



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

AREA SOCIO HUMANÍSTICA

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del nivel del síndrome de burnout en profesionales de la salud médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la Vida de la ciudad de Quito, y factores relacionados con este fenómeno”.

TRABAJO DE TITULACIÓN

AUTOR: Delgado Paredes, Edith Elizabeth

DIRECTOR: Espinosa Iñiguez, Jhon Remigio, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2013

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Magister.

Jhon Remigio Espinoza Iñiguez

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del nivel del síndrome de burnout en profesionales de la salud médicos y enfermeras del Hospital “Un canto a la Vida” de la ciudad de Quito, y factores relacionados con este fenómeno ”** realizado por el profesional en formación: **Delgado Paredes Edith Elizabeth**; 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, noviembre de 2013

f).....

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

Yo, **Delgado Paredes Edith Elizabeth** declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de titulación "**Identificación del nivel del síndrome de burnout en profesionales de la salud médicos y enfermeras del Hospital "Un canto a la Vida" de la ciudad de Quito, y factores relacionados con este fenómeno** " siendo Jhon Remigio Espinosa Iñiguez Director del presente trabajo; y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales, Además certifico que las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo investigativo, son de mi exclusiva responsabilidad.

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

.....

Delgado Paredes Edith Elizabeth

0401078589

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi hijo Alex, a pesar de la distancia es mi fuente de inspiración día a día.

Dedicado también a mis padres, Manuel y Edith (†) por su apoyo incondicional por ser un ejemplo de perseverancia, disciplina y amor.

De manera especial a mis hermanos Juan Carlos, William, Manuel, por animarme a continuar.

Y a usted que con su presencia (M), acompañamiento incondicional ha hecho posible un sinfín de retos propuestos

Con inmenso cariño, Edith

AGRADECIMIENTOS

Quiero Agradecer por el aporte con el desarrollo del conocimiento en nuestro país, a la Universidad Técnica Particular de Loja y su programa de estudio a distancia.

A Mgs. John Espinoza, Lic. Julio Alvarado, y todos los maestros que durante estos años han sido parte importante de mi formación profesional.

A los directivos y autoridades del Hospital Un Canto a la Vida de la ciudad de Quito por la apertura a la realización de este trabajo. A la Dra. Beatriz Rivadeneira y todos los funcionarios que muy amablemente colaboraron y participaron para el desarrollo de este trabajo.

Un agradecimiento a mi familia y amigos por el apoyo, el cariño y la paciencia siendo partícipes de este camino y que implicó momentos importantes para hacer realidad este sueño, sueño que no se hubiera cumplido sin el aporte de Mi mentor **JULIO GARCIA (+)**.

A Dios por las bendiciones y el privilegio de las maravillosas oportunidades y experiencias en mi vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTOS	v
RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
CAPÍTULO I: CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS	7
Antecedentes del estrés	8
Origen	8
Definición	10
Desencadenantes del estrés	11
Factores medioambientales	11
Factores hormonales	12
Tipos de estresores	13
Estresores Psicosociales, biogénicos, internos y externos	14
Estrés laboral	14
Moduladores de estrés	15
Consecuencias del estrés (fisiológicas, cognitivas, motoras)	15
Medidas preventivas y control de estrés	16
CAPÍTULO II: CONCEPTUALIZACIÓN DE BURNOUT	19
Definición del Burnout	20
Delimitación histórica de burnout	22
Poblaciones propensas a burnout	23
Fases del desarrollo del síndrome de Burnout	23
Consecuencias, características y causas del burnout	27
Modelos explicativos del burnout	29
Prevención y tratamiento del síndrome de burnout	32
CAPÍTULO III: CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN	36
Burnout y la relación con las variables sociodemográficas y laborales.	37
Motivación y satisfacción laboral	39
Investigaciones realizadas	41
Burnout y la relación con la salud mental	44
Definición de salud mental	44
Síntomas somáticos	45
Ansiedad e Insomnio	45
Disfunción social en la actividad diaria	46
Tipos de depresión	47

Investigaciones realizadas	48
El burnout y el afrontamiento	48
Definición de afrontamiento	49
Teorías de afrontamiento	49
Estrategias de afrontamiento	49
Investigaciones realizadas	51
El burnout y la relación con el apoyo social	52
Definición de apoyo social	52
Modelos explicativos de apoyo social	53
Apoyo social percibido	53
Apoyo social estructural	53
Investigaciones realizadas	54
El burnout y la relación con la personalidad	55
Definición de personalidad	55
Tipos de personalidad (personalidad positiva y de salud)	56
Patrones de conducta y personalidad	57
Locus de control	59
Investigaciones realizadas	59
METODOLOGÍA	61
RESULTADOS	68
Datos sociodemográficos	68
Datos inventario burnout	73
Datos cuestionario salud general	74
Datos cuestionario de afrontamiento	74
Datos cuestionario de apoyo social	75
Datos cuestionario de personalidad	76
ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	84
CONCLUSIONES	84
RECOMENDACIONES	86
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	88
ANEXOS	93

RESUMEN

La identificación del nivel del síndrome de Burnout en profesionales de la salud médicos y enfermeras del “Hospital Un canto a la Vida” de la ciudad de Quito, y factores relacionados con este fenómeno”, se la ha realizado desde una perspectiva sicosocial pues se hace indispensable presentar las variables físicas, psicológicas y sociales, que presentan los profesionales de la salud quienes están expuestos a una combinación de factores estresores.

Ciertamente, el nivel del síndrome de Burnout en el Hospital de Quito “Un Canto a la Vida” en médicos, enfermeras y enfermeros es nulo, porque saben enfrentar los elementos estresores de su profesión, a pesar de ser una población propensa al padecimiento de dicho síndrome, por laborar en el área de la salud cuya responsabilidad a su cargo es la de la vida de un ser humano, a más del stress laboral que causa un desgaste profesional, es por ello, que se interesan más bien en la prevención del síndrome.

PALABRAS CLAVES: stress laboral, desgaste profesional, perspectiva sicosocial, elementos estresores, prevención.

ABSTRACT

Identifying the level of burnout syndrome in medical health professionals and nurses "Hospital A Song to Life" from the city of Quito, and factors related to this phenomenon, "it has been made from a psychosocial perspective it is necessary to present the physical, psychological and social variables, presented by health professionals who are exposed to a combination of stress factors.

Certainly the level of Burnout syndrome in the Hospital de Quito "A Song to Life" on doctors, nurses is null, because they know face stressors elements of their profession, despite being prone to the condition of the population syndrome, work in the area of health in charge whose responsibility is to the life of a human being, more than work stress that causes burnout is why, more interested in preventing the syndrome.

KEYWORDS: work stress, burnout, psychosocial perspective, stressors elements, prevention.

INTRODUCCIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la escuela de psicología, plantea para el presente periodo (Mayo 2012 - Diciembre 2012) el programa de graduación "Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador".

Esta investigación recopila información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de burnout (desgaste profesional del trabajador), pues ocupa una de las principales causas de enfermedad laboral, absentismo.

En Estados Unidos, el costo estimado del estrés ocupacional es de ciento cincuenta billones de dólares al año (Wright y Smye, 1996). En el Reino Unido se calcula que el costo del estrés asciende cada año hasta el 10% del producto interno bruto, como consecuencia de las enfermedades, rotación del personal y muerte prematura.

Según los datos de la encuesta nacional de condiciones de salud y trabajo en el sistema general de riesgos profesionales realizada por el Ministerio de Protección Social (2007) en Colombia, dos de cada tres trabajadores manifestaron estar expuestos a factores de riesgo psicosocial durante la última jornada laboral completa y un 20% a 33% manifestaron sentir altos niveles de estrés.

El capítulo I nos habla de la conceptualización del Estrés, antecedentes del estrés, desencadenantes del estrés como factores medioambientales, factores hormonales, estrés alérgico, los Tipos de estresores como son Psicosociales, Biogénicos, Internos, y Externos y el Estrés laboral y sus moduladores del estrés, consecuencias del estrés: (fisiológicas, cognitivas, motoras) y las medidas preventivas y control del estrés.

En el capítulo II hablamos de la conceptualización del Buronut, definiciones, delimitación histórica del síndrome, poblaciones propensas, las fases y desarrollo del Síndrome, características, causas y consecuencias, modelos explicativos, prevención y tratamiento del síndrome de burnout.

Además se conceptualiza las variables de la investigación en el capítulo III como: Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales, se habla de las Variables de riesgo y protectoras Motivación y satisfacción laboral Investigaciones realizadas, el burnout y la relación con la salud mental, como también definiciones de

salud mental Salud Mental y el Estrés Síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, Disfunción social en la actividad diaria, tipos de depresión e investigaciones realizadas

El burnout y el afrontamiento Definición de afrontamiento Teorías de afrontamiento Estrategias de afrontamiento Investigaciones realizadas

El burnout y la relación con el apoyo social, definición de apoyo social, modelos explicativos del Apoyo Social, apoyo Social percibido Apoyo Social Estructural Investigaciones realizadas

El burnout y la relación con la personalidad, definición de personalidad, tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud), patrones de conducta y personalidad, locus de control e investigaciones realizadas.

La necesidad de estudiar el burnout (desgaste profesional), está relacionada con el estudio de los procesos de estrés laboral (Gil-Monte, P.R., 1997) ya que se ha considerado como un problema directamente relacionado con el ambiente de trabajo y es mencionado como uno de los riesgos psicosociales procedentes de la actividad laboral con influencia en la salud del trabajador.

El objetivo de este proyecto, es identificar el nivel del burnout en los empleados del Hospital Un Canto a la Vida, ya que esta población se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, el trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés laboral que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas de salud, psicológico y conductuales.

El burnout se compone de tres dimensiones: (1) agotamiento o cansancio emocional definido como fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, es la sensación descrita como no poder dar más de sí mismo a los demás; (2) despersonalización como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; (3) baja realización personal o logro caracterizado por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales con sentimientos de fracaso y baja autoestima. (García, M., 1991), así mismo se puede encontrar citado en (Olmedo, Santed, Jiménez y Gómez, 2001).

Gil-Monte y Peiró, 1997 señala que las respuestas ante el burnout aparecen cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los

profesionales de la salud. Este fallo supone sensación de fracaso profesional y en las relaciones interpersonales con los pacientes. En esta situación, la respuesta desarrollada son sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional.

Ante esos sentimientos el individuo desarrolla actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones y para la organización.

En estudios realizados respecto a esta temática en lo referente a la prevalencia de burnout en a nivel de Iberoamérica podemos indicar los siguiente datos: en los médicos residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%.

Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%). (Grau et al., 2007)

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de las instituciones sanitarias de nuestro país.

OBJETIVOS:

General

- Identificar el nivel del síndrome de burnout en profesionales de la salud médicos y enfermeras del Hospital "Un canto a la Vida" de la ciudad de Quito, y factores relacionados con este fenómeno.

Específicos

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

Cabe mencionar que este estudio posee las siguientes características:

Es cuantitativa.- Ya que analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.

Es no experimental.- Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Es transversal.- Es decir se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

Es explorativo.- Ya que se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Es descriptivo.- Porque se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga. (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

CAPÍTULO I: CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

1. Antecedentes del estrés

La palabra estrés se ha utilizado tanto para hablar de las presiones a que nos somete nuestro ambiente, como de los efectos que esas presiones tienen en el organismo, es decir, el desgaste que todos resentimos ante los retos, agravios y carencias que enfrentamos en la vida. (Buendía, 1998)

Numerosas investigaciones se han centrado en las manifestaciones clínicas del estrés, es decir, en el estrés negativo o distrés, encontrando fuerte relación con la patología psicosomática que afecta en gran medida la calidad de vida y las distintas áreas de funcionamiento social, familiar, académica, laboral de las personas que lo experimentan. (Hernández, 2004)

1.1 Origen

Mucho de lo que sabemos del estrés se debe al doctor **HANS SELYE (1956)**, quien dedicó su vida a investigar el estrés sus causas y efectos, estudió el estrés como un conjunto coordinado de reacciones fisiológicas que surgen ante cualquier demanda que supera nuestra capacidad adaptativa.

Hans Selye nació en Viena (1907-1982) de padre húngaro y madre austriaca, en 1925 cuando estudiaba medicina en Praga, le llamó la atención que muchos pacientes, en las primeras etapas de diversas enfermedades infecciosas, presentaran una serie de signos no específicos, es decir que estaban presentes en las fases iniciales de casi todas las enfermedades, como fiebre, pérdida de apetito, dolores musculares y pérdida de interés y de la concentración, muchos años después llamaría a este conjunto de signos “el síndrome de estar enfermo”, que atribuyo a los esfuerzos del cuerpo para responder al estrés de cualquier enfermedad”.

No obstante sus maestros le restaron importancia a esa observación y lo exhortaron a seguir aprendiendo a reconocer y tratar enfermedades específicas, en 1929 Selye se recibe de médico en la Universidad Alemana de Praga, donde trabajó hasta 1931 año en el que obtuvo su doctorado, una beca de la fundación Rockefeller lo llevó a la Universidad Mac Gill en Montreal Canadá, donde trabajó como asistente en el laboratorio de bioquímica, trataba de descubrir una nueva hormona inyectando diversas sustancias a ratas de laboratorio cuando observó que si la preparación inyectada era impura, las ratas desarrollaban úlceras, se agrandaba la corteza de sus glándulas suprarrenales y se les atrofiaba las estructuras linfáticas del cuerpo. Esto lo

llevo a pensar en un síndrome de respuesta al daño, que después lo relacionó con “el síndrome de solo estar enfermo”, al que más tarde concibió por mera casualidad la idea del **Síndrome de Adaptación General (SAG)**, sobre el cual escribió por primera vez en el British Journal Nature en el verano de 1936.

El SAG, también conocido como síndrome del estrés, es lo que (Seyle, 1936) señaló como el proceso bajo el cual el cuerpo confronta lo que desde un principio designó como: agente nocivo.

El SAG es un proceso en el que el cuerpo pasa por tres etapas universales:

- **Primero** hay una “señal de alarma”, a partir de la cual el cuerpo se prepara para “la defensa o la huida”. No obstante, ningún organismo puede mantener esta condición de excitación.
- En la **segunda** etapa que permite al mismo, sobrevivir a la primera, en ésta se construye una resistencia.
- **Finalmente**, si la duración del estrés es suficientemente prolongada, el cuerpo entra a una tercera etapa que es de agotamiento; una forma de envejecimiento debida al deterioro del organismo por mantener constante el desgaste durante la resistencia.

El estrés en el léxico de (Seyle, 1936) podría ser desde la privación prolongada de alimento hasta la inyección de una sustancia extraña al cuerpo, inclusive, un buen trabajo muscular. Por “estrés”, él no sólo se refirió al “estrés nervioso” sino a la “respuesta no específica del cuerpo frente a cualquier demanda”.

Las ideas novedosas de (Seyle, 1936) acerca del estrés ayudaron a forjar un campo enteramente nuevo de la medicina -el estudio del estrés biológico y sus efectos-, que afloró en la primera mitad del siglo XX, para incluir el trabajo de cientos de investigadores; es una ciencia que continúa avanzando en la actualidad especialmente al demostrar la conexión del estrés con la enfermedad y descubriendo nuevos métodos para ayudar al cuerpo a lidiar con el agotamiento de la vida. Aunque sus esfuerzos encontraron escepticismo en un principio los métodos impecables de (Seyle, 1936) y su investigación respecto a la salud y la ciencia profesional de toda índole, gradualmente ganaron reconocimiento y sus ideas fueron tratadas con respeto.

En palabras del propio Selye, su descubrimiento fue “suficiente para prevenir que el concepto se nos vaya de las manos, y receptivo a un análisis preciso”.

1.2 Definición

Se define al estrés como una respuesta inespecífica del organismo ante un estímulo inespecífico (cualquier demanda específica que se le solicite). El estrés es una respuesta de carácter fisiológico, ante un agente estresor externo (accidentes, catástrofes naturales, guerras, etc.) o interno (pensamientos, creencias irracionales) que afecta el comportamiento, produciendo un efecto social en relación a uno o varios agentes estresores que afectan a cada persona de un modo concreto. (Cannon, 1934)

Autores como Walter Cannon fisiólogo introdujo el término estrés para referirse a la reacción fisiológica provocada por la percepción de situaciones aversivas o amenazantes y sus efectos para la salud.

Por otra parte (Cannon, 1934) y (Stora, 1992) al describirse la reacción refleja que un individuo experimenta a nivel neurofisiológico cuando enfrenta una situación amenazante mencionó que al referirse sobre los efectos adversos que deviene del estrés y categorizó la frase “*Respuesta de lucha y huida*”.

Sobre esta metáfora, (Cazar, 2012) se reconoce la identificación de los procesos neurofisiológicos que demanda el estresor y que es el campo de estudio de la psicología, ya que intervienen una serie de estructurales cerebrales que dan respuesta a la demanda.

Continuado con esta perspectiva, (Stora, 1992) establece que "el estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo". Es decir la respuesta instintiva permite una respuesta de sobrevivencia fundamental para el organismo. Este instinto es positivo y necesario. Superada la demanda, éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios que de ella se despliegan.

La *Organización Mundial de la Salud* (OMS), refiere al estrés como "conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción".

La Psicología, en el *Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales* (DSM-IV-TR, 2004) no considera al estrés como un trastorno diferenciado, si establece la relación

del *estrés* a ciertos criterios en trastornos de ansiedad. Es así que el *estrés* puede identificarse como una situación en la cual un individuo puede ver debilitados sus recursos de afrontamiento cuando enfrenta situaciones o acontecimientos que implican una fuerte e intensa demanda para este.

1.3 Desencadenantes del estrés

Cuando se afirma que una persona padece de estrés, en términos generales de lo que se habla es de un exceso o sobreesfuerzo del organismo al sobreponerse al nivel de resistencia experimentado por éste o bien cuando en el organismo se produce un incremento de activación que pone en riesgo su capacidad para mantener parámetros óptimos de homeostasis con el fin de lograr un máximo rendimiento psicológico y conductual. (Quiceno, 2007)

1.3.1 Factores medioambientales

Según (Labrador, 2003) las principales fuentes o estresores en ambiente natural son los siguientes:

- **Sucesos vitales intensos y extraordinarios:** se caracterizan por ser situaciones estresantes de gran intensidad y no mucha duración.
- **Sucesos diarios estresantes de menor intensidad:** son estresores no muy intensos pero muy repetitivos.
- **Situaciones de tensión crónica mantenida:** son situaciones capaces de generar grandes cantidades de estrés que se mantienen durante periodos de tiempo más o menos largos. Esta combinación complicada de intensidad y duración elevadas hace que sus efectos sean devastadores para la salud.

El agente que es capaz de generar distrés (www.merelajo.com) en una persona produce eustrés en otra, existen factores de aprendizaje que predisponen a experimentar un tipo de estrés u otro en relación con cada agente causal. En cierta forma podemos considerar el estrés negativo como el elemento responsable de producir un aumento del esfuerzo en relación al mantenimiento de la homeostasia.

Si constantemente el organismo debe realizar un esfuerzo para realizar acciones que habitualmente apenas lo requieren, el cuerpo se acerca al agotamiento, cuando las contracturas aprietan la estructura de nuestro cuerpo y los músculos antagonistas se oponen al movimiento en vez de allanarlo relajándose, cualquier tarea se transforma

en un esfuerzo penoso. Es precisamente en este punto cuando cualquier estímulo externo puede convertirse en un agente estresor, el timbre del teléfono, una llamada a la puerta, pueden causar alarma y un exceso de reacción (www.merelajo.com); cuando esta experiencia se vuelve habitual, no resulta extraño levantarse agotado por las mañanas, y permanecer todo el día en ese estado hasta la noche que de nuevo dará lugar a un sueño en absoluto reparador.

Se debe de entender que no existen respuestas objetivas, todas las respuestas que generamos son de carácter estrictamente particular: la interpretación, emoción y sensación que acompañan al estrés son intransferibles, el estrés es un particular e íntimo mecanismo de defensa que puede transformarse en un medio de autodestrucción. (www.merelajo.com)

1.3.2 Factores hormonales

En el sistema nervioso se puede identificar dos apartados diferenciados por su funcionalidad (Cazar, 2012) quien describe el *sistema nervioso central* (SNC) constituido por el *encéfalo* y la *médula espinal* modulan la respuesta a una gran cantidad de estímulos externos en donde existe el individuo conscientemente participa. Por su parte, dentro del encéfalo localizamos también ciertas estructuras (región del *diencefalo*) que regulan *sistema nervioso periférico* (SNP) conocida como el *hipotálamo*. Esta estructura posee un centro que controla las emociones y ciertos impulsos básicos y autónomos como el apetito, la sed, el sueño, la temperatura y el metabolismo que no necesitan la participación consciente del individuo. El hipotálamo estimula a la glándula *pituitaria* (*hipófisis*) para que secrete diversas hormonas, incluyendo la hormona *adrenocorticotrofina* (ACTH) que identifica que el organismo requiere de una reacción rápida y efectiva derivaba de una situación amenazante.

La liberación de *adrenocorticotrofina* en la sangre estimula a la corteza suprarrenal para que libere la hoy conocida como hormona del estrés, el *cortisol* (*cortizona*). El *cortisol* tiene como función incrementar la capacidad de respuesta de “*lucha y huida*” (Cazar, 2012) quien cita a (Cannon, 1936). Para acceder a una energía extra, el organismo promueve la producción de glucosa que implica también la transferencia de proteínas para el efecto.

Así, los músculos pueden disponer de la glucosa y los nutrientes almacenados para proporcionar la energía necesaria requerida. Las *glándulas adrenales* inician la

liberación de *catecolaminas* (*adrenalina*, *epinefrina*, *norepinefrina*) que en sí logran incrementar el flujo sanguíneo, el ritmo del corazón y aumentando la capacidad de respuesta del cerebro. La *epinefrina* prolonga las respuestas que producen el *sistema simpático*. La *glándula tiroidea* juega una función importante durante el *estrés* y, estimula a la producción de *tiroxina* de la glándula tiroidea. Esta hormona aumenta la tasa metabólica de los tejidos del cuerpo. Tales cambios afectan el humor, la energía, la irritabilidad nerviosa y el nivel de alerta mental. El flujo sanguíneo aumenta gradualmente, lo que ocasiona un aumento en la presión sanguínea y el flujo de oxígeno al cerebro. (Cazar, 2012)

1.4 Tipos de estresores

Según (Sandín, 1999) existen cinco características definitorias de los estresores:

- a) El estresor debe implicar amenaza o demanda.
- b) El estresor constituye una fuerza con capacidad de alterar la integridad del organismo si sobrepasa el límite de “elasticidad” de dicho organismo.
- c) El estresor requiere enfrentarse de manera efectiva, ya que de mantenerse indefinidamente produciría daño en el individuo.
- d) Ser consciente del daño potencial del estresor no es condición necesaria para que dicho estresor posea consecuencias negativas.
- e) Un estresor puede serlo tanto porque induzca una demanda excesiva para el organismo como también por lo contrario.

Puede decirse entonces, que los procesos cognoscitivos, emocionales y conductuales influyen en la forma como se enfrenta y maneja un evento estresante. Lo que hace la diferencia es la forma en la que cada persona afronta las diferentes situaciones, teniendo en cuenta sus características individuales y la naturaleza del medio; la evaluación cognitiva es la que finalmente determina que una relación individuo-ambiente resulte estresante o no. (Quiceno, 2007)

1.4.1 Estresores Psicosociales, biogénicos, internos y externos

Según (Peiró, 1992) existen otros tipos de estresores que pueden ser:

Del ambiente físico como son: ruido, vibración, iluminación, etc.

Como también demandas estresantes del trabajo como son: turnos, sobrecarga, exposición a riesgos, estrés por desempeño de roles, conflicto, ambigüedad y sobrecarga.

Estrés por las relaciones interpersonales y grupales, por los superiores, compañeros, subordinados, clientes, desarrollo de la carrera, inseguridad laboral, transiciones.

Estresores en diferentes estadios, las tecnologías nuevas, aspectos ergonómicos, demandas, adaptación a cambios, implantación.

En lo referente a clima organizacional, estrés por la relación de trabajo y otros ámbitos de la vida (familia etc.), parejas en las que los dos trabajan.

1.5 Estrés laboral

Se conoce que los ambientes laborales pueden ocasionar altos niveles de estrés en unas personas más que en otras (Andrade, 2012), sobre todo cuando fallan las estrategias de afrontamiento que suele emplear el sujeto o cuando hay un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, presentándose entonces lo que se denomina estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece como resultado de un proceso continuo, es decir, por la exposición prolongada en el tiempo ante eventos estresantes; y desde las primeras conceptualizaciones se consideraba que los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización eran los más proclives a desarrollarlo.

El estrés laboral crónico es una de las principales fuentes de riesgos psicosociales en cualquier tipo de organización laboral, y en el sector servicios una de las formas más habituales de desarrollarse el estrés laboral es el Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) o el Burnout como lo describe (Gil-Monte, 2005), se considera como síndrome por la comunidad científica la agrupación de síntomas y signos recurrentes que pueden indicar una patología. Posteriormente (Gil-Monte, 2005), hace la aclaración de que el síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) debe entenderse

como una forma de acoso psico- social en el trabajo pero es diferente al acoso psicológico o mobbing. El acoso psicológico o 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.

1.5.1 Moduladores de estrés

El afrontamiento es entendido aquí como los esfuerzos cognoscitivos 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. (Quiceno, 2007)

El afrontamiento tiene dos funciones principales como lo expresa (Quiceno, 2007): manipular o alterar el problema con el entorno causante de perturbación (afrontamiento dirigido al problema), o bien, regular la respuesta emocional que aparece como consecuencia (afrontamiento dirigido a la emoción). Ambos afrontamientos se influyen mutuamente y pueden potenciarse o interferir entre sí.

1.6 Consecuencias del estrés (fisiológicas, cognitivas, motoras)

Las respuestas emocionales son diseñadas a principio para manejar situaciones a corto plazo, las respuestas fisiológicas que acompañan a las emociones negativas preparan a la persona para amenazar o pelear con los rivales o huir de situaciones peligrosas. (Cannon, 1934) introdujo la respuesta de ataque o huida para referirse a las reacciones fisiológicas que preparan a las personas para los efectos estresantes que se requieren para pelear o huir, una vez que la amenaza termina y la condición fisiológica puede regresar a la normalidad.

El hecho de que las respuestas fisiológicas puedan tener efectos aversivos a largo plazo sobre la salud es poco importante si las respuestas son breves, pero a veces las situaciones amenazadoras son continuas en lugar de episódicas. (Cannon, 1934)

Las emociones consisten en respuestas conductuales, autónomas y endocrinas, los últimos dos componentes, las respuestas autónomas y endocrinas son aquellas que tienen efectos aversivos sobre la salud. Debido a que las situaciones amenazadoras por lo general exigen una actividad vigorosa las respuestas, las respuestas autónomas y endocrinas que las acompañan son catabólicas por naturaleza; es decir ayudan a

movilizar los recursos de energía del cuerpo. La rama simpática son similares a aquellos de las hormonas adrenales, como lo argumenta (Cazar, 2012) quien cita a (Cannon, 1934) el autor limitara su exposición a las respuestas hormonales.

La epinefrina afecta el metabolismo de la glucosa, provocando que los nutrientes almacenados en los músculos que estén disponibles a fin de proporcionar energía para los ejercicios extenuantes. Junto con la norepinefrina, la hormona también incrementa el flujo sanguíneo a los músculos al incrementar la salida del corazón, al hacerlo también eleva la presión sanguínea que paulatinamente contribuirá a las enfermedades cardiovasculares. (Cannon, 1934)

Además de funcionar como hormona del estrés la norepinefrina es como ya se sabe segregada en el cerebro como un neurotransmisor, algunas de las conductas fisiológicas producidas por los estímulos aversivos parecen ser mediadas por las neuronas noradrenérgicas. (Cannon, 1934)

La destrucción de los axones noradrenérgicas que ascienden del tallo cerebral hacia el cerebro frontal (o procencéfalo) impide el aumento de la presión sanguínea que por lo general se produce en situaciones de estrés debido al aislamiento social. Se presume que la liberación de norepinefrina en el cerebro es producida a través de una trayectoria que va del núcleo central de la amígdala a las regiones secretoras de norepinefrina en el tallo cerebral. (Gray, 2004)

1.6.1 Medidas preventivas y control de estrés

Como lo menciona (Cazar, 2012), el tema de la satisfacción laboral ha despertado mayor interés en el campo del Desarrollo Organizacional (DO). Así, se define a la satisfacción en el trabajo como “una disposición afectiva experimentada por el trabajador hacia su trabajo y como consecuencia del mismo”. (Spector, 2002)

Por su parte se asocia las actitudes del individuo frente a las variables que integran su sistema laboral en el cual se desempeñan y desde las cuales se puede valorar la satisfacción laboral como lo indica (Cazar, 2012) quien ha citado apropiadamente a (Fernández, 2004) mostrando algunas de estas variables que se identifican con la asistencia de supervisores, interacción adecuada con los compañeros de trabajo, oportunidades de mejora, reconocimiento, responsabilidad acorde a las capacidades, promoción y remuneración merecida y justa. El ejercicio profesional y la edad

mantiene una relación directa con la satisfacción laboral según algunos estudios, es decir, ésta aumenta con la edad y la experiencia.

De igual manera que la familia, las relaciones y vínculos de afecto consistentes. Personas que declaran altos niveles de conflicto familiar tienden a percibir escasa satisfacción laboral, pues la familia es tanto un soporte para enfrentar las actividades laborales así también como una fuente de motivación (Beatty, 1996; Gottlieb y col., 1996).

Precisamente (Galbraith, 2000) desarrolló la teoría identificando los factores la satisfacción laboral. El conjunto de condiciones extrínsecas que son las que constituyen el contexto laboral en donde se identifica variables como salario, seguridad, condiciones laborales, calidad de las relaciones interpersonales, supervisión, estatus entre otras. La ausencia de varios factores externos y propios de la organización, provocan insatisfacción laboral ya que es factible abordarlos de manera más sencilla.

Mientras que los factores intrínsecos propios de la persona en su relación laboral, como los menciona (Cazar, 2012) haciendo referencia al trabajo de (Galbraith, 2000) se refieren al contenido del trabajo, logro, reconocimiento, responsabilidad y posibilidades de desarrollo y promoción, más relacionados con la motivación propia del trabajador hacia su trabajo y que mantiene un nivel de satisfacción permanente.

Así, el exceso de trabajo tanto como la falta de éste, pueden estar relacionados con el deterioro de la satisfacción laboral. De inicio, el exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo o, demandas que superan las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador, abren un espacio de insatisfacción que puede ser determinante en el desempeño y rendimiento. De igual manera, el mantener actividades poco desafiantes, simples, rutinarias pueden ser causa de estrés laboral y sentimientos de sentirse insatisfecho. (Cazar, 2012)

Según el Instituto Canadiense de Estrés, hay 5 habilidades vitales efectivas en gestionar el estrés y aumentar la vitalidad:

- Aclaración de valores y objetivo
- Relajación a comando
- Relaciones gratificantes y asertivas,

- Nutrición energética
- Buena forma física

Tomando en cuenta que no son todas igualmente eficaces en cualquier orden y para cualquier persona.

CAPÍTULO II: CONCEPTUALIZACIÓN DE BURNOUT

2 Definición del Burnout

Como lo demuestra (Quiceno, 2007) que en 1976 Cristina Maslach dio a conocer la palabra 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, y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores terminaban “quemándose”.

Asimismo (Quiceno, 2007) relata que cuatro años después, Pines y Kafry (1978) definen burnout como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Como lo muestra la página Psicología para América Latina, Dale (1979) se pronuncia en el sentido de consecuencia del estrés laboral. En esta misma dirección, Cherniss (1980) postula la importancia que cobra el trabajo en la génesis del burnout, definiéndolo como cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en los trabajadores frustrantes o con excesivas demandas.

En esta misma línea y orientado hacia la casuística de los servicios humanos y sus características, destacan Edelwich y Brodsky (1980) que los definen como una pérdida del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo. (Revista Electrónica Internacional Psicología para América Latina)

Siguiendo esta línea la (Revista Electrónica Internacional Psicología para América Latina), analiza 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 aquellas profesiones de servicios caracterizadas por una atención intensa y prolongada a personas que están en una situación de necesidad o de dependencia”. Pautan la manifestación de burnout exclusivamente en las profesiones de ayuda (personal de salud y profesorado), consideran además que lo haría a través de una naturaleza tridimensional: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal. Más adelante, en 1982 se crea el Inventario de Burnout de Maslach.

El término burnout ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la conceptualización establecida por (Maslach C. &, 1981), donde se define como una respuesta de estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Estos tres 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, asistentes sociales, etc.).

El estrés está relacionado con un sinnúmero de situaciones que pertenecen a la vida cotidiana y el burnout es sólo una de las formas que tiene de progresar el estrés laboral, por consiguiente, una de las definiciones que más se aproxima como lo dice (Quiceno, 2007) que nombra a la dada por varios autores es la postulada por 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 auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima. (Quiceno, 2007)

Por otro lado, (Gil-Monte P. R., 1997) definen el síndrome de Burnout como: “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales”.

Se define por tanto, en la revista de Psicología para América Latina al Burnout en su vertiente asistencial como un cuadro psicológico que aparece representativamente en los profesionales de ayuda, como respuesta a los estresores de la propia actividad vinculados con la relación interpersonal en situaciones confrontadas con sufrimiento, dolor y riesgo prolongados en el tiempo, junto a contextos laborales de alta exigencia y competitividad. (Toledo, 2009)

Al síndrome de burnout se le han dado también varias denominaciones, aunque la literatura ofrece alrededor de diecisiete en castellano, algunas de ellas son: “quemarse por el trabajo”, “quemazón profesional”, “síndrome del estrés laboral asistencial o síndrome de estrés asistencial”, “síndrome del desgaste profesional”, “estar quemado profesionalmente” y “desgaste psíquico”, entre otras. (Gil-Monte, 2005)

2.1 Delimitación histórica de burnout

La revista de Psicología para América Latina sostiene que el pionero en la investigación sobre Burnout fue Herbert Freudenberger que en 1974, observó unas interesantes y perniciosas características influyentes sobre el estado físico y mental de un grupo de jóvenes voluntarios que trabajaban con toxicómanos en su Free Clinic en Nueva York. Observó una especie de deterioro en el desempeño de las actividades asistenciales, aspectos que posteriormente desarrollaría en su artículo "Staff Burnout" donde avanza una primera aproximación del síndrome, como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador (Freudenberger, 1974). Posteriormente el autor identificó la incidencia de éste cuadro sobre cinco grupos de síntomas a niveles físico, conductual, afectivo, cognitivo y motivacional. (Toledo, 2009)

Desde el origen del concepto de burnout se ha considerado la conceptualización establecida por Maslach (1982) así lo ha citado (Quiceno, 2007) y se han venido desarrollando y validando numerosos instrumentos para intentar medir este síndrome, la literatura ha reportado más de 100 síntomas asociados al síndrome del burnout, lo que dificultó en cierta medida la delimitación de los síntomas que lo conforman en sus principios, quedando la "sensación" que cuanto problema psicofisiológico y conductual que se manifestara en los ambientes laborales tenían relación con el Burnout.

Seguidamente de Alarcón, Vaz y Guisado (2001) citados en el trabajo de (Quiceno, 2007) apoyan y señalan los planteamientos de otros autores en cuanto a que la dificultad en establecer una delimitación clara con otros conceptos psicopatológicos se debe en parte por la comunalidad que existe con otras entidades como depresión, indefensión, entre otros. Más sin embargo la dificultad no se debe mirar a "cantidad" de síntomas, sino a que las organizaciones tengan personal idóneo y preparado para discriminar y enfrentar esta patología laboral y hacer remisiones a otras especialidades si es el caso o diagnósticos juiciosos de comorbilidad o no con otros trastornos para intervenir a tiempo.

Según (Quiceno, 2007) cita a los autores Diéguez, Sarmiento y Calderón (2006), quienes plantean "Freudemberg 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 de depresión, así como desmotivación en el trabajo y agresividad con los pacientes al cabo de un año de trabajo.

2.2 Poblaciones propensas a burnout

Desde la aparición del concepto del síndrome de burnout o Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT) en los últimos treinta años, se han desarrollado en todo el mundo centenares de estudios sobre esta patología sociolaboral (Quiceno, 2007). Desde las primeras investigaciones que se centraron en profesionales de la salud y servicios humanos se ha pasado rápidamente a estudiar muestras poblacionales de educadores hasta llegar a funcionarios de prisiones, bibliotecarios, policías, estudiantes, militares, administradores, entre otros. Llegando a la conclusión de que el burnout afecta a todo tipo de profesiones y no sólo a las organizaciones de ayuda, y de hecho, gran parte de sus investigaciones emplean como muestra a directivos, vendedores, etc.

Siguiendo a (Moreno, 1999) este síndrome puede darse en todos los ámbitos de la acción del sujeto, pero se ha documentado en mayor medida en el campo de los profesionales asistenciales y se ha extendido en profesiones diversas. (Revista Psicología para América Latina)

2.3 Fases del desarrollo del síndrome de Burnout

En general, se admite que el Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. (Martínez Pérez, 2010)

El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una a otra persona ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar, a la secuencia completa del proceso, etc. (Dávalos, 2012). Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Para (Martínez Pérez, 2010) quien cita a Edelwich y Brodsky (1980), el desarrollo del síndrome de Burnout tiene cuatro etapas en las profesiones de ayuda:

- El entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas.
- El estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas.

- La de frustración.
- La apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

Cherniss (1982) postula que el Burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, de esta manera lo cita (Martínez Pérez, 2010) en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso.

El proceso lo describe en cuatro fases:

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 produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento.

Fase de afrontamiento defensivo implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

Existe una serie de efectos provocados por este fenómeno, como los describe (Universia, 2012):

- Afecta negativamente la resistencia del trabajador, haciéndolo más susceptible al desgaste por empatía.
- Favorece la Respuesta Silenciosa, que es la incapacidad para atender a las experiencias de los consultantes, que resultan abrumadoras.
- Gradualmente el cuadro se agrava en relación directa a la magnitud del problema, inicialmente los procesos de adaptación protegen al individuo, pero su repetición les agobia y a menudo agota, generando sentimientos de frustración y conciencia de fracaso, existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.
- El sentirse usado, menoscabado o exhausto debido a las excesivas demandas de energía, fuerza o recursos personales, crea además intensas repercusiones en la persona y en su medio familiar.

- Estados de fatiga o frustración son el resultado de la devoción a una causa, estilo de vida, o relación que fracasó al intentar obtener una recompensa esperada.
- La progresiva pérdida del idealismo, de la energía y el propósito que experimentan muchos profesionales que trabajan ayudando a otras personas son el resultado de sus condiciones de trabajo.
- El síndrome de agotamiento, es el último paso en la progresión de múltiples intentos fracasados de manejar y disminuir una variedad de situaciones laborales negativas.
- La lista de síntomas psicológicos que puede originar este síndrome es extensa, pudiendo ser leves, moderados, graves o extremos.

Uno de los primeros síntomas de carácter leve pero que sirve de primer escalón de alarma es la dificultad para levantarse por la mañana o el cansancio patológico, en un nivel moderado se presenta distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, progresiva pérdida del idealismo que convierten al individuo en emocionalmente exhausto con sentimientos de frustración, incompetencia, culpa y autovaloración negativa. (Fernandez Garcia, 2010)

A nivel general los síntomas más insidiosos que han sido reportados a nivel general por la literatura desde la aparición del concepto de Burnout (Quiceno, 2007) son:

A nivel somático: desencadena alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas / migrañas, frecuentes dolores de cabeza, cansancio, un elenco de alteraciones orgánicas (gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas y menstruales), disfunciones sexuales, dolores musculares / articulatorios, espalda, cuello, hipertensión, pérdida progresiva de la energía (agotamiento), pérdida de peso, insomnio, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, hipertensión, etc. (Quiceno, 2007)

A nivel conductual: comportamiento suspicaz y paranoide, inflexibilidad y rigidez, 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. e dan alteraciones de la conducta alimentaria, absentismo laboral, abuso de sustancias (café, tabaco, alcohol, fármacos etc.), aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo (conducción imprudente, aficiones de riesgo,

ludopatía), superficialidad en el trato interpersonal, conductas evasivas, disminución de la productividad y falta de competencia en la organización, absentismo laboral, problemas matrimoniales y familiares, incapacidad de relajación, relaciones interpersonales distantes y frías, aislamiento, cambios bruscos de humor, dificultad de concentración, conflicto con los compañeros de trabajo, aburrimiento e incumplimiento de horarios de trabajo y deterioro social y familiar. (Quiceno, 2007)

A nivel emocional: condiciona estados de autovaloración negativa, apatía, cinismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, pérdida del idealismo inicial, disforia, sentimientos de alienación, hostilidad, melancolía, baja autoestima, falta de motivación, desorientación, sentimientos de vacío, distanciamiento emocional, suspicacia, sentimientos de frustración profesional, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas e inflexibles con los demás, impaciencia, sentimientos de culpabilidad, ansiedad generalizada y focalizada hacia el trabajo, dificultades para la memorización, la abstracción y la elaboración de juicios. agotamiento emocional, expresiones de hostilidad, irritabilidad y odio, dificultad para controlar y expresar emociones, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos. (Quiceno, 2007)

A nivel cognitivo: cogniciones asociadas 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 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 burnout. (Quiceno, 2007)

Los síntomas psicosomáticos pueden vulnerarse o precipitarse en ambientes laborales (factores externos-extrínsecos) que presenten algunas de las siguientes características: a nivel organizacional 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 permitan 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 reduce 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 de condiciones ambientales, ruido, temperatura, toxicidad de los elementos que se manejan, etc. Ambientes donde las relaciones interpersonales con compañeros, clientes y otros sea de difícil comunicación, o ambientes laborales donde no este claro los roles, originándose conflicto de rol y ambigüedad de rol (desempeñar tareas que no pertenecen al cargo), etc; y las nuevas tecnologías como la no adaptación a las demandas, al ritmo de trabajo, exigencias de conocimientos demasiado elevadas, etc. (Quiceno, 2007).

2.4 Consecuencias, características y causas del burnout

La presencia o manifestación del burnout, trae como consecuencias la disminución del rendimiento laboral, los absentismos e incapacidades, el riesgo de accidentes, las dificultades interpersonales, la baja calidad de vida y las pérdidas económicas significativas para la empresa u organización. (Quiceno, 2007)

Aunque el síndrome de burnout surge con Freudenberg en 1974, como lo cita (Zambrano, 2012) en un ambiente clínico, hasta el momento se han dado dos perspectivas, la clínica y la psicosocial. El considerar el síndrome del burnout como estado supone una serie de conductas y sentimientos asociados al estrés laboral, y el considerarlo como proceso asume una serie de etapas con diferentes fases que a su vez tienen diferente sintomatología. Más la mayoría de las investigaciones se han centrado en el burnout como proceso (Burke, 1987); (Golembiewski & Munzerider, 1988); (Leiter & Maslach, 1988); (Cherniss, 1993); (Leiter, 1993) citados en (Alarcón J., 2001), señalándose diferencias en cuanto a cómo se establece a nivel sintomático y por tanto generando diversas expectativas en relación a la intervención.

De otro lado, a la par del desarrollo de los modelos como proceso se encuentran los modelos comprensivos que hacen referencia a un conjunto de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, todos los modelos que han tratado de explicar la etiología del síndrome del burnout han tenido como origen los mismos componentes básicos propuestos por Freunderberger y Maslach ((Gil-Monte, 2005).

Algunos autores han insistido en la relevancia del cansancio emocional como elemento del síndrome. Así lo cita (Buendía J., 2001) que Shirom (1989) y Leiter (1991) basados en diferentes análisis y en las abundantes correlaciones encontradas

entre esta dimensión y otras variables consideran que el agotamiento emocional es el verdadero núcleo del burnout. Ha sugerido que las dimensiones de despersonalización y realización personal serían simplemente un artefacto procedente de trabajar con muestras de trabajadores de servicios sociales.

Sin duda alguna, el cansancio emocional es el componente más próximo a las definiciones habituales del estrés crónico. Sin embargo, la reducción del burnout a este elemento identificaría el burnout con un proceso claramente unidimensional, lo que no parece sea el caso. Sin embargo son numerosos los trabajos que han considerado el componente de cansancio emocional como el factor más predictivo de las numerosas consecuencias negativas del burnout, de forma que a mayor intensidad del cansancio emocional mayor nivel de consecuencias. (Buendía J., 2001)

Probablemente el modelo más claro de ello (Buendía J., 2001) quien cita el propuesto por Golembiewski y Muzenrider (1988) que plantea al burnout como un proceso virulento que aumenta sus consecuencias negativas según aumenta su virulencia o intensidad. La propuesta de los autores es que la secuencia real del burnout, tal como aparece en su nivel de consecuencias sigue el siguiente orden: despersonalización, realización personal y agotamiento emocional. Según los autores la secuencia real del proceso debería ser paralela al nivel de consecuencias que tiende a aumentar en función principalmente del cansancio emocional, por lo que debería ser considerado como el elemento más patógeno del proceso y por ello el último en aparecer.

Siguiendo a (Maslach C. &, 1981) las características tridimensionales de burnout serían:

- Cansancio y desgaste emocional, pérdida de energía tanto psíquica como física.
- Despersonalización en la relación con los otros (pacientes, colegas) con actitudes de irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia.
- Pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, desmotivación, pérdida de la autoestima laboral, deserción y abandono de tareas.

Por otro lado, (Quiceno, 2007) cita a Moreno y Peñacoba (1999) al hacer una diferenciación del estrés y el burnout argumentan textualmente lo siguiente, que: “el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo, el exceso de trabajo no provoca si más el burnout; de la misma manera 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 en un determinado momento fueron importantes para el sujeto". Seguidamente en (Moreno, 1999) consideraba al burnout como una forma de cansancio cognitivo.

La revista Psicología para América Latina cita a (Farber, 1983) quien dirige su exposición hacia el marco de la dinámica laboral y organizacional y los ambientes que envuelven dicha relación, donde la competencia versus exigencia marca el desempeño, prima la escasez de tiempo y de recursos para tal objetivo. En consecuencia (Farber, 1983) estima que las fuentes de estrés en los profesionales de ayuda son las características propias del trabajo, el ambiente organizacional, y las características individuales.

2.5 Modelos explicativos del burnout

Modelos diseñados desde la teoría del yo. (Hernandez García TJ., 2007) Según esta teoría existen una serie de procesos de asociación, mediante las representaciones simbólicas se traducen en acciones adecuadas, se han considerado los siguientes modelos: modelo de Harrison, modelo de Charniss y modelo de Thompson Peger y Cooper

Modelos diseñados desde la teoría del intercambio social: estos modelos parten de la teoría seguridad y de la teoría de conservación de recursos, proponen que el burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultados del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. (Miravalles, 2010)

El modelo de (Farber, 1983) describe seis estadios sucesivos:

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

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de (Leiter, 1988) plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial. Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome.

De éstas, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo y se refiere a la fatiga, pérdida progresiva de energía, etc. La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Ésta implica actitudes y sentimientos cínicos, negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios (Leiter, 1988). Y por último, la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo. Es el deterioro del autoconcepto acompañado de sensaciones de inadecuación, de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades.

Como muestra (Ciancaglini, 2011) en su trabajo, a diferencia del modelo expuesto, Golembiewski plantea otro modelo en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores, directivos, etc.

También explica 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. Este modelo acepta la secuencia Despersonalización, bajo Logro Personal y Cansancio Emocional. A partir de ésta se plantea ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en relación con la virulencia del síndrome. (Ciancaglini, 2011)

Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en realización personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función de la virulencia del síndrome, tomando en cuenta que las fases

varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases. (Ciancaglini, 2011)

Otros modelos de carácter integrador a destacar como cita (Ciancaglini, 2011) son los de Gil-Monte y cols. (1995) y Manzano (1998). El primero postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales.

A partir de estos planteamientos (Ciancaglini, 2011), Gil-Monte y cols. (1995) apoyan la tridimensionalidad del Burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de estrategia denominada "despersonalización". Concluyendo, este síndrome sería una respuesta, como efecto de una valoración secundaria a la ineficacia del afrontamiento, al estrés laboral.

Igualmente en el trabajo de (Ciancaglini, 2011) cita a Manzano (1998) también apoya la tridimensionalidad del Burnout, pero plantea otra secuencia, donde primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional. Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización. Es importante señalar que en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera y, por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente, tal y como han observado otros autores (Manassero y cols, 2003); (Ramos, 1999). Mientras que Hatinen y cols (2004), proponen, por el contrario, una secuenciación más rígida, en la que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del Burnout, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representarían las fases más avanzadas.

2.6 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Como estrategias preventivas en el nivel organizacional se considera importante combatir las fuentes de estrés que genera el trabajo mediante la variedad y flexibilidad

de la tarea, (Quiceno, 2007) realizando además programas educativos donde se resalte la conformación de equipos de trabajo de modo que el personal participe en los procesos organizacionales y que a su vez tenga un adecuado reconocimiento por la labor que desempeñan mediante refuerzos sociales, buscando con ello aumentar su nivel de compromiso con la institución, lo que eventualmente podría verse reflejado en una mayor productividad y una mejor calidad en la prestación de los servicios. De esta manera lo cita (Quiceno, 2007) en (Vinaccia, 2004)., todas las estrategias deben apuntar a evitar y disminuir el estrés laboral y con ello la probabilidad de que se desarrolle el síndrome del burnout

El Burnout es un síndrome que agrupa 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 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 individuo o la forma como la persona interprete o maneje las situaciones influyen en la frecuencia e intensidad del síndrome como lo explica (Quiceno, 2007) en la cita de (Gil-Monte, 2005).

Por último, todas estas aproximaciones e intentos por dar respuesta a este fenómeno que afecta hoy los espacios laborales han llevado por un lado a que algunos países como Brasil y España reconozcan en cierta medida en la jurisprudencia al síndrome del Burnout como una problemática sociolaboral (Quiceno, 2007). Con todo lo anterior se pretende en última instancia que el trabajador tenga una mejor calidad de vida en todas las áreas de su actividad, y las empresas tengan personas saludables y motivadas para la consecución de las metas y objetivos organizacionales y el logro de la visión y misión, donde esta interacción diádica persona-empresa sea un espacio socio-temporal como oportunidad de crecimiento y desarrollo en el ciclo vital de la persona y la organización.

En la revista de Psicología para América Latina (Toledo, 2009) considera a Folkman y Lazarus (1985), el afrontamiento se define 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 desbordantes de los recursos del individuo.

Los investigadores proponen dos modos de afrontamiento: directo e indirecto, el primero de estas estrategias se aplica externamente a la fuente ambiental de estrés para intentar dominar la transacción desfavorable con el ambiente. El afrontamiento indirecto va dirigida a las propias emociones, donde la persona intenta reducir el trastorno cuando es incapaz de controlar el ambiente o cuando la acción es demasiado costosa. (Quiceno, 2007)

En el documento de la revista de Psicología para América Latina indica que (Leiter, 1988) perfila a las estrategias de afrontamiento de control como más efectivas que las que fomentan respuestas de escape. De este modo y cerciorando la anterior afirmación, señala a este efecto y también a Thorton (1992) que la utilización de estrategias de escape – evitación correlacionó con la triada característica del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal.

Muchas son las concepciones que giran en torno a intervenir en la dinámica organizacional para combatir el problema, como defiende (Toledo, 2009) quien cita Menninger (1963) a mayor desorganización interna, serán insuficientes los recursos de afrontamiento o como plantea asimismo cita a (Cherniss, 1993) es necesario reducir las demandas laborales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características de dicho síndrome.

Igualmente (Toledo, 2009) considera a Burke (1971) tras varios trabajos en esta línea , menciona cinco grupos de estrategias de afrontamiento ante potenciales situaciones de estrés que se den en la organización: hablar con otros, trabajar mas duro y durante mas tiempo, cambiar a una actividad de tiempo libre, adoptar una aproximación de solución de problemas y alejarse de la situación estresante.

A este tenor la revista de Psicología para América Latina distingue las estrategias de actuación frente al problema desde tres niveles:

A nivel individual:

Están orientadas al enriquecimiento o adquisición de estrategias mas efectivas de afrontamiento al burnout. (Toledo, 2009) añade a Acker (1999) que el entrenamiento en habilidades sociales media correctamente el burnout, así como la asertividad, la comunicación eficiente, el fomento de las relaciones sociales y la planificación adecuada del tiempo.

Se reportan resultados positivos como observaron Estrategias como el manejo de las emociones, sesiones de relajación y el manejo de la expresión de ira y culpa también han (Matteson, 1987). Igualmente el aumento en la formación, la competencia laboral y la adecuada información respecto al síndrome y sus manifestaciones cobra vital importancia dentro de la organización, la planificación y fomento del ocio y el tiempo libre (deportes, relajación, hobbies), el planteamiento de objetivos reales y factibles.

Destacan la relevancia de las técnicas de relajación, el ejercicio, y técnicas psicológicas (Peiró, 1992) de manejo de situaciones estresantes tales como; la inoculación al estrés, detención del pensamiento, biofeedback y técnicas de habilidades sociales.

Como señala (Toledo, 2009) quien cita a O'Brien (1998) considera trascendental el entrenamiento de los trabajadores para reconocer las fuentes de estrés y sus diferentes modos de afrontamiento, así como discernir los estresores que son susceptibles de cambio. Se configura del mismo modo relevante en este sentido, equilibrar las áreas de desarrollo (relacional) vital, ocupando cierto tiempo en compañía de familia, amigos y alentando sus aficiones en tiempo libre. Pensar en los refuerzos, las gratificaciones, los aspectos positivos y el estímulo personal que nos reporta el trabajo.

A nivel Social / interpersonal:

El apoyo familiar, la pareja, los amigos o los compañeros constituyen una buena protección frente a la tensión emocional y sobrecarga diaria. Las relaciones positivas dentro de la organización (trabajadores, equipo técnico, superiores) creará un clima laboral favorable y la comunicación efectiva entre miembros, estimulando la colaboración en el cumplimiento de tareas. (Toledo, 2009) cita a los autores Matteson e Ivancevich (1997) en la revista de Psicología para América Latina, recomiendan promover el apoyo social de compañeros, directivos, supervisores, amigos y familiares.

Como propone (Gil-Monte, 2005) el apoyo social es un factor muy importante para prevenir o tratar el burnout, ya que se ha demostrado que 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.

A nivel Organizacional:

Los estresores inciden especialmente cuando existe dentro de la organización escasez de personal lo que redundaría en sobrecarga laboral, el conservadurismo de la institución en sí favorece la insatisfacción. (Toledo, 2009)

Una mejora de los recursos humanos paliaría los desajustes, una división del trabajo en equipos, proporcionar formación adicional a los trabajadores (conferencias, cursos, jornadas y simposios), controlar la organización del trabajo y los principales elementos que generan malestar en la plantilla, intentar dar una visión realista de los objetivos, hacer partícipe al trabajador en la toma de decisiones, fomentar motivación y una atmósfera positiva de trabajo, facilitar espacios comunes donde llevar a cabo el trato informal con los compañeros (periodos de descanso dentro de la jornada laboral), menguar la carga de burocracia con apoyo de personal auxiliar y procurar un dialogo efectivo con las gerencias son soluciones viables al problema. (Toledo, 2009)

Indica (Toledo, 2009) en la revista de Psicología para América Latina, la sobrecarga asistencial requiere para su reducción una intervención optima sobre las demandas ambientales, como por ejemplo: la mejora de las condiciones laborales, rediseño de los puestos de trabajo, aumento de incentivos / recompensas, incrementar la autonomía en el trabajo, planificación de un horario flexible y evitar la turnicidad, retroalimentación a los buenos resultados, asignación e identificación de tareas y proyección en el caso que requiera a la dinámica grupal o el trabajo en equipo y planteamiento claro de objetivos a conseguir.

Otras accesorias medidas sobre las condiciones ambientales y el lugar de trabajo son, dispensar un mobiliario adecuado, buena iluminación de las instalaciones, decoración y colores agradables. (Toledo, 2009)

CAPÍTULO III: CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3 Burnout y la relación con las variables sociodemográficas y laborales.

Los factores socio-demográficos pueden influir en el modo de afrontar el SQT, en función del género, edad, estado civil, números estudios realizados y modos de afrontamiento. (Tibanlombo, 2012)

El SQT afecta a hombres y mujeres pero de manera más acentuada en las mujeres sobre todo aquellas profesionales que se ven inmersas en el campo de la salud ,por ejemplo las enfermeras se ven más involucradas con los pacientes, familiares ,médicos y otros sumando las cargas o responsabilidades familiares. (Tibanlombo, 2012)

El estado civil también se involucra para el desarrollo del desgaste profesional solo solteros son más proclives. (Tibanlombo, 2012)

Las variables laborales, como el sueldo, la seguridad en el empleo, variedad en las responsabilidades, uso de capacidades, experiencia profesional, el ruido, y las diferentes estrategias de afrontamiento. (Tibanlombo, 2012)

En el caso de los horarios afecta a hombres y mujeres sobre todo para aquellas personas que tiene horarios rotativos y veladas, ya que la baja cantidad de sueño disminuye las capacidades cognitivas y motoras en horas de trabajo, sumado a las diferentes responsabilidades. (Tibanlombo, 2012)

Los factores socios demográficos, motivacionales, laborales y los relacionados con la salud, parece que tienen su influencia en la manera como se afronta el estrés, (Revista de Psiquiatría del Uruguay, 2008) de tal modo que se puede establecer lo siguiente:

Parece haber una relación entre las variables socios demográficos como estado civil, edad, sexo, paternidad y número de hijos y las maneras como se afronta el estrés. Es probable la relación entre factores laborales y las distintas tácticas de afrontamiento. (Barahona, 2012)

El síndrome del burnout se puede prever a partir precisamente de estos factores socios demográficos, laborales y motivacionales, por lo que resultan ser buenos productores del síndrome. (Barahona, 2012)

Los distintos niveles de burnout; extremo, bastante, poco, medio y nada; y los diferentes grados: alto, medio y bajo, guardan relación con los factores socio

demográfico, laboral, motivacional y las maneras de afrontamiento. En cambio que el absentismo laboral puede ser predicho por estos mismos factores. (Barahona, 2012)

Entre las variables socio demográficas están:

Edad: parece no influir considerablemente, pero existe una cierta edad en la que el profesional es vulnerable al síndrome, siendo estos los primeros años de profesión en donde se da una transición entre las fuertes expectativas idealistas y la práctica diaria. (Barahona, 2012)

Sexo: las mujeres son esencialmente el grupo más vulnerable en el ámbito de la salud por razones como: la carga de trabajo que en esta clase profesional es doble, su rol familiar, y las expectativas de mejorar en la profesión, que retrasarían su tarea como mujer. (Barahona, 2012)

Estado civil: a pesar de que el síndrome esta enrolado más con las personas que no tienen pareja fija, no es del todo cierto, puesto que existen personas solteras que demuestran mas agotamiento emocional, despersonalización, y menor realización personal que las que están casadas o conviven establemente con alguien. La existencia o no de hijos, ayudarían a las personas a ser más maduras y estables, a tomar mejores decisiones y sobre todo afrontar de mejor manera problemas personales y emocionales. (Barahona, 2012)

Entre las variables laborales están:

Horarios y turnos laborales: este aspecto es muy importante ya que para algunos autores esto puede significar la existencia del síndrome, aunque no es un criterio único, dado que en la enfermería es donde se presenta con más frecuencia. (Barahona, 2012)

Antigüedad en el trabajo: algunos autores consideran que los primeros años de profesión tienen relación con los síntomas del síndrome, y que pasado los 10 años existe menos presencia del síndrome. Naisberg y Fenning en cambio creen que las personas que presentan más el síndrome termina abandonando su profesión, y que los profesionales que tiene muchos años en su profesión presentan menos el síndrome y por lo tanto continúan con su profesión. (Barahona, 2012)

Sobrecarga laboral: se da especialmente en los profesionales de salud, y por esta razón la calidad de su servicio se ve disminuida cualitativa y cuantitativamente. Sin embargo de ello, no está especificada la relación entre la cantidad de horas que atienden a sus pacientes y la presencia del síndrome. El salario también es tomado en cuenta, porque al parecer afecta a los profesionales, aunque no está claro ni definido por ningún autor. (Barahona, 2012)

3.1 Motivación y satisfacción laboral

Motivación y satisfacción laboral son dos aspectos muy relacionados entre sí, la satisfacción laboral para algunos investigadores es una actitud combinada por tres elementos afectivos, conductuales y cognitivos que manifiesta una persona hacia el trabajo (Sáez, 1999), puede estar relacionada con los niveles del síndrome de burnout como lo cita (Tibanlombo, 2012) en (Cherniss, 1980).

La motivación ha tenido una gran influencia, sobre el rendimiento, las variables intermedias que activa la conducta, la intensidad y tiene dos componentes el energético y el direccional cuando el individuo está motivado, la calidad de vida cambia, se ve impulsado hacia metas. (Tibanlombo, 2012)

Por lo que la motivación laboral puede definirse como el nivel de esfuerzo que las personas están dispuestas a realizar en su trabajo. El modelo de características del puesto citado por (Boada Joan, 2009) en (MCP) ideado por Hackman y Oldhman, ayuda a establecer las condiciones laborales que permiten una motivación interna alta en los trabajadores y dando la oportunidad de organizar su trabajo.

Un trabajador puede presentar una motivación interna alta cuando presente 3 tipos de experiencias llamadas estados psicológicos críticos (EPC) y que son: el significado del trabajo, la responsabilidad y el conocimiento de los resultados de su trabajo. (Barahona, 2012)

Para experimentar estos estados críticos, el trabajador debe presentar en el desempeño de su puesto otras dimensiones como: identidad de las tareas, variedad en las destrezas, autonomía, importancia de las tareas y la retroalimentación del puesto, que combinadas en un solo índice reflejaran la aptitud de un puesto para promover la motivación interna. Este índice se llama Potencial Motivacional del Puesto (PMP). Considerado por (Barahona, 2012) en (Agullo T., Boada, I., Grau., 2004).

La satisfacción laboral se basa en el concepto de discrepancia o desajuste, donde depende de la coincidencia entre lo que pretende obtener con su esfuerzo y lo que realmente obtiene el profesional. (López, 2009)

La satisfacción en el trabajo es una de las variables fundamentales y puede tomar valores «positivos» o «negativos», representando sus extremos. Es difícil de estudiar y emplear pues incluye muchos aspectos para poder evaluar al individuo, incluyendo la sugestión, la creatividad y el pensamiento independiente. (Solis, 2012)

En ocasiones las personas huyen de los trabajos estresantes y por ello se constata un alto índice de rotación de personal en las empresas, influenciado también por la reorganización empresarial cada vez más seguida en cada entidad; pero la condición de desocupado es la que genera mayor distrés. (Solis, 2012)

Uno de los estresores más importantes en el desarrollo del burnout es la disminución de la satisfacción laboral, que se comprende como: un estado emocional positivo o placentero de la percepción subjetiva de las experiencias laborales del sujeto. Por esta razón algunos autores consideran que la insatisfacción laboral es un elemento importante en el desarrollo del síndrome de burnout, y creen que a menor satisfacción laboral existe más burnout, es decir mayor agotamiento emocional.

En las organizaciones como los hospitales, la satisfacción de los profesionales está producida por factores como: responsabilidad, promoción, reconocimiento, status profesional, sueldo, independencia. El nivel de satisfacción que los profesionales tienen está presente en la calidad de los servicios que prestan. (Barahona, 2012)

El estrés laboral en los médicos y demás profesionales sanitarios es el resultado de acumulación de estresores asociados al desempeño profesional, cuando las exigencias laborales trascienden los recursos de afrontamiento disponible. (Tibanlombo, 2012)

Los niveles y las causas de estrés en los estudiantes de medicina, encontrando como principales estresores, la comunicación con los enfermos al estar en contacto con el sufrimiento y la muerte, el compañerismo mal fundamentado (staff y residentes) (Tibanlombo, 2012) quien cita la investigación de Firth (1986) estos y otros factores producen frustración e impotencia con el tiempo el autoestima se ve afectado.

La insatisfacción laboral está dada por sobrecarga en el trabajo, pocas posibilidades de promoción, variabilidad y tensión laboral, por lo que se relaciona con la agresividad en el trabajo, el absentismo laboral, y el bajo rendimiento de los profesionales. (Barahona, 2012)

De acuerdo a lo manifestado la motivación y satisfacción laboral es un aspecto muy importante a tener en cuenta para evitar el desarrollo del síndrome; sobre todo por los directivos de las instituciones laborales. (Barahona, 2012)

3.1.1 Investigaciones realizadas

Los investigadores de la Universidad Brigham Young, en Utah, llegaron a esa conclusión tras analizar datos de unos de 150 estudios sobre el riesgo de mortalidad y las redes sociales (reales, no virtuales). Los estudios involucraron a más de 300.000 personas de todo el mundo a quienes se siguió durante un período de siete años y medio. (BBC, 2013)

Los resultados mostraron que la calidad y cantidad de los contactos sociales no sólo está vinculada a la salud mental, sino también a la mortalidad. Según la investigación publicada en PLoS Medicine (revista de la Biblioteca Pública de Ciencia, Medicina) tener pocos amigos es tan dañino para la supervivencia como fumar 15 cigarrillos al día o ser alcohólico. (BBC, 2013)

"Cuando alguien está conectado a un grupo y siente responsabilidad por la demás gente, ese sentido de propósito y significado se traduce a tener un mejor cuidado de sí mismo y a tomar menos riesgos", Considerado en la investigación de la (BBC, 2013) que cita a (Julianne Holt-Lundstad, 2010), quien dirigió el estudio.

Prevalencia y factores asociados al burnout en un área de salud como lo indica. (Barahona, 2012) El estudio busca encontrar la prevalencia del síndrome de burnout entre trabajadores sanitarios, así como su distribución según diferentes variables socio demográficas y laborales. Se realizó con 354 profesionales entre médicos, enfermeras y auxiliares clínicos de los centros de salud Torreledones y San Lorenzo de el Escorial (Madrid). Se utilizó una encuesta de variables socio demográficas, el cuestionario de Maslach (MBI), y un apartado abierto de opinión.

Resultados: se encontraron altos niveles de burnout, destacándose los pediatras en cuanto al logro personal. Algunos profesionales consideran sufrir problemas psíquicos

o físicos en su trabajo, destacándose síntomas como: ansiedad, depresión, insomnio, apatía y cefaleas tensionales, y algunos otros no muy mencionados como: contracturas musculares, taquicardias, pérdida de concentración, eccemas cutáneos y despersonalización así lo explica (Barahona, 2012). Para estos profesionales la sobrecarga asistencial es la principal causa de estrés, así como las labores rutinarias, falta de reconocimiento, promoción laboral, y la falta de formación.

En este estudio se ha encontrado niveles altos de burnout, especialmente por cansancio emocional, seguido por la despersonalización y el logro personal. En lo que se refiere a las variables socio demográficas, no hay cansancio emocional de acuerdo al estado civil, pero si un alto índice en los que tienen 1 o 2 hijos, también hay cansancio emocional en los profesionales que tienen un tipo de contrato definitivo al lado del eventual, y aquellos profesionales que presentan alteraciones físicas o psíquicas que tienen que ver con su trabajo. (Barahona, 2012)

En definitiva el estudio encontró un grado moderado-alto de burnout en los profesionales sanitarios, a pesar de que no hay una relación significativa entre las variables sociodemográficas y el burnout. Sin embargo hay una vulnerabilidad mayor en el varón respecto a la mujer. (Barahona, 2012)

Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid, (Barahona, 2012) quien cita a (Albaladejo R, Villanueva R, (2004). El presente estudio es un estudio transversal realizado en el área de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de San Carlos, se trabajó con 622 profesionales clasificados en enfermeras y auxiliares.

Se utilizaron los siguientes instrumentos: un cuestionario socio demográfico de elaboración propia, y el (MBI) de Maslach.

Resultados: los resultados muestran que según el sexo, las mujeres tiene puntuaciones altas en cansancio emocional, también hay puntuaciones altas en despersonalización y burnout en los profesionales que trabajan por turnos o en horarios rotativos, a diferencia de los que trabajan en suplencias que tienen menos despersonalización, están menos quemados y son más realizados. También hay altas cifras de burnout en aquellos profesionales que son menos reconocidos. (Barahona, 2012)

La edad no tuvo relación con las variables estudiadas, pero si lo tuvieron el sexo, estado civil, tipo de contrato y los turnos (Barahona, 2012). También hay que anotar la relación del burnout con los diferentes servicios hospitalarios, y que la mayoría de profesionales indican que hay conflictos en relación con los factores estresantes laborales.

Considerado por (Barahona, 2012) quien cita a Hernández-Martín Lorenzo (2005) El síndrome de burnout en funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario. Este trabajo es un estudio ex post facto prospectivo, que busca examinar la relación entre el síndrome de burnout y algunas variables socio demográficas, la experiencia profesional y la categoría laboral.

La muestra comprende 133 funcionarios de vigilancia de un centro penitenciario de Topas Salamanca, de la muestra 119 fueron hombres y 14 mujeres, y cuya actividad es garantizar la seguridad interior en la prisión. Citado por (Barahona, 2012) se utilizó el inventario de Maslach (MBI) en su versión para profesionales de servicios humanos, y el Manual de TEA (Seisdedos 1997).

Los resultados de esta investigación demuestran que el personal investigado sufre altos índices de burnout, esto es, cansancio emocional, realización personal, y despersonalización. Los resultados también indican que los de menor edad muestran actitudes muy negativas hacia el trabajo (despersonalización), que los de mayor edad (Barahona, 2012). Las demás variables socio demográficas, la categoría laboral y la experiencia profesional de acuerdo a los resultados no fue muy significativa.

Los funcionarios de vigilancia presentan un elevado cansancio emocional y despersonalización, y una media inferior en realización personal, ya que consideran su trabajo como rutinario, monótono, peligroso e insatisfactorio.

Prevalencia y factores asociados con el síndrome de Burnout en enfermería de atención hospitalaria analizado por (Barahona, 2012) quien cita a López-Soriano Francisco, Bernal Lucía (2002). Este estudio busca determinar la prevalencia del síndrome en las enfermeras y auxiliares de un hospital comarcal de Murcia, así como su distribución según diferentes variables socios demográficos y laborales.

Se realizó un estudio descriptivo transversal, con 223 trabajadores sanitarios, y se utilizó como instrumentos el inventario de Maslach (MBI) y un cuestionario sobre variables socio demográficos.

Los resultados indican que las tres dimensiones del burnout se relacionan entre si, la des realización se relacionó significativamente con la edad, la despersonalización con la pertenencia al grupo (Barahona, 2012). En la des realización el grupo de auxiliares presenta niveles más altos que las enfermeras, y el sexo y desempeño de servicio no tuvieron puntuaciones significativas.

El agotamiento emocional no se relacionó con ninguna variable socio demográfica. La dimensión predominante fue la despersonalización, la falta de realización personal no fue muy significativa, tampoco hay diferencia de puntuación entre la edad y el tipo de servicio asistencial y los trabajadores estables tienen mayor despersonalización que los eventuales de esa manera lo indica (Barahona, 2012).

3.2 Burnout y la relación con la salud mental

3.2.1 Definición de salud mental

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir a la salud mental como “el estado de bienestar que permite a los individuos *realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades*” vincula dos elementos importantes al tema *burnout*: afrontamiento del estrés y la relación con el trabajo productivo, pues a partir de las situaciones laborales que provocan estrés laboral se van derivando múltiples afectaciones para la salud mental del individuo.

Así mismo, la (OMS) estima que alrededor de 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, 1 millón de personas se suicidan cada año, cuatro de las 6 causas principales de la discapacidad se relacionan con psicopatologías como trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos con abuso de sustancias, lo cual trae a discusión urgente la prevención del *estrés laboral crónico* como factor determinante para la salud mental de la población económicamente activa. (Cazar, 2012) quien cita a (Garrido, 2001).

3.2.2 Síntomas somáticos

Los síntomas somáticos o las alteraciones físicas son las mayormente sentidas por las personas que desarrollan el síndrome de burnout produciendo consecuentemente fuertes alteraciones en su calidad de vida. (Barahona, 2012)

Dentro de los síntomas somáticos se puede enunciar: dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, infecciones y catarros frecuentes, asma, dolores de espalda y cervicales, alergias, fatiga crónica, diarrea, insomnio, úlceras duodenales, cefaleas, dolores osteomusculares, quejas psicósomáticas, pérdida del apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, triglicéridos, glucosa, ácido úrico, etc.), palpitaciones, hipertensión, dolor precordial, asma, catarros frecuentes, infecciones frecuentes, alergias, dolores cervicales, dolor de espalda, fatiga crónica, alteraciones menstruales, diarrea, insomnio, úlcera gastroduodenal, jaqueca. (O Brien, 1998)

El trabajo de (Barahona, 2012) cita a Mingote (2003) quien concuerda con Morales (2005) afirmando que los síntomas psicósomáticos se relacionan con alteraciones neuropsíquicas como: mal humor, irritabilidad, pérdida de memoria, alteraciones del sueño, produciendo insatisfacción y deterioro en la calidad de vida y en la calidad del trabajo.

3.2.3 Ansiedad e Insomnio

Ansiedad.- La ansiedad es una emoción natural, presente en todos los seres humanos que resulta muy adaptiva pues nos pone en alerta ante una posible amenaza, pero sin embargo en ocasiones se vive como una experiencia desagradable (emoción negativa) especialmente cuando obtiene una elevada intensidad, que se ve reflejada en fuertes cambios somáticos, además cuando es muy fuerte puede provocar una pérdida de control sobre la conducta normal. (Psychiatric, 2000) El nivel de ansiedad puede observarse en un triple nivel: cognitivo-subjetivo (la experiencia), fisiológico (cambios corporales), y motor (conductual-observable).

Insomnio.- El insomnio es uno de los trastornos más frecuentes del sueño tanto en la población general como en la práctica médica, la calidad del sueño obedece a diversos factores como el estado de salud y las circunstancias externas del estrés laboral, y la fatiga son los agentes perturbadores del sueño más relevantes en los

trabajadores varones (Pesantez, 2012) quien cita a (Urponen H., Vuori I., Jasan J. y Partinem M., 1988).

En situaciones de estrés uno de los síntomas más frecuentes es el insomnio o incapacidad para conciliar el sueño de buena calidad que es de manera transitoria (unos pocos días) de corta duración (mínima a tres semanas) o de larga duración (insomnio crónico) de duración superior a tres meses, estas variaciones como otros síntomas de ansiedad resultan de la interacción entre los factores estresantes y la vulnerabilidad del paciente como son la ansiedad-rasgo y el neuroticismo. (Pesantez, 2012)

El insomnio crónico se asocia con un estado de activación psicofisiológico y cognitivo-afectiva con internacionalización y mal procesamiento emocional, después de estar instaurado el insomnio el paciente desarrollara temor a no dormir, que intensificara la alerta emocional y perpetua el insomnio por retroalimentación negativa y cuando más el sujeto se esfuerce por conciliar el sueño menos podrá dormir. (Pesantez, 2012)

3.2.4 Disfunción social en la actividad diaria

El factor de interrelación social en el ser humano es muy importante, por la relación directa que este tiene con la calidad de vida, con las actividades diarias, funcionales y profesionales del individuo.

Las actividades de vida diaria mediante la comunicación, y convivencia con su entorno se consideran importantes en todos los ámbitos de existencia en la persona, a tal punto que cuando existe una alteración o disfunción en sus actividades la persona se ve y se siente afectada en lo más profundo de su capacidad de transmitir sus habilidades conocimientos e intercambiar experiencias que le permiten crecer y desarrollarse de forma normal; el normal desenvolvimiento de dichas relaciones contribuyen de manera provechosa y significativa para la calidad de vida. (Andrade, 2012)

Al referirnos de disfunciones o alteraciones sociales en profesionales estamos mencionando un problema muy serio puesto que, una correcta relación social constituye en el profesional un puente vital para comunicarse y relacionarse con las personas que necesitan de sus servicios. (Andrade, 2012) cita a (CBP. Psicólogos, Artículos, 2012).

Padecer el síndrome de burnout puede afectar la motivación y la energía psíquica perjudicando directamente el compromiso de la persona con la organización. Las relaciones personales se deterioran mermando considerablemente la comunicación tanto con superiores, iguales o subordinados, los problemas se presentan por la negación de la persona de los síntomas del síndrome por temor a ser criticados o ha ser considerados como incompetentes.

Estos problemas no se dan solamente en el ámbito laboral, sino también en el familiar y en el caso de las personas trabajadoras en salud, se da con sus pacientes, presentando problemas de hostilidad y frialdad emocional siendo así, perjudicial para ambas partes. La misma situación se da con la familia cuando se presentan situaciones que le son inalcanzables y exageradas, y la persona enferma demuestra sentimientos de ira hacia la familia y viceversa, afectándose de esta manera considerablemente la relación.

3.2.5 Tipos de depresión

Se conoce dentro de los tipos de depresión a tres grupos que son: Trastorno de depresión mayor, Distimia o depresión menor, y Trastorno Bipolar. (CBP Psicólogos, 2006)

El Trastorno de depresión mayor tipo se manifiesta por una combinación de los síntomas de la depresión que interfieren en la vida cotidiana: estados del ánimo deprimidos la mayor parte del día, pérdida de placer o interés en casi todas las actividades, pérdida o aumento importante de peso o de apetito, insomnio o exceso de sueño, lentitud o agitación física, fatiga, sentimientos de inutilidad o culpa excesivos, dificultad para concentrarse y pensamientos recurrentes de suicidio o muerte. El segundo, es uno de los estados del ánimo depresivos de larga duración acompañado de alguno de los síntomas del Episodio Depresivo Mayor. (CBP Psicólogos, 2006)

Es un tipo de **depresión** menos grave pero que interfiere en el funcionamiento y en el bienestar de la persona. El tercero, se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (**depresión**). Los cambios del estado del ánimo pueden ser dramáticos y rápidos. (CBP Psicólogos, 2006).

3.2.6 Investigaciones realizadas

Haciendo un análisis de la literatura en *burnout*, se observa que la mayor parte de los estudios realizados se limitan a la caracterización de este síndrome y que la menor parte se dedica a emprender estrategias de intervención a favor de la prevención y el mejoramiento de la calidad de vida de este personal (Andrade, 2012). Esto es explicable, naturalmente, por la necesidad de lograr una plena caracterización de un fenómeno tan conceptualmente controvertido.

Estos trabajos tuvieron sus antecedentes en investigaciones precedentes que identificaron algunos estresantes en el trabajo de los enfermeros de oncología, y que evidenciaron una relación significativa entre los años de experiencia profesional y el surgimiento de estados emocionales negativos, determinada aparentemente por mayor tiempo vital de exposición a situaciones estresantes.

La ira fue la respuesta emocional más frecuente en esta muestra, lo cual puede explicarse porque las situaciones estresantes encontradas constituían demandas de difícil satisfacción con los cuidados habituales de enfermería, generando sentimientos de impotencia y frustración, generalmente relacionados con estos estados. Estas situaciones fueron calificadas como altamente complejas, ambiguas, ante las cuales los enfermeros tenían pocas expectativas de control, reflejando manifestaciones profundas, frecuentemente vinculadas a la connotación de sufrimiento y muerte. (CBP Psicólogos, 2006).

3.3 El burnout y el afrontamiento

El Síndrome de Burnout se produce "como resultado del contexto laboral de esta profesión, de las características personales y del tipo de afrontamiento adoptado". (Moreno-Jiménez, 1997)

El afrontamiento disfuncional favorece la génesis del Síndrome de Burnout y afecta negativamente la salud del profesional, de las personas que éste atiende en su centro laboral y de toda la comunidad. (Solis, 2012)

Una característica del afrontamiento disfuncional es cuando el trabajador llega a las profesiones de ayuda con un fuerte deseo de darse a los otros, con alta motivación e idealismo y con las expectativas de que su trabajo dará sentido a su vida. (Solis, 2012) quien cita a (Pines y Aronson, 1988).

3.3.1 Definición de afrontamiento

Se define el afrontamiento como: “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. (Lazarus, 1986)

En el trabajo de (Pesantez, 2012) se describe la citación de Murphy (1974) quien cita a Pastrana (1998) define como “un proceso que permite que la persona sea capaz de tratar con un reto o aprovechar una oportunidad donde la adaptación sería el resultado y que cada persona utiliza su propio método para enfrentar una situación particular en un momento específico”.

Para Kagan (1983), citado en (Pesantez, 2012) el afrontamiento se entiende como “las relaciones que resuelven el estado afectado clasificado como sobre estresante”.

3.3.2 Teorías de afrontamiento

En 1984 Lazarus y Folkman, proponen el modelo transaccional en donde consideran al afrontamiento o *coping* como el grupo de estrategias que surgen para atender las demandas que identifica el individuo. Estas estrategias podrían derivarse a dos categorías. La primera relacionada con la resolución del problema en donde la persona enfrenta la situación haciendo uso de sus recursos buscando solucionarla. La segunda enfocada a la regulación emocional necesaria cuando el individuo percibe que la situación es inmodificable. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Es así que el afrontamiento es una distinción considerada flexible, relacionada con el sistema de valoración y evaluación de la persona paralelo al locus de control, sistema de creencias y el concepto propio de autoeficacia. El proceso de evaluación de un suceso generalmente será diferente en cada situación en la misma persona, pues las variables que el individuo podría analizar en cada caso dependen de la situación y de los recursos que en el momento el individuo identifique como posibles para tal caso. (Lazarus, 1986)

3.3.3 Estrategias de afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento (Toledo G. , 2012), en función del nivel que se producen, se agrupan en tres categorías: estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales.

Estrategias individuales.- Las estrategias de afrontamiento de control, previenen el síndrome de Burnout, ya que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centradas en el problema, aumentan sentimientos de realización de personal en el trabajo, que aquellas estrategias que algunos sujetos emplean de evitación/escape o centradas en la emoción. (Toledo G. , 2012) cita a (Matteson e Ivancevich, 1987).

Aquellos profesionales de la salud que presentan bajo burnout, emplean con frecuencia estrategias de afrontamiento de control o activas, dirigidas al problema; tales como: elaboración y aplicación de planes de acción, realzar los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y autocontrolarse. En cambio aquellos profesionales con alto burnout, emplean estrategias de evitación/escape y confrontación. Se concluye que, el burnout se origina y desarrolla en aquellas estrategias de evitación/escape y centradas en la emoción, y previene su apareamiento cuando se empleas estrategias de control o centradas en el problema. (Toledo G. , 2012)

Algunos autores que cita (Toledo G. , 2012) son Ramos (1999) y Manassero (2003), quienes destacan algunas técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del burnout tales como: Ejercicio físico, técnicas de relajación, biofeedback, técnicas cognitivas, inoculación del estrés y desensibilización sistemática.

Estrategias grupales.- Las estrategias de carácter grupal, fomentan el apoyo social entre compañeros y supervisores, logrando potenciar sus habilidades, adquirir nuevos conocimientos, obtener refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de sus tareas, generando apoyo emocional entre todos los involucrados. En la prevención del burnout se considera el apoyo social formal e informal; el apoyo social formal incrementa el síndrome de Burnout, debido a una mayor carga labora, mientras que el apoyo social informal lo previene. El objetivo fundamental de los grupos de apoyo es disminuir los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los individuos, el potenciar sus conocimientos, crea estrategias para tratar los problemas. (Toledo G. , 2012) cita a (Porras A., 2000).

Estrategias organizacionales.- (Toledo G. , 2012) cita a varios autores como Folkman (1984); Holahan y Moos (1987); McCain & Smith (1994) y Zeidner & Endler (1996); señalan que una de las estrategias para la prevención del síndrome de

Burnout, es desarrollar programas para mejorar el clima organizacional; ya que los principales estresores percibidos de carácter crónico en cuanto al síndrome son las variables en relación al contenido del puesto, inequidad en cuanto a funciones y el clima laboral. Haciendo referencia a esto, y quienes estamos encargado de la parte del talento humano, es necesario trabajar con los supervisores y jefaturas para establecer políticas que incluyan programas tales como: programa de socialización anticipada, programa de evaluación y retroinformación y programa de desarrollo organizacional.

Es importante tomar en consideración las siguientes estrategias de afrontamiento efectiva: Convertir la amenaza en un reto, disminuir la intensidad de la amenaza de la situación, modificar las metas personales, optar por acciones que incidan en aspectos físicos; y, prepararse para el estrés antes de que ocurra. (Toledo G. , 2012) cita a (Martínez, A., 2010).

3.3.4 Investigaciones realizadas

Investigación realizada en el año 2003 por (Hernández Z. L., 2004) del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología; Encarnación Olmedo Castejón e Ignacio Ibáñez Fernández, Campus de Guajara de la Universidad de La Laguna - España, sobre el constructo de “estar quemado”. El objetivo de la investigación fue “centrarse en la relación que el constructo tiene con el afrontamiento. Con una muestra de personal sanitario de 222 participantes, de los cuales 187 fueron mujeres y 35 fueron varones. Los resultados de los análisis correlacionales, de regresión múltiples y los efectuados para grupos criterio (“altos” frente a “bajos” en los factores de “estar quemado”) indicaron pocas relaciones y de escasa magnitud entre los dos constructos.

Investigación realizada en el año 2009 por la investigadora principal Lucía Carolina Barbosa Ramírez y María Liliana Muñoz Ortega, Paola Ximena Rueda Villamizar, Karen Giselle Suárez Leiton, de la Pontificia Universidad Javeriana, su objetivo: determinar el nivel de Síndrome de Burnout existente en docentes universitarios pertenecientes a la facultad de educación, de una universidad privada de Bogotá, y las relaciones existentes entre dicho nivel con variables de género y antigüedad laboral y con las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente por ellos. Se contó con la colaboración voluntaria de 30 docentes.

El nivel del síndrome fue bajo para las categorías de cansancio emocional y despersonalización, y medio para realización personal. Las relaciones estadísticas no fueron significativas para género, antigüedad en el cargo y estrategias de afrontamiento. Se establecieron como estilos de afrontamiento más utilizados: desarrollo personal, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva; y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres”. (Toledo G. , 2012)

3.4 El burnout y la relación con el apoyo social

Cassel (1976) consideró al apoyo social y la construcción de redes sociales positivas como uno de los factores más importantes para enfrentar el desarrollo del *burnout* a causa del estrés laboral. Las investigaciones concluyen que quienes cuentan con una red de apoyo social presentan evidentes efectos positivos medidos en la salud física y emocional, por tanto mas probabilidades de experiencias positivas en sus entorno laboral y consigo mismo. (Cazar, 2012) cita a (Beltrán, 2004)

El apoyo social desempeña un papel importante en la salud y el bienestar de las personas, este apoyo puede desencadenar o facilitar los efectos del síndrome de Burnout, este factor está centrado fundamentalmente en el apoyo que las personas reciben de familiares y amigos, las relaciones mantenidas condicionan que el ambiente habitual de la persona sea agradable o no, conforme aparecen ambientes más agresivos aumentan las posibilidades de padecer burnout. (Pesantez, 2012)

3.4.1 Definición de apoyo social

Según (Martínez Pérez, 2010), el apoyo social sería “todo proceso de transacciones interpersonales, basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos, pertenecientes a las redes sociales de pertenecía, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar del receptor, el cual es percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor”. Entre las funciones que el apoyo social puede desempeñar están: apoyo informativo (consejo, sugerencias), instrumental (ayuda material), emocional (estima, afecto, confianza) y empático (auto-afirmación, auto-validación).

El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas; las personas sienten que son valoradas, apoyadas, queridas o consideradas; así como el grado en que las

necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros, y la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas. También se lo define como “transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia”. (Toledo G. , 2012) cita a (Pérez y Martín, 2000).

3.4.2 Modelos explicativos de apoyo social

Se exponen dos modelos (Solis, 2012):

Modelo de efecto directo: El apoyo social siempre favorece los niveles de salud. Es una variable antecedente o simultánea en esta relación.

Modelo de efecto amortiguador: El apoyo social protege ante las situaciones estresantes. Se conceptualiza como variable interviniente.

3.4.3 Apoyo social percibido

La influencia del apoyo social sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida, tanto de sus aspectos funcionales (funciones que cumplen las relaciones sociales) como de sus aspectos estructurales (composición de las redes sociales). (Barrón, 2012)

El documento de Psicothema cita a Cohen y Wills (1985) realizan una importante revisión de la bibliografía sobre apoyo social existente hasta el año de publicación de su trabajo. Tras clasificar los estudios en función del concepto de apoyo social utilizado (funcional o estructural) y por tanto del instrumento de medida empleado, relacionan estas características con los resultados obtenidos en cada estudio (efectos directos, efectos de amortiguación o ambos).

3.4.4 Apoyo social estructural

Este tipo de apoyo se puede identificar como la información que llega a tener una persona de una o más de las tres siguientes clases: información de que el sujeto es querido, información de que el sujeto es estimado y valorado e información de que el sujeto posee la capacidad para establecer redes de comunicación y de relación. (Pesantez, 2012)

Este tipo de apoyo aparece como un factor ante el síndrome del quemado, dado que el apoyo ayuda a manejar mejor el estrés y la tensión, este apoyo puede ser tanto del ámbito más íntimo como es la familia, los pares, los supervisores. Por otro lado una de las características importantes personales es la susceptibilidad a los estímulos emocionales del lugar del trabajo que contribuye a que las personas presenten este síndrome solo por estar expuestas a otras personas con burnout. (Pesantez, 2012) cita a (Cordes y Dougherty, 1993)

3.4.5 Investigaciones realizadas

Investigación a cargo de Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García, Tamara Pierart de del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción (Chile, 2009) cuyo objetivo fue “identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes presentaron estrés laboral crónico o burnout.

Los resultados señalaron la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Por último, la influencia del apoyo social y el reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo fue notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. (Toledo G. , 2012)

Investigación realizada por Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, y María Berenice Reyes Pérez, de la Universidad Veracruzana en Xalapa, México (2004), en este estudio “se aborda el papel que desempeña el apoyo social en la prevención de enfermedades, considerando que hace referencia a las relaciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo y mantienen ciertas conductas que se relacionan entre sí. Cuando el apoyo social es inadecuado o no se brinda, puede intervenir o facilitar el desarrollo de enfermedades, en particular el síndrome de quemarse por el trabajo, también conocido como burnout. El presente trabajo revisa los efectos de apoyo social en el mencionado síndrome.

3.5 El burnout y la relación con la personalidad

Las investigaciones existentes sobre las variables relacionadas con los rasgos de personalidad y su incidencia en el desarrollo del Síndrome de Burnout no coinciden siempre en sus conclusiones. (Solis, 2012)

El estudio de la personalidad se ha beneficiado con la teoría de los rasgos, iniciada por Allport al exponer su modelo de la personalidad fundamentado en la presencia de rasgos centrales y secundarios y el trabajo estadístico de Cattell al identificar dieciséis rasgos fuentes básicos, sugiriendo a la vez, que subyacían a éstos otros rasgos denominados superficiales. (Solis, 2012) cita a (Cattell y Dreger, 1977).

Se define al rasgo como “*la tendencia de un individuo a comportarse de una forma consistente en muchas situaciones distintas*” (Brody y Ehrlichman, 2000, pág.29). En ese sentido, se pueden concebir como disposiciones que tienen las personas para comportarse de determinada manera.

3.5.1 Definición de personalidad

Personalidad es una construcción hipotética, un artefacto conceptual que pretende exponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico preestablecido, de tal manera que cada individuo tiende a comportarse de una manera congruente con lo que suponemos su modo de ser. (Toledo G. , 2012)

La personalidad es una modalidad total de la conducta de un individuo, que no significa una suma de modalidades particulares o rasgos, sino un producto de su integración, la misma que incide ya sea por factores internos o externos. (Toledo G. , 2012)

La personalidad es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, que de manera muy particular, hacen que las personas sean diferentes a las demás. (Toledo G. , 2012)

En su trabajo (Toledo G. , 2012) cita a Sigmund Freud (1959), es el teórico de mayor importancia que sostuvo que el comportamiento humano es impulsado en gran medida por fuerzas poderosas del interior de la personalidad, de las que los seres humanos no estamos o no somos conscientes. Estas fuerzas poderosas internas, moldeadas por las

diversas experiencias cuando niños, cumplen una función de vital importancia para guiarle y activarle a nuestro comportamiento en la vida diaria.

3.5.2 Tipos de personalidad (personalidad positiva y de salud)

Sobre la gran variedad de estudios y teorías de la personalidad, (Cazar, 2012) cita el enfoque de Eysenck (1952), sobre los tipos de personalidad relacionado con las teorías del aprendizaje resulta de gran valor en el campo investigativo gracias a la factibilidad del análisis experimental de la conducta que se mide y correlaciona de manera efectiva y sencilla. Sin embargo en esta teoría sobre la personalidad desafía a la predicción de otras teorías dando como interrogante la conducta fuera de la habitual que difícilmente se puede prever.

Existen varios patrones de conducta característicos y distintivos de pensamiento, emoción y acción: el patrón de conducta tipo A, el tipo B y tipo C que corresponde a los patrones diferentes al tipo A y B. El patrón de conducta de una persona presenta rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y además una determinada activación psicofisiológica. (Wheaton, 1996)

Se plantea la relación entre las zonas activadas y su relación con los neurotransmisores noradrenérgica y serotoninérgica junto con la reacción del individuo y su conducta ante el estresor. Así, desde el punto de vista biológico, podríamos considerar que el perfil psicológico tipo A tienden a reaccionar con la vía autonómica, es decir, por la activación del sistema simpático adrenal, mientras que aquellos que funcionan con la vía neuroendocrina corresponden a los sujetos con patrón de conducta tipo C. (Cazar, 2012) cita a (Price, 1982)

Los sujetos a los que presentan un patrón de conducta tipo A, corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia. (Cazar, 2012)

Teniendo que los sujetos con patrón de conducta tipo A, con respuesta autonómica al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. A su vez tienen con frecuencia elevado el colesterol

LDL y disminuido el colesterol HDL y acumulan asimismo otros factores de riesgo, como obesidad e hipertensión.

En el trabajo de (Cazar, 2012) se puede analizar a Friedman y Rosenman (1959) resaltan la importancia del perfil psicológico de los individuos para la configuración del patrón de respuesta al estrés. Así, los perfiles sujetos a la conducta tipo A manifiestan mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares, con perfiles psicológicos donde predomina respuestas intensas: hiperactividad, irritabilidad, agresividad, hostilidad, impulsividad, competitividad, impaciencia, urgencia temporal; esfuerzo de logro, habla y gesticulación bruscas y compromiso excesivo de trabajo lo que provocaría deterioro de la salud y déficit en su rendimiento.

El tipo B de personalidad refiere a personas tranquilas, confiadas, relajadas, abiertas a las emociones. Los mecanismos adaptativos hacia el *estrés* y que fracasan desencadenan procesos neuróticos y depresivos. En este tipo de conductas se resalta la importancia de los sistemas o vías de activación autonómica y neuroendocrina en la generación de los mismos y los trastornos de angustia según el DSM-IV. Sin embargo, los sujetos con patrón de conducta tipo B también son más propensos a conductas tranquilas, confiadas, relajadas por cuanto no originan los trastornos que se dan en el modelo tipo A. (Cazar, 2012)

Por su parte el patrón de conducta tipo C, caracteriza a personas introvertidas, obsesivas, que interiorizan la respuesta al *estrés*, pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseosos de aprobación social. Finalmente los individuos con patrón de conducta tipo C tienen estadísticamente mayor predisposición a reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas variadas e incluso cáncer, este último asociado a la inhibición inmunitaria de la que padecen en general estos sujetos, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseosos de aprobación social. (Cazar, 2012)

3.5.3 Patrones de conducta y personalidad

El modelo estructural PEN de Eysneck(1952) más importante desarrollado bajo una serie de concepciones teóricas previas. En el queda señalado que los correlatos biológicos pueden servir como elementos de contraste en el análisis de la validez de

las taxonomías y antes de la obtención de los datos, Eysenck (1948) ya había postulado las principales dimensiones de la conducta humana.

En el campo de la psicología de la personalidad existen dos corrientes, una que afirma que la personalidad consta de tres dimensiones básicas y otra que defiende que son cinco muy conocidas como las 5 grandes.

Para Eysenck(1952) las tres dimensiones son la extraversión, el neuroticismo, y el psicoticismo. Cada una de ellas está relacionada con lo que Eysenck consideró los motores de la conducta que son reproducción, conservación y autodefensa respectivamente. Además añadió un cuarto factor, la inteligencia, aunque nunca lo vinculó a su teoría PEN. (Cazar, 2012)

El ser humano desde su nacimiento desarrolla patrones de conducta. Por razones similares, nuestro comportamiento actual es resultado de las experiencias y nuestro cerebro solo absorbe información. De manera consciente, pero de modo subconsciente, creamos en nuestra vida patrones que reflejan nuestra experiencia desde el inicio de nuestra vida. (Toledo G. , 2012)

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Estos esquemas permanecen inactivos hasta que ciertas situaciones lo activan, generando en el sujeto ciertos patrones de conducta. (Toledo G. , 2012)

A continuación se destacan tres patrones de conducta:

Patrón de conducta tipo A.- El Patrón de conducta tipo A se manifiesta por la acción-emoción creado en un ambiente de demandas desafiantes, en que los 29 sujetos manifiestan conductas de impaciencia, apresuradas, estresantes, agresivas, hostiles, competitivas y de urgencia; sumado a esto al irritabilidad, implicación y compromiso excesivo laboral, gran necesidad, orientación al logro, estatus social, y éxito. (Toledo G. , 2012)

Patrón de conducta tipo B.- Este patrón se manifiesta en los sujetos de manera relajada y tranquila, existe confianza en sus potencialidades, pendiente de alcanzar satisfacción y bienestar personal; mantiene relaciones interpersonales relajadas, abierto a las emociones tanto hostiles como amables. (Toledo G. , 2012)

Patrón de conducta tipo C.- El patrón de conducta C, está el conformado por personas de un estilo pasivo en su comunicación verbal, no asertivo, extraordinariamente colaborador, que manifiesta conductas de resignación, sumisión y bloqueo o contención emocional. (Toledo G. , 2012)

3.5.4 Locus de control

“El locus de control se presenta como una característica relativamente estable que actúa como modulador de la respuesta de estrés” (Peiró y Salvador, 1993).

En las investigaciones se maneja el locus de control interno y el locus de control externo.

Las personas con locus de control interno asumen que las decisiones y acciones personales influyen en sus consecuencias. Presentan mayores sentimientos de realización personal, (Fuqua y Couture, 1986), menor percepción de sobrecarga, ambigüedad de rol, miedo al éxito y son menos tradicionales en su concepción de los roles sexuales, (Robinson y Skaire, 1986).

Las personas que presentan locus de control externo consideran que dependemos del destino y/o la suerte, presentan mayor insatisfacción laboral (Spector, 1982); (Buendía, 1998); más estrés (Halpin y Harris, 1985); (Fimian y Cross, 1986), y se “queman” más (Keane y cols., 1985); (Fimian y Cross, 1986); (Glogow, 1986); (Lunenburg y Cadavid, 1992).

3.5.5 Investigaciones realizadas

En el estudio: Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia (CAP, 2013) (J. Cebrià, J. Segura, S. Corbella, P. Sos, O. Comas, M. García, C. Rodríguez, M.J. Pardoy J. Pérez, 2001), se establece respecto al objetivo principal del estudio, que ciertas variables de personalidad se mostraban relacionadas con puntuaciones altas en las dos primeras escalas del MBI. Así, las personas con mayor cansancio emocional eran menos estables, más aprensivas y más tensas que aquellas con poco cansancio emocional.

Los sujetos con mayor despersonalización eran menos estables, más tensos y más vigilantes que sus colegas poco despersonalizados.

Así mismo, los médicos menos realizados eran menos afables y mostraban menor atrevimiento. (CAP, 2013)

Se aprecian diferencias en cuanto al perfil de personalidad de los varones y mujeres con criterios de burnout. El perfil de la médica “quemada” incluiría una mayor aprensión y menor atrevimiento que su colega masculino en igualdad de circunstancias, aunque la dimensión ansiedad estaría presente por igual en ambos sexos. (CAP, 2013)

Por lo que extraen una clara conclusión: las variables relacionadas con un grado elevado de ansiedad (los rasgos: poca estabilidad, vigilancia y tensión o la dimensión ansiedad) se muestran asociadas positivamente al cansancio emocional y a la despersonalización. Es importante destacar la correlación entre la dimensión ansiedad y niveles elevados de burnout. (Jarrín, 2012)

En el artículo sobre Personalidad Positiva y salud, (Moreno-Jiménez, 1997)), se concluye que los individuos con personalidad resistente presentan actitudes protectoras ante elementos no-saludables como el estrés y el burnout y facilitadoras de estrategias de afrontamiento adaptativas, de manejo y de control de la realidad. La personalidad resistente se presenta así como un componente más de una personalidad positiva favorecedora de procesos salutogénicos. (Jarrín, 2012)

METODOLOGÍA

El Hospital "Un Canto a la Vida" trabaja bajo ciertos principios y valores, los cuales me motivaron llevar a cabo mi proyecto de tesis en esta prestigiosa institución por su vocación y amor por las personas en situación material de empobrecimiento o en dificultades humanas. En donde nadie deberá ser excluido por su condición de género, generacional, condición ética o social. El paciente tendrá un trato digno con amor como derecho a todos, una atención humanizada, cálida con alegría, y no solo con excelente tecnología y calidad profesional.

Han transcurrido más de 25 años que la obra en salud del Padre José Carollo, dio inicio en los barrios del sur de Quito, este pequeño sueño apoyado con grandes soñadoras/es que pusieron su hombro para demostrar que un granito de arena construye edificios; es así que de un cálido consultorio, la obra se transformó en un hospital de una magnitud quizá solo pensada en la mente de su creador, esta familia de Tierra Nueva, ha crecido tanto que al momento lo único que une es el deseo del servicio, de aliviar el sufrimiento de la población que acude en busca de apoyo para sus problemas de salud.

En este camino corto se ha hecho necesario repensar en nuestras raíces, fortalecernos en lo que Padre Carollo, predicaba a diario "Nuestra vida es un don... la vivimos para volverla un servicio a los más necesitados", y en ese camino nos encontramos en recobrar nuestro espíritu cristiano y sobretodo brindar una atención humanizada, cálida con amor y alegría, y no solo con excelente tecnología y calidad profesional.

MISION

Brindar servicios de Protección, Educación y salud, de calidad y calidez con un trato digno y oportuno a los grupos prioritarios, garantizando su buen vivir, a través de una gestión moderna, innovadora y comprometida con la espiritualidad de su fundador, Padre José Carollo.

VISION

Tierra Nueva es una Fundación institucionalmente consolidada, auto sostenible, con alta credibilidad; un referente que presta servicios de calidad y eficientes, con énfasis a

los grupos de atención prioritaria en las áreas de protección social, educación y salud con calidez y humanismo.

OBJETIVOS

Contribuir con conocimiento y dinamismo para el adecuado manejo del paciente.

Aplicar los procedimientos apropiados para el beneficio y el seguimiento de las personas que acuden al hospital “Un Canto a la Vida” padre José Carolo”.

Diseño de investigación

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

Mediante esta investigación se puede conocer si existe el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores del Hospital Un Canto a la Vida, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

Esta investigación posee las siguientes características:

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

Población:

La población objeto de estudio es el personal del Hospital Un Canto a la Vida, es decir médicos en servicio activo de las áreas de consulta externa como también del

área de emergencias y enfermeras; independientemente de los años de servicio, edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Los datos de esta investigación son recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: **Cuestionario Sociodemográfico y laboral**, **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)**, **La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)**, **Cuestionario de Salud Mental (GHQ28)**, **Cuestionario MOS de apoyo social**, **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A**, los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentran vinculado a I Hospital un Canto a la Vida.

Instrumentos:

Se utilizaron en el proceso de recolección de datos fueron seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos en esta investigación los cuales detallamos a continuación:

Cuestionarios:

Es uno de los instrumentos que más se utiliza en investigación social. De hecho, Hernández & otros (2006), expresan que "(...) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir."

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

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

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

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

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

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

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces.

En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.

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

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

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

- Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

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

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

- Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.
- Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a la cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicoticismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

Recolección de Datos:

La recolección de los datos se realizó a través de un trabajo de campo durante 20 días laborables entre los meses de marzo y abril del año 2012 a un grupo de 15 médicos y 15 enfermeras pertenecientes al Hospital Un Canto a la vida, a los cuales se aplicó los cuestionarios detallados anteriormente.

Para realizar este tipo de investigación se utilizó el diseño de tipo transversal o de observación sistemática el mismo permitió obtener información sobre aspectos clínicos y describir las relaciones existentes entre un conjunto de variables en un momento determinado.

El desarrollo del proceso investigativo se dio en el Hospital Un Canto a la Vida en la ciudad de Quito, se solicitó el permiso correspondiente a la señora Directora del área médica la Dra. Beatriz Rivadeneira, con esta apertura se hizo el primer contacto con las enfermeras quien con disposición se procedió en grupo a realizar la primera evaluación, previo a esto se inició con la explicación de la aplicación de los cuestionarios instrumentos de evaluación, garantizando la confidencialidad de los datos y uso exclusivo para fines de investigación y propuestas de tratamiento.

Con el grupo de los 19 médicos participantes se realizó las evaluaciones de manera diferente, por falta de tiempo se entrega los cuestionarios en sobre cerrado a cada uno de los miembros de la población estudiada pertenecientes al Hospital Un Canto a la Vida que fue utilizada en la investigación (19 médicos) mediante los instrumentos antes mencionados.

El tener un adecuado cuestionario para cada una de las variables que nos sirvieron en el proceso de detección del nivel de Burnout en diferentes profesionales de la salud y aplicarlo en una forma correcta, me ayudó a asegurar que la información obtenida sea válida para cumplir con el objetivo propuesto.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

Gráfico 1

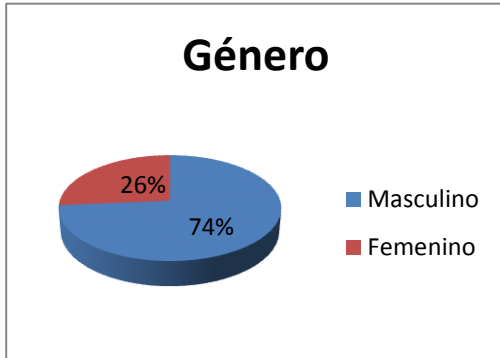
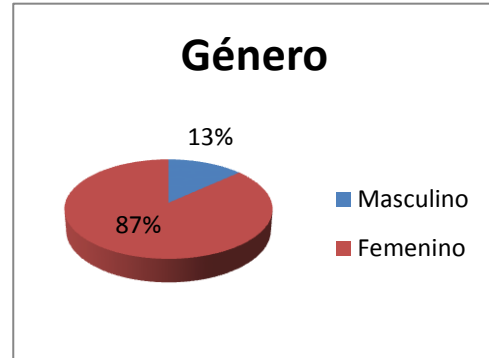


Gráfico 2



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 3

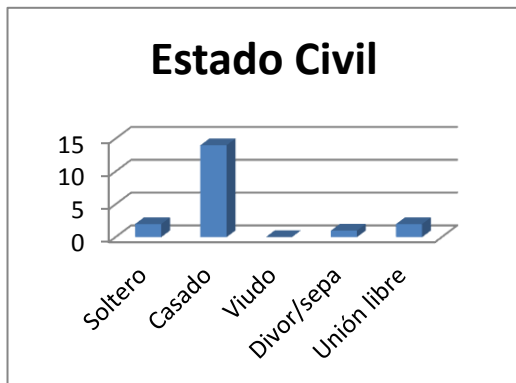
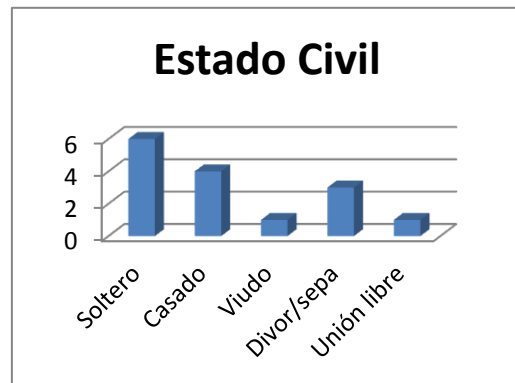


Gráfico 4



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 5



Gráfico 6



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 7

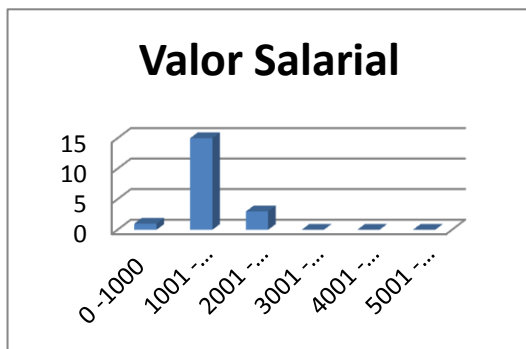
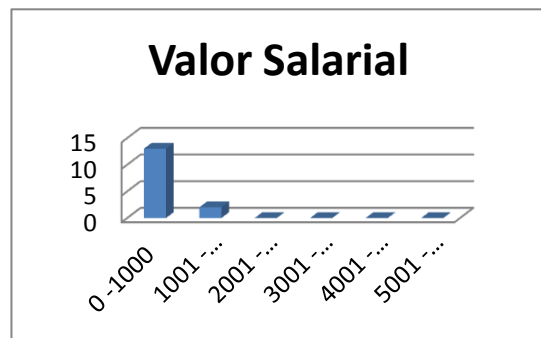


Gráfico 8



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 9

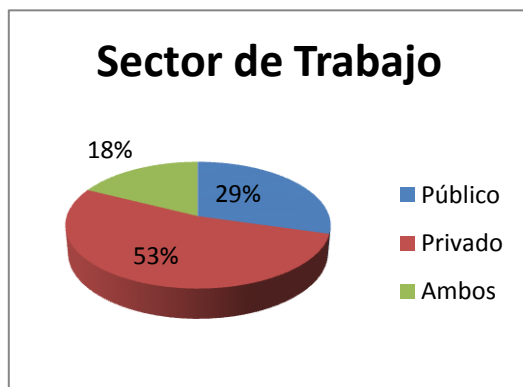


Gráfico 10



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 11

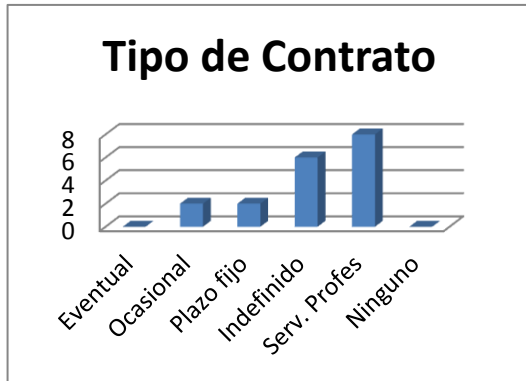
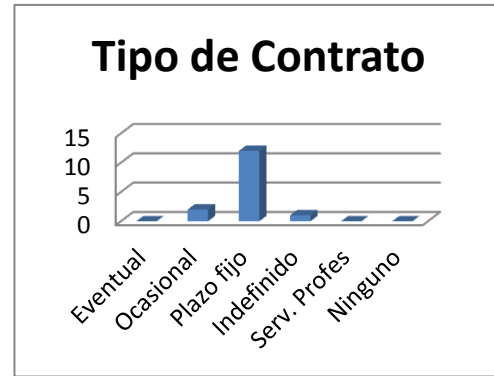


Gráfico 12



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 13

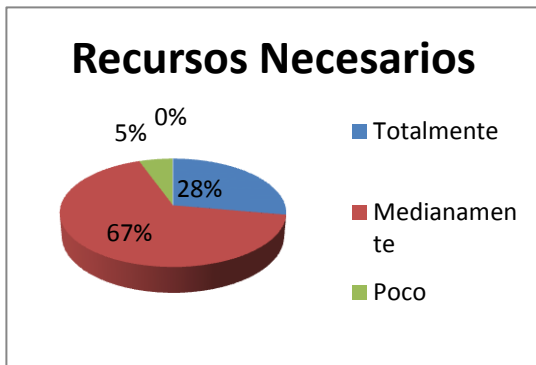
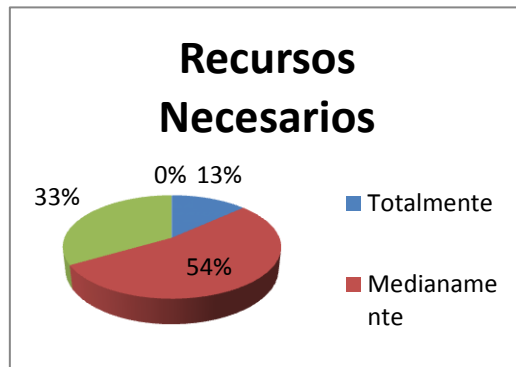


Gráfico 14



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 15

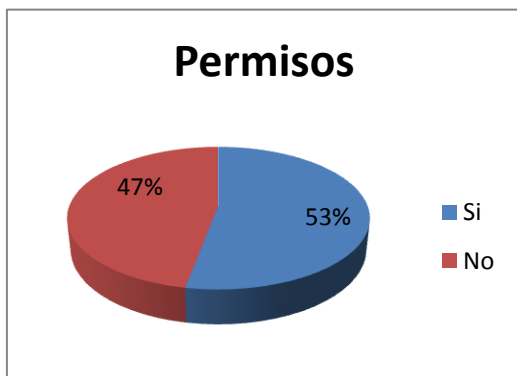


Gráfico 16



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 17

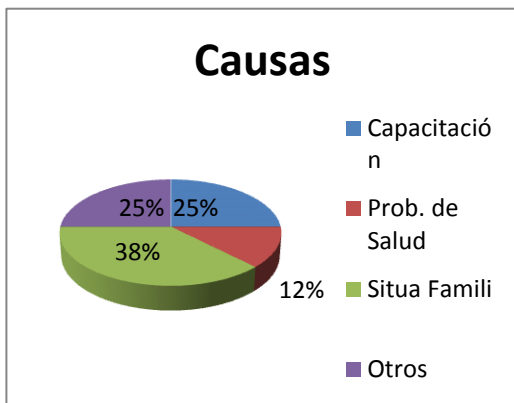
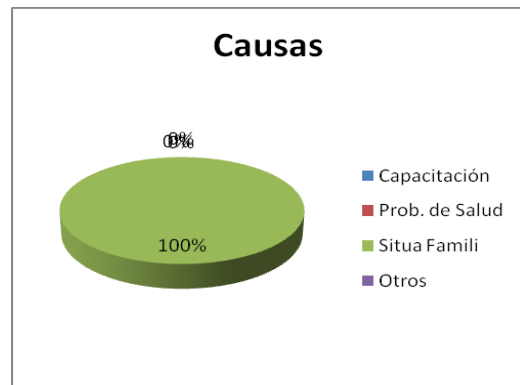


Gráfico 18

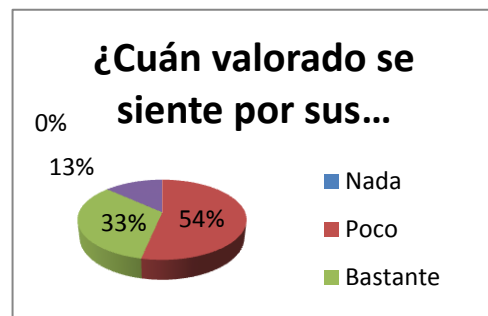


Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 19



Gráfico 20

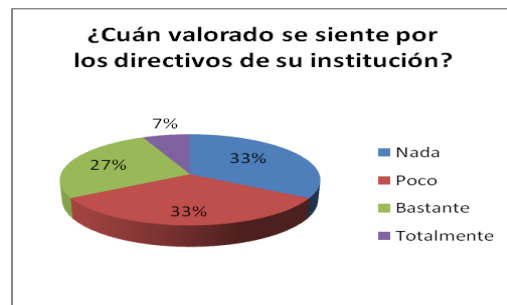


Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 21



Gráfico 22



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 23

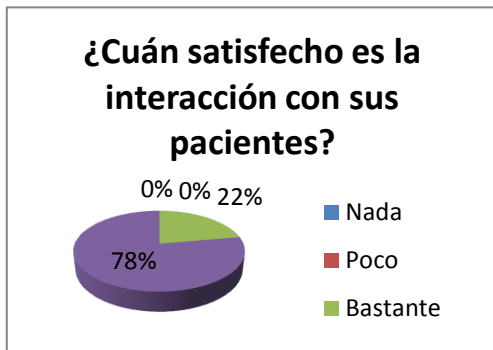
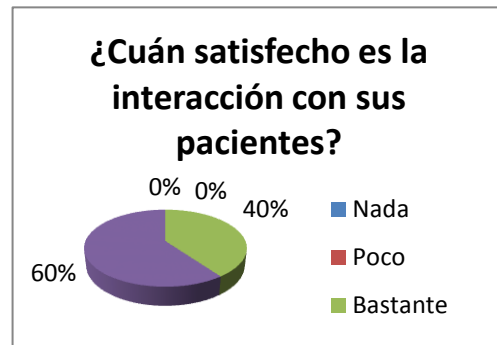


Gráfico 24

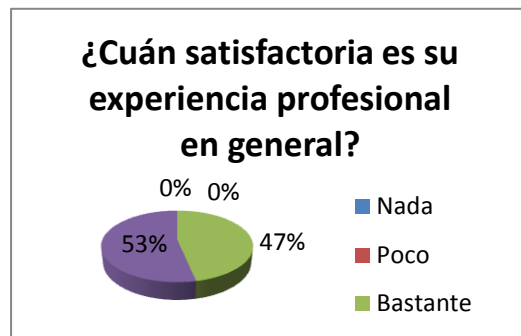


Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 25



Gráfico 26



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 27

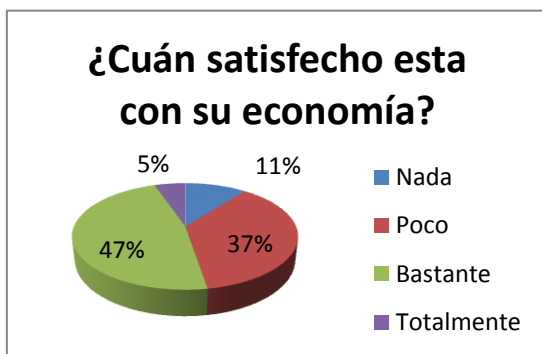
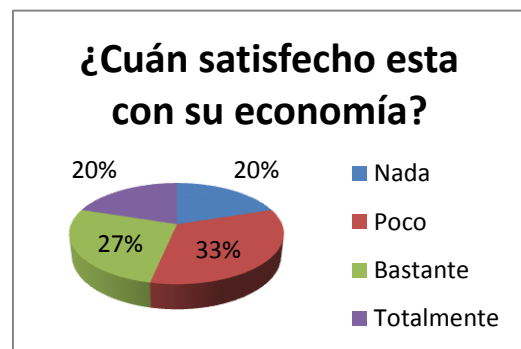


Gráfico 28



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Datos inventario burnout

Gráfico 29

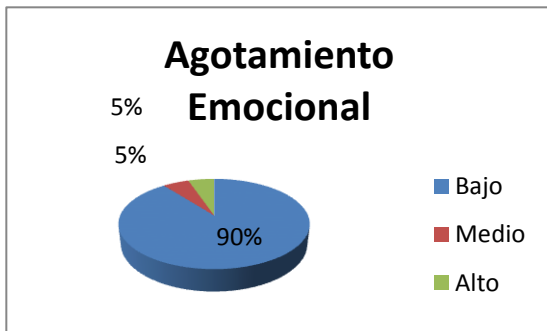
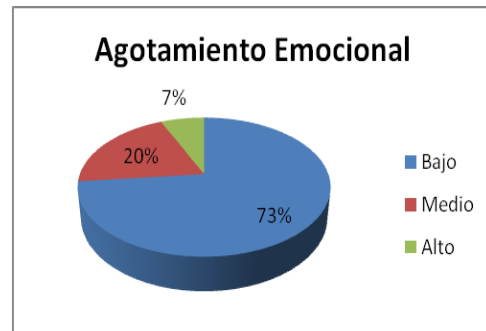


Gráfico 30



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 31

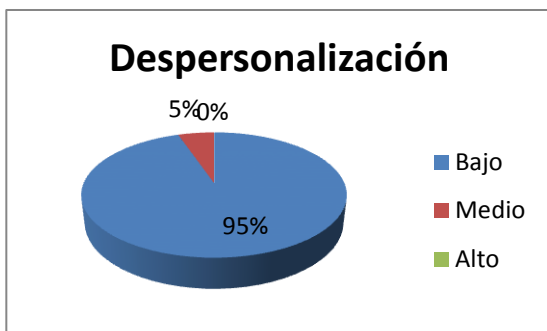
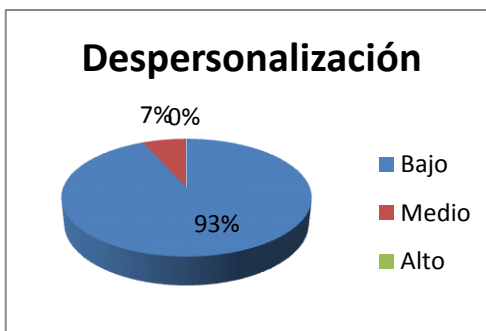


Gráfico 32



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 33

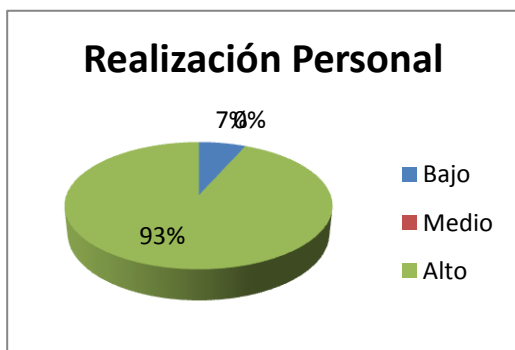
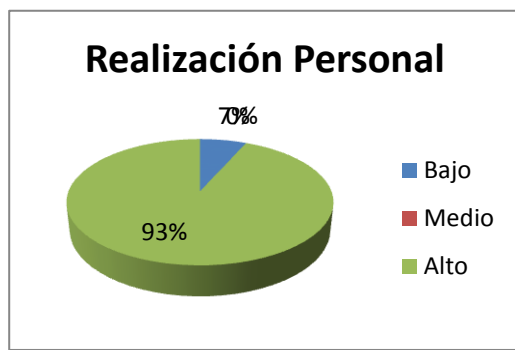


Gráfico 34



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Datos cuestionario salud general

Gráfico 35

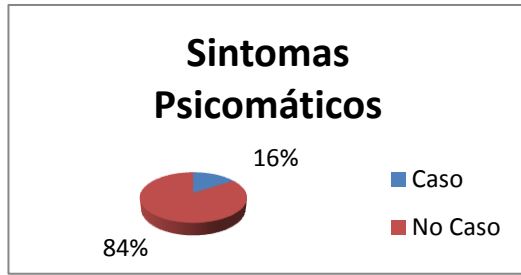
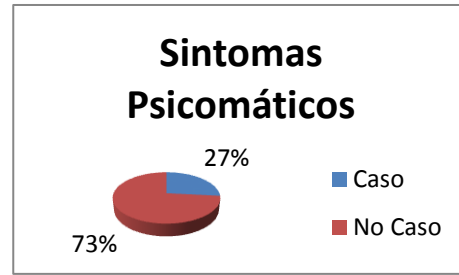


Gráfico 36



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

Gráfico 37

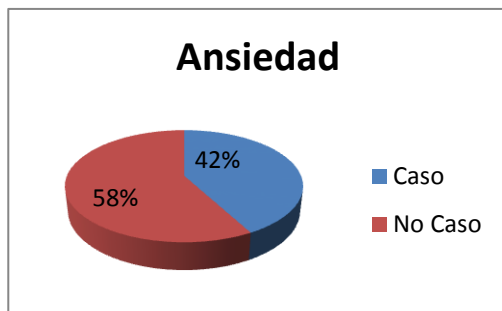
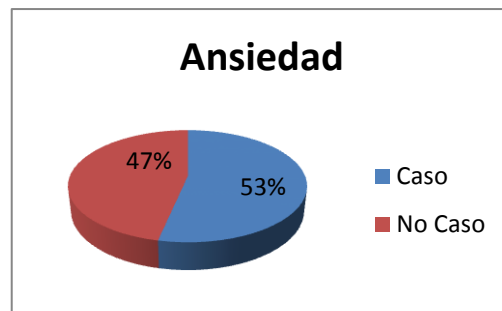


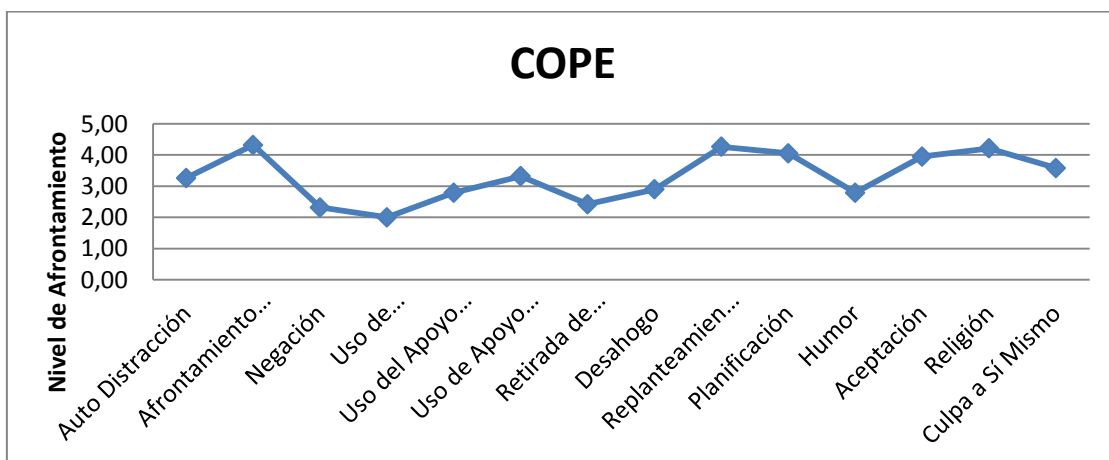
Gráfico 38



Fuente: Médicos y enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

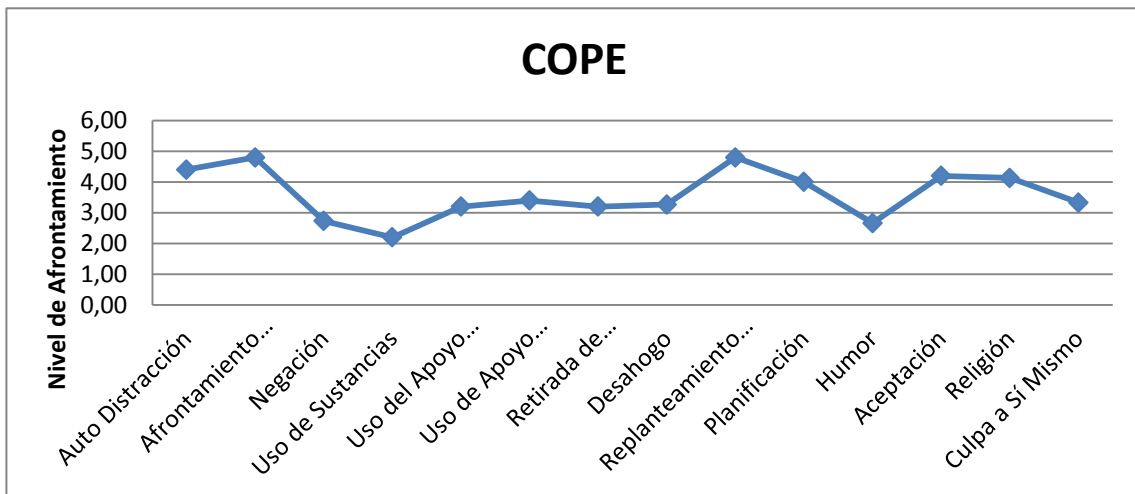
Datos cuestionario de afrontamiento

Gráfico 39



Fuente: Médicos Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
 Autor: Delgado, E (2012)

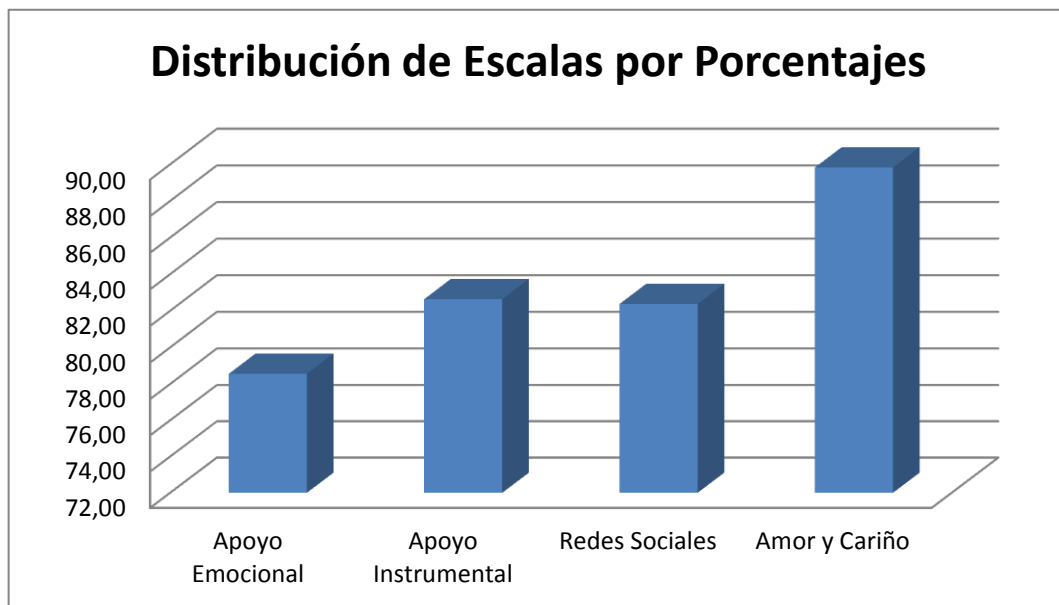
Gráfico 40



Fuente: enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

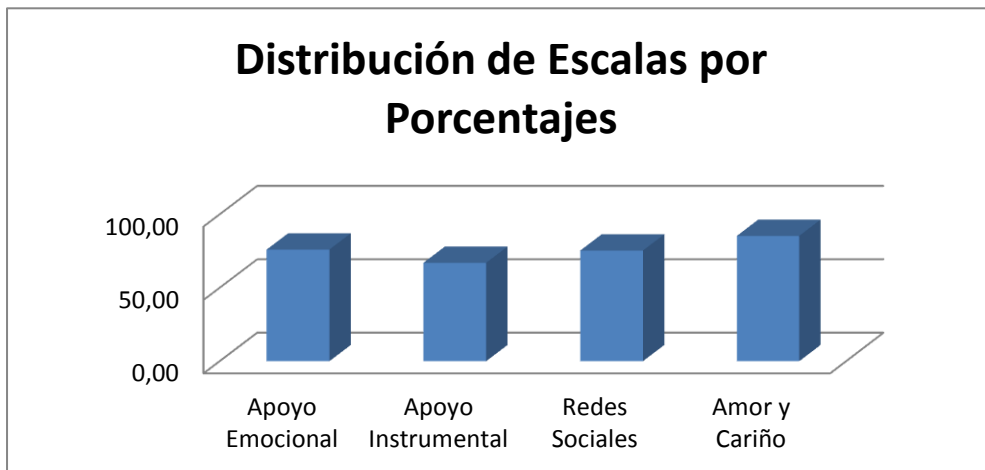
Datos cuestionario de apoyo social

Gráfico 41



Fuente: Médicos del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

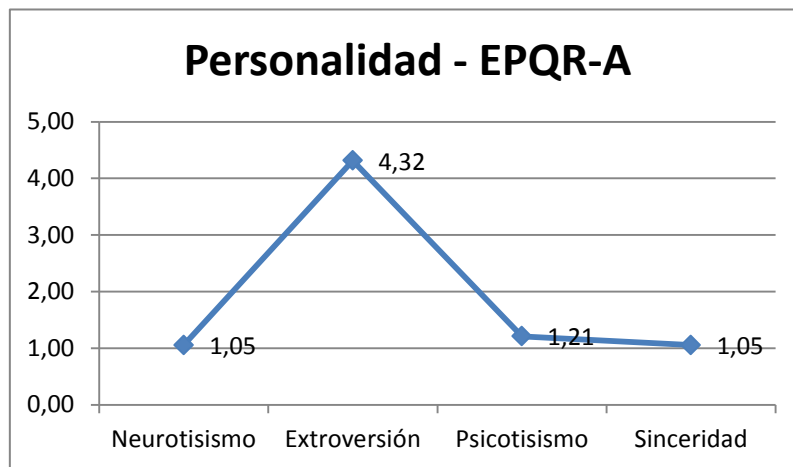
Gráfico 42



Fuente: enfermeras del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

Datos cuestionario de personalidad

Gráfico 43



Fuente: Médicos del Hospital Un canto a la vida de la ciudad de Quito
Autor: Delgado, E (2012)

ANÁLISIS DE DATOS Y DISCUSIÓN

El profesional cuyo trabajo está centrado en el sufrimiento humano emocional, automáticamente absorbe información siendo más vulnerables al burnout, dado que la empatía es un recurso importante en el trabajo con poblaciones traumatizadas o sufrientes (Pérez Jáuregui, 2001). Sin embargo, también hay discrepancia respecto a este planteamiento (Charnes, 2001), considera que el burnout puede afectar a todo tipo de profesionales. La manifestación de burnout específicamente en personal de salud y profesorado (Castro S., 2001); pues son profesionales que continuamente se encuentran en situaciones estresantes fruto de demandas de difícil satisfacción generando sentimientos de impotencia y frustración.

El presente trabajo de investigación Según la muestra analizada en la labor investigativa, compuesta por 31 profesionales de la salud en Ecuador: 16 médico/as y 15 enfermero/as del Hospital Un Canto a la Vida, en los meses de Marzo y Abril, en la ciudad de Quito, nos dio resultados destacados que orientan a la realización de una discusión con juicios constructivos como profesional, para un correcto análisis e interpretación de los mismos, donde no se evidenció casos con el síndrome por lo que pasamos a detallar los datos solo en función de las personas sin el síndrome, que les damos a conocer de acuerdo al estudio realizado en los meses de marzo y abril en el año 2012, se concluye lo siguiente:

La finalidad de esta investigación fue establecer que no existe el síndrome del burnout de acuerdo a los diferentes instrumentos utilizados: las sub-escalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores del Hospital "Un Canto a la Vida". Así como el conocer los parámetros manifestados de salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad de los mismos. De modo que se pueda contribuir con conocimiento y dinamismo para el adecuado manejo del paciente y aplicar los procedimientos apropiados para el beneficio y el seguimiento de las personas que acuden al Hospital "Un Canto a la Vida" padre José Carolo".

Dentro de la población investigada los datos sociodemográficos muestran los siguientes resultados: dentro de los doctores existe una marcada mayoría de género masculino correspondiente al 74%, mientras se observa todo lo contrario en el grupo de enfermeras el 87% que corresponde a género femenino, esta población posee más tendencia a desarrollar el síndrome ya que se ven involucradas con los pacientes,

familiares, médicos y otros, sumando las cargas o responsabilidades familiares. Pese a esto en el grupo de investigación no se observa el síndrome de *Burnout*.

En cuanto al estado civil existe una gran predomina el estado civil casado en los doctores, no siendo el mismo modelo de las enfermeras ya que prevalece estado civil soltero y un porcentaje menor a estado civil casado. Se aprecia que éste no tiene mayor incidencia para el apareamiento del burnout puesto que cada caso es diferente en relación a la realidad conyugal, ya que todo esto depende del apoyo social recibido de la familia, por parte de la pareja e hijos.

En lo que se refiere a la remuneración salarial los médicos en su mayoría reciben una remuneración mensual, a diferencia de las enfermeras, que su remuneración salarial en su mayoría es quincenal y un porcentaje menor es mensual que puede permitirles un mejor control de gastos económicos. Precisamente para los médicos el valor de su salario está por encima de los 1000 dólares y para las enfermeras está por debajo de los 1000 dólares, cubriendo sus necesidades y expectativas. Dentro de las variables el salario es tomado en cuenta porque afecta a los trabajadores y cubre las motivaciones profesionales. Es entonces la realidad económica, un fuerte determinante para el desarrollo del síndrome.

La percepción personal de satisfacción ante la remuneración percibida es un factor importante a considerarse, pues el sentirse no satisfecho sería una fuente permanente de insatisfacción, un estresor; y un factor de incidencia para la manifestación del síndrome de Burnout. De este modo en el caso de estudio los médicos en un 67% tienen medianamente los recursos necesarios, un porcentaje del 28% piensa que tiene totalmente los recursos necesarios y solo un 5% cree que son pocos los recursos que posee, mientras que las enfermeras piensan que tiene los recursos necesarios medianamente en un 54% y el 33% opina que poco y únicamente un 13% considera que totalmente tiene los recursos necesarios. La información respecto a las manifestaciones de cuan satisfechos están los miembros del grupo investigado con su economía es de mediana satisfacción en ambos grupos por lo que tiene concordancia con la apreciación personal de disponer medianamente de los recursos necesarios.

En relación al sector de trabajo, el 53% de los médicos se desenvuelven en el sector privado, el 20 % en el sector público y solamente el 18% trabaja en ambos en comparación con las enfermeras quienes el 93% trabaja en sector privado y el 7% en el sector público. Aun cuando el crecimiento de la población exige la posibilidad de dar

más servicios, los trabajadores del presente estudio evitan atender esas sobre demandas, entre otras cosas porque en ocasiones no tienen facilidad de tiempo en su horario de trabajo. En ambos casos en un alto porcentaje prefiere enfocarse en un sector. A pesar de que no existen estudios o aportes específicos claramente definidos sobre este aspecto de quienes trabajan en los dos sectores el criterio que se ha manejado en este caso ha servido para evitar el síndrome del burnout.

El tipo de contrato de los médicos es de servicios profesionales en un 80% contrastando con las enfermeras que es a plazo fijo en su gran mayoría. Con los datos analizados nos damos cuenta que hay estabilidad por lo cual no hay indicios de *Burnout*. Los médico/as que tienen contrato indefinido y la mayoría del grupo de enfermero/as que tienen un contrato a plazo fijo, pueden considerarse con seguridad laboral lo que es factor de inhibición de estrés; no así los individuos del grupo de médico/as que son la mayoría y están con la modalidad de contrato por servicios profesionales y serían más susceptibles de entrar en el grupo de riesgo para padecer Burnout.

En lo concerniente a los permisos, los médicos lo solicitan en un 53% y un 47% no solicita permisos y en el grupo de enfermeras no solicita permisos en un 57% y un 43% si lo hace. No se evidencian motivos de ausencia relacionados con estrés, angustia, tensión, malestar emocional, inconformidad o rechazo al desempeño laboral por lo que aunque significativas, no se las puede relacionar con lo que sería un indicio de manifestación del síndrome de Burnout. Al analizar las causas de los permisos en los médicos son referentes a situaciones familiares en un 38%, mientras que por capacitación y otros en un 25% y por problemas de salud en un 12%. En relación a las enfermeras las causas son por situaciones familiares el 100%.

Los médicos de este estudio en un 58% se sienten bastante valorados por sus colegas, un 37% se sienten totalmente valorados y un 5% poco valorados, Mientras se evidencia que dentro del grupo de los/las enfermero/as hay indicios que favorecerían la presencia de Burnout pues el 54% manifiesta se siente poco valorado por sus colegas, seguido por el 33% indica se siente bastante valorado y el 13 % nada valorados. Esto significa que la mejor forma de optimizar la satisfacción de los trabajadores es tener un buen ambiente entre compañeros. Por ello, es importante no hacer consideraciones personales por gremios, así se prevendrá la aparición de burnout.

Respecto a la valoración percibida por los directivos el porcentaje se amplía en el grupo de los médicos que se sienten bastante valorados por los directivos de la institución en un 53%, poco valorados en un 26% y un 10% donde no sienten que son valorados, en cambio las enfermeras vemos que en un 27% refiere sentirse bastante valorados y solo un 7% se siente totalmente valorados por la institución y sus directivos, mientras el 33% se sienten poco valorados. El desgaste ocupacional también sucede por las inconformidades con los compañeros y superiores cuando lo tratan de manera incorrecta, esto genera un pésimo clima laboral donde se encuentran áreas de trabajo en donde las condiciones de trabajo son inhumanas. Pero en ninguno de los casos de estudio se presentan estas situaciones por lo que no hay rasgos de *Burnout*.

Igualmente, se observa que los médicos se sienten satisfechos en la interacción con sus pacientes en un 78%, y bastante satisfechos en un 22%, en referencia a las enfermeras la satisfacción en relación a la interacción con sus pacientes en un 60% totalmente satisfechos y un 40% bastante satisfechos en la interacción con sus pacientes. Hay tres parámetros que influyen en la interacción con pacientes y familiares, la incertidumbre, la percepción de equidad y la falta de control. El nivel de satisfacción que evidencian ambos grupos en la interacción con los pacientes, en la gran mayoría, es alto en ambos grupos.

En lo concerniente a la satisfacción de la experiencia profesional en general a los médicos es totalmente satisfactoria la experiencia profesional en un 48%, refieren además que el 42% de médicos es bastante satisfactoria su experiencia profesional, el 5% poco y un 5% nada satisfactoria, a diferencia de las enfermeras opinan que es totalmente satisfactoria su experiencia profesional en un 53%, quienes piensan que es bastante satisfactoria con un porcentaje del 47%. De la misma manera el índice de satisfacción es aceptable respecto a su experiencia profesional en general; únicamente dentro del grupo de médicos se evidencia un leve estado de baja satisfacción en este último aspecto.

En cuanto a la satisfacción económica se observa que los médicos en un 47% están bastante satisfechos con su economía, un 37% están poco satisfechos con su economía, el 11% está nada satisfechos con su economía y un 5% están totalmente satisfechos con su economía. A diferencia del grupo de enfermeras quienes el 33% está poco satisfecho con su economía, un 27% está bastante satisfecho, el 20% totalmente satisfecho y el 20% nada satisfecho con su economía. Un aspecto

importantísimo a considerarse, ya que sumado con los anteriores puede generar el desarrollo de Burnout.

El análisis de datos inventario burnout presentan los siguientes resultados: en el agotamiento emocional en médicos refiere que el 90% tiene bajo agotamiento emocional, el 5% tiene alto agotamiento emocional y el 5% de los médicos tiene nivel medio de agotamiento emocional, a diferencia de las enfermeras que indica que el 73% tiene bajo agotamiento emocional, un 20% presenta nivel medio de agotamiento emocional y solo un 7% de enfermeras tiene alto agotamiento emocional. Los índices de agotamiento emocional son significativamente bajos en ambos grupos. Hay indicios, aunque pocos, de agotamiento medio y alto más significativos dentro del grupo de enfermero/as que en el de médico/as.

La despersonalización en médicos muestra que el 95 % tiene un nivel bajo de despersonalización y el 5% tiene medio de despersonalización a diferencia de las enfermeras que en un 93% tiene bajo nivel de despersonalización y solo un 7% presenta un nivel medio de despersonalización. Los indicadores de despersonalización son bajos en la gran mayoría de individuos de ambos grupos.

Los médicos y su realización personal observamos que el 93% posee alto nivel de realización personal y solo un 7% bajo, en relación con el nivel de realización personal mientras las enfermeras el 93% posee alto nivel de realización personal y solo un 7% bajo, en relación con el nivel de realización personal. Ambos grupos muestran un alto nivel de realización personal y estaría corroborando que no existe Burnout.

El análisis de salud en general deja los siguientes resultados: Los indicadores de la salud general de los individuos del grupo de muestra, se observa que en el grupo de los médicos en un 84% no presentan síntomas psicósomáticos y el 16% presentan síntomas psicósomáticos; muy similar a los indicadores del grupo de las enfermeras en que el 73% no presenta síntomas psicósomáticos y el 27% presenta síntomas psicósomáticos. Los síntomas psicósomáticos hacen referencia a enfermedades que son resultado de afectaciones psicológicas y emocionales por lo que aunque sea minoría es significativa su presencia en ambos grupos, de modo que se evidencia con esto una tendencia minoritaria a padecer el síndrome, mientras la mayoría de los entrevistados gozan de condiciones adecuadas de salud

Se observa que los médicos en un 58% no presentan ansiedad y el 42% de los médicos si presenta ansiedad, en referencia a las enfermeras en un 53 % no presenta síntomas de ansiedad y el 47% si presenta ansiedad. La presencia de ansiedad evidencia síntomas como la dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad. El nivel de ansiedad que reflejan ambos grupos es elevado, 42% y 53% en médicos y enfermeras respectivamente, significando que el resto no presentan indicios de ansiedad.

Los resultados de la investigación de este trabajo muestran una elevada presencia de síntomas psicossomáticos, aunque en poca proporción, pero, en alta proporción de ansiedad en los profesionales investigados, cuya etiología no es posible definir sin embargo de lo cual no dejan de ser preocupantes, y se hace necesario realizar un seguimiento de estos casos para facilitar y proporcionar la ayuda necesaria para reducir dichos problemas.

De acuerdo al análisis de datos el cuestionario de afrontamiento y los resultados obtenidos podemos observar que **no existe** prevalencia del síndrome de Burnout en el grupo investigado correspondiente al Hospital "Un Canto a la Vida". La incidencia de las estrategias de afrontamiento en el grupo muestra de la población de médicos. Los índices más altos indican que este grupo emplea auto distracción, afrontamiento activo, uso de apoyo instrumental, replanteamiento positivo, planificación, aceptación, religión y culpa a sí mismo preferentemente y, por otro lado tenemos que los aspectos que nos indican leve incidencia y estos corresponden a los factores relativos a negación, uso de sustancias, uso de apoyo emocional, retirada de comportamiento, desahogo y humor.

Acorde a los datos del análisis del cuestionario de apoyo social, se observa altos porcentajes de amor y cariño tanto en las fuentes de médicos como enfermeras/os y es relevante el alto grado de apoyo emocional que se evidencia en la fuente de enfermeras. Aspectos como la aceptación y el reconocimiento proveniente tanto de familiares de pacientes, pacientes, en termino medio de colegas y hasta directivos refuerzan el grado de satisfacción laboral. Por tanto los empleados del Hospital Un Canto a la Vida poseen satisfacción personal y reconocimiento en su trabajo. Motivo por el cual tienen índices más bajos de riesgo de Burnout.

Por último, en la presente investigación se evidencia un alto grado de extroversión en el análisis de cuestionario de personalidad. Los indicadores del grado de realización

personal son significativos en un 93% en ambos grupos y cualitativo el restante 7% que señala un bajo índice de realización personal que podría estar señalando la presencia del síndrome de *Burnout*. Al sumarse con altos índices de agotamiento emocional y de despersonalización por un lado y de bajo sentido de realización personal, se puede señalar que en la mayoría del grupo no existe el síndrome de *Burnout* pero es posible que un bajo porcentaje lo esté padeciendo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Mediante esta investigación se pudo conocer que **no existe** el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad en los trabajadores del Hospital Un Canto a la Vida.
- En nuestro país Ecuador, se da de manera solapada el síndrome de Bournout en los profesionales de ayuda, lo que hace difícil su detección y la actuación sobre ellos. No siendo este el caso del Hospital de Quito “Un Canto a la Vida”; los individuos de la muestra, en su totalidad, no presentan síndrome de Burnout porque saben enfrentar los elementos estresores de su profesión a pesar de ser una población propensa al padecimiento por laborar en el área de la salud cuya responsabilidad que tienen a su cargo es la de la vida de un ser humano.
- En el Hospital “Un Canto a la Vida” la población objeto de estudio, tiene un buen nivel de: satisfacción laboral, realización personal, y buen ambiente de trabajo. Aportando estos factores con sentimientos positivos hacia el trabajo mismo y a la vez ayudando para el desarrollo profesional y personal con lo que la persona hace y no con la situación en que lo hace, lo que corrobora que en ambos grupos se refleja que el nivel de percepción personal como positivo.
- En definitiva se concluye que de acuerdo a los objetivos planteados en este estudio, se evidencia que la población de profesionales que laboran en el Hospital de Quito “Un Canto a la Vida” no padecen del síndrome de *Burnout*. Se diría entonces, que los profesionales investigados presentan en general un estado de salud mental aceptable, es posible que en pequeña escala se pueda estar presentando el Síndrome del *Burnout* de acuerdo a las sub-escalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de dicho hospital. Y que además, manejan toda la gama de estrategias de afrontamiento, tanto pasivo como activo y disponen en general de apoyo social. En cuanto a las diferencias de personal, las enfermeras tienen mayores niveles de desgaste que los médicos (Martín Montero y Cols, 2000) porque están en contacto más continuo.
- Los individuos de la muestra utilizan adecuadas estrategias y modos de afrontamiento ante las dificultades continuas que se presentan en el día laboral y

las desarrollan en el área de trabajo y fuera de ella. Como modos de afrontamiento presentan auto-distracción y negación, usan el humor y la religión, perciben buen apoyo emocional e instrumental, utilizan las redes sociales para recibir amor y cariño, de esa manera luchan contra los factores estresantes de su profesión.

- Los resultados obtenidos en el presente estudio servirán de base a futuras investigaciones, y porque no a otras instituciones del área de salud, las cuales estén enfocadas en el desarrollo del recurso humano en el ambiente laboral, en contextos variables y globalizantes, los que muestran la necesidad de estar preparados para los constantes cambios del entorno, de los avances tecnológicos, de las condiciones económicas, sociales, culturales y de las exigencias de la sociedad.

RECOMENDACIONES

- Si el anhelo es una vida satisfactoria, tanto laboral como personal, es necesario tener en cuenta los factores individuales como organizacionales que intervienen. Se hace necesario visibilizar que el desempeño de profesiones que trabajan con problemáticas humanas desarrollan patrones de desgaste que pueden ser manejados para que los mismos no vayan en desmedro del profesional o del paciente. Colocar la mirada en este síndrome aporta a una conciencia de salud más elevada, que cabe anotar nunca será extrínseca como lo ha demostrado el estudio y a pesar de la importancia que reviste este complejo problema, cuyos efectos tienen dimensiones que deben llamar la atención política, gobiernos, empresarios, profesionales y de la opinión pública para pautar una visión estratégica compartida para su solución nunca quedará de lado la habilidad y potencialidad del individuo de lograr la salud sinónimo muchas veces de madurez; de poner el locus de control en el propio interior.
- Se hace imprescindible la realización de más investigaciones en relación con las variables para hacer una mejor descripción del síndrome del burnout en cada país y por supuesto en el Ecuador, caracterizado por la diversidad en todos los aspectos que conllevan a una gran variedad de personalidades y patrones de conducta que permitan detectar el conocimiento y frecuencia del síndrome en los diferentes estatus profesionales, fundamentalmente en las áreas de salud.
- La comprensión de salud mental puede ser mirada en función individual y social, estar o poseer sano juicio va más allá de la ausencia de enfermedad abarcando bienestar físico, psíquico, social. Cuando se trabaja con seres humanos, y más concretamente con el sufrimiento humano que el trabajador se sienta apoyado y valorado por la organización minimiza el impacto emocional y la generación de consecuencias físicas o psíquicas de las situaciones estresantes. El apoyo social tiene efecto amortiguador sobre el estrés y sus consecuencias, por lo que es muy importante el fomento de la creación de redes de apoyo.
- Es necesario realizar intervenciones sobre factores individuales, interpersonales y organizacionales porque todos ellos influyen en el desarrollo de estos tipos de malestar psíquico. Arranz y cols. (2003) proponen los siguientes aspectos: Mantener un buen clima laboral, especialmente en un trabajo elegido

vocacionalmente, es fundamental como elemento de prevención del malestar emocional en los sanitarios. (Martín y cols, 2001)

- Se pueden llevar a cabo estrategias sencillas de enfrentamiento del estrés en los centros laborales objetos de encuestas en esta investigación, con el fin de prevenir las sintomatologías encontradas. en las diversas organizaciones tales como:
 - Talleres de relajación y prevención de estrés.
 - Talleres /Jornadas de comunicación con familiares y pacientes.
 - Talleres /Jornadas sobre manejo de conflictos en el hospital (familiares, compañeros)
 - Servicio de apoyo psicológico al empleado del hospital (ante situaciones en relación a su trabajo, que hayan afectado emocionalmente al trabajador).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Alarcón J., V. F. (2001). *Análisis del síndrome de burnout psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social*. Revista de Psiquiatría Facultad de Medicina Barna, 358 -381.
- Alvarez, W. y. (1996). *Burnout*. Madrid.
- Andrade, B. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital del Ministerio de Salud Pública de Píllaro (Tungurahua)*. Quito: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Barahona, M. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el área 1 Azogues*. Azogues: UTPL.
- Buendía J., R. F. (2001). *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide pp 59 - 83.
- Buendía, J. (1998). *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Cannon, W. (1934). *Respuesta de lucha y huida*.
- Castro S., M. F. (2001). *Burnout y satisfacción laboral de los profesionales que atienden a pacientes geriátricos*. Revista Española de Geriátrica y Gerontología.
- Cazar, P. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud*. Quito: UTPL.
- Charnes, G. (2001). *La calidad de vida de los profesionales de la salud, previniendo el síndrome del burnout*.
- (1993). In C. Cherniss, *he role of professional self-efficacy in the etiology of burnout* (pp. 135-149). Washington D.C: Hemisphere.
- CDávalos, C. (2012). *Identificación del síndrome burnout*. Riobamba: UTPL.
- DSM-IV-TR. (2004). *Manual Estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson: American Psychiatric Association. .
- Farber, B. A. (1983). *Stress and burnout in the Human Service Professions*. New York: Pergamon Press.
- Fernandez Garcia, R. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial*. Espana: Editorial Club Universitario.

- Fernández, R. (2004). *Negociación colectiva y solución de conflictos laborales*. Ediciones Bomaizo.
- Galbraith, J. (2000). *La cultura de la satisfacción*. Barcelona: Ariel.
- Gil-Monte. (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Murcia.
- Gil-Monte, P. R. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Gray, H. (2004). *Anatomía de Gray*. 40a edición británica.
- H, S. (1956). *Life*. Barcelona: Pomo.
- Hernández, O. (2004). *Un estudio correlacional acerca del síndrome de "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad*. España: Universidad La Laguna.
- Jarrín, N. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador*. Cayambe: UTPL.
- Labrador, F. y. (2003). *Estrés*. Madrid.
- Lazarus, P. F. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- (1988). In M. P. Leiter, *The impact of interpersonal environment on burnout and organizational commitment* (pp. 123-144.). Journal of Organizational Behavior.
- Maslach, C. &. (1981). *Maslach Burnout Inventory Manual*. California: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. Nueva York: Prentice-Hall Press. .
- Matteson, M. e. (1987). *Controlling work stress: effective resource and management strategies*. . San Francisco: Josser - Base.
- (1999). In B. &. Moreno, *Estrés asistencial en los servicios de salud*. En M. A. Simón (Eds). *Psicología de la salud* (pp. 739-764). Madrid: Biblioteca Nueva.
- (1999). In B. &. Moreno, *Estrés asistencial en los servicios de salud* En M. A. Simón (Eds) *Psicología de la salud* (pp. 739-764). Madrid: Biblioteca Nueva .

- Moreno-Jiménez, B. B. (1997). La evaluación del Burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso. *Revista del trabajo y de las organizaciones* , 185-207.
- O'Brien, G. (1998). *El estrés laboral como factor determinante de la salud*. Madrid: Ed. José Buendía, Biblioteca Nueva.
- Peiro, J. (2008). *Desencadenantes del estrés laboral*. Valencia: Universidad de Valencia.
- Peiró, J. M. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral (1ª ed.* España: Editorial UDEMA S. A.
- Perez G. (1981). *Fundamentos sociales psicológicos y pedagógicos en el preescolar y ciclo preparatorio*.
- Pérez Jáuregui, M. (2001). *El síndrome del burnout en los profesionales de la salud*. USA: Publicación virtual de la facultad de Psicología y Pedagogía de la USA.
- Pesantez, L. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Homero Castanier Crespo de la ciudad de Azogues*. Azogues: UTPL.
- Piaget, J. (1970). *Seis Estudios de Psicología*. Barcelona: Editorial Seix Barral S.A.
- Quiceno, M. &. (2007). *Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo(SQT)"*. Medellín: Universidad de San Buenaventura de Medellín.
- Sandín, B. (1999). *Estrés psicosocial*. Madrid: Klinik.
- Seyle, H. (1936). *Síndrome de Adaptación General* . British Journal Nature.
- Solis, H. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Carlos Andrade Marín y el Hospital de la Policía Nacional Quito*. Quito: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Spector, P. (2002). *Psicología industrial y organizacional: investigación y práctica*. México: El Manual Moderno.
- Stora, J. B. (1992). *El instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo*. Paris: Pierre Marty Institute of Psychosomatics .
- Tibanlombo, E. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno*. Quito: UTPL.

- Toledo, A. M. (2009). *Psicología para América Latina*. Retrieved enero 2013, from <http://psicolatina.org/11/burnout.html>
- Toledo, G. (2012). *Identificación del burnout en profesionales de la salud del Hospital de Clínicas Pichincha, y factores relacionados con este fenómeno, en la ciudad de Quito*. Quito: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Vinaccia, S. &. (2004). *El síndrome Burnout en auxiliares de enfermería* . Terapia Psicológica.
- Wheaton, B. (1996). *The domains and boundaries of stress concepts*. En H.B. Kaplan (Ed.), . San Diego: Academic Psychosocial stress.
- Zambrano, J. (2012). *Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Luis Mosco Zambrano de la ciudad de Piñas*. Zaruma: UTPL.

WEBGRAFIA

- Barrón, A. y. (2012). *Psicothema: Estructura social, apoyo social y salud mental*. Retrieved noviembre 2012, from <http://www.psicothema.com/imprimir.asp?id=408>
- BBC. (2013). Retrieved diciembre 2012, from http://www.bbc.co.uk/mundo/ciencia_tecnologia/2010/07/100728_amigos_s_upervivencia_vida_men.shtml
- Boada Joan, e. a. (2009). *El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación*. Retrieved enero 2013, from <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1171>
- CAP, G. C. (2013). *Elsevier*. Retrieved septiembre 2012, from <http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/rasgos-personalidad-burnout-medicos-familia-12003955-originales-2001>
- iancaglini, G. (2011). *Monografías*. Retrieved enero 2013, from <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml>
- CBP Psicólogos. (2006). Retrieved octubre 2012, from <http://www.cbp-psicologos.com/depresion-tipos-de-depresion.htm>
- Estrés y relajación. (2008). Retrieved diciembre 2012, from http://www.merelajo.com/relajacion/leer.php?id_texto=2

- Fernandez García T.J., e. a. (2007, julio -diciembre). *El síndrome burnout: una aproximación hacia su conceptualización*. Retrieved febrero 2013, from <http://files.sld.cu/anestesiologia/files/2011/10/burnout-2.pdf>
- Hernández, Z. L. (2004). *Estar quemado y su relación con el afrontamiento*. Retrieved octubre 2012, from <http://www.redalyc.org/pdf/337/33740206.pdf>
- López, P. E. (2009). *Guía de Clínica en Cirugía*. Retrieved enero 2013, from <http://books.google.com.ec/books?id=lx9JR2LkZSkC&pg=PA613&lpg=PA613&dq=La+satisfacci%C3%B3n+laboral+se+basa+en+el+concepto+de+discrepancia+o+desajuste,+donde+depende+de+la+coincidencia+entre+lo+que+pretende+obtener+con+su+esfuerzo+y+lo+que+realmente+obtie>
- Martínez Pérez, A. (2010, septiembre). *El síndrome de Burnout*. Retrieved diciembre 2013, from <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Miravalles, J. (2010). *Gabinete de Psicología*. Retrieved enero 2013, from <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Modelos%20explicativos.html>
- OMS. (n.d.). Retrieved Enero 2013, from http://www.who.int/es/occupational_health/publications/stress/es/
- Psychiatric, A. A. (2000). *Ansiedad: exceso de futuro, acelerados en el tiempo*. Retrieved octubre 2012, from http://gabinetepsicocc.blogspot.com/2013_05_01_archive.html
- Revista de Psiquiatría del Uruguay*. (2008, diciembre). Retrieved enero 2013, from http://www.spu.org.uy/revista/dic2008/07_Trabajo%20Original.pdf
- Universia*. (2012). Retrieved enero 2013, from <http://contenidos.universia.es/especiales../burn-out/consecuencias/index.htm>

ANEXOS

Anexo No. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separado
 Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

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

Durante la jornada del trabajo qué 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 No. 2



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

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

Anexo No. 3



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

<input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	<input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo? <input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.	D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.
C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas? <input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.	D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza? <input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.

<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. <input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/>3. Peor que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. Me parece que no. <input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente. <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. <input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/>3. Menos útil que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/>3. Bastante más que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/>3. Menos que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/>2. Me parece que no. <input type="checkbox"/>3. Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/>4. Claramente lo he pensado.</p>

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

Anexo No. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

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

Anexo No. 5

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

	1	2	3	4	5
2. Alguien que le ayude cuando esté enfermo.					
3. Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar.					
4. Alguien que le aconseje cuando tenga problemas.					
5. Alguien que le lleve al médico cuando lo necesita.					
6. Alguien que le muestre amor y afecto.					
7. Alguien con quien pasar un buen rato.					
8. Alguien que le informe y le ayude a entender una situación.					
9. Alguien en quien confiar o con quien hablar de sí mismo y sus preocupaciones.					
10. Alguien que le abrace.					
11. Alguien con quien pueda relajarse.					
12. Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo.					
13. Alguien cuyo consejo realmente desee.					

14. Alguien con quien hacer cosas que le ayuden a olvidar sus problemas.					
15. Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo.					
16. Alguien con quien compartir sus temores o problemas más íntimos.					
17. Alguien que le aconseje como resolver sus problemas personales.					
18. Alguien con quien divertirse.					
19. Alguien que comprenda sus problemas.					
20. Alguien a quien amar y hacerle sentirse querido.					

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

Anexo No. 6

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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