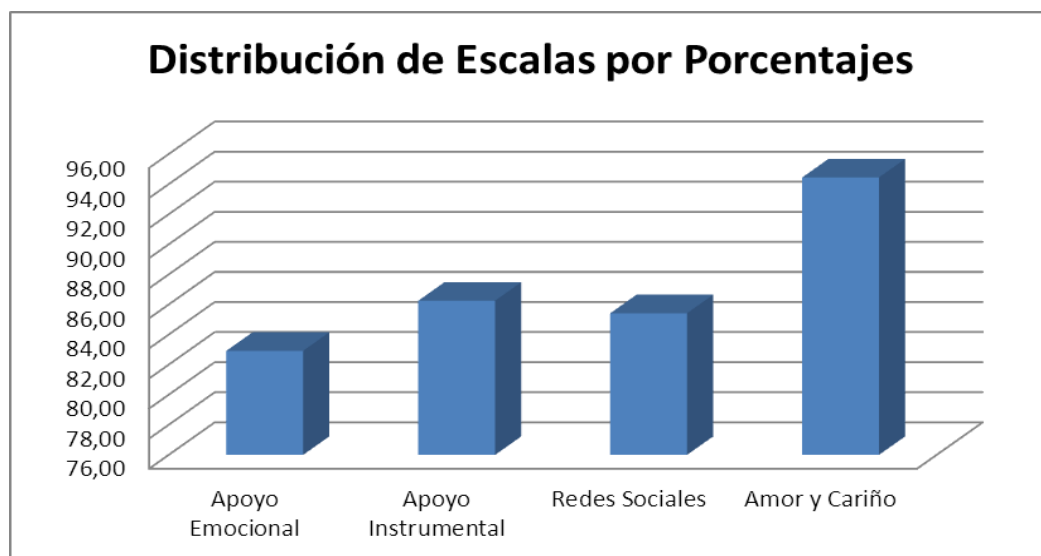
Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario BRIEF-COPE

Las gráficas correspondientes a los tipos de afrontamiento que nos señala el cuestionario BRIEF-COPE, son muy similares tanto en el grupo de médicos como en el de enfermeros sin burnout.

La gráfica del caso del médico con burnout muestra extremos con picos altos y bajos, predomina un bajo nivel de apoyo en la religión y un alto indicador en la culpa a sí mismo además el nivel de afrontamiento activo es bajo.

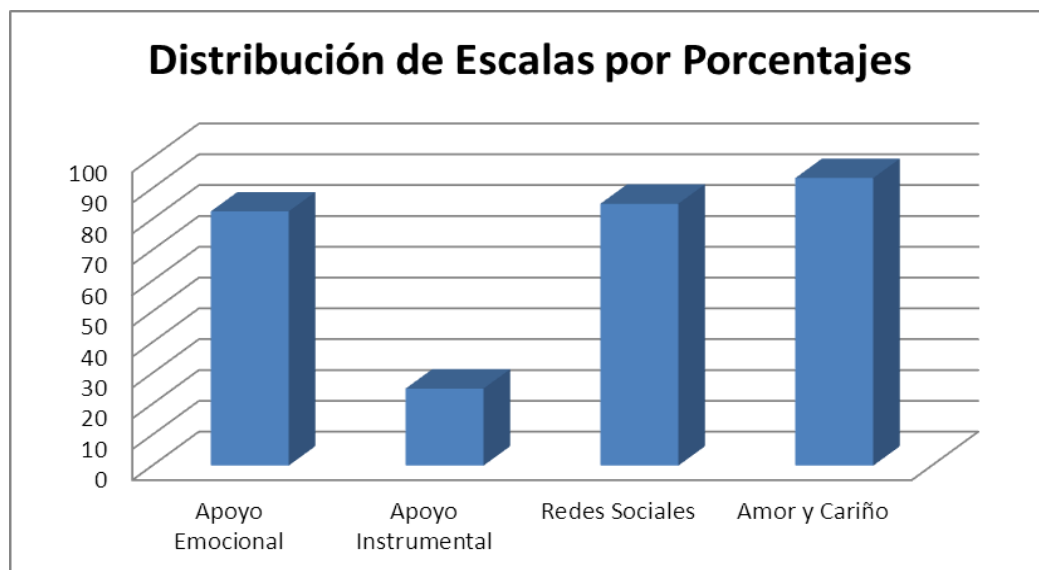
### CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

**Gráfico N° 55**  
**Médicos sin Burnout**



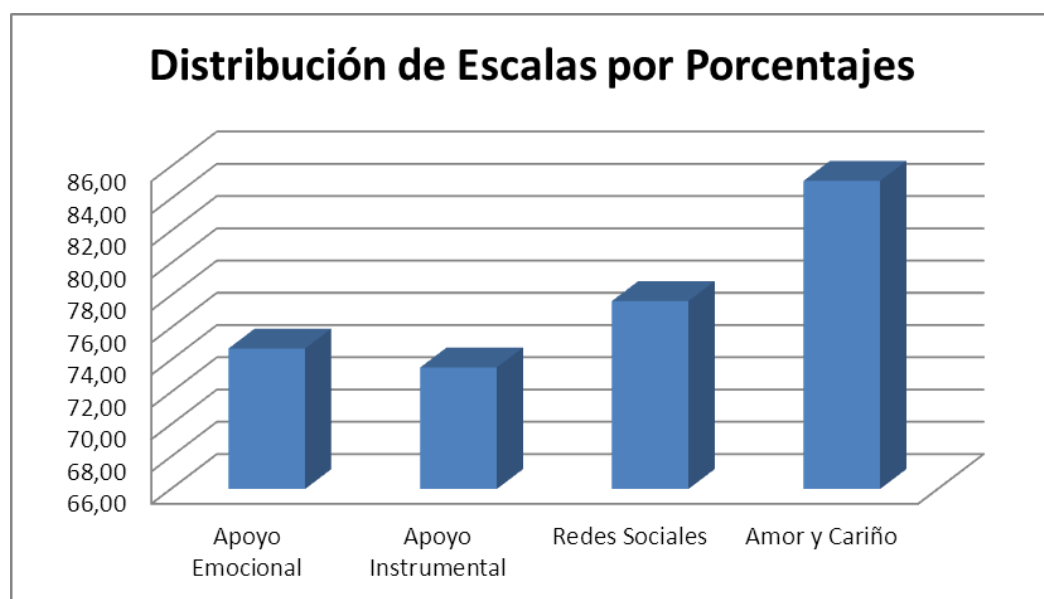
Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Apoyo Social

**Gráfico N° 56**  
**Médicos con Burnout**



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Apoyo Social

**Gráfico N° 57**  
**Enfermeros sin Burnout**



Fuente: Enfermeros a través del Cuestionario de Apoyo Social



En cuanto a la variable de Apoyo Emocional, los porcentajes son los siguientes: médicos sin burnout 82.92%, médico con burnout 82.5%, enfermeras(os) sin burnout 74.71%.

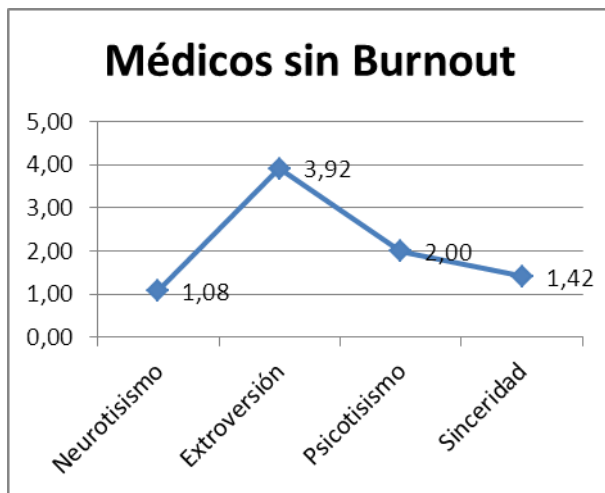
Apoyo Instrumental: médicos sin burnout 86.25%, médico con burnout 25%, enfermeras(os) sin burnout 73.53%.

Redes Sociales, médicos sin burnout 85.42%, médico con burnout 85%, enfermeras(os) sin burnout 77.65%.

Amor y Cariño: médicos sin burnout 94.44%, médico con burnout 93.33%, enfermeras(os) sin burnout 85.1%.

### CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPQR-A)

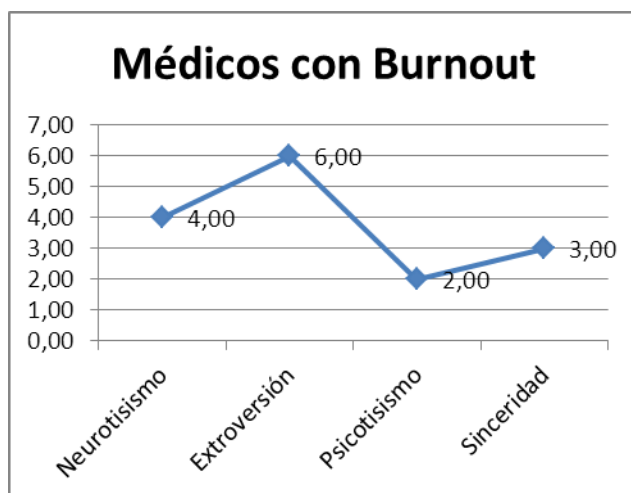
Gráfico N° 58



Fuente: Médicos a través de Cuestionario EPQR-A

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	1,08	12,87
Extroversión	3,92	46,53
Psicotismo	2,00	23,76
Sinceridad	1,42	16,83
<b>TOTAL</b>	<b>8,42</b>	<b>100,00</b>

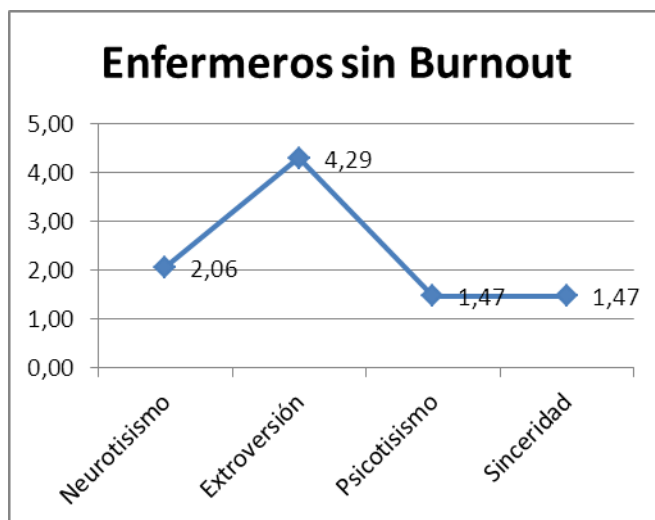
Gráfico N° 59



Fuente: Médicos a través de Cuestionario EPQR-A

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	4,00	26,67
Extroversión	6,00	40,00
Psicotismo	2,00	13,33
Sinceridad	3,00	20,00
<b>TOTAL</b>	<b>15,00</b>	<b>100,00</b>

Gráfico N° 60



Fuente: Enfermeros a través de Cuestionario EPQR-A

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	2,06	22,15
Extroversión	4,29	46,20
Psicotismo	1,47	15,82
Sinceridad	1,47	15,82
<b>TOTAL</b>	<b>9,29</b>	<b>100,00</b>

Se evidencia un mayor grado de sinceridad en el caso del médico con burnout. El neuroticismo es mayor en el grupo de enfermeros sin burnout. En los tres grupos coincide la primacía de la extroversión.

## 6. Discusión de resultados

En la siguiente exposición se muestra el análisis de los cuestionarios aplicados a una muestra de 30 profesionales de la salud: 13 médicos y 17 enfermeras(os), que se encuentran trabajando en estado activo en el Hospital Oncológico SOLCA de Quito.

La discusión y las conclusiones adecuadas podrán contribuir a que el profesional encuestado concientice sobre las incidencias del estrés laboral sobre su desempeño y su vida en general, así mismo los directivos del hospital, contarán con información importante que les permitirá tomar acciones para mejorar la calidad de vida de sus empleados.

En este estudio en particular se definieron tres grupos: médicos sin burnout (16), médicos con burnout (1), enfermeras(os) si burnout (17). Se han considerado los datos más sobresalientes para realizar el análisis correspondiente.

Del total de la muestra tomada a 30 encuestados, el 83% pertenecen al género femenino y el 17% al género masculino.

En cuanto a la edad, el promedio es de 36.7 años, dentro de un rango comprendido entre 25 y 55 años, lo cual significa que existe una diversidad de edades que se encuentran en la etapa productiva. Cabe señalar que el único médico con Burnout está dentro de los más jóvenes con 31 años, resultados que no siguen la tendencia que señala Grau (2007), ya que él manifiesta que la etapa joven-adulta es una variable protectora para desarrollar burnout.

Con respecto al estado civil, 31% solteros, 63% casados, 3% divorciados y 3% unión libre, en este caso si se cumple la tendencia que indican los estudios realizados previamente (Seltzer y Numerof, 1998) ya que en la muestra solo existe un caso de burnout el cual es soltero. La mayoría son casados y esto los hace resistentes al síndrome. En las investigaciones revisadas, no se encuentran relaciones significativas ni persistentes en general sobre el estado civil, siendo otros factores más influyentes en la presencia del síndrome. Pero en el caso particular de SOLCA, uno de los pocos médicos solteros, es el que presenta Burnout; esto sí corresponde a las hipótesis de Maslach, que manifiesta que ser soltero es una variable de riesgo para el desarrollo de Burnout.

Del total de la muestra el 40% no tiene hijos, mientras que el 60% restante tuvo uno o más hijos. En cuanto a turnos, los porcentajes mayores correspondieron a turnos rotativos y fines de semana, de lo que se deduce que no comparten actividades en su núcleo familiar. Con referencia al tipo de pacientes que atiende, los mayores porcentajes son: pacientes de tipo oncológico con 28%, seguido por pacientes de tipo quirúrgico con un 11%; el resto se divide otras especialidades con puntuaciones apenas menores a las del tipo quirúrgico.

En lo que corresponde al número de pacientes que se atiende diariamente, en médicos es un promedio de 19 personas al día, comparado con el grupo de enfermeros que atiende un promedio de 11 pacientes diarios.

Con respecto a los años de experiencia laboral, en médicos el promedio es de 12 años, mientras que en enfermeros es 9. Se observa que hay una relación entre años de experiencia y número de pacientes atendidos, mostrándose una relación directamente proporcional de tendencia positiva.

En lo que respecta a pacientes fallecidos del total de la muestra, tenemos que los médicos sin Burnout presentan un promedio de 3 pacientes fallecidos, que contrasta radicalmente con el único médico con Burnout, cuyo promedio de pacientes fallecidos es de 20. Esto se asocia con el hecho de que atiende a gran número de pacientes de todas las especialidades.

Los mencionados factores: pacientes fallecidos en los últimos meses (20) y tipo de pacientes atendidos, son un elemento determinante en el único caso de Burnout encontrado en nuestra muestra. En este dato se puede corroborar el resultado obtenido en la investigación de Paredes et.al (2008), acerca de que son totalmente determinantes las variables del ambiente laboral y sobre todo las de tipo motivacional y personal.

En cuanto al valor salarial que perciben los médicos, se puede observar que el mayor porcentaje de médicos está entre 1000 a 2000 dólares. Hay que recalcar que existen varios médicos que reciben un salario de 5000 a 6000 dólares. El médico con Burnout entra en el rango salarial de los que menos ganan. El grupo de enfermeras percibe un salario promedio de 1000 a 2000.

Sobre la variable de sentirse valorados por sus pacientes y colegas, la gran mayoría manifiesta que bastante o totalmente, incluyendo al médico con Burnout. Lo que no sucede con la valoración que sienten desde sus directivos, donde los indicativos bajan y se hace más notorio en el médico con Burnout que manifiesta la ausencia de valoración de sus directivos hacia él, lo cual obviamente es un desencadenante del síndrome.

Si tomamos el total de la muestra de médicos y enfermeros del Hospital SOLCA. Quito, el 3.33% presenta burnout que corresponde a un médico de género masculino.

El resto de médicos (9 mujeres, 3 hombres) y enfermeras/os (16 mujeres, 1 hombre) no se enmarcan en el síndrome de burnout.

En cuanto a la variable de Agotamiento Emocional (AE), la misma se presenta en el 50% de los médicos con una puntuación baja, en el 25% con puntaje medio y un 25% con nivel alto. El representante de los médicos con burnout presenta un puntaje alto de AE. En el grupo de enfermeras(os) el AE tiene un indicador bajo en el 71% y un nivel alto en el 29%.

El aspecto de Despersonalización (DP) presenta un nivel bajo en el 100% de los médicos sin burnout, en cambio, en el médico con burnout el nivel de DP es el único alto del total de la muestra. La mayoría de enfermeras(os) con el 94% presenta un puntaje bajo en DP y solo un 6% tiene un puntaje medio.

En el 100% de la muestra de médicos y enfermeras(os) del Hospital SOLCA, la variable de Realización Personal presenta un puntaje alto.

En base a los resultados, cabe resaltar que específicamente en esta muestra del Hospital SOLCA, el género predominante es el femenino tanto en médicos como en enfermeros, por lo tanto, aquí no se cumple la hipótesis de Maslach y Jackson (1981) que señalan que las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional, ya que el mayor porcentaje (50% de médicos y 71% de enfermeras/os) tienen un índice de AE bajo y es precisamente el médico hombre con burnout que presenta un nivel alto en AE.

La despersonalización se presenta como un factor determinante para la presencia de burnout en la presente muestra de SOLCA, puesto que el único caso de despersonalización con nivel alto pertenece al médico con burnout. El 100% de médicos

sin burnout tiene puntaje bajo de DP y en la enfermeras(os) el 94% posee un nivel bajo de DP y tan solo un 6% presenta un nivel medio de DP.

La despersonalización en un individuo, hace que éste tienda a “cosificar” a las personas que atiende y esto puede ser muy destructivo en el área de la salud, ante todo un médico debería mirar a sus pacientes con empatía y sensibilidad, si esto no existe, puede ocasionar daños físicos y emocionales graves.

En la muestra que nos atañe, el médico con burnout; tiene muchos factores desencadenantes para la DP en su ambiente laboral: alta incidencia de fallecimientos de pacientes, una remuneración salarial baja en comparación a sus colegas, ( ya que aún es postgradista), fuerte carga horaria que incluye turnos rotativos, apoyo nulo (según su percepción) de los directivos.

Finalmente, en el aspecto de la Realización Personal el 100% de la muestra presenta un indicador alto, este hecho constituye una fuente de satisfacción y protección ante los estresores del medio. Además es una prueba de la gran acogida y demanda que tiene el Hospital SOLCA – Núcleo Quito.

De acuerdo a los resultados del GHQ-28, los aspectos: síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión se presentan con la siguiente configuración:

Síntomas Psicósomáticos: en médicos sin burnout, caso 83%, no caso 17%; médico con burnout, caso 100%; enfermeras(os), caso 47%, no caso 53%.

Ansiedad: médicos sin burnout, caso 50%, no caso 50%; médico con burnout, caso 100%; enfermeras(os) caso 29%, no caso 71%.

Disfunción social: médicos sin burnout, caso 0%, no caso 100%; médico con burnout, caso 100%; enfermeras(os), caso 0%, no caso 100%.

Depresión: médicos sin burnout, caso 0%, no caso 100%; médico con burnout, caso 100%; enfermeras(os) sin burnout, caso 6%, no caso 94%.

Sobresale en estos resultados, el médico con burnout que presenta caso en los cuatro ítems del GHQ-28.

En cuanto a Síntomas Psicosomáticos, las enfermeras presentan un mayor porcentaje de casos y esto evidencia la relación de la salud física y psíquica con la carga horaria nocturna y de turnos rotativos, en el grupo de médicos las somatizaciones sí se presentan pero en menor porcentaje y se relaciona con los horarios matutinos y vespertinos en que se ocupan los médicos.

La Ansiedad como trastorno del estado de ánimo tiene un 50% de casos en los médicos y en las enfermeras(os), un 29%, el médico con burnout presenta caso de ansiedad.

A nivel emocional la ansiedad produce: opresión, tensión nerviosa, preocupación excesiva, pesadillas (Zinberg et al, 1994) esto genera a nivel físico: dolores de cabeza, cansancio, irritabilidad, insomnio. En SOLCA, los médicos presentan más casos de ansiedad que las enfermeras, esto se aduce a la gran responsabilidad y afluencia de pacientes con riesgo de muerte.

Del total de la presente muestra de médicos y enfermeras, el único caso de Disfunción Social se presenta en el médico con burnout. Los demás no presentan caso y esto demuestra que existe un buen clima laboral y una buena red social de apoyo en SOLCA - Quito.

El caso de burnout, presenta todos los ingredientes en contra para una buena relación social; tiene mucha carga horaria; muchos pacientes (de los cuales 20 han fallecido en los últimos meses); además de su trabajo es postgradista y hace turnos rotativos, lo cual implica poco contacto familiar y social; es soltero, por lo tanto no tiene un apoyo emocional importante ni tiempo para ello.

En cuanto a la depresión, en médicos sin burnout no se da ningún caso depresivo, en enfermeras solo un 6% y el médico con burnout sí presenta caso. En definitiva, la depresión no es un factor presente en la muestra de SOLCA, pero sí es determinante para el cuadro de burnout existente.

En la presente muestra del Hospital SOLCA - núcleo Quito, no se cumple la tesis de los autores Barlow y Durand (2001) que dice que "uno de los misterios que enfrentan los psicopatólogos es la aparente transposición de la ansiedad y la depresión. Varios teóricos han llegado a la conclusión de que los dos estados de ánimo son más parecidos que

diferentes”, en cambio, en la muestra de SOLCA hay muchos más casos de ansiedad que de depresión y no están en relación paralela estas dos alteraciones de estados de ánimo.

Si comparamos estos resultados con los de la investigación realizada por Esteva M. “Salud Mental en los Médicos de Familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo”, observamos que en el Hospital SOLCA no hay muchas consecuencias a nivel mental, los aspectos que más casos tienen son los síntomas psicósomáticos y la ansiedad, en cuanto a la disfunción social y depresión es muy bajo el índice de afectación.

El siguiente cuadro es el resumen comparativo de los porcentajes de estilos de afrontamiento en los tres grupos de la presente muestra de SOLCA: médicos sin burnout, médicos con burnout y enfermeras(os) sin burnout.

	Médicos sin Burnout	Médico con Burnout	Enfermeras sin Burnout
Autodistracción	7.59	9.88	7.81
Afrontamiento activo	8.54	4.94	8.85
Negación	4.93	3.70	5.73
Uso de sustancias	4.55	2.47	4.56
Uso del apoyo emocional	7.02	9.88	6.38
Uso del apoyo instrumental	7.40	7.41	7.81
Retirada de comportamiento	5.12	4.94	5.60
Desahogo	7.02	9.88	6.51
Replanteamiento positivo	8.16	9.88	7.42
Planificación	8.54	6.17	8.20
Humor	6.45	9.88	5.34
Aceptación	10.06	9.88	8.98
Religión	7.97	2.47	9.39
Culpa a si mismo	6.64	8.64	7.42

Fuente: Médicos y enfermeras(os) de SOLCA a través del BRIEF-COPE

Se ha señalado con color los porcentajes más diferentes y determinantes entre los profesionales sin burnout y el caso existente de burnout.

Cada persona utiliza diferentes estilos de afrontamiento ante las situaciones estresantes de la vida y el trabajo, dependiendo de su crianza y educación.

Específicamente en el Hospital SOLCA, la utilización de las estrategias de afrontamiento son vitales para médicos y enfermeras, ya que están expuestos diariamente a situaciones



estresantes de dolor físico y emocional de sus pacientes, muchos de ellos con alto riesgo de muerte.

En la muestra de esta tesis, según el BRIEF-COPE, algunos de los 14 ítems presentan valores similares en los profesionales sin burnout y el caso con burnout, sin embargo, cabe recalcar los puntos más determinantes que establecen relación entre el estilo de afrontamiento con el burnout, estos son:

En la estrategia de afrontamiento activo, el médico con burnout presenta un puntaje de 4.94 frente a 8.54 de médicos sin burnout y 8.85 de enfermeras(os) sin burnout, este resultado expresa que el caso de burnout cuenta con menos herramientas cognitivas y actitudinales para enfocarse en el problema y buscar una solución oportuna.

La estrategia de afrontamiento activo tiene relación con la planificación, en la cual también se observa que el médico con burnout (6.16) es más bajo que los profesionales sin burnout (8.54 – 8.20). Es decir, el caso de burnout emplea poco el mecanismo de la planificación para organizar el contexto de sus actividades y para determinar los pasos y la dirección de sus esfuerzos en pro de una solución.

En cuanto al uso del apoyo emocional que se refiere a conseguir apoyo de simpatía y comprensión en su entorno, el médico con burnout presenta mayor puntaje (9.88) que los médicos y enfermeras sin burnout (7.02 – 6.38). Igualmente el médico con burnout tiene un nivel de humor más alto; por consiguiente con respecto al uso de apoyo emocional y el humor, en estos resultados no existe el obvio paralelismo entre estas estrategias y la evitación del burnout.

El culparse a sí mismo es un mecanismo que efectivamente recrudece el cuadro de burnout, nuestro médico con burnout posee un puntaje de 8.64 frente a médicos sin burnout 6.64 y enfermeras(os) sin burnout con 7.42.

De todas las estrategias de afrontamiento detalladas con porcentajes y diferencias, la que más sobresale por el índice diferente entre los tres grupos, es la religión. Según lo que se observa, el médico con burnout tiene un puntaje notablemente más bajo (2.47), que el de médicos sin burnout (7.97) y enfermeras(os) (9.39).

Esto da cuenta de que nuestro caso de burnout no se apoya en la religión, ni en creencias espirituales que les podrían servir de soporte en situaciones adversas, este resultado puede ser determinante en su agotamiento emocional y despersonalización; si a esto se le suma la culpa a sí mismo, tenemos un caldo de cultivo para el síndrome de burnout.

De acuerdo a los resultados obtenidos, en la variable de Apoyo Emocional el porcentaje es el siguiente: médicos sin burnout 82.92%, médico con burnout 82.5% y enfermeras(os) sin burnout 74.71%.

En general, el personal cuenta con alto índice de Apoyo Emocional, sin embargo las enfermeras tienen menor porcentaje, esto es entendible por la carga horaria nocturna y turnos rotativos que disminuye la capacidad de contacto con personas cercanas emocionalmente en su entorno.

En cuanto al Apoyo Instrumental, es totalmente diferente el resultado que manifiesta el médico con burnout con un porcentaje de 25% frente al 86.25% de médicos sin burnout y enfermeras(os) con el 73.53%. Esto lleva a pensar que influye mucho en la presencia de burnout en nuestro caso, el hecho de que sea soltero y no posea una ayuda cercana que lo cuide cuando está enfermo, que le ayude con la alimentación, que facilite la situación doméstica, etc. A esto se suma el hecho de que es postgradista y además de su ardua carga horaria tiene que cumplir con sus estudios avanzados. Parte del Apoyo Instrumental es el apoyo de los directivos y la remuneración salarial, dos aspectos con lo cual es el médico con burnout manifiesta estar insatisfecho.

En Redes Sociales, tanto en médicos y enfermeras el porcentaje es elevado oscilando entre 77.65% y 85.42%, esto denota que a pesar de las situaciones adversas, en el Hospital SOLCA se propicia un buen clima laboral en donde sus empleados se sienten contenidos y acogidos.

Los niveles de Amor y Cariño son elevados en médicos y enfermeras, con el promedio de 91%; este resultado ratifica el porqué de la baja presencia de burnout (3.33%) en la presente muestra de profesionales.

A diferencia de estos resultados, en la investigación de la Universidad de Concepción (Chile, 2009), el resultado fue de altos índices de burnout y estrés crónico en los

miembros del cuerpo psiquiátrico de un hospital público, lo que demuestra un pobre apoyo emocional y psicoafectivo de su entorno social.

Los rasgos de personalidad evaluados en este cuestionario son: neuroticismo, extroversión, psicoticismo, sinceridad.

La neurosis se distingue por la presencia constante de angustia y por la utilización de mecanismos defensivos para evitar la misma. El neuroticismo puede manifestarse en términos de síntomas físicos, psíquicos, estructura de carácter; y se produce por situaciones inconclusas y reprimidas del individuo. (Consuegra, 2010).

En el caso de la muestra de SOLCA, los médicos sin burnout presentan un bajo porcentaje de síntomas neuróticos con el 12.87% frente al médico con burnout con un índice del 26.67%, el grupo de enfermeras(os) sin burnout tiene el 22.15%.

En cuanto a extroversión, los tres grupos presentan un alto índice: médicos sin burnout 46.53%, médico con burnout 40% y enfermeras(os) sin burnout el 46.2%; este resultado evidencia el bajo índice de burnout en nuestra muestra, ya que la extroversión permite el contacto emocional y creativo con su ambiente laboral. El caso con burnout presenta menor extroversión que sus colegas y esto es un indicador de su estado.

En cuanto al rasgo de psicoticismo, podemos mencionar que entre los síntomas psicóticos tenemos: el delirio de persecución, las ideas delirantes de ser controlado, delirio de grandeza; y son lo contrario a la relajación y la flexibilidad.

En nuestra muestra de SOLCA, los que puntúan más alto en psicoticismo, son los médicos sin burnout con un 23.76%, en cambio, el médico con burnout presenta un 13.33%; las enfermeras(os) sin burnout un 15.82%.

En el factor de Sinceridad se observa que el más alto índice tiene el médico con burnout con 20%, seguido de médicos con el 16.83% y enfermeras(os) con el 15.82%.

En este resultado se deja entrever, que al tener más alto índice de Sinceridad el único médico con burnout, puede ser que este profesional sea el único que realmente acepta su situación de “estar quemado” en algunos aspectos, en cambio, dentro de los

profesionales sin burnout pueden haber otros casos con el síndrome, pero todavía no lo aceptan.

Para que el factor de la Sinceridad se manifieste, tiene que haber primero un reconocimiento y aceptación de sí mismo y luego de sus manifestaciones hacia el entorno; esto se da después de haber pasado por el filtro del ego y del miedo a ser descubierto por su entorno.

Finalmente, en contraste con las conclusiones que surgieron de la investigación de Hernández Zamora, et.al (2004); en donde la extroversión no estaba en relación con el “estar quemado”, en cambio, en la presente muestra del Hospital SOLCA se puede deducir que la extroversión sí es un elemento protector contra el síndrome de burnout.

## **7. Conclusiones y Recomendaciones**

### **7.1 Conclusiones**

En los resultados de la muestra analizada de los 13 médicos y 17 enfermeras(os) que se desempeñan en las áreas de: Oncología, Medicina Interna, Pediatría y Radiología del Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito, se determinó que el 3% de los encuestados presenta el síndrome de burnout, esto corresponde a un médico de género masculino de 31 años.

El médico con burnout presenta un alto nivel de Agotamiento Emocional y Despersonalización, sin embargo, su Realización Personal es elevada.

En contraste, en los grupos de médicos y enfermeras(os) sin burnout el 27% posee nivel alto en AE y el 0% en DP. Esto demuestra que no existe una relación directamente proporcional entre las variables AE y DP.

Así mismo, no existe estrecha relación entre AE y DP con la RP, ya que se observan casos como el médico con burnout que a pesar de su alto índice de AE y DP, presenta un nivel alto en realización personal.

En el 100% de los sujetos de la muestra se observa un nivel alto en Realización Personal, este resultado probablemente se deba a que para formar parte del cuerpo médico de SOLCA deben ser profesionales evaluados con capacidades excelentes y competencias adecuadas al cargo. Se entiende que el profesionalismo del personal es una poderosa razón para la alta demanda que tiene SOLCA en nuestra sociedad.

En los resultados emitidos por este grupo de profesionales, no se cumple la tesis de algunos estudios previos como el de Maslach y Jackson (1981) que señala que las mujeres experimentan mayor y más intenso agotamiento emocional, ya que el mayor porcentaje (50% de médicos 71% de enfermeras/os ) tienen índice bajo en AE y es precisamente el médico hombre con burnout que presenta un nivel alto en AE.

En cuanto al único profesional médico que presenta burnout en la presente muestra, se observan los siguientes elementos desencadenantes del síndrome: es soltero, no tiene hijos, trabaja y estudia a la vez (postgradista) , alta carga horaria que incluye turnos rotativos y guardia nocturna, remuneración salarial baja en comparación a sus colegas, pocos años de experiencia, muchos pacientes atendidos de todas las especialidades, alta incidencia de fallecidos (20), manifiesta no sentir apoyo de sus directivos. Todos estos factores acumulados hacen que el mencionado médico sea el blanco perfecto para los síntomas somáticos y emocionales del síndrome de burnout.

Debido a este conjunto de factores, el médico con burnout presenta caso positivo en: síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión.

Al cuadro anterior hay que añadir que su nivel de afrontamiento efectivo y planificación es bajo; además de un bajo nivel en la religión y creencias espirituales, que podrían servirle de soporte real en situaciones adversas de vida y trabajo.

Con respecto a la salud mental, los profesionales encuestados manifiestan la presencia de síntomas psicósomáticos como: dolores de cabeza e insomnio, lo que se asocia

directamente a la ansiedad. Sin embargo, la presencia de la depresión en toda la muestra es baja (2 casos) y de disfunción es menor (1 caso).

En general, los resultados obtenidos denotan que en el Hospital SOLCA – Quito, existe un ambiente laboral en donde los profesionales se sienten realizados y acogidos.

## **7.2 Recomendaciones**

“La prevención parece tener mucho más impacto que el tratamiento” (Maslach y Leiter, 2008). En este sentido la recomendación que se puede emitir es que se implementen en SOLCA y en todas las instituciones de salud, programas de información y difusión acerca del síndrome de Burnout y sus consecuencias, ya que nadie está exento de verse afectado por sus síntomas.

En las instituciones y organizaciones se deberían fomentar actividades sociales de integración y apoyo emocional para que el empleado pueda recurrir a sus compañeros y directivos cuando sea necesario.

Además es necesario prestar más atención al servicio de psicoterapia enfocado al personal, para develar problemas y necesidades de los profesionales, los mismos que si son reconocidos a tiempo pueden canalizarse hacia una solución oportuna, en lugar de dejar que el tiempo pase y los problemas degeneren en consecuencias graves.

Los programas de evaluación constante a los profesionales de la salud, serían un instrumento muy importante para detectar a tiempo a los empleados que comienzan a mostrar signos de desgaste laboral.

Los resultados de la presente muestra son parte de la investigación a nivel nacional que propicia la Universidad Técnica Particular de Loja acerca del síndrome de burnout, se aspira que sea un aporte efectivo en la prevención y solución de este fenómeno social.

## 8. Bibliografía

### **Libros**

Alles, M., (2009), 5 Pasos para transformar una oficina de personal en un área de Recursos Humanos. Granica. Buenos Aires.

Consuegra N. (2010) Diccionario de Psicología. EcoE ediciones. Segunda edición.

DSM-IV-TR. (2004): Manual Estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona: Masson.

Newstrom J. (2007) Comportamiento humano en el trabajo. Mc Graw Hill. Duodécima edición. México.

### **Fuentes de internet**

Acosta, H. (s/n) Burnout y su relación con variables sociodemográficas, socio, laborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos.

Jornades de Foment de la Investigació. (Consulta: 07/08/2012)

Recuperado de:

<http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi14/psico/1.pdf>

Aranda, C., Pando, M., Aldrete, M.G., Torres, T.M., Salazar, J.G. (2008) Relación de variables sociodemográficas y laborales con manifestaciones clínicas en trabajadores agentes de tránsito, México.

Revista Costarricense de Salud Pública (versión impresa ISSN 1409-1429). (Consulta: 12/07/2012)

Recuperado de:

[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292008000200007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S1409-14292008000200007&script=sci_arttext)

Hernández, T.J., Terán, O.E., Navarrete D.M., León, A. (2007) El Síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición.

Revista Electrónica de ICEA Año 3 Num.5. (Consulta: 28/06/2012)

Recuperado de: [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4\\_-\\_No.5.pdf](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4_-_No.5.pdf)

Mansilla, F., (2012) Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo: Teoría y Práctica  
Psicología Online Formación, Autoayuda y Consejo Online. (Consulta: 30/06/2012)

Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/>

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.

Vivat Academia. nº 112. (Consulta: 06/08/2012)

Recuperado de:

<http://es.scribd.com/doc/55979054/6/MODELOS-EXPLICATIVOS-DEL-BURNOUT>

Pérez, I. (2010), Burnout: Ansiedad y estrés en la salud mental

Salud Mental by suite 101. (Consulta: 01/09/2012)

Recuperado de:

<http://suite101.net/article/burnout-ansiedad-y-stress-en-la-salud-mental-a23160>

Redacción Onmeda (2012) Estresores (desencadenantes de estrés, factores de estrés)

Onmeda.es Para tu Salud (Consulta:31/08/2012)

Recuperado de:

[http://www.onmeda.es/salud/estres\\_ansiedad/estres-estresores-\(desencadenantes-de-estres,-factores-de-estres\)-16447-2.html](http://www.onmeda.es/salud/estres_ansiedad/estres-estresores-(desencadenantes-de-estres,-factores-de-estres)-16447-2.html)

Sánchez, G. (2008) El Síndrome de Burnout

Procedimientos Policiales Ecuador. (Consulta: 30/06/2012)

Recuperado de:

<http://procedimientospolicialesecuador.blogspot.com/2008/12/el-sindrome-de-burnout.html>



### **Artículos**

Abraham, A. (1984). Problemática del diagnóstico de la salud mental del enseñante. En J.M.

Aranda, C., *et al.* (2004). Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). *Rev Psiquiatría Fac Med Barna* 2004;31(4):142-150. Guadalajara, México.

Borg, M., Falzon, J. (1989). Stress and job satisfaction among primary school teachers in Malta. *Educational Review*, 41, 271-279.

Bosqued, M. (2008). Quemados, el síndrome del Burnout: qué es y cómo superarlo. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A.. pp. 208.

Buunk, A.P. y Schaufeli, W.B. (1993). "Burnout: a perspective from socialcomparison theory", en WB. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds). *Professional Burnout Recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis

Calvete, E. & Palmero, F. (2008). Capítulo 12: El proceso del estrés. McGraw Hill.

Esteva, M., Larraz C & Jiménez F. (2006). La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. *Revista Clínica Española*, Volume 206, Issue 2, Pages 77-83

Martínez, N., Del Carmen, S. (2004). Prevalencia de síndrome de Burnout y percepción de pacientes difíciles en personal de enfermería de los servicios de medicina y cirugía adulto del Hospital Clínico Regional Valdivia 2003. Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile. pp. 53.

Maslach, C., Jackson, S. (1986). *Maslach burnout inventory manual*. Palo alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.

Maslach, C; Schaufeli, W; Leiter, M (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology* **52** (1): Pages 397-422.

Mireles A, Pando M. (2002). Factores psicosociales y síndrome de burnout en una empresa de la rama textil en Guadalajara, México. *Investigación en Salud*

Ortega, C., López, F. (2003). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. (Universidad de Almería, España)

Paredes OL & Sanabria PA (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades Médico Quirúrgicas, su relación con el Bienestar Psicológico y con Variables Sociodemográficas y Laborales. *Revista Med.* 16 (1): 25-32. Colombia.

Prieto, L., Robles, E., Salazar, LM., Vega, D. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *Aten Primaria.* 29:294-302.

Seltzer, J., Numerof, R. (1988). Supervisory Leadership and Subordinate Burnout. *Academy of Management Journal*, 31, 439-446.

Yagil, D. (1998). If anything can go wrong it will: Occupational stress among inexperienced teachers. *International Journal of Stress Management*, 5, 179-188

## **ANEXOS**

## ANEXO Nro. 2


**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**
**Cuestionario Sociodemográfico y Laboral**

Este cuestionario consta de una serie de ítems relativos a sus características, socioeconómicas y laborales. Su objetivo es recolectar datos para una investigación realizada por la Universidad Técnica Particular de Loja. Le agradeceríamos que nos diera su sincera opinión sobre TODAS las cuestiones que le planteamos. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Muchas gracias. Apreciamos muchísimo su ayuda.

**Datos Personales**

 Género Masculino  Femenino 

Edad \_\_\_\_ años

Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente.....

 La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural 

 Etnia Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena 

 Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Lib 

Número de Hijos: \_\_\_\_

 Vive solo  Vive con otras personas 

 Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincena  Mensu 

 No recibe remuneración 

La remuneración se encuentra entre:

 0-1000 USD  1001-2000 US  2001-3000 US 

 3001-4000 USD  4001-5000 US  5001-6000 US 
**Datos Laborales**

 Enfermera 

 Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: \_\_\_\_\_

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

 Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial 

 Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos 

Tipo de contrato que posee:

 Eventual  Ocasional  Plazo Fi  Indefinido (Nombramiento) 

 Servicios profesionales  Ningund 

En cuántas instituciones trabaja: \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Semanalmente \_\_\_\_\_

 Trabaja usted en turno rotativo: SI  No 

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

 Jueves  Viernes  Sábac  Domin  Todos los anterio s

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 m

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  Cardíaco  Neurológico  Diabético

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  Poc  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

Otro  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

## ANEXO 2.1

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

#### CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

## Anexo 2. 2

**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><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></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><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></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><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></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><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></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><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></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><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></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><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></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><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></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><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></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><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></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><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></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><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></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><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></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><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></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><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></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><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</b></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><b>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></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><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</b></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><b>C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?</b></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><b>D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?</b></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><b>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></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><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</b></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><b>C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?</b></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><b>D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?</b></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><b>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></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><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</b></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><b>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></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><b>D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?</b></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.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)



**Anexo 2.3.**  
**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**Cuestionario BRIEF-COPE**

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

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

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

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

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

**CUESTIONARIO DE AS**

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

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

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

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

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

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

**Anexo 2.5.**  
**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA**  
**CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA**

**CUESTIONARIO EPQR-A**

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

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

---

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

