



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en la clínica Villa Betania en Roma – Italia durante el periodo mayo - diciembre 2012”.

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Checa Zurita, William Alejandro

Director de Tesis:

Alvarado Chamba, Julio Cesar, Lic.

Centro Universitario Roma

2013

CERTIFICACIÓN

Licenciado.

Julio César Alvarado Chamba.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

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, en la clínica Villa Betania en Roma – Italia durante el periodo mayo - diciembre 2012" realizado por el profesional en formación: Checa Zurita, William Alejandro; 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, febrero de 2013.

Lic. Julio César Alvarado Chamba

1103791511

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, William Alejandro Checa Zurita declaro ser autor del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

William Alejandro Checa Zurita

050261775-6

AUTORÍA

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

William Alejandro Checa Zurita

050261775-6

AGRADECIMIENTOS

Mi primer agradecimiento lo hago a la Universidad Técnica Particular de Loja por haberme brindado la posibilidad de culminar mis estudios y haber llegado a este punto.

De igual manera mis agradecimientos van dirigidos hacia los médicos y enfermeras de la Clínica Villa Betania de Roma quienes colaboraron con entusiasmo en la investigación llevada a cabo durante el desarrollo de esta tesis.

A mi madre Violeta Zurita quien me ha apoyado y motivado siempre, quien con perseverancia y amor ha sabido acompañarme durante este trayecto.

DEDICATORIA

A Dios quien me ha concedido la posibilidad de culminar mis estudios y alcanzar los objetivos que me he planteado.

A mi madre Violeta que me ha apoyado siempre y ha sido el principal artífice de este logro, con constancia y perseverancia que son cualidades que resaltan en ella me ha mostrado el camino correcto y me ha permitido llegar hasta aquí.

A mi padre, a quien cuando me he dirigido a él en los momentos de necesidad ha sabido acogerme y apoyarme.

INDICE

Certificación.....	ii
Acta de cesión de derechos de tesis.....	iii
Autoría.....	iv
Agradecimientos.....	v
Dedicatoria.....	vi
Resumen.....	1
Introducción.....	2
3. Marco teórico.....	4
Capítulo 1.....	4
3.1 Conceptualización del estrés.....	4
3.1.2 Desencadenantes del estrés.....	5
3.1.3 Tipos de estresores.....	6
3.1.4 Estrés Laboral.....	6
3.1.5 Moduladores del Estrés.....	10
3.1.6 Consecuencias del estrés.....	11
3.1.7 Medidas preventivas y control del estrés.....	12
Capítulo 2.....	14
3.2.1 Definiciones del Burnout.....	13
3.2.2 Características, causas y consecuencias del burnout.....	16
3.2.3 Modelos explicativos del burnout.....	18
3.2.4 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	23
Capítulo 3.....	25

3.3.1.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	25
3.3.1.2 Motivación y satisfacción laboral.....	31
3.3.1.3 El burnout y la relación con la salud mental.....	35
3.3.1.4 El burnout y el afrontamiento.....	41
3.3.1.5 El burnout y la relación con el apoyo social.....	45
3.3.1.6 El burnout y la relación con la personalidad.....	46
4. Metodología.....	51
5. Resultados Obtenidos.....	57
6. Discusión.....	95
7. Conclusiones y Recomendaciones.....	110
8. Bibliografía.....	113
9. Anexos.....	115

RESUMEN

La calidad de la vida laboral de los profesionales de la salud se puede deteriorar particularmente en vista de la asimetría relacional que se establece en las profesiones sanitarias, en las cuales el contacto con el sufrimiento del paciente es constante y requiere de habilidades particulares para poder manejar estas situaciones. Todas estas circunstancias comportan un riesgo en las profesiones sanitarias y este riesgo aumenta cuando los aspectos organizacionales y formativos que ofrece la estructura presentan carencias o no ayudan al profesional de la salud a afrontar de manera adecuada las situaciones estresantes. Para abordar el problema del burnout se necesita sobretodo aclarar que es estrés y que es el burnout, delimitar el trayecto entre salud y malestar.

El estudio examina una muestra de quince médicos y quince enfermeros/as y por medio de este se pretende conocer el estado de salud mental de los profesionales de la salud examinados, identificar el apoyo social percibido, los métodos de afrontamiento ante situaciones adversas, y los rasgos de la personalidad de las personas sujetas a burnout y como estos influyen en el mismo.

INTRODUCCIÓN

Todos saben que es el estrés, pero no todos saben que es el Burnout. Esta palabra anglosajona significa “quemarse”, describe un síndrome formado por numerosos síntomas que pueden afectar a una determinada persona sujeta por un largo periodo a situaciones particularmente estresantes. El burnout puede afectar a un individuo en numerosos casos, en esta investigación será analizado lo inherente a las personas empleadas en el contexto sanitario

Algunas categorías de trabajadores, a causa de particulares factores estrógenos ligados a la actividad profesional, están sujetos a ser afectados por el síndrome de burnout. Tal condición es caracterizada por fatiga física y emotiva, apatía en las relaciones interpersonales y sentimiento de frustración.

Para corroborar la existencia del fenómeno existe una vasta literatura de referencia, se inicia afirmando que el burnout es un problema del individuo (Cherniss, 1980), otros autores buscan la causa en el contexto en el cual el individuo se desarrolla (Maslach, 2003), otros afirman que el burnout se origina de la interacción de una particular estructura de la personalidad dentro de un determinado sistema organizacional (Pellegrino, 2000). Cordess (1993) evidencia que la dimensión fundamental se encuentra en el agotamiento emocional seguido de la despersonalización que esta empleada como estrategia de adaptación a la cual siguen sentimientos de baja realización personal. Han sido encontrados algunos rasgos de la personalidad que predisponen al individuo al burnout como la ansiedad neurótica, la competición, la lucha exasperada contra el tiempo, la rigidez, la impulsividad y la baja autoestima (Gabassi, 2000), la poca resistencia individual a los estímulos (Anibaldi, 2001). Otros elementos han sido encontrados en la motivación sobre todo en personas que se dedican demasiado al trabajo animadas por un fuerte entusiasmo y un excesivo deseo de ayudar a los demás (Strologo, 1994).

En este trabajo se ha tratado de identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno a través del Cuestionario Sociodemográfico y laboral, el Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), el Cuestionario de Salud Mental (GHQ28), La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE). Estos instrumentos han sido aplicados a

una muestra de 15 médicos y 15 enfermeros/as de la Clínica Villa Betania de la ciudad de Roma-Italia. Los resultados evidenciados por medio de los instrumentos indican que los objetivos han sido cumplidos, es decir; se ha podido identificar el nivel de burnout y los factores relacionados con este en los profesionales de la salud sujetos a la investigación.

3. MARCO TEORICO

CAPITULO 1

3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

3.1.1 Antecedentes del estrés

La palabra estrés en el uso común suele asociarse con imágenes o ideas negativas. Por ejemplo, cuando se habla de estrés uno piensa a una condición de fatiga del cuerpo, nerviosismo, cansancio, depresión y así sucesivamente.

Algunos creen que la idea de estrés se encuentra en la filosofía clásica. Heráclito fue el primero en afirmar que la condición de supervivencia podría no ser compatible con inmutabilidad, pero que su capacidad para satisfacer los cambios es fuente de vida y de todos los seres vivos.

A finales del siglo XIX, se comenzó a considerar la idea de la existencia de una respuesta a factores que podrían poner en tela de juicio la actividad bioquímica y funcionamiento armonioso. De hecho, estudios realizados por Claude Bernard (1865) mostraron que cada ser viviente para poder tener una existencia independiente necesita tener algunos mecanismos internos que garanticen la integridad biológica.

Alrededor de los años 20 se comenzó a estudiar la relación entre el estrés emocional y las manifestaciones somáticas y conductuales. W. Cannon (1911) fisiólogo, trabajó en el estudio del sistema simpático-adrenomedular en respuesta a estímulos emocionales, como miedo, terror, ira, etc. De hecho, el estrés no es positivo ni negativo en términos absolutos. Esta es una respuesta del organismo, a través de la adaptación a los requerimientos del ambiente, un "Síndrome de Adaptación General".

El término deriva de la jerga de las fábricas de la revolución industrial (estrés = resistencia de estructuras metálicas para la aplicación de la fuerza). Más tarde asumió la connotación negativa del término, considerada peligrosa para la salud física y mental del hombre. Otra interpretación está relacionada con el hecho de considerar el estrés como una condición para mejorar el rendimiento de una persona.

Además, el término estrés se utiliza incorrectamente. Se lo usa, en realidad, ya sea para indicar el estímulo o la respuesta con la que el cuerpo se adapta al estímulo. De hecho, el estrés es una respuesta integrada del organismo a factores internos y externos que tienden a alterar el equilibrio (estresor).

3.1.2 Desencadenantes del estrés:

Comúnmente se cree que el estrés sólo es provocado por eventos negativos, realmente cualquier evento o cambio al que el ser humano es sometido, ya sea cambiando sus hábitos de vida, ya sean estos de naturaleza "positiva" ocultan la posibilidad de que estos cambios puedan dar origen a fuertes presiones y por lo tanto estrés. De hecho, cada individuo afronta la realidad de acuerdo con su manera de ver las cosas y este es el resultado de experiencias acumuladas y momentos en la vida, por lo que no es el evento en sí el que determina el estado de "tensión", sino la capacidad que cada uno de nosotros poseemos para enfrentarlo y resolverlo.

(Gabassi, 2000) ha especificado que algunos sujetos son más susceptibles a los efectos adversos del estrés, son los que tienen las siguientes características:

Baja autoestima - Pasividad- Ansiedad social- Estado de ánimo depresivo - Sentido de insuficiencia - Debilidad - La falta de conciencia del yo- Varias dependencias -

Son muchas las variables que pueden desencadenar el estrés, las cuales se pueden resumir en las siguientes:

- Factores Biofísicos: Las enfermedades incapacitantes, dolor crónico, el ruido, las condiciones ambientales duras o desfavorables.
- Factores Psicosociales: Las frustraciones, la competitividad exasperada, el hacinamiento agravado y la repetición prolongada, los cambios bruscos.
- Factores psicológicos Individuales: El duelo, el abandono, todos los eventos que impiden la autonomía personal, el final de una relación significativa.

3.1.3 Tipos de estresores:

Hay que distinguir entre estresores benéficos, que generan el eustrés llamada (del griego eu que significa "bien") y que da tono y la vitalidad al organismo, haciendo que el sistema nervioso produzca catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) y el sistema endocrino a la activación y acción de las hormonas corticosteroides, y factores de estrés perjudiciales, los cuales generan el distrés llamado (del griego dis, que significa "peor") y que puede conducir a una disminución del sistema inmunológico, (ansiedad, tensión, insomnio, etc.)

Según Santo Di Nuovo et al.(2000) los estresores se clasifican de la siguiente manera:

- Estresores internos: se lo puede definir como aquellos estresores que son propios de las características personales del individuo, como por ejemplo si es introvertido, estructurado, etc.
- Estresores externos: se lo puede definir como aquellos estresores que son ajenos a las características personales del individuo, como por ejemplo sobrecarga en el trabajo, ambigüedad en el rol, etc.
- Estresores biogénicos: Son situaciones o estímulos que se convierten en estresores por su capacidad para producir determinados cambios bioquímicos o eléctricos que automáticamente disparen la respuesta de estrés, con independencia de la interpretación que hagamos de esta situación.
- Estresores Psicosociales: Son situaciones o estímulos que se convierten en estresores por el significado que la persona les asigna.

3.1.4 Estrés laboral

Según Peiró (1993) el estrés laboral es uno de los problemas de salud más grave que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos en la economía que causa el estrés.

"Los efectos del estrés varían según los individuos. La sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas" Peiró (1993). No todos los trabajadores reaccionan de la misma forma, por lo que se puede decir que si la exigencia presentada en el trabajo es adecuada a la capacidad, conocimiento y estado de salud de un determinado empleado, el estrés tenderá a disminuir y podrá tener signos estimulantes, que le permitirán hacer progresos en el ámbito laboral y tener mayor proyección en el mismo.

Lo contrario a lo que se planteó anteriormente ocasionaría en el trabajador un estrés debilitante de las capacidades y valoraciones personales, lo cual lo conducirían a estados de frustración o apatía al trabajo que le impedirían realizarse integralmente y obtener logros en el campo profesional.

3.1.4.1 Tipos de estrés laboral

El trabajador ante una situación de estrés intenta desarrollar una o varias estrategias de afrontamiento, que persiguen eliminar la fuente de estrés. También pueden tratar de evitar la experiencia incidiendo en la situación estresante, en sus propios deseos e inclusive en las expectativas en relación con esa situación.

Según Slipack (1996) existen dos tipos de estrés laboral:

El episódico

El estrés episódico es aquel que se presenta momentáneamente, es una situación que no se posterga por mucho tiempo y luego que se enfrenta o resuelve desaparecen todos los síntomas que lo originaron, un ejemplo de este tipo de estrés es el que se presenta cuando una persona es despedida de su empleo.

El crónico

Por otra parte el estrés crónico es aquel que se presenta de manera recurrente cuando una persona es sometida a un agente estresor de manera constante, por lo que los síntomas de estrés aparecen cada vez que la situación se presenta y mientras el individuo no evite esa problemática el estrés no desaparecerá.

3.1.4.2 Causas del estrés laboral

Los agentes estresantes pueden aparecer en cualquier campo laboral, a cualquier nivel y en cualquier circunstancia en que se someta a un individuo a una carga a la que no puede acomodarse rápidamente, con la que no se sienta competente o por el contrario con la que se responsabilice demasiado.

El estrés laboral aparece cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral, Doval et al. (2004). El origen del estrés laboral según Melgosa (1999) puede considerarse como de naturaleza externa o interna, por lo que se puede decir que cuando los agentes externos o ambientales son excesivamente fuertes hasta los individuos mejor capacitados pueden sufrir estrés laboral y cuando un trabajador es muy frágil psicológicamente aun los agentes estresantes suaves le ocasionaran trastornos moderados.

González (1998) distingue que algunas de los factores estresantes en el contexto laboral son:

- Factores intrínsecos al propio trabajo
- Factores relacionados con las relaciones interpersonales
- Factores relacionados con el desarrollo de la carrera profesional
- Factores relacionados con la estructura y el clima organizacional

En muchas ocasiones el estrés laboral puede ser originado por varias causas y una muy importante es el temor a lo desconocido, ya que muchas veces el trabajador se enfrenta a situaciones inciertas que le generan desconfianza y la sensación de no estar preparado para enfrentar un problema en la organización.

3.1.4.3 Principales efectos del estrés laboral

En la vida toda acción realizada tiene como efecto una reacción específica. Al estudiar la temática del estrés no puede obviarse que el estrés mal manejado ocasiona repercusiones en la personas, sin embargo actualmente se está haciendo énfasis a los

efectos del estrés a nivel fisiológico ya que estos propician un gran deterioro en los individuos impidiéndoles realizar sus actividades cotidianas.

A continuación se presenta principales efectos negativos del estrés laboral según Doval et al. (2004).

1.

efectos Fisiológicos:

- Aumento de la tasa cardíaca
- Tensión muscular
- Dificultad para respirar

2.

efectos Cognitivos:

- reocupaciones
- dificultad para la toma de decisiones
- sensación de confusión

1.

efectos Motores:

- hablar rápido
- temblores
- tartamudeo

T

T

Los efectos cognitivos y motores son muy importantes cuando se habla de efectos del estrés en los trabajadores, ya que están íntimamente relacionados y podría decirse que muchas veces estos efectos se presentan en forma simultánea, ya que una persona preocupada puede presentar signos como temblores en las manos o hablar

muy rápido, también la dificultad para la toma de decisiones y la sensación de confusión pueden presentar características como tartamudeo o voz entre cortada.

3.1.4.4 Efectos del estrés laboral sobre la salud

Las patologías que surgen a causa del estrés laboral pueden ser asimiladas de diferentes formas por los individuos, ya que en este nivel se toman en cuenta aspectos como diferencias individuales reflejadas en el estado actual de salud e historia clínica de las personas, por lo que un determinado efecto del estrés laboral no se presentará de igual forma en todos los seres humanos y lo que puede ser nocivo para unos será leve para otra.

Santos (2005) hace referencia que al debilitarse las defensas del organismo las actividades del cuerpo se desaceleran y pueden cesar totalmente, generando problemas psicológicos, una enfermedad física o incluso la muerte.

Según Villalobos (1999) las enfermedades que sobrevienen a consecuencia del estrés laboral pueden clasificarse en dos grandes grupos:

- Ulcera por Estrés
- Estado de Shock
- Neurosis Post Traumática
- Enfermedades por Estrés Agudo.
 - Dispepsia
 - Gastritis
 - Ansiedad
 - Accidentes
 - Frustración

3.1.5 Moduladores del Estrés

Según Peiró et al. (2007) los moduladores principales del estrés están representados por la hormona corticoliberina (CRH) y norepinefrina producida en el locus coeruleus (LC / NA), con sus respectivos efectores periféricos: hipófisis-suprarrenal y el sistema nervioso autónomo.

Un estímulo o evento (estresor) físico, psicológico, social, cardiovascular o metabólico, que a través de una señal sensorial o enteroceptivo da inicio al estrés, provoca la secreción de CRH hipotalámica y la estimulación de la médula suprarrenal con la secreción de catecolaminas. Interacciones recíprocas existentes entre la amígdala y el hipocampo y el sistema de estrés, que activa estos centros y, a su vez los regula. El nivel de funcionamiento del eje hipotalámico-pituitario-adrenal (HPA) supervisa la capacidad del cuerpo para adaptarse a los cambios ambientales, y en este sistema los glucocorticoides son las hormonas que permiten, estimular, o suprimir la respuesta a los acontecimientos, o preparar las respuestas a los estímulos sucesivos, en otras palabras, permitir un grado variable de la estimulación de todo el sistema a través de un mecanismo de tipo facilitatorio. El ajuste de la tensión del estrés es específico para diferentes regiones del cerebro. El nivel de excitabilidad del núcleo paraventricular medial (VPN) está mediada por los núcleos hipotalámicos amigdaloides, de los cuales el central recibe estímulos enteroceptivos está indirectamente conectado al sistema de integración en el tronco cerebral, mientras que el núcleo medial activado por factores estresantes emocionales establece conexiones multisinápticas con el VPN a través del lecho de la estría terminal (LST) zona medial, el área pre-óptica y el hipotálamo anterior. Entre los neurotransmisores, además de la catecolamina, serotonina (5-HT) y acetilcolina estimulan el eje HPA, mientras que el óxido nítrico (NO) y GABA inhiben la liberación de CRH y la vasopresina (AVP) a través del sistema límbico y varios neurocircuitos locales. El cortisol, en particular, regula la secreción de catecolaminas desde el valor actual neto y aumenta la liberación de 5-HT por la regulación del eje HPA al estrés repetido o nuevo. El sistema coordina la respuesta de estrés de adaptación a los estímulos ambientales y su activación aumenta la homeostasis mediante el aumento de las posibilidades de supervivencia. Condiciones de los eventos de estrés crónico, de carga psicosocial puede facilitar el desequilibrio del metabolismo nervioso, inmunológico, cardiovascular y, en general, haciendo que el cuerpo sea más susceptible al desarrollo de enfermedades.

3.1.6 Consecuencias del estrés

Según Vicino (1997) el estrés activa el sistema nervioso simpático y el eje hipotalámico-pituitario-adrenal. Una activación breve de uno de estos sistemas potencia la respuesta inmune y ayuda a atacar a los virus e incluso tumores. Incluso las "emociones" negativas como el miedo y la ira estimulan la actividad del sistema inmune. A causa de estrés a largo plazo una elevación sostenida de cortisol, que dirige el cuerpo hacia un aumento de la glucosa en la sangre y el metabolismo pero, en consecuencia, también causa una disminución de las proteínas, incluyendo aquellos que son parte del sistema inmune. Los mecanismos por los cuales el estrés puede influir en el sistema inmunológico son muy variados. Por ejemplo, tanto las células B que tienen receptores para T glucocorticoides y la noradrenalina.

Una de las consecuencias directas de las condiciones de estrés es el aumento de la presión arterial, con todos los trastornos que se acompañan. Es un problema muy serio si se piensa que la hipertensión arterial se controla constantemente para evitar resultados drásticos. El aumento de la presión es una reacción que tiene el organismo en respuesta a la necesidad de responder a la emergencia en curso. Por la misma razón, esto provoca taquicardia. Entre las consecuencias más comunes de estrés incluyen: sensación frecuente de fatiga general, dificultad para concentrarse, ataques de pánico, ataques de llanto, depresión, frustración, ataques de ansiedad, trastornos del sueño, dolores musculares, úlceras de estómago , diarrea, calambres estomacales, colitis, disfunción tiroidea, un sentimiento de aburrimiento con respecto a cualquier situación, necesidad frecuente de orinar, cambios en la voz, la hiperactividad, confusión mental, irritabilidad , disminución de la inmunidad, diabetes, hipertensión, dolores de cabeza, úlceras.

3.1.7 Medidas preventivas y control del estrés.

La prevención total del estrés no es ni posible ni deseable, ya que el estrés es un estímulo importante del crecimiento y la creatividad humana, y una parte inevitable de la vida. Además, las estrategias específicas para la prevención del estrés varían de persona a persona, dependiendo de la naturaleza y el número de factores de estrés en la vida de un individuo, y la cantidad de control que tiene sobre estos factores. En

general, sin embargo, una combinación de la actitud y los cambios de comportamiento funciona bien en la mayoría de los pacientes.

Ser capaz de identificar lo que lleva al estrés es un paso importante en su prevención. La identificación de las causas de su estrés le permitirá tomar medidas para evitar y le ayudará a reconocer cuando se están estresando una vez más.

Hay varias maneras en que el estrés se puede prevenir. Algunos de los siguientes métodos pueden ser útiles.

- **Respiración profunda**

Tratar de detener los sentimientos mediante la relajación de los músculos y respirar profundamente. Comenzar por la inhalación durante tres segundos antes de exhalar por un poco más. Esto eliminará el oxígeno viejo de los pulmones y lo reemplazará por oxígeno fresco, mejorando la circulación y el estado de alerta.

- **Ejercicio**

El ejercicio tiene muchos beneficios: Libera serotonina, que produce una sensación de relajación y por lo tanto sentirse menos estresado, mejora la circulación y previene condiciones tales como una apoplejía y ataques cardíacos, permite asimilar la frustración y la ira de manera constructiva.

- **Relajación**

El estrés contrae los músculos, a menudo están tensos. Esto puede causar que dolores musculares se desarrollen más adelante. Aprender a relajarse y a conocer las sensaciones del propio organismo puede ayudar a afrontar de manera efectiva las situaciones estresantes.

- **Alimentos que colaboran en la mejora del estrés**

Incrementar el consumo de alimentos crudos (fruta fresca, verduras, hortalizas, etc.), que suponen un aporte de vitaminas, minerales y flavonoides. Los nutrientes claves para el estrés son los que contribuyen al correcto funcionamiento de las glándulas adrenales.

- **Productos que hay que evitar para combatir el estrés**

Edulcorantes artificiales, conservantes y aditivos, bebidas carbonatadas, azúcar blanco y productos elaborados con harinas refinadas, otros (chocolate, fritos, carne roja, etc.) También es aconsejable evitar la cafeína, que causa nerviosismo e insomnio. De la misma forma, es recomendable evitar el consumo de alcohol.

CAPITULO 2

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

3.2.1 Definiciones del Burnout

La palabra "burnout" aparece por primera vez a principios del siglo pasado con Kraepelin que había mencionado el término como lo entendemos hoy Cherniss (1983), hizo hincapié en que los escasos recursos públicos de la psiquiatría y las condiciones especiales de la vida laboral del psiquiatra (entre que "la falta de esperanza en los resultados" y "las condiciones económicas no satisfactorias"), traigan, como "consecuencia inevitable de un trabajo excesivo y pocas gratificaciones individuales, profesionales y el rápido agotamiento del propio médico."

En los años 30 en el atletismo y la jerga de otros deportes, el término "quemado" se utiliza para describir el fenómeno por el cual, después de algunos éxitos, un atleta "se quema", "se agota" ya no logra conseguir los mismos resultados desde el punto de vista competitivo.

En agosto del 73 Christina Maslach expresó sus ideas durante una reunión anual de la APA (American Psychological Association), celebrada en Montreal, llamando al burnout ", un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de las capacidades personales que puede ocurrir en las personas que profesionalmente se ocupan de otras personas, una reacción al estrés crónico emocional creado por el

contacto constante con otros seres humanos, especialmente cuando tienen problemas o padecen de angustia, estas ideas fueron recogidas y completadas por el desarrollo de un concepto más amplio del proceso de burnout, que describió en 1976 en una revista. Fue el año en que se acuñó el término "burnout", para referirse a una situación que se observó con mayor frecuencia en las "profesiones de ayuda", donde después de meses o años de generoso apoyo, estos trabajadores mostraron apatía, la indiferencia, a menudo nervioso, inquietud, a veces cinismo hacia el trabajo, eran estos los operadores que estaban "quemados".

Una importante contribución al estudio de burnout fue hecho por Cherniss(1980) lo definió como una retirada psicológica del trabajo en respuesta a un estrés excesivo y la insatisfacción. El mismo autor en 1983 ha dado una definición más completa: burnout es un proceso muy complejo dividido en varias fases, donde hay un desequilibrio entre los recursos disponibles y los recursos necesarios para generar una tensión, esta situación sigue a la respuesta emocional inmediata de corta duración, se caracteriza por una sensación de tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. Todo esto se puede resumir esquemáticamente en las siguientes fases:

1. Fase inicial, fase de entusiasmo:

Esta fase aparece cuando se presenta un nuevo puesto de trabajo que se desea y en el que se tienen puestas unas buenas perspectivas de futuro. En este momento se experimenta un gran entusiasmo, parece que se está lleno de energía e incluso tiene poca importancia quedarse más tiempo del habitual en el trabajo.

2. Fase de estancamiento

En esta fase se comienza a tomar conciencia de que aquellas perspectivas de futuro tan positivas no se cumplen. Se empieza a dar vueltas a las cosas, hasta llegar al punto en el que se siente que la relación que existe entre el esfuerzo que se realiza y la recompensa que se obtiene del trabajo, no está para nada equilibrada.

3. Fase de frustración

Llegado a este punto, como cada vez se está más desmotivado con el propio trabajo y el entorno que le rodea, aparece irremediabilmente un sentimiento desagradable

como una mezcla de frustración, desilusión y desmoralización. Aquel trabajo que parecía maravilloso ya nada tiene que ver con lo que se experimenta ahora de él.

4. Fase de apatía

La situación ya llega a ser casi insostenible y como una especie de defensa se cambia las actitudes y conductas, por ejemplo, si se trabajaba cara al público nos comportamos de forma distante con los clientes, de forma mecánica. Evitamos las tareas estresantes o directamente nos vamos para no hacerlas.

5. Fase de quemado

En esta fase se toca el fondo, el cuerpo decide que ya no sigue más y se tiene un colapso emocional y cognitivo que conlleva importantes consecuencias para la salud. Esta situación puede empujar a dejar el empleo y arrastrar a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

El punto negativo que tiene esta evolución por todas estas fases, es que el síndrome de estar quemado tiene carácter cíclico, de forma que se puede repetir en el mismo trabajo o en otros.

3.2.2 Características, causas y consecuencias del burnout

Para tratar de resolver un problema, primero debemos identificar las causas. Como ya se mencionó, el estrés, y en particular la etapa de agotamiento es la base del burnout. Ningún aspecto en sí es una causa segura de la tensión, su significado, su peso depende de cómo el individuo percibe y evalúa la situación en la que vive. Es por esto que las personas que trabajan en el mismo entorno tienen reacciones diferentes.

La persona sometida a estrés laboral, reacciona con un comportamiento de tipo defensivo, esta defensa es generalmente adaptativa. La defensa a largo plazo también puede conducir a consecuencias no adaptativas, que pueden ser perjudiciales. Para el personal médico, es muy importante sentirse eficaz y eficiente, ya que de ellos depende el bienestar y la salud de otras personas.

La demanda de eficiencia y eficacia, se lleva a cabo por los pacientes, familiares, colegas, y los médicos y especialmente por el propio operador, ya que las profesiones sanitarias son, en comparación con otras, estrechamente ligadas a la

imagen de sí mismo y a la autoestima. Esta demanda constante de eficiencia es una fuente importante de estrés, especialmente si el personal siente no tener éxito en su proyecto porque no tiene suficientes recursos para dar respuestas adecuadas. Incluso cuando el operador tenga experiencia y sea eficaz para el trabajo, hay aspectos que limitan la gratificación haciendo surgir un sentimiento de desesperanza. Uno de estos aspectos es la falta de respuesta positiva de parte de los pacientes, es raro que un paciente diga al operador que aprecia la ayuda que se le da, porque este trabajo se lo da por sentado. A veces los pacientes no cooperan con el operador, al oponer resistencia y ponerlo en una situación de baja eficiencia. Una de las causas del estrés laboral está relacionada con el concepto de éxito, es decir, la sensación subjetiva de haber hecho bien su trabajo.

Los conflictos relacionados con el desempeño en el trabajo son otra fuente importante de estrés y como resultado el burnout en los servicios sociales. El personal médico trata a más de los pacientes con colegas y otros profesionales dentro de la estructura sanitaria, si las relaciones se alteran, contribuyen al aumento del estrés y dan lugar al burnout debido a la carencia de personas a quien dirigirse en busca de ayuda, asesoramiento o gratificación.

Los efectos del burnout son múltiples. El daño causado por este síndrome, va más allá de cada operador afectado, causa daños primero al paciente que tiene peor asistencia, después la entidad para la que trabaja el operador, y también a los familiares que luchan con las tensiones y conflictos emocionales causados por la persona que debido al burnout no puede superar.

El burnout conduce al agotamiento emocional que se asocia a menudo con una disminución de tipo físico. Con frecuencia, el burnout provoca en los sujetos que lo padecen una fatiga crónica que resulta de la tensión que también puede conducir a períodos de insomnio.

Para tratar de superar esta sensación de cansancio recurren a la utilización y, a menudo el abuso de estimulantes como el café, las drogas, el alcohol, para poder calmar la ansiedad toman tranquilizantes. Además de una disminución en la salud física, hay un deterioro de la salud psicológica con la pérdida de la autoestima y el sentimiento de realización personal, el operador experimenta un sentimiento negativo hacia él, hacia su trabajo, hacia todo en lo cual se desenvuelve.

Esta forma de pensar negativa constante lleva al personal médico a trabajar más y peor hasta demostrar carencia de habilidades y valores. Todo ello provoca una caída de la autoestima que es la característica central del síndrome depresivo. El operador emocionalmente agotado, reacciona mal con un sentimiento de odio hacia la gente, irritándose fácilmente.

Las principales consecuencias del burnout se encuentran en el trabajo y el rendimiento que tiene el operador.

La no-eficiencia es causada por el hecho de que la motivación es mínima, hay un gran sentimiento de frustración y el personal médico tiene la tendencia a no participar en las actividades en las que se ve involucrado, con actitud distante, dificultad de concentración, mala memoria y se vuelve incapaz de realizar tareas complejas y tomar decisiones rápidas y correctas. Con el tiempo, el personal médico presta menos atención a las necesidades del paciente que están "etiquetados" de acuerdo a su problema, a su enfermedad y hace que el trabajo sea deshumanizado y distante. El efecto del burnout no cesa con el final del día, pero también puede dañar las relaciones con su familia. Después de un día de trabajo el operador se siente cansado, agotado física y mentalmente, se irrita fácilmente y se crean graves conflictos en el seno familiar.

3.2.3 Modelos explicativos del burnout

Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo	Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social	Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional	Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural
<p>Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)</p> <p>Este autor se basa en la competencia y eficacia percibida para explicar la "competencia percibida". Éste explica que gran parte de los</p>	<p>Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)</p> <p>Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con</p>	<p>Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)</p> <p>Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la</p>	<p>Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)</p> <p>Este modelo explica el burnout tomando en cuenta variables de tipo organizacional,</p>

<p>profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás y de altruismo, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. En el caso que existan factores de ayuda junto con una alta motivación, los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Sin embargo, cuando hay factores de barrera, que dificultan el logro de metas en el contexto laboral, el sentimiento de autoeficacia disminuirá.</p>	<p>los procesos de intercambio social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. • La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. • La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales. 	<p>ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Señala una secuencia, en la que la despersonalización es la primera fase del burnout, le sigue la realización personal disminuida y, por último, un incremento del agotamiento emocional.</p> <p>Golembiewski et al. (1988), sugieren que el burnout es un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral. En la primera fase, se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol, provocando sentimientos de pérdida de autonomía y de control. Esto, a la vez, genera sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de</p>	<p>personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.).</p>
--	---	--	---

		<p>la autoimagen positiva.</p> <p>En la segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral.</p> <p>Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (sin eliminar la empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el burnout. Las siguientes fases se caracterizarán por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.</p>	
<p>Modelo de Pines (1993)</p> <p>Pines, señala que el fenómeno del Síndrome de Burnout radica cuando el sujeto pone la búsqueda del sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos les dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación,</p>	<p>Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)</p> <p>La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional, y se sustenta en la idea que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir burnout. A esto se suma el tipo de afrontamiento como factor facilitador o preventivo para el</p>	<p>Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)</p> <p>Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. En este</p>	

<p>depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome del burnout.</p>	<p>desarrollo del burnout.</p> <p>Según esta teoría, para reducir los niveles del burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de burnout son las de tipo "activo".</p>	<p>punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral.</p>	
<p>Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993)</p> <p>Para Cherniss (1993), la consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no consecución de esas metas lleva al fracaso psicológico; es decir</p>		<p>Modelo de Winnubst (1993)</p> <p>Este modelo adopta la definición de burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que este surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización.</p>	

<p>a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del burnout.</p> <p>Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el síndrome, porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras; ya que éstos creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.</p>		<p>Por lo tanto, la etiología del burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional.</p>	
<p>Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)</p> <p>Thompson et al. (1993) explican cuatro factores implicados en la aparición del burnout, y señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las discrepancias entre las demandas de 			

<p>la tarea y los recursos del sujeto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El nivel de autoconciencia. • Las expectativas de éxito personal. <p>Los sentimientos de autoconfianza.</p>			
---	--	--	--

3.2.4 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Según Vicino (1997) no hay soluciones rápidas y fáciles al problema de burnout. Cada operador afectado por el burnout, debe tratar de resolver su problema teniendo en cuenta este síndrome en su conjunto, y operando en varios niveles: individual, social e institucional. Las acciones a nivel individual son las que el individuo sólo puede llevar a cabo solo, las acciones a nivel social requieren el esfuerzo de muchas personas, en este sentido es importante la cooperación entre los colegas, la implementación de una estrategia institucional y los métodos de aplicación de la administración para gestionar el problema de burnout. La mayor carga de trabajo trae más estrés en lugar de aliviarlo, ya que es difícil que trabaje más duro, manteniendo la misma calidad de servicio. Todo esto lo que hace es crear frustración y un fuerte sentido de fracaso. Una forma de mejorar el trabajo es tratar de administrar las fuerzas disponibles, esto puede ocurrir, por ejemplo, encontrando en el trabajo momentos de descanso, que no debe ser una vía de escape para evitar el contacto con el agente estresante, que en este caso puede ser el paciente y / o familiar, sino que debe ser un descanso o un "respiro" emocionalmente hablando, tratando de relajarse. Los trabajadores de la salud, a menudo eligen esta profesión porque tienen altos ideales que quieren alcanzar. Estos ideales son a menudo abstracciones de la realidad, difíciles de lograr, que pueden

transformar el entero trabajo en un continuo fracaso, porque además de ser difíciles de lograr, también son difíciles de evaluar, es decir, no es fácil de ver si realmente se logran estos fines. Esto no quiere decir que no se debe tener "altos ideales", pero a esto hay que añadir objetivos concretos y específicos, donde se puede ver un resultado, en la práctica han de ser realistas. La búsqueda de acontecimientos positivos también crea la oportunidad de recibir retroalimentación, que también puede ser solicitada. Puede, por ejemplo, preguntar al paciente si el trabajo es satisfactorio, si siente que mejora cuando tiene un cierto tipo de asistencia. Es importante tratar de comunicar a la gente que elogiarse es tan correcto como criticar. Las acciones a nivel social, en la gestión del burnout, están relacionadas con las variables de grupo y están diseñadas para mejorar la comunicación interpersonal. Las relaciones establecidas con los colegas, ayudan a lidiar con el burnout, la ayuda puede estar dirigida hacia dos direcciones: la reducción de la fuente de estrés, dirigiendo al operador hacia la solución del problema o la sustitución del colega temporalmente dándole la oportunidad de alejarse de la situación estresante. Las acciones a nivel institucional tienen que ver con las variables a nivel laboral, las intervenciones pueden abarcar cuatro aspectos y se clasifican en las siguientes:

- Trabajar por objetivos
- Participar en las decisiones
- Estructurar las tareas
- Predisponer un sistema de control periódico

Los objetivos y planes de trabajo le permiten organizar el trabajo, aclara las expectativas, permite al operador obtener información sobre su actividad mediante el aumento de la autoestima y satisfacción personal.

Trae una mejora en la calidad de las actividades, hay un aumento de la seguridad en el trabajo realizado porque existe la sensación de controlar el ambiente de trabajo, reducir las incertidumbres y ambigüedades. Debe, sin embargo, saber elegir y definir los objetivos a largo, mediano y corto plazo, que se puedan fácilmente verificar y medir.

El manejo del estrés produce una gran auto-reflexión acerca de cómo se organiza el trabajo. Para encontrar soluciones es probable que tenga que hacer cambios radicales tanto en el "cómo", y en el "lugar" de trabajo. Estos cambios individuales y colectivos

pueden conllevar resistencias, inseguridad, conflictos en el operador, pero pueden no ser suficientes para evitar o reducir el burnout, porque no controlan factores de carácter externo como la familia, o el estilo de vida.

CAPITULO 3

3.3.1 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.

3.3.1.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

3.3.1.1.1 Factores de riesgo

3.3.1.1.1.1 Variables individuales

Según Edelwich et al. (1980), el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás son para confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el síndrome de Burnout.

Entre la variable edad y Burnout hay una relación negativa, que se explica cuando se toma en cuenta que los trabajadores más jóvenes empiezan la carrera laboral con altas expectativas e ilusiones y, a la vez, tienen menos años experiencia en el trabajo

a diferencia de los trabajadores veteranos. Y a la vez se ha demostrado que el ser hijo en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal, Manzano (1998).

Así también, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes ante el Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia le hace que tengan mayor capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Según Silva et al. (1999) confirman que existe una relación entre momentos de ocio diario y el Burnout. Los trabajadores que tienen entre dos a cuatro horas diarias de ocio tienen menores niveles de dicho síndrome que los que tienen menos horas de descanso. También los sujetos que consumen más de veinte cigarrillos al día presentan mayores niveles de Burnout que los que fuman menos cantidades.

En relación al sexo se menciona que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores, por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres, las demandas familiares, la educación e ingresos.

Respecto a las características de personalidad se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto en las consecuencias.

3.3.1.1.1.2 Variables sociales

Las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Cuando se habla de los efectos positivos de las relaciones sociales en el trabajador, se hace referencia al apoyo social; que puede ser emocional, evaluador, informativo y/o instrumental Manzano (1998).

Se plantea que el apoyo social, tanto el recibido como el percibido, es un grupo de variables importantes moderadoras del estrés, del estrés laboral y del Burnout, ya que cumple funciones sociales como las de integración social, la percepción de la

disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material.

Para aclarar la influencia y las características de las variables sociales en el desarrollo del burnout se diferencian entre aquellas las relaciones extralaborales y las relaciones del lugar de trabajo:

3.3.1.1.3 Variables organizacionales

Según Manzano (1998) entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización.

Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales).

Analizando dichas variables, se ha concluido que tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica.

En síntesis, el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales.

3.3.1.1.4 Investigaciones realizadas

Resiliencia y el modelo burnout-engagement en cuidadores formales de ancianos

Virginia A. Menezes de Lucena Carvalho, Israel Contador, Francisco Ramos Campos, Bernardino Fernández Calvo, Lorenzo Hernández Martín

Conclusiones

La mayoría de las investigaciones utilizan un modelo patogénico de salud mental, se centran en los aspectos negativos que llevan a las personas a padecer determinadas dolencias para posteriormente diseñar intervenciones eficaces. Este tipo de modelo ha sido empleado, por ejemplo, para averiguar el Burnout que sufren los cuidadores de ancianos en instituciones geriátricas (Menezes de Lucena, 2000). Sin embargo, desde un modelo salutogénico, se intentan destacar aquellos aspectos positivos del individuo –fortalezas humanas– que permiten hacer frente a las adversidades, adquirir un funcionamiento óptimo o aumentar la satisfacción personal (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000).

En cuidadores formales de ancianos éste es el primer estudio español realizado en el ámbito laboral que relaciona los aspectos positivos de la Resiliencia con el Engagement y el Burnout.

En primer lugar, se analizó el modelo Burnout/Engagement. Los resultados señalan que las escalas AG y CI están negativa y significativamente relacionadas con las tres escalas de Engagement (VI, DE y AB), mientras que la escala EF denotó una correlación positiva con estas tres escalas. Resultado que está en consonancia con los hallados en otras investigaciones (Schaufeli et al., 2002; Manzano, 2002).

Utilizando un análisis factorial exploratorio de segundo orden para las seis escalas mencionadas, se halló, al igual que Salanova et al. (2000), dos factores, uno positivo con las escalas VI, DE, AB y EF, y otro negativo, denominado el «corazón del Burnout»(AG y CI). Este resultado también ha sido confirmado mediante modelos de ecuaciones estructurales (Schaufeli, Martínez et al., 2002; Manzano, 2002). Parece ser que la EF juega un papel diferente a las que constituyen el «corazón del Burnout» (véase Lee y Ashforth, 1996; Durán, Extremera y Rey, 2004) y que debido a la formulación en positivo de sus ítems, esta escala satura en el mismo factor que el Engagement (Schaufeli et al., 2002). Por lo tanto, los resultados del modelo Burnout/Engagement sugieren que ambos constructos son diferentes pero correlacionados (Schaufeli y Bakker, 2004), y no parecen ser el extremo positivo y negativo de un mismo continuo (Schaufeli et al., 2002).

En segundo lugar, se analizó la relación que existe entre Resiliencia y las dimensiones de Engagement y Burnout. La escala de Resiliencia correlacionó negativamente con

el «corazón del Burnout» y positivamente con la escala de EF y con las tres dimensiones de Engagement. Asimismo, los participantes con bajas puntuaciones en la escala de Resiliencia, en comparación con los que las obtuvieron altas, lograron mayores puntuaciones en AG y CI, y menores puntuaciones en las demás escalas (EF, VI, DE y AB).

Por ello, los cuidadores con baja Resiliencia parecen sufrir mayor agotamiento y actitudes de indiferencia en el trabajo, y, por el contrario, los sujetos con alta Resiliencia logran mayor Engagement, lo cual reduce su vulnerabilidad frente a situaciones de riesgo laboral, como por ejemplo el Síndrome de Burnout (Manzano, 2002; Salanova et al., 2001).

En esta línea, Howard y Johnson (2004), utilizando una metodología cualitativa, identificaron en un grupo de 4 maestros diversas características positivas que les hacían resistir al estrés laboral y al Burnout: capacidad de acción, percepción de apoyo organizacional, orgullo en los logros y competencia personal. Sin embargo, no se ha tenido constancia de estudios publicados que utilicen alguna escala vigente de Resiliencia para explorar su relación con Burnout-Engagement.

Un aspecto importante a destacar de los resultados fue la relación positiva entre Resiliencia y las dimensiones de Engagement, que pueden considerarse como características individuales que refuerzan la capacidad para afrontar activamente los estresores laborales, mientras que la relación negativa entre RE y el «corazón del Burnout» mitiga la vulnerabilidad de los sujetos frente a estos riesgos.

Probablemente este hallazgo permita apuntar a que las características positivas de compromiso con el trabajo (VI, DE y AB) y la «fortaleza» de la persona (Resiliencia) son aspectos que diferencian a unos cuidadores de otros para una buena adaptación al medio y que actúan como protectores ante el riesgo de Burnout.

De esta forma, estos resultados animan a pensar que las propiedades de Engagement podrían considerarse características de un constructo positivo que, como otros (optimismo, felicidad, autoestima, etc.), han mostrado su relación con la Resiliencia. Strumpfer (2003) considera al Engagement junto a otros constructos positivos (significatividad, conducta proactiva o bienestar subjetivo), como integrantes de una dimensión psicológica más amplia que denomina Fortigenic, similar al de Resiliencia.

Aunque la Resiliencia tuvo un pequeño valor predictivo sobre el «corazón del Burnout», que fue observado en el primer paso de la regresión jerárquica múltiple, este valor predictivo desapareció y el de las dimensiones de Vigor y Dedicación tuvieron mayor nivel de predicción. Estos resultados constatan que el efecto de la Resiliencia sobre el «corazón del Burnout» es indirecto; esto es, el efecto del Engagement media en la relación que existe entre la Resiliencia y el «corazón del Burnout».

La Resiliencia probablemente predispone a menores niveles de Burnout en la medida que incrementa las dimensiones de Engagement. Es decir, en presencia de situaciones de adversidad laboral, los cuidadores más resilientes tienen la capacidad de utilizar su energía e implicación laboral para sobreponerse a las dificultades, adaptarse adecuadamente y experimentar emociones positivas, mientras que los cuidadores menos resilientes tienen predisposición a las emociones negativas, a sobrevalorar el riesgo e incrementar su efecto con cansancio e indiferencia en el trabajo.

Las condiciones adversas de una organización pueden ser cruciales en la etiología del Burnout (Maslach et al.,2001), y existen contextos tan difíciles que las variables individuales son insuficientes para resistir a sus efectos, pero de acuerdo con Strumpfer (2003) los resultados insinúan que los cuidadores más resilientes también pueden sufrir de Burnout, aunque es mucho más probable que adquieran habilidades y competencias de Engagement en el trabajo.

Por otra parte, esta investigación tiene algunas limitaciones. Se utilizaron autoinformes para medir los distintos constructos que, en función de las circunstancias y del momento, es posible que varíen sus resultados, y además, la Resiliencia, el Engagement y el Burnout demandan definiciones consensuadas, con parámetros irrefutables e instrumentos de evaluación uniformes; asimismo, la muestra no obedece a criterios aleatorios, sino a la voluntariedad de los participantes, lo que obliga a ser cauto con la generalización de los resultados obtenidos.

A pesar de estas limitaciones, este estudio deja constancia que el uso de competencias sociales y fortalezas humanas por parte de los cuidadores actúan como factores protectores ante el riesgo de Burnout y estimula el compromiso y la eficacia laboral.

En este sentido, Salanova, Grau y Martínez (2005) consideraron en su estudio que estimular la autoeficacia profesional en los empleados sería una estrategia de prevención adecuada ante aquellos estresores inevitables de la organización. Asimismo, una adecuada política de recursos humanos, donde se refuerce el compromiso y la implicación de los trabajadores con los objetivos de la organización, contribuiría a reducir el absentismo laboral (Boada, De Diego, Agulló y Mañas, 2005).

Investigaciones futuras deberían incidir en el estudio de aquellos factores resilientes que funcionan como verdaderos escudos protectores contra fuerzas negativas y a favor de un desarrollo saludable en la persona. Sería conveniente elaborar formas de intervención alternativas que se basen no tanto en la remisión de síntomas psicopatológicos, sino en un modelo más positivo, salutogénico, centrado en la prevención y el bienestar psicológico, que fomente en los trabajadores su energía (vigor), implicación (dedicación) y concentración en el trabajo (absorción), así como la superación de experiencias traumáticas.

3.3.1.2 Motivación y satisfacción laboral

El motus de ationem, el impulso para la acción, es decir, la motivación, puede tener su origen en los diferentes niveles de profundidad de la estructura cognitiva y emotiva, puede ser caracterizada por diferentes contenidos y pueden seguir diferentes tipos de toma de decisiones. Los modelos de motivación para el trabajo que se relacionan con dos dimensiones, el contenido y la toma de decisiones, se conocen como modelos de la estructura motivacional y contribuyen para mejorar las herramientas de comprensión de la estructura del agente cognitivo.

3.3.1.2.1 La Teoría Motivación-Higiene.

El estudio de Herzberg (1959) es parte de un análisis teórico basado en la búsqueda del sentido del trabajo para el individuo, tanto con respecto al contenido que lo caracteriza, tanto a las condiciones ambientales en las que se ha ejercido. Según el autor la tarea de la organización es estimular, identificar y poner en práctica los factores motivacionales positivos de la persona a través del trabajo. En su estudio, el

autor lleva a cabo una investigación a través de la cual propone responder a la pregunta "¿Qué desea el trabajador de su trabajo?".

A través de una entrevista semiestructurada pidió a una muestra de trabajadores que señalaran una secuencia de eventos a los cuales asociaban períodos de moral particularmente alta o baja en el trabajo. Los resultados revelaron que, con referencia a las situaciones de moral alta, los encuestados citaron factores relacionados con la tarea asignada para el éxito en el rendimiento y la oportunidad de crecimiento profesional, con referencia a sentimientos de insatisfacción, se citaron factores, que más que con el trabajo en sí, estaban vinculados al contexto de trabajo. La teoría que se desarrolló, llamada "teoría bifactorial de la motivación-higiene ", llegó a la conclusión de que elementos que conducen a la satisfacción del trabajo, y que son por lo tanto "motivadores", están relacionados con el contenido del trabajo, pero los que causan insatisfacción están relacionados con el contexto. La reflexión en términos de satisfacción / insatisfacción llevó a Herzberg a una definición más precisa de sus componentes constituyentes:

Elementos insatisfactorios: factores higiénicos o de mantenimiento, que se refieren al contexto laboral en la cual la presencia es necesaria para mantener un nivel normal de satisfacción.

Elementos satisfactorios: factores motivadores, se refieren al contenido del trabajo, que están relacionados con resultados de alta satisfacción.

Basándose en la teoría de bifactorial, las actitudes hacia el trabajo se pueden identificar de acuerdo con la presencia de objetivos de motivación o de higiene.

3.3.1.2.2 Teoría de la motivación de Maslow

Probablemente, la teoría motivacional mejor conocida se centra en las necesidades de la pirámide de las necesidades desarrollada por Maslow, que ha proporcionado una categorización de las necesidades humanas principales, colocándolas dentro de una estructura jerárquica, desde las necesidades más inmaduras y primitivas hasta las más maduras estas son características de las civilizaciones avanzadas. Se afirma que los individuos satisfacen sus necesidades en una dirección ascendente y que las

necesidades de todos los niveles deben ser satisfechas, al menos en parte, para que las necesidades superiores puedan manifestarse.

La jerarquía de estas necesidades también establece el orden de prioridad en su satisfacción, la implicación práctica de esta visión es que un elemento dado se puede utilizar para motivar a una persona sólo si es capaz de satisfacer las necesidades insatisfechas en esta jerarquía. Un aspecto importante destacado por Maslow es que la satisfacción de una necesidad, hace que una persona insensible a la estimulación adicional de este tipo y lo lleva, en efecto, a tratar de satisfacer las necesidades de nivel superior. Esto indica la necesidad de variar el estilo de gestión y definición de objetivos e incentivos, de acuerdo con el nivel de satisfacción de las necesidades de la persona en cuestión en esta fase particular de la historia.

Los intentos de revisar más a fondo y críticamente la teoría de Maslow, han sido empañados por una simplificación excesiva. En primer lugar, desde un punto de vista gerencial, se detectan los posibles elementos de contraste entre el proceso evolutivo del trabajador y el entorno empresarial en el que se inserta. La planificación estratégica, que se mueve en el largo plazo, no puede dejar de tener en cuenta la adherencia necesaria entre la tecnología y la estructura organizativa. Para que esto ocurra debe haber condiciones estándar o por lo menos comportamientos predecibles en respuesta a las demandas repentinas de cambio.

3.3.1.2.3 Teoría monista de Taylor

Según Frederic Taylor (1911) se debe aumentar la motivación del trabajador, por medio de sistemas que maximicen la productividad: las soluciones que se proponen tienen que ver con participar a la introducción del trabajo a destajo, el reparto de utilidades, la participación en los ahorros. Estos sistemas se denominan monistas y están destinados a garantizar que cada empleado utilice en el trabajo todas sus energías a fin de mantener y aumentar la productividad. El aumento de la productividad por parte de los trabajadores puede incrementar su salario, lo que les permite aumentar su autoestima y estatus. La motivación sin embargo, adquirida por el dinero es cuestionable.

3.3.1.2.4 Teoría X e Teoría Y de Mc Gregor Douglas

Teoría X y Teoría Y son dos teorías populares creadas y desarrolladas por Douglas McGregor en el MIT Sloan School of Management que explica cómo las expectativas de la conducta desarrolladas de forma individual, pueden afectar el comportamiento de los individuos de la comunidad. Se aplicaron en los años sesenta y se utiliza en la gestión de recursos humanos en las teorías de la organización y la gestión organizacional. Se describen dos diferentes actitudes de la motivación de la fuerza de trabajo. La formación y el deterioro de las relaciones de confianza se realizan en un mecanismo típico de "profecías", y este fenómeno es evidente, por ejemplo, las relaciones gubernamentales entre las empresas y las personas que están empleadas.

3.3.1.2.4.1 Teoría X

Una parte importante de la teoría en la práctica de la organización se basa en la suposición de que los trabajadores tienden en forma natural (es decir, las características de la naturaleza humana) a aplicar prácticas restrictivas con respecto a las expectativas de comportamiento expresado por la empresa.

3.3.1.2.4.2 Teoría Y

McGregor (1960) opone la Teoría X a la Teoría Y, La teoría Y supone que las personas tienden naturalmente a asumir responsabilidades, tienen por naturaleza una actitud de lealtad y compromiso, se identifican con la empresa, con los objetivos y la profesión. Por lo tanto, si se adopta una estructura organizativa como guía para el comportamiento que se caracteriza por una importante delegación de los objetivos: la suposición se verifica, la gente se comporta como espera la teoría Y.

3.3.1.2.5 Teoría de la energía psicológica de Argyris

Chris Argyris (1979) definió que coexisten dentro del trabajo las necesidades personales de los empleados y las necesidades de la organización y que los trabajadores dan prioridad a la satisfacción de sus necesidades. En situaciones en las que los dos tipos de necesidades no coinciden, o están en oposición, crean situaciones de conflicto, tensión e insatisfacción. Por esta razón, de acuerdo con Argyris la organización debe apoyar la capacidad de los trabajadores para satisfacer sus necesidades de orden superior y que sea realizada en la dirección en la que se

inspira en la teoría Y, ya que es la única manera de promover el crecimiento profesional de los trabajadores.

3.3.1.2.6 Investigaciones realizadas

El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral

Joan Boada I Grau, Raúl De Diego Vallejo, Esteban Agulló Tomás

Conclusiones

Los datos obtenidos muestran evidencia empírica que existe una relación entre las variables (motivacionales y burnout-psicosomatizaciones) que hemos propuesto en el presente estudio, aunque conciertas matizaciones que trataremos de explicar. Estos resultados contradicen los obtenidos por Toro-Álvarez (1991) donde no se manifiesta evidencia acerca de la relación significativa entre las variables motivacionales y del estrés laboral. Sin embargo, confirman que el síndrome del burnout no tiene relación ni con la edad ni con la antigüedad en la profesión (García-Izquierdo, 1991). Globalmente, las veintiuna variables del modelo MCP utilizadas en el presente estudio pronostican el burnout y las manifestaciones psicósomáticas (a excepción de tres de ellas: ITT, INAa, INAb), así podemos afirmar que el primer objetivo se cumple favorablemente.

De esta forma, globalmente coincidimos con Zurriaga, Bravo, Ripoll y Caballer (1998) que las Características del Puesto son predictores de las dimensiones del burnout. Las variables de las Características del Puesto más pronosticadoras, por número de predicciones, son la *Rs-Retroalimentación Social* (6), la *VDD-Variedad de Destrezas* (4), la *A-Autonomía* (4) y la *ImTT-Importancia de las Tareas* (3) que acaparan el 71% de las predicciones de este ámbito. Y en menor medida, el *Cs-Con tacto Social* (2), el *PMP-Potencial Motivador del Puesto* (2) y la *Rp-Retroalimentación del Puesto* (1).

3.3.1.3 El burnout y la relación con la salud mental

3.3.1.3.1 Definiciones de salud mental

Según la OMS (2001) la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las

tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS (2011): La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

Cada definición depende de las diferencias culturales, evaluaciones subjetivas y las varias teorías de referencia relativa a la función mental. La mayoría de los expertos están de acuerdo, en el hecho que, la "salud mental" por una parte y "ausencia de enfermedad mental", "Normalidad", "ajuste social", "felicidad" en la otra no son conceptos necesariamente directamente relacionados o sinónimos: Dicho de otro modo, la mera ausencia de enfermedades mentales no significa necesariamente la condición de salud mental.

En este sentido hay que recordar que la definición de la Organización Mundial de la Salud (1946) acerca de la "salud en general ". "Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de afecciones o enfermedades"

3.3.1.3.2 Salud Mental y el Estrés

El concepto de salud mental se refiere a una condición de bienestar, normalidad o equilibrio de tipo afectivo, cognitivo, neurobiológico y comportamental, el constructo se presta difícilmente a una definición oficialmente compartida.

La salud no es solamente la ausencia de enfermedades sino la resultante de un complejo proceso donde interactúan factores biológicos, económicos, sociales, políticos y ambientales en la generación de las condiciones que permiten el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades humanas, entendiendo al hombre como un ser individual y social.

La atención de la salud se ha centrado más en la recuperación y/o rehabilitación de la enfermedad, que en la prevención de los factores de riesgo y la promoción de

conocimientos, hábitos y estilos de vida que permitan y condicionen un desarrollo más saludable de las personas.

Por ello se llegó a considerar que una respuesta integral a los problemas de salud debe ser transdisciplinaria, haciendo una autoevaluación de sus enfrentamientos; esto porque se toma a la salud como consecuencia condicionante del desarrollo integral Levav (1992).

3.3.1.3.3 Síntomas somáticos

Según Vicino (1997) los síntomas somáticos se pueden agrupar del siguiente modo:

- dolores de cabeza sin causa aparente y / o recurrente
- ansancio
- hipertensión
- tics
- ansiedad
- estreñimiento o diarrea
- otros trastornos digestivos como la indigestión, distensión abdominal, gastritis, úlceras, esofagitis por reflujo
- disfunción de la erección o la eyaculación precoz durante el coito u otras dificultades como la pérdida de la libido
- cambios en el apetito, comer en exceso o por el contrario la ausencia de hambre
- problemas de sueño, como dificultad para dormirse y / o trastornos del sueño y sueño irregular, pesadillas

- F
 acilidad de contagio de fiebre y resfriados, como resultado de un debilitamiento del sistema inmunológico
- Va
 ginitis, Irritación genital de las mujeres
- Sudor
 sin causa aparente
- Increment
 ar y / o perder peso
- Temblores y /
 o tics nerviosos
- Dificultad para
 recordar cosas
- Dificultad para
 concentrarse

3.3.1.3.4 Ansiedad e insomnio

La ansiedad es un estado psicológico, sobre todo consciente de un individuo caracterizado por una sensación de miedo, más o menos intensa y duradera, que puede estar relacionado a un determinado estímulo (interno o externo), que es por lo tanto, la falta de respuesta de adaptación del organismo a una fuente concreta de estrés y subjetiva fuente de estrés para el individuo mismo. La ansiedad es una compleja combinación de las emociones negativas que incluyen el miedo, la aprensión y preocupación, y suele ir acompañada de sensaciones físicas como palpitaciones, dolor torácico y / o falta de aliento, náuseas, temblores internos. Puede tratarse de un trastorno primario del cerebro, o puede estar asociada con otros problemas médicos, incluyendo otros trastornos psiquiátricos. Los signos somáticos son, pues, una hiperactividad del sistema nervioso autónomo y, en general, la respuesta clásica del sistema simpático de "lucha o huida". Se diferencia del miedo absoluto por ser inespecífica, vaga o derivada de un conflicto interno Borgna (1997).

El insomnio es un síntoma que se produce con frecuencia en las diversas formas de trastorno de ansiedad. La ansiedad es causa frecuente del denominado "Insomnio parafisiológico", que se produce en situaciones en las que se hace imposible conciliar el sueño, aunque cansado y con necesidad de descanso, porque se tiene demasiado

miedo de no poder conciliar el sueño. La ansiedad y el estrés causan desequilibrios psicofisiológicos que van a afectar a todas las actividades del cuerpo y la psique, de los cuales también al sueño.

De acuerdo con la escuela cognitivo-conductual la ansiedad interfiere en la rapidez con que se duerme mientras que la depresión con la profundidad y la continuidad del sueño. Existen elementos cuya participación en el insomnio ha sido demostrada, en particular los estudios de la Psicofisiología han determinado que las situaciones prolongadas de estrés activan un circuito compuesto de estructuras cerebrales y glándulas endocrinas (hipotálamo-hipófisis-suprarrenal). La glándula suprarrenal, aumenta la secreción de cortisol. Esta hormona, también conocida como una hormona del estrés, cuando se presente en cantidades superiores causa trastornos diversos, incluyendo insomnio y otros trastornos del sueño, depresión y diversas dolencias físicas.

3.3.1.3.5 Disfunción social en la actividad diaria

La disfunción social es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad del tratamiento, ya que el rechazo de amigos, compañeros y familiares es una consecuencia de esto Avallone (2003).

La disfunción social es el factor más importante al medir la gravedad de los síntomas y el tratamiento, ya que el rechazo social causa un gran daño a la personalidad.

La disfunción social persistente según Avallone (2003) suele crear algunos síntomas tales como:

- Angustia: Estado anímico de extrema inquietud ante un peligro no definido.
- Ansiedad: Temor anticipado de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce.
- Tristeza: Falta de ánimo estado de depresión.
- Pérdida de autoestima y, somatización:
- La persona se siente poco importante, esta personas con baja autoestima no poseen la fuerza interior se sienten en completa soledad.

3.3.1.3.6 Tipos de depresión

Los trastornos del estado de ánimo de acuerdo con la clasificación del DSM-IV están divididos en trastornos depresivos (depresión unipolar), trastornos bipolares y dos trastornos basados en la etiología: trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica y trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias.

Los trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico y trastorno depresivo no especificado) se distinguen de los trastornos bipolares por el hecho de no haber historia previa de episodio maníaco, mixto o hipomaníaco.

Los trastornos bipolares (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico y trastorno bipolar no especificado) implican la presencia (o historia) de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores.

El trastorno depresivo mayor se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores (al menos 2 semanas de estado de ánimo depresivo o pérdida de interés acompañados por al menos otros cuatro síntomas de depresión).

El trastorno distímico se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él, acompañado de otros síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno depresivo no especificado se incluye para codificar los trastornos con características depresivas que no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno bipolar I se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

El trastorno bipolar II se caracteriza por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaníaco.

El trastorno ciclotímico se caracteriza por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaníacos que no cumplen los criterios para un episodio maníaco y

numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.

El trastorno bipolar no especificado se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

El trastorno del estado de ánimo debido a enfermedad médica se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una enfermedad médica.

El trastorno del estado de ánimo inducido por sustancias se caracteriza por una acusada y prolongada alteración del estado de ánimo que se considera un efecto fisiológico directo de una droga, un medicamento, otro tratamiento somático para la depresión o la exposición a un tóxico.

El trastorno del estado de ánimo no especificado se incluye para codificar los trastornos con síntomas afectivos que no cumplen los criterios para ningún trastorno del estado de ánimo y en los que es difícil escoger entre un trastorno depresivo no especificado y un trastorno bipolar no especificado (agitación aguda).

3.3.1.3.7 Investigaciones realizadas:

Asociación entre síndrome de burnout y depresión en personal de enfermería que labora en un Hospital de Alta Especialidad del Estado de México

Humberto Trejo-Lucero, Juan Torres-Pérez, Mónica Valdivia-Chávez

Conclusiones

El síndrome de burnout y la depresión están asociados considerablemente en el grupo estudiado. En cuanto a los tres componentes del burnout (cansancio, despersonalización, realización) y al síndrome depresivo, éstos se presentan con puntajes altos con mayor frecuencia en las enfermeras que tienen un promedio de edad de 36 ± 5.8 años, casadas y con licenciatura. El burnout y la depresión grave están asociados con la antigüedad laboral. Asimismo, se encontró que el personal que

también labora en otro hospital cursa con puntajesaltos del síndrome asociado a depresión grave.

El cansancio moderado y la depresión moderada están asociados con todas aquellas enfermeras que manifestaron estar descontentas con la asignación al Servicio. No se encontró asociación con otras variables como son: el número de hijos o el tiempo que invierten en el traslado al hospital. El síndrome de burnout es frecuente en las profesiones asistenciales. El personal de enfermería no está exento de padecerlo, ya que se encuentra sujeto a demandas constantes y estresantes, tanto por parte de los usuarios como de los médicos; aunado esto a factores externos como son una segunda jornada laboral, estado civil, tiempo de traslado, exigencias económicas, etcétera. El propósito de este estudio fue medir el nivel del síndrome de burnout y su posible asociación con la depresión y algunas otras variables. Los resultados muestran la presencia del síndrome y su asociación con depresión en una población relativamente joven con un promedio de antigüedad laboral bajo (6.36 ± 10.90) en relación a lo reportado en la literatura internacional.

3.3.1.4 El burnout y el afrontamiento

3.3.1.4.1 Definición de afrontamiento

Son esfuerzos de la persona, en el desarrollo cognitivo y del comportamiento, para manejar las demandas internas y externas que plantean las interrelaciones persona-ambiente, se evalúan como superiores con respecto a los recursos que posee.

La relación entre el afrontamiento y evento estresante es un proceso dinámico. El afrontamiento consiste de una serie de transacciones entre una persona que tiene un conjunto de recursos, valores y compromisos y un evento con sus recursos, características y limitaciones.

3.3.1.3.3 Estrategias de afrontamiento

Con respecto a las Estrategias y Técnicas de Afrontamiento, desde la perspectiva de Gil-Monte y Peiró (1997), se plantea que las estrategias de afrontamiento constituyen los esfuerzos, tanto conductuales como cognitivos, que realiza una persona para dominar, reducir o tolerar las exigencias creadas por transacciones estresantes. Por su

parte, se asume la distinción que realizan Carver, Sheier y Wientraub (1989) para el afrontamiento, distinguiendo un afrontamiento centrado en el problema, afrontamiento centrado en la emoción y evitación al afrontamiento. El primero referido a la resolución del problema o “hacer algo” para cambiar el curso de la situación estresante, el segundo consiste en reducir o manejar el estrés emocional causado por la situación y la evitación, referida a las conductas de evasión del afrontamiento.

A partir de esta distinción en tres tipos generales de estrategias, Carver et al. (1989) asocian quince Técnicas de Afrontamiento:

- *Afrontamiento centrado en el problema*: afrontamiento activo, planificación, supresión de actividades distractoras, refreno del afrontamiento y búsqueda de apoyo social.
- *Afrontamiento centrado en la emoción*: búsqueda de apoyo emocional y social, reinterpretación positiva, aceptación, desahogo y religión.
- *Evitación al afrontamiento*: negación, desconexión conductual, desconexión mental, consumo de drogas y humor.

A continuación se detalla cada uno de los quince modos de afrontamiento propuestos por Carver y col. (1989).

Afrontamiento Activo: Se refiere a las acciones directas llevadas a cabo por el sujeto para alterar la situación e intentar cambiarla. Dicho de otro modo, es un proceso activo de afrontamiento, lo cual implica un incremento del esfuerzo propio a fin de remover el estresor o mejorar sus efectos.

Planificación: Es un modo de afrontamiento analítico y se refiere específicamente, a pensar en cómo afrontar un estresor, ideando estrategias de acción, pasos a seguir y buscando la mejor manera de manejar el problema.

Búsqueda de Apoyo Social: Las personas pueden buscar apoyo social por dos medios: instrumental y emocional. Ambos son conceptualmente distintos, aunque, generalmente, se utilizan conjuntamente.

Búsqueda de Apoyo Social Instrumental: Implica la búsqueda de recursos humanos que le puedan dar al sujeto un apoyo instrumental para manejar el problema en forma

de información, consejo, apoyo económico, etc. Esta estrategia corresponde al afrontamiento centrado en el problema.

Búsqueda de Apoyo Social Emocional: Engloba las acciones emprendidas por el sujeto para buscar en otras personas razones emocionales paliativas del estrés (el cariño, la simpatía y la comprensión). Se trata de buscar apoyo afectivo, empatía y comprensión; y es un afrontamiento centrado en la emoción.

Supresión de Actividades Distractoras: Se refiere a aquellas conductas que permiten al sujeto centrarse en el acontecimiento estresante al que ha de enfrentar, y que al mismo tiempo evite otras actividades o pensamientos que lo distraigan. Significa dejar de lado otros proyectos, evitando la distracción, y sobrellevando la situación estresante.

Religión: Se refiere a actividades pasivas, como rezar o centrarse en la religión, las cuales permiten al sujeto aceptar el acontecimiento estresante

Reinterpretación positiva: Engloba lo referente a aquellos aspectos de crecimiento personal que pueden derivarse de la experiencia de estrés.

Refrenar el Afrontamiento: Describe los esfuerzos por demorar el momento adecuado para afrontar el problema y evitar que afecte al sujeto negativamente, al tener que tomar decisiones precipitadamente.

Aceptación: Se refiere a la aceptación del problema. La aceptación consiste en dos fases del proceso de afrontamiento; la aceptación de un estresor como real ocurre en la evaluación cognitiva primaria, y por otra parte la aceptación de la ausencia de una estrategia de afrontamiento, que es parte de la evaluación cognitiva secundaria.

Desahogarse o Centrarse en las Emociones: Alude a las respuestas emocionales asociadas a la situación estresante.

Negación: El sujeto niega y evita el afrontamiento activo del suceso estresante y actúa "como si nada sucediera".

Desconexión Conductual: Hace referencia al empleo de acciones que evitan afrontar activamente la situación estresante. Lo cual reduce el esfuerzo propio para afrontar la

situación, incluso el sujeto se rinde al intento de lograr metas en las cuales interfiere el estresor.

Desconexión mental: Es una variante de la desconexión conductual. La desconexión mental sucede mediante una amplia variedad de actividades distractoras, las cuales permiten al sujeto distraerse de la situación estresante.

Consumo de Drogas: Esta se traduce a conductas motoras de adicción, de escape-avoidance de la situación estresante, con el fin de disminuir el estrés ocasionado por ésta.

Humor: Alude al empleo del humor como estrategia distractora y distanciadora que ayuda a desdramatizar la situación.

3.3.1.4.3 Investigaciones realizadas

Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de *burnout* “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud.

Beatriz Cruz Valdes, Fernando Austria-Corrales, Loredmy Herrera- Kiengelher, Juan Carlos Vázquez-García,* Cynthia Zaira Vega Valero, Jorge Salas-Hernández

Conclusiones

El uso de EA tiene un papel protector ante el síndrome de *burnout*, aunque no protegen totalmente del cansancio emocional, protegen de la despersonalización y el decremento de la realización personal y globalmente del desarrollo del síndrome. Los resultados de esta investigación sustentan el desarrollo de programas de capacitación orientados al entrenamiento de EA y de resolución de problemas en la práctica clínica en el personal de salud, con el objetivo de reducir los niveles del síndrome de *burnout* típicos entre el personal de salud.

3.3.1.5 El burnout y la relación con el apoyo social

El apoyo social significa, en particular, un recurso de afrontamiento en la relación entre el estrés y los síntomas físicos y psicológicos: Existen numerosos estudios que apoyan el hecho de que la ausencia o la adecuación de apoyo social se relaciona directamente con la intensidad de los síntomas psico-físicos, estos estudios también han sugerido que el apoyo social actúa como un amortiguador entre estos síntomas y los eventos estresantes de la vida.

Tanto el apoyo real como el apoyo percibido se relacionan con el bienestar. Se han conjeturado dos procesos fundamentales de actuación del apoyo social. Efectos directos: según la hipótesis del efecto directo, a mayor nivel de apoyo social menor malestar psicológico, y a menor grado de apoyo social mayor incidencia de trastornos, independientemente de los acontecimientos vitales estresantes. Esto no quiere decir que la presencia de estresores sociales deje de actuar, sino que el apoyo social ejerce una influencia independiente. (Gottlieb, 1983).

Efectos indirectos: la hipótesis del efecto protector o amortiguador afirma que cuando las personas están expuestas a estresores sociales, estos tendrán efectos negativos solo entre los sujetos cuyo apoyo social sea bajo, sin embargo sin estresores sociales el apoyo social no tiene influencia sobre el bienestar, su papel se limita a proteger a las personas de los efectos patogénicos del estrés, es esencialmente un moderador de los efectos de los acontecimientos estresantes. (Cohen y McKay, 1984).

3.3.1.5.1 Investigaciones realizadas

Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital

MARÍA JESÚS ALBAR MARÍN, MANUEL ENRIQUE ROMERO HERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES GONZÁLEZ MORENO, ELENA CARBAYO PÉREZ, AMPARO GARCÍA GÁMEZ, INMACULADA GUTIÉRREZ MARTÍNEZ Y SILVIA ALGABA PIÑA

Conclusiones

Las puntuaciones medias obtenidas en las 3 dimensiones del *burnout* sitúan la muestra en un nivel medio de afectación del síndrome, tomando como referencia los puntos de corte señalados en un estudio realizado con una muestra de 1.138 españoles de composición diversa²⁶. En cuanto a las relaciones de las 3 dimensiones con las variables sociodemográficas, nuestros resultados presentan la misma relación negativa de la edad con agotamiento emocional obtenida por otros autores²⁷, es decir, a mayor edad, menor agotamiento emocional. En estrecha relación con esta variable se encuentra la experiencia profesional, que también establece diferencias significativas en la misma dirección con agotamiento emocional^{18, 28, 29}. La relación negativa encontrada en el número de hijos con esta dimensión concuerda con lo referido por otros autores^{23, 29}, que argumentan que las personas que tienen hijos son más estables, realistas y maduras y tienen mayores probabilidades de afrontar conflictos emocionales. Aunque hemos valorado también el estado civil, esta variable no se ha incluido en el análisis ya que, de acuerdo con otros autores, la condición de estar al profesional mantener la cohesión de su grupo familiar e impedir que éste se convierta en un estresor más.

Hace falta promover relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo, en las que el profesional sea capaz de afrontar eficazmente las demandas con la ayuda de los demás y evitar que éste se preste cuando el sujeto está ya emocionalmente agotado. Es necesario realizar estudios longitudinales que faciliten la evidencia de una relación causal entre el síndrome y las variables asociadas a su desarrollo.

3.3.1.6 El burnout y la relación con la personalidad

3.3.1.6.1 Definición de personalidad

Eysenck (1970) define la personalidad como una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento e intelecto y físico de una persona, que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema de una persona más o menos estable y duradero del comportamiento conativo (voluntad); el temperamento, el sistema más o menos estable y duradero del sistema del comportamiento afectivo (emoción); el intelecto, el sistema más o menos estable y

duradero del comportamiento cognitivo (inteligencia); y el físico, el sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina.

Existen tres tipos propuestos por Eysenck (1987) la forma cómo se conformarían los tipos dependerá de cómo se formen los rasgos, y esto se dará sucesivamente desde conductas específicas, conductas habituales, a características (rasgos) hasta tipos.

El tipo Extraversión

Este es el tipo más importante en la teoría de Eysenck y su explicación ha sido el objeto de la mayoría de las investigaciones experimentales de Eysenck. Como se apreció en la figura 1, está conformado por los siguientes rasgos de personalidad observados en una persona:

Sociable Vital Activo

Dogmático en busca de sensaciones Despreocupado

Dominante Surgente Aventurero

Este tipo se encuentra frente a la introversión, la cual estaría conformada por rasgos opuestos a los mencionados.

Características del extravertido y del introvertido.-

Las características del extravertido son las siguientes:

Por los métodos hulliano y pavloviano, el condicionamiento es más pobre que en los introvertidos.

Se basa en las propiedades del sistema nervioso central.

Constitucionalmente predispuestos a desarrollar potenciales débiles excitantes y fuertemente inhibitorios.

En el laboratorio: a) los condicionamientos son más pobres, b) muestran disgusto ante tareas repetitivas, c) extinguen con mayor prontitud las conductas aprendidas, d) mayor saciación de tarea, y e) manifiestan efectos de reminiscencia más fuertes que los introvertidos.

- Mayor memoria inmediata para los dígitos.
- Retienen la respiración más tiempo.
- Más fáciles de inhibir que los otros.
- Los afectan poco los estimulantes.

- Reaccionan mucho a pequeñas dosis de drogas depresivas.
- Juzgan de menor duración los intervalos temporales que los introvertidos.
- Fuman más que los introvertidos y prefieren los cigarrillos.
- Parecen buscar estímulos.
- Prefieren cuadros más brillantes y de mayor colorido.
- Enfrentados a situaciones nuevas, tienden a enfocar los detalles.
- Relativamente compulsivos.
- Dispuestos a aceptar mayores riesgos y a hacer apuestas mayores.

Las características del introvertido son las siguientes:

- Con los métodos hulliano y pavloviano, el condicionamiento es mejor que en los extravertidos.
- Basado en las propiedades del sistema nervioso central.
- Constitucionalmente predispuestos a desarrollar potenciales de gran excitabilidad y débil inhibición.
- Más rápidos en tareas de computación cuando las presiones son bajas, pero no cuando las presiones cambian con rapidez.
- Copian dibujos con mayor rapidez y recuerdan durante más tiempo los dibujos.
- Segregan más saliva al ser estimulados con jugo de limón.
- Son más sensibles a ciertas medicinas.
- Más difíciles de inhibir.
- Los afectan más los estimulantes.
- Reaccionan poco a dosis pequeñas de drogas depresivas.
- Estima mayores los intervalos temporales.
- Fuman menos.
- Parecen evitar estímulos.
- Prefieren tonos más sutiles y cuadros menos coloridos.
- Piden más información al enfrentarse a una situación nueva.
- Relativamente cautelosos.
- Menos inclinados a jugar

El tipo Neuroticismo

Este tipo se refiere a la estabilidad del sistema nervioso autónomo que moviliza trastornos cardio-vasculares, taquicardias, trastornos respiratorios, sudoraciones, etc. Una tasa elevada de neuroticismo (inestabilidad) indica una emotividad muy intensa y elevado tono, son personas generalmente ansiosas, tensas, inseguras y tímidas.

Presenta los siguientes rasgos de personalidad:

- Ansioso
- Deprimido
- Sentimientos de culpa
- Poca autoestima
- Tenso
- Irracional
- Tímido
- Triste
- Emotivo

Características del neurótico

- Su comportamiento proviene de una excitación del sistema nervioso autónomo.
- No es una conducta tan evidente como la extraversión.
- Menos adaptados a ver en la oscuridad que los sujetos normales.
- Si se les vendan los ojos, se inclinarán más hacia adelante que los sujetos normales.
- Parecen tener un mayor nivel pulsivo que los normales.

El tipo Psicoticismo

El tipo Psicoticismo establece una continuidad entre el comportamiento normal y el comportamiento psicótico, es decir que va desde el comportamiento normal, pasando por el criminal, psicopático, alcohólico, el de adicción a las drogas, hasta el esquizoide y los estados completamente psicopáticos Eysenck (1987).

3.3.1.6.2 Personalidad Resistente:

Las personas más expuestas al burnout son las que poseen una reducida resistencia individual a los estímulos que permite reaccionar a la tensión con tenacidad Bandolato (1993).

La resistencia posee tres características:

- Es consciente del propio rol en la sociedad y del significado atribuido a su existencia, lo que permite relativizar /redimensionar las experiencias de vida.
- Percibir las novedades como estímulos y no como desafíos.
- Sentir que se puede tener el control de las situaciones sin sentirse abrumado.

3.3.1.6.3 Locus de control:

El locus de control es la expectativa del individuo sobre la medida en que sus refuerzos se encuentran bajo el control interno (esfuerzo, capacidad, etc.) O externos (otras personas, suerte, azar, etc.). Locus significa lugar en latín. En este sentido, si una persona tiene un locus predominante de control interno se sienten más en control de su propia vida y el éxito, exigiendo más de sí mismo y centrarse en lo que puede hacer por su cuenta para hacer frente a los problemas actuales, en cuanto a las personas con el locus de control externo sobre todo sienten que los factores externos tienen mayor control en su vida, exigen más de los demás, tienen un alta dependencia emocional y funcional y se ven más afectados por la crítica y la alabanza Holder (2006).

3.3.1.6.4 Investigaciones realizadas

Personalidad resistente, burnout y salud.

Bernardo Moreno Jiménez, Eva Garrosa Hernández, José Luis Gonzales

Conclusiones: Las variables que provienen del contexto laboral y organizacional donde el trabajador realiza su trabajo son importantes fuentes de estrés que podrían actuar como desencadenantes del síndrome de burnout y de sus consecuencias asociadas para la salud psicológica y física de los trabajadores, si no se modifican o se toman las oportunas medidas correctoras. Entre los antecedentes del estrés de rol parece ser la variable con mayor poder predictivo sobre el burnout. Concluyendo, los individuos con personalidad resistente parecen mostrar menos estrés y burnout ante las mismas condiciones psicosociales al conseguir enfrentarse activamente al medio y modificarlo en su propio beneficio, orientándose de esta manera hacia el bienestar y la salud.

Disponible en:

http://www.escritosdepsicologia.es/descargas/revistas/num4/escritospsicologia4_informes2.pdf

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de Investigación

El diseño de investigación constituye “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación”. (Hernández. 2006).

Mediante la investigación podemos conocer si existe el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de instituciones sanitarias, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

Esta investigación posee las siguientes características:

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

4.2 Participantes

La población es de 15 médicos y 15 enfermeros/as de la Clínica Villa Betania de Roma-Italia.

4.3 Instrumentos

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

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral.

La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

- Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).- El GHQ28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son:

A .Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.

B. Ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

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

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

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).-Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresante como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.

- Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.

Cuestionario MOS de apoyo social.- Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, los creadores del instrumento fueron: Sherbourne y Cols en 1991. Es un cuestionario auto - administrado, multidimensional de 20 ítems que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son:

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

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.- “La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales son el cognoscitivo, el conativo, el afectivo y el constitucional” (Eysenck 1981). Debido a lo extenso del cuestionario original se crean versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems que evalúa personalidad mediante cuatro factores:

- Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicósomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.

- **Extraversión:** Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a la cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- **Psicoticismo:** El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- **Sinceridad:** Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

4.4 Recolección de datos

En primer lugar se realizaron los contactos con la persona encargada de la Clínica Villa Betania ubicada en Roma, Via Niccolò Piccolomini 23, que es una clínica de propiedad del estado Vaticano, la clínica Villa Betania está en capacidad de recibir hasta 202 pacientes y otorga servicios de diagnóstico y tratamiento para ingresos programados y consulta externa que según el caso pueden ser directamente cubiertos con el Seguro Social Italiano.

Los contactos se realizaron a través de amistades que trabajan en la mencionada clínica, después de haber obtenido el visto bueno por parte del responsable de la clínica se procedió a solicitar personalmente a médicos y enfermeros la disponibilidad a la aplicación de los instrumentos exponiendo las razones y objetivos del trabajo que se estaba por realizar y consecuentemente el trato reservado con el cual se manejará los resultados que se obtengan, un grupo de enfermeros/as de 7 personas aceptaron llenar los cuestionarios por ellos mismos que en vista de la extensión de los mismos les resultaba más cómodo llenarlos en el tiempo libre y en distintos días, este mismo método se utilizó con 3 médicos, a los restantes 8 enfermeros/as y los 12 médicos se les aplico los instrumentos personalmente en distintas sesiones.

En vista de la magnitud de los instrumentos se tuvo que aplicar los instrumentos en diferentes sesiones, ya que la administración de estos conlleva al menos una hora, el personal sanitario generalmente no dispone de este tiempo y además se rehusaron a llenar los cuestionarios por ellos mismos, por lo tanto se concordaron diferentes

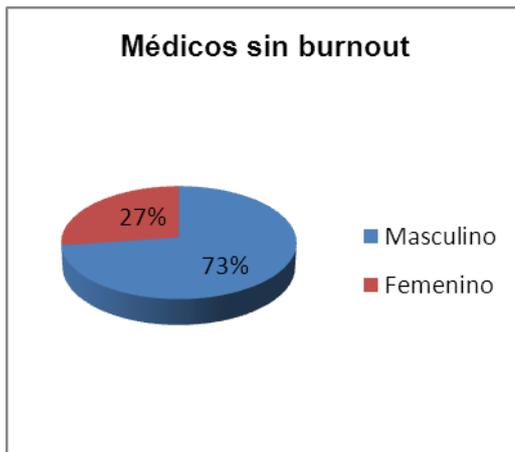
sesiones para la completa administración de los instrumentos, además se pudo notar cansancio y hastío durante la aplicación de los test debido a sus dimensiones.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

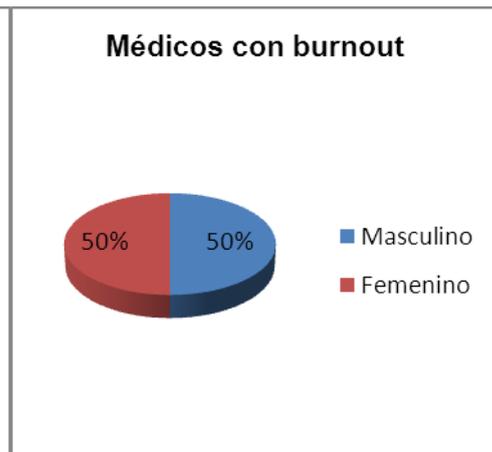
Género

Gráfico N° 1



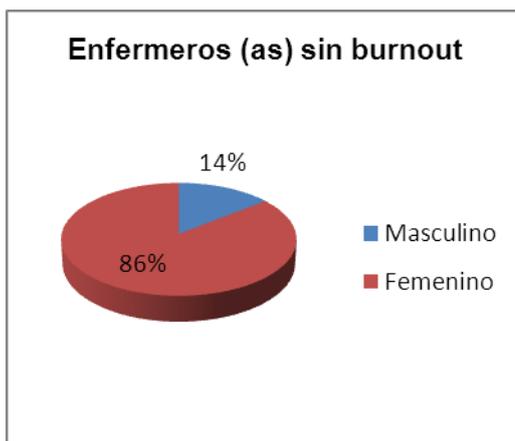
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 2



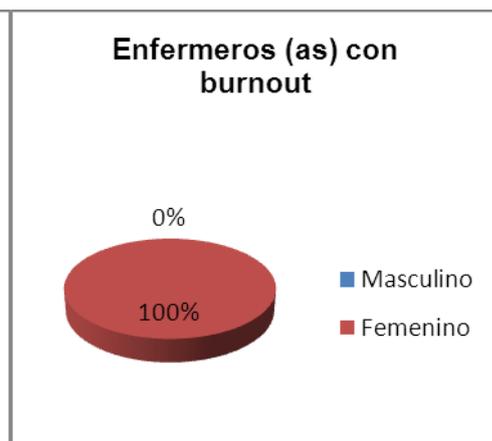
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 3



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 4

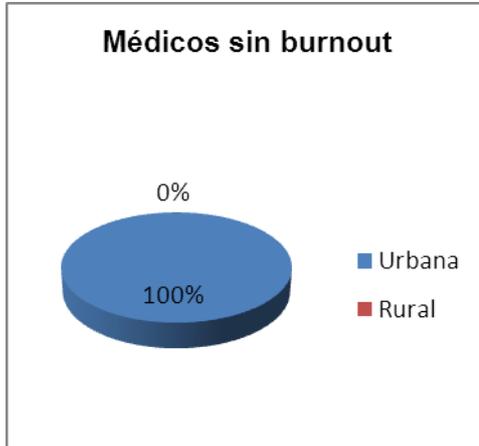


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

A pesar de que en la muestra existen un mayor porcentaje de médicos de género masculino se observa una igual incidencia de burnout tanto en el género masculino como femenino.

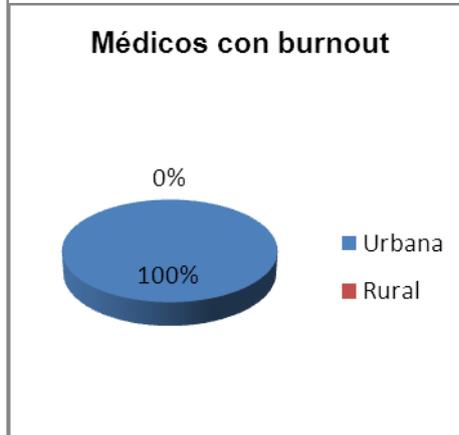
Zona de Vivienda

Gráfico N° 5



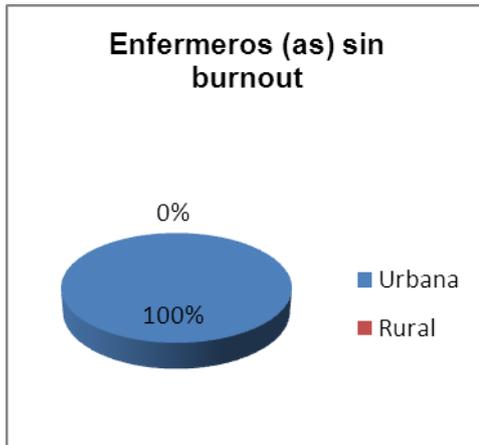
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 6



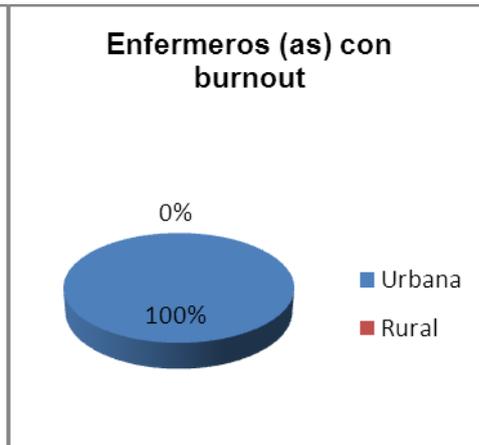
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 7



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 8

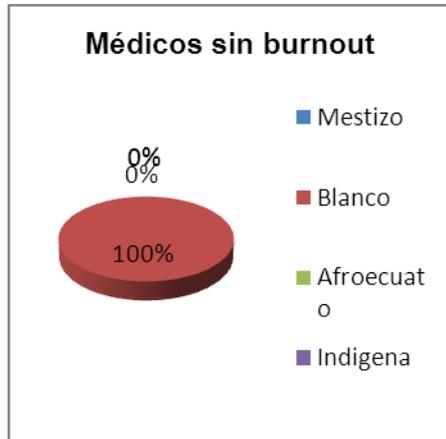


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Todos los profesionales de la salud viven en una zona urbana.

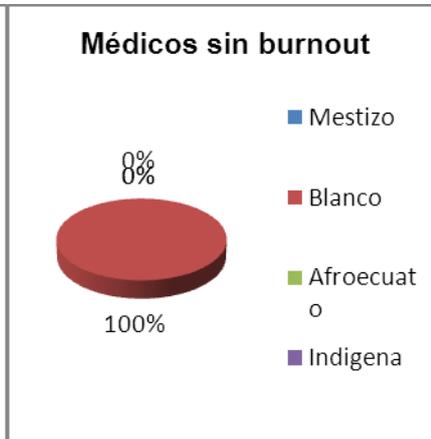
Etnia

Gráfico N° 9



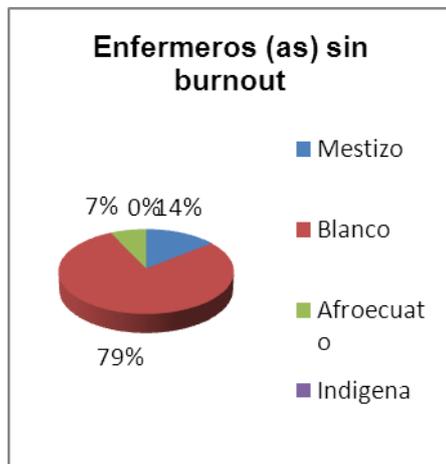
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 10



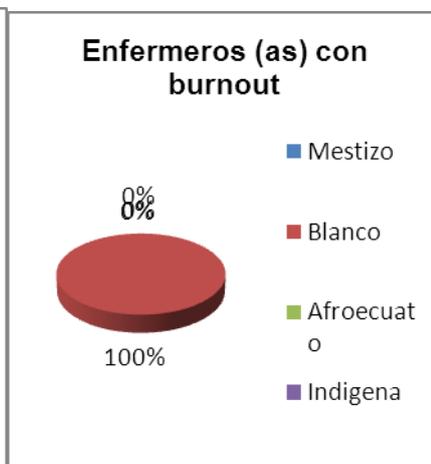
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 11



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 12

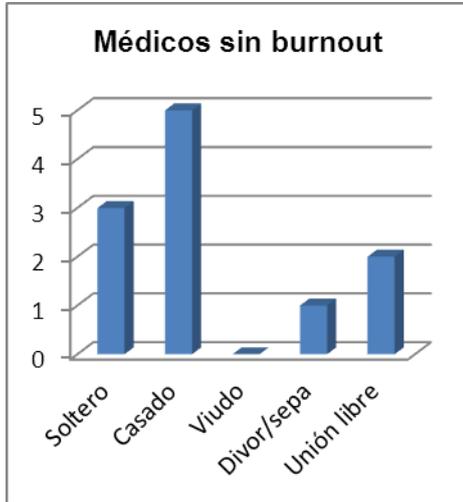


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Los médicos son todos de etnia blanca y en los enfermeros (as) existen minorías de etnia mestiza y africana.

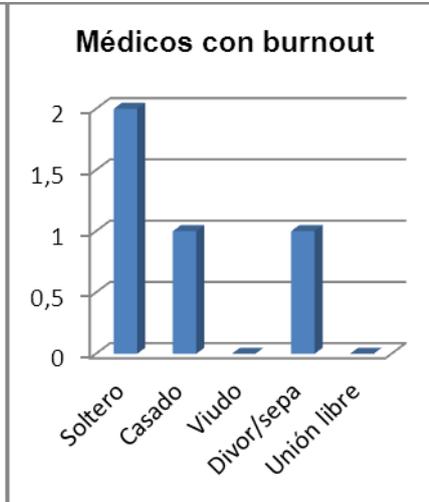
Estado civil

Gráfico N° 13



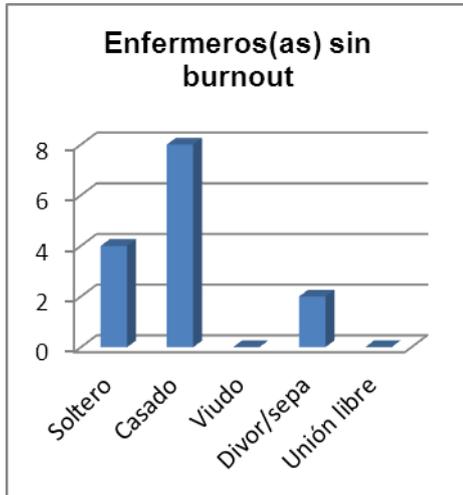
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 14



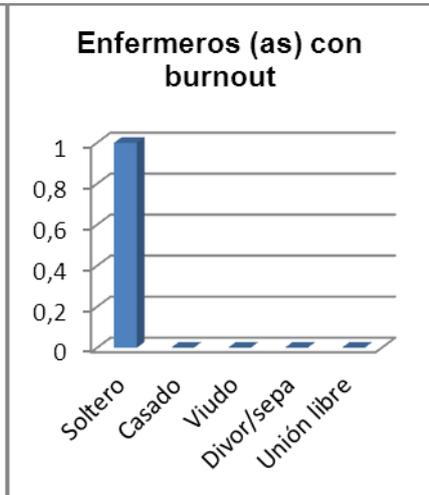
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 15



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 16

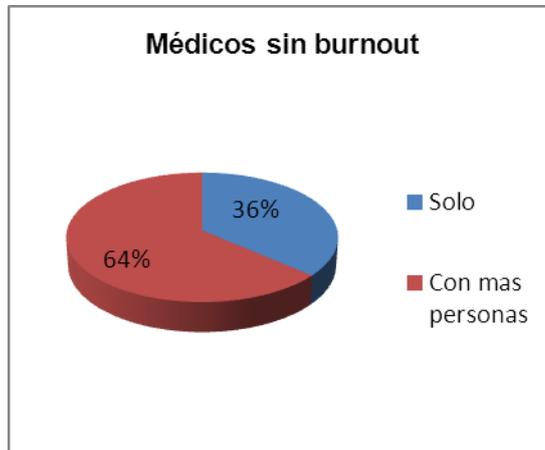


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Se observa que los profesionales de la salud sin burnout la mayoría está casado, mientras quienes están afectados por el burnout la tendencia es inversa.

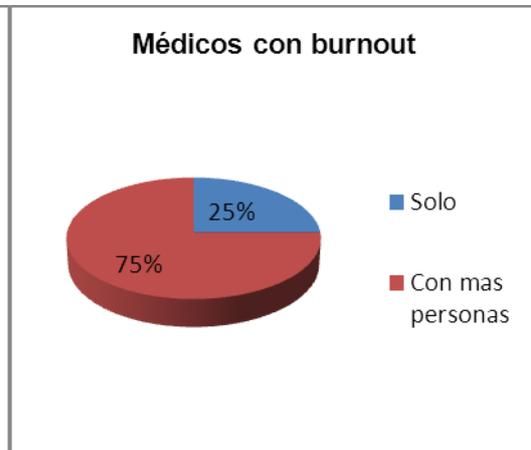
¿Con quién vive?

Gráfico N° 17



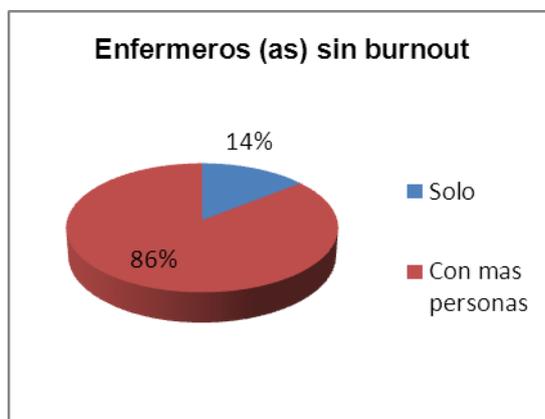
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 18



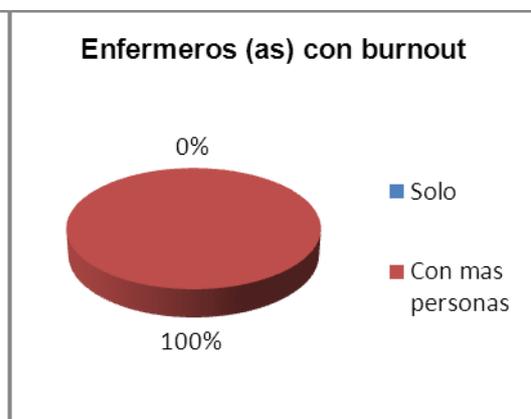
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 19



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 20

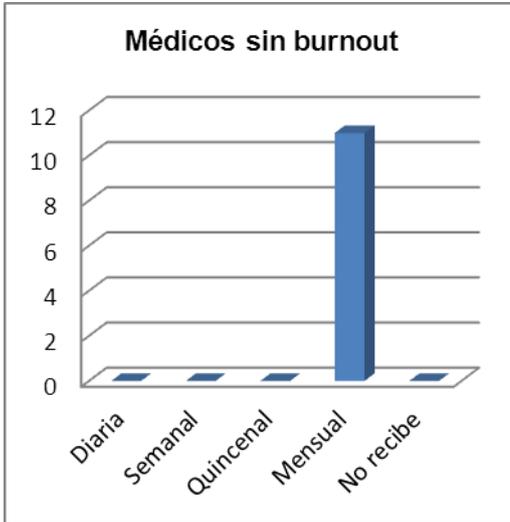


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

La mayor parte de la muestra vive con otras personas.

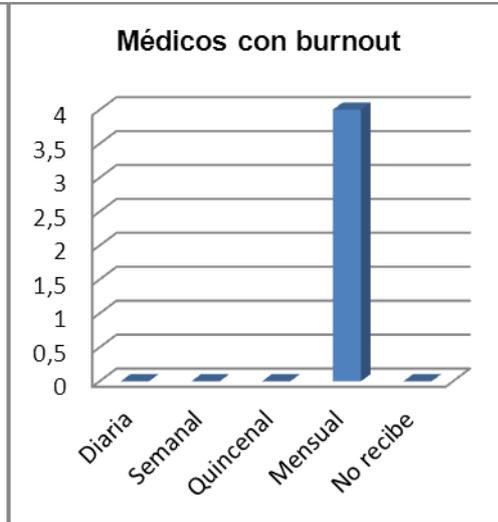
Remuneración Salarial

Gráfico N° 21



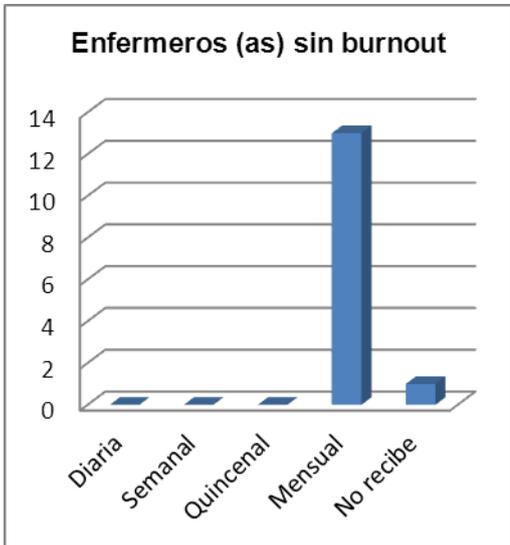
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 22



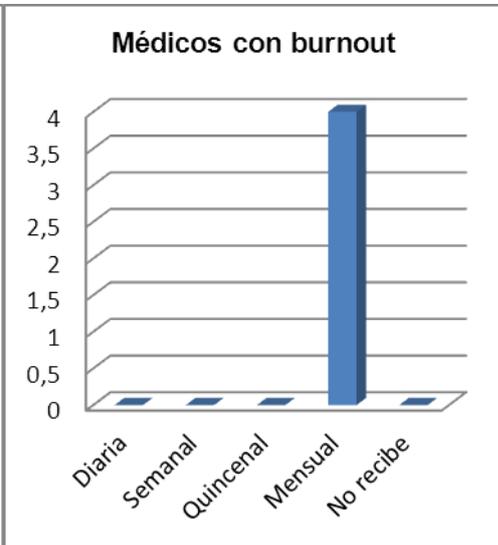
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 23



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 24

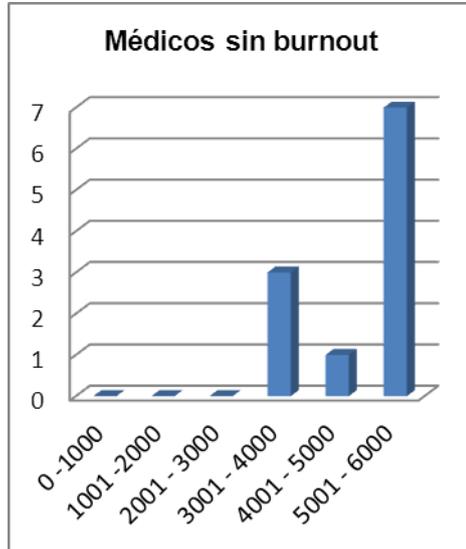


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Todos los profesionales de la salud reciben una remuneración mensual.

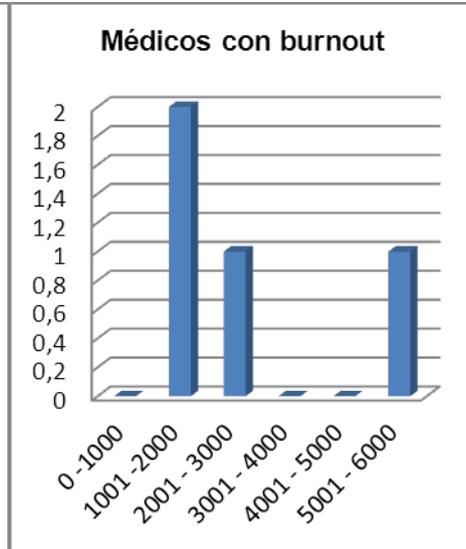
Valor Salarial

Gráfico N° 25



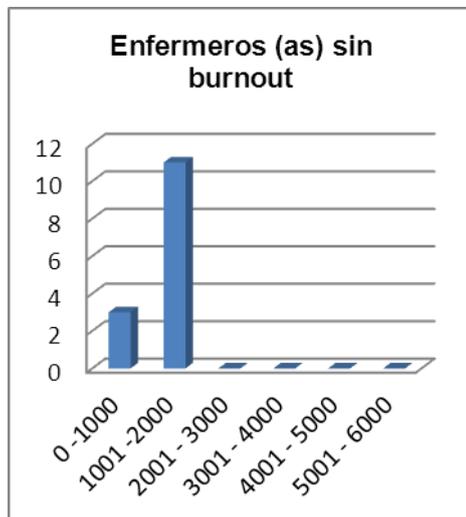
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 26



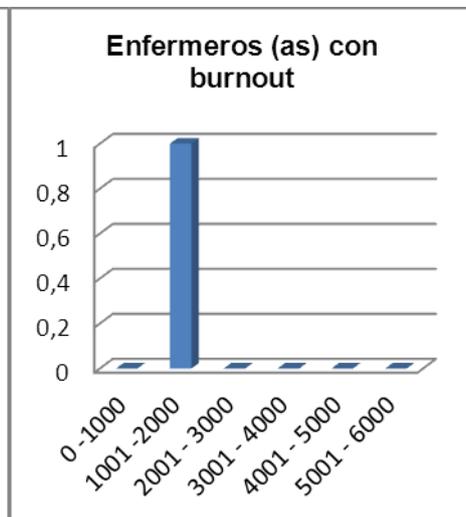
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 27



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 28

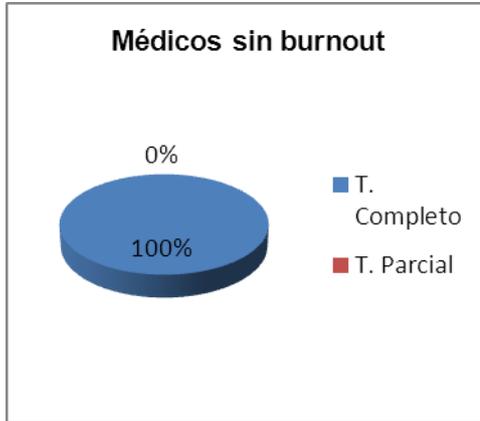


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Los médicos sin burnout reciben una mayor remuneración salarial en comparación de los que tienen burnout, en el caso de los enfermeros no parece haber una diferencia entre los dos grupos.

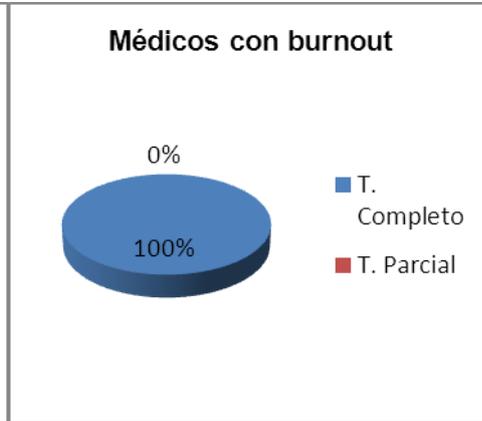
Tipo de Trabajo

Gráfico N° 29



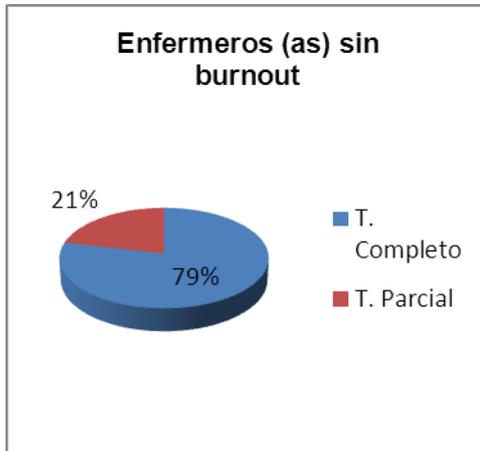
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 30



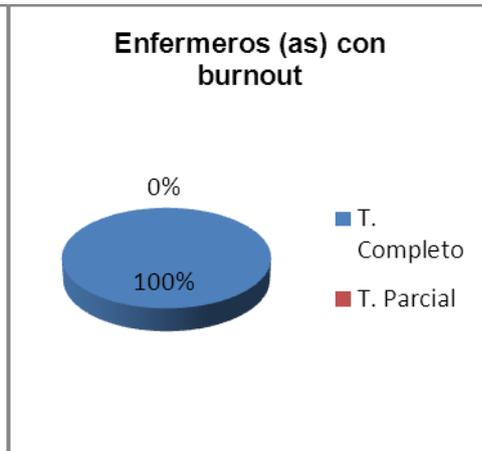
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 31



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 32

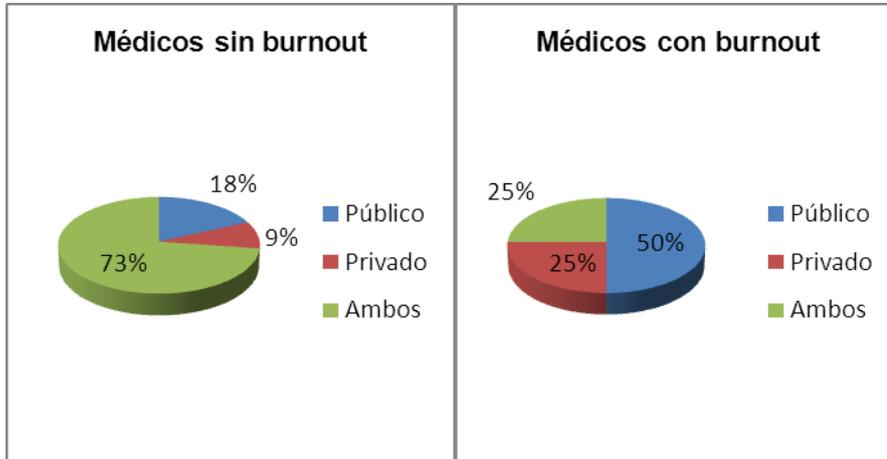


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

El trabajo a tiempo completo es ejercido por casi todo el personal a excepción del 21% de enfermeros (as) sin burnout que trabajan a tiempo parcial.

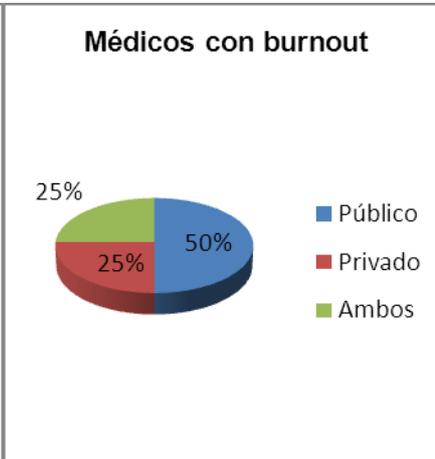
Sector de trabajo

Gráfico N° 33



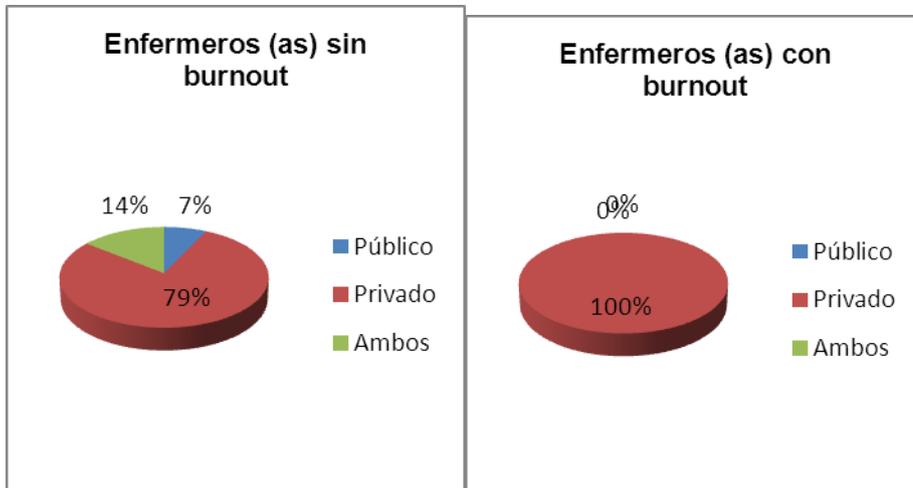
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 34



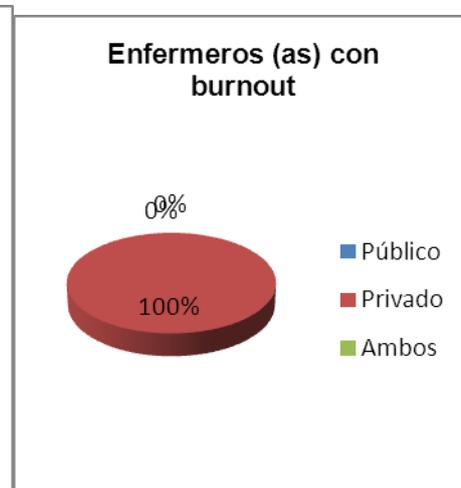
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 35



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 36

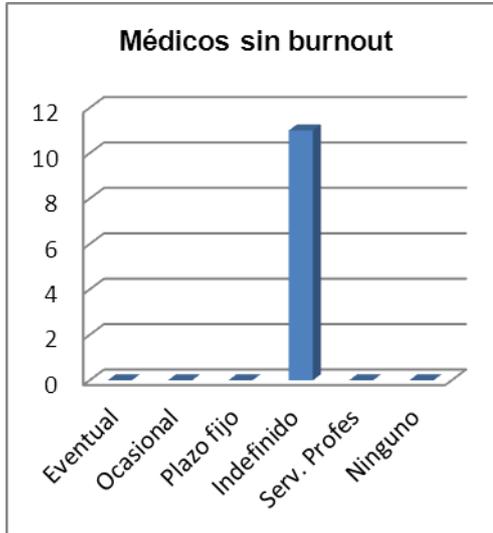


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Los médicos en su mayoría tienen más de un trabajo, los enfermeros (as) por el contrario en su mayoría trabajan en un solo lugar.

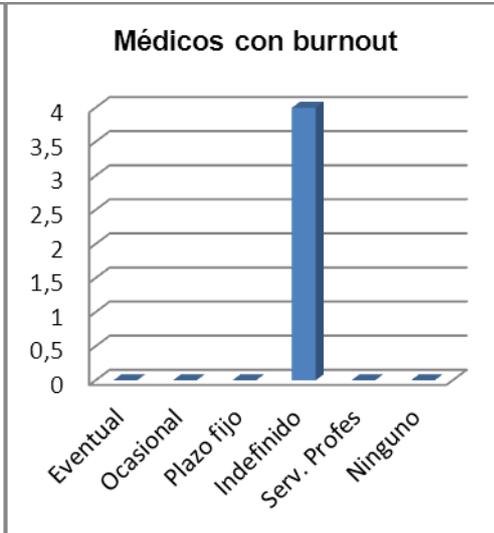
Tipo de Contrato

Gráfico N° 37



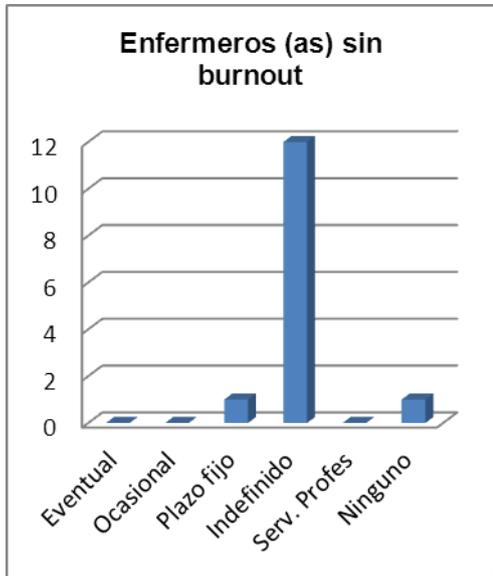
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 38



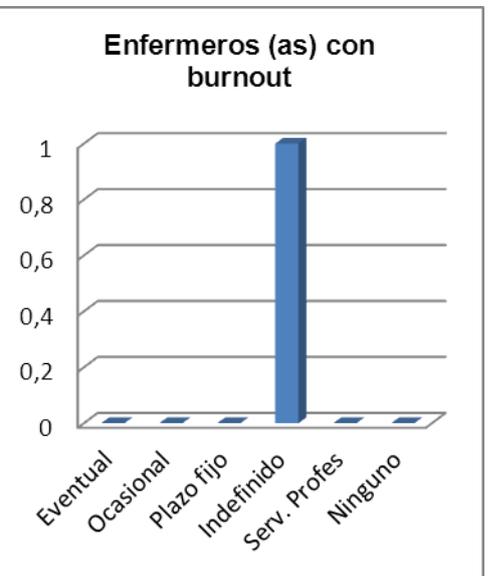
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 39



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 40

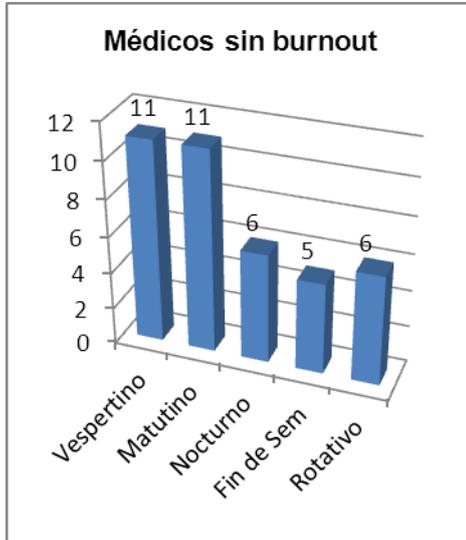


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Prácticamente todo el personal tiene un contrato a tiempo indefinido con algunas excepciones en los enfermeros (as) sin burnout.

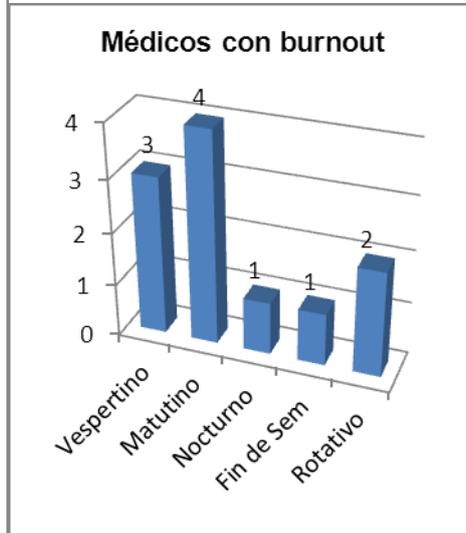
Turnos Rotativos

Gráfico N° 41



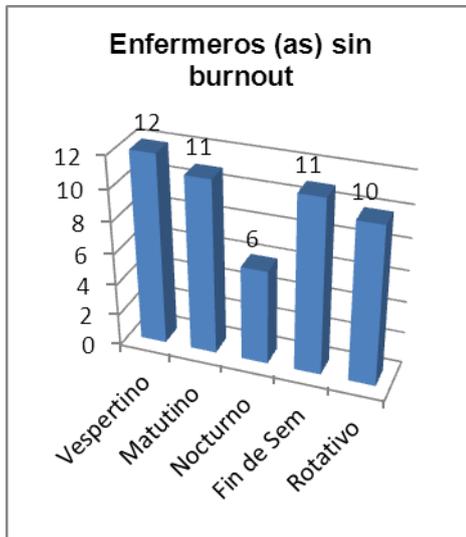
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 42



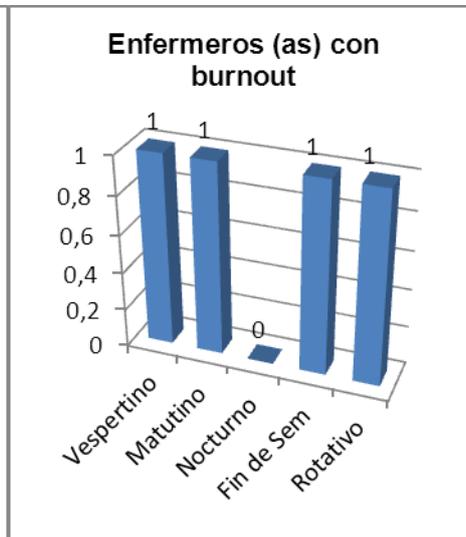
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 43



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 44

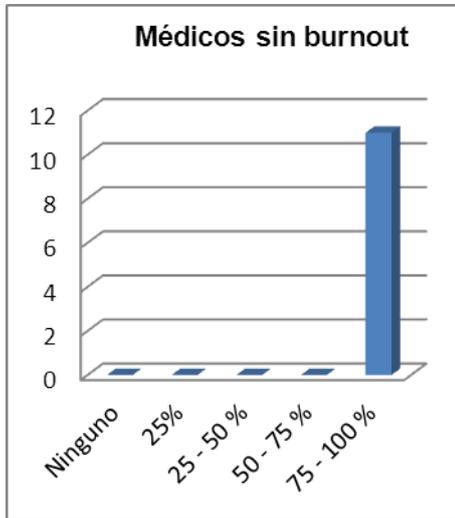


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Todo el personal trabaja en turnos diferentes.

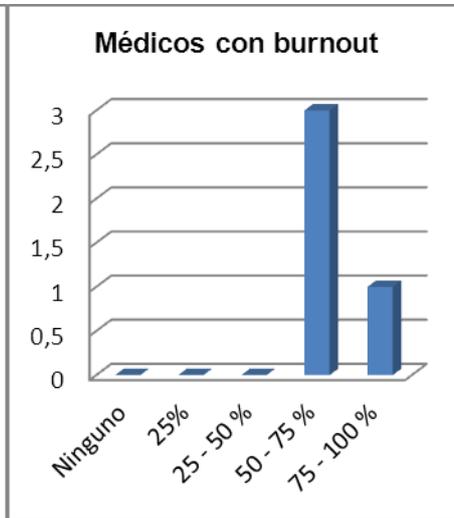
Porcentaje de Pacientes Diarios

Gráfico N° 45



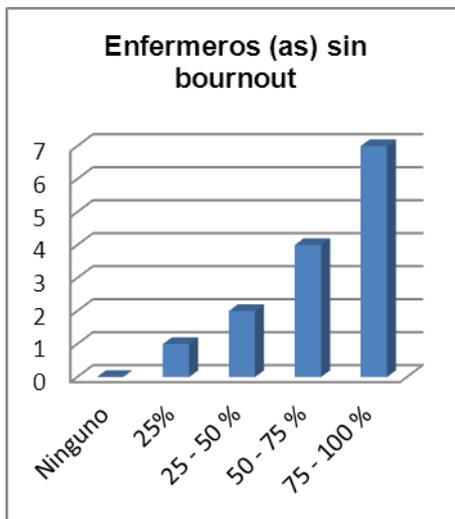
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 46



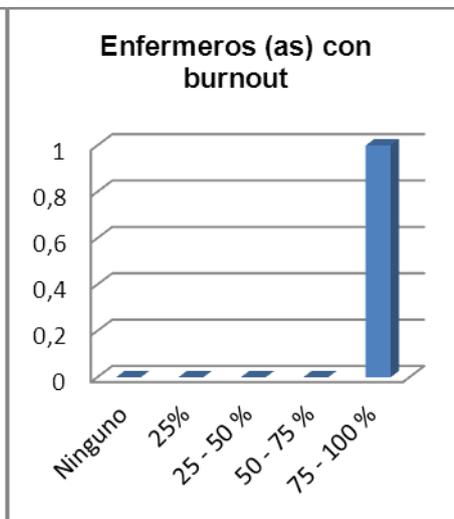
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 47



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 48

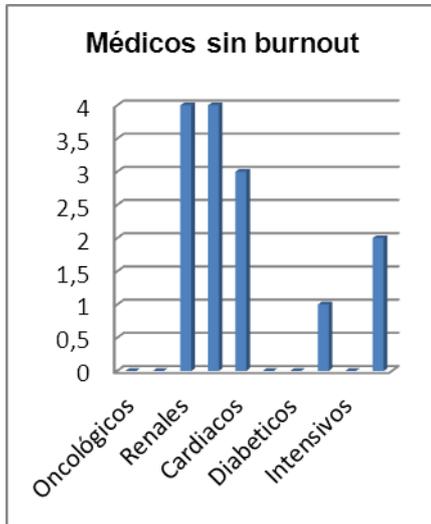


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Los médicos sin burnout dedican más tiempo a sus pacientes en relación a los que tienen burnout, en el caso de los enfermeros (as) dedican su tiempo a diferentes tareas.

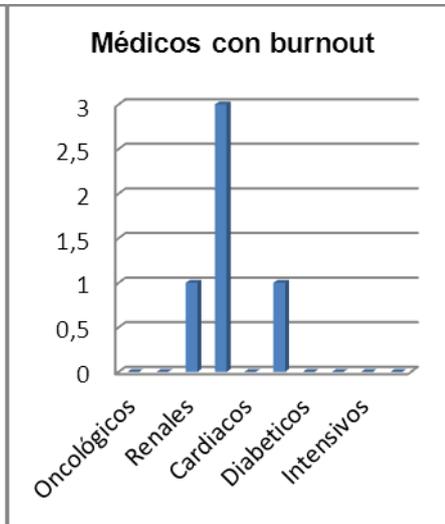
Tipos de Pacientes

Gráfico N° 49



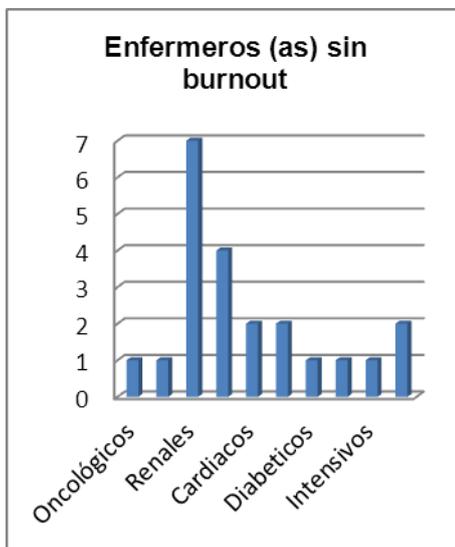
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 50



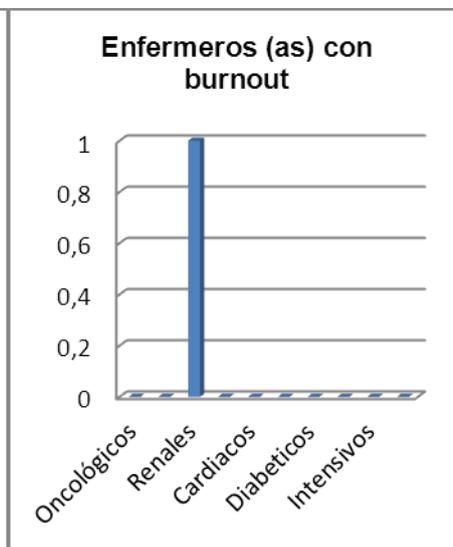
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 51



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 52

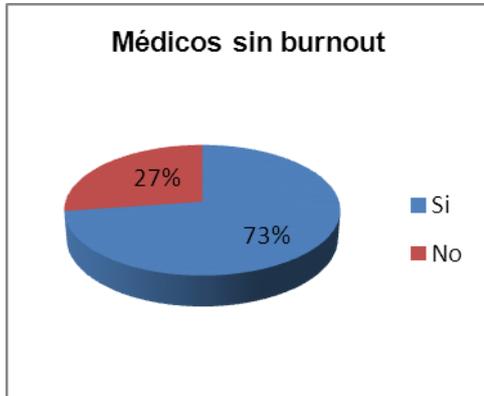


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

El personal sanitario en cuestión está en las áreas de cardiología y urología.

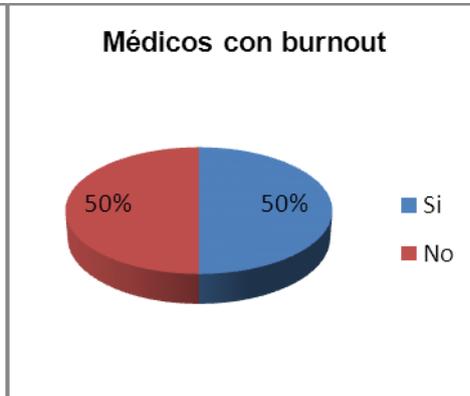
Atiende Pacientes con Riesgo de Muerte

Gráfico N° 53



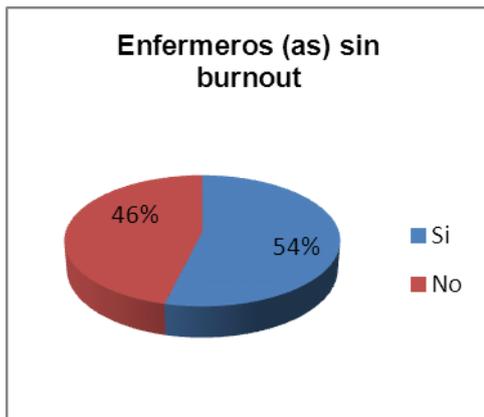
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 54



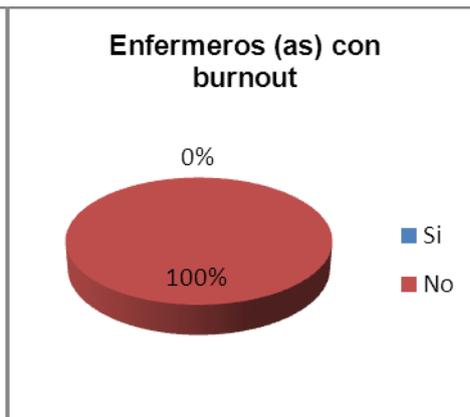
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 55



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 56

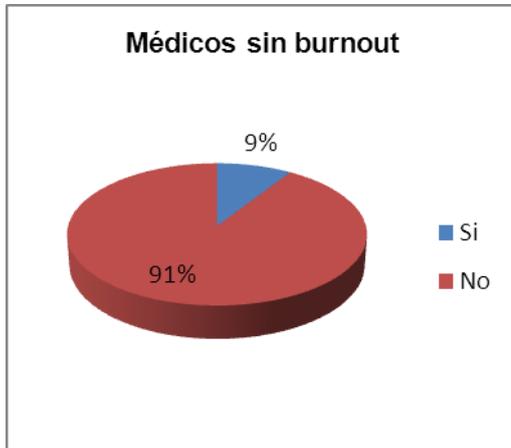


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Enfermeros (as) y médicos sin burnout dicen tratar a más pacientes con riesgo de muerte en relación a médicos y enfermeros (as) con burnout.

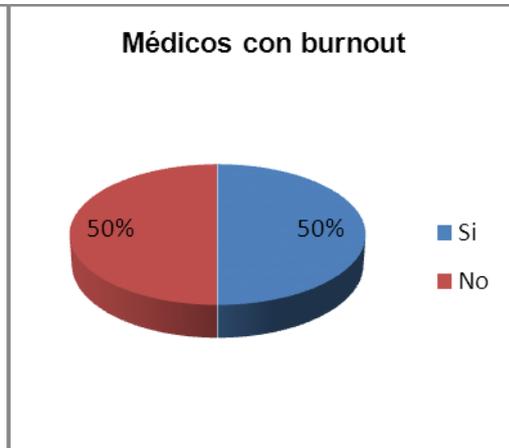
Pacientes Fallecidos

Gráfico N° 57



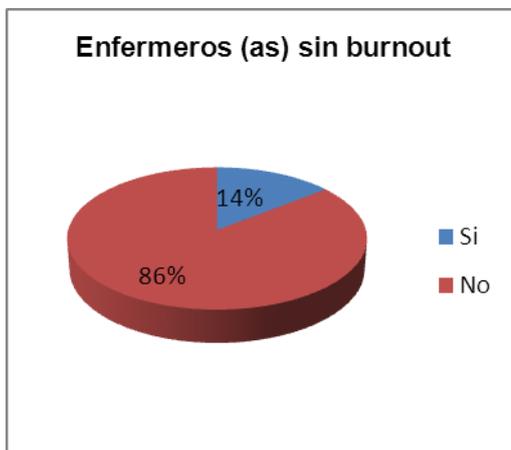
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 58



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 59



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 60

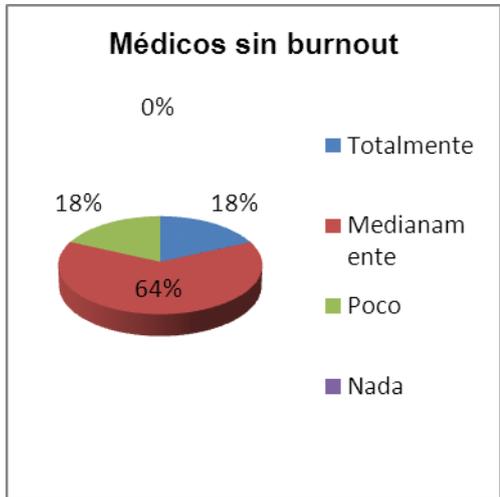


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Existe un mayor porcentaje de pacientes fallecidos en los médicos con burnout con respecto a sus colegas no afectados.

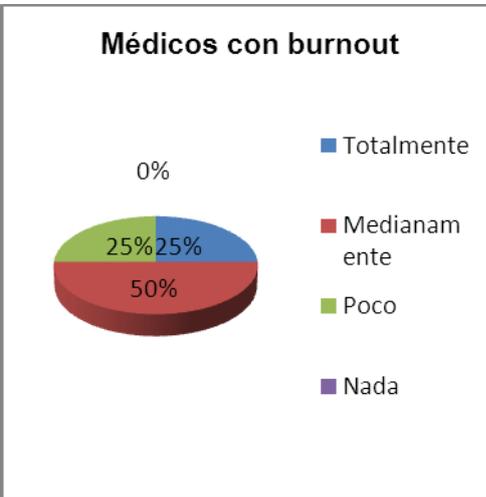
Recursos Necesarios

Gráfico N° 61



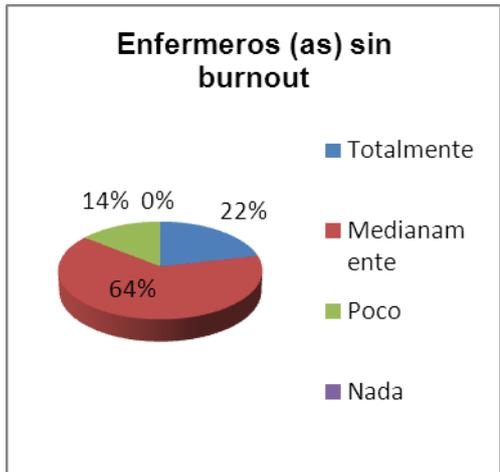
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 62



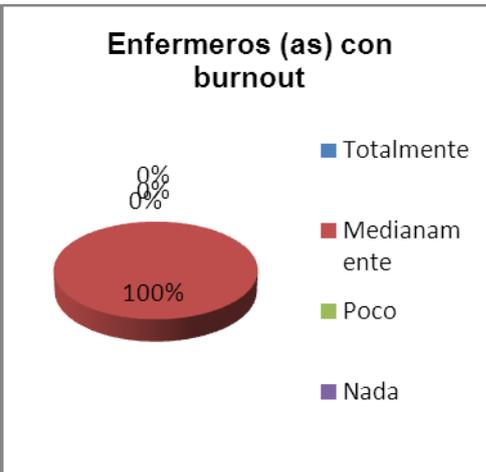
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 63



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 64

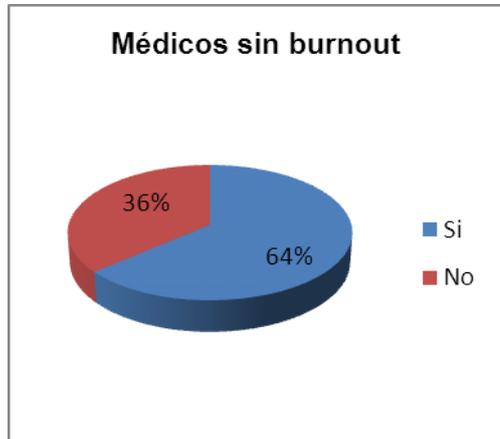


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

La percepción de los recursos recibidos por el personal sanitario es buena.

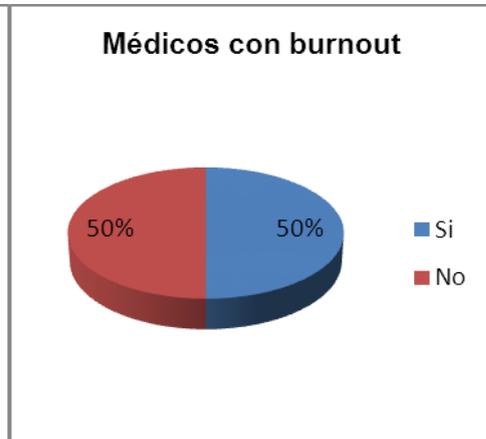
Permisos

Gráfico N° 65



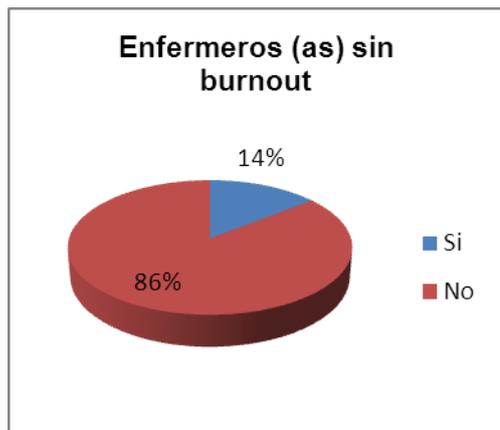
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 66



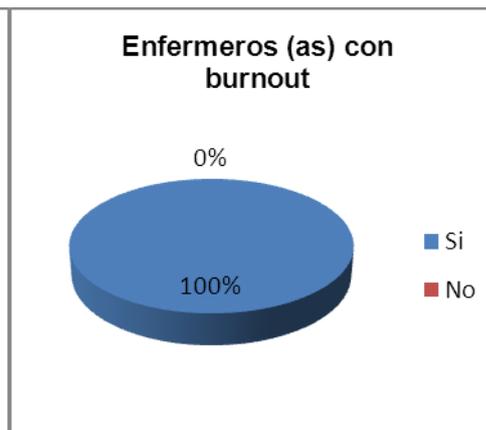
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 67



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 68

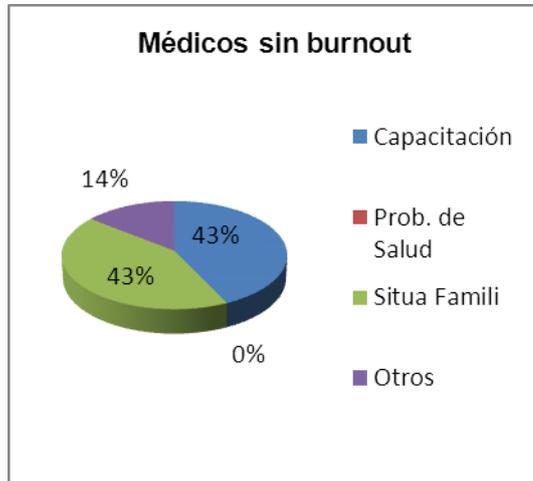


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Los médicos sin burnout han pedido más permisos durante el año, en relación a los médicos con burnout, por otro lado enfermeros (as) con burnout tienen un porcentaje mayor de permisos solicitados con respecto a sus colegas sin burnout.

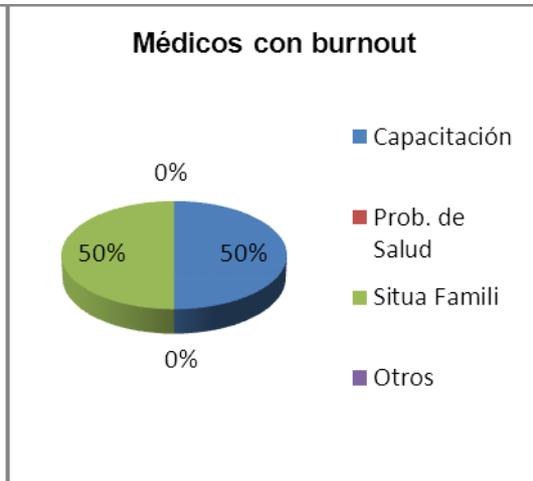
Causas

Gráfico N° 69



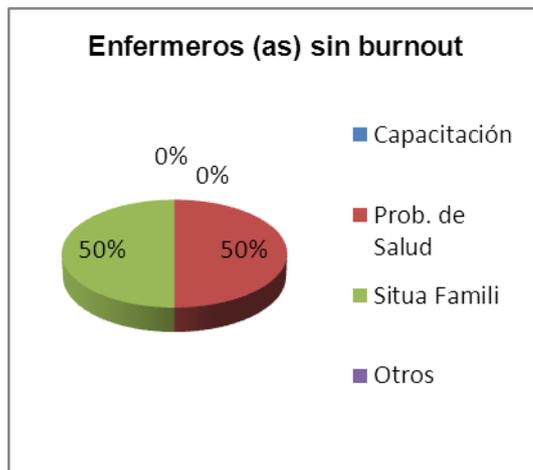
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 70



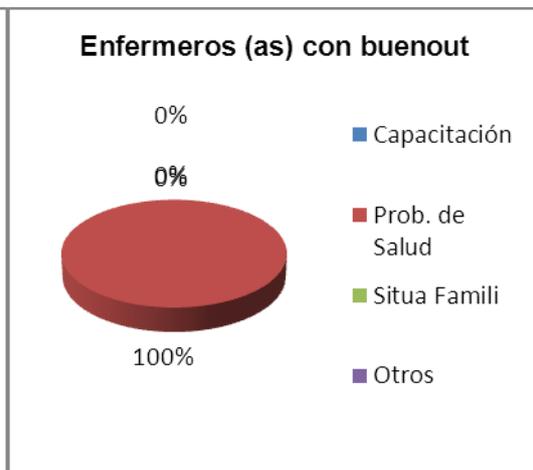
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 71



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 72

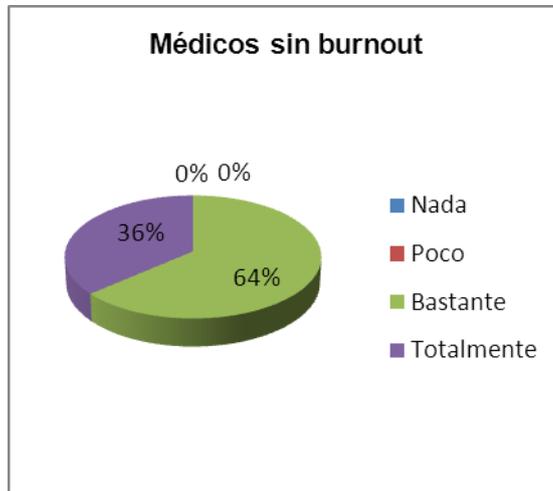


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Para los médicos en general las causas de los permisos son familiares y de capacitación, mientras esta última no está presente en los enfermeros (as) y por el contrario se presentan problemas de salud.

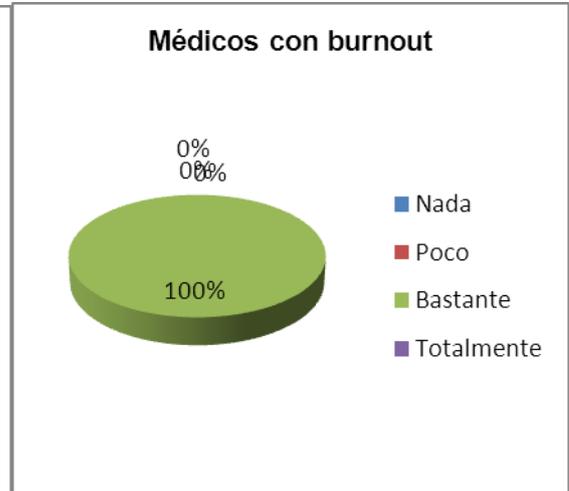
¿Cuán valorado se siente por sus Pacientes?

Gráfico N° 73



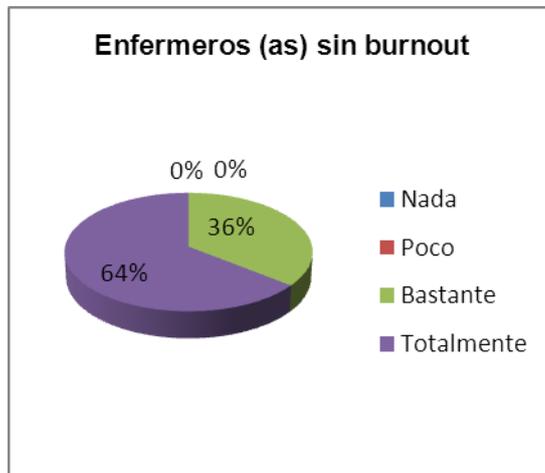
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 74



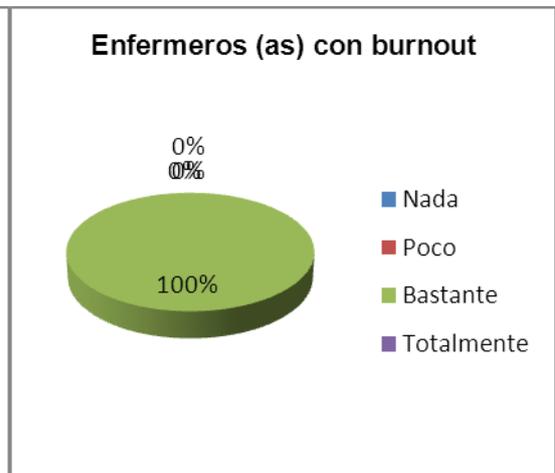
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 75



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 76

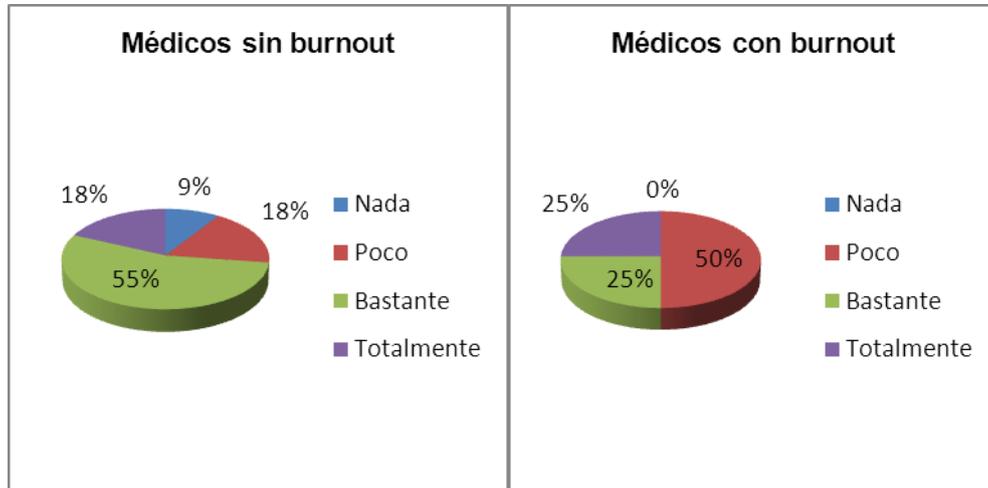


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Todos los profesionales de la salud se sienten valorados por sus pacientes.

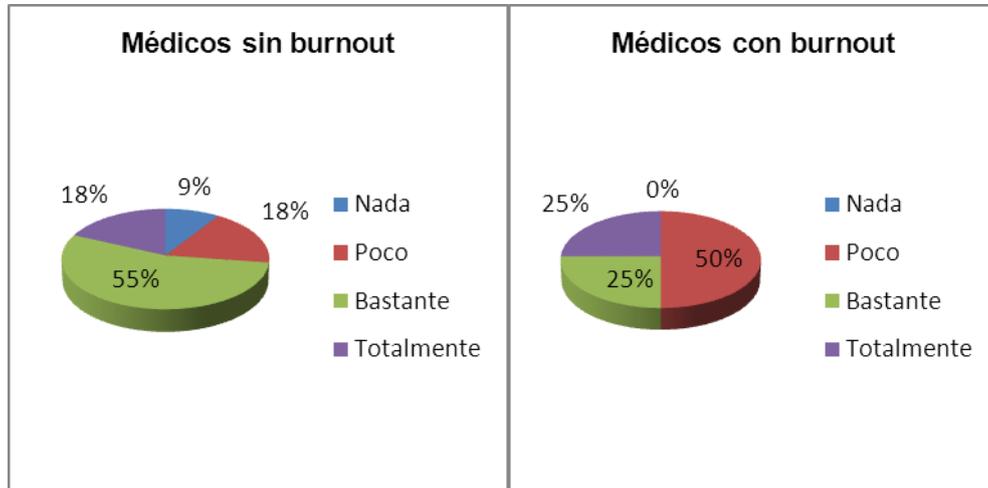
¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus Pacientes?

Gráfico N° 77



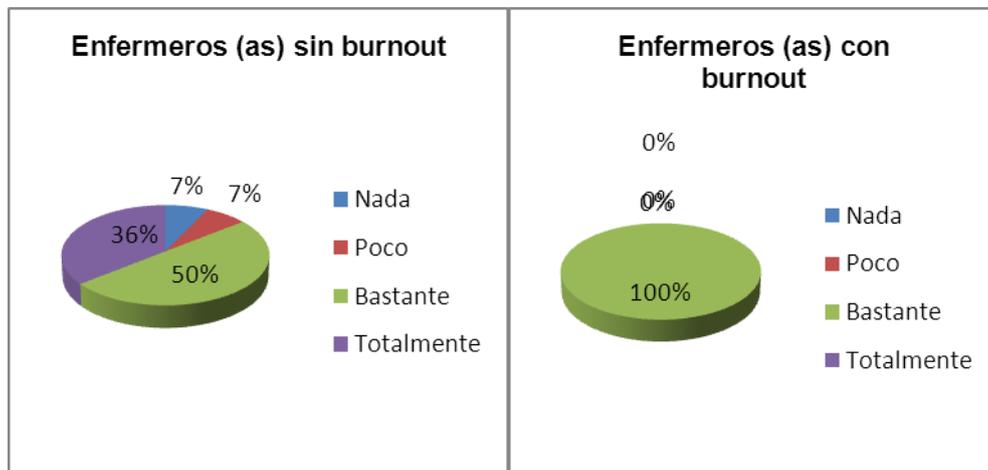
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 78



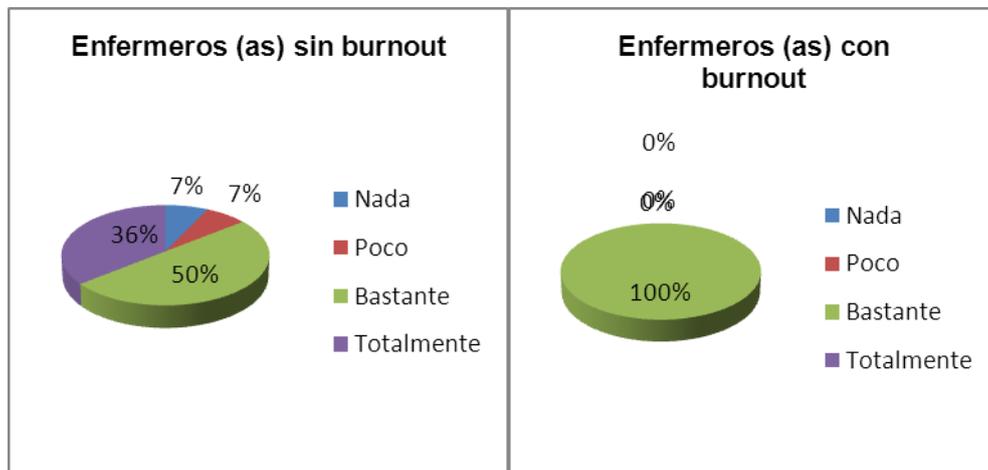
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 79



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 80

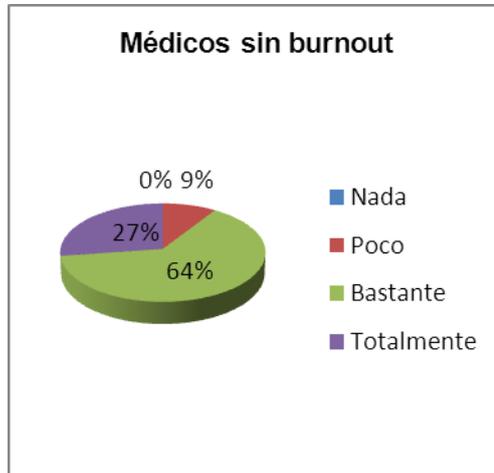


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Los médicos se sienten menos valorados por los familiares de sus pacientes, se nota también una ligera inversión de tendencia en los enfermeros (as) en comparación con los pacientes.

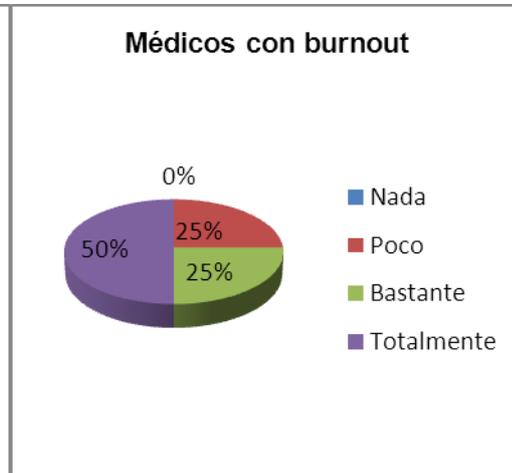
¿Cuán valorado se siente por sus Colegas?

Gráfico N° 81



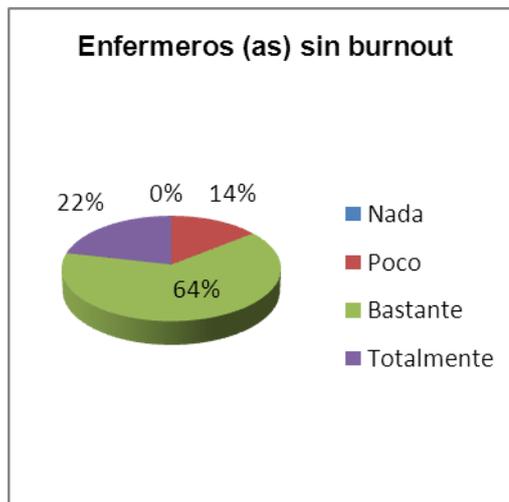
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 82



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 83



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 84

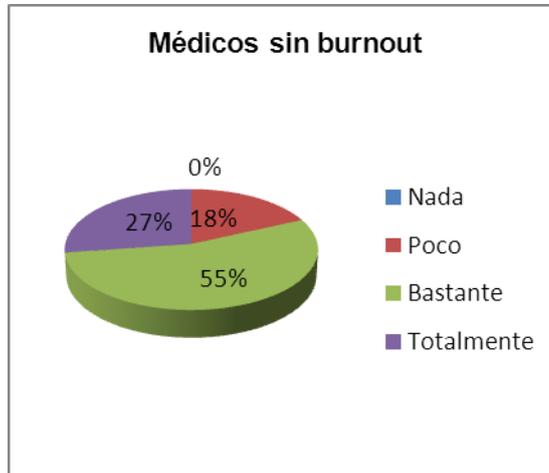


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Una pequeña parte de los profesionales de la salud entre el 9 y el 24% se sienten poco valorados por sus colegas.

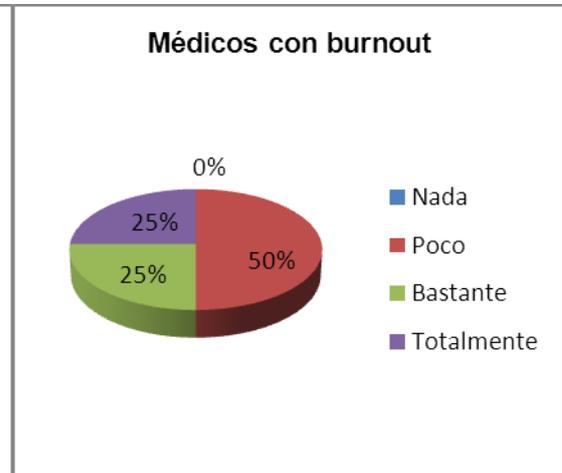
¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución?

Gráfico N° 85



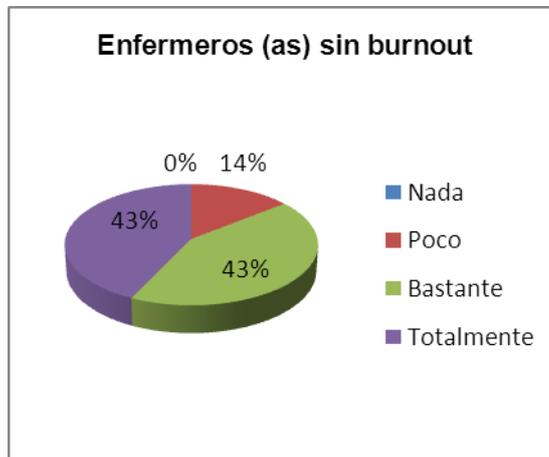
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 86



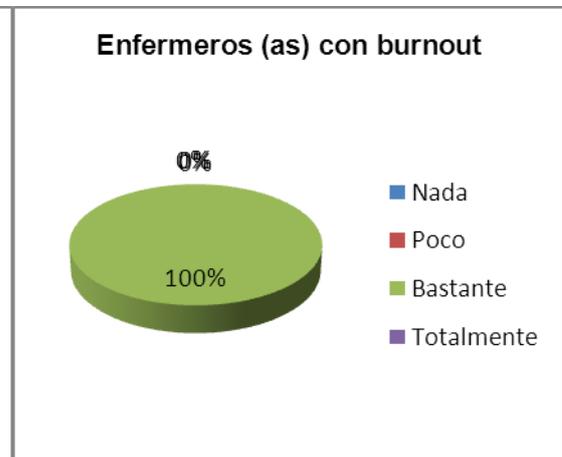
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 87



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 88

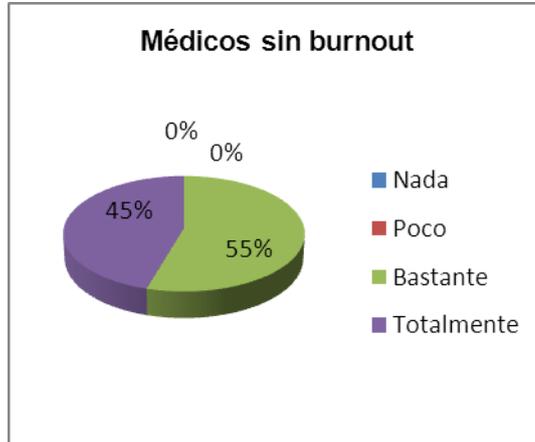


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

El 50% de los médicos con burnout se siente poco valorado por los directivos de la institución, in burnout el descontento disminuye al 18% y en enfermeros (as) el 14% se siente poco valorado.

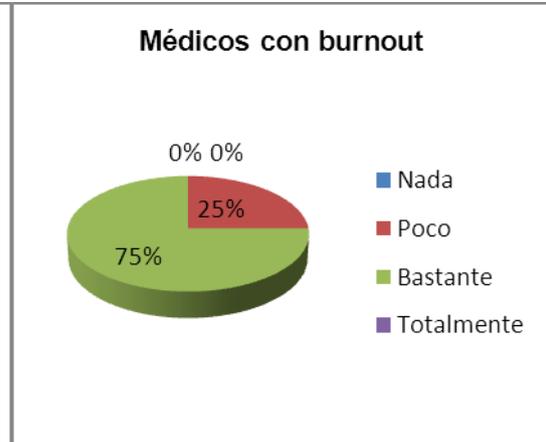
¿Cuán satisfecho esta con el trabajo que realiza?

Gráfico N° 89



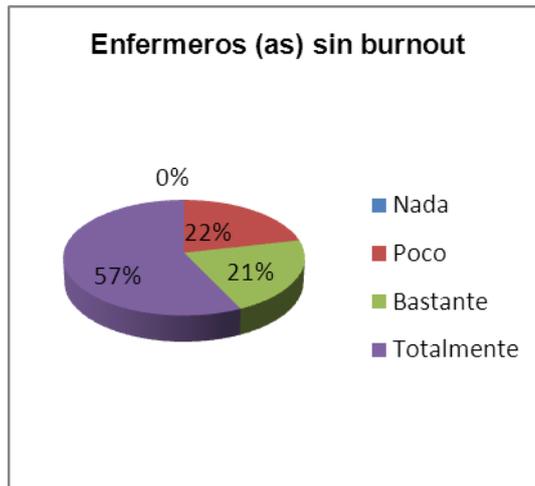
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 90



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 91



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 92

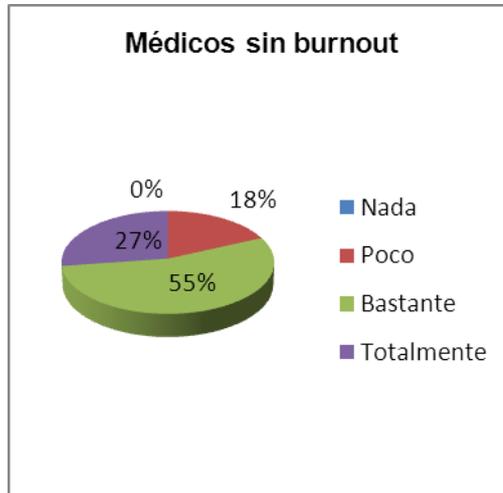


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Se evidencia mayor satisfacción con el trabajo que se realiza en los médicos sin burnout, en los médicos con burnout el 25% se siente poco satisfecho, igualmente el 22% de los enfermeros sin burnout se siente poco satisfecho.

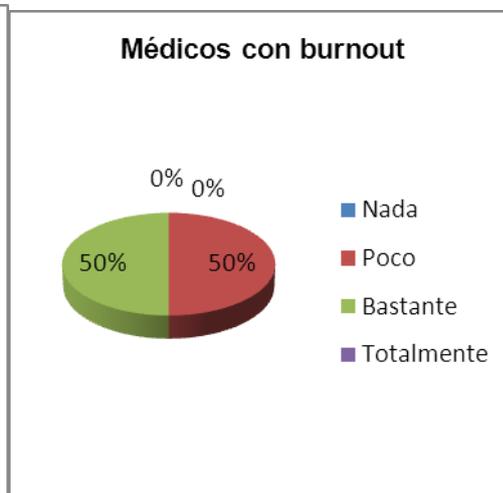
¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes?

Gráfico N° 93



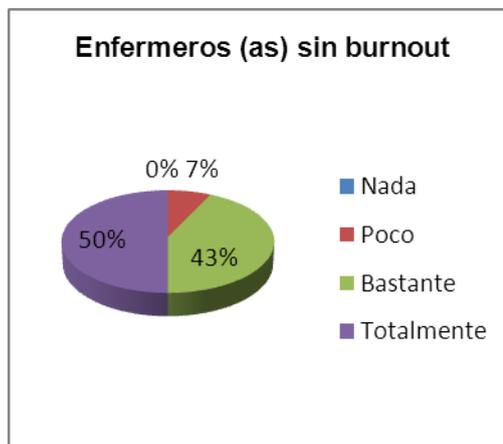
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 94



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 95



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 96

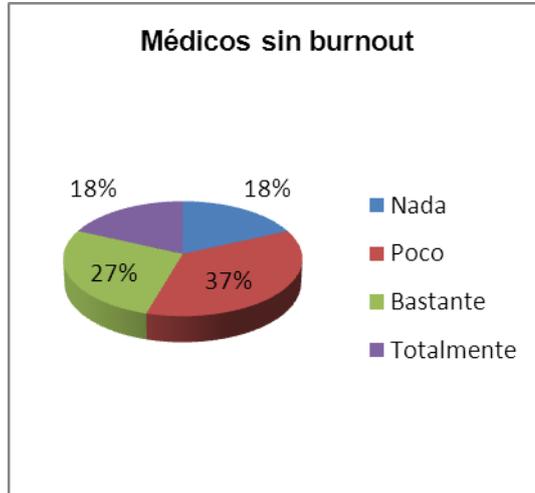


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

La mitad de los médicos con burnout se siente poco satisfecho con la interacción con sus pacientes, la tendencia mejora en los médicos sin burnout con el 18% que se siente poco satisfecho y el 7% en enfermeros (as) sin burnout.

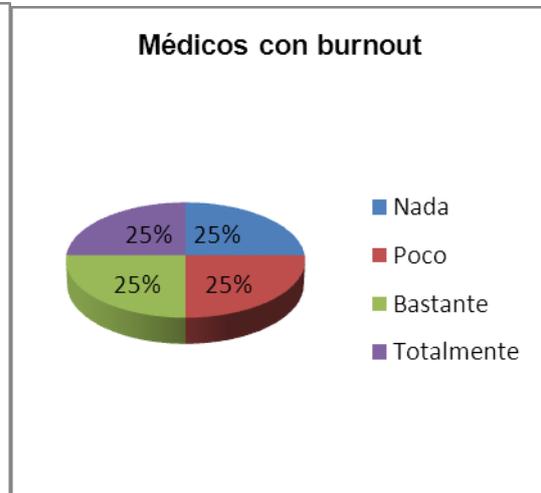
¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución?

Gráfico N° 97



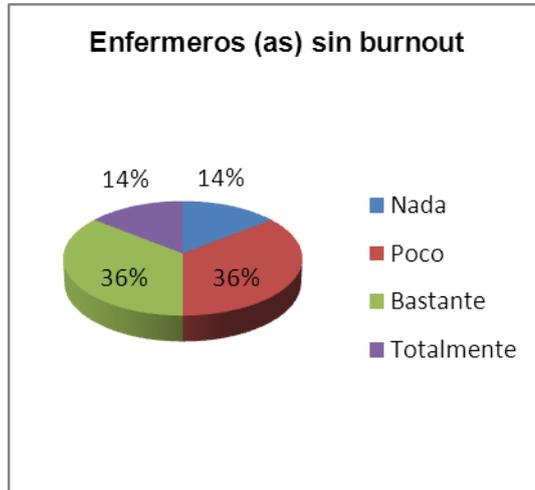
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 98



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 99



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 100



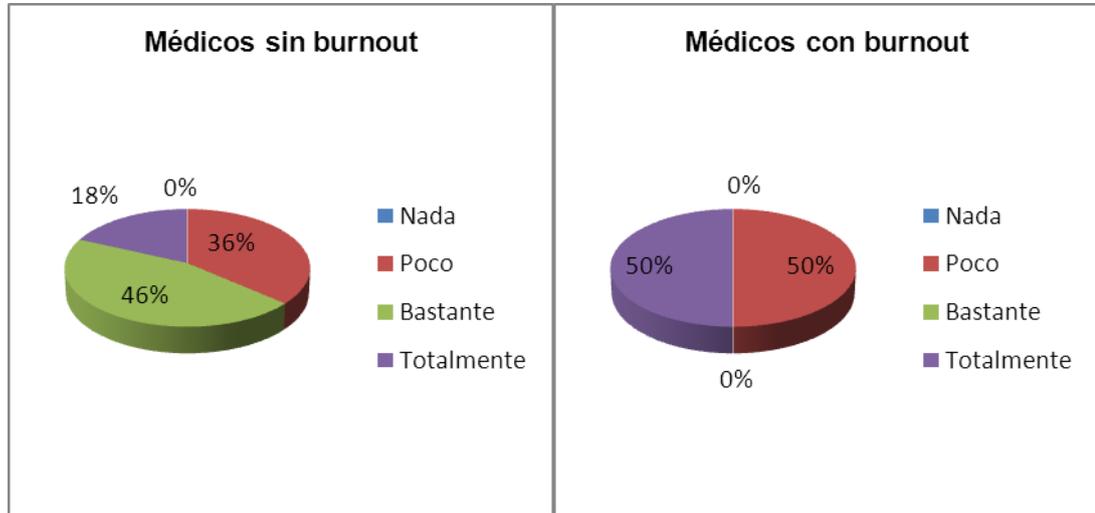
Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Al menos el 50% del personal sanitario en general se siente insatisfecho con el apoyo de los directivos de la institución.

¿Cuán satisfecho esta con colaboración entre colegas de su institución?

Gráfico N° 101

Gráfico N° 102

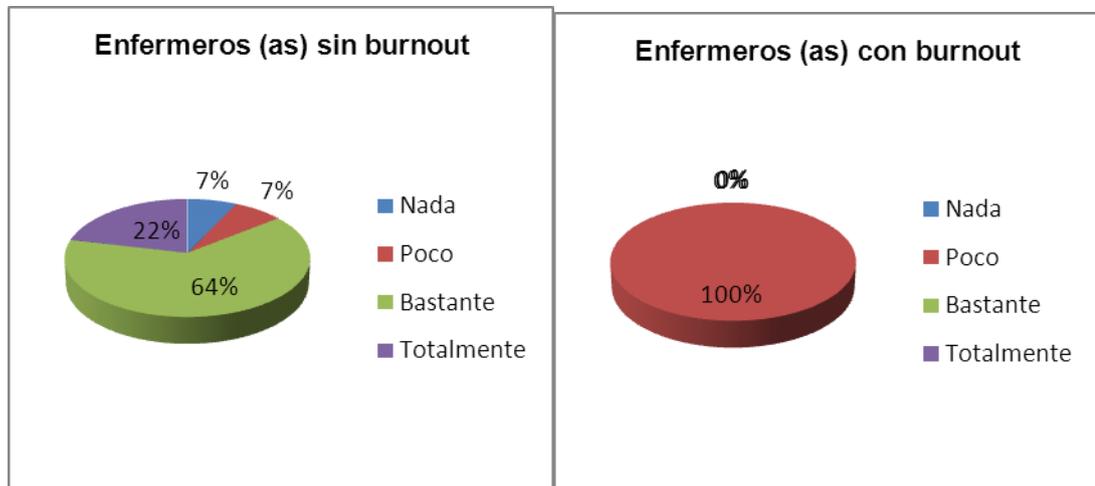


Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 103

Gráfico N° 104



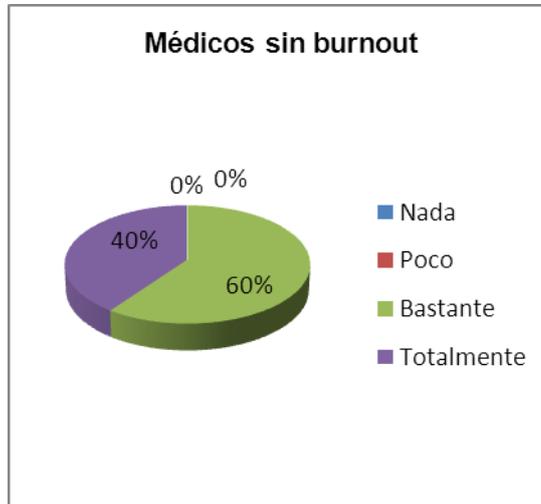
Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

La mitad de los médicos con burnout está poco satisfecha con la interacción con sus colegas, en los médicos sin burnout la cifra disminuye al 36% y en los enfermeros con burnout se reduce al 14%.

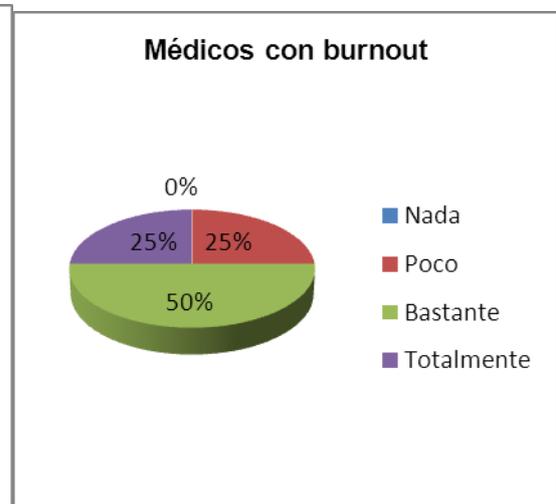
¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general?

Gráfico N° 105



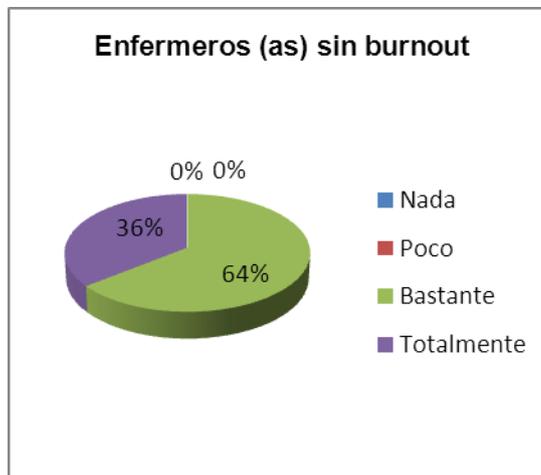
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 106



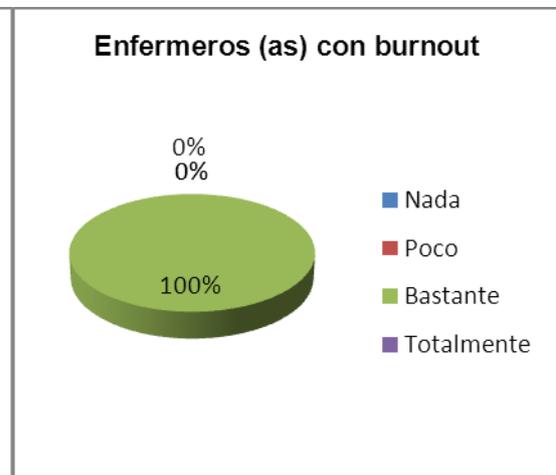
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 107



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 108

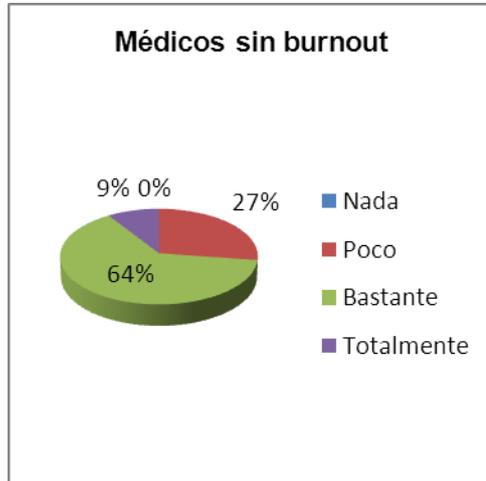


Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

La experiencia profesional de todo el personal en general es muy buena a excepción del 25% de los médicos con burnout que se sienten poco satisfechos.

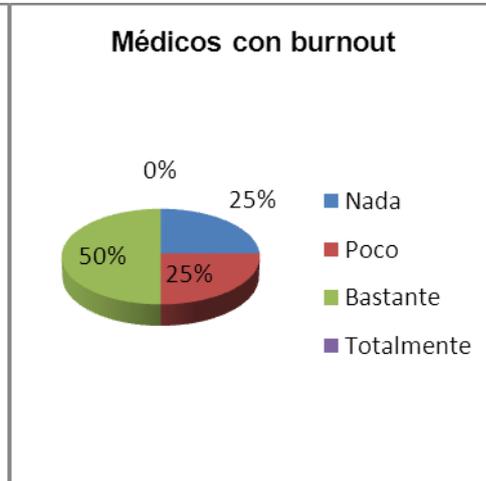
¿Cuán satisfecho esta con su economía?

Gráfico N° 109



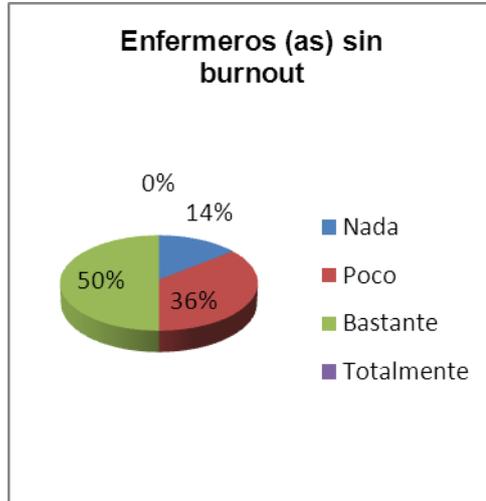
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 110



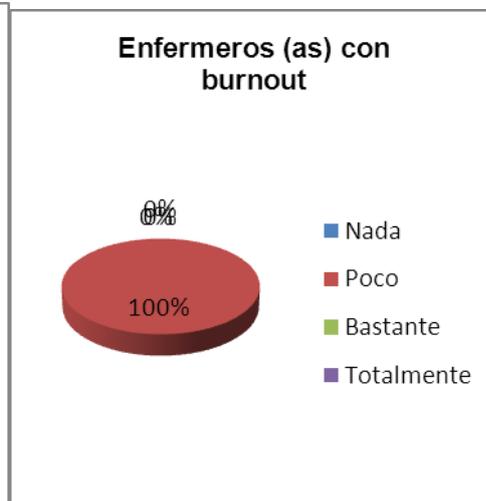
Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 111



Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico N° 112



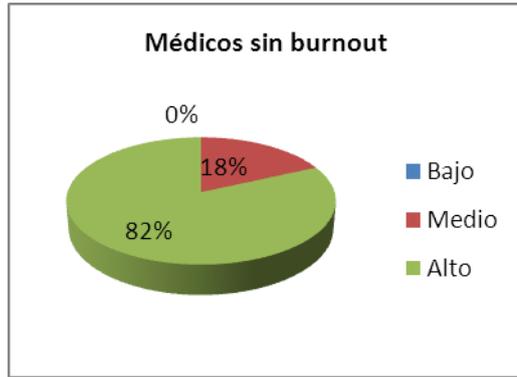
Fuente: Enfermeros (as) a través del cuestionario Sociodemográfico

Los médicos sin burnout que son quienes ganan mejor están más satisfechos con su situación económica, a pesar de esto el 27% está poco satisfecho, el 50 % de los médicos sin burnout no está satisfecho, igualmente la misma cifra en los enfermeros sin burnout y el 100% de enfermeros (as) con burnout está poco satisfecho.

CUESTIONARIO DE MBI

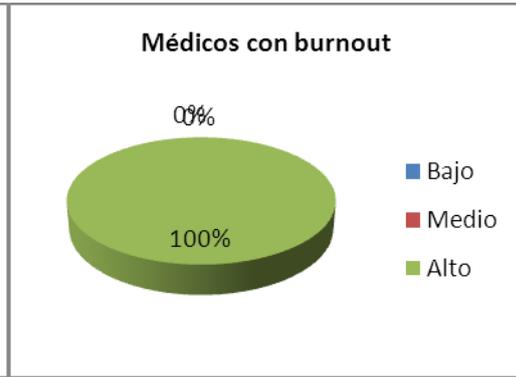
Agotamiento Emocional

Gráfico N° 113



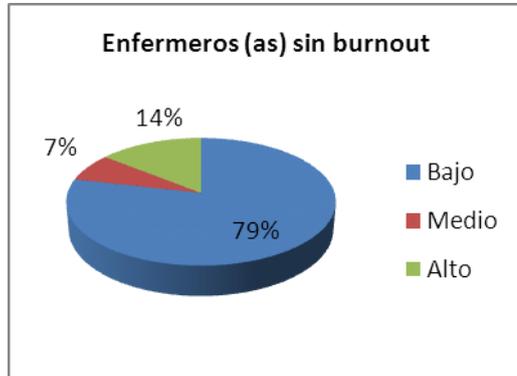
Fuente: Médicos a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 114



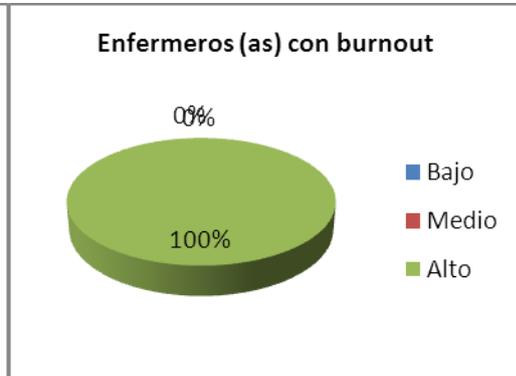
Fuente: Médicos a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 115



Fuente: Enfermeros (as) a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 116

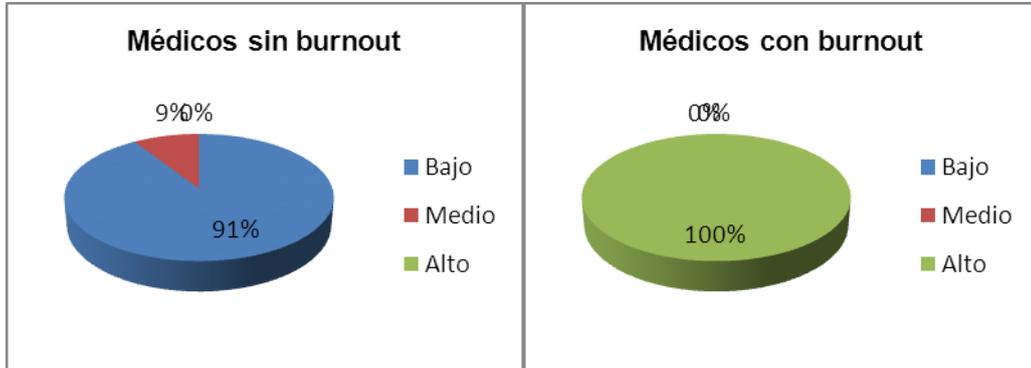


Fuente: Enfermeros (as) a través del Inventario De Burnout

Médicos en general muestran un alto nivel de agotamiento emocional, sucede lo contrario con enfermeros (as) sin burnout donde el 79% muestra niveles bajos.

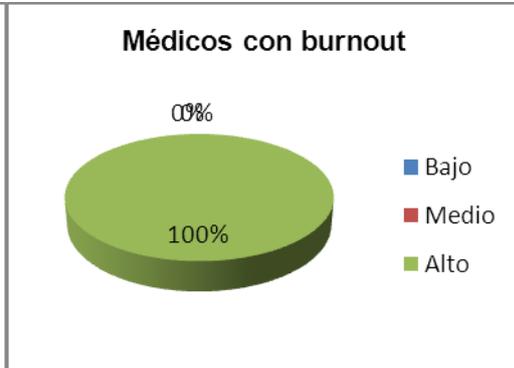
Despersonalización

Gráfico N° 117



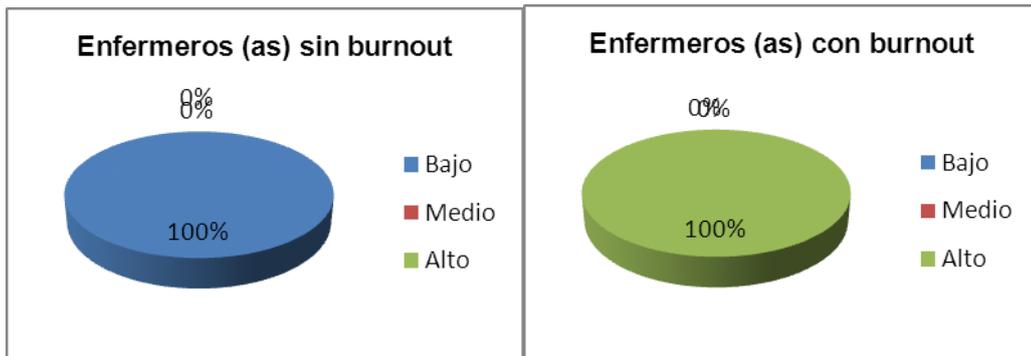
Fuente: Médicos a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 118



Fuente: Médicos a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 119



Fuente: Enfermeros (as) a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 120

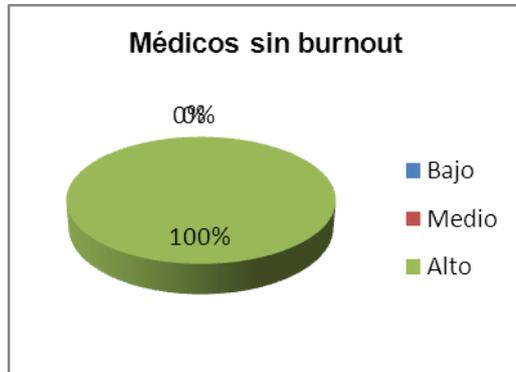


Fuente: Enfermeros (as) a través del Inventario De Burnout

Médicos y enfermeras sin burnout muestran niveles bajos de despersonalización, sucede lo contrario en médicos y enfermeros (as) con burnout con niveles altos de despersonalización.

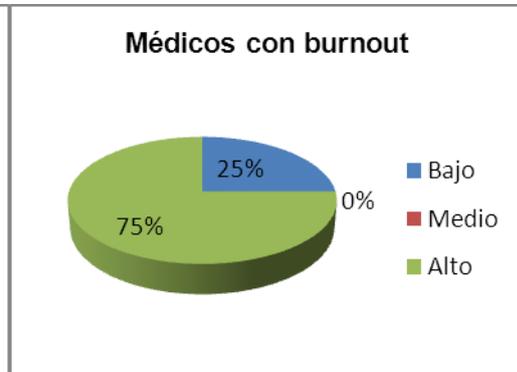
Realización Personal

Gráfico N° 121



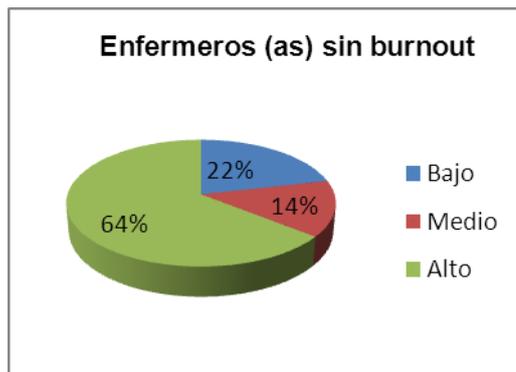
Fuente: Médicos a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 122



Fuente: Médicos a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 123



Fuente: Enfermeros (as) a través del Inventario De Burnout

Gráfico N° 124



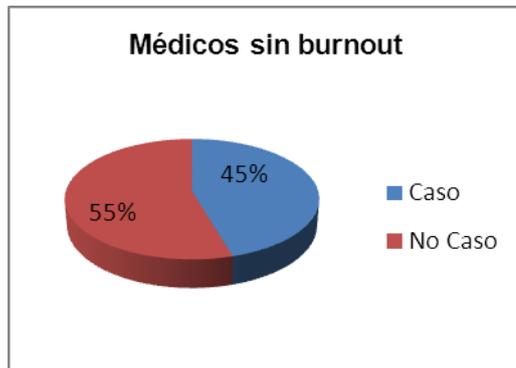
Fuente: Enfermeros (as) a través del Inventario De Burnout

Médicos con burnout y enfermeros (as) sin burnout muestran datos similares con 25% y 22% de baja realización personal y por el contrario médicos sin burnout y enfermeros (as) con burnout indican 100% de niveles altos de realización personal.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

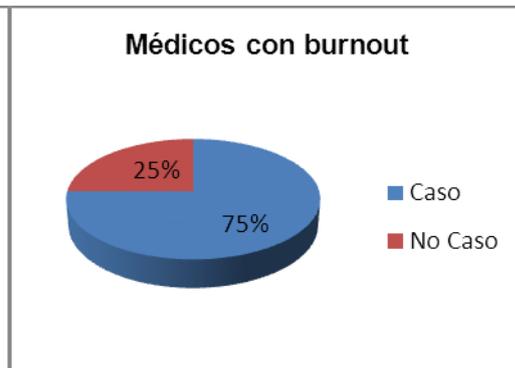
Síntomas Psicosomáticos

Gráfico N° 125



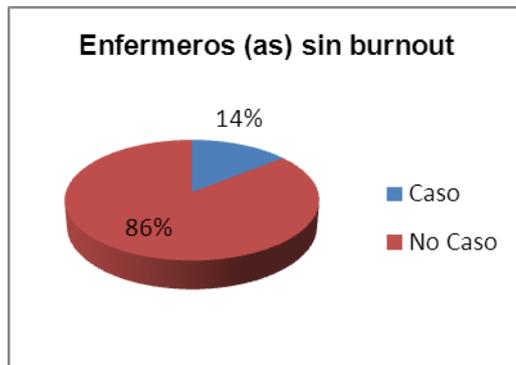
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 126



Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 127



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 128

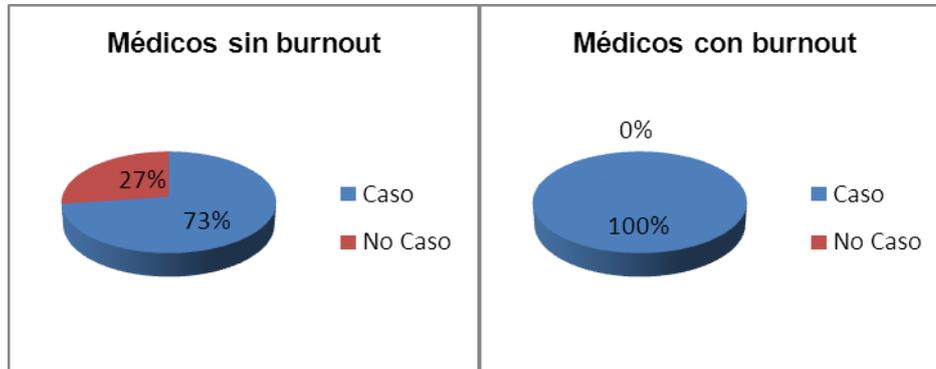


Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

Quien está sujeto al burnout parece ser más susceptible a síntomas psicossomáticos, el 75% de médicos con burnout posiblemente los presenta al igual que el 100% de enfermeros (as) con burnout, estas cifras disminuyen en los médicos sin burnout al 45% y en enfermeros (as) sin burnout al 14%.

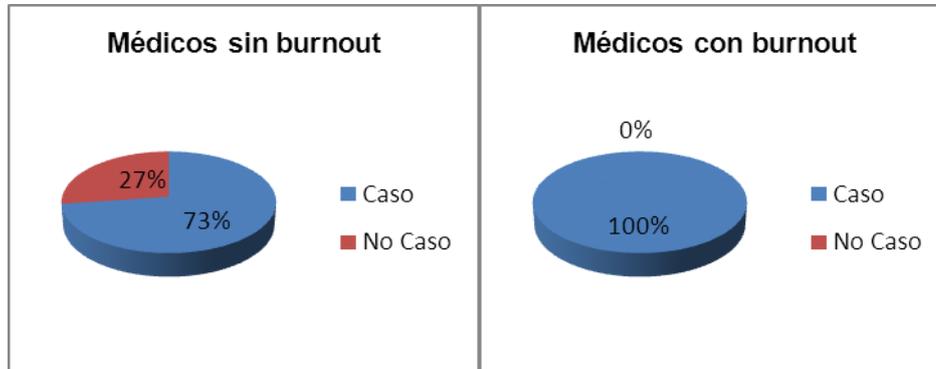
Ansiedad

Gráfico N° 129



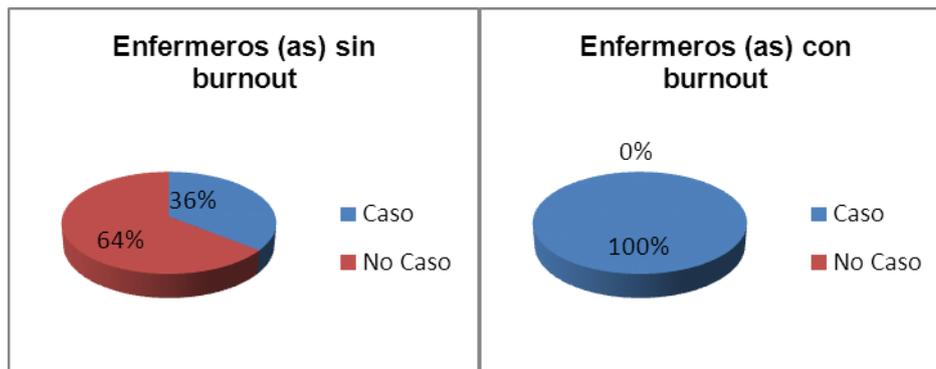
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 130



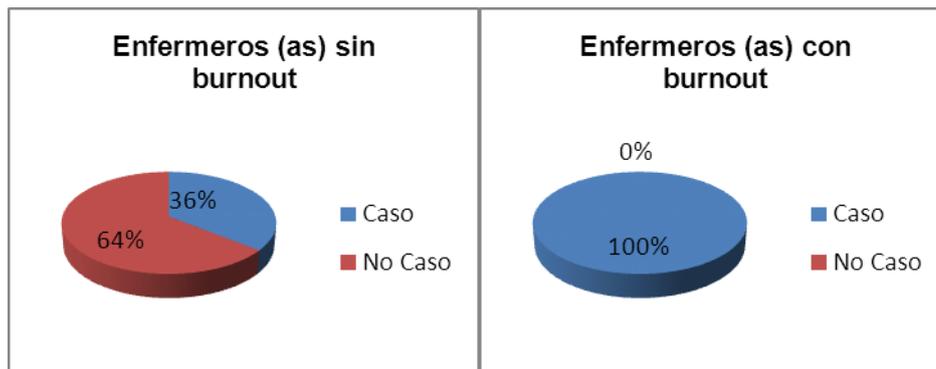
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 131



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 132

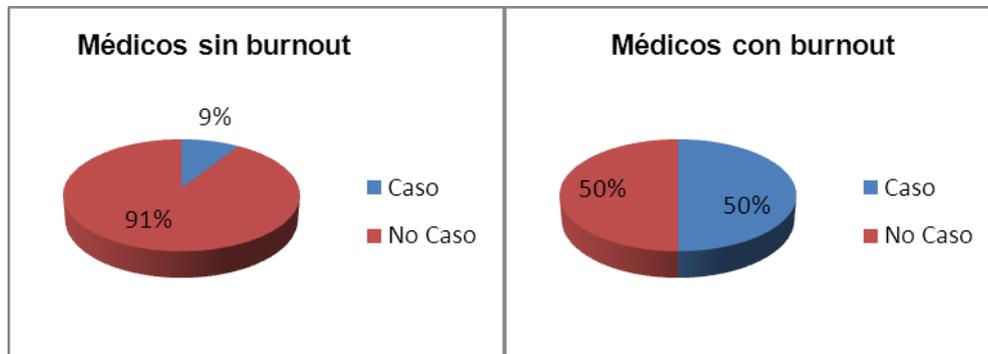


Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

Los posibles casos de ansiedad se presentan al 100% en los grupos con burnout, en los médicos sin burnout los posibles casos llegan al 73% y disminuyen al 36% en enfermeros (as) sin burnout.

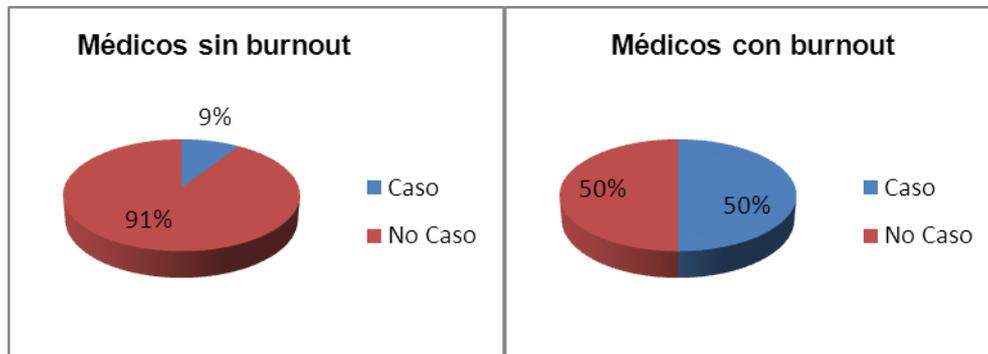
Disfunción Social

Gráfico N° 133



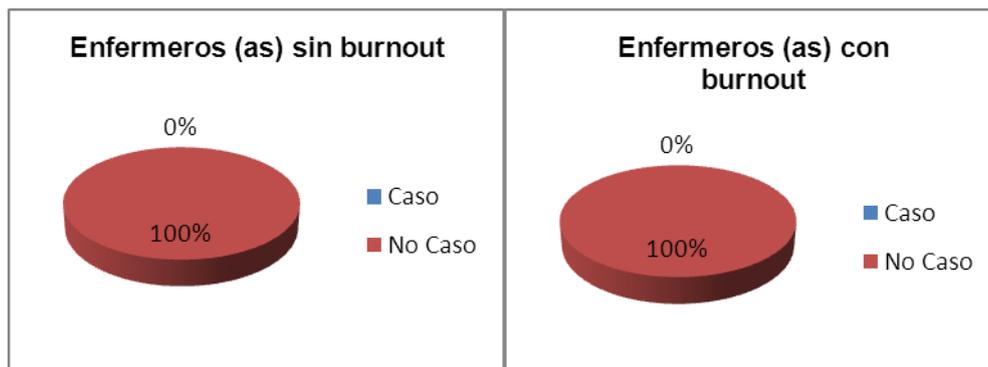
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 134



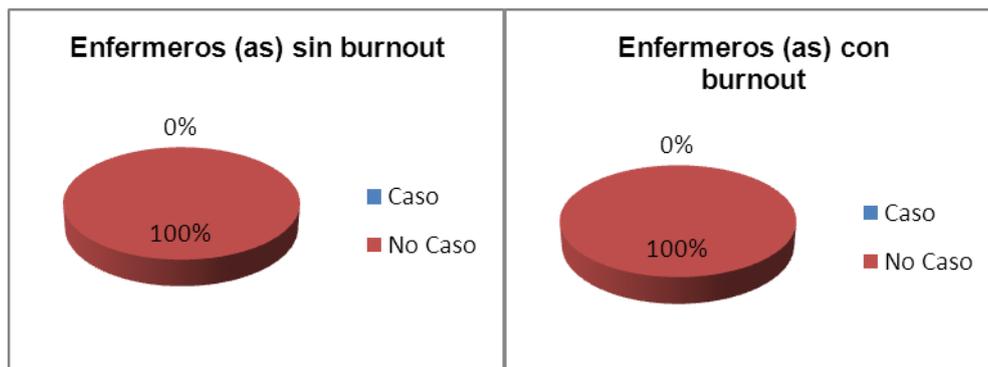
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 135



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 136

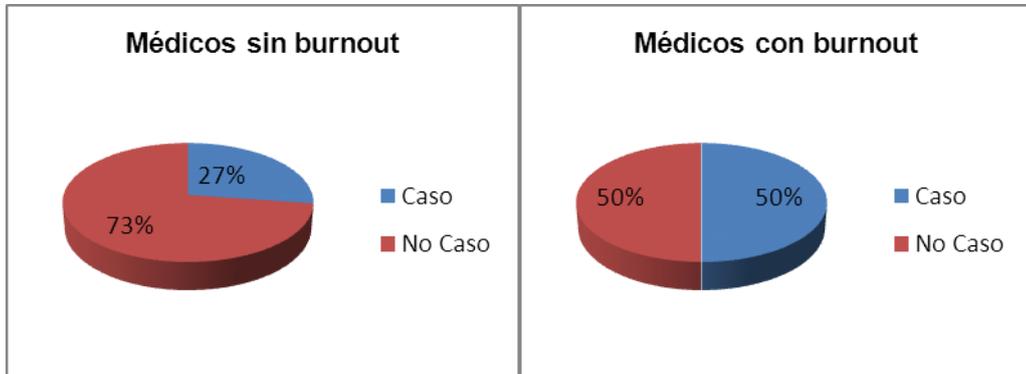


Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

Disfunción social ausente en enfermeros (as), mientras el 50% de médicos con burnout presenta posibles casos, esta cifra se reduce al 9% en los médicos sin burnout.

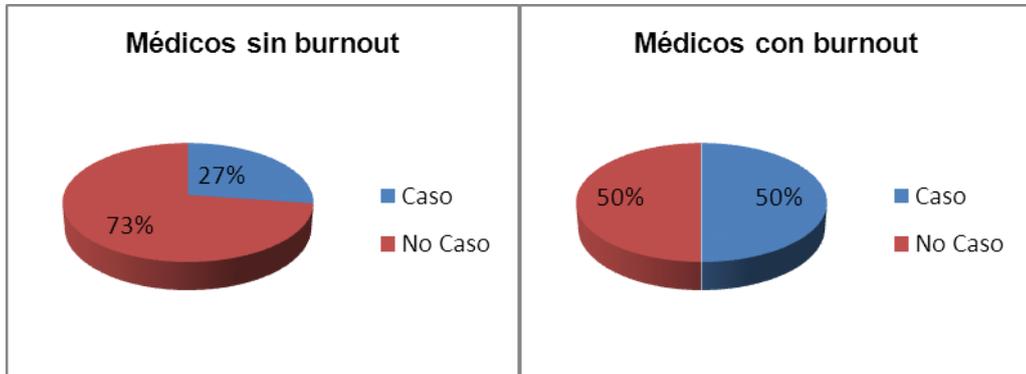
Depresión

Gráfico N° 137



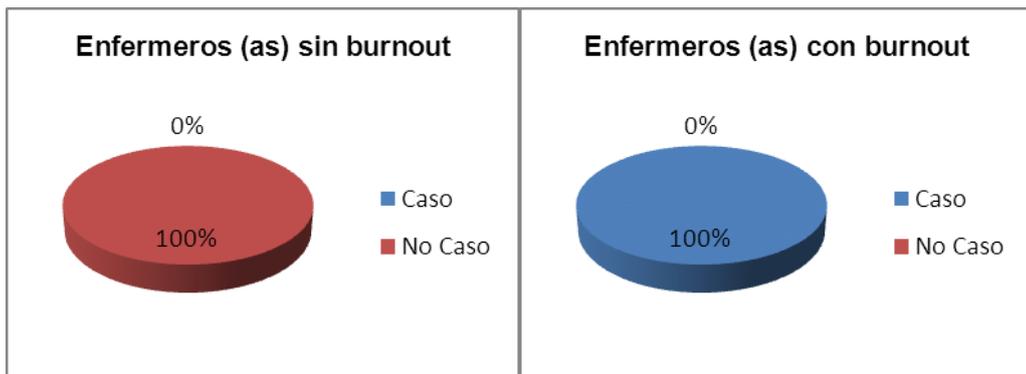
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 138



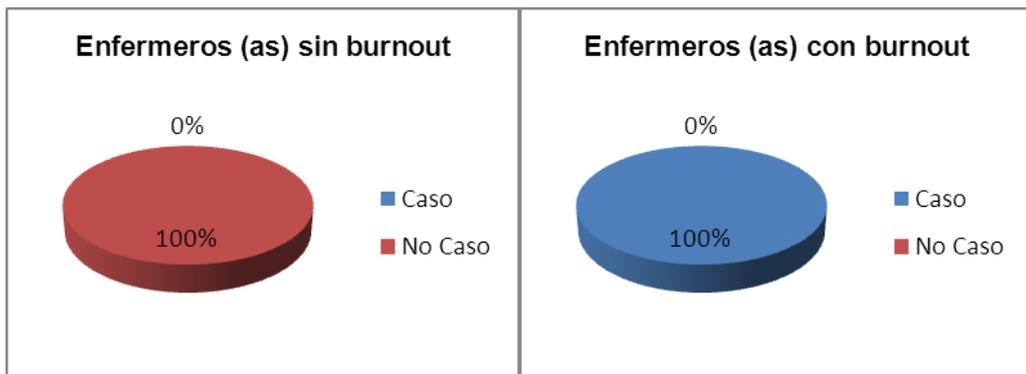
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 139



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

Gráfico N° 140

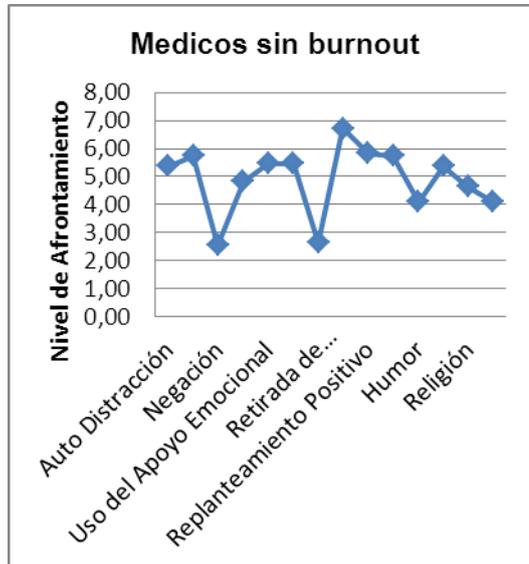


Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Salud General

En los casos de burnout la depresión se manifiesta en mayor porcentaje llegando al 100% en enfermeros (as) con burnout, al 50% en los médicos con burnout, en los médicos sin burnout llega hasta el 27% y en los enfermeros (as) sin burnout está totalmente ausente.

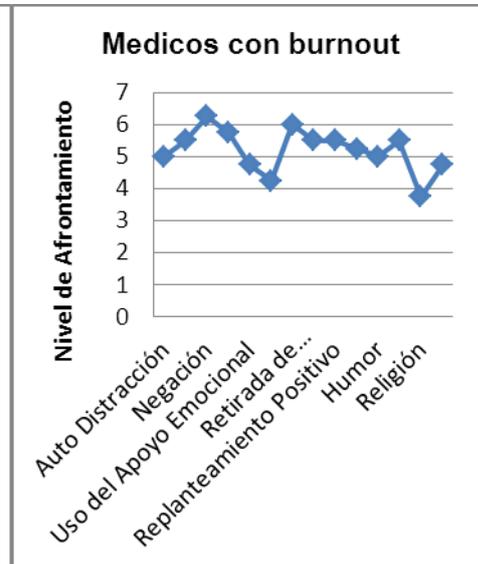
CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Gráfico N° 141



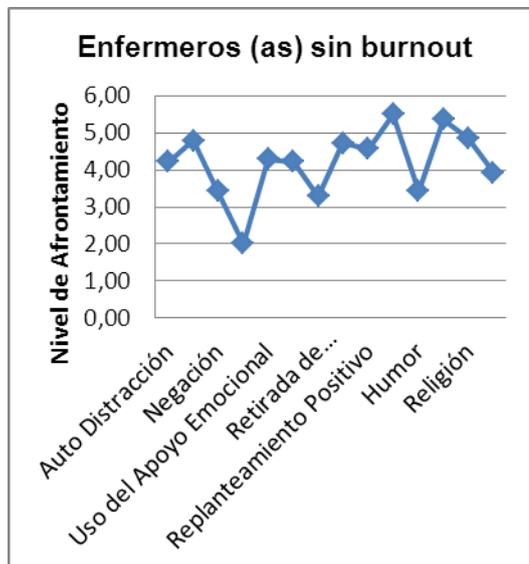
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Afrontamiento

Gráfico N° 142



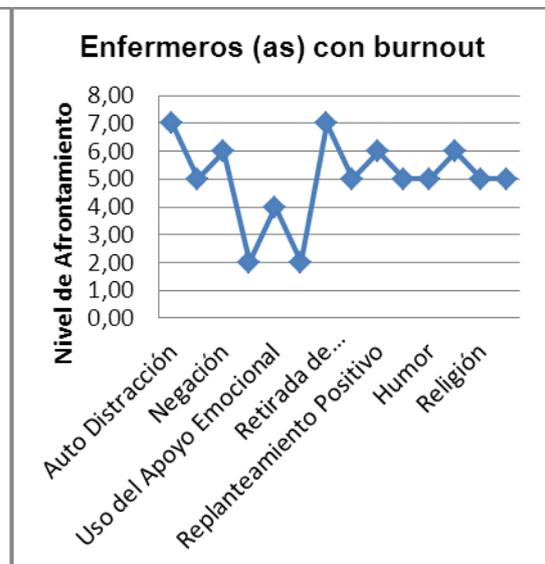
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Afrontamiento

Gráfico N° 143



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Afrontamiento

Gráfico N° 144

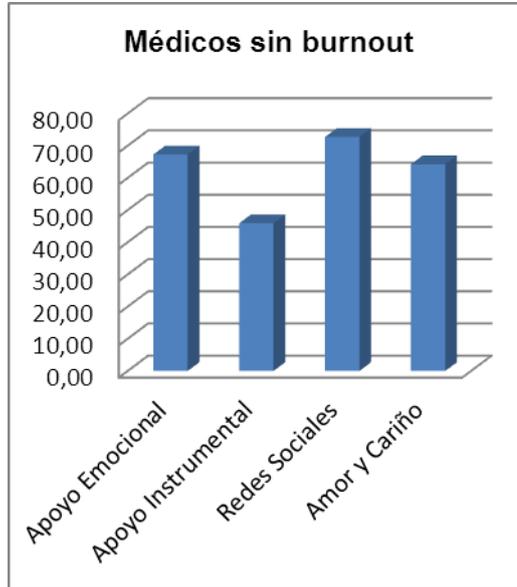


Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Afrontamiento

La manera en cómo afrontan las situaciones adversas cada grupo es diferente, en los médicos sin burnout resalta el desahogo, en los médicos con burnout la negación, en enfermeros (as) sin burnout la planificación, en enfermeros (as) con burnout la autodistracción y la retirada del comportamiento.

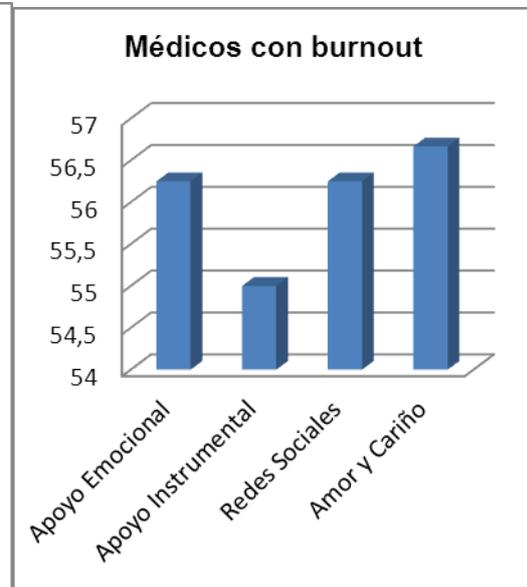
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Gráfico N° 145



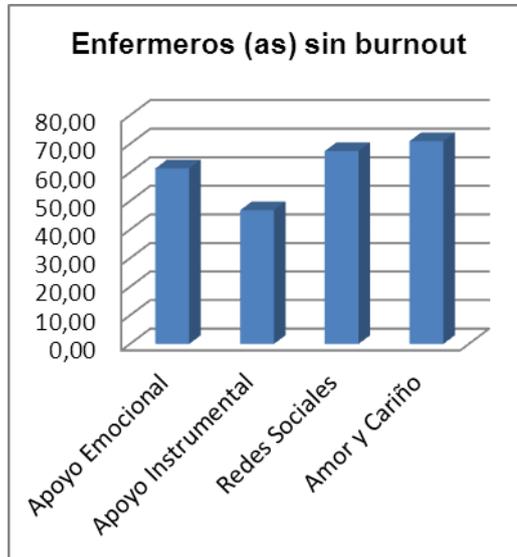
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Apoyo Social

Gráfico N° 146



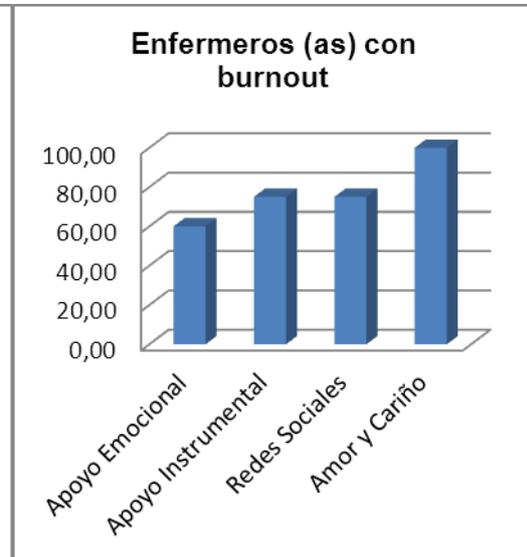
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Apoyo Social

Gráfico N° 147



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Apoyo Social

Gráfico N° 148

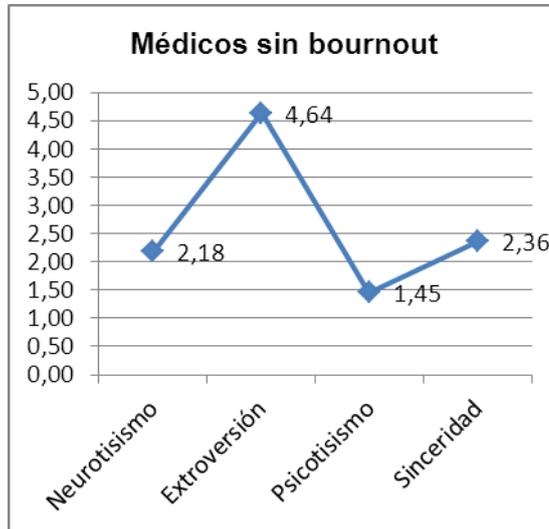


Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Apoyo Social

El apoyo social es similar en todos los grupos excepto en los enfermeros (as) con burnout que tienen una puntuación más baja en la subescala Apoyo Emocional y más alta en la subescala Apoyo Instrumental.

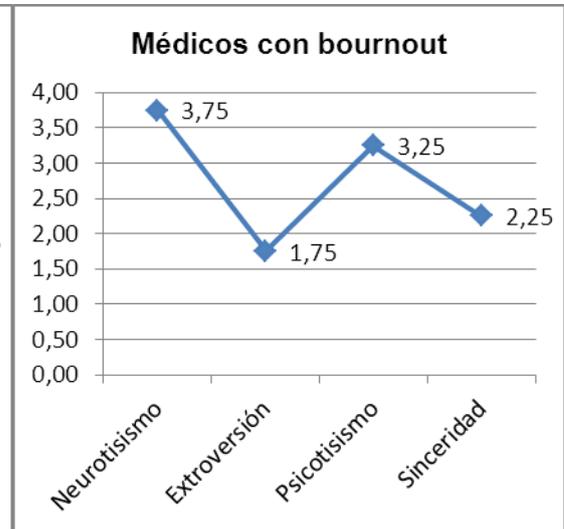
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

Gráfico N° 149



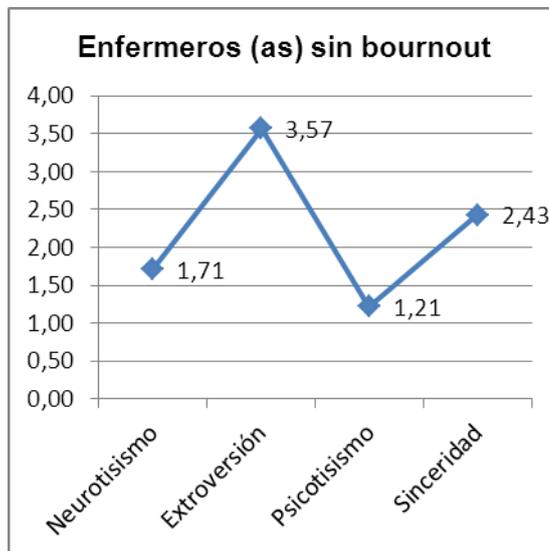
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Personalidad

Gráfico N° 150



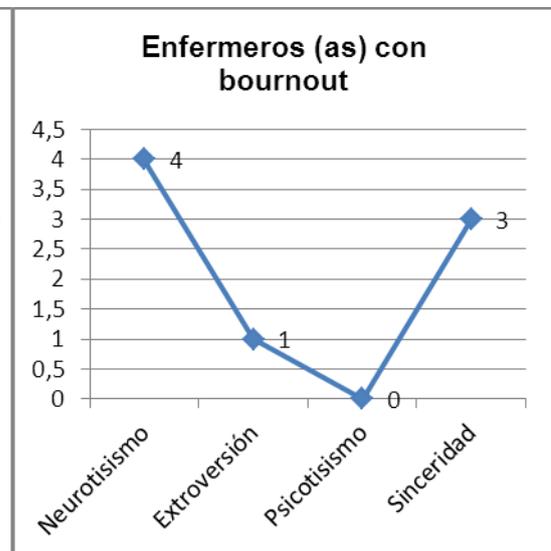
Fuente: Médicos a través del Cuestionario De Personalidad

Gráfico N° 151



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Personalidad

Gráfico N° 152



Fuente: Enfermeros (as) a través del Cuestionario De Personalidad

Los rasgos de la personalidad de los grupos sin burnout son similares en los que resaltan altas puntuaciones en el rasgo Extroversión, en los grupos con burnout sucede lo contrario el rasgo extroversión tiene puntuaciones bajas y resalta el Neuroticismo, en los médicos con burnout el rasgo Psicoticismo es también alto a pesar que en los enfermeros no lo es.

6. DISCUSIÓN

El presente proyecto investigativo ha sido realizado en colaboración con médicos y enfermeros (as) de la Clínica Villa Betania de la ciudad de Roma, este ha sido realizado con el afán de detectar si los profesionales de la salud que laboran en la mencionada clínica están siendo afectados por el síndrome del burnout.

Los resultados obtenidos han sido tomados de una muestra de enfermeros/as que trabajan en una clínica donde no está prevista el área de Emergencias, las actividades y los ingresos están programados, la mayoría de pacientes se trasladan desde otros hospitales de la ciudad de Roma ya cuando están estabilizados, se realiza un número límite de operaciones diarias y todas estrictamente programadas, es por esto que los enfermeros/as no tienen turnos frenéticos y agitados, las actividades se desenvuelven con calma y la carga de trabajo no es excesiva y los turnos de trabajo son relativamente relajados, razón por la cual los datos obtenidos pueden ser solo extrapolados a poblaciones de enfermeros/as similares. En el caso de los médicos estos no trabajan solo en esta clínica sino al menos en 2 instituciones sanitarias, los datos obtenidos de los médicos se podrían generalizar a otras poblaciones de médicos teniendo en cuenta las respectivas consideraciones.

De acuerdo a los objetivos planteados en este estudio, los resultados obtenidos permiten afirmar que en general los niveles de burnout en el personal sanitario de la Clínica Villa Betania de Roma son los médicos quienes están más afectados con el 26,7% en comparación con los enfermeros/as, presentando solo el 6,7% de la muestra analizada burnout. A pesar de estos números relativamente bajos se puede notar por el contrario cifras elevadas de agotamiento emocional con el 82% de los médicos que no manifiestan burnout muestran altos niveles de agotamiento emocional y apenas el 18% restante niveles moderados, en concordancia con esto el 100% de los médicos afectados por el síndrome del burnout poseen un alto nivel de agotamiento emocional. En los enfermeros/as la situación es distinta como se puede observar en el Cuestionario de Salud Mental el 79% tiene bajos niveles de agotamiento emocional, el 7% medio y el 14% alto nivel de agotamiento emocional, datos que han sido tomados de los enfermeros/as sin burnout, en el caso de los enfermeros con el síndrome el agotamiento emocional es del 100%. Teniendo en cuenta estos datos se puede evidenciar una diferencia sustancial entre médicos y enfermeros/as y los niveles de

agotamiento emocional presentes en cada grupo, estando en mejores condiciones los enfermeros/as.

En cuanto a la despersonalización se puede apreciar que los resultados que arrojan los test son similares para ambos grupos, en los médicos sin burnout el 91% posee bajos niveles y el restante 9% se mantiene en nivel medio, en los enfermeros/as sin el síndrome la despersonalización se mantiene en el 100% en niveles bajos, por lo cual se puede inferir que en estos grupos las actitudes de distanciamiento y frialdad son casi ausentes. Por otro lado ya sea en los médicos que en los enfermeros/as con burnout los resultados son iguales, la despersonalización se presenta en el 100% de los afectados por el síndrome

Con respecto a la realización personal se mantiene en buenos niveles en todos los grupos, en los médicos sin burnout es del 100% alta, en los médicos con burnout el 75% presenta un nivel alto mientras que el 25% nivel bajo de realización personal, en los enfermeros/as los datos son un poco más contrastantes con el 64% que se encuentra con niveles altos de realización personal el 14% en nivel medio y el 22% el nivel bajo, en general se puede considerar que son los médicos quienes se sienten más satisfechos y realizados con la labor que ejercen.

Las variables sociodemográficas y laborales ponen en consideración que los médicos afectados por el síndrome del burnout son 50% de género masculino y 50% de género femenino, pero hay también que tener en cuenta que de los médicos que no están afectados por el síndrome el 73% es de género masculino y apenas el 27% de género femenino, por lo tanto de la muestra total de médicos el 73% son hombres lo que significa que probablemente existe una mayor incidencia del burnout en el género femenino, tomando en cuenta que en la muestra elegida existe un mayor número de hombres y consecuentemente el número de médicos de género masculino afectados debería ser proporcionalmente mayor con respecto a sus colegas de género femenino. En los enfermeros/as la mayoría pertenecen al género femenino o sea el 86,7%, mientras el 13,3 pertenecen al género masculino, en este gremio existe solo una persona afectada por burnout y es de género femenino, considerando que se encuentran representadas mayormente en la muestra es una consecuencia predecible.

Todos los grupos ya sean estos médicos o enfermeros trabajan en zonas urbanas y la etnia predominante es blanca sobre todo en los médicos los cuales se encuentran representados al 100% por esta, aspecto que hay que recalcar ya que los sujetos analizados son en su mayoría europeos en vista que la investigación se ha realizado en Italia. Los enfermeros/as la etnia predominante es la blanca con el 79%, el 14% mestiza y el 7% de origen africana, por otro lado la enfermera con burnout es de etnia blanca.

Considerando el estado civil de los médicos en cuestión se puede notar que existe una diferencia, en los médicos sin burnout quienes son divorciados/separados son el 9,09% y quienes son solteros componen el 27,27% de la muestra; por otro lado en los médicos con el síndrome se puede constatar que el 50% son solteros y el 25% divorciados o separados, mientras que los que están casados son el 45,45% y los que mantienen una unión libre son el 18,18% siendo estos el 63,63% del total de la muestra de los médicos sin burnout, mientras que los médicos afectados que están casados son apenas el 25%. En los enfermeros/as sin burnout se mantiene la tendencia, los que están casados son el 57,14% y quienes están solteros son el 28,57%, quienes son divorciados/separados son el 14,28%, se puede notar que efectivamente quienes están casados sobrepasan el 50%. La enfermera con burnout es soltera, siendo la única afectada por el síndrome en la muestra es la única representante de este grupo.

Tanto los médicos sin burnout así como los que no lo tienen no muestran diferencias sustanciales en relación a con quien viven, los médicos sin el síndrome que viven acompañados son el 64% por lo tanto quienes viven solos son el 36%, se aprecia un porcentaje similar en los médicos con burnout siendo de estos quienes viven con otras personas el 75% y consecuentemente el 25% solos. Algo parecido se manifiesta en los enfermeros/as sin burnout, quienes viven con otras personas son el 84% y el restante 16% vive solo; de los enfermeros afectados todos viven acompañados, por lo tanto esta variable no parece tener relevancia en la incidencia o prevención del burnout.

Todo el personal sanitario percibe una remuneración salarial mensual a excepción de una enfermera sin burnout, quien siendo religiosa realiza esta actividad voluntariamente y no recibe un salario.

La remuneración salarial de los médicos sin burnout es más elevada en comparación con los colegas afectados, de los médicos sin el síndrome quien gana una cifra entre 5001 y 6000 corresponden al 63,63%; quien gana una cifra entre 4001 y 5000 son el 9,09%; quien gana una cifra entre 3001 y 4000 son el 27,27%; por otro lado de los médicos con burnout quien percibe un sueldo entre 5001 y 6000 son el 25%; quienes ganan un sueldo entre 2001 y 3000 son el 25%; quien percibe una remuneración entre 1001 y 2000 son el 50 %. Mientras que en los médicos sin burnout todos ganan cifras superiores a 3001 en los médicos afectados el 75% percibe cifras inferiores a 3001. La totalidad del sueldo percibido puede tener alguna relación en el sentido de autoeficacia y satisfacción de cada uno de los miembros del personal sanitario, viendo de una u otra manera en el salario el equivalente a la calidad y cantidad de trabajo y esfuerzo realizado.

Entre los enfermeros/as no existe una diferencia significativa en relación al salario el 78,57% de los enfermeros/as sin burnout recibe un salario entre 1001 y 2000; el 21,42% percibe una remuneración de entre 0 y 1000; mientras que los enfermeros/as con el síndrome todos ganan entre 1001 y 2000.

El tipo de trabajo que realizan los profesionales de la sanidad es a tiempo completo, a excepción del 21% de los enfermeros/as sin burnout que trabajan a tiempo parcial.

En cuanto respecta al sector de trabajo Villa Betania que es la clínica en donde se realizó la investigación es una clínica privada dirigida por el Estado Vaticano, aunque si la mayoría de sus servicios son otorgados bajo convenio con el seguro social italiano, razón por la cual sostienen muchas de las personas que laboran en esta institución que es tanto pública como privada, se ha podido notar también que todos los enfermeros/as no trabajan en otra institución, de consecuencia la Clínica Villa Betania es su único lugar de trabajo, a diferencia de lo que sucede con los médicos donde tienen o un consultorio propio o trabajan en otra institución, teniendo en cuenta este aspecto es más probable que los médicos estén sujetos a más presión y de consecuencia a más estrés, tener más de un trabajo significa tener más responsabilidades, cumplir más funciones, cumplir con ciertos horarios tomando en cuenta diferentes variables que pueden intervenir en este aspecto como la distancia entre un trabajo y otro, los medios con los cuales movilizarse, la hora y el tráfico que pueden estresar aún más a un sujeto ya sometido a estrés

El tipo de contrato que poseen todos los profesionales de la sanidad es a tiempo indefinido.

Los profesionales de la salud son sujetos particularmente a riesgo de padecer el síndrome de burnout, efectivamente los turnos que deben cumplir pueden ser agotadores, de hecho los datos de la investigación evidencian que dependiendo del caso pueden hacer turnos nocturnos, matutinos, vespertinos o trabajar el fin de semana, dependiendo de las exigencias de la institución o exigencias particulares, los profesionales de la salud deben estar siempre disponibles.

En cuanto al tiempo que los profesionales de la salud dedican a sus pacientes se puede notar una diferencia entre los médicos sin burnout quienes del tiempo laboral otorgan entre el 75% y el 100% a la atención de sus pacientes, mientras que los médicos con el síndrome solo el 25% dice dedicar a sus pacientes una cantidad de tiempo como la ya mencionada, mientras el 75% de estos médicos en general dedican entre el 50% y el 75% de tiempo a sus pacientes. Para los enfermeros/as por otra parte dependerá mucho de la tarea que le asigna la institución el porcentaje de tiempo que dedicara a sus pacientes, efectivamente dependiendo del horario, la labor y la sección encargada, dependerá el contacto que se tenga con los pacientes.

Con respecto a los tipos de pacientes que están a cargo de los profesionales de la salud en los cuales se ha efectuado el estudio cabe resaltar una particularidad, no existen pacientes de "Emergencias", en vista que esta sección no existe en la Clínica Villa Betania, la estructura de esta institución no prevé una sección de Emergencias y todos sus pacientes llegan de manera programada o son transferidos de otros hospitales de manera programada, por lo tanto los profesionales de la salud no están sometidos al frenesí típico de la sección de emergencias de un hospital de una metrópolis como Roma. Los médicos sin burnout encargados del área de Urología corresponden al 28,57% al igual que los médicos encargados de cirugía, los cardiólogos representan el 21,42% y los médicos que se dedican a otras áreas el 14,28%. A pesar de que existe una distribución más o menos homogénea del personal médico se puede notar que en los médicos con burnout existe una mayor incidencia de este síndrome en los médicos encargados de la sección cirugía siendo estos el 60% del total de los médicos afectados, luego encontramos a neurólogos y urólogos afectados en igual proporción con el 20% cada grupo. Los enfermeros/as sin burnout se encuentran representados en su mayoría por profesionales encargados del área de

Urología con el 31,81%, seguidos por los del área de cirugía con el 18,18%, el área de cardiología y neurología se encuentra a continuación con el 9,09% cada una.

El 91% de los médicos sin burnout atienden a pacientes que no están en riesgo de muerte mientras que sus colegas con el síndrome el 50% está relacionado con pacientes con riesgo de muerte, el trabajar con personas con este riesgo probablemente es mucho más agotador emotiva y físicamente hablando y de hecho puede contribuir en la aparición del síndrome del burnout, lo que se puede corroborar observando que de los pacientes de los médicos no afectados solo el 9% ha indicado que fallecido uno de ellos, mientras que el 50% de los médicos con burnout señala un paciente fallecido. Los enfermeros/as sin el síndrome que manifiestan trabajar con pacientes con riesgo de muerte equivalen al 54%, del 100% de la muestra el 14% indica que ha fallecido uno de sus pacientes. Los enfermeros/as con burnout no manifiestan estar relacionados con pacientes con riesgo de muerte y en efecto sus pacientes no han fallecido

Los recursos necesarios que la institución pone a disposición de sus dependientes son percibidos prácticamente de manera similar, el 64% de los médicos sin burnout señalan que la institución provee mediamente los recursos necesarios para el desarrollo de su actividad, el 18% piensa que corre totalmente por cuenta de la institución los recursos necesarios para el desenvolvimiento del trabajo e igual porcentaje piensa que son pocos los recursos que la institución pone a disposición. Estos datos se manifiestan de manera similar con los médicos con el síndrome, el 50% dice que la institución provee mediamente los recursos necesarios, mientras el 25% cree que lo hace totalmente y el resto opina que poco. Esta tendencia continua en los enfermeros/as sin burnout, el 64% considera que la institución proporciona mediamente los recursos necesarios, el 22% totalmente y el 14% cree que la institución otorga pocos recurso, los enfermeros/as afectados consideran al 100% que la institución se encarga mediamente de los recursos necesarios. Aparentemente los recursos proporcionados por la institución según los datos recogidos son aceptables, considerando esto se puede concluir que la institución en este aspecto no está relacionada directamente en la aparición y mantenimiento del burnout.

Los médicos sin el síndrome en el aspecto permisos, son quienes han solicitado en mayor número los mismos con respecto a sus colegas con burnout, el 64% de los primeros han pedido permisos en relación al 50% de los médicos con burnout que han

pedido permisos, las causas de los permisos son similares para ambos grupos, de los primeros el 43% los ha solicitado por motivos de capacitación e igual porcentaje por motivos familiares, sucede una cosa similar en el segundo grupo donde el 50% ha solicitado permisos por razones familiares y el mismo porcentaje por capacitación, evidentemente no existe una diferencia significativa entre estos dos grupos, lo que significa que el síndrome del burnout no se manifiesta en manera considerable en este aspecto. Por otra parte en los enfermeros/as se puede encontrar una diferencia sustancial con respecto a los médicos, los enfermeros/as no han solicitado permisos por capacitación, mientras si lo han hechos por motivos familiares, en los enfermeros/as sin burnout lo ha hecho el 50% y la otra mitad lo ha hecho por problemas de salud, el aspecto salud no está contemplado en los permisos de los médicos quienes evidentemente mantienen una mejor salud o le prestan menor importancia a la misma y a los síntomas que se podrían presentar en un eventual deterioro de esta, este aspecto no se lo puede determinar con claridad, este es un aspecto que vale la pena resaltar ya que son los enfermeros/as los menos afectados por el síndrome del burnout con una proporción de 1/15, mientras en el caso de los médicos es de 4/15 sin embargo aparentemente son los enfermeros/as quienes manifiestan mayores problemas de salud.

Teniendo en consideración cuan valorados se sienten por sus pacientes los profesionales de la salud se puede constatar que tanto los médicos sin burnout como los que lo padecen se sienten bastante valorados, siente que su labor está siendo apreciada, lo que se puede traducir en la satisfacción personal y el sentido de autoeficacia, por lo tanto este aspecto no incide en la aparición del síndrome, más bien es un factor que lo contrasta. Sucede lo mismo con los enfermeros/as que consideran que los pacientes a los cuales prestan servicio valoran el mismo, lo que significa que la interacción enfermero-paciente es buena y no existen particulares complicaciones, por lo cual esta no se convierte en motivo de estrés o frustración.

A diferencia de lo que sucede en la relación entre los profesionales de la salud y sus pacientes, la relación con sus familiares viene percibida de manera diferente como lo certifican los datos encontrados en este estudio, el 55% de los médicos sin burnout se consideran bastante apreciado por los familiares de sus pacientes, el 18% totalmente apreciado, el 18% poco y el 9% nada apreciado por los familiares de sus pacientes; estos datos aumentan su tendencia negativa en los médicos con burnout, efectivamente el 50% de ellos se siente poco valorado por los familiares de sus

pacientes, mientras el 50% restante se dividen ecuamente entre bastante y totalmente valorados por sus pacientes, se puede apreciar que las relaciones entre los familiares no se desenvuelve de la misma manera como con los pacientes, existen mayores fricciones sobre todo quienes parecen ser más sensibles a esto son los médicos con el síndrome, sin embargo no queda claro si es una consecuencia del burnout o una causa de este. En lo que respecta a los enfermeros/as no afectados la relación que se instaura con los familiares de sus pacientes se mantiene en niveles bastante aceptables y en todo caso mejor en comparación con los médicos, en efecto el 50% dice sentirse bastante valorado, el 36% totalmente valorado y solo el 7% se dice poco valorado y el mismo porcentaje se siente nada valorado por los familiares de sus pacientes, en los enfermeros/as con burnout el 100% se siente bastante valorado por los familiares de sus pacientes.

La consideración que se percibe por parte de los colegas en el caso de los médicos es bastante buena, efectivamente el 64% de los médicos sin burnout se siente bastante valorado por sus colegas, el 27% se siente totalmente valorado y solo el 9% poco valorado. En el caso de los médicos con burnout el 50% se siente totalmente valorado, el 25% bastante valorado y el 25% restante se siente poco valorado, teniendo en cuenta estos datos se puede deducir que existe un ambiente agradable y de colaboración entre colegas, no se evidencian fuentes significativas de interferencia y estrés. Al igual que sucede con los médicos en los enfermeros/as continua la tendencia de satisfacción con la relación entre colegas, de hecho el 64% de los enfermeros/as sin burnout se siente bastante valorado por sus colegas, el 22% se dice totalmente valorado y el 14% se siente poco valorado por sus colegas, de igual manera los enfermeros/as del otro grupo el 100% se siente bastante valorado por sus colegas, lo que denota que el ambiente de trabajo es propicio.

La satisfacción laboral expresada por los médicos sin burnout es elevada, en efecto el 45% se dice totalmente satisfecho y el 55% restante se considerada bastante satisfecho, este es un aspecto digno de recalcar ya que será un refuerzo positivo y se mantendrá una actitud adecuada en el contexto laboral, evitando actitudes de apatía y hastío. En los médicos con el síndrome la satisfacción con el trabajo que se realiza disminuye levemente, como se pudo observar el 75% se siente bastante satisfecho mientras el 25% dice estar poco satisfecho con el trabajo que realiza. En cuanto a los enfermeros/as la tendencia se mantiene en línea con lo observado en los médicos, efectivamente el 57% de los enfermeros/as sin burnout está totalmente satisfecho, el

21% bastante satisfecho y el 22% poco satisfecho con el trabajo que realiza, a su vez los enfermeros/as con burnout el 100% se siente satisfecho con el trabajo que realiza. La satisfacción laboral mucho tiene que ver con las expectativas y necesidades del trabajador y las condiciones reales en las que se desenvuelve el trabajo, es por lo tanto esta una cuestión subjetiva, ya que las condiciones que pueden ser favorables para una persona no lo pueden ser para otra, a pesar de esto se puede decir de manera general que los profesionales de la salud en cuestión muestran niveles aceptables de satisfacción laboral.

La interacción entre médico-paciente o enfermero-paciente es crucial en el cuadro laboral de los profesionales de la salud, ya que esta interacción se efectúa en manera constante, las particulares condiciones del paciente hacen en manera tal que no se pueda prescindir de ella y como se pudo observar anteriormente la mayor parte del personal sanitario dedica entre el 75% al 100% de su tiempo a los pacientes. Se evidencia una diferencia entre los médicos sin burnout y los que lo manifiestan en cómo viene percibida esta interacción, el 55% del primer grupo están bastante satisfechos de la interacción con sus pacientes, el 27% se dice totalmente satisfecho, 18% se siente poco satisfecho de la interacción con sus pacientes, contrariamente de los médicos del segundo grupo el 50% está poco satisfecho de esta interacción y el 50% se siente bastante satisfecho, efectivamente se evidencia en estos datos que una interacción no adecuada entre médico paciente puede contribuir a la manifestación del síndrome del burnout. En los enfermeros/as por otra parte se observa que el 50% de los que no tienen burnout está totalmente satisfecho, el 43% está bastante satisfecho y solo el 7% se siente poco satisfecho con la interacción con sus pacientes, mientras el 100% de los enfermeros/as con burnout está bastante satisfecho con la interacción con sus pacientes.

La satisfacción expresada por parte del personal médico en cuanto al apoyo recibido por parte de la institución en la cual trabajan sigue una dirección similar, de hecho existen opiniones contrastantes acerca del papel de la institución, para el 37% de los médicos sin burnout reciben poco apoyo, para el 18% no reciben nada de apoyo, para el 27% en cambio reciben bastante apoyo y para el 18% reciben totalmente apoyo por parte de la institución. De igual manera en el caso de los médicos con el síndrome el 25% dice no recibir ningún apoyo por parte de la institución, igual porcentaje expresa recibir poco apoyo, igualmente el 25% recibe bastante apoyo y el 25% restante recibe apoyo total por parte de la institución, estas cifras son contradictorias ya que

prácticamente todos los médicos que han participado en el estudio trabajan en la misma institución pero expresan niveles de satisfacción diferentes, no existe una tendencia clara, por lo tanto se puede suponer que depende de la subjetividad de cada persona entrevistada, cada quien percibe la realidad a su manera y procesa la misma de acuerdo a sus particularidades, obteniendo reacciones e impresiones diversas. En el caso de los enfermeros/as sin burnout la situación se presenta parecida, en efecto el 14% está totalmente satisfecho del apoyo de la institución, el 36% bastante satisfecho, el 14% poco satisfecho y el 36% nada satisfecho. En los enfermeros con burnout el 100% está poco satisfecho del apoyo recibido por parte de la institución. Se confirma con los enfermeros/as cuanto dicho con los médicos, opiniones diferentes acerca del papel de una misma institución, tendrá seguramente que ver con la percepción particular de cada persona.

En el caso de la satisfacción entre colegas exista una similitud entre los médicos y los enfermeros/as sin burnout, en donde más de la mitad de cada grupo se siente satisfecho acerca de este punto, el 46% de los médicos está bastante satisfecho, el 18% está totalmente satisfecho y el 36% está poco satisfecho de la colaboración con los colegas de la institución; el 64% de los enfermeros/as está bastante satisfecho, el 22% totalmente satisfecho, el 7% poco satisfecho y el 7% nada satisfecho de la colaboración entre los colegas de la institución. Evidentemente los enfermeros/as sin burnout tienen un porcentaje más alto de satisfacción de la colaboración entre colegas con respecto a los médicos, aunque la tendencia es hacia la satisfacción. Por otra parte los médicos con burnout se dividen en 2 grupos iguales una que está totalmente satisfecho y otro que está poco satisfecho de la colaboración entre colegas, mientras que el 100% de los enfermeros/as está poco satisfecho de la colaboración con sus colegas. El burnout en este caso puede ser un factor que tiene algún tipo de incidencia en la relación y colaboración entre colegas como muestran los datos los profesionales de la salud que están menos afectados por el síndrome están más satisfechos con la colaboración entre colegas y viceversa.

En cuanto a la satisfacción de la experiencia profesional se presenta una gran similitud entre los datos recogidos de los médicos y los enfermeros sin burnout, el 60% del primer grupo dice estar bastante satisfecho y el restante 40% totalmente satisfecho; 64% del segundo grupo está bastante satisfecho de su experiencia profesional, mientras el 36% está totalmente satisfecho, como se puede constatar en estos dos grupos la satisfacción de la experiencia profesional es absolutamente buena, no se

presentan casos de insatisfacción, es decir, la experiencia profesional en general es gratificante y no es motivo de estrés o frustración. La experiencia profesional por parte de los médicos con burnout es ligeramente diferente, en este caso el 25% se siente poco satisfecho, mientras que el 50% se siente bastante satisfecho y el restante 25% totalmente satisfecho de su experiencia profesional. También en este caso se puede notar que en general la satisfacción de la experiencia profesional es buena, solo un cuarto de la muestra con burnout se siente poco satisfecho, en este caso y en comparación con los profesionales de la salud sin el síndrome se presume que su aparición merma la percepción de satisfacción de este tipo de experiencia.

Quienes muestran porcentajes más altos de satisfacción a nivel económico son los médicos sin burnout, este aspecto está muy relacionado con la remuneración que reciben, como se mencionó anteriormente estos médicos son los mejor remunerados, efectivamente el 64% de ellos se siente bastante satisfecho, el 9% totalmente satisfecho y el 27% poco satisfecho. En los médicos con burnout quienes ganan menos, muestran menores niveles de satisfacción con respecto a su situación económica, de hecho el 25% está nada satisfecho, el 25% poco satisfecho y el restante 50% se siente bastante satisfecho con su situación económica. En los enfermeros/as donde el salario es menor con respecto a los médicos la satisfacción sigue descendiendo, el 36% de los enfermeros/as sin burnout está poco satisfecho, el 14% se siente nada satisfecho y el 50% de ellos está bastante satisfecho, mientras los que están afectados por el síndrome del gremio de enfermeros está al 100% poco satisfecho con su economía. La insatisfacción a nivel económico no es alarmante, se evidencia una clara tendencia de quien gana más está más satisfecho, en fin la satisfacción a nivel económico está directamente ligada a la remuneración y esta a su vez al costo de la vida, los sueldos percibidos por los profesionales de la salud que han participado en el estudio están en la media italiana, por lo tanto dentro de la norma.

El estado de salud actual de los profesionales de las instituciones sanitarias, en este caso analizado desde el punto de vista de los probables síntomas que podrían presentarse a causa del síndrome del burnout se pueden considerar de la siguiente manera:

La ansiedad es el síntoma mayormente presente en los profesionales de la salud, esta afecta probablemente al 73% de los médicos sin burnout y al 100% de los que lo

tienen. De los médicos con el síndrome el 50% de ellos aparentemente presenta casos de ansiedad, síntomas psicossomáticos, disfunción social y depresión, el 25% presenta probables síntomas psicossomáticos y de ansiedad, el restante 25% ansiedad. Como se ha podido constatar en los datos de los médicos con burnout se presume que todos presenten en al menos uno de los cuatro aspectos mencionados anteriormente un probable caso. En los médicos sin el síndrome el 9,09% presenta probables casos de síntomas psicossomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión; el 18,18% se presume que presente síntomas psicossomáticos, ansiedad y depresión; solo el 27,27% no presenta aparentemente ningún caso digno de mención. De igual manera en los enfermeros/as la ansiedad es el síntoma más representativo aunque en menor proporción con respecto a los médicos, en este caso el 36% enfermeros sin burnout estarían afectados probablemente. De los enfermeros/as el 7,14% presentaría aparentemente a la vez síntomas psicossomáticos y ansiedad, de un total del 14% que presentan síntomas psicossomáticos. Los enfermeros/as con burnout presentarían probablemente síntomas psicossomáticos, ansiedad, depresión y no disfunción social.

Evidentemente quien está afectado por el síndrome del burnout esta potencialmente a riesgo de padecer de ansiedad, síntomas psicossomáticos, disfunción social o depresión; en algunas personas se pueden presentar todos estos síntomas a la vez y en otras solo uno de ellos, dependerá de las determinadas características que posea una persona, el ambiente en el cual ella se desenvuelve, mecanismos de defensa y en sí como viva sus propias experiencias. Estos síntomas se pueden presentar también en las personas que no están afectadas por el burnout, de acuerdo con los datos de este estudio su incidencia es menor con respecto a los que están afectados por el síndrome en cuestión, así como también es menos probable que se presenten todos a la vez. Un aspecto que cabe resaltar es que los enfermeros/as sin burnout aparentemente presentan menos síntomas en relación a los médicos que no padecen de este síndrome.

Al identificar el apoyo procedente de la red social se ha podido notar que tanto para los médicos como para los enfermeros/as sin burnout los datos son semejantes, efectivamente los médicos presentan una puntuación del 67,27 en la escala de apoyo emoción, los enfermeros/as a su vez 61,43; la escala de apoyo instrumental es ligeramente baja con el 45,91 en los médicos y 46,79% en los enfermeros/as; las redes sociales es la escala en la cual la puntuación de los médicos es mayor con el 72,73% y los enfermeros/as 67,50%; en la escala amor y cariño la puntuación de los

médicos es de 64,24%, mientras en los enfermeros/as es esta la escala en la cual la puntuación es más alta con 70,95%. En el caso de los profesionales de las instituciones sanitarias que tienen burnout se ha podido identificar que en la escala apoyo emocional los médicos tienen una puntuación del 56,25% y los enfermeros/as 60%; en la escala apoyo instrumental 55% los médicos y 75% los enfermeros/as, cabe destacar que en esta escala los profesionales de la salud es prácticamente similar para ambos grupos, en la escala redes sociales los médicos tienen una puntuación de 56,25% y los enfermeros/as 75%, en la escala amor y cariño los médicos tienen una puntuación de 56,66% y los enfermeros 100%. Teniendo en consideración estos datos no se puede concluir que el apoyo de las redes sociales marquen una diferencia como factor protector para que no se genere el burnout en vista que no existe una marcada diferencia entre las puntuaciones de los profesionales de la salud con y sin burnout, inclusive en la escala apoyo instrumental tanto médicos y enfermeros con burnout tienen una puntuación superior en comparación con sus colegas sin burnout, en las restantes escalas la diferencia en la puntuación no es significativamente amplia, sin embargo cabe mencionar que tanto los profesionales de la salud sin burnout como los que lo tienen poseen valores aceptables en lo que respecta al apoyo procedente de las redes sociales.

Considerando por otra parte los métodos de afrontamiento de los profesionales de la salud ante situaciones adversas, se tiene que para los médicos sin burnout la autodistracción es un tipo de afrontamiento efectivo, el afrontamiento activo es efectivo, la negación es ineficaz, el uso de sustancias es efectivo, el uso del apoyo emocional es efectivo, el uso del apoyo instrumental es efectivo, la retirada del comportamiento es ineficaz, el desahogo es efectivo, el replanteamiento positivo es efectivo, la planificación es efectiva, el humor es efectivo, la aceptación es efectiva, la religión es efectiva, la culpa a sí mismo es efectiva. La información obtenida a través del COPE permite determinar que los métodos de afrontamiento de las situaciones adversas de los médicos sin burnout son en su mayoría adecuados, teniendo particular atención a métodos como el uso de sustancias que podría ser contraproducente y la culpa a sí mismo. En los médicos con burnout los tipos de afrontamiento como la autodistracción es efectiva, el afrontamiento activo es efectivo, la negación es efectiva, el uso de sustancias es efectivo, el uso del apoyo emocional es efectivo, el uso del apoyo instrumental es efectivo, la retirada del comportamiento es efectivo, el desahogo es efectivo, el replanteamiento positivo es efectivo, la planificación positiva es efectiva, el humor es efectivo, la aceptación es efectiva, la

religión es ineficaz, la culpa a sí mismo es efectiva. Todos los médicos poseen estrategias de afrontamiento similares, en su mayor parte adecuadas, en los médicos con burnout se pueden descartar como inadecuadas la negación, el uso de sustancias y la culpa a sí mismo.

En los enfermeros/as sin burnout la autodistracción y autodisciplina son efectivas, el afrontamiento activo es efectivo, la negación es ineficaz, el uso de sustancias es ineficaz, el uso del apoyo emocional es efectivo, el uso del apoyo instrumental es efectivo, la retirada de comportamiento es ineficaz, el desahogo es efectivo, el replanteamiento positivo es efectivo, la planificación es efectiva, el humor es ineficaz, la aceptación es efectiva, la religión es efectiva, la culpa a sí mismo es efectiva. Los enfermeros/as sin burnout usan estrategias apropiadas en términos generales de afrontamiento ante las situaciones adversas. En los enfermeros/as con burnout la autodistracción es efectiva, el afrontamiento activo es efectivo, la negación es efectiva, el uso de sustancias es ineficaz, el uso del apoyo emocional es ineficaz, el uso del apoyo instrumental es ineficaz, la retirada de comportamiento es efectiva, el desahogo es efectivo, el replanteamiento positivo es efectivo, la planificación es efectiva, el humor es efectivo, la aceptación es efectiva, la religión es efectiva, la culpa a sí mismo es efectiva. Los tipos de afrontamiento de los enfermeros/as sin burnout son en su mayor parte adecuados, se detectan posibles falencias en aspectos como el poco uso del apoyo emocional, pocas alternativas de ocio y distracción, el uso excesivo de la negación y la culpa a sí mismo.

En cuanto a los rasgos de la personalidad de los profesionales de las instituciones sanitarias, en los médicos sin burnout se expresan niveles bajos de neuroticismo con una puntuación de 20,51%, los médicos con el síndrome tienen una puntuación ligeramente inferior en esta subescala con el 15,63%. En la subescala extroversión se puede notar una marcada diferencia, los médicos sin burnout con el 43,59% y los médicos con burnout con apenas el 7,29%, la extroversión en este tipo de trabajo es un aspecto que puede ser favorable, efectivamente una persona extrovertida puede ser más sociable y relacionarse mejor con sus colegas y pacientes, individuos más introvertidos pueden experimentar estrés mayor en las situaciones de trabajo con respecto a los extrovertidos, se retiran más fácilmente de frente a las situaciones de conflicto y de estrés, no son eficaces en la resolución de problemas, por lo tanto como se evidencia en los resultados del estudio las personas con el rasgo extroversión pueden ser menos susceptibles al síndrome del burnout. En la subescala de

psicoticismo igualmente médicos con y sin burnout tienen puntuaciones semejantes, en efecto los médicos sin burnout tienen el 13,68% y sus colegas con burnout el 13,54%, lo que significa que los dos grupos son poco vulnerables a conductas impulsivas, agresivas y de poca empatía, no son fríos egocéntricos o irresponsables. En la subescala sinceridad se manifiesta una diferencia entre los médicos sin burnout con el 22,22% y los médicos con burnout con el 9,38% aunque de hecho estas puntuaciones son bajas. Por otra parte en los enfermeros/as la subescala neuroticismo se manifiesta en niveles bajos en los profesionales que no manifiestan burnout con 19,20% y en los enfermeros/as con burnout se presenta con una puntuación mucho mayor con el 50% lo que significa que probablemente pueden ser personas ansiosas, reaccionan en modo emocional, se preocupan con frecuencia, obviamente en situaciones de presión y estrés pueden ser más propensos a ser afectados por el síndrome. En la subescala extroversión los enfermeros/as del primer grupo presentan una puntuación de 40% que es considerada como baja; en los enfermeros con burnout contrariamente a sus otros colegas tienen una puntuación más baja, 12,50%. En la subescala psicoticismo los enfermeros/as sin burnout manifiestan una baja puntuación con 13,60% y en los enfermeros con burnout este rasgo está totalmente ausente. En la subescala sinceridad se manifiestan valores bajos con el 27,20% en los enfermeros sin burnout y 37,50% para los enfermeros/as afectados por el síndrome.

Para concluir se puede decir que los objetivos planteados al inicio de la investigación han sido cumplidos completamente, se ha determinado el nivel de burnout, identificado las variables sociodemográficas, determinado el estado de salud actual, identificado el nivel de apoyo social procedente de la red social, se han identificado los tipos de afrontamiento ante las situaciones adversas, identificado los rasgos de la personalidad en los profesionales de la salud.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

- A través del Cuestionario de Maslach Burnout Inventory se ha podido constatar que el 26,7 % de los médicos padece de burnout, mientras que el 6,7 de los enfermeros/as están siendo afectados por el burnout.
- Se puede notar según los datos obtenidos a través del Cuestionario de Salud Mental (GHQ28) que el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias como se ha podido determinar se muestra en mejores condiciones en los enfermeros, conclusión que se puede corroborar con los siguientes datos: en los médicos sin burnout el 45% presenta síntomas psicósomáticos, el 73% muestra síntomas de ansiedad, el 9% presenta disfunción social y en el 27% se puede percibir casos de depresión. Por otra parte se puede hacer presente que en los médicos con burnout el 75% evidencia síntomas psicósomáticos, el 100% síntomas de ansiedad, el 50% manifiesta disfunción social y el 50% presenta casos de depresión. Considerando a los enfermeros sin burnout se puede notar que solo el 14% muestra síntomas psicósomáticos, el 35% presenta ansiedad y no se evidencian casos de disfunción social y de igual manera no se han relevado casos de depresión. Por otro lado los enfermeros con burnout presentan el 100% síntomas psicósomáticos e igualmente de ansiedad, no se evidencian signos de disfunción social y el 100% presentan depresión.
- El apoyo social procedente de la red social medido a través del Cuestionario MOS de apoyo social en este caso son contrastantes, mientras que en los médicos sin burnout el apoyo social es mayor con respecto a los médicos con burnout, en los enfermeros sucede lo contrario el apoyo social es mayor en los enfermeros con burnout con respecto a los que no son afectados por este síndrome.
- Los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud según La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) en el caso de los médicos sin burnout son mejores en comparación con los médicos con burnout, por otra parte a diferencia de lo que sucede con los médicos en los enfermeros se presenta una tendencia inversa siendo los enfermeros que padecen burnout quienes

afrontan de mejor manera las situaciones adversas con respecto a sus colegas sin burnout.

- Los rasgos de la personalidad de los profesionales de la salud según El Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A en los cuales ha sido identificado el burnout se pueden considerar de la siguiente manera: en los médicos los niveles de neuroticismo son bajos (15,63%), niveles de extroversión bajos (7,29%), niveles de psicoticismo bajos (13,54%) y niveles de sinceridad bajos (9,38). En los enfermeros en cambio se puede notar que los niveles de neuroticismo son considerablemente más elevados (50%), niveles de extroversión bajos (12,5%), ausencia total de rasgos psicóticos y niveles de sinceridad más elevados en relación con los médicos

7.2 Recomendaciones

- Se recomienda utilizar instrumentos más cortos y que puedan ser aplicados de manera más eficiente para detectar el síndrome del burnout, debido a la magnitud de estos las personas entrevistadas no mantienen la misma concentración inicial, muestran señales de cansancio y menor interés.
- Basándose en los resultados del Cuestionario de Salud general y teniendo en cuenta que la ansiedad afecta a la mayoría del personal entrevistado, se recomienda implementar en la medida que sea posible intervalos entre cada hora en los cuales el personal pueda relajarse y tratar de eliminar en lo posible el estrés acumulado.
- Se recomienda en cuanto al apoyo social efectuar un estudio más específico acerca de las redes sociales y su influencia como factor amortiguador del burnout, en vista que los resultados no son del todo claros e incluso son contradictorios.
- En el caso de los métodos de afrontamiento ante situaciones adversas se recomienda hacer concientizar al personal acerca de los efectos nocivos de métodos inadecuados de evasión como el ingerir alcohol y otras sustancias, a la vez proponer estrategias de afrontamiento adaptativas.
- Los puntajes en neuroticismo y psicoticismo son bajos lo que denota en general personalidades poco susceptibles al burnout, no obstante los puntajes bajos en extroversión, teniendo en cuenta que la actividad que realizan las personas entrevistadas exige el contacto constante con otras personas se recomienda

trabajar en las habilidades de interacción y socialización que son menos fluidas en personas con baja puntuación en este rasgo.

8. BIBLIOGRAFIA

- Abu-Hilal, M.M. (1995). Dimensionality of burnout: testing for invariance across Jordanian and Emirati teachers. *Psychological Reports*.
- Avallone F., Bonaretti M. (2003). *Benessere organizzativo*.
- Avallone F., Paplomatas A., Marchetti S. (2003). "La salute organizzativa".
- Bandolato G., (1993). *Le donne nelle professioni di aiuto. Una ricerca sul burnout femminile*.
- Bernstein Gail, S. e Halaszyn Judith A.; *Io, operatore sociale. Come vincere il burn-out e rendere gratificante il mio lavoro* Erickson Trento
- Borgna E. (1997). *Le figure dell'ansia*.
- Carver S., (1989). *Assessing coping strategies: a theoretically based approach*.
- Cherniss C., (1980). *Professional burnout in human service organizations*
- Doval, Y., Moleiro, O., Rodríguez, R. (2004). *Estrés Laboral, Consideraciones Sobre Sus Características Y Formas De Afrontamiento*.
- Edelwich J., Brodsky A. (1980) *Burnout*
- Farber, B.A. (2000). *Introduction: understanding and treating burnout in a changing culture. Psychotherapy in Practice*.
- Farber, B.A. (2000). *Treatment strategies for different types of teacher burnout. Psychotherapy in Practice*.
- Farber, B.A. (2001). *Subtypes of burnout: theory, research, and practice. Annual Conference, APA, SF, Columbia University*.
- Folgheraiter F., (1994). "Introduzione all'edizione italiana". In G. Bernstein e J. Halaszyn, *Io operatore sociale*. Trento: Centro studi Erickson,
- Fondazione Censis (2000). *34° Rapporto annuale sulla situazione sociale del Paese. Processi formative*.
- Holder E. (2006). *Mental health and locus of control*.
- Iacovides, A., Fountoulakis, K.N., Moysidou, C. and Ierodiakonou, C. (1999). *Burnout in nursing staff: is there a relationship between depression and burnout?*.
- Lazarus, Launier (1978). *Stress*
- Manzano G., (1998) *Burnout y engagement en un colectivo preprofesional estudiantes universitarios*
- Pietrantoni, L. e Zani B. (1999). *Risorse e difficoltà del lavoro sociale fra burnout e empowerment. Rapporto di Ricerca Università di Bologna (Scienze dell'educazione)*.
- Peiró J. M. (1998) *Desencadenantes del estrés laboral*.
- Peiró J. M., Segovia A., López-Araujo B. (2007). *El papel modulador de la implicación con el trabajo en la relación entre el estrés y la satisfacción laboral*.
- Di Nuovo S., Rispoli L., Genta M. (2000) *Misurare lo stress. Il Test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata*.

- Tuuli, P. and Karisalmi, S. (1999). Impact of working life quality on burnout. *Experimental Aging Research*.
- Vicino S. (1997). La fatica di vivere. *Fisiologia del burn-out*.
- Villalobos, J. (1999). *Estrés Y Trabajo*.
- Acosta H., Burnout y su relación con variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales en profesores universitarios chilenos

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

- Blache J., Borza A., De Angelis K., Frankus E., Gabbianelli J., Korunka C., Scholza T., Satke M., Tement S., Wher T., Christian N., Vestergaard F., Zdrehus C., (2009). Intervento di formazione sul burnout per Manager e Team Leader. Brochure di buone pratiche.

Recuperado de

http://www.burnoutintervention.eu/fileadmin/user_upload/BOIT_Good_practice_brochure_IT.pdf

- Caruso A., Tramontana A., Bigazzi V., (2011). Burnout e formazione psicologica degli operatori sanitari in oncologia

Recuperado de http://www.e-noos.it/rivista/3_11/pdf/4.pdf

- Mulas I., (2008). Dallo stress al burnout conoscere il fenomeno per prevenirlo

Recuperado de

<http://www.educazione.unipd.it/oreste/archivio/uploads/300/file/tesi%20stress%20e%20burnout%20def..pdf>

- Puricelli O., Callegari S., Pavacci V., Caielli A., Raposio E., (2008). Sindrome da Burnout nelle professioni sanitarie: analisi dei fattori eziologici.

Recuperado de

http://www.rivistadipsicologiaclinica.it/italiano/numero3_08/pdf/Puricelli_Callegari_Pavacci_Caielli_Raposio.pdf

- Robinson J., Clements K., Land C., (2003). Workplace stress among psychiatric nurses: Prevalence, distribution, correlates, & predictors.

Recuperado de <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=14740374>

9. ANEXOS



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 Negro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores
 En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ y cada cuantos días:

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alergias reñes Quirúrgicos Cardíacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Modificado de la versión original de Goldberg (1970). Versión Lobo y Cols (1981). Recuperado de [http://www.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)

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés

en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.401-402. Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

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

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

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

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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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



Cod. A/056



**Ospedale S.Spirito
Presidio Villa Betania
Poliambulatorio**

CERTIFICATO

Il sottoscritto, Antonello Moretti certifica che il signor CHECA ZURITA WILLIAM ALEJANDRO ha svolto il lavoro di ricerca sulla "Sindrome del Burnout" presso la nostra istituzione, durante il mese di maggio del 2012.

Il suddetto potrà fare uso di questo certificato per i fini da lui ritenuti opportuni.


Dott. Antonello Moretti Osp. S. Spirito
U.O.C. Urologia Villa Betania
Dr. ANTONELLO MORETTI
Specialista in Urologia
105 301700 43 09089