



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE PSICOLOGIA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica Medilab y Hospital Militar de la ciudad de Loja” .

Trabajo de fin de Titulación

Autor:

Gómez Correa, José Alberto

Director de tesis:

Maldonado Rivera Ruth Patricia, Dra.

Loja - Ecuador

2013

CERTIFICACION

Doctora

Ruth Patricia Maldonado Rivera

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica Medilab y Hospital Militar de la ciudad de Loja”** realizado por el profesional en formación: Gómez Correa José Alberto, 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

f).....

C.I.:

CESION DE DERECHOS

“Yo, Gómez Correa José Alberto. Declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

F.....

Gómez Correa José Alberto

Cédula: 1103865554

AUTORIA

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

F.....

Gómez Correa José Alberto

Cédula: 1103865554

AGRADECIMIENTOS:

A Dios; quien une y anima todo lo que es digno de amarse.

A mi Familia; mi roca y mi refugio, mi más plena alegría.

A la UTPL; mi camino a un horizonte y la revelación en la ciencia y vida.

DEDICATORIA:

A mi madre:

Tu presencia y tus oraciones me salvaron una y mil veces,
Haré las cosas de tal manera que toda la vida rendiré tributo a tu sacrificio y tu amor inmedible.

A mis hermanos:

Hombres de honor, seres íntegros y dignos,
Con el mayor respeto y cariño que les debo en el amor que nos tenemos.

A Nathalia:

Me has llevado al conocimiento oculto de las cosas,
Eres la medida sublime de todo lo que es bello y lo bueno.

INDICE

CARÁTULA DEL INFORME DE TESIS.....	i
CERTIFICACION.....	ii
ACTA DE DECLARACION Y CESION DE DERECHOS.....	iii
AUTORIA.....	iv
AGRADECIMIENTOS.....	v
DEDICATORIAS.....	vi
INDICE.....	vii
1. RESUMEN.....	2
2. INTRODUCCION.....	3
3. MARCO TEORICO.....	5
3.1. Conceptualizaciones de Burnout.....	5
3.1.1. Definiciones del Burnout.....	5
3.1.2. Modelos explicativos del Burnout.....	10
3.1.2.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del yo.	11
• Características.....	11
• Representantes.....	11
• Modelo de competencia social de Harrison.....	11
• Modelo de Pines.....	12
• Modelo de autoeficacia de Cherniss.....	12
• Modelo de Thompson, Page y Cooper.....	12
3.1.2.2. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social...	13
• Características.....	13
• Representantes.....	13
• Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli.....	13

• Modelos de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy.....	14
3.1.2.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.....	15
• Características.....	15
• Representantes.....	15
• Modelos de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.....	15
• Modelos de Cox, Kuk y Leiter.....	16
• Modelo de Winnubst.....	16
3.1.2.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural.....	17
• Características.....	17
• Representantes.....	17
• Modelo de Gil-Monte y Peiró.....	17
• La Teoría Ecológica del Desarrollo Humano.....	18
3.1.3. Delimitación histórica del síndrome de Burnout.....	19
3.1.4. Poblaciones propensas al Burnout.....	20
Estudios realizados sobre el Burnout en distintas profesiones.....	21
3.1.5. Fases y desarrollo del síndrome de Burnout.....	22
3.1.6. Características, causas y consecuencias del Burnout.....	25
3.1.6.1. Características.....	25
3.1.6.2. Causas.....	26
a. Factores organizativos.....	27
b. Factores personales.....	28
c. Consecuencias.....	30
3.1.7. Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout.....	31
3.2. Conceptualizaciones de las variables de la investigación.....	33
3.2.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	33
3.2.1.1. Variables de riesgo y protectoras.....	33

a. Variables socio extra laborales y socio laborales.....	33
• Variables extra laborales.	33
• Variables socio laborales.....	34
b. Variables organizacionales.....	35
c. Variables personales.....	38
3.2.1.2. Motivación y satisfacción laboral.....	42
3.2.1.3. Investigaciones realizadas.....	44
3.2.2. El Burnout y la relación con la salud.	45
3.2.2.1. Definiciones de salud.....	45
3.2.2.2. Síntoma somáticos (psicosomáticos).....	46
3.2.2.3. Ansiedad e insomnio.....	48
3.2.2.4. Disfunción social en actividad diaria.....	49
3.2.2.5. Tipos de depresión.....	50
a. Episodio depresivo mayor.....	50
b. Trastorno distímico.....	52
c. Trastorno mixto ansioso depresivo (Depresión ansiosa leve no persistente).....	53
d. Trastorno adaptativo.....	53
3.2.2.6. Investigaciones realizadas.....	54
3.2.3. El Burnout y el afrontamiento.....	55
3.2.3.1. Definición de afrontamiento.....	55
3.2.3.2. Teorías de afrontamiento.....	55
3.2.3.3. Estrategias de afrontamiento.....	56
a. Estrategias orientadas al individuo.....	59
b. Estrategias sociales.....	61

c. Estrategias organizacionales.....	62
3.2.3.4. Investigaciones realizadas.....	65
3.2.4. El Burnout y la relación con el apoyo social.....	66
3.2.4.1. Definición de apoyo social.....	66
3.2.4.2. Modelos explicativos del apoyo social.....	67
3.2.4.3. Apoyo social percibido.....	69
3.2.4.4. Apoyo social estructural.....	70
3.2.4.5. Investigaciones realizadas.....	71
3.2.5. El Burnout y la relación con la personalidad.....	72
3.2.5.1. Definición de personalidad.....	72
3.2.5.2. Tipos de personalidad.....	72
a. Rasgos de cada dimensión propuesta por Eynseck.....	74
b. Patrones de conducta.....	74
c. Locus de control.....	75
3.2.5.3. Investigaciones realizadas.....	75
4. METODOLOGIA.....	76

.....		
a.	Objetivo general.....	76
b.	Objetivos específicos.....	76
c.	Diseño de investigación.....	76
d.	Participantes.....	76
e.	Instrumentos.....	77
f.	Recolección de datos.....	79
5.	RESULTADOS	80
	OBTENIDOS.....	
5.1.	Cuestionario socio demográfico.....	80
5.2.	Cuestionario MBI.....	94
5.3.	Cuestionario de salud general (GHQ - 28).....	96
5.4.	Cuestionario de apoyo social.....	98
5.5.	Cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE).....	99
5.6.	Cuestionario de personalidad (EPQR - 4).....	100
6.	DISCUSION DE RESULTADOS.....	101
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	105
7.1.	Conclusiones.....	105
7.2.	Recomendaciones.....	106
.....		

8. ANEXOS.....	110
Cuestionario socio demográfico y laboral.....	110
Cuestionario de MBI.....	113
Cuestionario GHQ 28.....	115
Cuestionario BRIEF COPE.....	117
Cuestionario de apoyo social.....	119
Cuestionario EPQR A.....	120
9. BIBLIOGRAFIA Y REFERENCIAS.....	121

1. RESUMEN

La presente tesis se ha planteado como objetivo principal el identificar el nivel y la tasa de prevalencia del síndrome de Burnout en doctores y personal de enfermería en el Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica MEDILAB y el Hospital Militar de la ciudad de Loja y los factores relacionados con este fenómeno. Para el logro de este objetivo se realizó una investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva y transeccional mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario de salud mental (GHC28), Escala multidimensional de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario MOS de apoyo social, cuestionario revisado de personalidad de Eynseck (EPQR -A) y cuestionario socio demográfico aplicados a 15 enfermeras del Área de cuidados intensivos del Hospital Ignacio Monteros del IESS y 14 doctores del hospital Ignacio Monteros, Hospital Militar y clínica particular MEDILAB de la ciudad de Loja.

Los resultados obtenidos de la investigación no reportan datos significativos de presencia de niveles elevados de Burnout, tanto en la muestra de doctores como en la del personal de enfermería.

2. INTRODUCCION

A lo largo del siglo XX el estrés se ha convertido en un fenómeno relevante y reconocido socialmente, siendo vinculado con frecuencia al trabajo y a la actividad laboral. Así, más de la cuarta parte de los trabajadores de la Unión Europea padece estrés laboral. Las enfermedades psicosomáticas y el estrés son hoy en día más frecuentes y afectan la salud psíquica, emocional y física de los individuos así como su rendimiento profesional, debido a las exigencias del trabajo y el desajuste entre los requisitos del puesto de trabajo en las organizaciones y las posibilidades de rendimiento de cada sujeto; lo cual ha originado la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales, entre ellos el síndrome de Burnout, cuya prevalencia se ha ido incrementando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva un gran coste económico y social.

En este contexto, muchos profesionales que trabajan en relación constante con las personas (especialmente el personal médico y de enfermería que laboran en las instituciones de salud), sufren en alguna etapa de sus vidas un agotamiento o sensación de desgaste progresivo unido a desmotivación, irritabilidad anímica y otros síntomas producidos por el exceso de trabajo, la dedicación exclusiva a los pacientes, la decepción hacia los superiores o la desilusión por la labor a realizar. Este estrés máximo llamado Síndrome de Burnout repercute profundamente en la calidad de servicios que ofrecen.

En un trabajo multicéntrico entre 248 médicos intensivistas de los Estados Unidos, el 40% presentó el síndrome con detrimento emocional, lo que coincide con otro estudio realizado en enfermeras que atienden a pacientes con cuidados paliativos y a otros con trasplantes de médula. También en un estudio realizado en residentes de medicina interna de la Universidad de Washington, se encontró prevalencia de 76% de desgaste profesional con una autopercepción de menor calidad en el cuidado profesional de los pacientes al compararlos con los residentes no afectados (Shanafelt T, Bradley K, Back A, 2002). En México un estudio que investigó el nivel de Burnout en un grupo de 450 médicos, enfermeras y paramédicos de 12 instituciones hospitalarias, reveló los siguientes datos: 10.9% de cansancio emocional, 19.6% de

despersonalización y 74.9% de baja realización personal. Palmer et al. Determinaron una prevalencia general de 44% del síndrome en médicos anestesiólogos. La sobrecarga de trabajo y el conflicto de valores eran variables que influían en la presencia de este síndrome (Franco, 1993).

El síndrome de Burnout fue considerado por la Organización Mundial de la Salud como riesgo de trabajo. Su trascendencia radica en el impacto que tiene en la relación laboral entre el personal médico y las instituciones de salud. Eso por ello que para el estudio de este fenómeno nos hemos propuesto como objetivo general, el identificar el nivel y la prevalencia del síndrome de Burnout entre el personal médico y de enfermería del Área de cuidados intensivos que laboran en el Hospital Ignacio Monteros del IESS, Hospital Militar y clínica particular MEDILAB de la ciudad de Loja mediante una investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva, transeccional y exploratoria y cuyos resultados no nos reportan datos significativos de presencia de niveles elevados de Burnout.

Dentro de los objetivos específicos de la investigación se ha considerado: Determinar el estado de salud mental de los profesionales de la salud, identificar los rasgos de personalidad de aquellos identificados con Burnout, identificar el apoyo procedente de la red social así como conocer los modos de afrontamiento ante los problemas de los profesionales de la salud. Brevemente describiremos sus resultados. Nuestro estudio descubrió un cuadro de salud mental, emocional y de bienestar aceptable; un sólido tejido afectivo a pesar de una limitada red social en médicos y enfermeras así como la aplicación de técnicas positivas de afrontamiento. De igual manera y conforme a los resultados generales, no se determinó profesionales de salud con rasgos de personalidad identificables con Burnout.

Finalmente, debemos considerar que las empresas e instituciones del siglo XXI tendrán que reconocer como uno de sus objetivos prioritario la optimización de la salud de sus propios trabajadores para contribuir al ámbito científico, a un mejor conocimiento y a la solución de la compleja problemática del estrés laboral con miras a la mejora de su seguridad y su salud en el lugar de trabajo, en la que se abordan, de forma implícita y explícita, los problemas psicosociales. De lo contrario es posible que deban atender a sus responsabilidades ante los tribunales, como ya ha ocurrido en

España, en el que el Tribunal Supremo ha reconocido el Burnout como accidente laboral.

3. MARCO TEORICO

3.1. Conceptualizaciones del Burnout

3.1.1. Definiciones del Burnout

Para realizar una definición precisa del Burnout se debe partir del contexto y definición del estrés y su fuerte patología psicosomática, la cual afecta la calidad de vida y las distintas áreas de funcionamiento social, familiar, académica y laboral de las personas que lo experimentan (Hernández, Romero, González y Rodríguez Albuín, 1997).

Al hablar de estrés, nos referimos a un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual (Sandín, 1995, 1999).

La experiencia de estrés es particular, puede darse por diferentes situaciones o contextos donde estén inmersas las personas. Es conocido que los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras, sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas,. Entonces se presenta lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece como resultado de un proceso continuo, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes. Desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios eran los más proclives a desarrollarlo. (Gil-Monte, 2006; Aranda, 2006; Calibrese, 2006; Peinado y Garcés, 1998).

El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier organización laboral y en el sector servicios, una de las formas más

habituales de desarrollarse el estrés laboral es el Síndrome de Burnout o Síndrome de Quemarse por el Trabajo, como lo describe Gil-Monte (2006).

Una forma inicial de acercamiento al concepto síndrome de Burnout es analizar semánticamente las dos palabras que lo componen. De acuerdo a la Real Academia Española (2001), la palabra *síndrome* proviene etimológicamente del término griego *concurso* y comporta dos acepciones. La primera de ellas relaciona la palabra *síndrome* con enfermedad o patología: «conjunto de síntomas de una enfermedad» y la segunda identifica el término con una situación singular: «conjunto de fenómenos que caracterizan una situación determinada ». Queda claro por tanto que desde un punto de vista estrictamente lingüístico, la palabra *síndrome* puede ser empleada para aludir tanto a los síntomas de una afección menor como a los de un trastorno patológico (concepto aceptado por la comunidad científica), lo que indica la idoneidad del término ya que el síndrome de Burnout es un proceso que transcurre desde estadios iniciales o de intensidad leve a estadios finales o patológicos. Por otra parte, la palabra anglosajona *Burnout* (verbo *to burn*, pasado y participio pasado: *burned* o *burnt* indistintamente) tiene dos entradas en el diccionario. Una de ellas es *burnt-out*, cuya traducción más literal es el adjetivo calcinado, y la otra es directamente el término *Burnout*, que en inglés americano coloquial significa agotamiento (Oxford, 2003).

El síndrome de Burnout o “síndrome del desgaste profesional” es una respuesta al estrés crónico en el trabajo (a largo plazo y acumulativo), de consecuencias negativas a nivel individual y organizacional, que ha despertado mucha atención en las últimas dos décadas en el ámbito de la Psicología (Buendía & Ramos, 2001; Hombrados; 1997).

Freudenberger (1974), menciona por primera vez el concepto de Burnout para describir el estado físico y mental de los jóvenes voluntarios que trabajaban en su “Free Clinic” de Nueva York. Este psicólogo lo definió como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado esfuerzo”; al observar como éstos jóvenes se esforzaban en sus funciones sacrificando su propia salud, con el fin de alcanzar ideales superiores y recibiendo poco o nada de reforzamiento por su esfuerzo. Por lo tanto después de uno a tres años de labor, presentaron conductas cargadas de irritación, agotamiento,

actitudes de cinismo con los clientes y una tendencia a evitarlos. (Buendía & Ramos, 2001; Ramos, 1999; Buendía 1998; Mingote, 1998; Hombrados, 1997)

A partir de dichas observaciones, Freudenberger describe un perfil de las personas con riesgo a desarrollar el síndrome de Burnout, el cual se caracteriza por pensamientos idealistas, optimistas e ingenuos. También afirma que estos sujetos se entregan demasiado al trabajo para conseguir buena opinión de sí mismos y para lograr el bien común, pero a pesar de este esfuerzo y compromiso los profesionales fracasan en hacer una diferencia en la vida de los usuarios. El sentido de la existencia personal está puesto en el ámbito laboral, lo cual genera excesiva implicación en el trabajo y generalmente termina en la deserción (Mingote, 1998).

Desde una postura individualista el Burnout sería producto de un fallo del sujeto (tienen personalidad débil, baja tolerancia al estrés, etc.) ya que se asume el estrés como un componente interno. Mientras que las posturas ambientalistas dan una definición más sistémica, permitiendo la utilización de estrategias para intentar el cambio o eliminación de factores predisponentes. Dicha postura considera al estrés como algo externo al sujeto y enfoca al Burnout como respuesta a la interacción entre el individuo y el entorno laboral. Según Moreno & cols. (1999), este síndrome puede ocurrir en todos los ámbitos de la acción del sujeto, pero ha sido estudiado en mayor medida en el campo de los profesionales asistenciales.

La investigación ha derivado en dos vertientes controvertidas, ya que muchos científicos están en desacuerdo cuando se limita este síndrome para sujetos que realizan algún tipo de trabajo en contacto directo con personas y proponen que los síntomas del Burnout se pueden apreciar también en sujetos que no tienen empleo. En un principio, entre el grupo de científicos que reservan este concepto a trabajadores en contacto con otras personas se destacaron las investigaciones de Maslach (1976). Desde el 1977, año en el que Maslach dio a conocer su trabajo en una convención de la APA (Asociación Americana de Psicólogos), se utiliza el término Burnout para referirse al desgaste profesional de personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles en contacto directo con los usuarios.

De todos los posicionamientos teóricos y empíricos que han abordado el síndrome de Burnout, no cabe duda que el más aceptado, investigado y difundido mundialmente, sin que ello signifique que esté exento de críticas, es el de Cristina Maslach (Maslach, 1982, 2001, 2003; Maslach y Leiter, 1997; Maslach, Jackson y Leiter, 1996; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Cristina Maslach y Susan Jackson (1981) conceptualizaron Burnout como un síndrome psicológico que abarca exposición prolongada a estresores interpersonales crónicos derivados del ambiente laboral, caracterizados por tres dimensiones: Desgaste Emocional o Agotamiento, Despersonalización o ceticismo e incompetencia Profesional o reducida realización profesional.

La dimensión del *Desgaste Emocional o Agotamiento emocional* (DE) representa el componente básico e individual del síndrome, teniendo como principales fuentes la sobrecarga de trabajo y el conflicto personal en el trabajo. Se caracteriza por un sentimiento de agotamiento y falta de energía, sobrecarga física y emocional en el que el individuo se siente agotado, desmotivado e incapaz de relajarse.

La dimensión de *Despersonalización o ceticismo* (DP) representa el contexto interpersonal en el Burnout y se refiere a la reacción negativa, insensible o excesivamente desconectada del individuo frente al trabajo. En esta dimensión ocurre despolarización, en la cual el individuo menosprecia la relación entre los colegas de trabajo, los clientes y la organización. Se caracteriza por insensibilidad emocional y disimulación afectiva teniendo como manifestaciones más comunes la ansiedad, aumento de la irritabilidad, desmotivación, reducción del idealismo, desesperanza, egoísmo y alienación. Las manifestaciones de la dimensión de despersonalización reflejan la búsqueda del individuo en adaptarse a la situación y aliviar la tensión reduciendo el contacto con las personas.

El componente de la *Incompetencia Profesional* (INP) o reducida realización profesional se refiere a la sensación de incompetencia, falta de realización y productividad en el trabajo. La expresión que mejor retrata este estado es el cuestionamiento que el profesional hace sobre su elección de profesión, poniendo en duda su aptitud para ejercerla. El individuo no se llena con el trabajo, se siente inadecuado personal y profesionalmente. Este comportamiento afecta a sus habilidades para la realización del trabajo y el contacto con las personas, reduciendo drásticamente su productividad.

A partir de estos componentes se elaboró el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) en 1982, para medir el Burnout en el personal de servicios humanos y educadores evaluando dichas dimensiones por medio de tres subescalas. Extraoficialmente esta escala se ha convertido en la más aceptada por su amplia utilización en diversos tipos de muestras. Hasta el momento la escala ha tenido tres revisiones y es importante subrayar que en la última revisión se ha sustituido el término despersonalización por *cinismo* para las profesiones no asistenciales (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

Otro de los modelos teóricos de gran protagonismo considerado por algunos investigadores como alternativa al enfoque de Maslach, es el de Pines y Aronson (1988). Estos autores conciben el síndrome de Burnout como “un estado de agotamiento del que hemos de diferenciar tres tipos: el agotamiento físico, que hace referencia al nivel de energía o fuerza; el agotamiento mental, que indica la desilusión y ausencia de optimismo por seguir en el trabajo y el agotamiento emocional, que está relacionado con el grado de tristeza y de desesperanza del profesional”. El estado de agotamiento incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima. Dicho estado sería causado por una implicación durante un tiempo prolongado en situaciones que son emocionalmente demandantes. Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. De igual manera defienden que los síntomas del Burnout se pueden observar también en personas que no trabajan en el sector de asistencia social.

Entre otras definiciones del síndrome del Burnout tenemos a Burke (1987), quien lo explica como un proceso de adaptación al estrés laboral que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento. Shirom (1989), a través de una revisión de diversos estudios, concluye que el contenido del síndrome de Burnout tiene que ver con una pérdida de las fuentes de energía del sujeto y lo define como “una combinación de fatiga física, cansancio emocional y cansancio cognitivo” (Buendía y Ramos, 2001, pág. 122; Ramos, 1999).

Hombrados (1997; 217) propone una definición conductual que explica la coexistencia de un conjunto de respuestas motoras, verbales-cognitivas y fisiológicas ante una

situación laboral con exigencias altas y prolongadas en el tiempo. Las repercusiones de aquello sobre la salud del trabajador y sus funciones suponen el desarrollo del Síndrome de Burnout. Entiende como elementos fundamentales: “Los cambios emocionales y cognitivos informados, cambios negativos en la ejecución profesional y una situación de presión social y/o profesional que aparece de manera continuada”.

De igual manera Farber (2000) lo describe como “un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, él señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout” (Martínez Pérez Anabella, 2010):

- La presión de satisfacer las demandas de otros.
- Intensa competitividad.
- Deseo de obtener más dinero.
- Sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Gil-Monte (1997) define al síndrome de Burnout como: “Una respuesta al estrés laboral crónico acompañado por una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes que provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”.

Finalmente podemos incluir el concepto de Pablo Suberviola y Atance (1998): “El síndrome de Burnout es un trastorno adaptativo crónico asociado con el inadecuado afrontamiento de las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales”

3.1.2. Modelos explicativos del Burnout

Los modelos etiológicos surgen de la necesidad de explicar los distintos mecanismos de aparición y/o evolución del Síndrome de Burnout así como las variables que están más directamente implicadas en el mismo. Dichas variables pueden ser de tipo individual, social u organizacional. La etiología del Síndrome de Burnout ha suscitado

mucha polémica, ya que se le han atribuido múltiples causas, diferente grado de importancia a las variables antecedentes-consecuentes y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos del Síndrome de Burnout y a diferentes maneras de agruparlos.

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada de dichos modelos es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Socio cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural.

3.1.2.1 Modelos etiológicos basados en la Teoría Socio cognitiva del Yo

CARACTERISTICAS	
<p>Los modelos etiológicos le conceden gran relevancia a variables como el self, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto. Las variables personales son de mucha importancia en el inicio y proceso del SB, entre ellas tenemos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. • El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto. 	
REPRESENTANTES	
<p>Modelo de Competencia Social de Harrison</p>	<p>Los profesionales que empiezan a laborar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación para ayudar a los demás, pero habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán su eficacia.</p> <p>Entre los factores de ayuda y de barrera tenemos: la existencia de objetivos laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del sujeto y la institución, la capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad del rol, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, sobrecarga laboral, conflictos interpersonales,</p>

	<p>disfunciones del rol.</p> <p>Si existen factores de ayuda con una alta motivación los resultados serán beneficiosos; ya que aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social. Este sentimiento disminuirá si hay factores de barrera que dificultan el logro de meta. Si estas condiciones se prolongan en el tiempo puede aparecer el S.B.</p>
<p>Modelo de Pines</p>	<p>El SB es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con muy altas expectativas y alta motivación. El SB sería el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente y éste fracasa en su labor.</p> <p>Éste modelo motivacional, nos dice que un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el Síndrome de Burnout (SB).</p>
<p>Modelo de Autoeficacia de Cherniss</p>	<p>Según este modelo, 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 a una disminución de la autoeficacia percibida y, por último, al desarrollo del S.B.</p> <p>Por otro lado, los sujetos con fuertes sentimientos de la autoeficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar SB; porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras y creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.</p>
<p>Modelo de Thompson, Page y Cooper.</p>	<p>Existen 4 factores implicados en la aparición del SB:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La discrepancia entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto. • El nivel de autoconciencia. • Las expectativas de éxito personal. • Los sentimientos de autoconfianza. (que tiene un papel fundamental)

	<p>Plantea que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia de las discrepancias percibidas entre las demandas y recursos y pesimismo; se tiende a utilizar la estrategia de “retirada mental o conductual” de la situación amenazadora, como las conductas de despersonalización, la cuales tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.</p> <p>Se puede reforzar la autoconfianza para afrontar situaciones problemáticas y disminuir el riesgo de desarrollar el SB si el individuo tiende a adaptar sus expectativas optimistas de triunfo a la solución de las discrepancias.</p>
--	--

3.1.2.2. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

CARACTERISTICAS	
<p>Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout.</p>	
REPRESENTANTES	
<p>Modelo de Comparación social de Buunk y Schaufeli</p>	<p>Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del SB en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del SB: el primero se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y el otro a los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios

	<p>sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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>Respecto a los mecanismos y procesos de afiliación social y comparación con los compañeros de trabajo, los autores explican que los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros ante situaciones estresantes, por temor a ser catalogados como incompetentes.</p>
<p>Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy</p>	<p>La idea básica de este modelo radica en que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos y motivaciones, que es lo que ellos valoran. Entonces, el SB aparecería si éstos están amenazados, perdidos o cuando el sujeto invierte en sus recursos; pero no recibe lo que espera.</p> <p>Según esta teoría, para reducir los niveles de SB 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 SB. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomienda para prevenir el desarrollo de SB son las de tipo “activo”.</p> <p>De acuerdo con esta teoría, la exposición prolongada a las situaciones de demandas profesionales hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico; lo que es el componente central de SB. Por otro lado, los recursos ayudan a superar la necesidad de utilizar un tipo de afrontamiento defensivo, como la despersonalización. Además los recursos ayudan a promover la autoeficacia, lo que representa la dimensión de la Realización Personal en el S.B. Esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Hatinen, M & cols, 2004).</p>

3.1.2.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.

CARACTERISTICAS	
<p>Se basan en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que usan los trabajadores ante el SB. Explican que las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes están implicadas en la aparición del S.B.</p> <p>Este planteamiento sugiere que las causas varían según el tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Así, el SB se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el SB por falta de apoyo social (por disfunciones de rol y conflictos interpersonales).</p>	
REPRESENTANTES	
<p>Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter.</p>	<p>Señala una secuencia en la que la despersonalización es la primera fase del SB precipitando en la realización personal disminuida y, por último desarrolla un incremento del agotamiento emocional.</p> <p>Golembiewski (1986) subraya la importancia de las disfunciones del rol: pobreza, conflicto y ambigüedad del rol para entender la etiología del S.B. En 1988, Golembiewski y cols. sugieren que el S.B. es un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • En la 1ra. fase se desencadena el estrés por la sobrecarga laboral y pobreza del rol provocando pérdida de autonomía. Esto genera irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. • En la segunda fase el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Estas pueden ser constructivas o no, dependiendo de su naturaleza. Si se

	<p>desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el SB.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La tercera se caracterizará por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional. <p>Golembiewski y Cols (1988) entienden el desarrollo de esta secuencia en ocho fases en un proceso de virulencia progresiva, la que permite realizar una clasificación de los sujetos y de los grupos en el continuo del desarrollo del SB. Defienden que la aparición del SB puede ser crónico o agudo y se da en cualquier tipo de trabajo, no necesariamente en las profesiones de cara a otra persona.</p>
<p>Modelos de Cox, Kuk y Leiter.</p>	<p>Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el SB 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 punto también intervienen los distintos significados que el sujeto le atribuye al trabajo o las posibles expectativas frustradas en el ámbito laboral. Otro antecedente del SB es lo que Cox y cols (1993) denominan "salud de la organización". Éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización (estructuras, políticas, procedimientos, cultura, etc.).</p>
<p>Modelo de Winnubst</p>	<p>Este modelo adopta la definición de SB propuesta por Pines y Aronson (1988) y plantea que el SB surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del SB estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional.</p> <p>Winnubst (1993) explica que la cultura de la organización está determinada por su estructura y por lo tanto, los antecedentes del SB variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción</p>

	<p>del sujeto respecto la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de Burnout. Este autor, al igual que Golembiewski y cols (1983; 1986) defiende la postura que el SB puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda.</p> <p>En España, Gil-Monte y Peiró ha elaborado un modelo interactivo sobre la etiología, antecedente y consecuente del S.B.</p>
--	---

3.1.2.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural.

CARACTERISTICAS	
<p>Basados en los modelos transaccionales, tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del SB de manera integral. Plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas de la propia persona y su capacidad de respuesta.</p> <p>El modelo transaccional es uno de los más aceptados actualmente para explicar tanto el surgimiento como las respuestas personales ante el estrés, teniendo aplicación tanto al estrés laboral como a otras situaciones y experiencias estresantes (Lazarus y Folkman, 1984; Soucase, Soriano y Monsalve, 2005).</p>	
REPRESENTANTES	
<p>Modelo de Gil – Monte y Peiró</p>	<p>Explica el SB tomando en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ej. la falta de salud, baja satisfacción laboral,</p>

	<p>pasividad, evitación, etc.). Distingue dos perfiles en el proceso del Burnout,</p> <p>Perfil 1: Se caracteriza por la presencia de baja ilusión en el trabajo., junto a altos niveles de desgaste síquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa.</p> <p>Perfil 2: Constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el síndrome de Burnout. Además de los síntomas anteriores, los individuos también presentan sentimientos de culpa. Estos síntomas pueden ser evaluados mediante el (Cuestionario para la evaluación del síndrome de Burnout (CESQT).</p> <p>Fuente: Acta colombiana de psicología 10 (2): 117-125, 2007</p>
<p>Teoría ecológica del Desarrollo Humano</p>	<p>En esta teoría participan autores como Bronfenbrenner y Moas. Luego fue utilizada por Carroll (1979) y Carroll y White (1982) para hacer un análisis de las causas del desgaste profesional. El SB es un desajuste ecológico entre los distintos ambientes en los que de manera directa o indirecta, la persona participa. Cada uno de estos contextos (familiar, político, económico, etc.) tiene su propio código de relaciones, normas y exigencias que en ocasiones se interfieren entre sí. En esta línea están las ideas de Cherniss (1982) quien opina que son las tendencias culturales, políticas y económicas las que han cambiado dramáticamente orientándose en la actualidad hacia una valoración excesiva del éxito en el trabajo y la productividad, sin tener muy en cuenta el factor humano. Más que existir unas creencias o ideales que inspiren las actuaciones, lo que predomina es el escepticismo.</p> <p>El joven profesional suele ser el más perjudicado porque se encuentra con una falta de preparación para la que no va a encontrar un espacio adecuado de expresión ya que lo que prima en el ambiente laboral es la eficiente ejecución.</p>

3.1.3. Delimitación histórica del síndrome de Burnout

El término Burnout data de 1974 y fue adoptado por el psiquiatra Herbert Freudenthal para describir el estado de agotamiento y depresión en el personal que trabajaba junto a él, en una clínica para toxicómanos en Nueva York (Moriana y Herruzo, 2004; Gil-Monte, 2002a; Ordenes, 2004).

Según lo plantean Diéguez, Sarmiento y Calderón (2006): “Freudenthal observó que en la mayoría de los voluntarios de la clínica había una progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo.” Sin embargo, el primero en usar el término fue Graham Greene en una publicación en 1961 “A Burnout Case”, en la que se narra la historia de un arquitecto atormentado espiritualmente que decide abandonar su profesión y retirarse a la selva africana. En 1901 Thomas Mann, en su novela *The Buddenbrooks*, se refiere ya a este concepto. En esta obra se relata la decadencia de una familia y las características del Burnout están implícitas en las características de un personaje del cual toma el nombre su obra.

En 1976 Cristina Maslach dio a conocer el síndrome de Burnout de forma pública dentro del Congreso Anual de la Asociación de Psicología (APA); refiriéndose a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de servicios humanos, es decir el hecho de que después de meses o años de dedicación estos trabajadores terminaban “quemándose”. Pero el concepto de Burnout de las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson apareció en 1981 luego de varios años de estudios empíricos, quienes lo describieron como “un síndrome de estrés crónico que se manifiesta en aquellos profesionales de servicios caracterizado por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o dependencia”.

Según Moriana y Herruzo (2004), el término Burnout ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la conceptualización establecida por Maslach en 1982, el cual se define como una respuesta de estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en

el trabajo. Estos 3 factores se miden a través del “Maslach Burnout Inventory” (MBI) que mide el Burnout en educadores y personal de los servicios humanos (enfermeras, médicos, psicólogos, etc.).

La definición de Farber (1983) donde explica la relación del Burnout con el ámbito laboral: “El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del autoconcepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima.”

Gil-Monte (2005) aclara que el síndrome de Burnout debe entenderse como una forma de acoso psicosocial en el trabajo muy distinta al acoso psicológico o mobbing. El mobbing es un estresor laboral ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico donde existe un acosado y un acosador, mientras que el Burnout (acoso psicosocial) es una respuesta a los estresores crónicos laborales.

Por otro lado Moreno y Peñacoba (1999), al hacer una diferenciación del estrés y el Burnout argumentan textualmente lo siguiente: “El Burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo. El exceso de trabajo no provoca sin más el Burnout de la misma manera que un trabajo escasamente estresante pero desmotivador puede llevar al Burnout. Desde esta perspectiva el Burnout no es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue al abandono de intereses que un determinado momento fueron importantes para el sujeto”. Seguidamente Shiron (1989 citado en Moreno y Peñacoba, 1999) consideraba al Burnout como una forma de cansancio cognitivo.

3.1.4. Poblaciones propensas al Burnout

Desde la aparición del concepto del Síndrome de Burnout en los últimos treinta años, se ha desarrollado en todo el mundo centenares de estudios sobre esta patología

laboral. Desde los primeros estudios que se centraron en profesionales de la salud y servicios humanos se ha pasado a estudiar rápidamente muestras poblacionales de educadores hasta llegar a funcionarios de prisiones, policías, estudiantes, militares, administradores, entre otros.

Golembiewski et al. (1983, 1986; citados en Guerrero 2000) afirman que el Burnout afecta a todo tipo de profesiones y no únicamente a las organizaciones de ayuda. De hecho, gran parte de sus investigaciones emplean como muestra a directivos, vendedores, etc. Ejemplos de este tipo de estudios en diferentes profesiones se puede observar en el siguiente cuadro:

Estudios realizados sobre el Burnout en distintas profesiones

autor	Año	Profesión, objeto de estudio
Nagy	1985	Secretarias
Smith et al.	1986	Bibliotecarios
Sarrs y Friesen	1987	Administradores
Leiter	1991	Trabajadores de salud mental
Nye et al.	1992	Trabajadores de las FF.AA.
Lee y Asforth	1993	Supervisores y directores
Piedmont	1993	Terapeutas ocupacionales
Sandoval	1993	Psicólogos
Burke	1993	Policías
Burke y Greenglass	1994	Personal de educación
Leiter et al	1994	Militares
Price y Spence	1994	Trabajadores sociales
Deckaud et al.	1994	Médicos
Leiter y Dorup	1994	Personal sanitario
Gupchup et al.	1994	Farmacéuticos
Burke y Greenglass	1994	Educadores
Buendía y Requelme	1995	Vigilantes penitenciarios
Balogun et al.	1995	Estudiantes
Gil Peiró	1996	Trabajadores de centros ocupacionales
Martín et al.	1996	Enfermeras
Salgado et al.	1997	Profesores

Cuadro de estudios realizados sobre el Burnout en diferentes profesiones

Fuente: Piñeiro et. Al. 2006

3.1.5. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout

El Burnout desarrolla secuencialmente la aparición de rasgos y síntomas globales. En cierta medida varía de una persona a otra. Estas variaciones han influido entre algunos autores en el momento de definir el síntoma que se presenta, la secuencia del proceso, el protagonismo que se concede a cada síntoma en el tiempo, la explicación de los mecanismos explicativos y la intervención a seguir. En este sentido, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Algunos de estos autores son: Manzano (1998), Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin y Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter y Maslach (1988), Pines y Aronson (1988), Cherniss (1982, 1980), Edelwich y Brodsky (1980), entre otros.

Para Edelwich y Brodsky (1980) el desarrollo del Burnout tiene cuatro etapas distintas en profesiones de ayuda:

- *Etapas de idealismo y entusiasmo:* Constituye la fase inicial. El individuo posee alto nivel de energía para el trabajo, expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona posee involucramiento excesivo con la clientela y sobrecarga de trabajo voluntario. Al inicio de su carrera, el profesional se encuentra bastante movilizado por motivaciones intrínsecas. Hay una supervalorización de su capacidad profesional, no reconociendo límites internos y externos que pueden influenciar el trabajo ofrecido al cliente. La frustración de las expectativas de esta etapa lo lleva al sentimiento de desilusión, haciendo que el profesional pase a la etapa de estancamiento.
- *Etapas de estancamiento:* Ésta supone una disminución en las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus experiencias, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a darse cuenta de que necesita realizar algunos cambios pasando a repensar su vida profesional. Las dificultades en superar esta fase pueden hacer que el profesional se mueva a la etapa de apatía.

- *Etapa de apatía:* Se considera a ésta el núcleo central del Burnout. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés. Empiezan a surgir los problemas emocionales, comportamentales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la decisión frustrante. El contacto con el cliente es evitado, ocurren las faltas al trabajo y en muchas situaciones se da el abandono de éste o inclusive de la profesión. Estos comportamientos comienzan a volverse constantes y abren el camino para la etapa de distanciamiento.
- *Etapa de distanciamiento:* La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. Hay una inversión del tiempo dedicado al trabajo con relación a la primera etapa. En lugar del entusiasmo e idealismo inicial, la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de ser inadecuado posee compensaciones (sueldo) que justifican la pérdida de la satisfacción (Edelwich y Brodsky, 1980).

Por otra parte, Cherniss (1982) postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases: estrés, agotamiento y afrontamiento defensivo.

- *Fase de estrés:* Consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos.
- *Fase de agotamiento:* Se refiere a la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio. El trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.
- *Fase de afrontamiento:* Esta fase implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El modelo de Farber (1991) describe seis estadios sucesivos:

- Entusiasmo y dedicación.
- Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
- No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas.
- Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo.
- Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales.
- Agotamiento y descuido.

La gran mayoría de los estudios confirman que el Síndrome de Burnout es un estado crónico de agitación física, cansancio emocional y mental que aparece en la persona como consecuencia de la acumulación de las exigencias del trabajo (Goddard, O'Brien y Goddard, 2006; Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001) y lo definen siguiendo a Maslach y Jackson (1981) como un síndrome cuyas dimensiones principales son el cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal en el trabajo.

En este sentido, se considera que el Burnout es un proceso (e.g., Maslach y Jackson, 1981; Lee y Ashforth, 1996) que se inicia con una serie de síntomas psicósomáticos y psicológicos, similares a las reacciones que resultan de la exposición a situaciones de carácter estresante durante un tiempo prolongado, tales como ansiedad o la falta de energía (e.g, Bacharach, Bamberger y Conley, 1991). Estos síntomas se agrupan bajo el término agotamiento emocional, considerado la dimensión inicial y central del proceso de Burnout (Moreno-Jiménez, Garrosa, Rodríguez-Carvajal, Martínez-Gamarra y Ferrer, 2009; Toppinen-Tanner, Kalimo y Mutanen, 2002). Seguidamente, se daría un sentimiento de despersonalización (denominado cinismo) caracterizado por mantener la distancia con respecto a los clientes o usuarios que reciben el servicio prestado, en un intento por amortiguar el impacto emocional de las condiciones laborales estresantes a las que se está expuesto y poder hacer frente a las altas demandas psicológicas que conllevan (Halbesleben y Demerouti, 2005; Melamed, Shirom, Toker, Berliner, y Shapira, 2006). Finalmente el individuo reconoce la discrepancia entre su actitud y rendimiento presente y las expectativas que tenía inicialmente, lo cual desemboca en un sentimiento de inadecuación profesional o falta de realización personal (Maslach et al., 2001).

Por tanto, como indican Moreno-Jiménez, González-Gutiérrez y Garrosa (2001) se desencadenan diversas reacciones de carácter emocional (e.g., indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los demás y supresión de sentimientos), cognitivo (e.g., pérdida de significado, pérdida de valores y de expectativas, modificación del autoconcepto, desorientación cognitiva, pérdida de la creatividad, distracción y criticismo generalizado), conductual (e.g., evitación de responsabilidades, absentismo, conductas inadaptativas, desorganización, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas) y social (e.g., evitación de contactos, conflictos interpersonales, malhumor familiar, aislamiento, formación de grupos críticos y evitación profesional). De esta forma no es de extrañar que el Burnout se haya relacionado de manera consistente con una menor satisfacción, bienestar y salud de los trabajadores así como un menor rendimiento de los equipos de trabajo y la organización en su conjunto (véase, Gil-Monte y Moreno-Jiménez, 2007; Gillespie, Walsh, Winefield, Dua y Stough, 2001; Maslach et al., 2001).

A diferencia del modelo expuesto, Golembiewski y cols. Plantea un modelo en el cual destacan que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos: vendedores, directivos, maestros, etc. También explican que el Burnout es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral.

Hatinen y cols (2004) proponen, a partir de estudios empíricos sobre los patrones del S.B. una secuencia de desarrollo de sus síntomas. Estos autores explican que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del S.B., mientras que el cansancio emocional y el cinismo representan las fases más avanzadas.

3.1.6. Características, causas y consecuencias del Burnout

3.1.6.1. Características

Las características que definen al Burnout son:

- Estrés crónico progresivo que se desarrolla a lo largo de uno a tres años. Se pierden las razones y las motivaciones que justificaban la dedicación y el esfuerzo.
- No acostumbra generarse por sobrecarga cuantitativa de trabajo, sino a partir de elementos de carácter cualitativo.
- Las personas afectadas están previa y fuertemente motivadas por su tarea.
- Los primeros síntomas son la disminución de la eficacia y eficiencia, con sensación de cansancio físico y emocional injustificado, seguido del empobrecimiento de las relaciones personales, que dan lugar a un aumento del absentismo mental (desconexión de las tareas) y absentismo físico, con retrasos progresivamente superiores en reincorporarse al lugar de trabajo y aumento de errores y quejas.
- No se recupera el estado habitual con el descanso, como sería el caso de la fatiga «lógica» derivada de ciertos esfuerzos claramente identificados u otras formas de estrés.
- Su diagnóstico es válido y fiable, si lo llevan a cabo profesionales de la salud laboral o clínica mediante cuestionarios y entrevistas.
- Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia por varias razones: en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión cognitiva y que es por lo que se caracteriza este síndrome.

3.1.6.2. Causas

Por antecedentes del síndrome de Burnout entendemos aquellas variables que originan o facilitan el proceso de desgaste profesional. Estos factores pueden agruparse bajo dos perspectivas: la organizativa y la personal. Al hilo de este asunto, es necesario destacar la idea de que el Burnout debe concebirse como un proceso de

desgaste cuyo origen se sitúa fundamentalmente en el entorno laboral y no tanto en la persona, de tal forma que son los factores organizativos los que desencadenan el síndrome mientras que los factores individuales actúan facilitando o inhibiendo el mismo.

a. Factores organizativos

Los factores organizativos hacen referencia a las condiciones de la organización y las particularidades de ésta como entorno laboral del profesional. De ellos encontramos desencadenantes potenciales de Burnout como los siguientes: conflicto de rol, ambigüedad de rol, sobrecarga laboral, falta de control, bajo apoyo organizacional, mal clima relacional y escasas recompensas.

Dentro de la teoría del rol, se entiende por rol laboral lo que se espera (expectativas y demandas) de las personas que trabajan en esa institución. Esta visión de los contextos laborales permite interpretar como antecedente del síndrome de Burnout el denominado conflicto de rol (Capel, 1987; Gil- Monte, 2005), el cual es padecido por el profesional bien cuando sus tareas son contradictorias o bien cuando sus expectativas de actuación son incompatibles con las demandas de las personas que le rodean, lo que significa que no es un conflicto entre personas sino un conflicto entre las expectativas del propio profesional y las expectativas de las personas del entorno laboral. Desde este punto de vista no cabe duda que el conflicto de rol es una variable generadora de estrés, pudiendo agravar el desgaste del profesional.

En el caso de la ambigüedad de rol, (Capel, 1987; García, Castellón, Albadalejo y García, 1993) la persona no tiene claro cuáles son sus funciones ni cómo debe proceder ni en qué momento, con la consiguiente inseguridad que esta circunstancia genera. Es una fuente de estrés que se origina bajo diferentes circunstancias: falta de experiencia de la persona, improvisaciones administrativas, deficientes canales institucionales de comunicación, etcétera.

Otra variable que guarda gran relación con el estrés laboral y de conocida influencia sobre el síndrome de Burnout es la sobrecarga laboral (Carretero, Oliver, Toledo y Regueiro, 1998; Maslach y Leiter, 1997; Schaufeli y Enzman, 1998). Esta es

vivenciada por la persona cuando percibe un exceso de tareas o funciones como las siguientes: reuniones, trámites burocráticos, elaboración de documentos, etc.

Por otra parte, la sensación de falta de control también origina Burnout (Lee y Ashford, 1991; Maslach y Leiter, 1997; Schwab, Jackson y Shuler, 1986). En esta ocasión la persona siente que no tiene control sobre los resultados de su trabajo y que no tiene suficiente autonomía para administrarse como a él le gustaría.

El bajo apoyo organizacional hace referencia al mayor o menor respaldo ofrecido por los compañeros o superiores y refiere tanto al apoyo emocional como al conductual o técnico. El apoyo organizacional modula el Burnout (Eastburg, Williamson, Gorsuch y Ridley, 1994; Elloy, Terpening y Kohls, 2001; Greenglass, Burke y Konarski, 1998; Maslach et al., 2001) de tal forma que la persona que no se siente apoyada por sus compañeros o por la administración, tiene mayor probabilidad de padecer el síndrome.

También se sabe que un antecedente del Burnout es el mal clima relacional (Bakker et al., 2000; Dick y Wagner, 2001; Maslach et al., 2001). Al respecto, las relaciones laborales conflictivas no satisfactoriamente resueltas y el posible contagio de la negatividad y el pesimismo que pueda derivarse de los conflictos, son causa de Burnout en la persona. Esto nos avisa de la importancia que tiene el fomentar ambientes de trabajo en los que impere la motivación y no el desánimo.

Otro desencadenante de Burnout radica en el hecho de que la persona esté poco recompensada. Hay dos tipos de recompensas: las extrínsecas, que tienen que ver con la retribución económica, la seguridad y el prestigio y las intrínsecas, relacionadas con el disfrute de la propia tarea (Maslach y Leiter, 1997). Desde este punto de vista, la persona que no se sienta recompensada de alguna manera, extrínsecamente o intrínsecamente, inevitablemente irá perdiendo ilusión por desempeñar su función.

b. Factores personales

El Burnout es un síndrome laboral no personal. Esto significa que son los factores organizativos que acabamos de analizar los principales desencadenantes del síndrome. Sin embargo existen otras variables que actúan moderando o

incrementando las circunstancias desfavorables del trabajo que es lo que entendemos como factores personales, los cuales refieren a las propias características del individuo.

Algunos de estos factores son los siguientes: no resistencia, patrón de personalidad tipo «A», locus de control externo, personalidad con rasgos neuróticos, estilo de afrontamiento de evitación o escape y baja autoeficacia.

Las personas con personalidad resistente (hardiness) son aquellos que: a) tienen una actitud de compromiso o tendencia a implicarse plenamente en sus funciones; b) interpretan la vida y las situaciones estresantes como un desafío o forma de desarrollo personal, para lo cual es necesario mantener una actitud cognitiva de apertura o flexibilidad ante las nuevas situaciones y c) sienten que en general, ellos controlan su vida (Chan, 2003; Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002). Podemos inferir que el individuo con una personalidad no resistente tienen mayor facilidad de padecer Burnout.

El patrón «tipo A» es un rasgo de personalidad que encontramos en los trabajadores con una ambición ilimitada y una excesiva necesidad de logro. Desde esta perspectiva, la conducta de las personas con dicho patrón de comportamiento refleja cuatro características: competitividad, sobrecarga laboral, impaciencia y hostilidad. Estos elementos ocasionan que los trabajadores estén altamente estresados y que sean vulnerables no sólo al Burnout sino también a patologías cardiovasculares (Hernández y Olmedo, 2004; Nowack, 1986; Sandín, Santed, Chorot y Jiménez, 1998).

De la relación entre locus de control y desgaste profesional nos hablan distintos autores (Buendía y Riquelme, 1995; Hernández y Olmedo, 2004). El locus de control puede ser interno o externo. Cuando el profesional considera que lo que acontece en su vida depende de su propia actuación se dice que tiene un locus de control interno, mientras que la persona con locus de control externo cree que elementos como la suerte o la casualidad son los que determinan el destino. Concluimos al respecto que las personas con locus de control externo son más propensas al síndrome de Burnout.

A grandes rasgos, el neuroticismo puede entenderse como un tipo de personalidad caracterizado por inestabilidad emocional y estados de ansiedad (Brody y Ehrlichman, 2000; Errasti ,2002), de lo que postulamos que las distintas dimensiones del síndrome

son moduladas por este importante factor. En consecuencia, la persona con rasgos de personalidad neurótica mostrará mayor fragilidad ante el cansancio emocional, la baja realización y la despersonalización.

c. Consecuencias

Las consecuencias del Síndrome de Burnout afectan tanto al individuo como a la organización, ya que es un síndrome que se da en un contexto laboral. Por lo tanto se pueden analizar sus implicaciones desde un punto de vista individual y organizacional. Existe un problema en la diferenciación entre los síntomas del Burnout y las consecuencias como resultado de la confusión propia de la delimitación y definición del constructo. La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach: 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional como los relacionados con la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad.

Los síntomas cognitivos son de gran importancia por varias razones. En el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión cognitiva y que es por lo que se caracteriza este síndrome. Las consecuencias giran en torno a las dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.

La segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout (el cinismo), se refiere a la autocrítica, autosabotaje, desconfianza y desconsideración hacia el propio trabajo. El área conductual hace referencia a la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto son la pérdida de acción preactiva y el consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y en general, hábitos dañinos para la salud.

Las consecuencias sociales apuntan sobre la organización donde el sujeto trabaja, ya que el S.B. puede llevar a que la persona quiera aislarse y evite la interacción social. La persona sufre y la empresa también paga un alto costo pues trae como consecuencia el cinismo, retrasos, disminución de productividad, absentismo, rotación

del personal, disminución del rendimiento físico y psicológico, disminución con el compromiso, afectaciones en la calidad del trabajo realizado, accidentes, intención de abandonar el trabajo, indemnizaciones por conceptos de reclamación o certificados médicos, etc.

Las manifestaciones fisiológicas pueden cubrir síntomas como las cefaleas, dolores musculares (sobretudo dorsal), dolores de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz y del apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación y tensión; deteriorando sus interacciones personales.

3.1.7. Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout

El síndrome de Burnout agrupa a un conjunto de síntomas psicológicos y físicos que van evolucionando en el tiempo debido a la interacción de factores internos (variables de personalidad) como externos (entorno laboral), pero en definitiva el entorno laboral es decisivo en la etiología de los síntomas y su curso. Y a la par con las condiciones de trabajo, los recursos personales con que cuente el individuo o la forma como la persona interprete o maneje las situaciones influyen en la frecuencia e intensidad del síndrome (Gil-Monte, 2005).

En países desarrollados donde se ha encontrado alta prevalencia de Burnout como España, Holanda y Austria, según D. Van Dierendonck (comunicación personal, 12 de marzo, 2007), la investigación del fenómeno del Burnout ha sido liderada por especialistas en psicología clínica laboral quienes intervienen considerando elementos teóricos de la psicología positiva como recovery, flow y personalidad resistente. Por otra parte, en la actualidad se puede contar con procesos de intervención interdisciplinarios (médico o psiquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y empresa) donde se sugieren ajustes organizacionales (estrategias organizacionales), el apoyo entre compañeros de trabajo (estrategias grupales) y el tratamiento individual (estrategias individuales) (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, 2003), las cuales se abordarán más adelante.

A nivel individual es necesario modificar y/o desarrollar actitudes o habilidades que permitan mejorar la capacidad de los profesionales para enfrentar las demandas de su trabajo. Se trata de actividades externas al trabajo como mantener relaciones personales, familiares y de compromiso social y que hagan relevancia concretamente en los siguientes aspectos: Lograr que la persona diferencie de forma clara la vida profesional de la vida personal, trabajar el autocontrol frente a la presión laboral, tratar que la persona no se implique emotivamente, saber decir NO, tratar que la persona aprenda a poner límites a la sobrecarga de trabajo a través de la organización del tiempo, concienciar a la persona para visitar al profesional idóneo cuando empiece a percibir los síntomas y descansa tras un esfuerzo prolongado, independientemente de los resultados obtenidos (Gil-Monte & Peiró, 1997; Gil-Monte, 2003).

Como estrategias preventivas en el nivel organizacional, se considera importante combatir las fuentes de estrés que genera el trabajo mediante la variedad y la flexibilidad de las tareas. Además es importante la realización de programas educativos en los cuales se resalte la conformación de equipos de trabajo, de modo que la persona participe en los procesos organizacionales y que a su vez tenga un adecuado reconocimiento por la labor que desempeñan mediante refuerzos sociales. Con esto buscamos aumentar su nivel de compromiso con la institución, lo que eventualmente podría verse reflejado en una mayor productividad y una mejor calidad de los servicios prestados.

De igual manera consideramos importante evitar en la medida de lo posible la sobrecarga laboral y burocrática del profesional, mejorar los canales de comunicación institucionales consensuando aquellas decisiones susceptibles de generar conflicto y ambigüedad de rol, dotar a las personas de mayor control y autonomía sobre la gestión de su trabajo, ofrecer el máximo apoyo institucional sin que ello signifique menoscabar la exigencia del cumplimiento de obligaciones; articular políticas de reconocimiento social y económico e intervenir con un programa de modificación de conducta en el caso de padecer Burnout.

De esta manera todas las estrategias deben apuntar a evitar y disminuir el estrés laboral y con ello la probabilidad que se desarrolle el síndrome de Burnout (Vinaccia & Alvarán, 2004).

3.2. Conceptualizaciones de las Variables de la Investigación

3.2.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

3.2.1.1. Variables de riesgo y protectoras

a. Variables extra- laborales y socio- laborales.

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.

Se plantea que el apoyo social, tanto el recibido como el percibido, es una variable importante moderadora 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. (Manassero & cols, 2003, Hombrados, 1997). House (1981) ha clasificado varias fuentes de apoyo social: pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda. (Manassero& cols., 2003).

- **Variables sociales extra- laborales**

Se refieren a las relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repeti (1989), el apoyo familiar en el hogar, mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria.

También se ha estudiado que un bajo apoyo social junto con altas demandas laborales y bajo control da lugar a problemas en la salud del trabajador. En general, el apoyo no sólo amortigua sino que puede proteger de la aparición de trastornos físicos y mentales, ya que éste fomenta la salud independientemente del nivel de estrés del trabajador y protege a las personas de los estresores del ciclo vital.

- **Variables socio laborales.**

El apoyo social del grupo de trabajo es uno de los importantes para reducir o prevenir el estrés y si las relaciones interpersonales en el trabajo son percibidas de forma negativa, pueden desencadenar niveles considerables de agotamiento. Entre los elementos estudiados en este ámbito se destacan la densidad social en el lugar de trabajo y la calidad de las relaciones de trabajo.

Se explica que cuando la densidad de personas en el área de trabajo es excesiva puede contribuir a la insatisfacción laboral y a la disminución de la comunicación. De igual manera, cuando las relaciones están deterioradas por falta de confianza y apoyo o conflictos y competitividad entre compañeros de trabajo, el efecto estresor de otros estímulos laborales son mucho más poderosos (sobrecarga de trabajo, conflicto de rol, etc.).

Otros tipos de relaciones bilaterales que pueden ser una fuente potencial de estrés son aquellas en las cuales se tienen subordinados y sobre todo, si se intenta combinar un liderazgo participativo con altas exigencias de producción, al delegar autoridad y compartir la responsabilidad y cuando se mezcla el mantenimiento de autoridad con el miedo a perderla. A nivel grupal, se mencionan un sinnúmero de características en el clima social de la organización que colaboran al desarrollo del Burnout, por ejemplo: poca colaboración entre compañeros, falta de cohesión grupal, presiones de grupo, conflictos en el seno del grupo que pueden estresar a los que no están implicados, coaliciones, etc. Estas situaciones dificultan la cooperación y el apoyo social en el grupo y por lo tanto, la adaptación del profesional en el lugar de trabajo.

En general, el apoyo social reduce o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas. La ausencia de éste, al contrario, puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores.

- b. Variables Organizacionales.**

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. De las demandas cualitativas se ha estudiado los efectos estresantes de los trabajos de riesgo y peligros (bomberos, policías, etc.) y los efectos adversos de la monotonía y simplicidad del trabajo. El trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asociado con insatisfacción, ansiedad y problemas somáticos. También se ha concluido que el control industrial y las tareas de control demandan continua atención y son potencialmente estresantes.

Dicho control se relaciona directamente con los niveles de responsabilidad y si se produce un exceso de estos niveles sería una fuente potencial de estrés. Por ej., si los errores de control incluyen la calidad o coste del producto o la seguridad de los trabajadores. Otras formas de responsabilidad pueden ser requerimientos de viajes constantes, demandas que implican relacionarse fuera de horas de trabajo, responsabilizarse personalmente de otras personas, responder a las necesidades interpersonales y emocionales de otros, etc. En síntesis el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales.

Los niveles bajos de control laboral, autonomía, libertad de decisión o juicio en la organización pueden ser factores de estrés e insatisfacción laboral para el trabajador. El grado de control percibido tiene una relación positiva con la satisfacción laboral, la autoestima, la competencia, el compromiso, rendimiento y motivación. Su ausencia se ha correlacionado con diversos efectos negativos como síntomas somáticos, estrés emocional, depresión, ansiedad, nervios, estrés de rol, absentismo, movilidad. Es importante distinguir que el grado de control en las incidencias intrínsecas del trabajo

(planificación, temporalización, elección de métodos, etc.), son más importantes en los efectos de estrés que los extrínsecos (salario, política de la organización, mejoras sociales, etc.), aunque no quiere decir que ambas no se relacionen con la satisfacción laboral. A esto hay que añadirle que las características de la tarea y preferencias personales de trabajo influyen en qué grado es positivo el control personal sobre el ritmo de trabajo, ya que si un trabajador no tiene las habilidades para manejar el control, esta variable puede tener efectos estresantes en el sujeto.

La posibilidad de uso y desarrollo de habilidades y destrezas en el trabajo promueven la satisfacción laboral. Por lo tanto, se concluye que en general un trabajo activo con alta demanda y alto control promueve nuevas habilidades y conductas de afrontamiento. Sin embargo, se recomienda analizar las preferencias personales y recursos personales en relación con las demandas del puesto de trabajo cuando se trata de prevenir el estrés laboral.

Entre las características contextuales de la organización que han sido estudiadas en el ámbito del estrés laboral se destacan: la cultura organizacional y ética, estilo de la dirección, estructura jerárquica, implicación de los sindicatos, seguridad en el trabajo, perspectivas de la trayectoria laboral, salario, ambiente físico, aspectos temporales del trabajo e interferencia entre actividades de trabajo y aquellas que no son trabajo. Del análisis de estas variables se pueden apreciar algunas conclusiones. Respecto al entorno físico laboral, los principales estresores están relacionados con el nivel de ruido y vibraciones, la iluminación, el clima físico (temperatura ambiente, humedad, viento y radiación), la higiene (limpieza, sanitarios, ventilación), hacinamiento, aislamiento, espacio disponible para el trabajo, hasta la toxicidad, condiciones climatológicas y todas las variables relacionadas con el análisis ergonómico.

Otro elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo, gran cantidad de horas extraordinarias o jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan con calidad de sueño, ajuste cardiaco, quejas de salud, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales, ambientales y

características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo.

Uno de los temas laborales de mayor investigación es la definición de roles laborales como el resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a una ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desemboca en estrés del rol. Dicho estrés causa tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo. Existen ciertos tipos de trabajo que son más vulnerables al estrés de rol como aquellos de roles limítrofes, de niveles jerárquicos intermedios y los puestos poco definidos.

La preocupación por el desarrollo profesional puede ser fuente de estrés, ya que las personas aspiran a progresar y a alcanzar ciertas metas y expectativas. Uno de los factores más estresantes es la falta de promoción. Cuando las expectativas de carrera son altas, la falta de oportunidades de promoción en la organización agrava la situación del trabajador. Pero también hay que considerar que si la promoción llega cuando aún no se la espera puede generar estrés. Ante estas cuestiones se planteó una serie de fases en la carrera junto a estresores específicos: la fase inicial, la de consolidación, la de mantenimiento y la de preparación a la jubilación.

En la fase inicial se define por la sorpresa y el choque de las expectativas y la realidad. La siguiente fase tiene como estresores los esfuerzos por la consolidación y por el equilibrio entre las demandas laborales y la familia; en la fase de mantenimiento estresan al trabajador las posibilidades de estancamiento de la carrera, la reducción en el ritmo de progreso y el fracaso a nivel personal. Por último, la fase de preparación a la jubilación se caracteriza por el temor y la incertidumbre respecto a la jubilación, el descenso de las facultades físicas y mentales, las dificultades para mantenerse actualizado o las preocupaciones del nivel de desempeño. Entre otros estresores laborales también se destaca la inseguridad laboral. Por ej.: inestabilidad laboral y el miedo a ser despedido. En estas situaciones el trabajador está más expuesto a otras fuentes de estrés, ya que puede aceptar sobrecargas en el trabajo con el objetivo de aumentar la seguridad en el trabajo.

La inseguridad laboral tiene impacto negativo en la satisfacción laboral, la salud, las relaciones conyugales y familiares y la autoestima. Y las variables mediadoras de

dicho impacto serían el grado de dificultad financiera, el apoyo social, las diferencias individuales y condiciones del mercado laboral. Las políticas de personal de la empresa como las recompensas, los ingresos, el respeto hacia las destrezas del trabajador, la participación de éstos en la toma de decisiones, la política de contratación, el grado de formalización y burocratización de la organización y el tipo de supervisión son factores a tomar en cuenta para prevenir el SB; ya que un mal manejo de estos pueden dificultar el funcionamiento de la empresa y ocasionar niveles de estrés considerables en los trabajadores.

c. Variables personales.

- *La edad del sujeto* en relación con el grado de experiencia en su profesión. Parece ser que cuando los años avanzan, se va adquiriendo mayor seguridad en las tareas y menor vulnerabilidad a la tensión laboral según Cherniss (1982); Maslach (1982). Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos períodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome.

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el período en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, aprendiéndose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas.

- *Sexo y variables familiares.* Según el estudio de Maslach y Jackson (1985) las mujeres sobrellevan mejor que los hombres las situaciones conflictivas en el trabajo. Las mujeres son el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los sanitarios por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. En el

año 1985, Freudenberg y North publicaban su libro dedicado a las mujeres "que han atendido a todo el mundo excepto a sí mismas".

Estos autores son de la opinión de que el colectivo femenino es el que viene a engrosar las filas de los profesionales con Burnout, ya que hacen frente a una sobreabundancia de tareas laborales y domésticas. Su propósito es ayudarles a reflexionar sobre sus situaciones de tensión y motivarlas a que efectúen cambios en su estilo de vida que les devuelvan sus energías perdidas y una visión positiva de sí misma y el mundo.

En cuanto a las variables familiares como el estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome de Burnout más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime. Al parecer, las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome de Burnout, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

- *Tipos de Personalidad:* Los tipos de personalidad de los profesionales de los servicios humanos fueron hallados marcadamente diferentes en relación con los sujetos de otras ocupaciones, según el estudio de McCaulley (1981). De acuerdo con este mismo trabajo, Keen (1982) y Myers y McCaulley (1985) afirman que tanto en los servicios sanitarios como en los educativos, domina el "tipo emocional" frente a una personalidad de "tipo racional", con una proporción de alrededor de 80/20%. Las personas del primer tipo tendrían más desarrollada la sensibilidad hacia materias relacionadas con el trato humano, así como una necesidad de actividades corporativistas, de afecto y entusiasmo. Dentro del segundo tipo estarían los sujetos que desarrollan un gran poder de análisis, objetividad y mirada lógica de los sucesos junto con un gran escepticismo.

La personalidad del individuo parece influir no sólo en la manifestación del síndrome de Burnout sino también en la predisposición del sujeto a él. De las dos tipologías

relatadas, Garden (1989) comprueba que las excesivas demandas emocionales pueden ser una importante causa del agotamiento profesional en las personalidades emotivas que son las que predominan en los servicios humanos.

Cherniss (1980) afirmaba que son los "activistas sociales" los sujetos con más probabilidades de "quemarse". Llamaba así a aquellos sujetos que trataban de ir más en su trabajo, ofreciendo incluso ayuda individual a sus pacientes. Los calificaba de "visionarios", pues tomaban su labor más como una cruzada que como una tarea para ganarse la vida. De esa forma, su vida privada quedaba reducida y supeditada a su afán transformador del mundo.

- *Variables del entrenamiento profesional:* Todos los autores coinciden en que la falta de formación práctica en las escuelas y centros universitarios, viene a ser una trampa para los jóvenes que se inician en el ejercicio de sus labores. Algunos de los errores más comunes son, según Wilder y Plutchik (1981):
 - Excesivos conocimientos teóricos.
 - Escasos entrenamientos en habilidades prácticas.
 - Inexistencia del aprendizaje de técnica de autocontrol emocional y manejo de la propia ansiedad.
 - Falta de formación sobre el funcionamiento de las organizaciones en las que van a desarrollar su trabajo.

Dentro de los recursos personales, la autoeficacia es el conjunto de creencias que las personas desarrollan respecto a su capacidad para desenvolverse con éxito en situaciones que les afectan (Bandura, 1997). La percepción de la eficacia disminuye la probabilidad de que una persona experimente estrés bajo determinadas condiciones o sufra los efectos perniciosos de la exposición a situaciones estresantes. Por una parte, porque las personas autoeficaces no suelen percibir las demandas ambientales como estresantes y por otra, porque se esfuerzan más y de manera más persistente en superar los obstáculos y experiencias difíciles. Por el contrario, aquellas personas que se juzgan como ineficaces en el afrontamiento de las demandas ambientales valoran de más sus propias deficiencias así como las dificultades potenciales, por lo que presentan una mayor propensión a experimentar estrés (Sánchez-Sevilla, Guillén y León-Rubio, 2006).

En el ámbito de las profesiones asistenciales, diferentes estudios han demostrado empíricamente que los profesionales con un elevado sentido de su competencia profesional o autoeficacia: (a) muestran más y mejores habilidades para manejar su trabajo, por consiguiente la emisión de conflictos disminuye en número y frecuencia evitando así la exposición a situaciones estresantes (Brouwers et al., 2001); (b) perciben los cambios como una oportunidad para desarrollar nuevas habilidades y no como una amenaza (Evers, Brouwers y Tomic, 2002); (c) logran con facilidad el apoyo social de sus compañeros, reduciendo la posibilidad de que surjan conflictos interpersonales y aumentando así sus recursos frente a las demandas laborales estresantes (e.g. Brouwers et al., 2001; Van Dick y Wagner, 2001) y (d) cuando tienen problemas o tropiezan con obstáculos suelen encararlos de manera activa y directa sin cejar en su esfuerzo, aumentando así las probabilidades de salir con éxito de situaciones difíciles (e.g., Pinto, Lima y Da-Silva, 2005; Tang, Au, Schwarzer y Schmitz, 2001).

De lo anteriormente expuesto, podríamos concluir que la autoeficacia es una variable moderadora del síndrome de Burnout, pues altos niveles de ésta variable reduce la probabilidad de desarrollarlo. Aún más, el síndrome de Burnout podría ser considerado una consecuencia de una crisis de eficacia, lo que a su vez, redundaría en una mayor sensibilidad a percibir las demandas ambientales como problemas u obstáculos, produciéndose así un círculo vicioso (Llorens, García-Renedo y Salanova, 2005).

Sin embargo debemos decir que algunos estudios recientes han informado de resultados que cuestionan la valía de la autoeficacia para predecir el síndrome de Burnout, ya que las asociaciones encontradas entre ambas variables son muy débiles e incluso de carácter inverso al esperado (e.g., Chan, 2007; Vancouver, More y Yoder, 2008). Es más, parece estar abierto un debate en la Psicología en general, sobre el papel predictor de la autoeficacia a la luz de los resultados contradictorios que arrojan diferentes estudios en el área. (Bandura y Locke, 2003; Vancouver et al., 2008).

Siguiendo a Sánchez-Sevilla et al. (2006), estos resultados contradictorios pueden deberse a las condiciones de trabajo con las que interaccionaría la autoeficacia para producir un efecto diferencial sobre el síndrome de Burnout. Según estos autores, la

funcionalidad de la autoeficacia en determinadas condiciones de trabajo se ve reducida a la autorregulación emocional; de manera que una alta autoeficacia sólo sería útil para soportar la situación durante un limitado periodo de tiempo. Por ejemplo, en condiciones de sobrecarga las creencias de eficacia ayudan a sobrellevar el exceso de trabajo (Van Dick y Wagner, 2001) pero no modifican la situación, con lo cual a largo plazo, los efectos de la exposición a la tensión laboral se dejarían sentir. En estos casos, la autoeficacia no sería un buen predictor del Burnout (Sánchez- Sevilla et al., 2006).

Contrariamente, en otras condiciones laborales la funcionalidad de la autoeficacia no se ve limitada al control de las emociones, extendiéndose a la regulación del comportamiento en términos de estándares personales y circunstancias ambientales, de manera que las creencias de eficacia podrían aumentar el control sobre la situación. Por ej., en condiciones de ambigüedad de rol, la autoeficacia orienta el comportamiento en referencia a criterios personales, reduciendo la incertidumbre propia de la situación y por consiguiente, la tensión asociada a la misma (Anseel, Lievens y Levy, 2007).

3.2.1.2 Motivación y satisfacción laboral

Otro indicador de Burnout es la insatisfacción en el trabajo, la cual que está asociada a altas tasas de turnover y también a los mayores niveles de desgaste emocional. La salida voluntaria del empleado (turnover) trae consecuencias negativas para la organización, pues aumenta los costos de reclutamiento, selección y capacitación de nuevos profesionales; además de la pérdida de profesionales con experiencia y que ya conocían las rutinas administrativas, así como la caída en la calidad de la atención a los clientes que generan insatisfacción e intensificación de conflictos.

La insatisfacción y el Burnout comprometen la calidad del trabajo ejecutado, generando el aumento de errores, conflictos, falta de humanización en la atención e insatisfacción de los clientes. Los profesionales con Burnout buscan una mayor distancia del cliente y evitan el contacto o menosprecian a las personas, lo que caracteriza la dimensión de la despersonalización. Este comportamiento retrata la intención del profesional de protegerse y evitar el sufrimiento frente a situaciones

inadecuadas de trabajo, el dolor y su incapacidad de actuar de la forma como deseaba.

Frente a una actividad que no traiga satisfacción psíquica, el sufrimiento se instala generando la insatisfacción que inicialmente es verificada en el ámbito profesional, pero con repercusiones en las dimensiones física, familiar y social.

Sentir que el trabajo es importante, poseer las condiciones materiales y emocionales necesarias para ejercerlo con autonomía y seguridad, además del reconocimiento público por lo que se hace es indispensable para garantizar la motivación, compromiso y productividad. El desafío mental estimula al profesional psicológicamente a ejecutar las tareas. La gente se siente estimulada y motivada en actividades que exigen el uso de sus habilidades mentales y si el feedback por su desempeño fuese positivo, su satisfacción profesional es elevada. En la situación opuesta, si la carga mental sobrepasa la competencia del individuo, el sentimiento de frustración e inadecuación surgen generando el estrés. El trabajo alienante, aquel que neutraliza la actividad mental o intelectual del trabajador, ejerce impacto negativo en el aparato psíquico llevando al sufrimiento y a la insatisfacción con la actividad, tema tan bien explorado por Dejours.

El “estar satisfecho” con la profesión potencializa el compromiso del individuo con su lugar de trabajo y con sus clientes, resultando en eficiencia y eficacia. Para Maslach y Leiter la eficacia profesional se refiere al sentido de competencia profesional y realización y en la presencia del Burnout este sentido de eficacia disminuye. Individuos que lo viven son menos capaces de ofrecer cuidados eficientes y humanizados.

En el estudio realizado por McNeese-Smith, el cual evalúa la satisfacción e insatisfacción de enfermeros en relación a su labor, indicó que para estos profesionales la satisfacción envuelve las categorías de cuidado al paciente, ambiente, equilibrio de la carga de trabajo, relación con el equipo, factores personales, salario y beneficios, profesionalismo, aspectos culturales de la enfermera y estatus en la carrera. Este estudio también demostró que enfermeras que ejecutan un trabajo considerado “pobre” o inadecuado, demuestran una actitud negativa o padecen de Burnout, generan insatisfacción en el trabajo de otros profesionales y del equipo que desea ofrecer un cuidado de calidad.

3.1.1.3. Investigaciones realizadas

Existen investigaciones que demuestran consistentemente la influencia e importancia de las variables (particularmente organizacionales) sobre el desarrollo del síndrome de desgaste profesional y que requieren la atención institucional para su modificación, como parte de las estrategias dirigidas a prevenir o disminuir el Burnout en los trabajadores.

Los resultados de las investigaciones realizadas por Atance-Martínez (Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario, 1997), De-Pablo y Suberviola (Del síndrome de Burnout o desgaste profesional en los médicos de atención primaria, 1998), Caballero-Martín y col. (Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. 2001), Prieto-Albino y col. (Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. 2002) y Martínez de la Casa et col. (Estudio sobre la prevalencia del Burnout en los médicos del Área Sanitaria de Talavera de la Reina. 2003); nos demuestran que los estresores relacionados con la demanda laboral y el proceso que dificulta la atención de los pacientes que a su vez condicionan el desgaste profesional; aumenta cuando el médico siente que el área física no es adecuada para la atención de los pacientes, el salario que percibe es insatisfactorio, existe inseguridad laboral, relaciones laborales conflictivas, no tiene estímulos laborales y se enfrenta a altas cargas de trabajo cotidiano.

La variable genera discrepancias. Los estudios de Atance (Aspectos epidemiológicos del síndrome de Burnout en personal sanitario, 1997) revelan que las mujeres eran más susceptibles de presentar Burnout que los hombres al igual que Parada et al. (Satisfacción laboral y síndrome de Burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario los Andes, 2005); el cual menciona que son las mujeres las más propensas a desarrollar el síndrome. Contrario a lo reportado por estos autores, Vera et al. (Síndrome de Burnout e Inteligencia Emocional: Un análisis con enfoque sicosocial en una Agencia Estatal Chilena, 2007) y Gil-Monte et al. (Influencia de las variables de carácter sociodemográfico sobre el síndrome de Burnout: Un estudio en una muestra de profesionales de enfermería, 1996) encuentran que son los hombres quienes presentan mayor vínculo entre la dimensión cansancio

emocional y despersonalización. Actualmente la diversidad de estudios publicados continúa mostrando ambivalencia en sus resultados con respecto a esta variable.

3.2.2. El Burnout y la relación con la salud

3.2.2.1 Definiciones de salud

El equilibrio entre el organismo y el medio es quizás, el modo más clásico y antiguo de conceptualizar la salud. Las primeras definiciones que la historia nos revela sobre la salud, se refieren a ella como equilibrio. Galeno, en uno de sus 83 textos llamado *Definiciones Médicas*, afirma que “la salud es el equilibrio íntegro de los principios de la naturaleza o de los humores que en nosotros existen, o la actuación sin ningún obstáculo de las fuerzas naturales. O, también, es la cómoda armonía de los elementos” (Moura, 1989, p. 42).

Esta definición clásica, aunque transformada, permanece hasta nuestros días. Tal es el caso de la definición dada por Perkins: “salud es un estado de relativo equilibrio de forma y de función del organismo que resulta de su ajuste dinámico satisfactorio a las fuerzas que tienden a perturbarlo. No es un interrelacionamiento pasivo entre la materia orgánica y las fuerzas que actúan sobre ella, sino más bien una respuesta activa del organismo en el sentido de ajuste” (Kawamoto, 1995, p. 11). La crítica más frecuente dirigida a este concepto nos dice que aun cuando se hable de equilibrio dinámico y de respuesta activa, la definición se restringe exclusivamente al ámbito de lo biológico y así acaba reduciendo el fenómeno de la salud a un mecanismo adaptativo sin detenerse a problematizar el hecho de que muchas veces es el propio medio el que determina la aparición y la distribución social de las enfermedades.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como “un completo estado de bienestar físico, mental y social y no la mera ausencia de molestia o enfermedad” (Moura, 1984, p. 43). La mayor dificultad de esta definición radica en el carácter “cambiante” y “subjetivo” que parece ser inherente al concepto de bienestar. En el momento en que se afirma que el “bienestar” es un valor (físico, psíquico y social) se está reconociendo como perteneciente al ámbito de la salud todo aquello que en una sociedad y en un momento histórico preciso calificamos de modo positivo (aquello que

produce o que debería producir una sensación de bienestar): la laboriosidad, la convivencia social, la vida familiar, el control de los excesos. Y al hacerlo se descalificará, inevitablemente, como un dis-valor, como su reverso patológico y enfermizo todo aquello que se presente como peligroso, indeseado o que simplemente se considera como un mal.

La VIII Conferencia Nacional de Salud, celebrada en Brasilia en 1986, formula la siguiente definición de salud: “En sentido amplio la salud es la resultante de las condiciones de alimentación, habitación, educación, renta, medio ambiente, trabajo, transporte, empleo, tiempo libre, libertad, acceso y posesión de tierra y acceso a los servicios de salud”. Siendo así, es principalmente el resultado de las formas de organización social, de producción, las cuales pueden generar grandes desigualdades en los niveles de vida” (Fase Publicações, 1987, pp. 101). Este concepto posee la capacidad y el mérito de haber conseguido direccionar la atención para la estrecha conexión existente entre la salud de los sujetos y la sociedad de la que forman parte.

3.2.2.2. Síntomas somáticos (psicosomáticos)

Aunque desde el origen del concepto del Burnout se ha considerado las conceptualizaciones establecidas por Maslach (1982) y se han venido desarrollando y validando numerosos instrumentos para medir este síndrome, la literatura ha reportado más de 100 síntomas asociados al Burnout; lo que dificulta en cierta medida la delimitación de los síntomas que lo conforman en sus principios, quedando la sensación de cuánto problema psicofisiológico y emocional que se manifestara en los ambientes laborales tenían relación con el Burnout (Gil-Monte, 2005).

Según Apiquian (2007), algunos autores han encontrado una relación positiva en la manifestación del síndrome en dos períodos de tiempo. La primera corresponde a los dos primeros años de carrera profesional y la segunda a los mayores de 10 años de experiencia. A nivel general, los síntomas más insidiosos que han sido reportados por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout son:

- A nivel somático: Fatiga crónica, cansancio, frecuentes dolores de cabeza, espalda, cuello y musculares, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, problemas del sueño, etc.
- A nivel conductual: Comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, agresión, actitud defensiva, incapacidad para estar relajado, superficialidad en el contacto con los demás, aislamiento, actitud cínica, incapacidad de poder concentrarse en el trabajo, quejas constantes, comportamientos de alto riesgo como conductas agresivas hacia los clientes, absentismo, consumo de sustancias psicoactivas, tranquilizantes y barbitúricos.
- A nivel emocional: Agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos.
- A nivel cognitivo: Cogniciones asociada a baja autoestima, baja realización personal en el trabajo, impotencia para el desempeño del rol profesional, fracaso profesional, etc.

Todos estos síntomas se tornan en cuenta en cuadro clínico y las características de personalidad (factores internos-intrínsecos) como la personalidad resistente o no, los recursos internos, el estilo cognitivo, los determinantes biológicos, la edad, el género, la historia de aprendizaje, la presencia de síntomas psicopatológicos, los estilos de afrontamiento, entre otros, pueden ser o no un factor protector ante la manifestación del síndrome de Burnout (Alarcón, et al., 2001; Boada, et al., 2004; Gil-Monte, Núñez-Román & Selva-Santoyo, 2006).

Los síntomas psicósomáticos pueden vulnerarse o precipitarse en ambientes laborales (factores externos-extrínsecos) que presenten algunas de las siguientes características: A nivel organizacional: el que no se posibilite la toma de decisiones, haya excesiva burocratización o demasiada complejidad y formalización de la empresa, ambientes donde no se posibilite la promoción y se frustren las expectativas de los empleados, trabajos con cambios en los turnos laborales y el horario de trabajo, empresas que no brinden seguridad y estabilidad en el puesto, ambiente laboral que no permita al empleado controlar las actividades a realizar, ambientes donde no haya

retroalimentación de la propia tarea, empresas que no brinden un salario justo, empresas con una estrategia de minimización de costos en las que se reducen personal ampliando las funciones y responsabilidades de los trabajadores o que no invierten en capacitación y desarrollo del personal, ambiente físico de trabajo con deficiencias en cuanto a condiciones ambientales (ruido, temperatura, toxicidad de los elementos que se manejan), ambientes donde las relaciones interpersonales con compañeros y clientes sea de difícil comunicación o ambientes laborales donde no estén claros los roles originándose conflicto de rol y ambigüedad de rol (desempeñar tareas que no pertenecen al cargo), nuevas tecnologías, la no adaptación a las demandas, al ritmo de trabajo, exigencias de conocimientos demasiado elevadas, etc. (Martín, Campos, Jiménez-Beatty & Martínez, 2007; Gil-Monte, 2005; Apiquian, 2007).

3.2.2.3. Ansiedad e Insomnio

La ansiedad se define como el estado de agitación, inquietud o angustia que suele acompañar ciertos períodos de neurosis. En el contexto de nuestro estudio, es una variable individual muy importante que ejerce una influencia directa en el origen del síndrome de Burnout y que estaría asociada con ciertos tipos de personalidad en la aparición del mismo. Por ejemplo, El patrón «tipo A» de personalidad que se caracteriza por una ambición ilimitada y una excesiva necesidad de logro. La conducta de las personas con dicho patrón refleja competitividad, sobrecarga laboral, impaciencia y hostilidad; elementos que ocasionan que estos trabajadores estén altamente estresados en su día a día y que sean vulnerables al síndrome de Burnout. (Hernández y Olmedo, 2004; Nowack, 1986; Sandín, Santed, Chorot y Jiménez, 1998). La ansiedad como variable relacionada con el origen del síndrome de Burnout ha sido estudiada por Maslach (1976), Cherniss (1980), Farber (1983) y Freudenberger (1980); los cuales insisten en la sobreidentificación del sujeto con su trabajo y su relación con el síndrome de Burnout y una personalidad patrón A.

El insomnio o falta de sueño, es parte de la sintomatología física y psicológica del síndrome de Burnout y se relaciona en forma directa con la dimensión Agotamiento Emocional. Según los estudios de Arden (2002), Rodríguez, Roque y Molerio (2002) una respuesta al estrés y al desgaste emocional, excesivamente intensa y frecuente, puede producir una variedad de trastornos fisiológicos en el organismo. Uno de ellos

es el insomnio que viene acompañado de dolor de cabeza, tics nerviosos, temblor y pesadillas afectando la función cerebral.

3.2.2.4. Disfunción social en la actividad diaria

El síndrome de Burnout conlleva un proceso disfuncional cuando los aspectos emocionales, afectivos y cognitivos (que se corresponden con las dimensiones agotamiento emocional, despersonalización y realización personal respectivamente) se integran en la vida del individuo.

En el ámbito laboral, la disfunción del individuo se puede dar en términos de moral baja, retrasos, absentismo y de forma particular en los sujetos con alto nivel de estrés que presentan alta motivación y expectativa por su trabajo (Pines y Aronson, 1988). Este idealismo se relaciona con el patrón de conducta tipo A, del cual se habló anteriormente y destaca determinadas variables de personalidad como extraversión, neuroticismo locus de control y rigidez, que en niveles elevados producen un individuo socialmente disfuncional.

En ese contexto, los sujetos con niveles altos de neuroticismo, experimentan frecuentemente emociones negativas como la irritabilidad, la depresión y una sintomatología clásica del Burnout: fracaso, indefensión, desesperanza, desilusión. (Maslach, 1982; Cherniss, 1980). Un individuo socialmente disfuncional presenta un alto nivel de extraversión, esto lo empuja a utilizar modos de afrontamiento ineficaces tales como reaccionar hostilmente, sentirse culpabilidad e indecisión. (McCrae y Costa 1986).

En cuanto al locus de control, las personas con locus interno presentan personalidad resistente, manejan de mejor forma el estrés y poseen mayor satisfacción laboral. Un sujeto socialmente disfuncional presenta un locus de control externo. Este supone que dependemos del destino, son negativos en exceso, no se sienten realizados como persona ni como profesionales y tienen un manejo ineficaz de sus niveles de agotamiento. (Spector, 1982; Buendia, 1998; Fuqua y Couture, 1986).

3.2.2.5. Tipos de depresión

La depresión es un trastorno complejo que afecta al organismo, al estado de ánimo, al pensamiento, al comportamiento y nuestra relación con el mundo. No se trata de una tristeza pasajera, de un síntoma de debilidad personal o de un estado que pueda ser deseado o rechazado.

Tenemos los siguientes tipos de depresión:

a. Episodio depresivo mayor

Las características diagnósticas según el DSM-IV son las siguientes:

- La característica esencial es un período de al menos 2 semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades. El sujeto describe su estado de ánimo como deprimido o triste. En ocasiones predominan las quejas somáticas (las molestias y los dolores físicos) en lugar de dominar los sentimientos de tristeza.

Casi siempre existe pérdida de interés y de capacidad para sentir placer por actividades antes placenteras y gratificantes. Frecuentemente hay aislamiento social, abandono de aficiones y disminución de la libido.

- El sujeto también debe experimentar al menos 4 síntomas de una lista que incluye:
 - Pérdida importante de o aumento de peso o de apetito con apetencia por ciertas comidas (chocolate, dulces, etc.).
 - Alteraciones del sueño. La alteración del sueño asociada más a menudo a un episodio depresivo mayor es el insomnio. Es característico el insomnio medio o el tardío. Menos frecuentemente los sujetos se quejan de exceso de sueño (hipersomnía).

- Cambios psicomotores que incluyen agitación (p. ej., incapacidad para permanecer sentado, paseos, frotarse las manos, pellizcarse la piel, doblar y arrugar la ropa o algún objeto) o enlentecimiento psicomotor (p. ej., lenguaje, pensamiento y movimientos corporales enlentecidos, aumento de la latencia de respuesta, bajo volumen de la voz, menos inflexiones, mutismo, entre otros).

- Son habituales la falta de energía, la fatiga, el cansancio y los sentimientos de inutilidad o de culpa inapropiada que pueden llegar a adquirir proporciones delirantes. Es muy frecuente el autorreproche de estar enfermo o de no haber logrado cumplir con las responsabilidades laborales o interpersonales como resultado de la depresión.

- Muchos sujetos refieren capacidad disminuida para pensar, concentrarse o tomar decisiones así como fallos de memoria reciente.

- Son frecuentes los pensamientos de muerte, la ideación suicida o las tentativas de suicidio.

- El grado de incapacidad asociado a un episodio depresivo mayor es variable, pero hasta en los casos leves suele existir un deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Si la incapacidad es grave, el sujeto puede perder su capacidad para relacionarse o trabajar. En casos extremos el sujeto puede ser incapaz de cuidar de sí mismo (p.ej., comer o vestirse) o de mantener una mínima higiene personal.

b. Trastorno distímico

También se conoce como depresión neurótica, trastorno de personalidad depresiva, neurosis depresiva y depresión ansiosa persistente. Las características diagnósticas según el DSM-I son las siguientes:

- Estado de ánimo crónicamente deprimido, presente la mayor parte del día o la mayoría de los días durante al menos 2 años, junto al menos 2 de los siguientes síntomas:
 - Pérdida o aumento de apetito.
 - Insomnio o hipersomnía.
 - Falta de energía o fatiga.
 - Baja autoestima.
 - Dificultades para concentrarse o para tomar decisiones.
 - Sentimientos de desesperanza.
- No suelen existir cambios psicomotores en forma de agitación o inhibición psicomotriz ni pensamientos de muerte o ideación suicida. Es frecuente la autocrítica, de modo que los sujetos se ven a sí mismos como poco interesantes o inútiles. Estos síntomas se convierten en gran medida en una parte de la experiencia cotidiana, por lo que son habituales las frases: “yo siempre he sido así”, “ésta es mi forma de ser”.
- Durante un período de 2 años los intervalos libres de síntomas no son superiores a 2 meses.
- Los síntomas causan un malestar clínicamente significativo o deterioro en las diversas áreas de la actividad del individuo.
- Se diferencia del trastorno depresivo mayor por la gravedad, la cronicidad y la persistencia. Normalmente el trastorno depresivo mayor consiste en uno o más episodios depresivos mayores diferenciados que se pueden distinguir de la actividad normal de la persona, mientras que la distimia se caracteriza por

síntomas depresivos menos graves y crónicos, que se han mantenido durante muchos años. El inicio es temprano e insidioso y el curso, crónico.

Los siguientes 2 trastornos presentan mayores dificultades de manejo a pesar de ser procesos de menor gravedad e intensidad que los trastornos depresivos mayores. Su diagnóstico se aplica a pacientes que presentan como cuadro principal una serie de problemas ambientales de índole familiar (separaciones, enfermedades, escaso apoyo social), económica (situaciones de desempleo, problemas económicos serios) y laboral (conflictos laborales cada vez más frecuentes).

Es difícil diferenciar si estas personas que solicitan atención psiquiátrica y cuyo síntoma principal son el sufrimiento y el malestar presentan un trastorno psiquiátrico con entidad propia o bien se trata de sentimientos y reacciones psicológicas adecuadas e inherentes a nuestra condición de seres humanos, a las consecuencias derivadas del tipo de sociedad en la que vivimos y a las condiciones adversas que por definición nos toca a todos experimentar en algún momento de nuestra vida.

c. Trastorno mixto ansioso-depresivo (Depresión ansiosa leve no persistente)

Es una categoría diagnóstica que recoge el CIE-10, en la que se utilizan unos criterios demasiado vagos e inespecíficos que hacen que se convierta en una categoría demasiado amplia con escasa entidad propia, en la que se engloban a pacientes con unas características etiológicas, clínicas y pronósticas muy diversas.

Sus criterios diagnósticos son: presencia de síntomas de ansiedad y de depresión. Sin embargo ninguno de ellos predomina claramente ni tiene la intensidad suficiente para justificar un diagnóstico por separado. Su prevalencia es aún mayor en la población general.

d. Trastorno adaptativo

Sus características clínicas según DSM-IV son las siguientes:

- Lo particular es el desarrollo de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un factor estresante ambiental identificable.
- El cuadro debe aparecer dentro de los 3 primeros meses del inicio del factor estresante.
- La manifestación clínica básica consiste en un acusado malestar superior al que cabría esperar dada la naturaleza del factor estresante junto a un deterioro significativo de la actividad social, familiar, laboral o académica.
- La alteración no cumple los criterios para otro trastorno específico. El estresante puede ser un acontecimiento simple o una conjunción de diversos factores, siempre dentro del repertorio de las experiencias humanas (ruptura sentimental, problemas económicos, conflictos laborales, etc.), a diferencia de los que provocan el trastorno por estrés postraumático.
- En función de los síntomas predominantes se distinguen los siguientes subtipos: a) con estado de ánimo depresivo, b) con ansiedad, c) mixto, con ansiedad y estado de ánimo depresivo, d) con trastorno del comportamiento y e) con alteración mixta de las emociones y el comportamiento.

3.2.2.6. Investigaciones realizadas

Estudios realizados como: Fernández (Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de Burnout entre los profesionales sanitarios, 1998), García Izquierdo et col. (Satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario, 2000), Boada et col. (El Burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral, 2004) y Gil Monte (La incidencia del síndrome de Burnout sobre la salud: Un estudio correlacional en personal de enfermería, 1996); encuentran una relación significativa entre el Burnout y el grado de salud percibido o la falta de éste.

El cuestionario GHQ-28 (General Health Questionnaire de Goldberg) valida los resultados de estas investigaciones, mostrando correlaciones importantes entre la

dimensión AE (Agotamiento Emocional) y la ausencia de salud o bienestar y más concretamente con la frecuencia de síntomas de ansiedad. De estos estudios, podemos deducir el papel relevante que toma la salud en el contexto laboral, como variable a tener en cuenta en desarrollo del síndrome de Burnout por el trabajo y sus potenciales consecuencias sobre el bienestar.

3.2.3. El Burnout y el afrontamiento

3.2.3.1 Definición de afrontamiento

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

3.2.3.2. Teorías de afrontamiento

Folkman y Lazarus (1985) y Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis y Gruen, (1986) definen el afrontamiento como un proceso dinámico. El afrontamiento es definido como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o de los recursos del individuo (Folkman y Lazarus, 1985).

Autores como Fleishman (1984, citado en Mikulic I.M., 1998) definen afrontamiento como las "respuestas cognitivas o comportamentales para reducir o eliminar el distrés psicológico o las condiciones estresantes".

3.2.3.3. Estrategias de afrontamiento

La palabra coping proviene del verbo inglés *to cope* que significa competir o enfrentar. Por lo tanto, el coping es un proceso por el cual el individuo administra las demandas de la relación persona/ambiente que son evaluados como estresantes y las emociones que ellas generan. Lazarus y Folkman (1984) agruparon los mecanismos de coping en estrategias de acuerdo con el foco de atención del individuo, a saber, estrategias centradas en la emoción y en el problema.

- Las estrategias que están enfocadas en la emoción son esfuerzos cognitivos que buscan la reducción, el distanciamiento, la atención selectiva y los esfuerzos en ver algo positivo en la situación negativa. En esta estrategia de afrontamiento, el individuo busca minimizar el estrés alterando la “importancia” del estresor en un esfuerzo de reevaluación de la situación o por la búsqueda de actividades que promuevan una “desconexión” del ambiente, tales como meditación, beber, practicar deporte o hasta incluso buscar otra empresa para trabajar.
- Las estrategias enfocadas en el problema son aquellas que buscan identificar el problema mediante la búsqueda de soluciones, sopesando la relación de costo beneficio de las alternativas, definir las y actuar. Tal estrategia implica un proceso objetivo y analítico, enfocado primeramente en el ambiente y posteriormente en sí mismo. Son consideradas estrategias más adaptativas pues son capaces de modificar las presiones del ambiente, reduciendo o eliminando la fuente de estrés.

Las estrategias de coping son utilizadas por el individuo en la medida en que él se enfrenta a los estresores, que son situaciones o condiciones que causan la ruptura en la homeostasis interna exigiendo una adaptación pudiendo ésta ser externa o interna o tener un carácter físico, cognitivo o emocional. Sin embargo no siempre los estresores poseen una connotación negativa. Ellos también pueden ser de naturaleza benigna, tal como el casamiento, el nacimiento, un viaje, graduación, pero siempre exigen un desgaste de energía adaptativa lo que lleva a la ruptura de la homeostasis.

En el ambiente ocupacional los estresores están presentes continuamente y son capaces de generar sentimiento de ansiedad, miedo, tensión o amenaza que surgen durante el ejercicio de las actividades profesionales y requieren respuestas

adaptativas por parte de los empleados. La evaluación del afrontamiento se realiza mediante el Ways of Coping Checklist (Folkman y Lazarus, 1980).

Pines y Kafry (1981), en un estudio sobre Burnout y afrontamiento, añaden una dimensión activo/inactivo a la dimensión directo/indirecto propuesta por Lazarus. Las estrategias de afrontamiento activo implican confrontación o intento de cambiar la fuente de Burnout o a sí mismo, mientras que las estrategias de afrontamiento inactivo implican evitación o negación de la fuente de Burnout por medio cognitivos o físicos. La combinación de las dos dimensiones dicotómicas genera 4 tipos de estrategias de afrontamiento:

- Directo/ Activo: Cambiar la fuente de Burnout o confrontación con la persona que causa el estrés.
- Directo/ Inactivo: Ignorar la fuente de Burnout o abandonar la situación estresante.
- Indirecto/ Activo: Hablar sobre el Burnout a otras personas que sirvan de apoyo o implicarse en otras actividades.
- Indirecto/ Inactivo: Beber alcohol, drogas, etc.

En el estudio de Pines y Kafry (1981), los resultados confirmaron que las estrategias activas y directas son más efectivas en el afrontamiento del Burnout y mientras que las estrategias inactivas/indirectas se consideraron ineficaces. Anderson (2000) demostró también que los profesionales que utilizaban estrategias de afrontamiento activas y centradas en el problema presentaban menos despersonalización, se sentían más realizados en su trabajo y consecuentemente presentaban menos nivel de Burnout que los profesionales que utilizaban estrategias de afrontamiento basadas en la emoción.

Por otra parte, la respuesta que rompe el ciclo de un proceso de desilusión es conocida como intervención. Actualmente, la intervención del Síndrome de Burnout se basa en un grupo de técnicas y conocimientos para afrontar y manejar el estrés. Por lo general, la mayoría de los programas se centran en el entrenamiento en aspectos específicos (proceso de estrés, afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.) y, otros en sensibilizar a los trabajadores de la importancia de prevenir los factores de riesgo.

Según Paine (1982), los pasos a seguir en un proceso de intervención deben ser:

- Identificar el S.B., su prevalencia y efectos en los diferentes niveles de intervención.
- Prevenir el S.B, informar y preparar para su afrontamiento.
- Mediar: Reducir o invertir el proceso que lleva al desarrollo de S.B.
- Restablecer: Aplicar un tratamiento a los trabajadores con diagnóstico de S.B.

Ramos (1999) plantea una serie de estrategias de intervención en personas con diagnóstico de S.B.:

- Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).
- Desarrollar estrategias cognitivos-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del SB (entrenamiento en técnicas de solución de problemas, inoculación de estrés, organización personal)
- Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal, habilidades sociales y asertividad.
- Fortalecer las redes de apoyo social.
- Disminuir y si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Por otro lado, para el desarrollo y aplicación de un programa se debe establecer el nivel en el que se intervendrá:

- Individual.- Integra el fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- Interpersonal.- Se relaciona con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto laboral.
- Organizacional.- Se refiere a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

Es importante mencionar que Paine (1982) diferenciaba cuatro niveles. La diferencia radica en que el nivel organizacional lo atribuía a cambios generales en la estructura y procedimientos de la institución, la política, etc. Y por lo tanto mencionaba otro nivel:

Lugar de Trabajo. Éste hace referencia a la modificación del entorno laboral inmediato con el fin de reducir o eliminar los estresores.

Es aconsejable que la intervención no se restrinja a un solo nivel sino que considere todos los que afectan a la persona de manera directa o indirecta, intentando lograr un ajuste persona-ambiente, bajando los niveles de SB y previniéndolos a futuro.

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), citados por Hombrados (1997) clasifican a los programas de intervención para el control del estrés en tres niveles: Individual, organizacional e interfaz, individuo-organización y también los clasifican por el objeto de cambio: control de estresores (nivel personal), procesos de apreciación (nivel social) o estrategias de afrontamiento (nivel organizacional). Las estrategias de cada uno se desarrollarán en los siguientes apartados.

a. Estrategias orientadas al individuo.

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo:

- Programas dirigidos a las estrategias instrumentales: se centran en la solución de problemas. Por ej., entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida, etc.
- Programas dirigidos a estrategias paliativas: tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas. Por ej., entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa (Matteson e Ivancevich, 1987).

Por lo tanto las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son: El aumento de la competencia profesional (formación continuada), organización personal, planificación de ocio y tiempo libre (distracción extra laboral: ejercicios, relajación, deportes, hobby), tomar descansos-pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo,

plantear objetivos reales y alcanzables, y desarrollo de habilidades de comunicación. Poter (1987) también recomienda el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones. Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión (Grau, A & cols, 1998). Se debe tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

Peiró y cols. (1994) denominan a los programas a nivel individual como “programas de control de estrés centrado en el afrontamiento de las consecuencias negativas”. Señalan la importancia de las técnicas de relajación y disminución de activación (meditación, yoga), el ejercicio y mejora de la condición física, técnicas cognitivas conductuales como la inoculación del estrés, detención del pensamiento, entrenamiento autógeno o la solución de problemas.

Complementando, Ramos (1999) y Manassero & cols. (2003) explican estas técnicas y otras que pueden ser utilizadas en programas de prevención y tratamiento individual del S.B. Estas técnicas son útiles en las situaciones de estrés para la generalidad de las personas y su aplicación puede ser colectiva o individual:

- **Ejercicio Físico:** Este puede ser de ritmo moderado (con una duración de 5 a 30 minutos) o más intenso y rutinario (3-4 veces semanales en sesiones de 1 hora). Ambos ritmos de ejercicios disminuyen los niveles de estrés por su efecto tranquilizante en el primer caso y por su efecto ansiolítico en el segundo.
- **Técnicas de Relajación:** Son las más aplicadas y conocidas para los clientes. El objetivo de este entrenamiento es que el individuo pueda hacer uso de las técnicas tanto en el trabajo como en sus casas o donde lo necesiten. Las más comunes son los ejercicios de tensión.-relajación de músculos, con el fin de que la persona identifique el estado de tensión y pueda proceder a relajarse. La relajación muscular induce a la relajación mental. Estas técnicas de relajación se combinan con ejercicios de respiración abdominal y con estrategias de relajación mental (yoga o meditación).
- **Cognitivo\conductual:** Consiste en técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales,

presión sanguínea y tensión muscular), para reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés. Su eficacia sobre el estrés no está demostrada empíricamente.

- **Técnicas Cognitivas:** El sujeto reevalúa y reestructura las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes. Actúa sobre las percepciones de diversos elementos (estresores, recursos, etc.), el procesamiento de información, la selección de respuestas y conductas. Entre estas técnicas se destaca la “de solución de problemas”, la cual es útil para facilitar la toma de decisiones frente a las situaciones de estrés. Esta integra la identificación del problema, análisis de posibilidades, búsqueda de alternativas y toma de decisión adecuada.
- “**Detención del pensamiento**”. Es adecuada para parar los pensamientos obsesivos o irracionales a través de estímulos sencillos.
- **Terapia racional/emotiva:** Esta plantea que el estrés de una situación radica en la interpretación de la misma. Actúa sobre las creencias y patrones inadecuados de pensamientos para dirigirlos a otros más adecuados; haciendo uso de técnicas verbales, imaginarias, conductuales e intercambio de ideas.
- **Inoculación del estrés:** Esta técnica prepara a la persona mediante un ejercicio simulado y progresivo para soportar las situaciones de estrés.
- **Desensibilización Sistemática:** Su objetivo es que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad. A la vez se entrena a la persona con ejercicios de relajación.

b. Estrategias sociales.

Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales como prevención o tratamiento del SB (Grau, 1996). En ocasiones se combinan técnicas individuales y sociales en formato de talleres.

El apoyo social es un factor muy importante como estrategia para prevenir o tratar el SB, ya que se ha demostrado que éste disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros (Gil-Monte ,1997 y Leiter, 1988).

Por lo tanto se recomienda fomentar el apoyo social de compañeros, supervisores, directivos, amigos y familiares (Matteson e Ivancevich, 1997); de manera que el trabajador reciba apoyo personal, información sobre su rendimiento y sobre cómo puede mejorarlo de forma realista (Ramos, 1999). Los programas dirigidos a los procesos de apreciación de la situación, denominados así por Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), intervienen en las relaciones interpersonales y el apoyo social como variables moderadoras del estrés. Estos programas están compuestos por estrategias individuales (cognitivas relacionadas con el locus control, auto eficacia, ansiedad, neuroticismo, tolerancia a la ambigüedad o estilos cognitivos) y supra-individuales. En el nivel del interfaz individuo-organización se rescatan intervenciones sobre el grado de participación y/o autonomía de los trabajadores. A nivel grupal-organizacional se destacan las estrategias centradas en la formación de equipos, los comités de seguridad y salud laboral, intervenciones sobre el sistema de valores, el clima y la cultura de la organización.

Debemos mencionar que las estrategias de intervención social, por lo general forman parte de programas de intervención individual y organizacional; ya que sus variables se superponen y se complementan. Por ejemplo, las intervenciones a nivel supra-individual son poco frecuentes por sí solas, ya que en esta categoría pueden agruparse distintas intervenciones organizacionales.

c. Estrategias Organizacionales.

Para intervenir en el SB se debe actuar sobre los elementos de la organización, ya que éste muchas veces tiene sus fuentes fuera del individuo. Las técnicas individuales pueden llegar a ser simplemente paliativas y periféricas si no se las complementa con cambios en la organización o con el rediseño de los elementos que contribuyen al estrés con el fin de eliminarlo o reducirlo (Manassero & cols, 2003). Pero hay que

tener mucho cuidado para que la intervención no empeore la situación, ya que todo cambio es fuente potencial de estrés. Los programas deben ser implantados con cuidado, precisión y rigor.

Se hace hincapié en evaluar qué factores son los que mejoran y los que empeoran la situación de estrés para poder intervenir adecuadamente. Se debe elegir el programa de intervención organizacional teniendo en cuenta “los objetivos que se pretenden conseguir, las disponibilidades de la organización y sus relaciones con los puestos de trabajo de las personas afectadas” (Ramos, 1999, 59). Otras variables a considerar en la aplicación de un programa son: Nivel de estrés, urgencia en la intervención, número de personas a quienes puede afectar la intervención, estímulos relacionados con el SB, costes económicos y temporales, efectos no pretendidos explícitamente, recursos disponibles, implicación de la dirección, etc.

Como se mencionó anteriormente, los planes a nivel organizacional se denominan “programas de control de estrés o de gestión de estrés”. Este tipo de programas tienen variados objetivos y se pueden centrar en la prevención (evitar la aparición del estrés) o en el tratamiento del estrés laboral (limitar sus efectos y la recuperación de sus consecuencias).

Desde el punto de vista organizacional se han clasificado los programas en tres tipos de intervenciones: preventivos primarios, preventivos secundarios y terciarios.

- La prevención primaria –programas de prevención- suprime los factores desfavorables (de riesgo) antes de que generen enfermedad.
- La prevención secundaria –programas de tratamiento- aborda la enfermedad en sus primeras fases mediante una intervención rápida.
- La prevención terciaria –programas de tratamiento- intenta reducir la discapacidad o secuelas asociadas al trastorno.

Peiró, Ramos y Gonzales-Romá (1994), citados por Hombrados (1997) explican las estrategias de los “programas de control de estresores” como estrategias a nivel organizacional e indican que tienen tres vertientes: reducción de las demandas ambientales, incremento de los recursos personales, la búsqueda del ajuste entre dichas demandas ambientales y los recursos personales:

- Reducción de demandas ambientales: Se plantean intervenciones organizacionales como el rediseño de puestos de trabajo, mejora de condiciones laborales e intervenciones sobre la estructura organizacional. No se incluye el desarrollo organizacional, ya que más que una estrategia implica un programa específico con actuación en distintos niveles.
- Incremento de recursos del individuo: Sugiere una intervención individual centrada en la formación y entrenamiento en aspectos técnicos del puesto de trabajo, en habilidades sociales (relaciones interpersonales o liderazgo), en solución de problemas, negociación, entrenamiento en gestión del tiempo, entre otros.
- Ajuste entre demandas y recursos: Intenta lograr la adaptación entre la persona y su entorno de trabajo por medio de actividades de la Gestión de Recursos Humanos. Se debe tener en cuenta la política organizacional, ya que ésta refuerza la adaptación (selección, formación, desarrollo de carrera, planes de motivación e incentivos.).

Otro tipo de programas de intervención son los programas de asistencia a los empleados (EAP). En realidad son programas centrados en el individuo, pero por el carácter integral de sus estrategias tienen un componente organizacional. La finalidad de estos programas es de rehabilitación y consisten en programas de ayuda al trabajador que presentan diferentes tipos de problemas (adicción, económico, familiar, personal, laboral, etc.).

Estos programas intentan dar apoyo a los trabajadores para que consigan los cambios que necesitan, ofrecer consultas a los directivos para mejorar las dificultades provocadas por los empleados y ofrecer una respuesta rápida a las consultas. En caso que se necesite un tratamiento psicoterapéutico, se remite al individuo a servicios especializados. También existen otro tipos de programas integradores para el control del estrés. Estos programas se diseñan para una organización concreta en una situación determinada para cubrir las necesidades a nivel individual y organizacional. Tanto en la evaluación como en el tratamiento toman en cuenta todos los factores de la organización y los tres niveles de actuación. Estos programas constan de servicios de asesoramiento muy diversos: Asistencia especializada para problemas de

rendimiento, realización de planes de entrenamiento y formación (comunicación, resolución de problemas, habilidades de supervisión, gestión del estrés, entre otros). También pueden ofrecer psicoterapia ocasional, desarrollo de técnicas de dirección, seguimiento del impacto de decisiones directivas sobre el estrés, apoyo y formación para la realización de formación de equipos y resolución de problemas o realización de planes de cambio organizacional.

Este tipo de programas solo han sido aplicados en organizaciones policiales y han surgido tras un periodo de situaciones negativas (Hombrados, 1997). En síntesis, la intervención organizacional tendría que ser estudiada como un sistema integral. Los factores más mencionados en la literatura han sido los siguientes, lo que no pretende limitar las variables a los de la lista:

- Mejora de las condiciones ambientales.
- Rediseño de puesto de trabajo. Esto implica el diseño ergonómico de la tarea y puesto de trabajo en relación a complejidad, carga mental, etc.
- Enriquecimiento del puesto de trabajo. Se refiere a la incorporación de autonomía, retroalimentación, variedad en la tarea y habilidades demandadas, identidad de la tarea, significatividad de la misma.
- Redefinición de roles y reorganización de los horarios en cuanto a la organización de la jornada: Turnos, horarios flexibles, etc.
- Diseño de planes de carrera y desarrollo de equipos de trabajo.
- Utilización de técnicas y estilos de dirección participativa.
- Mejora en la comunicación (interna y externa) y clima laboral.
- Asignación de tareas para una determinada unidad de tiempo, sobrecarga y plazos asignados a las tareas.
- Procesos y tácticas de socialización y formación existentes en la organización.
- Programas participativos en el diseño, implantación y gestión de las nuevas tecnologías.

3.2.3.4. Investigaciones realizadas

Las investigaciones de Morán (2005) nos exponen la forma como utilizar los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes a través de las estrategias

de afrontamiento. Los estudios de Lazarus y Folkman (1986), diferencian 2 modos de afrontamiento: Uno activo (dirigido al problema) y otro pasivo (dirigido a las emociones que conlleva el problema). El cuestionario COPE es un instrumento de análisis que examina los modos de afrontamiento que la gente utiliza para oponerse a los problemas. Esta investigación de Carver, Scheier y Weintraub (1997) centra su estudio en 14 modos de afrontamiento:

- Afrontamiento Activo: Hace referencia a los esfuerzos agresivos del individuo por alterar la situación requiriendo de acciones directas.
- Planificación: Supone realizar el análisis del problema, una búsqueda planificada de soluciones y la puesta en práctica de las acciones.
- Apoyo Emocional: Se busca apoyo en amigos, familiares con el fin de aliviar la tensión emocional que nos produce el problema.
- Apoyo Social: Son los esfuerzos por búsqueda de apoyo en profesionales que conocen soluciones técnicas al problema.
- Religión: Búsqueda de apoyo en las creencias espirituales.
- Reinterpretación Positiva: Esfuerzos por dar un significado positivo al problema.
- Aceptación de la Responsabilidad: Ser consciente y consecuente con la propia implicación en el problema.
- Negación: Negar la existencia del problema.
- Humor: Confrontar el problema a través de situaciones humorísticas.
- Autodistracción: En lugar de afrontar el problema la persona se centra en otras tareas o actividades.
- Autoinculpación: Hacerse totalmente responsable del problema.
- Desconexión Conductual: Evitación y desconexión del problema.
- Desahogo: Expresar los sentimientos negativos.
- Uso de Sustancias: consumir alcohol y drogas para evitar pensar.

3.2.4. El Burnout y la relación con el apoyo social

3.2.4.1. Definición de Apoyo Social

El apoyo social es un aspecto tradicionalmente analizado en los estudios del área. Se ha manifestado como una variable que reduce los potenciales efectos negativos del

estrés sobre las personas; pues rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas (Cohen y Wills, 1985).

De hecho y en cuestión de género, investigaciones realizadas (González Morales, 2006) toman en consideración el apoyo social como un tipo de afrontamiento "femenino" y lo contrastan con el afrontamiento de acción directa más típicamente "masculino". Así puede plantearse que esta estrategia puede ser en cierto modo efectiva en función del género. Es decir, el hecho de utilizar esta estrategia con el rol del género en el que se ha socializado la persona (el uso del apoyo social en el caso de las mujeres y de la acción directa en el caso de los hombres) llevaría a un uso más eficaz de las mismas y por tanto, a un menor nivel de distrés. Además, las mujeres están más influenciadas por el contexto social y emplean estrategias de afrontamiento que implican las relaciones interpersonales, en mayor grado que sus homólogos masculinos (Hobfoll, y Stokes, 1988; citado en González Morales, 2006).

3.2.4.2. Modelos explicativos del Apoyo Social

Existen diversos modelos y perspectivas para el estudio del apoyo social según los aspectos a analizarse. Según el modelo de Winnubst, Buunk y Marcelissen (1997) se distingue cuatro aspectos teóricos y empíricos para el estudio del apoyo social.

- Estudio del apoyo social como integración social.
- Como relaciones de calidad.
- Como ayuda percibida.
- Como actualización de conductas de apoyo.

El modelo de Pines (1997), distingue seis formas distintas de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- Escuchar al sujeto de forma activa sin consentir consejos ni juicio a posteriori.

- Brindar apoyo teórico en el sentido que un compañero experto le confirme al sujeto que está haciendo bien las cosas. Esta clase de apoyo no puede ser ofrecida por vínculos extralaborales (pareja, familia o amigos).
- Crear en el profesional pensamientos de reto, desafío, creatividad e implicación en el trabajo por parte de aquellos compañeros expertos, quienes además deben poseer competencia en su trabajo y han de concretar los aspectos de mejora y su nivel.
- Ofrecer apoyo emocional entendido como apoyo incondicional. Tal tipo de apoyo es necesario para todos los sujetos y si no se lo puede ofrecer en el ambiente laboral, debe ser generado en casa.
- Apoyo emocional desafiante. Esta tipo de apoyo debe hacer reflexionar al sujeto sobre si realmente ha agotado todas las posibles soluciones y hacerle replantearse las atribuciones hechas acerca de los resultados de la tarea. (Por ejemplo, la culpa).
- Participar en la realidad social del sujeto confirmando o cuestionando las creencias sobre sí mismo, sobre su autoconcepto, autoeficiencia o autoestima. Esta función es importante cuando el sujeto cree que está perdiendo su capacidad de evaluar adecuadamente su entorno.

El modelo de Elera (1992) distingue cinco enfoques al estudiar la función que el apoyo social ejerce sobre el estrés y sus efectos:

- Primer enfoque: Considera al apoyo social como una variable que reduce los efectos del estrés.
- Segundo enfoque: Función moduladora del apoyo social entre la acción del estrés laboral y sus efectos, sin que el primero ejerza efectos directos sobre los estresores ni sobre esos efectos.

- Tercer enfoque: El apoyo social como una estrategia de afrontamiento que los sujetos usan en situaciones en que los niveles de estrés experimentado son muy elevados.
- Cuarto enfoque: La falta de apoyo como estresor que aumente los efectos negativos del estrés.
- Quinto enfoque: Apoyo social como variable que aumenta los efectos del estrés en lugar de disminuirlos.

El modelo teórico que concibe el apoyo social como una variable con efectos positivos potenciales frente al estrés y por ende frente al síndrome de Burnout, se origina en la sociología y en la psicología social. Si las relaciones con los usuarios o con los compañeros de igual o diferente categoría son tensas, conflictivas y prolongadas, aumenta la posibilidad de poseer Burnout. De igual manera, la falta de apoyo de los compañeros y supervisores, o de la dirección o administración de la organización puede propiciar la aparición de dicho síndrome.

3.2.4.3. Apoyo Social percibido

El apoyo social es un factor muy importante como estrategia para prevenir o tratar el SB. Se ha demostrado que éste disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros (Gil-Monte, 1997 y Leiter, 1988).

Por lo tanto se recomienda fomentar el apoyo social de compañeros, supervisores, directivos, amigos y familiares (Matteson e Ivancevich, 1997) de manera que el trabajador reciba apoyo personal, información sobre su rendimiento laboral y sobre cómo puede mejorarlo de forma realista (Ramos, 1999).

Es importante mencionar que las estrategias de intervención social por lo general forman parte de programas de intervención individual y organizacional, ya que sus variables se superponen y se complementan. Por ejemplo las intervenciones a nivel

supra-individual son poco frecuentes por sí solas, ya que en esta categoría pueden agruparse distintas intervenciones organizacionales.

3.2.4.4. Apoyo Social estructural

Un apoyo social estructurado muestra su efecto positivo en relación con la salud física del individuo (cáncer, enfermedades cardiovasculares, diabetes), en la protección de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, trastornos en la conducta y el sueño) y minimiza las alteraciones que traen como consecuencia el síndrome de Burnout a nivel organizacional en el campo de la salud y el bienestar, como son el aumento en la tasas de accidentabilidad, morbilidad, ausentismo laboral y discapacidades. El apoyo social o la falta de éste o un inadecuado apoyo, genera la respuesta negativa del individuo ante los estresores que repercuten en su salud y bienestar y finalmente produzcan Burnout.

En este sentido, sobre cada dimensión del síndrome de Burnout recae una serie de efectos. Así, sobre el "Agotamiento Emocional", los efectos se encuadran dentro de la función del apoyo emocional que tiene el apoyo social en el trabajo. En la "Falta de realización personal y en el trabajo", los efectos se verían reflejados por el éxito o el fracaso profesional, desarrollando en la persona mayores sentimientos de realización personal en el trabajo y mejorando sus actitudes hacia el entorno profesional. Sobre la "Despersonalización", el apoyo social facilitaría que el sujeto evaluara de forma adecuada su entorno social así como sus actitudes hacia los demás.

Un apoyo social estructurado atraviesa los niveles individual, grupal y organizacional. En el nivel individual, las estrategias de afrontamiento, de control o centradas en el problema; previenen el desarrollo del síndrome de Burnout. Por el contrario, las estrategias de evitación o escape facilitan su aparición.

En el nivel grupal o interpersonal, las estrategias recomendables son aquellas que fomentan el apoyo social por parte de compañeros y supervisores. Este tipo de apoyo social debe ofrecer apoyo emocional, pero también incluye la evaluación periódica a los profesionales y la retroalimentación sobre su desempeño de rol.

En el nivel organizacional, la dirección de las organizaciones debe diseñar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral. Como parte de estos programas, se sugieren planes de socialización anticipatorios con el propósito de acercar al nuevo personal a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas, así como para desarrollar procesos de retroalimentación sobre el desempeño de roles entre el trabajador, el grupo y la organización.

Este tipo de apoyo social estructurado evita el estado de indefensión y el deterioro de la calidad profesional y de vida del individuo. Fortalecer las redes sociales de apoyo en la organización y en la vida extralaboral puede ser una de las medidas más efectivas para formar a la gente como personas y profesionales con sentido de servicio y satisfecho de sí mismos.

3.2.4.5. Investigaciones realizadas

Cassel et col. (The contribution of the social environment to host resistance, 1976), Rodríguez (Psicología social de la salud, 1995) y Barrón (Apoyo social, aspectos teóricos y aplicaciones, 1996), nos hablan fundamentalmente del apoyo social como transacción entre las personas. Por otra parte, estudios como los de Cohen (Stress, social support and the buffering hypothesis, 1985) y Gil-Monte (Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse, 1997) se refieren a la importancia del apoyo social como factor de prevención o disminución de desgaste profesional y elevar la calidad de vida.

Un apoyo social inadecuado hace más factible el desarrollo del Burnout. Coinciden en esto investigaciones como las de Aranda (Apoyo social y síndrome de Burnout en médicos del IMSS, 2004) y Síndrome de Burnout y manifestaciones clínicas en los médicos familiares que laboran en una institución de salud para los trabajadores del Estado, 2006), Albar et col. (Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital, 2004) y Topa (Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales, 2007).

3.2.5. El Burnout y la relación con la personalidad

3.2.5.1. Definición de personalidad

De forma general el término personalidad designa características duraderas, estables y predecibles de los individuos (conocidas como rasgos y necesidades), los aspectos cambiantes del contexto o el ambiente y la interacción entre ellos.

De forma más específica, consideraremos el concepto de Eysenck. Este define a la Personalidad como “Una organización más o menos estable y duradera del carácter, temperamento, intelecto y físico de una persona que determina su adaptación única al ambiente. El carácter denota el sistema más o menos estable y duradero de la conducta conativa (voluntad) de una persona; el temperamento, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta afectiva (emoción); el intelecto, su sistema más o menos estable y duradero de la conducta cognitiva (inteligencia); el físico, su sistema más o menos estable y duradero de la configuración corporal y de la dotación neuroendocrina” (Eysenck y Eysenck, 1985, p.9).

En sus teorías del comportamiento humano (inteligencia, creatividad, conducta criminal, etc.) el rasgo psicológico ocupa un lugar central (Eysenck, 1952; 1976; Eysenck y Eysenck, 1985; Eysenck y Eysenck, 1994). Un rasgo es una tendencia de conducta que da estabilidad y consistencia a las acciones, las reacciones emocionales y los estilos cognitivos de los sujetos (Ortet y Fabregat, Ibáñez Ribes, Moro Ipola y Silva Moreno, 2001). En palabras del propio Eysenck, los rasgos son “factores disposicionales que determinan nuestra conducta regular y persistentemente en muchos tipos de situaciones diferentes” (Eysenck y Eysenck, 1985, p. 17).

3.2.5.2 Tipos de personalidad

Eysenck afirmaba que las variables de personalidad tienen una clara determinación genética. Estas incluyen estructuras fisiológicas y hormonales concretas y son contrastables por medio de procedimientos experimentales (Eysenck y Eysenck,

1985). Es por ello que el tipo de personalidad de Eysenck se trata de un modelo Psicobiológico de la personalidad.

En su modelo Psicobiológico (1970; Eysenck y Eysenck, 1987) propone una organización jerárquica de la personalidad en cuatro niveles de análisis. En el nivel más básico hallaríamos las respuestas específicas, es decir las reacciones emocionales, cognitivas o conativas que el sujeto puede manifestar en una situación dada. El segundo nivel de análisis lo constituirían los hábitos de respuesta que caracterizan al sujeto en situaciones determinadas. De las intercorrelaciones entre los hábitos de conducta surgen los rasgos (o factores primarios) que constituyen el tercer nivel, a partir del cual se pueden predecir aspectos de la personalidad. En el nivel más alto de la jerarquía encontraríamos los tipos (o factores de segundo orden), que surgen de las intercorrelaciones de los rasgos, y que configuran las dimensiones básicas de la personalidad, caracterizadas por su estabilidad y consistencia. Eysenck propone tres tipos o dimensiones básicas de personalidad: Extraversión (E), Neuroticismo (N) y Psicoticismo (P),

Las personas pueden ser descritas en función del grado de E, N y P y pueden ser ubicadas en algún punto del espacio tridimensional que estos suprafactores generan. De este modo un sujeto no es simplemente extravertido, sino que tiene algún grado de E. Y las tres dimensiones deben ser tratadas como categorías no excluyentes. De allí que todo sujeto pueda ubicarse en el continuo representado por las mismas. La teoría de Eysenck incluye una cuarta dimensión de personalidad: la inteligencia general o factor g (dimensión de las habilidades cognitivas, que tiene características especiales y distintivas con respecto a las tres dimensiones del temperamento y el carácter).

El Neuroticismo se relaciona con la disposición a padecer lo que se conoce como trastornos neuróticos, tanto trastornos de ansiedad como del estado de ánimo. Un individuo con alto N es: ansioso, deprimido, tenso y con sentimientos de culpa (Eysenck, 1990). Un individuo extravertido es: sociable, vivaz, activo, asertivo, buscador de sensaciones socializadas, despreocupado, dominante, espontáneo y aventurero (Eysenck, 1990). Eysenck (Eysenck y Eysenck, 1985) destacó dos rasgos centrales en esta dimensión: la sociabilidad y la actividad. Un individuo con alto P es: agresivo, hostil, frío, egocéntrico, impersonal, impulsivo, antisocial, creativo, rígido y

poco empático. Un individuo con bajo P es: altruista, empático, responsable, socializado y convencional (Eysenck, 1990).

a. Rasgos de cada dimensión propuesta por Eysenck

Los rasgos de cada dimensión propuesta por Eysenck son los siguientes:

- **N:** Tristeza – depresión - timidez – ansiedad – tensión - miedo – culpa – irracionalidad - vergüenza – mal humor – emotividad – preocupación.
- **E:** Sociabilidad – actividad – asertividad – despreocupación – dominancia – búsqueda de sensaciones (socializada) – osadía - espontaneidad – rapidez.
- **P:** Impulsividad – agresividad – hostilidad - frialdad – egocentrismo – falta de empatía.

b. Patrones de conducta

Las personas con personalidad resistente (hardiness) son aquellos que: a) tienen una actitud de compromiso o tendencia a implicarse plenamente en sus funciones; b) interpretan la vida y las situaciones de estrés como un desafío de desarrollo personal. Para esto mantienen una actitud cognitiva de apertura o flexibilidad ante las nuevas situaciones y c) sienten que en general, ellos controlan su vida (Chan, 2003; Godoy-Izquierdo y Godoy, 2002). En este sentido, el individuo con una personalidad no resistente tienen mayor facilidad de padecer Burnout.

El patrón «tipo A» es un rasgo de personalidad que se encuentra en los trabajadores con una ambición ilimitada y una excesiva necesidad de logro. En esta perspectiva, la conducta de las personas con dicho patrón de comportamiento refleja cuatro características: competitividad, sobrecarga laboral, impaciencia y hostilidad. Estos elementos ocasionan que estén altamente estresados en su día a día y que sean vulnerables no sólo al síndrome de Burnout sino también a patologías cardiovasculares (Hernández y Olmedo, 2004; Nowack, 1986; Sandín, Santed, Chorot y Jiménez, 1998).

c. Locus de control

La relación entre locus de control y desgaste profesional es investigada por distintos autores (Buendía y Riquelme, 1995; Hernández y Olmedo, 2004). El locus de control puede ser interno o externo. Cuando la persona tiende a considerar que lo que acontece en su vida depende de su propia actuación se dice que tiene un locus de control interno, mientras que la persona con locus de control externo cree que elementos como la suerte o la casualidad son los que determinan el destino. De esta forma, las personas con locus de control externo son más propensas al síndrome de Burnout.

3.2.5.3. Investigaciones realizadas

En cuanto al estudio de la personalidad se han llevado a cabo las siguientes investigaciones:

Según Lazarus y Folkman (Stress, appraisal and coping, 1986) la personalidad funciona como una variable moduladora y el control personal actúa como modulador del estrés. Estos autores analizan las diferencias individuales de las personas y su proclividad a sufrir estrés y vulnerabilidad ante posible efectos patológicos.

Por otro lado, las investigaciones de Smith (Interactions, transactions and the Type A pattern: Additional avenues in the search for coronary-prone behavior, 1989) tienen en cuenta la relación entre la persona y la situación. Smith señala que los aspectos motivacionales o cognitivos de la personalidad son los que incrementan o disminuyen la evaluación de la situación como amenazante. Este autor plantea el estudio de la personalidad como un sistema de respuestas y afrontamiento al estrés en función de variables personales y del entorno.

4. METODOLOGÍA

a. Objetivo General

Identificar el nivel de Burnout en doctores y personal de enfermería del Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica MEDILAB y el Hospital Militar de la ciudad de Loja, y los factores relacionados con este fenómeno

b. Objetivos específicos

- Determinar el estado de la salud mental de las profesionales de las instituciones sanitarias intervenidas.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de las instituciones sanitarias intervenidas, lo cuales sean identificados con Burnout.

c. Diseño de investigación

Se realizó una investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva, transeccional y exploratoria aprobada por el Área de Cuidados Intensivos del Hospital Ignacio Monteros del IESS, Hospital Militar y Clínica Particular MEDILAB de la ciudad de Loja. Según las normas del procedimiento de aplicación de la investigación, se informó el objetivo de la tesis y se señaló que la participación era voluntaria respetando la confidencialidad de los datos obtenidos.

d. Participantes

La muestra correspondió a 29 funcionarios que accedieron conformar el grupo de estudio, previo consentimiento informado. La unidad de análisis estuvo constituida por personal de enfermería del Área de Cuidados Intensivos del Hospital Ignacio Monteros

del IESS en un total de 15 profesionales. La muestra de 14 doctores se conformó por médicos de la planta médica del mismo hospital, Hospital Militar y Clínica Particular MEDILAB de la ciudad de Loja.

e. Instrumentos

La investigación se llevó a cabo mediante la aplicación de los siguientes instrumentos:

- *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)*: El MBI ha demostrado una alta consistencia interna y una fiabilidad en variados estudios. Consta de un cuestionario autoadministrado de 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y las actitudes del trabajador hacia su labor y hacia los pacientes. Contiene tres subescalas:
 - Cansancio emocional (CE): Sus elementos describen los sentimientos de una persona emocionalmente exhausta por el trabajo. Puede manifestarse física o psíquicamente o como una combinación de ambas.
 - Despersonalización (DP): Los elementos de esta subescala describen una respuesta interpersonal fría hacia los receptores de los cuidados, acompañada de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia los mismos.
 - Realización personal (RP): Contiene elementos que describen sentimientos de competencia y éxito en el trabajo propio con personas. Supone una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo.
- *Cuestionario de salud mental (GHC28)*: Este es un Cuestionario elaborado por el psiquiatra Iván Golberg con la intención de identificar la severidad de disturbios psiquiátricos menores. Mide la salud mental y no el estado de salud general que tendría que incluir el autorreporte de sintomatología física. Recorre cuatro áreas psiquiátricas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría.

- *Escala multidimensional de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE)*: Es un instrumento que proporciona una medida breve de afrontamiento ya que evalúa las variadas respuestas conocidas relevantes para un afrontamiento efectivo o ineficaz. Consta de 14 subescalas de dos ítems cada una:
 - Afrontamiento activo: Indicador de acciones directas e incremento de los propios esfuerzos para eliminar o reducir al estresor.
 - Planificación: Refiere como pensar acerca de cómo afrontar al estresor, planificar estrategias de acción, los pasos a dar y la dirección de los esfuerzos a realizar.
 - Apoyo instrumental: Indica como procurar ayuda, consejo, información a personas que son competentes acerca de lo que debe hacer.
 - Uso de apoyo emocional: Refiere como conseguir apoyo emocional de simpatía y de comprensión.
 - Auto-distracción: Señala el concentrarse en otros proyectos, intentando distraerse con otras actividades para tratar de no concentrarse en el estresor.
 - Desahogo: Se refiere al aumento de la conciencia del propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
 - Desconexión conductual: Indica la capacidad de reducir los esfuerzos para tratar con el estresor, incluso renunciando al esfuerzo para lograr las metas con las cuales se interfiere al estresor.
 - Reinterpretación positiva: Refiere el buscar el lado positivo y favorable del problema e intentar mejorar o crecer a partir de la situación.
 - Negación: Indica la habilidad de negar la realidad del suceso estresante.
 - Aceptación: Refiere el aceptar el hecho de lo que está ocurriendo, de que es real.
 - Religión: La tendencia a volver hacia la religión en momentos de estrés y aumentar la participación en actividades religiosas.
 - Uso de sustancias (alcohol, medicamentos): Significa tomar alcohol u otras sustancias con el fin sentirse bien o para ayudarse a soportar al estresor.
 - Humor: Hacer bromas sobre el estresor o reírse de las situaciones estresantes, haciendo burlas de la misma.
 - Auto-inculpación: Criticarse y culpabilizarse por lo sucedido.
- *Cuestionario MOS de apoyo social*: Mide los beneficios de la red social (apoyo estructural) y el apoyo social (apoyo percibido) sobre el estado de salud. Es un cuestionario autoadministrado que consta de 20 ítems, los cuales se dividen en

cuatro subescalas (apoyo emocional, instrumental, interacción social positiva y apoyo afectivo).

- *Cuestionario revisado de personalidad de Eynseck (EPQR -A)*: Los patrones individuales de conducta se estudian a través de los planos cognitivo, conativo, afectivo y constitucional. El cuestionario evalúa la personalidad mediante 4 factores: Neuroticismo, Extraversión, Psicoticismo y Sinceridad.
- *Cuestionario socio demográfico y laboral*: Cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación con la finalidad de recolectar datos laborales y personales pertinentes en el análisis del Síndrome de Burnout de los profesionales encuestados.

f. Recolección de datos

La aplicación y recolección de los instrumentos de investigación se llevó a cabo en el periodo de enero a marzo del 2012. Los cuestionarios eran entregados al personal médico y de enfermería de las instituciones anteriormente señaladas, los cuales eran devueltos al cabo de una o dos semanas para su análisis respectivo.

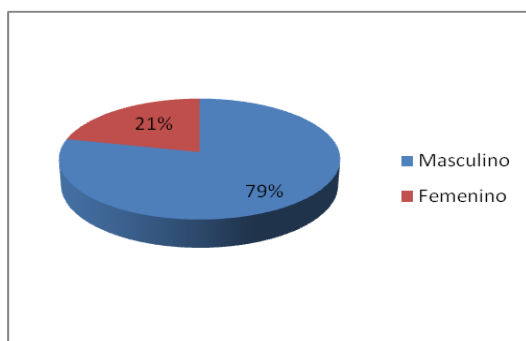
5. RESULTADOS OBTENIDOS

La información recolectada no *nos reportan datos significativos de presencia de niveles elevados de Burnout*. Estos resultados serán ampliados en este apartado analizando cada instrumento de investigación (encuesta) en base a gráficos comparativos y un breve análisis de las muestras de médicos y enfermeras.

5.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

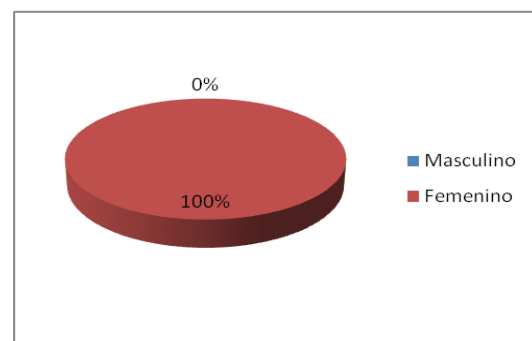
a. Género

Gráfico 1



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 2

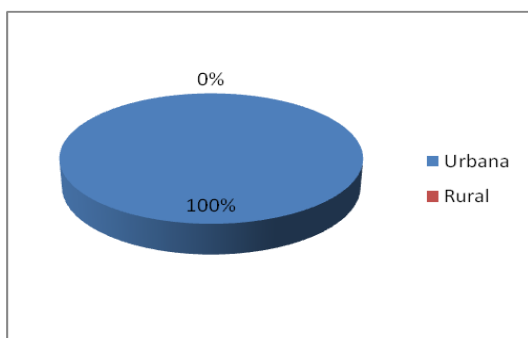


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

La muestra de médicos posee un amplio predominio del género masculino (79%), mientras que la muestra de enfermeras es una muestra femenina en su totalidad (100%).

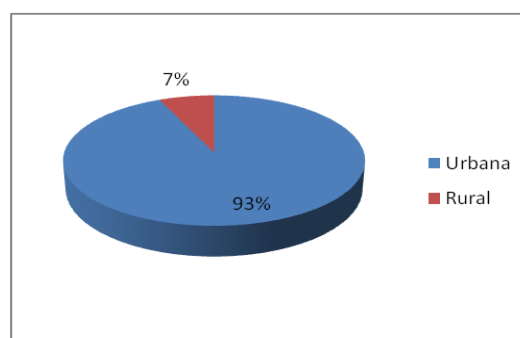
b. Zona de vivienda

Gráfico 3



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 4

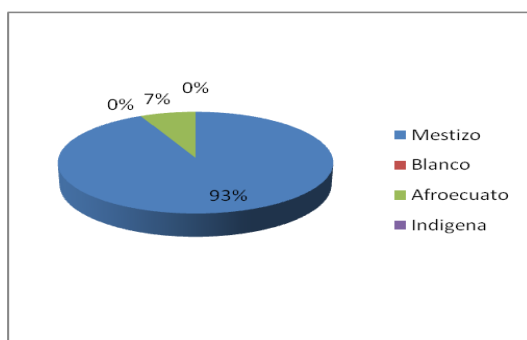


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos indican que tanto médicos como enfermeros habitan en zonas de vivienda urbanas, con un reducido margen del 7% de la muestra de enfermeras que habitan en zonas rurales.

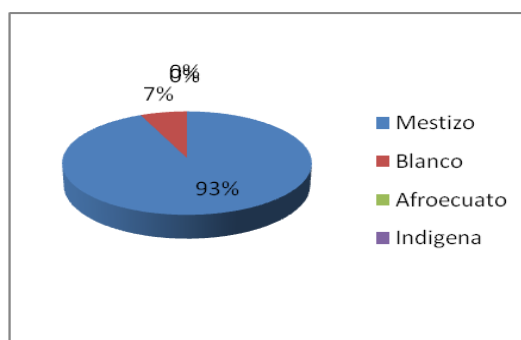
c. Pertenencia a una Etnia

Gráfico 5



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 6

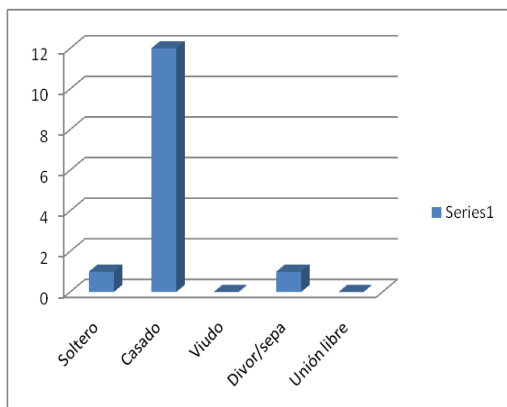


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los médicos y enfermeras de las muestras pertenecen casi en su totalidad a la etnia mestiza (93%), con un 7% distribuido entre etnia afroecuatoriana y blanca respectivamente.

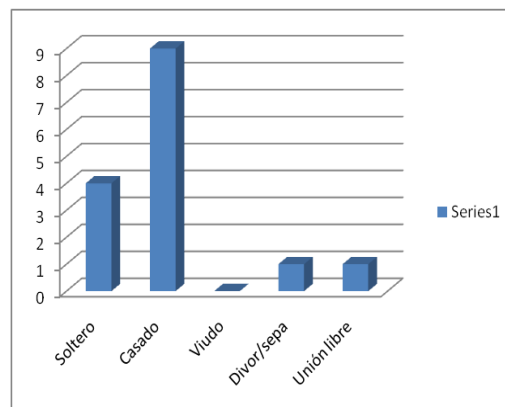
d. Estado civil

Gráfico 7



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 8

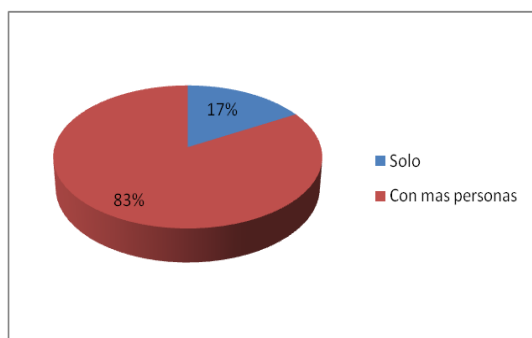


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

El estado civil CASADO predomina en ambas muestras, seguido de SOLTERO Y DIVORCIADO. En la muestra de enfermeras el número de solteros es 4 veces mayor al de la muestra de doctores.

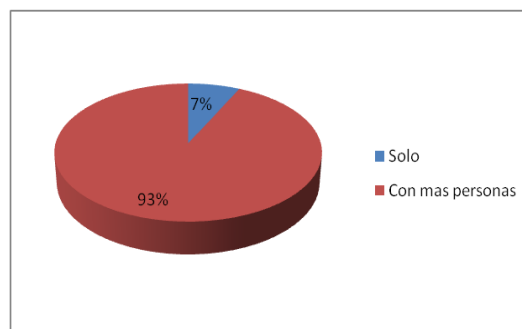
e. Modo de convivencia

Gráfico 9



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 10

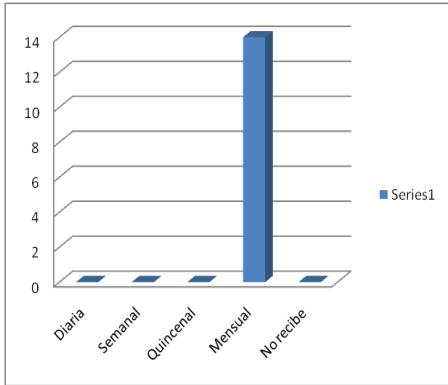


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Tanto médicos como enfermeras manifiestan que viven con más personas. La muestra de enfermeras que indican este modo de convivencia es ligeramente mayor a la muestra de médicos.

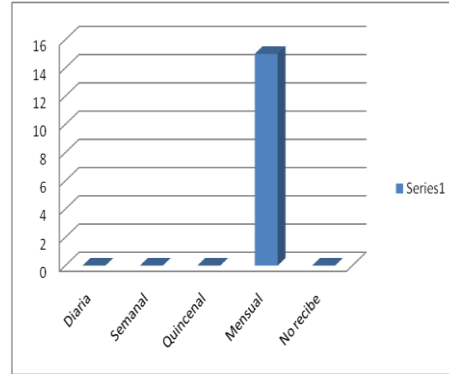
f. Tipo de Remuneración Salarial

Gráfico 11



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 12

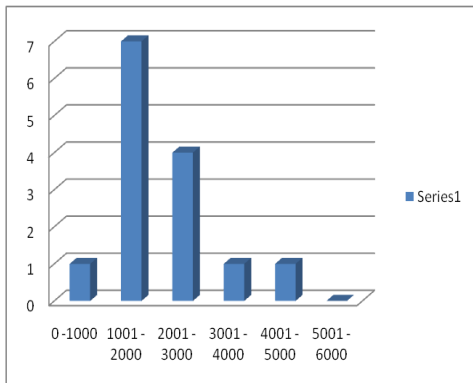


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

La totalidad de médicos y enfermeras de las muestras reciben una remuneración salarial mensual.

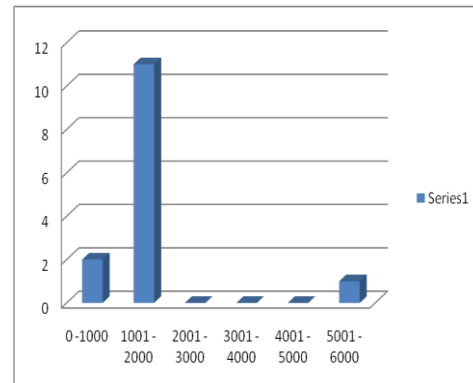
g. Valor Salarial

Gráfico 13



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 14

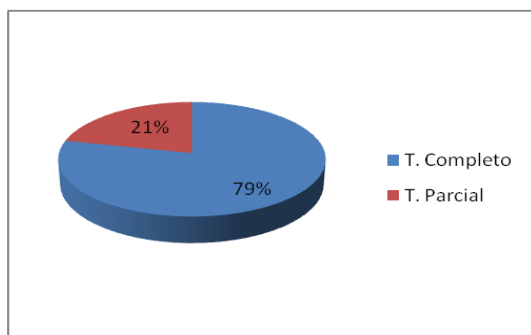


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

La mitad de la muestra de médicos al igual que las $\frac{3}{4}$ de la muestra de enfermeras percibe un ingreso entre \$1000 a \$2000. Los médicos reciben salarios mucho más elevados que sus contraparte en la muestra de enfermeras.

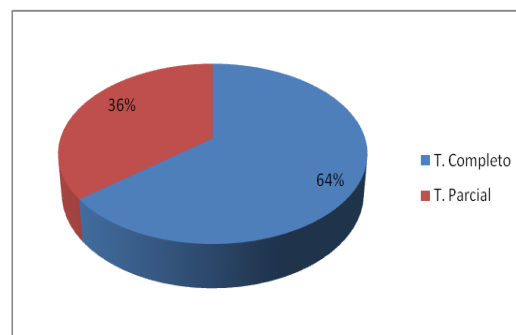
h. Tipo de trabajo

Gráfico 15



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 16

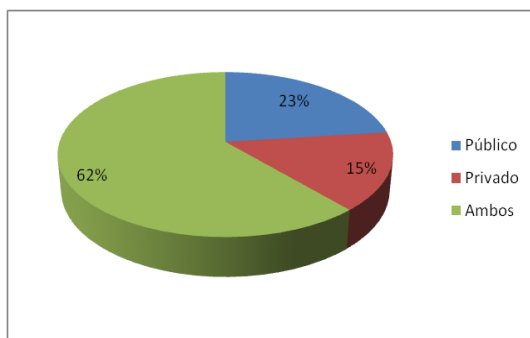


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Un elevado porcentaje de la muestra de médicos (79%) y de enfermeras (64%) trabajan a tiempo completo. El resto de los encuestados de las muestras trabajan a tiempo parcial.

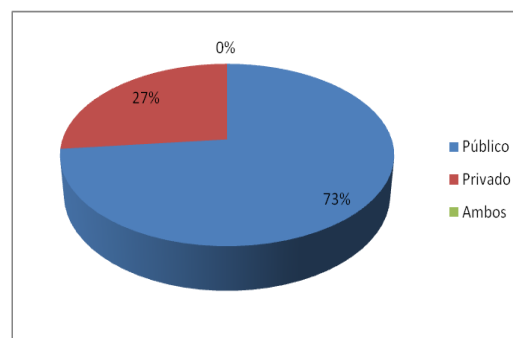
i. Sector de trabajo

Gráfico 17



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 18

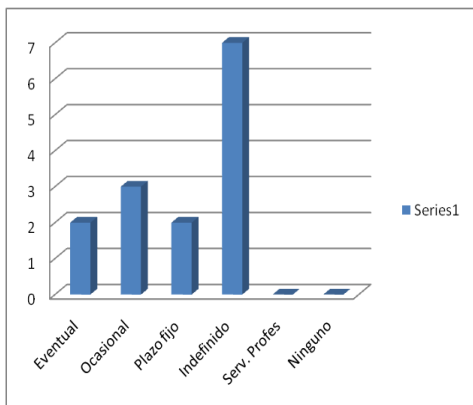


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos permiten determinar que un gran porcentaje de la muestra de médicos (62%) trabajan tanto en el sector privado como público, mientras que el 79% de la muestra de enfermeras laboran únicamente en el sector público.

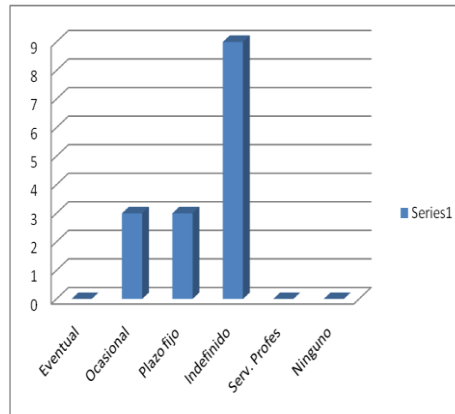
j. Tipo de Contrato

Gráfico 19



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 20

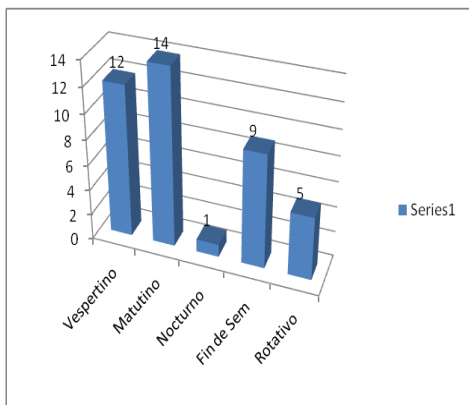


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos señalan que más de la mitad de médicos y enfermeras poseen un tipo de contrato indefinido. El resto de integrantes de las muestras se distribuyen en contratos a plazo fijo y ocasional.

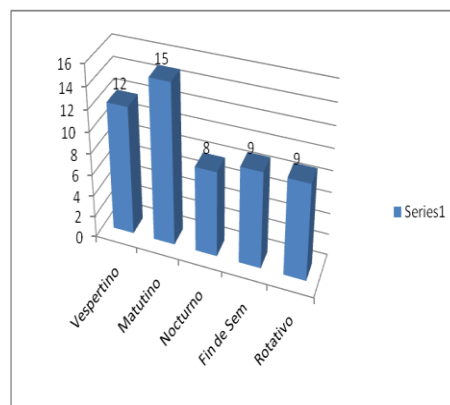
k. Turnos rotativos

Gráfico 21



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 22

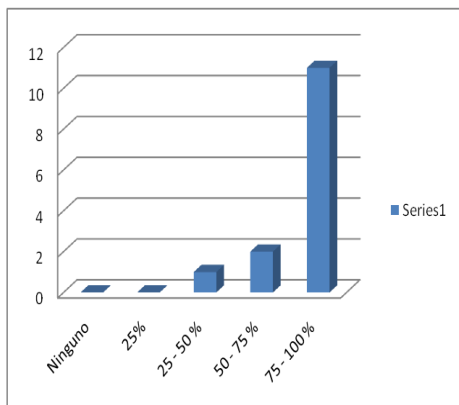


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

La muestra de enfermeras realiza una mayor cantidad de turnos rotativos y nocturnos en relación con la muestra médica. En cuanto a cantidad de turnos diarios, el trabajo es equivalente.

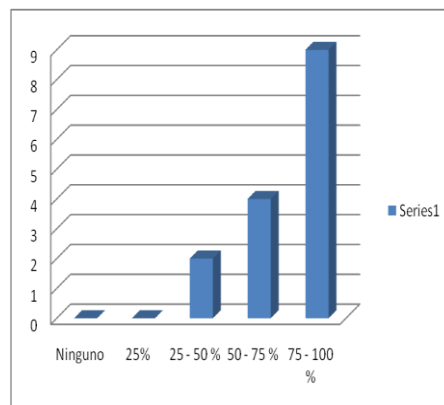
I. Pacientes diarios

Gráfico 23



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 24

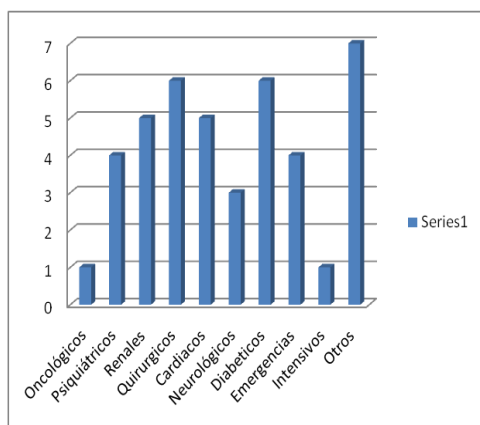


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Un porcentaje entre 75 y 100% del total de médicos y enfermeras de la muestra, reciben un promedio de 10 pacientes diarios. Sin embargo la muestra de enfermeras entre el 25 y el 75%, reciben alrededor del doble de pacientes que su contraparte en la muestra de médicos.

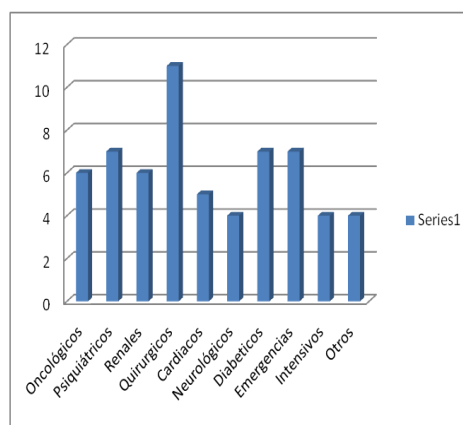
m. Tipos de pacientes

Gráfico 25



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 26

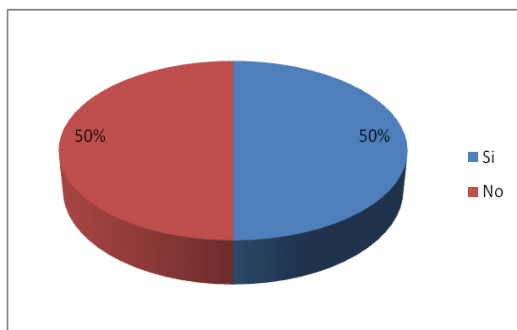


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 26 es una muestra más homogénea en cuanto a tipos de paciente que su contraparte médica, destacándose aquellos que ingresan por intervención quirúrgica. En el gráfico 25, destacan los pacientes que ingresan por diabetes, cirugía y en mayor cantidad por otros motivos de consulta distintos de los expuestos.

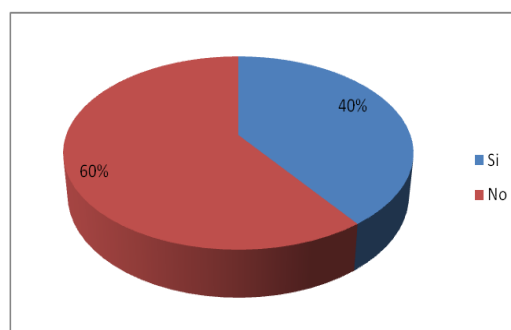
n. Atención a pacientes con riesgo de muerte

Gráfico 27



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 28

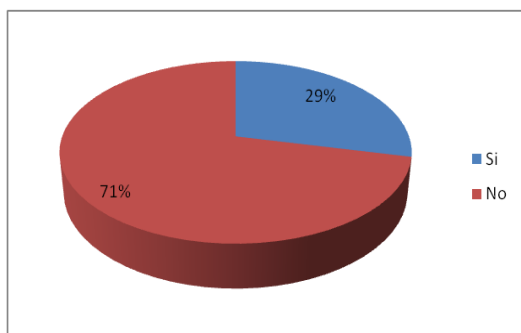


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Entre el 40 y 50% de médicos y enfermeras de las muestras han atendido a pacientes en riesgo de muerte.

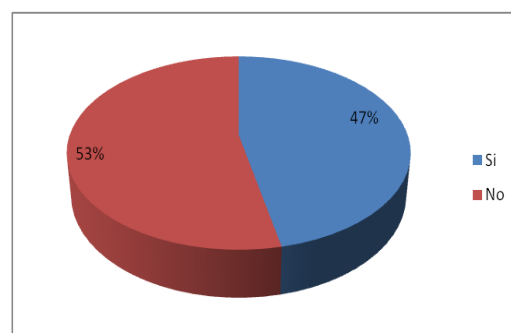
o. Pacientes fallecidos

Gráfico 29



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 30

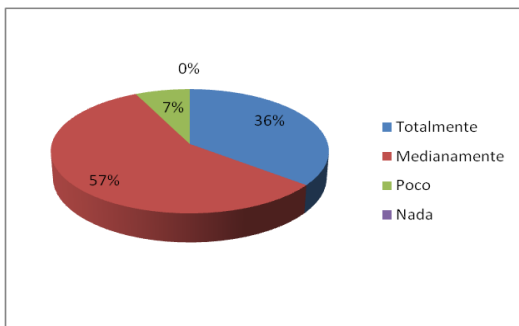


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

La cantidad de pacientes fallecidos en la muestra médica es mucho menor (29%) en comparación con la cantidad referida por la muestra de enfermeras (47%).

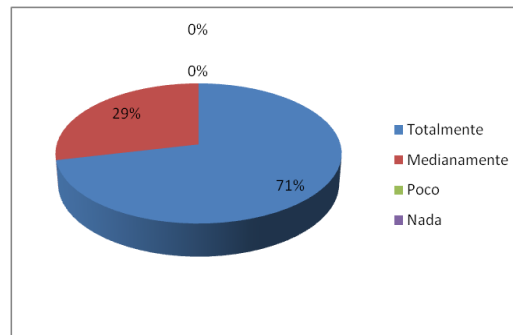
p. Recursos necesarios

Gráfico 31



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 32

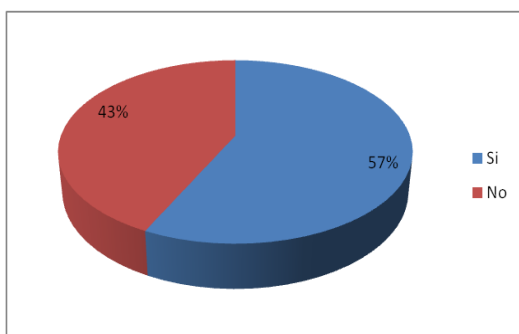


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Un poco más de la cuarta parte de la muestra médica (36%) manifiesta poseer los recursos necesarios para su trabajo, en comparación de las $\frac{3}{4}$ de la muestra de enfermeras (71%) que nos refiere la misma circunstancia.

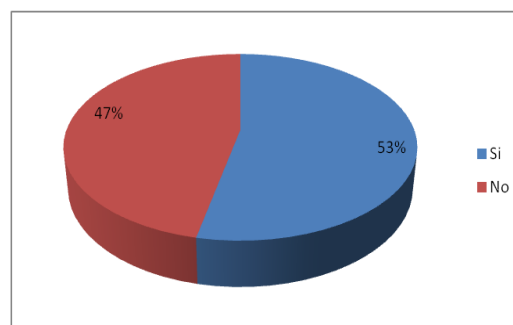
q. Permisos

Gráfico 33



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 34

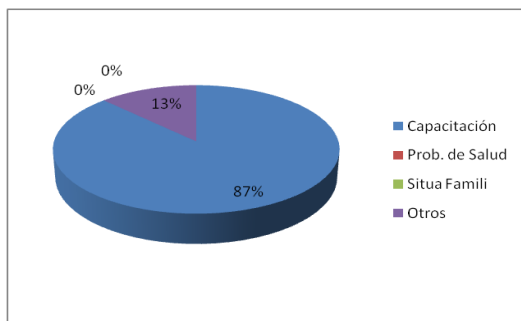


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Más de la mitad de los integrantes de las muestras (57% en médicos y 53% en enfermeras) señalan haber pedido permiso en la institución en la cual laboran.

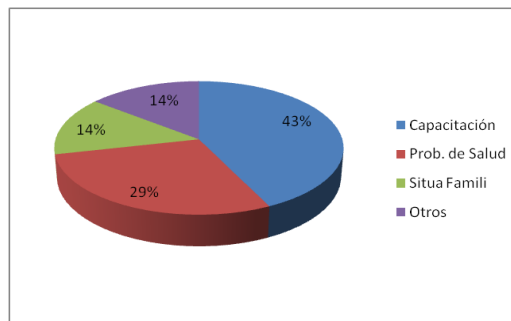
r. Tipos de causas por permiso

Gráfico 35



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 36

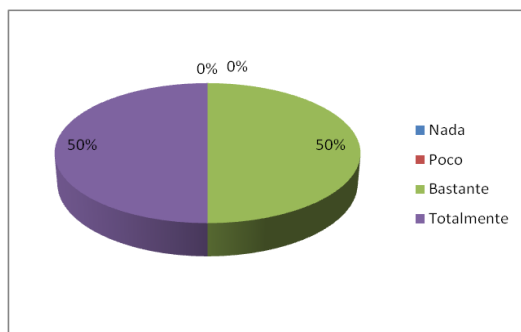


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

La capacitación es la principal causa de permiso en el 87% de la muestra médica y en el 43% de la muestra de enfermeras, quienes de igual manera solicitan permiso por cuestiones de salud y familiares, a diferencia de su contraparte médica.

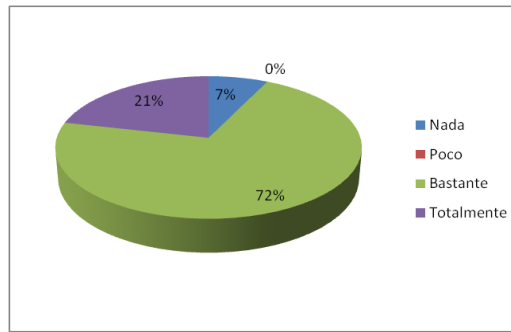
s. Valoración por el paciente

Gráfico 37



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 38

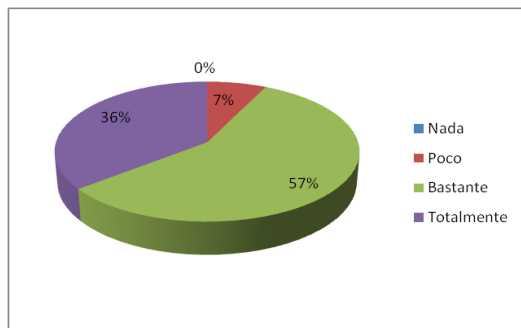


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos indican que médicos y enfermeras perciben una alta valoración de su trabajo por los pacientes a su cargo. Esta apreciación es mayor en la muestra de doctores que en enfermeras.

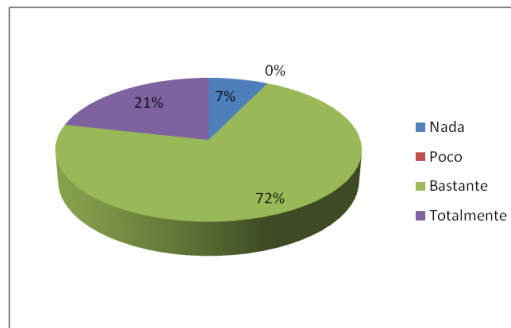
t. Valoración por la familia del paciente

Gráfico 39



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 40

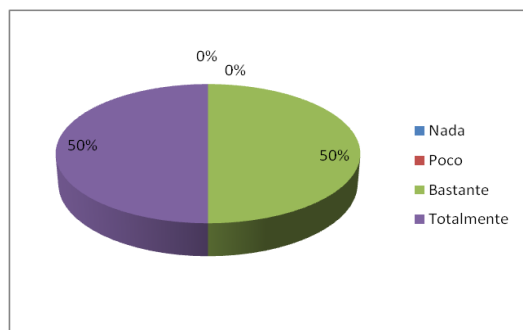


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos señalan que médicos y enfermeras perciben una alta valoración de su trabajo por las familias de los pacientes a su cargo. Menos del 10% de la muestra señalan poca o nada de valoración.

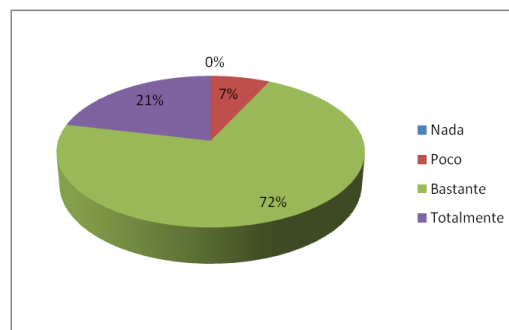
u. Valoración por colegas de profesión

Gráfico 41



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 42

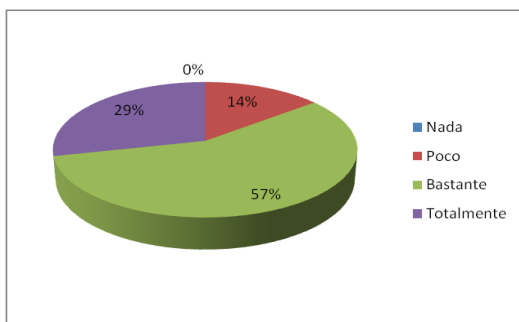


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos indican que médicos y enfermeras perciben una alta valoración de su trabajo por los colegas de profesión. Esta apreciación es absoluta en la muestra de doctores y tiende a ampliarse en la muestra de enfermeras, señalando entre otros un 7% de poca valoración.

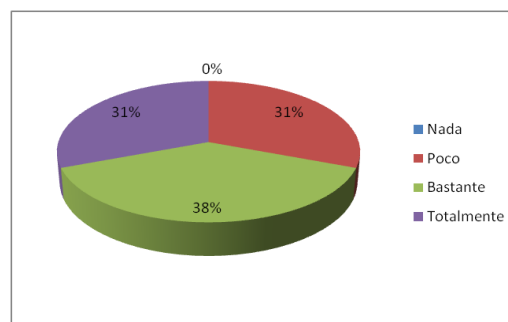
v. Valoración por los directivos de la institución

Gráfico 43



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 44

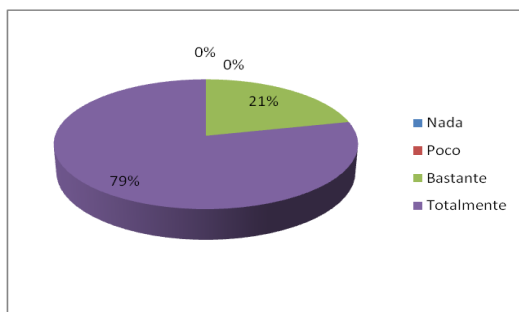


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos indican que la muestra de médicos observan un grado mucho mayor de valoración por los directivos de su institución que la muestra de enfermeras, quienes perciben un grado dos veces mayor de poca valoración que su contraparte médica.

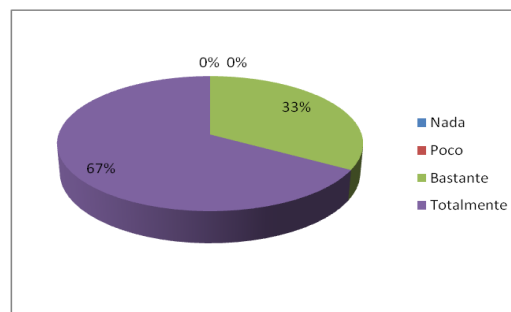
w. Satisfacción por el trabajo realizado

Gráfico 45



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 46

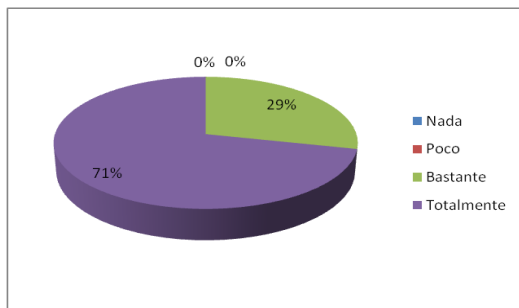


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos indican un alto grado de satisfacción por la labor realizada por parte de médicos y enfermeras. No existe índice de poca o nula valoración en ambas muestras.

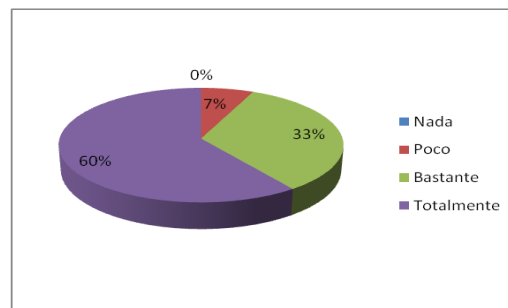
x. Satisfacción interacción con pacientes

Gráfico 47



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 48

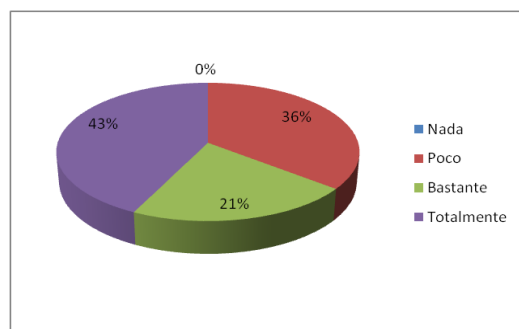


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los gráficos nos señalan porcentajes homogéneos y elevados en cuanto al grado de satisfacción por parte de médicos y enfermeras en la interacción con pacientes. En la muestra de enfermeras destaca un 7% de poca valoración en este ítem.

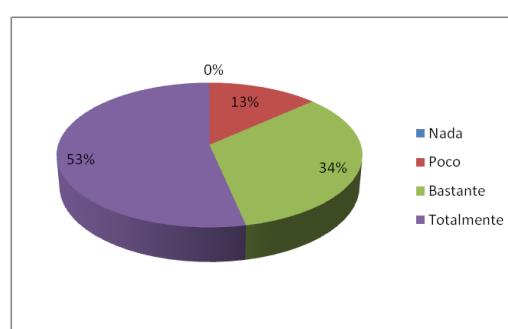
y. Satisfacción apoyo de los directivos

Gráfico 49



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 50

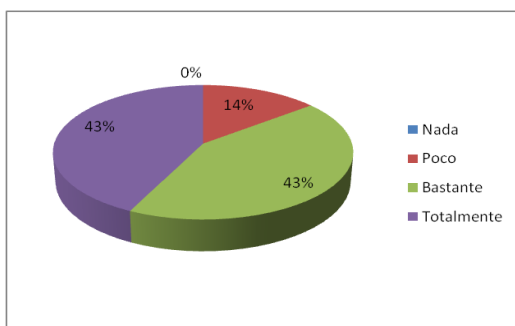


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

A diferencia de los anteriores ítems, se destaca un importante grado de insatisfacción con respecto a apoyo de los directivos percibido por la muestra de médicos (33%) y enfermeras (13%), siendo éste el porcentaje negativo más elevado de los gráficos relacionados con satisfacción y valoración.

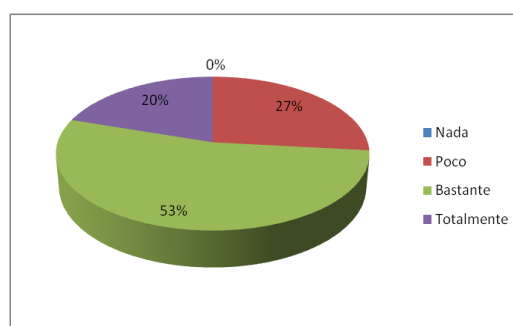
z. Satisfacción colaboración entre colegas

Gráfico 51



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 52

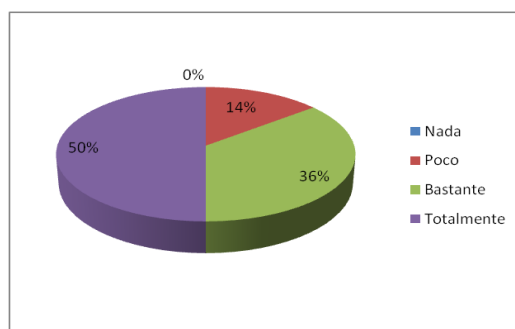


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

La muestra médica nos revela un grado elevado de satisfacción entre colegas, mayor que la muestra de enfermeras. Por el contrario, la poca valoración (27%) en la muestra de enfermeras es un porcentaje negativo mucho más elevado que su contraparte médica (14%).

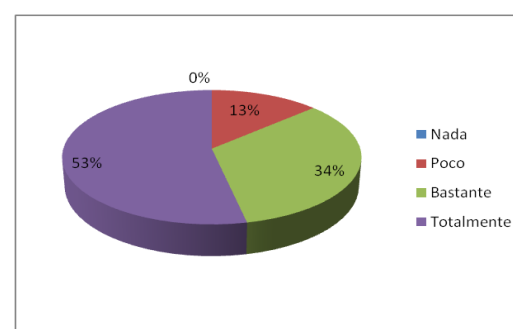
aa. Satisfacción experiencia profesional personal

Gráfico 53



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 54

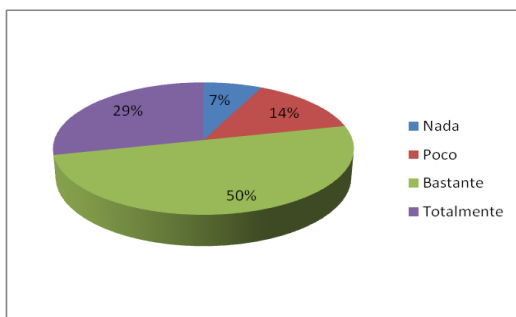


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los porcentajes con respecto a la satisfacción profesional nos revelan datos homogéneos en ambas muestras. La mitad de las muestras poseen una total satisfacción, alrededor de una 30% bastante satisfacción y un 14% poca valoración con su vida profesional.

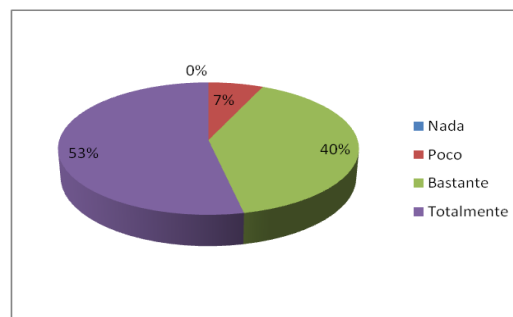
bb. Satisfacción economía personal

Gráfico 55



Fuente: Médicos a través del cuestionario Sociodemográfico

Gráfico 56



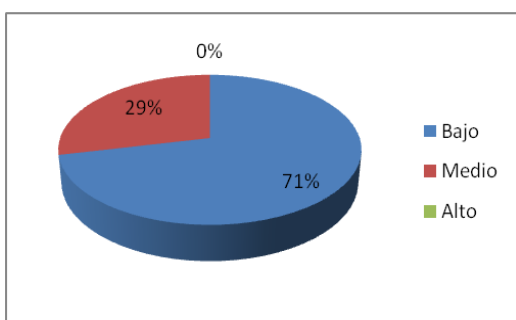
Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Los porcentajes expresados en la muestra médica nos indican una mayor insatisfacción con la situación económica personal. Esto no ocurre en la muestra de enfermeras, en la cual únicamente un 7% indica poca satisfacción con su economía personal.

5.2. CUESTIONARIO MBI

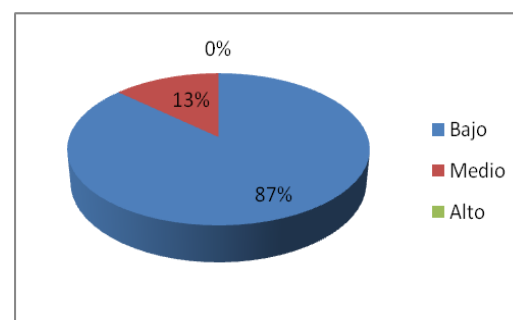
a. Dimensión de Agotamiento

Gráfico 57



Fuente: Médicos a través del cuestionario De MBI

Gráfico 58

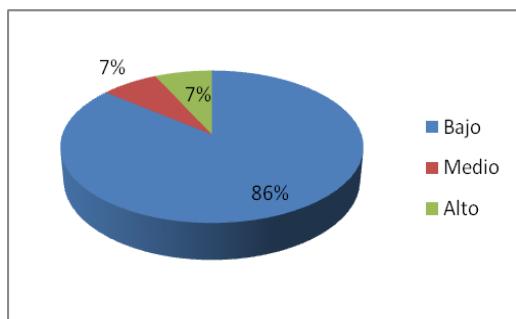


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

No existe prevalencia de agotamiento en la muestra de médicos y enfermeras (margen alto).

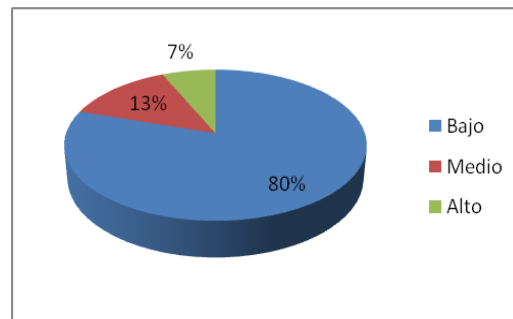
b. Dimensión de Despersonalización

Gráfico 59



Fuente: Médicos a través del cuestionario De MBI

Gráfico 60

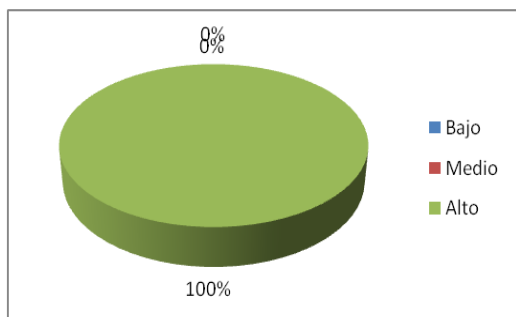


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Existe una prevalencia muy reducida (7%) de despersonalización en la muestra de médicos y enfermeras, lo que nos indica una ausencia de esta dimensión para Burnout en términos generales.

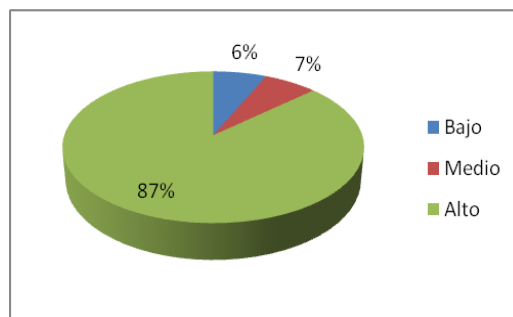
c. Dimensión de Realización personal

Gráfico 61



Fuente: Médicos a través del cuestionario De MBI

Gráfico 62



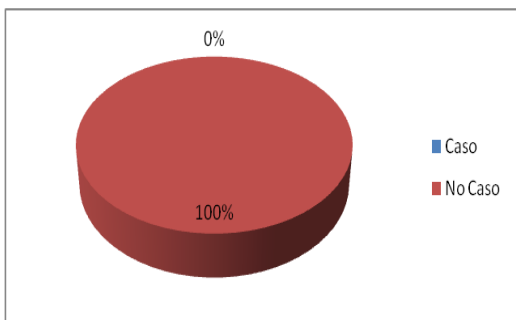
Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Los gráficos nos indican un índice de alta realización personal en médicos y enfermeras (100% y 87% respectivamente). La muestra de enfermeras conserva un reducido porcentaje del 6% como índice de baja realización personal.

5.3. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ - 28)

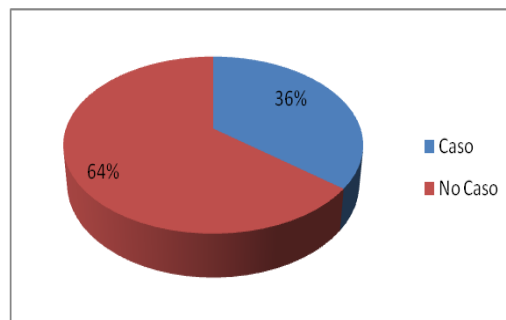
a. Síntomas psicósomáticos

Gráfico 63



Fuente: Médicos a través del cuestionario De salud general (GHQ - 28)

Gráfico 64

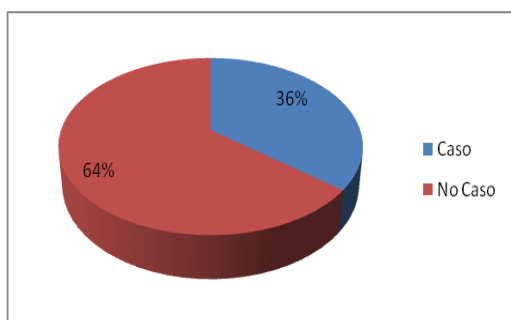


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario De salud general (GHQ - 28)

No existen casos de síntomas psicósomáticos en la muestra de médicos, mientras que la muestra de enfermeras nos manifiesta un índice considerable de un 36% de casos en este ítem. Poseen un estado aceptable de salud y bienestar.

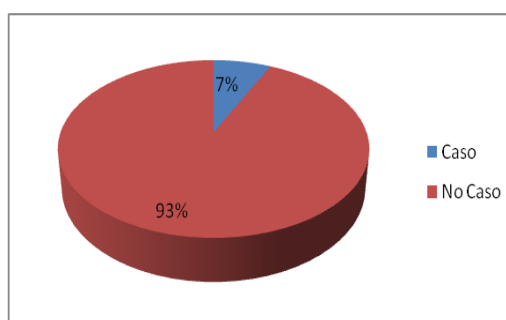
b. Ansiedad

Gráfico 65



Fuente: Médicos a través del cuestionario De salud general (GHQ - 28)

Gráfico 66

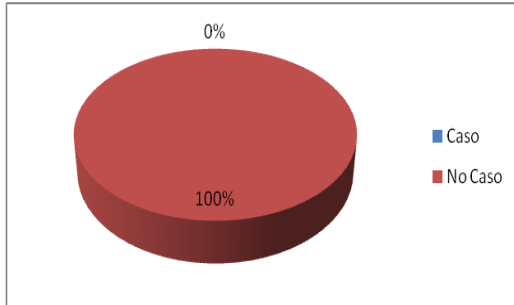


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario De salud general (GHQ - 28)

En cuanto a ansiedad, la muestra de médicos nos manifiesta un índice considerable de 36%, mientras que la muestra de enfermeras señala un porcentaje muy reducido (7%) de casos en este particular.

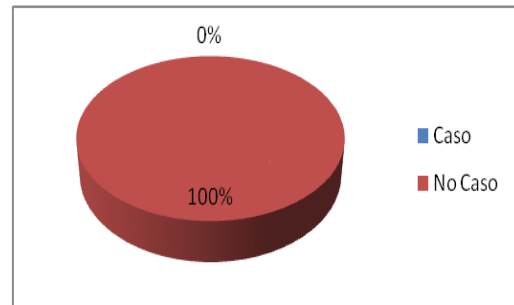
c. Disfunción social

Gráfico 67



Fuente: Médicos a través del cuestionario De salud general (GHQ - 28)

Gráfico 68

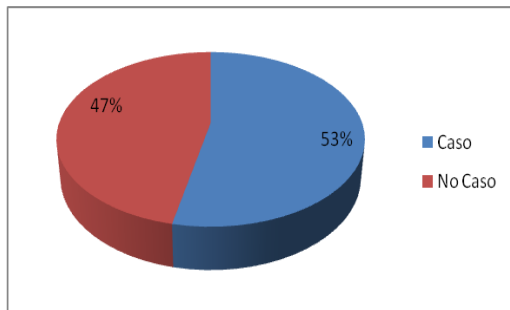


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario De salud general (GHQ - 28)

No existe prevalencia de disfunción social tanto en la muestra de médicos como en la de enfermeras.

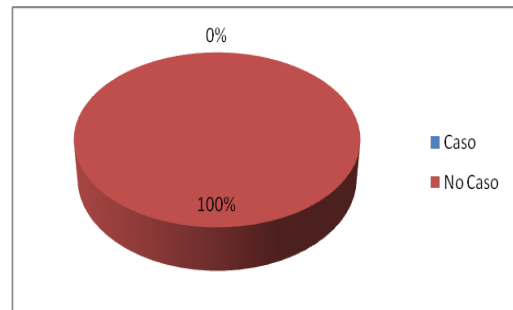
d. Depresión

Gráfico 69



Fuente: Médicos a través del cuestionario De salud general (GHQ - 28)

Gráfico 70



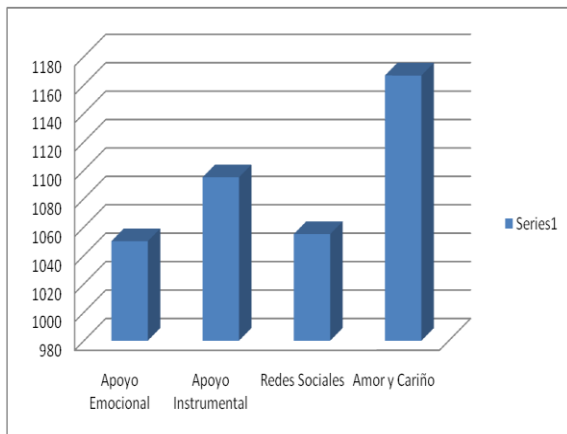
Fuente: Enfermeras a través de cuestionario De salud general (GHQ - 28)

La muestra de médicos manifiesta un alto índice de depresión (47%), mientras que en la muestra de enfermeras no existe prevalencia de esta dimensión de salud general.

5.4. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

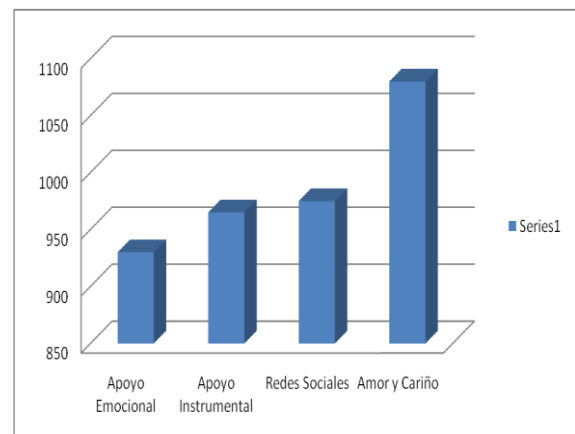
a. Escala de apoyo social

Gráfico 71



Fuente: Médicos a través del cuestionario De apoyo social

Gráfico 72



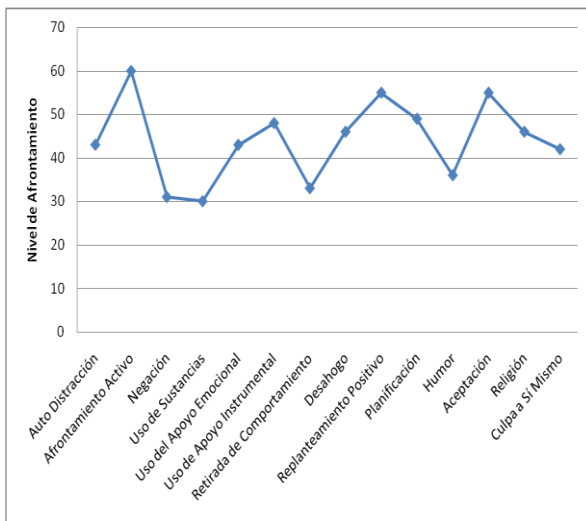
Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de apoyo social

Los gráficos nos indican un índice alto de vínculos afectivos de amor y cariño y un índice aceptable de apoyo instrumental. El apoyo emocional es relativamente bajo y limitado. A pesar de que las redes sociales son el segundo índice más alto, éste sigue siendo limitado.

5.5. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF - COPE)

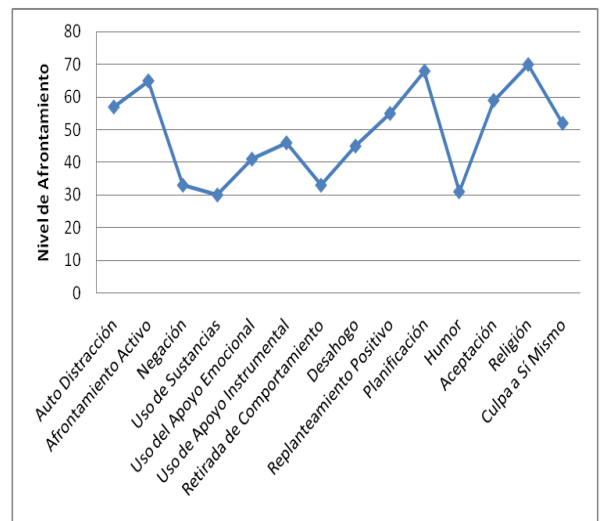
a. Niveles de afrontamiento

Gráfico 73



Fuente: Médicos a través del cuestionario de afrontamiento (BRIEF - COPE)

Gráfico 74



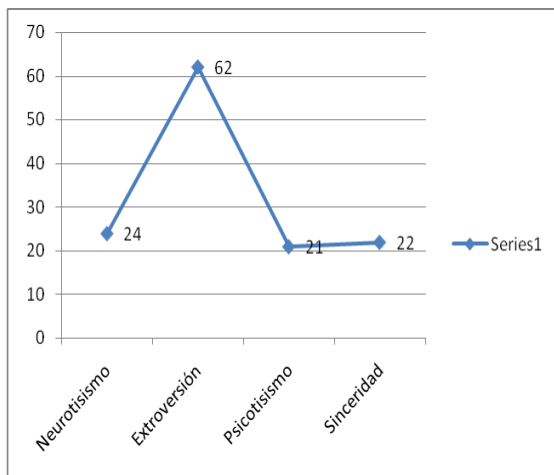
Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de afrontamiento (BRIEF – COPE)

La muestra de doctores indica un marcado uso de técnicas de afrontamiento activas a diferencia de la muestra de enfermeras, que señalan un uso mayor de técnicas de afrontamiento inactivas como la autodistracción y el uso limitado del apoyo emocional e instrumental en comparación con los médicos. Ambos gráficos tienen puntajes bajos en negación y uso de sustancias.

5.6. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR - A)

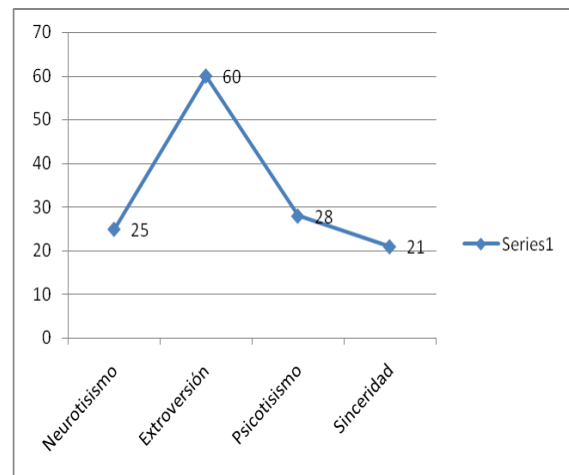
a. Rasgos de personalidad

Gráfico 75



Fuente: Médicos a través del cuestionario De personalidad (EPQR - A)

Gráfico 76



Fuente: Enfermeras a través de cuestionario De personalidad (EPQR - A)

La muestra de doctores nos indica un alto grado de extroversión, comparado con un grado muy bajo del resto de rasgos de personalidad. Los porcentajes en la muestra de enfermeras no varían mayormente, salvo en el rasgo de Psicoticismo, el cual es más alto en la muestra de doctores.

6. DISCUSION DE RESULTADOS

El objetivo general de la investigación es identificar el nivel y la prevalencia del síndrome de Burnout en doctores y personal de enfermería en el Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica MEDILAB y el Hospital Militar de la ciudad de Loja, y los factores relacionados con este fenómeno.

Los resultados de la investigación no reportan casos de Síndrome de Burnout, tanto en la muestra de doctores como en la muestra del personal de enfermería. Sin embargo es preciso señalar que ciertos resultados que muestran tendencia al Burnout o al menos a desarrollar considerablemente estrés emocional y laboral, se concentran principalmente en el género femenino como la muestra del personal de enfermería. Esta conclusión se respalda en los resultados obtenidos en el cuestionario demográfico, tanto del porcentaje de satisfacción laboral (79% en médicos y 67% en enfermeras) e interacción con los pacientes (71% en médicos y 60% en enfermeras); así como el porcentaje de realización personal del cuestionario MBI (100% en médicos y 87% en enfermeras), síntomas somáticos en el cuestionario de Salud General GHQ-28 (100% en médicos y 64% en enfermeras) y las formas de afrontamiento utilizadas del Cuestionario BRIEF COPE (afrontamiento activo en médicos y pasivo en enfermeras). Todos estos datos revelan una diferencia significativa en relación a la muestra recogida del personal masculino (mayoritariamente médicos).

Uno de los objetivos específicos del estudio lo constituye el identificar el apoyo social procedente de la red social. Los resultados obtenidos demuestran que el apoyo que reciben médicos y enfermeras de su tejido familiar, de amistades y colegas (a pesar de sus limitaciones) es una variable que minimiza los efectos del agotamiento emocional y de despersonalización y la posibilidad de contar con apoyo emocional e instrumental los faculta para hacer frente a la experiencia estresante de forma saludable. Según la teoría de la identidad social de Haslam (Haslam, 2004), “la identificación social protegerá a los empleados de consecuencias adversas como el síndrome de Burnout, en parte porque les brinda la oportunidad de recibir apoyo social”.

En este contexto se puede comprobar que las redes sociales tejidas al interior de los centros de salud (directivos y colegas) alientan la colaboración, el apoyo y la

satisfacción personal y profesional, reduciendo las dimensiones propias del síndrome de Burnout. De igual manera, la estructura organizacional y administrativa de hospitales y clínicas intervenidos en la investigación; fortalecen este tipo de procesos de identificación y apoyo social, especialmente en la forma de asociación que posee el Área de enfermería del Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS.

Esta estructura organizacional y forma de asociación al interior del Área de Enfermería permite una comunicación directa, un trabajo eficaz en función de objetivos propuestos y una jerarquía accesible al resto, entre otras cosas. En función del tema de investigación, los efectos del síndrome de Burnout o de cierto nivel de estrés emocional, se contrarrestan de forma eficaz por este tipo de organización que a nivel del género femenino, impulsa el apoyo social y una red social con mayor cohesión que el tejido social de la muestra de doctores.

Como se indicó anteriormente, existe una escasa tasa de prevalencia del síndrome de Burnout en las muestras de doctores y personal de enfermería de la investigación. Este resultado, unido al hecho de que el fenómeno se encuentra en proceso de exploración en nuestro país y que no se ha encontrado una alta tasa de prevalencia como en España, Holanda o Austria; implica trabajar en políticas de prevención en materia de salud laboral en el marco de generar procesos interdisciplinarios (trabajo conjunto de médico o siquiatra, psicólogo clínico, trabajador social y centro de salud) para realizar ajustes organizacionales (estrategias organizacionales), el apoyo entre áreas del hospital o clínica (estrategias grupales) y el tratamiento individual (estrategias individuales de la psicología positiva tales como recovery, flow o personalidad resistente).

Este resultado tiene importantes implicaciones prácticas de cara al diseño de programas de intervención para la reducción del Burnout o estrés laboral centrados en el efecto amortiguador del apoyo social más que en modelos que enfoquen el fenómeno desde una perspectiva puramente individual y de igual manera, ponen en evidencia que la evaluación del estrés y de los recursos personales para afrontarlo es un proceso complejo en el cual es importante tomar en consideración la pertenencia de la persona a sus grupos sociales relevantes.

El síndrome de Burnout agrupa síntomas psicológicos y físicos que van evolucionando en el tiempo debido a la interacción de factores internos (variables de personalidad) como externos (entorno laboral), pero en definitiva el entorno laboral es el decisivo de la etiología de los síntomas y su curso. Y a la par con las condiciones del trabajo, los recursos personales con que cuente el médico o enfermera y la forma como la persona interprete o maneje las situaciones influyen en la frecuencia e intensidad del síndrome.

Otro objetivo específico de la investigación lo constituye conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud. La investigación descubrió que la muestra de médicos y personal de enfermería aplican técnicas de afrontamiento positivas, las cuales van desde la aceptación hasta la planificación y el afrontamiento activo. Sin embargo en la muestra femenina del estudio (muestra de enfermeras), se detectaron técnicas de afrontamiento que se centran en el aspecto emocional como la religión y la autodistracción. Este dato es sumamente importante si tomamos en cuenta que aproximadamente las $\frac{3}{4}$ del personal médico y de enfermería de las instituciones abordadas en la investigación (especialmente el hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS) está compuesta por personal femenino, incluyendo al personal administrativo en puestos de jerarquía y personal de servicio, el cual no fue tomado en cuenta para el estudio por obvias razones.

Si se parte de este hecho y principalmente, de la diferencia de género en cuanto a la elección de técnicas de afrontamiento y la estructura del apoyo social, entonces se podría centrar procesos interdisciplinarios y de tratamiento individual en función del género. Aún más, si se tiene en consideración que la situación familiar, económica e incluso profesional de la muestra del personal de enfermería evidencia condiciones de vida mucho de mayor complicación que la muestra de doctores. Tres datos que justifican esta premisa son el sueldo mensual de la muestra de enfermeras (el 90% de la muestra percibe un salario menor a \$1000 comparada con el 90% de doctores que perciben un mensual mayor a \$2000), la ausencia de estudios de post grado (21% de la muestra de enfermeras poseen títulos de especialización comparado con el 85% de la muestra de doctores que poseen estudios de cuarto nivel) y los turnos nocturnos que toda enfermera realiza, en contraste con la muestra de doctores que no efectúan esta actividad.

El estudio encontró cierta relación, aunque no concluyente en términos de variables que afecten o predispongan al síndrome de Burnout, entre la edad y el estado civil de médicos y enfermeras. El porcentaje de solteros de la investigación poseen una edad menor a los 25 años y en el análisis de los resultados de la muestra del personal de enfermería, las solteras tendían a una valoración poco favorecedora de su trabajo. Nuevamente se observa la importancia de la red social, ya no en términos de compañeros de trabajo sino de familia; puesto que los solteros tienen mayor posibilidad de presentar desgaste emocional, según las condiciones del estilo de vida que propician el síndrome de Burnout

Los rasgos de personalidad asociados con el síndrome de Burnout están recogidos en el cuestionario de personalidad (EPQR - A) y consisten en neuroticismo, extroversión, psicoticismo y sinceridad. En este test, tanto médicos como enfermeras indicaron un alto índice de extroversión y registro reducido en los otros parámetros. Siendo el cuarto objetivo específico de la investigación identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias con el síndrome de Burnout, este objetivo no pudo ser verificado, puesto que de las muestras intervenidas ningún profesional de la salud fue detectado con Burnout y el cuestionario en mención no reporta datos de neuroticismo y psicoticismo.

Con lo discutido anteriormente, se procura en última instancia que los profesionales de la salud tengan una mejor calidad de vida en todas las áreas de su actividad y los centros de salud tengan personas saludables y motivadas para la consecución de las metas y objetivos institucionales y el logro de su visión y misión, donde esta interacción diádica persona- hospital sea un espacio socio-temporal como oportunidad de crecimiento y desarrollo en el ciclo vital de la persona y la organización.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

El trabajo de investigación arroja las siguientes conclusiones:

- En base al objetivo general planteado al inicio de la investigación, se ha determinado que los resultados del estudio no reportan datos significativos de presencia de niveles elevados del síndrome de Burnout en la muestra intervenida. De igual manera, no ha sido posible establecer los rasgos de personalidad de los profesionales asociados con el síndrome de Burnout, siendo éste uno de los objetivos específicos que se planearon en la investigación. Sin embargo debemos señalar que ciertos resultados que muestran tendencia al Burnout o al menos, a desarrollar considerablemente estrés emocional y laboral, se concentran principalmente en el género femenino.
- En cuanto al resto de los objetivos específicos del estudio, los resultados establecieron que los profesionales de la salud cuentan con un alto índice de apoyo y vínculos afectivos respaldados por una sólida y amplia red social formada por amigos, compañeros de trabajo y familiares. Esto es complementado por el clima laboral de confianza, seguridad laboral y apoyo en jefes y compañeros que existe en los hospitales y clínicas intervenidas. La red y el apoyo social son parte de los pilares fundamentales para que no se presente el Síndrome de Burnout en la muestra de estudio.
- Se ha determinado del mismo modo, que tanto médicos como enfermeras poseen un aceptable estado de salud mental y bienestar emocional con índices mínimos de depresión y disfunción social y que además aplican técnicas positivas de afrontamiento, las cuales van desde la aceptación hasta la planificación y el afrontamiento activo. Sin embargo en la muestra femenina del estudio (muestra de enfermeras) se detectaron técnicas de afrontamiento pasivas que se centran en el aspecto emocional como la religión y la autodistracción.

- Las variables socio demográficas no marcan una diferencia en el nivel de Burnout que presentan médicos y enfermeras. Sin embargo nos remite una realidad socio-económica, familiar y profesional (especialmente de la muestra de enfermeras) bastante complicada, que contrasta con su alta nivel de satisfacción laboral y la ausencia de sintomatología de Burnout.
- El psicoticismo es un rasgo de personalidad que obtuvo una puntuación aceptable en el Cuestionario de personalidad (EPQR-A), tanto para la muestra de enfermeras como de médicos. De igual manera, el constructo de personalidad resistente desarrollado por la muestra de enfermeras es una variable protectora ante los efectos del Burnout y presentan una menor frecuencia de síntomas de malestar psíquico. Se evidencia el potencial protector de esta estructura de la personalidad frente a diversas fuentes de estrés y en la generación de distintos modos de afrontamiento activo.

7.2. Recomendaciones

Desde la aparición del concepto del Síndrome de Burnout, en los últimos treinta años se han desarrollado en todo el mundo centenares de investigaciones sobre esta patología sociolaboral; las cuales han dado respuesta a este fenómeno y han llevado a que se reconozcan en cierta medida en la jurisprudencia y códigos de trabajo al Síndrome del Burnout como una problemática sociolaboral, como es el caso de España y Brasil. En nuestro país, las políticas sobre trabajo y salud laboral empiezan a incluir estudios sobre riesgos psicosociales, entre ellos el Burnout.

Este estudio adolece de limitaciones importantes de tipo operativo y metodológico. Se cita como una de las más relevantes, la gran dificultad que implicó la recolección de datos para la muestra de doctores en el interior del Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, por las trabas administrativas procedentes de los directivos del área médica. Se incluye también como limitante la falta de tiempo de los médicos, por la gran cantidad de pacientes a atender o la programación de operaciones, lo cual dificultaba la recogida de información. En este contexto, la muestra de doctores no es representativa del Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, por lo cual se recurrió a distintos centros de salud para completar la muestra.

Caso contrario resultó la recolección de datos de la muestra de enfermeras. En este punto se debe resaltar el apoyo brindado por la Lic. María Yáñez, jefa del departamento de Enfermería del Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, quien tomó el presente trabajo de tesis como un aporte a las políticas institucionales de salud laboral requeridas por el Ministerio de Salud Pública y que brindó los accesos administrativos y operativos necesarios para la realización del trabajo.

Otra limitación importante es la cultura de evaluación que existe actualmente en el país a nivel de instituciones públicas, la cual genera en sus empleados una atmósfera de incomodidad y de persecución. Así, a pesar de obtener la autorización de la aplicación de los instrumentos en el área de Enfermería y el conocimiento previo de ser un trabajo de tesis de la UTPL; existió cierto prejuicio para su recepción y contestación.

Otra limitación destacada es el reducido tamaño y la falta de representatividad de la muestra. Si bien es cierto que se obtuvo una muestra completa de una unidad específica (Unidad de Cuidados Intensivos) del hospital M.A.I. del IESS, ésta en realidad no representa al área de Enfermería en su totalidad ni un nivel real de Burnout. Éste hubiera sido el caso del Área de Emergencias, donde se podría detectar un nivel más alto de Burnout o en alguna de sus subescalas; puesto que su labor requiere un contacto mucho más directo con situaciones de vida- muerte, turnos o guardias que exigen mayor estrés, etc. Se podría considerar para futuras investigaciones poner a prueba el mismo modelo de investigación con muestras más extensas y con procedimientos aleatorios de selección de los participantes e incluir estudios que recogieran información de otras fuentes, tales como evaluaciones de los pares o registros externos a doctores o enfermeras.

De igual manera, se realiza las siguientes recomendaciones:

- Si bien es cierto que se obtuvo una muestra representativa de una unidad específica del hospital Manuel Ignacio Monteros - IESS, (Unidad de Cuidados Intensivos), ésta no representa al área de Enfermería en su totalidad. En este contexto se recomienda la realización de convenios con hospitales y clínicas para

realizar investigaciones de mayor profundidad, que den cuenta de la realidad de la institución a nivel global en el aspecto de salud laboral.

- A pesar de que la prevalencia del síndrome de Burnout en la muestra de médicos y enfermeras es inexistente, es necesario adoptar medidas de prevención para evitar el desarrollo de esta patología. Una de éstas puede ser la intervención tanto individual como grupal dirigida a la prevención del síndrome, así como la promoción del tratamiento integral en todas sus dimensiones con el fin de que el personal del área de la salud realice su trabajo en óptimas condiciones de calidad, eficiencia y satisfacción personal.
- Es necesario iniciar procesos que reconozcan jurídicamente el síndrome de Burnout como un problema de salud laboral. Este proceso legal beneficiará a instituciones de salud pública (y a todo tipo de instituciones en general) a mejorar la calidad de vida de sus empleados en todas las áreas de su actividad, obteniendo personas saludables y motivadas.
- Aunque es cierto que el diseño de recogida de información resulta económico y eficaz y que en cualquier caso nos permiten acceder a las percepciones de doctores y enfermeras sobre Burnout, sería recomendable en el futuro contar con estudios que recogieran información de otras fuentes, tales como evaluaciones de los pares o registros externos al participante.
- En relación con el diseño, otra limitación destacada del estudio está en el reducido tamaño y la falta de representatividad de la muestra. Pese a la dificultad que implicó la recogida de datos en el interior del Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica MEDILAB y el Hospital Militar de la ciudad de Loja, sería necesario en el futuro poner a prueba el mismo modelo con muestras más extensas y con procedimientos aleatorios de selección de los participantes.
- La mayoría de los sujetos de la muestra tuvieron gran agrupamiento en el género femenino, por lo tanto sería importante para futuros estudios discriminar más esta variable.

- La red social de médicos y enfermeras es limitada y débil. Se debe implantar y fortalecer el diseño de programas de intervención para la reducción del Burnout centrados en el efecto amortiguador de la red social para lograr un nivel de eficacia y realización personal más alto. Estos programas podrían tener importantes resultados ampliando la red social de colegas dentro del área laboral, más que en modelos que enfoquen el fenómeno desde una perspectiva puramente individual.
- Se recomienda una investigación específica del rasgo de personalidad PSICOTICISMO dentro de la amplia temática del Burnout, pues sus características lo convierten en un fuerte agente desencadenante del síndrome.
- El humor es una excelente fuente para contrarrestar la adversidad que pudiese amenazar la propia auto-imagen y por lo tanto, es un mecanismo poderoso para enfrentar el estrés. Aunque obtuviera una puntuación aceptable en el cuestionario de Afrontamiento BRIEF COPE, éste es un aspecto de los modos de afrontamiento que merece un estudio de mayor profundidad.
- Es necesario aumentar la muestra utilizada, sondear otros colectivos que no han sido contemplados, a desarrollar predicciones intergrupales con la finalidad de poder comparar bien distintos grupos profesionales de atención humana (sanitarios, docentes, servicios sociales, personal de banca y administrativos, policías, etc.) entre sí y también a estudiar procesos específicos de salud pública (selección de médicos residentes, turnos rotativos, unidades de emergencia) y su relación directa con el Burnout. Es recomendable realizar estudios similares con un mayor número de sujetos en muestras con características similares y distintas, con el fin de conocer todas las variables implicadas y por otro lado, continuar aplicando el Maslach Burnout Inventory (MBI) para probar su validez y confiabilidad y realizar los cambios pertinentes a fin de disponer de un instrumento fidedigno que permita tener una visión real del Burnout en nuestra población sanitaria, de manera que se puedan diseñar estrategias de intervención que prevengan su aparición, para finalmente mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida del trabajador/a de los servicios de salud en todos los niveles de atención.

8. ANEXOS

ANEXO Nro. 2



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

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							

11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se trata de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

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

Anexo 2. 2

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

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

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

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

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

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	1	2	3	4
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	1	2	3	4
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	1	2	3	4
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	1	2	3	4
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	1	2	3	4
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	1	2	3	4
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	1	2	3	4
27. He estado rezando o meditando.	1	2	3	4
28. He estado burlándome de la situación.	1	2	3	4

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

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

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio esta pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 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).

9. BIBLIOGRAFIA y REFERENCIAS

- Álvarez, E., Fernández, L. (1991). El Síndrome de Burnout o el desgaste profesional (I): Revisión de estudios. *Revista de la Asociación Especializada en Neuropsiquiatría*, Vol. 11, Núm. 39.
- Anello, S., D'Orazio, A., Barreat, Y., Escalante, G. (2009). Incidencia del sentido del humor y la personalidad sobre el síndrome de desgaste profesional (Burnout) en docentes. *Educere, revista venezolana de educación*, Vol. 13, Núm. 45, abril-junio, 439-447.
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del Síndrome de Burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 71, Núm. 3, mayo-junio, 293-303.
- Balanza, J. (2003). Situaciones relacionadas con la salud mental. Depresión, ansiedad, estrés, mobbing y burnout. *Salud Laboral para Atención Primaria*. Vol. LXV, Núm. 1499, noviembre-diciembre.
- Barraza, A., Carrasco, R., Arreola M. (2007). Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. INED Investigación Educativa, Núm. 6. Universidad Pedagógica de Durango.
- Bausela, E. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) de Pedro Gil-Monte. *Anales de Psicología*, Vol. 21, Núm. 2, diciembre, 345-346.
- Blandin, J., Martínez, D. (2005). Estrés laboral y mecanismos de afrontamiento: Su relación en la aparición del síndrome de Burnout en médicos residentes del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". *Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología*, Vol. 51, Núm. 104, junio.

- Boada, J., Vallejo, R., Agulló, E. (2004). El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*, Vol. 16, Núm. 1, septiembre, 125-131.
- Caballero, M., Bermejo, F., Nieto, R., Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Atención Primaria*, Vol. 27, Núm. 5, marzo. 53-59.
- Cañadas, L., Lozano, L., De la Fuente, E., Vargas, C., Saldaña, L. (2010). Análisis bayesiano de variables relacionadas con el desarrollo del síndrome de Burnout en profesionales sanitarios. *Escritos de Psicología*, Vol. 3, Núm. 4, septiembre-diciembre, 35-39.
- Caponi, S. (1997). Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Historias, Ciencias, Saúde*, Vol. 4, Núm. 2, julio-octubre, 287-307.
- Carlotto, M., Gobbi, M. (2001). Desempleo y Síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, año/Vol. 10, Núm. 001, 131-139. Universidad de Chile, Ñuñoa Santiago, Chile. ISSN: 0716-8039.
- Cogollo-Milanés, Z., Batista E., Cantillo C., Jaramillo, A., Rodelo, D., Meriño, G. (2010). Desgaste profesional y factores asociados en personal de enfermería de servicios de urgencias en Cartagena, Colombia. *Aquichán*, Año/Vol. 10, Núm. 1, abril, 43-51.
- Ferrer, R. (2002). Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional. *Medicina Clínica*, Año 119, Núm. 13, 495-496. Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento, Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona, España.
- Garcete, M. (2008). Estrategias de afrontamiento y estrés laboral en hombres y mujeres de 18 a 41 años. *Revista Psicología Científica.com*.
- Gil Monte, P. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. *Revista Psicología Científica.com*, Vol. 3, Núm. 5, julio.

- Gil-Monte, P., Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, Vol. 15, Núm. 2, 261-268.
- Grazziano, E., Ferraz Bianchi, E. (2010). Impacto del estrés ocupacional y burnout en enfermeros. *Enfermería Global, revista electrónica cuatrimestral de Enfermería*, Núm. 18, febrero.
- Guevara, C., Henao, D., Herrera, J. (2004). Síndrome de Desgaste Profesional en Médicos Internos y Residentes, Hospital Universitario del Valle, Cali, 2002. *Colombia Médica*, año/Vol. 35, Núm. 004, 173-178. Universidad del Valle, Cali, Colombia. ISSN: 1657-9534.
- Hernández, G., Olmedo, E., Ibáñez, I. (2004). Estar Quemados (BURNOUT) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, año/Vol. 4, Núm. 002, mayo, 323-336. Asociación Española de Psicología Conductual (AEPC), Granada, España. ISSN: 1697-2600.
- Hernández, G., Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado" (Burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, vol. 22, Núm. 1, págs. 121-136. ISSN 0213-3334.
- Jofré, V., Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital Guillermo Grant Benavente de Concepción, Chile. *Aquichán, Año/Vol. 5, Núm. 1 (5)*, octubre, 56-63.
- León Rubio, J., Cantero, F., León-Pérez, J. (2011). Diferencia del Rol desempeñado por la autoeficacia en el Burnout percibido por el personal universitario en función de las condiciones de trabajo. *Anales de Psicología*, Vol. 27, Núm. 2, mayo, 518-526. ISSN: 1695-2294. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, España.
- López-Elizalde, C. (2004). Síndrome de Burnout. *Revista Mexicana de Anestesiología*, Vol. 27, Núm. 1, 131-133. Colegio Mexicano de Anestesiología, AC.

- Marsollier, R., Aparicio, M. (2010). Las estrategias de afrontamiento: Una alternativa frente a situaciones desgastantes. *RACC, Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, Vol. 2, Núm. 3, 8-13.
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez-Carvajal, R., Escobar, E. (2001). La evaluación del burnout profesional factorialización del MBI-GS: Un análisis preliminar. *Ansiedad y Estrés*, Vol. 7, Núm. 1, 69-78.
- Paredes, O., Sanabria-Ferrand, P. (2008). Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Facultad Médica.*, Vol. 16, Núm. 1, enero-junio, 25-32.
- Pereda-Torales, L., Márquez Celedonio, F., Hoyos Vásquez, M., Yáñez Zamora, M. (2009). Síndrome de Burnout en Médicos y Personal Paramédico. *Salud Mental*, Vol. 32, Núm. 5, septiembre-octubre, 339-404. Instituto Nacional de Siquiatría Ramón de la Fuente, México.
- Quiceno, J., Vinaccia S. (2007). Burnout: "Síndrome de Quemarse en el Trabajo". *Acta Colombiana de Psicología*, año/Vol. 10, Núm. 002, julio-diciembre, 117-125. ISSN: 1909-9711. Universidad Católica de Colombia. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/>
- Ríos, M., Godoy C., Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de Quemarse por el trabajo: Personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, Vol. 27, Núm. 1, enero, 71-79. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia, España. ISSN: 1695-2294.
- Rodríguez, AM., Fernández, R., Benítez, MC., Camino, MJ., Brea, AJ. (2008). Correlación entre carga de trabajo, síndrome de Burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Enfermería Global, revista electrónica cuatrimestral de enfermería*, Núm. 14, octubre. Servicio de publicaciones de la Universidad de Murcia.

- Salanova, M., Llorens, S. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout. *Papeles del Psicólogo*, año/Vol. 29, Núm. 001, enero-abril, 59-67. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, Madrid, España. ISSN: 0214-7823
- Schmidt, V., Firpo, L., Vion, D., De Costa, M., Cuenya, L., Blum, G., Pedron, V. Modelo Psicobiológico de personalidad de Eysenck: Una historia proyectada hacia el futuro. *Revista Internacional de Psicología*, Vol., 11, Núm. 2.
- Segura, J., Ferrer, M., Palma, C., Ger, S., Doménech, M., Gutiérrez, I., Cebriá, J. (2006). Valores personales y profesionales en médicos de familia con el síndrome del burnout. *Anales de Psicología*. Vol. 22, Núm. 1, junio, 45-51.
- Topa-Cantisano, G., Morales-Domínguez J. (2007). Burnout e Identificación con el Grupo: El papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, Vol. 7, Núm. 2, 337-348. Asociación Española de Psicología Conductual, Granada España.
- Tutte Vallerino, V., Garcés de los Fayos Ruíz, E. (2010). Burnout en Iberoamérica: Líneas de Investigación. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, Vol. 10, Núm., 1, enero-junio, 47-55. Dirección General de Deportes de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia, España. ISSN: 1578-8423.
- Vanessa, M., Ayala, Elio., Sphan, M., Stortti, M. (2006). Etiología y prevención del Síndrome de Burnout en los trabajadores de la salud. *Revista de Postgrado de la Vía Cátedra de Medicina*. Núm. 153, enero.
- Velásquez, L., González, M., Contreras, G. (2010). Síntomas depresivos y agotamiento en personal trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista argentina de Ciencias del Comportamiento*. Vol. 2, Núm. 2, 60-67.
- Zúñiga Vásquez, G. (2006). Depresión y Autoconcepto. *Boletín de Investigación de la Maestría en Psicología de la Universidad del Valle de México*. Año 0, Núm. 3, septiembre.



Presidencia
de la República
del Ecuador



Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes



senescyt
Secretaría Nacional de Educación Superior,
Ciencia, Tecnología e Innovación

REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGIA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS

TÍTULO Y SUBTÍTULO: "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica Medilab y Hospital Militar de la ciudad de Loja"

AUTOR/ ES:
Gómez Correa, José Alberto

REVISORES:
Maldonado Rivera, Ruth Patricia Dra.

INSTITUCIÓN: Universidad Técnica Particular de Loja -
UTPL

FACULTAD:

CARRERA: Licenciatura en Psicología

FECHA DE PUBLICACION:

Nª DE PÁGS: 115

ÁREAS TEMÁTICAS:
Psicología

PALABRAS CLAVE:

Salud ocupacional.- Síndrome de Burnout.- Psicología-Tesis.

RESUMEN:

El objetivo de la investigación es identificar el nivel y la tasa de prevalencia del síndrome de Burnout en doctores y personal de enfermería en el Hospital Manuel Ignacio Monteros del IESS, Clínica MEDILAB y el Hospital Militar de la ciudad de Loja y los factores relacionados con este fenómeno. Se realizó una investigación cuantitativa, no experimental, descriptiva y transeccional mediante la aplicación de los siguientes instrumentos: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario de salud mental (GHC28), Escala multidimensional de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario MOS de apoyo social, cuestionario revisado de personalidad de Eynseck (EPQR -A) y cuestionario socio demográfico aplicado a 15 enfermeras del Área de cuidados intensivos del Hospital Ignacio Monteros del IESS y 14 doctores del hospital Ignacio Monteros, Hospital Militar y clínica particular MEDILAB de la

Nº DE REGISTRO (en base de datos):

Nº DE CLASIFICACIÓN:

DIRECCIÓN URL (tesis en la web):

ADJUNTO PDF:

SI

NO

CONTACTO CON AUTOR/ES:

Teléfono:

E-mail:

iosegomezc27@hotmail.com

**CONTACTO EN LA
INSTITUCIÓN:**

Nombre:

Teléfono:

E-mail:

Quito: Av. Whymper E7-37 y Alpallana, edificio Delfos, teléfonos (593-2) 2505660/ 1; y en la Av. 9 de octubre 624 y Carrión, edificio Prometeo, teléfonos 2569898/ 9. Fax: (593 2) 250-9054