



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, del Hospital San Sebastián del cantón Sígsig y médicos independientes de la ciudad de Guayaquil.

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: Piña Peláez, Cruz María

DIRECTOR: Costa Aguirre Alicia Dolores, Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO GUAYAQUIL

2013

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

Mgs.

Alicia Costa Aguirre

DOCENTE DE LA TITULACIÓN

De mi consideración:

El presente trabajo de fin de titulación Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, del Hospital San Sebastián del cantón Sígsig y médicos independientes de la ciudad de Guayaquil realizado por Piña Peláez Cruz María ha sido orientado y revisado durante su ejecución, por cuanto se aprueba la presentación del mismo.

Loja, noviembre de 2013

f)

DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“ Yo, Piña Peláez Cruz María declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de titulación: Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, del Hospital San Sebastián del cantón Sígig y médicos independientes de la ciudad de Guayaquil, de la Titulación de Psicología, siendo Mgs. Alicia Dolores Costa Aguirre director (a) 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 de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”.

f

Autor: Piña Peláez Cruz María

Cédula: 1709099855

DEDICATORIA

Con especial cariño dedico este trabajo a las jóvenes y a los jóvenes que son presente y futuro, que se entregan con alegría, generosidad y apuestan siempre por días mejores; a ellos que son razón de mi opción de vida salesiana, rostro concreto de Cristo de quien soy discípula y misionera.

A las Hijas de María Auxiliadora con las cuales comparto la maravillosa experiencia de la vocación religiosa salesiana: ser auxiliadoras y signos del amor de Dios para la gente a la que somos enviadas.

A mi mamá, mis hermanas, hermanos y familiares que siempre están a mi lado alentándome a luchar por conseguir las metas propuestas.

AGRADECIMIENTO

Al Dios de la vida que con amor y sabiduría infinita me ofrece oportunidades para que sea lo que ha soñado para mí; me regala la existencia y con ella tantas experiencias gratificantes. A María Auxiliadora, la madre y maestra que acompaña y guía mis pasos.

A la Inspectoría “Sagrado Corazón”, Hijas de María Auxiliadora del Ecuador, que apoya e impulsa mi formación para la misión.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, a cada uno de los docentes que con generosidad compartieron sus conocimientos a lo largo de este proceso de formación y, de manera especial, a la Mgs. Alicia Costa Aguirre, directora de la Tesis, que con gran calidad humana y profesionalismo me brindó su valiosa ayuda para la realización de este trabajo.

A cada uno de mis familiares, amigas y amigos que creen y confían en mí y han demostrado que están a mi lado y que cuento con ellos siempre.

A todos mi gratitud infinita. ¡Dios les bendiga!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO I: EL BURNOUT.....	5
1. Conceptualización del Burnout.....	6
1.1. Definiciones del burnout.....	6
1.2. Modelos explicativos del burnout.....	9
1.3. Delimitación histórica del síndrome del burnout.....	11
1.4. Poblaciones propensas al burnout.....	13
1.5. Fases y desarrollo del síndrome de burnout.....	14
1.6. Características, causas y consecuencias del burnout.....	14
1.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	17
CAPÍTULO II: CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	19
1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	20
1.1. Variables de riesgo y protectoras.....	20
1.2. Motivación y satisfacción laboral.....	22
1.3. Investigaciones realizadas.....	23
2. El burnout y la relación con la salud.....	25
2.1. Definiciones de salud.....	25

2.2.	Síntomas somáticos.....	25
2.3.	Ansiedad e insomnio.....	26
2.4.	Disfunción social en la actividad diaria.....	27
2.5.	Tipos de depresión.....	28
2.6.	Investigaciones realizadas.....	30
3.	El burnout y el afrontamiento.....	30
3.1.	Definición de afrontamiento.....	30
3.2.	Teorías de afrontamiento.....	31
3.3.	Estrategias de afrontamiento.....	33
3.4.	Investigaciones realizadas.....	35
4.	El burnout y la relación con el apoyo social.....	36
4.1.	Definición de apoyo social.....	36
4.2.	Modelos explicativos del apoyo social.....	36
4.3.	Apoyo social percibido.....	38
4.4.	Apoyo social estructural.....	38
4.5.	Investigaciones realizadas.....	39
5.	El burnout y la relación con la personalidad.....	40
5.1.	Definición de personalidad.....	40
5.2.	Tipos de personalidad y patrones de conducta.....	41
5.3.	Locus de control.....	43
5.4.	Investigaciones realizadas.....	43
	METODOLOGÍA.....	45
	Diseño de la investigación.....	46
	Participantes.....	47
	Instrumentos.....	47
	Recolección de datos.....	50
	RESULTADOS.....	53

Cuestionario 1: Sociodemográfico y laboral – Médicos.....	53
Cuestionario 1: Sociodemográfico y laboral - Enfermeras.....	67
Cuestionario 2: Inventario de Burnout (MBI) – Médicos.....	81
Cuestionario 2: Inventario de Burnout (MBI) – Enfermeras.....	83
Cuestionario 3: Salud General – Médicos (GHQ-28).....	85
Cuestionario 3: Salud General – Enfermeras (GHQ-28).....	87
Cuestionario 4: Afrontamiento – Médicos (BRIEF –COPE).....	89
Cuestionario 4: Afrontamiento – Enfermeras (BRIEF –COPE).....	90
Cuestionario 5: Apoyo Social – Médicos (AP).....	91
Cuestionario 5: Apoyo Social – Enfermeras (AP).....	92
Cuestionario 6: Personalidad – Médicos (EPQR-A).....	93
Cuestionario 6: Personalidad –Enfermeras (EPQR-A).....	94
DISCUSIÓN.....	95
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	105
CONCLUSIONES.....	106
RECOMENDACIONES.....	107
BIBLIOGRAFÍA.....	109
ANEXOS.....	114

RESUMEN

Objetivo de esta investigación es la “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”, dirigida a profesionales de salud: 16 médicos y 15 enfermeras, de la ciudad de Guayaquil y del Hospital San Sebastián del Sísig, provincia del Azuay.

La investigación sigue el modelo de Maslach Burnout Inventory, MBI. Los resultados obtenidos evidencian, en los médicos bajo nivel y frecuencia en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización y alto en realización personal, el 7% está al límite de adquirir el síndrome. En el personal de enfermería, las subescalas agotamiento emocional y despersonalización marcan intensidad y frecuencia media y alta; aunque el nivel de realización personal es alto, los resultados indican prevalencia del síndrome en el 13% y el 6% como al límite de padecerlo. Hay presencia de síntomas psicósomáticos y de ansiedad, con porcentajes más altos en enfermeras. Para afrontar su situación cuentan con apoyo social, afrontamiento activo y actividades religiosas, el personal de enfermería también inculpa. En cuanto a personalidad, los profesionales son extrovertidos. Resalta el clima laboral satisfactorio.

PALABRAS CLAVES: burnout, afrontamiento, apoyo social

ABSTRACT

The objective of this research is the "Identification of Burnout of Professionals of health and factors relate with that subject in Ecuador", directed to health professionals: 16 Doctors and 15 nurses in Guayaquil city and in San Sebastian from Sígsig Hospital, Azuay province.

The research follow the model of Maslach Burnout Inventory, MBI. The results obtained showed, in the Doctors low level and frequent emotional tired and interpersonal and high personal development, the 7% is in the limit to acquire the syndrome.

In the nurses, the scales of emotional tired and interpersonal mark intensity and frequency middle and high, in spite of the high personal development, the results shows the syndrome in a 13% and in a 6% of the limit of suffering. There is presence of psychosomatic symptoms and anxiety, with percentages more elevated in nurses. To face this situation they have social support, active religious activities, the personal of nurses also personal guilty. The professionals personality are out going that shows a satisfactory working environment.

KEYWORDS: Burnout, coping, social support

INTRODUCCIÓN

Numerosos son los estudios científicos realizados sobre lo que produce en las personas el estrés, el agotamiento emocional, la despersonalización, la fatiga, la baja realización personal, la depresión, entre otras. Según los expertos, desde hace varios años, diversos autores han manifestado la preocupación por descubrir los factores que afectan a médicos y enfermeras de manera específica, tratando de identificar el Síndrome de Burnout en este tipo de profesionales, que presentan además un desgaste que afecta el buen desempeño en las casas de salud y hospitales, perturbando la calidad de vida en las diversas áreas, social, familiar, académico, laboral, en donde se desenvuelve el sujeto.

El Síndrome constituye una categorización de síntomas y afecciones en las personas que lo experimentan, lo cual permite analizar la gravedad de la enfermedad en un espacio determinado.

El enfoque del Síndrome permite tener conocimientos concretos sobre las causas, consecuencias, medios de prevención, tratamientos y más.

Durante las dos últimas décadas ha habido un creciente interés por el tema. Estudios realizados en torno a esta temática, citados en el manual de trabajo de esta investigación y tomados de Grau et al. (2007), indican que a nivel de Iberoamérica los datos son los siguientes: en los médicos residentes en España fue de 14,9%; 14,4% en Argentina y 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador presentaron prevalencias ente 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%.

En razón de la necesidad cada vez mayor de aportar con alternativas de solución adecuadas para hacer frente a la temática en mención, la Universidad Técnica Particular de Loja ha promovido la realización de este trabajo de investigación, que de manera concreta pretende contribuir a la detección de la presencia del Síndrome en médicos de la ciudad de Guayaquil que trabajan en diversos ambientes y de médicos y enfermeras del Hospital San Sebastián de la ciudad de Sígig; conocer las causas que lo producen y encontrar los estilos de afrontamiento y mecanismos de prevención más efectivos que poseen los investigados, conocer sobre su salud mental y el apoyo social del que gozan diariamente.

La información se ha obtenido mediante la aplicación de 6 cuestionarios que se especifican a continuación: Sociodemográfico y Laboral a través del cual se recolectan datos personales y laborales pertinentes, así como de la valoración y satisfacción en el trabajo; el MBI, utilizado para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo; el de Salud Mental GHC28, para conocer los síntomas que afectan a los investigados; el de estilo de Afrontamiento BRIEF-COPE, que mide los mecanismos de defensa o maneras de afrontar que utilizan; el MOS, de apoyo social, apoyo material, relaciones sociales, apoyo afectivo...que reciben diariamente y el de Personalidad de Eysenck EPQ-R, para conocer los tipos de personalidad de cada uno de los investigados.

Es importante conocer todos los detalles que de esta investigación se obtienen, ya que esto permite llevar a cabo múltiples acciones a favor de los que padecen y pudieran padecer el Síndrome de Burnout; ayudar con la información suficiente y con los procesos de prevención a este grupo importante de profesionales, fortalecer la práctica diaria de llevar una vida de trabajo satisfactoria, con un nivel alto de realización personal y con el deber cumplido a cabalidad en cualquier área que se desenvuelva.

Con satisfacción, se comenta que estos procesos de investigación que se realizan en las instituciones y casas de salud se generalicen con el Departamento de Psicología de los centros de salud para favorecer la clarificación de inquietudes frente a este Síndrome particular, el Burnout, del que poco se habla y menos se estudia con la profundidad que amerita.

CAPITULO I

EL BURNOUT

1. Conceptualización del Burnout

1.1 Definiciones del Burnout

Desde que aparece el término Burnout en 1974 con Freudenberger, muchos autores e investigadores han dirigido sus investigaciones en torno a él, aportando enormemente a su conocimiento. El término como tal, responde a una patología severa o un trastorno emocional provocado por el trabajo y con graves consecuencias físicas y psicológicas.

El síndrome de Burnout es un cuadro sintomático que sufren los trabajadores de diversas organizaciones, siendo las más comunes: escuelas, universidades, hospitales, centros de salud y corporaciones policíacas. Es considerado como una consecuencia negativa de los estresores crónicos, el cual visto desde una perspectiva psicosocial por Maslach y Jackson en 1986 como síndrome tridimensional se desarrolla en profesionales cuyo objeto de trabajo son personas. Identifican en él tres dimensiones características: agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional o personal. (Hernández Gracia T. J., Terán Varela O.E., Navarrete Zorrilla D.M., León Olvera A., 2007)

Es conocido también como síndrome de desgaste profesional u ocupacional; quien lo sufre presenta una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante factores estresantes emocionales e interpersonales del trabajo que incluyen fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido.

Algunos lo definen como “estar quemado en el trabajo” por ello se muestra como una situación de estrés laboral crónica. Jesús Montero Marín (2011) psicólogo clínico e investigador en el Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud sostiene que quien padece el Burnout “siente que está esforzándose más de lo que recibe a cambio”.

Sin embargo, Bresó Esteve E., Salanova M., Schaufeli W. (2001) sostienen que una definición actualizada y ampliamente aceptada del término es la propuesta por Maslach, Schaufeli y Leiter en el año 2001; quienes lo precisan como “una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado

a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional".

Shinn, Rosario y Chestnut (1984) lo consideran como tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos. García Izquierdo (1991) coincide con ellos y lo argumenta como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo instaura, resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral.

Pines (1993) sostiene que el burnout es consecuencia de la exposición del sujeto a situaciones emocionalmente exigentes en un tiempo prolongado que supondría para él, agotamiento físico, emocional y mental.

Farber (2000), 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. Farber, Charnes (2001) estiman que las fuentes de estrés en los profesionales de ayuda son las características propias del trabajo, el ambiente organizacional y las características individuales.

El Burnout en su vertiente asistencial, como lo entiende Moreno Toledo A. (2007) es, 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.

Como se puede ver, no existe una definición unánimemente aceptada sobre el síndrome de Burnout, pero sí un consenso en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Se trata, por tanto, de una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos que tienen un aspecto negativo para el sujeto, dado que implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la organización donde labora.

En la delimitación conceptual pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial, según Japcy Margarita Quiceno, Stefano Vinaccia Alpi, (2007). La perspectiva clínica, lo entiende como un estado al que llega el sujeto como consecuencia

del estrés laboral. La psicossocial como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y personales.

La diferencia radica básicamente en que el Burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés laboral, mientras que, entendido como proceso, asume una secuencia de etapas o fases diversas con sintomatología diferenciada.

Desde la perspectiva psicossocial, Maslach y Jackson (1981) lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo, que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas, en cualquier tipo de actividad, pero se establecen diferencias entre los autores al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas en el desarrollo del proceso de 'quemarse', es decir, cual síntoma actúa como determinante de los demás apareciendo con anterioridad.

Vista así, la perspectiva psicossocial aparece como la más coherente, al entender que el Burnout se da en un proceso interactivo donde se conjugan activamente las variables descritas por Maslach y Jackson, que se conceptualizan como:

1. Agotamiento emocional: situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos en el ámbito afectivo. Es, por tanto, un agotamiento de los recursos emocionales propios; es decir, el sujeto se siente emocionalmente agotado por el contacto diario mantenido con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo, así lo precisan Hernández Gracia et al. (2007).
2. Despersonalización: según Gil Monte P., Peiró J., (1999) es "el desarrollo de emociones negativas, de actitudes y sentimientos de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo".

Parecerían formas deshumanizadas debidas a un endurecimiento afectivo, lo que conlleva a que los culpen de sus problemas, así por ejemplo en el caso de un médico o enfermera que piensa que al paciente le estaría bien merecida la enfermedad.

3. *Falta de realización personal en el trabajo*: se define como la tendencia a evaluarse negativamente, con especial incidencia en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. Los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus resultados laborales. (Gil Monte P., Peiró J., 1999).

En todo caso, conceptos como: agotamiento, decepción, pérdida de interés, fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo por el trabajo y la vida en general, baja autoestima, agotamiento emocional, despersonalización, falta de relación, sentimiento de fallo o desorientación profesional, desgaste y labilidad emocional, sentimiento de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, aislamiento y manifestaciones psicósomáticas, son manejados por los diferentes autores para identificar el conjunto de síntomas que integran el síndrome de Burnout, poniendo mayor o menor énfasis en algunos de ellos.

1.2 Modelos explicativos del Burnout

Los principales modelos explicativos del Burnout han considerado un conjunto importante de variables en su relación con las dimensiones del síndrome, permitiendo estudiarlo desde diferentes aspectos y elaborar distintas hipótesis que faciliten su interpretación. Hernández Gracia et al. (2007), señala:

1. *Modelos diseñados desde la teoría cognoscitiva del yo*. Según esta teoría existe una serie de procesos de asociación mediante los que las representaciones simbólicas se traducen acciones adecuadas.
2. *Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social*. Parten de las teorías de la seguridad y conservación de recursos. Proponen que el síndrome de Burnout tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben que aportan más que lo que reciben y no son capaces de resolver los problemas, desarrollarán sentimientos de quemarse por el trabajo.

3. *Modelos diseñados desde la teoría organizacional.* Incluyen el síndrome de Burnout como respuesta al estrés laboral. Enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización: estructura organizacional, clima organizacional, disfunciones, apoyo social percibido...y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.

Según investigaciones realizadas por Japcy Margarita Quiceno, Stefano Vinaccia Alpi, (2007) los modelos se agrupan en comprensivos y de proceso, en los primeros coinciden con Hernández Gracia et al (2007). El siguiente cuadro indica la clasificación:

Modelos Comprensivos	Representantes	Descripción
<i>Modelos elaborados desde la teoría socio cognitiva del yo</i>	-El modelo de Cherniss (1993) -El modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)	Es inspirado en los trabajos de Albert Bandura Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano.
<i>Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social</i>	- Buunk y Schaufeli (1993) - Hobfoll y Freddy (1993)	Consideran los principios teóricos de la teoría de la equidad.
<i>Modelos desarrollados desde la teoría organizacional</i>	-El modelo de Golembiewski, Munzenridery Carter (1983) -El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) -El modelo de Winnubst (1993)	Tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral.
Modelos de Proceso	Representantes	Descripción
<i>Modelo tridimensional del MBI-HSS</i>	- Maslach (1982) - Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) - Leiter y Maslach (1988) - Lee y Ashforth (1993) - Gil-Monte (1994)	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales(despersonalización)
<i>Modelo de Edelwich y Brodsky</i>	- Edelwich y Brodsky (1980)	El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración)

<i>Modelo de Price y Murphy</i>	- Price y Murphy (1984)	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3. Culpa debido al fracaso profesional, 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, 5. Solicitud de ayuda y, 6. Equilibrio.
<i>Modelo de Gil Monte</i>	- Gil Monte (2005)	Distingue dos perfiles en el proceso del SQT: <u>Perfi 1</u> : Se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. <u>Perfil 2</u> : constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. Estos síntomas pueden ser evaluados mediante el “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT).

Fuente: Tabla 2, Modelos del Burnout, Quinceno Japcy M., Vinaccia Alpi S., Síndrome de quemarse en el trabajo, pág.122

1.3 Delimitación histórica del síndrome de burnout

El término Burnout se desprende del inglés y se traduce al español como “estar quemado” (Hernández Gracia et al., 2007).

El desarrollo del concepto como fenómeno psicológico tiene su origen en Estados Unidos y está asociado a trabajos realizados a mediados de la década de los setenta.

El primero en describir este síndrome fue Freudenberger en 1974, quien notó en un grupo de jóvenes voluntarios que trabajaban con toxicómanos en su Free Clinic, en Nueva York, unas características interesantes y perniciosas que influían sobre el estado físico y mental de los mismos. Observó una especie de deterioro en el desempeño de las actividades asistenciales, aspectos que posteriormente desarrollaría en su artículo ‘Staff Burnout’ donde presenta 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. Se estableció como una patología psiquiátrica que experimentaban algunos profesionales que trabajaban en una institución cuyo objeto de trabajo son personas; ellos desarrollaron un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales que se evidencian en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía (Moreno Toledo A., 2007).

Desde entonces, el Burnout supuso un campo de estudio científico definido y fecundo. Hasta 1990, fecha de la Primera Conferencia Europea sobre Burnout Profesional, realizada en Polonia, se habían publicado cerca de 2.500 artículos sobre Burnout. Ocho años más tarde una revisión realizada por Schaufeli y Enzmann (1998) en bases de datos y bibliografías especializadas, reveló 5.500 entradas sobre el tema. (Bresó Esteve et al., 2001).

Posteriormente el autor identificó la incidencia de éste cuadro sobre cinco grupos de síntomas a niveles físico, conductual, afectivo, cognitivo y motivacional.

Cuatro años después, Pines y Kafry (1978) definen el Burnout como *una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal*.

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* (Moreno Toledo A., 2007).

Edelwich y Brodsky (1980) en consonancia con lo expresado y orientado hacia la casuística de los servicios humanos y sus características, destacan que lo 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*.

Pines, Aronson y Kafry (1981) sostienen que este síndrome se debe a *un agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente*. Siguiendo esta línea, destacan las investigadoras estadounidenses Cristina Maslach y Susan Jackson (1981) que consideran la aparición de este síndrome en aquellas profesiones de servicios caracterizados 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.

1.4 Poblaciones propensas al burnout

Según Moreno y Cols (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 a profesiones diversas (Moreno Toledo A., 2007).

Algunos autores que han estudiado el síndrome, coinciden en que los profesionales que tienen demasiado contacto con personas, como los médicos y enfermeras de los hospitales, así como las corporaciones policíacas y los docentes, son los más propensos a contraer el *Burnout*, que les origina poco a poco una serie de síntomas físicos, conductuales, emocionales, en relaciones interpersonales, existenciales y un bajo rendimiento laboral. (Hernández Gracia et al., 2007).

Las profesiones relacionadas con el mundo sanitario, de la educación o la administración pública suelen ser las que más incidencia reflejen en las estadísticas porque están en contacto con personas con problemas y suelen ser ellos los que deben solucionarlos. La frustración se produce cuando ven que su trabajo no es útil y lo perciben improductivo.

Según Maslach y Jackson (1996), un sector muy vulnerable a padecer este mal son principalmente los médicos, entre 20% y 35% las enfermeras (Maslach, 1982) debido a que los niveles de Burnout entre ambos sectores son de las medias más altas, porque tiene efectos importantes en el desempeño de su trabajo, les genera conflictos laborales e inestabilidad mental que podría llevarlos incluso al suicidio (Hernández Gracia et al. (2007).

Entre las razones principales que señalan Hernández Gracia et al. (2007), están: la atención al paciente, con quien de manera involuntaria el profesional se identifica con la angustia del enfermo; la edad, sobre todo en los primeros años de trabajo; el género, indicando que afecta más a las mujeres debido a la diversidad de tareas profesionales y de carácter familiar, lo que repercute en su desempeño laboral; el estado civil,

tiene mayor impacto en personas solteras. Además, el burnout afecta a la salud de médicos de cualquier especialidad, que no son tratados por pensar que un médico no necesita depender de otro para solucionar sus problemas de salud emocional, estereotipos que van en deterioro de la calidad de vida.

1.5 Fases y desarrollo del síndrome de burnout

Brodsky (1980) establece cuatro fases por las cuales pasa un individuo propenso a este síndrome:

1. *Entusiasmo*, caracterizado por varias aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción del peligro.
2. *Estancamiento*, que surge tras no cumplirse las expectativas originales, empezando a aparecer la frustración.
3. *Frustración*, en la que comienzan a surgir problemas emocionales, físicos y conductuales. Esta fase sería el núcleo del síndrome.
4. *Apatía*, que sufre el individuo y que constituye el mecanismo de defensa ante la frustración (Hernández Gracia et al., 2007).

1.6 Características, causas y consecuencias del Burnout

Características:

Según Maslach (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. (Moreno Toledo A., 2007).

Buendía J. y Ramos F., (2001) clasifican los síntomas que describen al burnout en emocionales, cognitivos, conductuales y sociales, como muestra el siguiente cuadro:

SÍNTOMAS DESCRIPTIVOS DEL BURNOUT			
EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión Indefensión Desesperanza Irritación Apatía Desilusión Pesimismo Hostilidad Falta de tolerancia Acusaciones a los clientes Supresión de sentimientos	Pérdida de significado Pérdida de valores Desaparición de expectativas Modificación auto concepto Desorientación cognitiva Pérdida de la creatividad Distracción Cinismo Criticismo generalizado	Evitación de responsabilidades Absentismo Conductas adaptativas Desorganización Sobre implicación Evitación de decisiones Aumento de uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas	Evitación de contactos Conflictos interpersonales Malhumor familiar Aislamiento Formación de grupos críticos Evitación profesional

Fuente: Moreno-Jiménez B., González J.L., Garrosa E. *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida*. Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. (2001). pp 59-83

Causas:

Muchas pueden ser las causas para que una persona adquiera el síndrome del burnout; algunas están relacionadas con actitudes y características personales, que pueden colaborar para que se evidencie. Hernández Gracia et al., (2007) citan a Waldemar Kawowsk (2001), que las clasifica así:

- *Características Biográficas:* edad, género, experiencia laboral, estado civil.
- *Características Personales:* resistencia, orientación del control, autoestima, neurosis, extroversión.
- *Actitudes Relacionadas al Trabajo:* Altas expectativas

- *Características Laborales:* carga de trabajo, presión del tiempo, conflictos y ambigüedad, contacto directo con el cliente, apoyo social de compañeros y superiores, participación en la toma de decisiones, autonomía.

Consideradas estas características, podría decirse que las causas más frecuentes que ayudan a desembocar en el síndrome son:

- Reglas excesivas, falta de autoridad y responsabilidad autónoma.
- Los grupos de trabajo son demasiado grandes o carecen de cohesión.
- Clima organizacional no muy satisfactorio,
- Exceso de clientes, turnos rotativos cargados que hacen que se sientan abrumados.
- Pocos estímulos
- Demasiadas actividades rutinarias que generan cansancio, desmotivación (Hernández Gracia et al., 2007).

Consecuencias:

En torno al síndrome hay un extenso abanico de consecuencias que Ángel Moreno Toledo (2007) las ubica dentro de tres niveles amplios: el conductual, físico y psicológico-emocional.

A *nivel Conductual* se dan alteraciones de la conducta alimentaria, absentismo laboral, abuso de sustancias (café, tabaco, alcohol, fármacos,...), 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, 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.

A *nivel Físico* desencadena alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas, migrañas, un elenco de alteraciones orgánicas (gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas y menstruales), disfunciones sexuales, dolores musculares,

articulatorios, hipertensión, pérdida progresiva de la energía (agotamiento), pérdida de peso.

A nivel *Psicológico / 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 (Moreno Toledo A., 2007).

1.7 Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout

Siendo que los estresores diarios afectan el desarrollo de la actividad profesional y la vida misma es importante tener presente cómo prevenir y tratar el síndrome de desgaste o estar quemado. María Dolores Alonso Fernández (2005), en su artículo médico en el que trata el tema, la prevención y tratamiento, aborda desde una triple perspectiva:

a) *El trabajo personal*: No se puede plantear el manejo del burnout sin abordar una modificación propia de actitudes y aptitudes del trabajador. Se debe tener un proceso adaptativo entre las expectativas iniciales del trabajador con la realidad que se le impone, marcándole objetivos más realistas, que permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en el escepticismo.

Recomendaciones preventivas:

- Realizar actividades extra laborales (deporte, cine, lectura...)
- Intensificar las relaciones personales, familiares y sociales.
- En caso de dudar de que se necesite ayuda profesional, conviene solicitarla.

b) *El equipo*: La mejor manera de prevenir este síndrome es interviniendo en el ambiente de trabajo. El trabajo en equipo evita muchos problemas.

Recomendaciones preventivas:

- Facilitar espacios comunes, no formales dentro de la jornada laboral.
- Fomentar la colaboración y la no competitividad.
- Formación de grupos de reflexión para tratar periódicamente las relaciones tarea-paciente, aspectos emocionales y relaciones interpersonales.

c) *Organización-empresa*: Existen tres conceptos clave para la prevención del Burnout: formación, organización y tiempo.

Recomendaciones preventivas:

- Minimizar imprevistos: organizar las posibles situaciones de urgencia, de tal forma que no interfieran en el trabajo previsto.
- Minimizar y facilitar la burocracia.
- Formación y reuniones acorde a las necesidades y sin afectar el tiempo de las personas con un 'desgaste más'.
- Acortar distancias entre los niveles organizacionales.
- Flexibilidad horaria.
- Apoyo a la formación.
- Aumentar el grado de independencia de los trabajadores (Alonso Fernández M.D., 2008).

CAPITULO II

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

1. Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales.

1.1 Variables de riesgo y protectoras

Autores como Capilla (2000) indican que se requiere al menos seis meses de exposición continua, así como estar expuesto a un excesivo grado de exigencias. Se menciona que el *Burnout* resulta de la discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria e involucra básicamente tres dimensiones: 1) *Agotamiento emocional*, que se refiere a la pérdida o desgaste de recursos emocionales (energía, agotamiento y fatiga); 2) *Despersonalización*, definido como el desarrollo de actitudes negativas, cínicas e insensibles hacia los receptores (pacientes, familiares, compañeros...) y 3) *Falta de realización personal*, entendida como una tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa (sentimientos de inadecuación y fracaso) (Aranda Beltrán C., Zarate Montero B., Pando Moreno M., Sahún Flores J.E., 2010).

Bresó Esteve et al. (2001), sostienen que el Burnout es un síndrome que resulta básicamente de la interacción del trabajador con el ambiente laboral o que es producto de las relaciones interpersonales entre el trabajador y las personas para las que trabaja. Así, el desarrollo de este síndrome dependerá, básicamente de tres tipos de variables: Variables individuales, variables sociales y variables organizacionales.

Variables individuales

El género parece ser una variable que diferencia las puntuaciones en Burnout entre hombres y mujeres, sobre todo en las dimensiones de agotamiento e ineficacia profesional. Las mujeres puntúan más alto en agotamiento y en ineficacia profesional que los hombres; en cambio, algunos estudios han puesto de manifiesto la tendencia de los hombres a mostrar más actitudes negativas hacia el trabajo.

Sin olvidar el rol que tienen las variables de personalidad dentro del desarrollo del Burnout, se ha demostrado que los sujetos que exhiben un patrón de conducta tipo A, baja estabilidad emocional y manifiestan un locus de control externo (creencia que el mundo sigue un orden pero son otras personas y no ellos mismos que tienen el control sobre este orden), son más vulnerables de sufrir Burnout.

Variables sociales

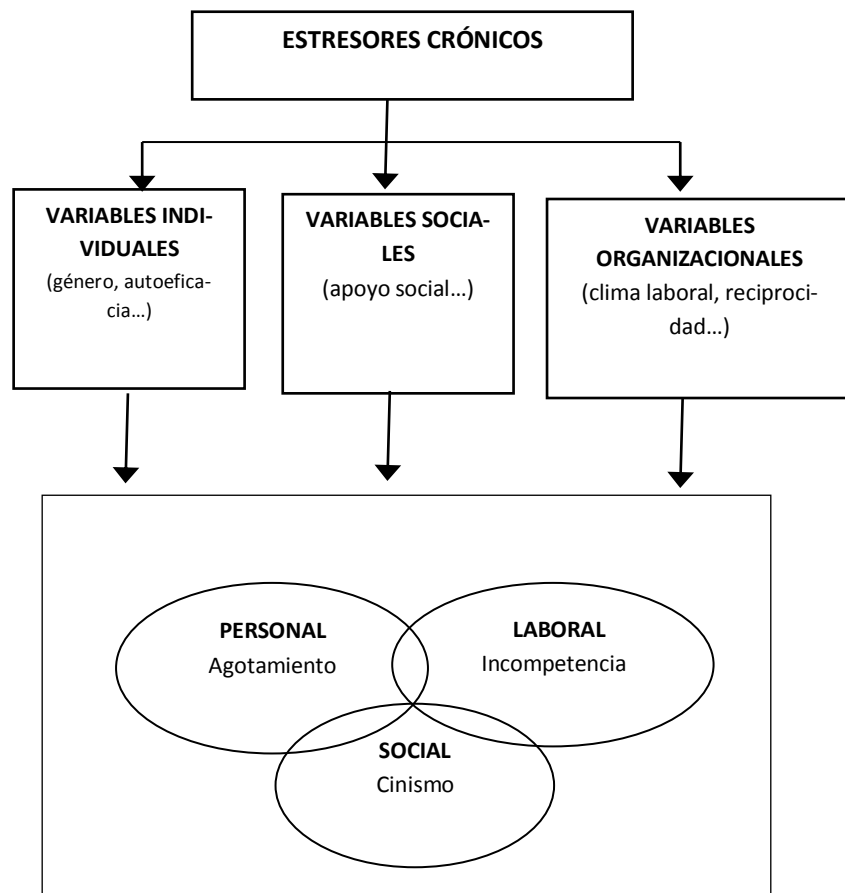
Martínez Pérez Anabella (2010), citando a Manassero & Cols, (2003) y Hombrados, (1997), sostiene que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales pueden ser emocionales, informativos e instrumentales. Considera como básico el que exista apoyo social, que redunde en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material.

Sin duda, la importancia de variables de carácter social como el apoyo social es manifiesta, ya que hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales (compañeros, amigos, familiares, pareja, supervisores...), que le permiten sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización. Además, es importante la percepción del apoyo social porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

Variables organizacionales

Las variables personales y sociales pueden afectar a la aparición del Burnout, en cambio las variables organizacionales, básicamente aquellas vinculadas al desempeño del puesto de trabajo lo desencadenan. De esta manera, factores como el contenido del puesto, la falta de reciprocidad (dar más emocionalmente en el trabajo de lo que se recibe a cambio) o el clima organizacional, pueden convertirse en desencadenantes del síndrome de Burnout y deberán tenerse en cuenta a la hora de diseñar alternativas de prevención (Bresó Esteve et al., 2001).

El proceso de Burnout



Tomado de: Bresó Esteve E. et al., Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III). Instrumento de medición, pág. 2, Figura 1

1.2 Motivación y satisfacción laboral

La presencia del síndrome de *burnout* es motivo de preocupación dadas las repercusiones personales a las que se ven expuestos quienes lo padecen, ya sean de tipo emocional, conductual, psicosomática, familiares y sociales, así como las del ámbito laboral u organizacional, como son el absentismo laboral, la disminución del grado de satisfacción de los profesionales, la movilidad laboral, la pérdida de productividad y de calidad en el trabajo que se realiza... (Aldrete Rodríguez, M.G., González Soto J., Preciado Serrano M.L., Pando Moreno M., 2009)

Zapf D. (2002) en una revisión de estudios empíricos sobre Burnout, aportó criterios conceptuales, realizó un meta-análisis y encontró que las emociones negativas en el

trabajo combinadas con los problemas organizacionales estaban asociadas con altos niveles de *Burnout*. Desde su punto de vista teórico, analiza aspectos tales como la regulación automática de las emociones, el comportamiento “superficial” y el comportamiento “profundo”.

Afirma que conceptos relacionados con la frecuencia de la expresión de las emociones y el requerimiento de ser sensibles a las emociones de otros pueden tener ambos efectos positivos y negativos y que, el control y apoyo social moderan las relaciones entre las variables de emociones en el trabajo, *Burnout* y satisfacción laboral (Aguilar A., Gutiérrez R., 2007).

1.3 Investigaciones realizadas

Muchas son las organizaciones que desde hace varios años han puesto énfasis en el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo, uniéndolo al estudio de los procesos de estrés laboral, en vista de mejorar la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados no sólo con el afán de asegurar una mejor productividad sino también porque el ámbito jurídico, en muchos países, así lo exige la ley de prevención de riesgos laborales para garantizar la salud y seguridad laboral a todo nivel.

En tal sentido, se continúa ampliando su estudio a más ámbitos, por lo que este síndrome se estudia en profesionales de la enseñanza, del servicio social, en religiosos, deportistas... y no solo en profesionales de la salud, incluidos psiquiatras y psicólogos, dado que no solo los factores personales, familiares y organizacionales se hallan implicados en su surgimiento sino por ser resultado de una discrepancia entre los ideales individuales y la realidad de la vida ocupacional diaria (Aguilar A., Gutiérrez R., 2007).

Quiroz y Saco (2000) en un estudio de prevalencia del síndrome Burnout y los factores asociados al mismo aplicado a 64 médicos y 73 enfermeras del Hospital nacional Sureste de ESSALUD del Cusco, concluyeron que frente a un alto nivel de satisfacción laboral, es baja la presencia de indicadores de burnout. El síndrome bajo se presenta en el 79,7% de médicos y 89% de enfermeras, en grado medio en el 10,9% de médicos y 1,4% de enfermeras, asociados a una jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital.

Demerouti, Bakker, Nachreiner y Schaufeli (2000) investigaron la relación entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral en 109 enfermeras alemanas, encontrando que los altos niveles de exigencia laboral determinan mayor probabilidad de manifestar agotamiento emocional y despersonalización, asociadas al descenso de la satisfacción con el trabajo.

Albaladejo, Villanueva, Ortega, y colaboradores (2004) investigaron las respuestas del MBI y a un cuestionario de variables sociodemográficas al que añadieron cinco preguntas sobre las posibles causas y consecuencias de su cansancio laboral en 622 profesionales en enfermería tanto licenciadas como auxiliares. Concluyeron que en las personas con indicadores de burnout existía un escaso grado de reconocimiento a su labor asistencial y un alto nivel de insatisfacción con la gestión de su centro de trabajo.

Grau, Suner, García y otros (2005) estudiaron las respuestas de 1.095 enfermeras al MBI y a un cuestionario de clima laboral, encontraron que la experiencia en la profesión, el optimismo, y la valoración del trabajo como útil, además de percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con la despersonalización. La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo. Mediante un análisis de regresión logística múltiple, hallaron un alto nivel de cansancio emocional asociado al consumo de tranquilizantes o antidepresivos, mientras que el optimismo y la satisfacción profesional tuvieron una asociación inversa (Roth, Pinto, 2010).

Un estudio realizado por Sosa O. Evelyn Noelia (2007), en las ciudades de Rosario y Santa Fe de Argentina, sobre la frecuencia de los síntomas del síndrome de burnout en profesionales médicos, aplicados a 50 profesionales, concluye que el 76% de la población en estudio presentaba 4 síntomas o más, lo que corresponde a un grado moderado, grave o extremo del síndrome de burnout. Al comparar la totalidad de la población con el grupo antes mencionado se descubre que no existen diferencias significativas en cuanto a la distribución por sexo, edad, especialidades, años de ejercer la profesión, ámbito de trabajo. Descubren que quienes presentan 4 síntomas o más, realizan un 7% más guardias médicas que el total de la población en estudio.

2. El Burnout y la relación con la salud

2.1 Definiciones de salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

En total armonía con la OMS, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sostiene que, la salud es un estado diferencial de los individuos en relación con el medio ambiente que los rodea, dando así la posibilidad a que individuos con capacidades diferentes, puedan encontrar equilibrio entre su discapacidad y el desarrollo de actividades y lograr una adaptación al medio ambiente en que vive. Se añaden por tanto factores medioambientales. Uniendo las dos ideas se concluye que la salud es un estado de completo bienestar o equilibrio entre los factores físicos, psicológicos (mentales), sociales y medioambientales; y uno de los elementos fundamentales que hacen a la calidad de vida.

En la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en 1978 se agrega que la salud «es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de sectores sociales y económicos, además del sanitario». En este sentido, en los últimos años se dirigen esfuerzos al estudio de factores de la vida diaria que están ligados al bienestar de los ciudadanos. (Morán Astorga C., 2008).

2.2 Síntomas somáticos

En la biología y la medicina, un síntoma somático es aquel cuya naturaleza es eminentemente de este tipo (corpórea).

A diferencia de los síntomas psíquicos, los somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una

disfunción de tipo biológico que, en su proceso evolutivo, ha perdido el contacto y la conciencia con el dolor mental correspondiente. Por ejemplo, algo que ocurre de forma común es no demostrar el enfado o malestar con alguien. Esta represión de emociones puede llevar a tener dolores de estómago, cabeza, presión alta... (Trillas Morera G., 2010).

2.3 Ansiedad e insomnio

3. Ansiedad: es una manifestación esencialmente afectiva. Se trata de una vivencia, de un estado subjetivo o de una experiencia interior, que podemos calificar de emoción. Es un mecanismo humano de adaptación al medio y ayuda (si su intensidad no es excesiva) a superar ciertas exigencias de la vida. En este sentido se puede considerar a la ansiedad como una defensa organizada frente a estímulos que rompen el equilibrio fisiológico y psicológico.

Ramón Blai (2012), señala que la ansiedad necesariamente positiva se entronca con lo cotidiano y entra de lleno en el campo de la motivación que hace alcanzar metas. La ansiedad normal y proporcionada, así como sus manifestaciones, no pueden ni deben eliminarse, dado que son un mecanismo funcional y adaptativo. Se trata de saber convivir con ella, sin perder la operatividad.

En cambio, la ansiedad neurótica es ya otra cosa y tiene otro significado que hay que situar en la órbita de las enfermedades psíquicas que provocan respuestas de evitación e inhibición, que mantienen un estado de alerta prolongado sin justificación alguna. Es entonces cuando lo malo se ve peor. La ansiedad negativa se caracteriza por sentimientos de malestar, preocupación, hipervigilancia, tensión, temor, inseguridad, sensación de pérdida de control, percepción de fuertes cambios fisiológicos, que son consecuencia de la activación de los sistemas: nervioso, endocrino e inmunológico. Por lo general sólo se percibe algunos de los desórdenes persistentes que provoca esta activación des-adaptativa. La persistencia de estos cambios puede acarrear una serie de desórdenes psicofisiológicos transitorios, como dolores de cabeza, insomnio, disfunción eréctil, anorgasmia femenina, contracturas musculares, disfunciones gástricas...

A nivel del sistema motor la ansiedad se manifiesta con inquietud motora, hiperactividad, movimientos repetitivos, dificultades de comunicación (a veces tartamudez), consumo de sustancias (comida, bebida, tabaco u otras drogas), llanto, tensión en la expresión facial... Es entonces cuando la ansiedad se convierte en un problema de salud (Blai R., 2012).

4. Insomnio: es un desorden del sueño que impide dormir durante largos períodos de tiempo, incluso puede imposibilitar a una persona dormirse por completo. Puede ser causado por diversas razones como la dieta, la tensión, las drogas e incluso por emociones.

Es la alteración del sistema nervioso caracterizada por la imposibilidad de dormir a causa de la falta de sueño, sea por dificultad para conciliarlo o por despertarse súbitamente y no poder reanudarlo. El insomnio generará estados de nerviosismo y fatiga. Indica una tensión crónica y una falta de capacidad de abandonarse. No se confía en que los problemas puedan solucionarse (Arnau J.V., 2009).

García y Matud (2002), señalan que la insatisfacción con el rol laboral y la presión en el trabajo se correlacionan con sintomatología de tipo somático, depresiva, de ansiedad e insomnio.

2.4 Disfunción social en la actividad diaria

Una de las manifestaciones comunes en los trabajadores de la salud es el estrés, este puede reducirse poco a poco y rebasar la capacidad o los recursos del individuo para hacer frente a este fenómeno. Dicha manifestación se transforma en crónica y la persona que lo padece manifiesta actitudes y sentimientos desfavorables para sí misma, ya que decae en su rendimiento, se siente agotada física y emocionalmente y quienes le rodean sienten un trato despersonalizado para con ellas, a este nivel ya se habla del síndrome de Burnout. Los individuos que están inmersos en instituciones demasiado demandantes carentes de atención a la salud mental de su propio personal, pueden desarrollar síntomas psicósomáticos, ansiedad-insomnio, disfunción social en la actividad diaria y depresión, características que identifican el estado de salud mental del sujeto.

Para Gil-Monte (2006), el fenómeno ha sido definido como una respuesta psicológica al estrés laboral crónico de carácter interpersonal y emocional que aparece en los profesionales de las organizaciones de servicios que trabajan en contacto con los clientes o usuarios de la organización. Esta respuesta se caracteriza por un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo; por un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico; y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y lesivos (Barraza-Salas J. et al., 2009).

Todos estos comportamientos que se evidencian no sólo en el clima organizacional, afectan también al entorno familiar del sujeto. El cansancio, depresión, trastornos de sueño y cambios en el apetito, la sensación de infelicidad y de que lo que hace no le llena, no le hace sentir bien, la indiferencia, el cinismo... perturban la vida de pareja y la de toda la familia.

2.5 Tipos de depresión

Los tres tipos más comunes de depresión son: Trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar. Según Noguchi Hideyo (2007), en cada tipo, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

Trastorno Depresivo Mayor: la característica esencial de un episodio depresivo mayor es que es un período de al menos 2 semanas, durante el que hay un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades.

En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable en lugar de triste. El sujeto también debe experimentar al menos otros 4 síntomas de una lista que incluye cambios de apetito o peso, del sueño y de la actividad motora, falta de energía, sentimientos de culpa y otros.

Distimia: Es un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte del día de la mayoría de los días durante al menos 2 años. Los síntomas depresivos son menos graves y prolongados. Los períodos de distimia pueden alternarse con breves lapsos de normalidad. La distimia pone a la persona en riesgo para desarrollar una depresión mayor.

Trastorno Bipolar: llamado también enfermedad maníaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios de estado de ánimo pueden ser dramáticos y rápidos, pero más a menudo son graduales. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el paciente se encuentre en graves problemas y situaciones embarazosas. Por ejemplo, en la fase maníaca la persona puede sentirse feliz o eufórica, tener proyectos grandiosos, tomar decisiones de negocios descabelladas, e involucrarse en aventuras o fantasías románticas. Si la manía se deja sin tratar puede empeorar y convertirse en un estado sicótico (el paciente pierde temporalmente la razón). Algunas de las características de los pacientes en fase maníaca son la capacidad de mantenerse despiertos durante largo tiempo y que, debido a su energía extra y predisposición, tienden a pensar que son superiores a los demás, entre otras (Noguchi H, 2007).

Otras formas comunes de depresión abarcan:

- **Depresión posparto**: muchas mujeres se sienten deprimidas después de tener el bebé, pero la verdadera depresión posparto es poco común.
- **Depresión psicótica**, este tipo de depresión ocurre cuando una enfermedad depresiva grave está acompañada por alguna forma de psicosis, tal como ruptura con la realidad, alucinaciones y delirios.
- **Trastorno disfórico premenstrual** (PMDD, por sus siglas en inglés): es el conjunto de síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.
- **Trastorno afectivo estacional**: el TAE o SAD, por sus siglas en inglés, ocurre durante las estaciones de otoño e invierno probablemente debido a la falta de luz solar, pues desaparece durante la primavera y el verano. Puede ser tratado de manera eficaz con terapia de luz y en muchos casos combinado con antidepresivos, así lo señala el Instituto Nacional de Salud Mental, NIMH, (2012).

2.6 Investigaciones realizadas

Desde que Freudenberger (1974) creó la expresión *Staffburnout* este síndrome ha sido tema de gran número de artículos, libros y discusiones en congresos, como el debate "Burnout entre los psiquiatras" (Sharkey y Chong, 2006); este tema también ha promovido discusiones entre profesionales de varios sectores, como médicos que se reúnen para buscar soluciones para este trastorno (Gesensway, 2006; Martin, 1999) y enfermeros que incluyen el síndrome de *burnout* (SB) como una de las causas de la reducción en la calidad de sus servicios.

McKight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demuestran a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología son distintos; aunque estos fenómenos puedan compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con la baja realización personal y despersonalización.

Lizarte, Montero, Peral, Postigo, (2012) de la Universidad de Granada realizaron el estudio correlacional para analizar el efecto que tiene el turno rotatorio sobre la ansiedad y la salud psicológica auto-percibida del personal sanitario de enfermería, frente a aquellos profesionales de la misma categoría que tienen un turno fijo. Administraron dos cuestionarios que recogían las variables de interés, a una muestra de 140 profesionales de enfermería que trabajan en los hospitales de la provincia de Granada. Analizados los resultados concluyen que hay una tendencia a padecer más trastornos de ansiedad entre aquellos profesionales sanitarios que llevan más años en la profesión.

3. El burnout y el afrontamiento

3.1. Definición de afrontamiento

Por afrontamiento se entiende la forma como las personas responden a determinadas situaciones que las perciben estresantes y no disponen de otros recursos para ello.

Para Folkman y Lazarus (1986), 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 (Moreno Toledo A., 2007).

Everly (1989), precisa al afrontamiento "como un esfuerzo para reducir o mitigar los efectos aversivos del estrés, estos esfuerzos pueden ser psicológicos o conductuales".

Según Holroyd y Lazarus (1982) y Vogel (1985) las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés.

Cada sujeto tiende a la utilización de los estilos de afrontamiento que domina o por aprendizaje o por hallazgo fortuito en una situación de emergencia. Las estrategias de afrontamiento pueden ser según Girdano y Everly (1986) adaptativas o inadaptativas; las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés acorto plazo pero sirven para erosionar la salud a largo plazo (Everly, 1979) (Martin, Jiménez, Fernández-Abascal, 1997).

3.2 Teorías de afrontamiento

El rasgo fundamental de este síndrome es el *agotamiento emocional*, la sensación de no poder dar más de sí mismo. Además, se manifiestan sentimientos de *despersonalización*, actitudes negativas acerca del sujeto con el que trabaja, lo que los lleva a considerar que en alguna medida merecen los problemas que tienen y a responder impersonal y fríamente; y, de *falta de realización en el trabajo* (Maslach & Jackson, 1997), productos del estrés generado en el ambiente laboral y del contacto interpersonal que los profesionales mantienen cotidianamente.

La perspectiva transaccional de Lazarus y Folkman (1986) indica que en realidad, no hay situaciones *estresantes* en sí mismas, sino que dependen de la interpretación o evaluación que el individuo haga de ellas. Si los eventos o situaciones se perciben como amenazantes o peligrosos para el propio bienestar, entonces se desencadena el estrés y frente a éste, el individuo debe responder de alguna manera. Por ello, dichos autores introdujeron la consideración de modos de afrontamiento o *coping*; distinguen entre modos de afrontamiento dirigidos al problema, que buscan definir el problema y

encontrar soluciones alternativas y modos centrados en la emoción, que intentan regular la respuesta emocional que surge como consecuencia de la situación.

Moos y Billings (1982) sugirieron tres dimensiones, a las ya propuestas por Lazarus y Folkman en 1986 (centrado en el problema y centrado en la emoción) añadieron el afrontamiento centrado en la evaluación, que busca definir el significado para la situación causante de tensión y a reflexionar sobre sus causas y posibles soluciones.

Lazarus y Folkman (1986) a su vez ofrecen una clasificación con 8 modos diferentes de abordar una situación estresante.

A más de ellos, Consuelo Morán Astorga (2008), menciona 14 modos de afrontamiento que el cuestionario COPE (Carver, 1997) reúne, defendidos por Carver, Scheier y Weintraub (1989) y que al parecer son los más utilizados al momento de enfrentarse a los problemas:

- *Afrontamiento Activo*: hace referencia a los esfuerzos agresivos del individuo por alterar la situación requiriendo de acciones directas. Planificación: supone realizar el análisis del problema, una búsqueda planificada de soluciones y la puesta en práctica de las acciones.
- *Apoyo Emocional*: se busca apoyo en amigos, familiares con el fin de aliviar la tensión emocional que produce el problema.
- *Apoyo Social*: esfuerzos por búsqueda de apoyo en profesionales que conocen soluciones técnicas al problema.
- *Religión*: búsqueda de apoyo en las creencias espirituales.
- *Reinterpretación Positiva*: esfuerzos por dar un significado positivo al problema.
- *Aceptación de la Responsabilidad*: ser consciente y consecuente con la propia implicación en el problema.
- *Negación*: negar la existencia del problema.
- *Humor*: «reírse del problema».
- *Auto distracción*: En lugar de afrontar el problema la persona se centra en otras tareas o actividades (dormir, ver TV, cine...).
- *Autoinculpación*: hacerse totalmente responsable del problema.
- *Desconexión Conductual*: evitación y desconexión del problema.
- *Desahogo*: expresar los sentimientos negativos.

- *Uso de Sustancias*: consumir alcohol, drogas... como medio de evitarlo, olvidarlo.

3.3 Estrategias de afrontamiento

Es preciso diferenciar entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. "Los *estilos de afrontamiento* se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Mientras que las *estrategias de afrontamiento* son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes" (Fernández-Abascal, 1997).

En esta perspectiva que intenta establecer cuáles son las dimensiones básicas a lo largo de las cuales pueden establecerse los distintos estilos de afrontamiento, una de las primeras aportaciones es la categorización del afrontamiento en dos dimensiones básicas: el "*método utilizado*", según el cual el afrontamiento puede ser activo o de evitación y la "*focalización de la respuesta*" que da lugar a tres tipos de afrontamiento: focalizado en la evaluación de la situación, dirigido al problema o a la emoción (Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986). El afrontamiento centrado en la evaluación pone de manifiesto la importancia del papel que juega esta variable ante una situación de amenaza, constituyendo en sí misma un foco sobre el cual se centra una forma de afrontamiento. Ampliando el modelo anterior, Feuerstein, Labbé y Kuczmierczyk (1986) añadieron una tercera dimensión básica atendiendo a la "*naturaleza de la respuesta*" que puede ser de tipo conductual o de tipo cognitivo.

Sin embargo, Andrés P., De Juan D., Escobar J., Jarabo J., Martínez Ma. T., en su estudio "Burnout, Técnicas de Afrontamiento" citando a Gil-Monte y Peiró (1997), manifiestan que las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías:

1. Estrategias individuales
2. Estrategias grupales
3. Estrategias organizacionales

- 1) En el *nivel individual*, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo

jo. Por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilita su aparición. Dentro de las técnicas y programas dirigidos a fomentar las primeras, se encuentran el entrenamiento en solución de problemas, el de la asertividad y para el manejo eficaz del tiempo. También pueden ser estrategias eficaces olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante jornada, marcarse objetivos reales y factibles de conseguir. Desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Aumentar y conservar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, delegar responsabilidades, no creerse indispensable, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

- 2) En el *nivel grupal* e interpersonal el empleo de estrategias de prevención e intervención pasan por fomentar por parte de los compañeros el apoyo social: los individuos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retroinformación sobre la ejecución de las tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos, u otros tipos de ayuda. El objetivo es la reducción de sentimientos de soledad y agotamiento, incremento del conocimiento, la ayuda para tratar de manera efectiva los problemas y facilitar un clima laboral más confortable.

Pines define seis formas de ofrecer apoyo: escuchar al sujeto de forma activa, dar apoyo técnico, crear necesidades y pensamiento de reto, desafío y creatividad, apoyo emocional y apoyo emocional desafiante, participar en la realidad social del sujeto confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, auto concepto, autoeficacia y autoestima.

- 3) *Las estrategias organizacionales*: el afrontamiento la prevención han de ser indicativas, puesto que la primera característica que debe reunir es la adecuación a la organización general del mismo, debido a que la prevención de riesgos laborales no debe ser algo independiente sino integrado como un todo en las políticas organizacionales.

Debe integrar las diferentes variables organizativas, en las que: a) La dirección sea la responsable de la salud laboral y de desarrollar programas de prevención dirigidos; b) El asesoramiento lo faciliten los técnicos en prevención y salud laboral; y, c)

Se cuenta con una organización en grupos de trabajo para la política de prevención de riesgos (Andrés P., et al, 2010).

3.4 Investigaciones realizadas

En razón de que la enfermería es considerada una profesión altamente estresante y proclive a padecer el síndrome de burnout, en Argentina, Maricel S. Popp (2008), realizó un estudio para medir el nivel de *burnout* en *enfermeras de unidades de terapia intensiva* (UTI) y determinar si el perfil de afrontamiento difiere en función de los niveles de manifestación del burnout. La muestra fue de 53 enfermeras mujeres, de entre 24 y 54 años de edad de instituciones públicas y privadas de la Provincia de Entre Ríos. Se aplicaron el Inventario Burnout de Maslach (Maslach & Jackson, 1997) y el Inventario de Modos de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986), utilizando para su evaluación la taxonomía propuesta por Moos y Billings (1982). Mediante la ejecución de un análisis multivariado de variancia (MANOVA).

Encontró efectos principales significativos con respecto a las dimensiones despersonalización (F de Hotelling (18, 44) = 3,145; $p = .001$) y baja realización personal (F de Hotelling (18, 44) = 2,137; $p = .021$). Las enfermeras que presentaron niveles inferiores de *burnout* utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo relaciones sociales, actividades y desarrollo personal.

Jenaro-Río, Flores-Robaina, González-Gil (2006) de la Universidad de Salamanca, España, hicieron un estudio *ex post facto* para evaluar la presencia del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por 64 profesionales de acogimiento residencial de menores que trabajaban en diversas provincias españolas. Los instrumentos empleados fueron el MBI y el Cuestionario de Afrontamiento COPE. Los resultados confirman la existencia de una elevada tasa del síndrome en la muestra estudiada. Así mismo, los análisis correlacionales ponen de manifiesto la existencia de asociaciones significativas entre el empleo de estrategias de afrontamiento y una elevada realización personal.

4. El Burnout y la relación con el apoyo social

4.1 Definición de apoyo social

El apoyo social hace referencia a las transacciones entre las personas (Barrón, 1996; Felton y Shinn, 1992; Rodríguez, 1995) que conforman la red de apoyo del individuo, las que se brindan ayuda entre sí y satisfacen sus necesidades básicas (Thoits, 1982). Además, se incorporan a este concepto ciertas conductas relacionadas, como demostrar afecto e interés, escuchar, prestar objetos materiales, ayudar económicamente a alguien, visitar amigos, ofrecer consejos, aceptar, manifestar empatía, casarse y otros.

Peeters y Cols (1997) indican que el apoyo social debe ser diferenciado de conceptos como compañerismo y filiación e interacción social. La diferencia radica en la intención del sujeto de buscar ayuda o no, como en el caso del compañerismo. El apoyo social implica propiamente la búsqueda de ayuda.

La idea general profunda en los estudios sobre apoyo social es que desempeña un papel importante en la salud y bienestar de las personas; su presencia es beneficiosa en la totalidad de situaciones difíciles y momentos de crisis, lo que sería válido para todas las personas en los más diversos niveles y estratos sociales. El apoyo social podría proporcionar ayuda a diferentes niveles: emocionales, informativos, instrumentales y de retroalimentación (Scwarzer y Lepping, 1989).

4.2 Modelos Explicativos del Apoyo Social

Es importante considerar el apoyo social formal e informal en la prevención del burnout, pues mientras los contactos de carácter informal previenen el desarrollo del síndrome, los formales pueden llegar a incrementarlo, dado que suponen mayor carga e implicación laboral. Otro aspecto importante que se debe considerar es que a largo plazo, el apoyo social, puede crear dependencia de los demás, baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Con relación a las estrategias para su implantación, el apoyo social en el trabajo puede venir, básicamente, de los compañeros y de los supervisores, pero uno de los elementos más importantes son los grupos informales.

El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los profesionales, el incremento del conocimiento, la ayuda para desarrollar formas efectivas de tratar los problemas y la facilitación de un trabajo más confortable. Entre otras, algunas formas de desarrollar el apoyo social en el trabajo están las de fomentar y entrenar a los compañeros y a los supervisores en dar retroinformación, mediante la cual se les informa sobre cómo son percibidos, entendidos y vividos sus modos de comportamiento, porque en el diagnóstico precoz son los primeros en darse cuenta, antes que el propio interesado. Son, por tanto, una importante fuente de apoyo, quienes mejor comprenden la situación ya que experimentan lo mismo; por el contrario, cuando las relaciones interpersonales son menos saludables, contribuyen a una rápida evolución del burnout. Por ello es de vital importancia fomentar una buena atmósfera de trabajo.

Dos han sido las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar. La primera afirma que el apoyo social actúa de manera directa, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto (Barrón, 1996), dentro de estos efectos directos se establecen tres grandes mecanismos: a) Incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales; b) Incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento; y, c) Incremento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

La segunda, la teoría denominada del Efecto Buffer o Amortiguador, que postula la existencia de un efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta fisiológica del organismo ante situaciones de estrés, con dos efectos principales: primario, referido al soporte de otras personas que ayudan a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante y, secundario, cuando considera los recursos que le aporta su red, sean emocionales, instrumentales o de información, incrementando en el sujeto la

percepción de su capacidad para hacer frente a la situación (Rodríguez E. Solange y Enrique, Carmelo H., 2010).

4.3 Apoyo social percibido

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...) crearán un clima laboral favorable y la comunicación efectiva entre miembros, estimulando la colaboración en el cumplimiento de tareas. Los autores Matteson e Ivancevich (1997) recomiendan promover el apoyo social de compañeros, directivos, supervisores, amigos y familiares.

Como propone Gil-Monte (1997) 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.

4.4 Apoyo social estructural

Los estresores inciden especialmente cuando existe dentro de la organización escasez de personal lo que redundará en sobrecarga laboral; el conservadurismo de la institución en sí favorece la insatisfacción.

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 (períodos de descanso dentro de la jornada laboral), menguar la carga de burocracia con apoyo de personal auxiliar y procurar un diálogo efectivo con las gerencias, son soluciones viables al problema.

La sobrecarga asistencial requiere para su reducción una intervención óptima 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 la dinámica grupal o el trabajo en equipo y planteamiento claro de objetivos a conseguir.

Otras medidas sobre las condiciones ambientales y el lugar de trabajo como favorecer un mobiliario adecuado, buena iluminación de las instalaciones, decoración y colores agradables.

La falta de apoyo organizacional se configura como otra de las variables influyentes en el burnout, como entiende Firth (1987) la falta de empatía por quienes pueden ofrecer apoyo predisponen a la manifestación del síndrome.

4.5 Investigaciones realizadas

La investigación sobre la relevancia del apoyo social en el desarrollo de la conducta saludable y adaptativa ha sido copiosa. Probablemente el estudio más descriptivo al respecto haya sido el desarrollado por Berkman (1985) en el proyecto “*Alameda County*” en California. El estudio proporciona una impresionante evidencia de la relevancia de las redes sociales de la persona en los procesos de morbimortalidad. El autor estudió la disponibilidad general de apoyo social en términos de la red de implicaciones personales y vínculos sociales que el sujeto mantenía: los resultados encontrados indicaban que mientras mayor nivel de interacción mantenía el sujeto, medido por aspectos tales como el estado marital, el contacto con amigos y familiares, la pertenencia a grupos sociales y religiosos, menor era el nivel de mortalidad, atendiendo a todas las posibles causas en un seguimiento de 9 años.

Marín, Romero, González, Carbayo, García, Gutiérrez, Algaba (2004), investigaron la relación entre síndrome de *burnout* (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y apoyo procedente de la red social: vínculos informales (familia y amigos) y vínculos del lugar de trabajo (supervisores y compañeros). Para la recogida de datos se utilizaron la Multidimensional Support Scale (Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M, 1992) y el Maslach Burnout Inventory (Maslach C, Jackson

SE, 1986) en una muestra de enfermeras de un hospital general. Se obtuvieron los siguientes resultados: a) el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros, y b) la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada a la realización personal.

En Venezuela, un estudio realizado a 78 trabajadores del Hospital Ambulatorio de Guayana reportó haber encontrado individuos con este síndrome en un 16,8% (Pando y Cols., 2000). En México, en la zona metropolitana de Guadalajara, se realizó un estudio con la finalidad de detectar este problema de salud pública y su probable asociación con la falta o el inadecuado apoyo social en médicos familiares de base (Aranda, 2004). Según los resultados, se encontró una prevalencia del síndrome en el 42,3% de los médicos; un 32,0% de dicha población lo padece en la dimensión de agotamiento emocional, el 15,3% en la de baja realización en el trabajo y sólo el 7.3% en la despersonalización. Los resultados en cuanto a redes sociales de apoyo fueron favorables, pues los médicos familiares mantienen buenas redes laborales y extra laborales (Aranda C., Pando M., Pérez Ma.B., 2004).

5. El Burnout y la relación con la personalidad

Sabemos que son variadísimas las circunstancias que pueden unirse para producir estrés crónico en los profesionales, pero es la percepción personal y los mecanismos de afrontamiento los que parecen marcar el grado de vulnerabilidad individual, y que explicaría el porqué, a igualdad de condiciones de trabajo, unos iniciarían síntomas de burnout y otros no.

Aunque parece asociarse a personalidades ansiosas, no están claros los diferentes factores de la personalidad que influirían más en el desarrollo de burnout.

5.1 Definición de personalidad

Useche P. Myriam (2008), en su estudio sobre factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A,B y C, citando a Morris (1992), define la personalidad como los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una per-

sona de otra. Está íntimamente relacionada con el temperamento y el carácter. El concepto de personalidad es más amplio que ellos, si bien los incluye y completa.

La personalidad ha representado las características estructurales y dinámicas de los individuos que se reflejan en respuestas más o menos específicas en diferentes situaciones. Estas propiedades permanentes han dado origen a numerosos enfoques en relación con *rasgos y tipos de personalidad* y desarrollos teóricos y empíricos que las relacionan con variables más o menos implicadas en procesos de ausencia de bienestar, como por ejemplo del Síndrome de Burnout o de Desgaste Profesional (burnout y patrón conductual tipo A Nowack, 1986; Nagy y Davis, 1985 o rasgos de personalidad y burnout Cebriá y Cols., 2001).

La personalidad del individuo, su vocación influye poderosamente en su desarrollo, como defiende Mondelo (1999) una de las características del síndrome es que se produce en profesiones que uno ha elegido libremente, que son más vocacionales que obligatorias. De esta forma analizando variables personales encontramos la importancia del locus de control y el tipo de personalidad A. Este patrón particular de personalidad correlaciona con impaciencia, esfuerzo por el logro, urgencia temporal, competitividad y excesivo compromiso con el trabajo. Como señalan Nagy y Davis (1985) este patrón de personalidad predispone claramente al burnout.

5.2 Tipos de personalidad y patrones de conducta

Eysenck asegura que la personalidad es heredada y le da un valor del 75% al aspecto genético. Según él, las causas biológicas actúan de forma que predisponen al individuo a responder de cierta manera a la estimulación ambiental, pero el tipo de conducta que aparece depende del medio en que se encuentre el sujeto. Price (1982), por su parte, sostiene que las predisposiciones de determinados sujetos en cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones están condicionadas por la escala de valores en uso en una sociedad determinada.

Para fines del estudio se señala tres tipos de personalidad A,B,C. Cada uno de los cuales presenta sus propios patrones de conducta característicos y distintivos de pensamiento, emoción y acción: el patrón de conducta tipo A, tipo B y en no A y no B o tipo C.

Los individuos con patrón de conducta tipo A tienden a reaccionar con la vía autonómica, es decir, por la activación del sistema simpático adrenal, mientras que los que funcionan con la vía neuroendocrina corresponden a sujetos con patrón de conducta tipo C.

Estos individuos con patrón de conducta tipo A, presentan un perfil psicológico 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. Por eso poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas, elevado colesterol LDL y disminuido colesterol HDL, acumulan otros factores de riesgo como obesidad, nicotínismo e hipertensión.

Los sujetos con patrón de conducta tipo B, son en general tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles. Es evidente la participación de los mecanismos adaptativos del estrés y su fracaso, como elementos provocadores y desencadenantes de procesos neuróticos y depresivos. En ellos 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-R; en el plano bioquímico y endócrino la angustia se acompaña de elevados niveles de cortisol proveniente de la corteza suprarrenal y también de noradrenalina, que se produce principalmente en las terminaciones nerviosas o sinapsis de los nervios alfa-adrenérgicos.

El patrón de conducta tipo C, se presenta en sujetos introvertidos, obsesivos, que interiorizan su respuesta al estrés, pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseosos de aprobación social. Estos sujetos tienen mayor predisposición a reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas variadas e incluso cáncer, asociada a la inhibición inmunitaria de que padecen en general estos sujetos (Useche P. M., 2008).

5.3 Locus de control

Conocido también como control interno-externo, es un concepto que describe el hecho de que para una tarea determinada, las personas se comportan de forma muy diferente, según creen que su ejecución depende de ellas mismas o no.

Locus de control interno: Las personas perciben que los eventos positivos o negativos ocurren como efecto de sus propias acciones y que están bajo su control personal. Valoran positivamente el esfuerzo y la habilidad personal y por ello pueden litigar de mejor manera en caso de crisis interpersonal. Tienen una imagen positiva de sí mismos.

Locus de control externo: quienes lo poseen, atribuyen todo lo que les sucede a causas externas: suerte, azar, destino... para ellos los eventos no se relacionan con su conducta, por ende no pueden controlarlos, no valoran el esfuerzo ni la dedicación.

Visto así, el locus de control expresa en el sujeto la creencia de que los eventos vitales y sus consecuencias son controlados por él (LC-interno) o por fuerzas externas o del entorno (LC-externo). Se afianza la posibilidad de padecer burnout en aquellos profesionales con locus de control externo. (Moreno Toledo A., 2007).

5.4 Investigaciones realizadas

Diversos autores encuentran correlaciones significativas entre locus de control externo y aumento del burnout. Wilson y Chiwakata (1989), pues cuanto menos control de la situación cree tener el individuo, mayores son las posibilidades de que aparezca el síndrome, sobre todo ante situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de control.

Un estudio realizado por Hernández, Olmedo (2004), a 222 personas, pertenecientes al personal sanitario del complejo hospitalario de la Seguridad Social "Nuestra Señora de la Candelaria" de Santa Cruz de Tenerife, en el que se muestra la relación que el constructo tiene con distintas variables de personalidad, aplicado a personal sanitario, de enfermería, 84,8% mujeres y 15,2% hombres, con edades comprendidas entre los 20 y 60 años, dio como resultado la existencia de relaciones entre el neurotismo, el

locus de control externo y el patrón A con respecto a determinadas características del síndrome del Burnout. No sucede igual con la dimensión de extroversión ni con la variable rigidez, ninguna de ellas presenta característica alguna con respecto al síndrome.

METODOLOGÍA

Diseño de Investigación

El presente estudio de investigación posee las siguientes características:

Cuantitativa: porque analiza la información numérica de los instrumentos evaluados

No experimental: se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

Transversal: porque se centra a analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, en un punto determinado en el tiempo.

Exploratoria: es una exploración inicial en un momento específico.

Descriptiva: porque se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003)

El objetivo primordial es identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador y conforme la propuesta metodológica planteada por la Universidad, se aplicaron seis cuestionarios a una muestra de 31 profesionales de la salud, 16 médicos y 15 enfermeras. Se inició con el Sociodemográfico, seguido del MBI, Salud Mental (GHC-28), Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), MOS de Apoyo Social y finalmente el de Personalidad de Eysenck (EPQR-A). Con ellos se ha pretendido 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; identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales sean identificados con el burnout.

Después de conocer la temática y objetivos de la investigación, el desarrollo comprendió algunas fases.

La primera, la búsqueda de centros o instituciones sanitarias que acojan la petición de colaborar con la investigación.

La obtención de la autorización respectiva de parte del director de la institución para realizar la investigación.

La designación de la persona encargada que hará de vínculo con los profesionales que participarían en la investigación y el tiempo y espacio para la aplicación de la encuesta compuesta por seis cuestionarios.

Un dato importante dentro de este aspecto fue la apertura que dio la Universidad para aplicar los instrumentos a profesionales de la salud que trabajan en forma independiente y en cualquier lugar del país.

Participantes

La población objeto de estudio de esta investigación constituye el personal de instituciones de salud, médicos en servicio activo, de cualquier especialidad y enfermeras-os que se encuentren vinculados tanto a instituciones públicas como privadas en todo el país, independientemente de ciertas variables como son: edad, género, especialidad, años de servicio, ubicación geográfica...

La muestra solicitada como requisito son: 15 médicos y 15 enfermeras-os de instituciones privadas o públicas.

Los sujetos de la presente investigación son 31 profesionales de la salud:

- 16 médicos, asociados al Colegio de Médicos del Guayas, que trabajan indistintamente en hospitales, centros de salud, departamentos médicos escolares, de los cuales el 75% trabaja y vive en la ciudad de Guayaquil y el 25% en la ciudad de Sígsig, provincia del Azuay. La media de edad es 52 años.
- 15 enfermeras que trabajan en hospitales, centros de salud, tanto en zona urbana y en rural. El 20% en la ciudad de Cuenca, el 13% en Chordeleg y el 67% en el hospital del Sígsig. La media de edad es 32 años.

Instrumentos

Los instrumentos diseñados para la recolección de datos son 6 cuestionarios que miden los diversos aspectos que queremos conocer. Estos son:

4.3.1 *Cuestionario Socio demográfico y laboral*: diseñado para conocer edad, género, estado civil, número de hijos, años de experiencia, nivel relacional con pacientes, fa-

miliares del paciente, colegas, directivos, nivel de satisfacción en el trabajo, su expectativa económica, tipo de contratación.

4.3.2 *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)*: a través del cual se puede detectar y medir la existencia del síndrome de burnout en las personas. Es decir, las manifestaciones de la presencia de este síndrome, que dan como resultado una situación de estrés laboral prolongado que afecta al individuo tanto a nivel personal, social como labora.

La escala del MBI comprende 22 enunciados a través de los cuales se pretende valorar la persona en tres escalas:

Agotamiento emocional: las puntuaciones altas indican que la persona se siente exhausta emocionalmente, fruto de las excesivas demandas en el trabajo.

Despersonalización: las puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento respecto al desempeño en el trabajo.

Realización personal: indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por la persona, razón por la cual en este caso las puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

4.3.3 *Cuestionario de Salud Mental (GHC28)*: éste es una versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970, consta de 28 ítems y a través de ellos, la persona realiza una apreciación de su estado de salud. Permite 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. Evalúa mediante cuatro subescalas:

Síntomas somáticos: dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, otros...

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

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

Depresión grave: sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

4.3.4 *La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)*: originado en 1989 como alternativa más amplia y precisa del cuestio-

nario Ways of Coping. Comprende 28 ítems cuya finalidad es evaluar los diversos tipos de respuesta de las personas ante el estrés o situaciones difíciles. Las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

- Afrontamiento activo: actividades y acciones realizadas por la persona para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés
- Planificación: pensar y analizar los pasos a seguir para hacer frente al estresor de manera activa.
- Autodistracción: ocuparse en otras actividades o proyectos, desviando la concentración en el problema
- Apoyo instrumental: búsqueda de personal capacitado o instruido que oriente cómo sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: búsqueda de apoyo, comprensión y simpatía en otros.
- Reinterpretación positiva: tomar la situación estresora como oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar la situación que se vive como algo real.
- Negación: rechazar la realidad de la situación, fuente de estrés.
- Religión: el incremento 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 la persona tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión conductual: abandonar o reducir los esfuerzos para superar la situación del estrés aunque implique renuncia o alcanzar metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de las sustancias: uso de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: hacer burlas o reírse de la situación estresante.

4.3.5 *Cuestionario MOS de Apoyo Social*: los creadores son Sherbourne y Cols en 1991. Es multidimensional y consta 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:

- Apoyo emocional: posibilidad de tener a alguien que le brinde asesoramiento, información y consejo.
- Apoyo material o instrumental: contar con ayuda doméstica.
- Relaciones sociales de ocio y distracción que incluye contar con otras personas para comunicarse.
- Apoyo afectivo: demostraciones de amor, cariño y simpatía.

4.3.6 *Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A*: se organizan patrones de conducta: cognoscitivo, conativo, el afectivo y constitucional. Por la extensión del cuestionario, se han originado versiones abreviadas como la EPQR-A con 24 ítems, que evalúa la personalidad mediante cuatro factores:

- Neurotismo: la puntuación alta indica ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos. Las bajas, indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.
- Extraversión: las puntuaciones altas en el sujeto suponen sociabilidad, impulsividad, optimismo, apertura al cambio; las bajas, tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicotismo: la puntuación alta indica despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, pensamiento duro.
- Sinceridad: busca dar buena impresión. Mide el grado de veracidad de las respuestas.

Recolección de datos

La realización de esta investigación implicó el acercamiento a casas de salud y fue un tanto difícil. En primera instancia el Hospital Solca de Guayaquil, que al inicio aceptó colaborar y luego por situaciones institucionales no fue posible hacerlo.

Se procedió a la búsqueda de otros centros. En el colegio de médicos del Guayas, algunos accedieron a colaborar con la investigación. Se acordó el día, hora y lugar para hacerlo. La resistencia se presentó en torno a la firma de la Certificación, temían a que luego el gobierno utilice la información; después de la aclaración sobre la finalidad de la misma, todos colaboraron.

Inmediatamente, se buscó un nuevo centro de salud para la investigación con las enfermeras. Se acudió al Hospital San Sebastián del Sígsg, donde después de la presentación de la solicitud de la Universidad, el material y la debida explicación, su directora accedió colaborar con el personal necesario.

Con el grupo de enfermería, la dificultad mayor fue recaudar los instrumentos, ya que luego del encuentro con ellos y de la respectiva motivación inicial, algunos pidieron llevarse a su casa para traerlos culminados, al día siguiente.

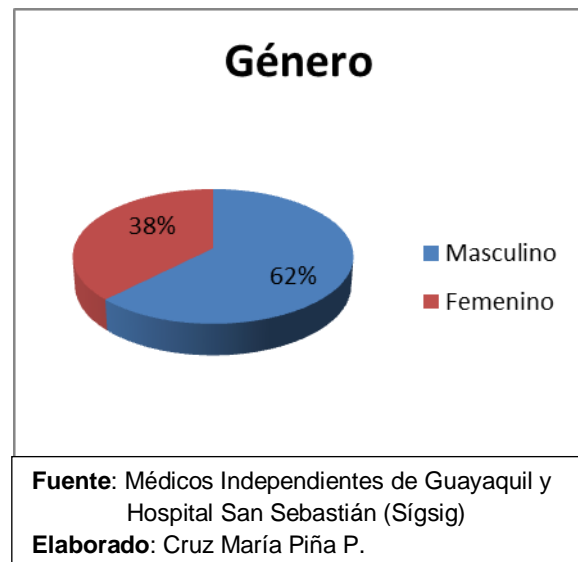
Estos son los dos grupos humanos, sujetos de la investigación.

RESULTADOS

Cuestionario 1

Sociodemográfico y Laboral - Médicos**Gráfico N° 1**

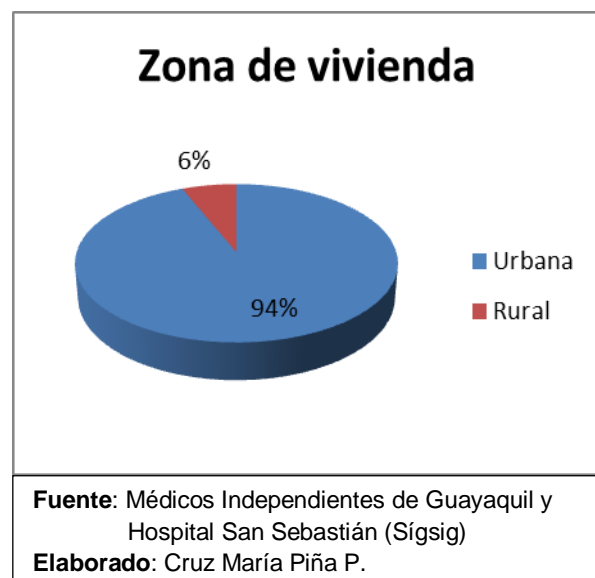
GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	10	62,5
Femenino	6	37,5
TOTAL	16	100



PROMEDIO DE EDAD:	51,94
--------------------------	-------

Gráfico N° 2

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	15	93,75
Rural	1	6,25
TOTAL	16	100



Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 3

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	14	87,5
Blanco	1	6,25
Afroecuato	1	6,25
Indígena	0	0
TOTAL	16	100

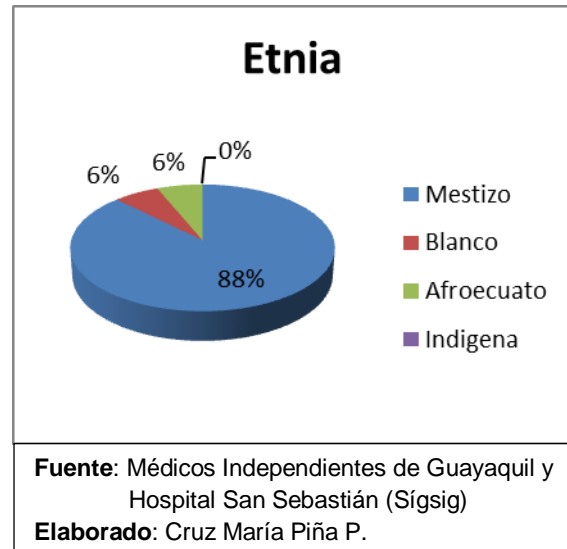
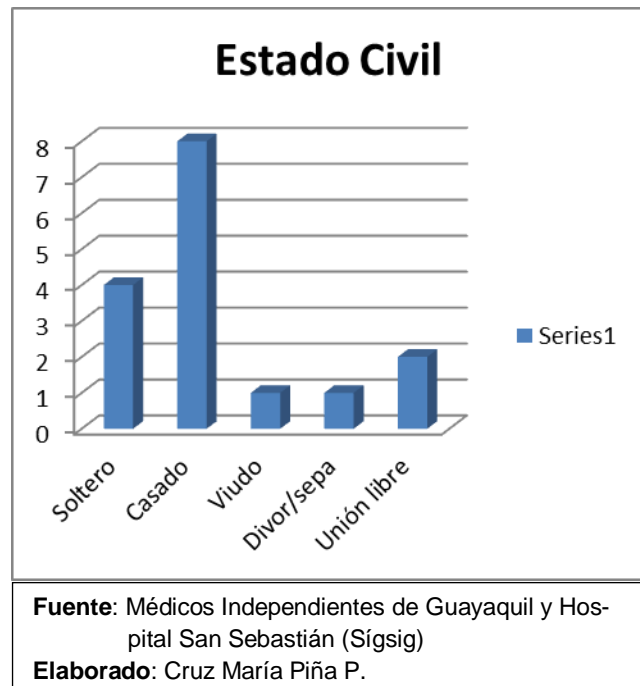


Gráfico N° 4

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	25
Casado	8	50
Viudo	1	6,25
Divor/sepa	1	6,25
Unión libre	2	12,5
TOTAL	16	100



Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 5

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	1	6,25
Con más personas	15	93,75
TOTAL	16	100

PROMEDIO DE HIJOS:	2,4
---------------------------	-----

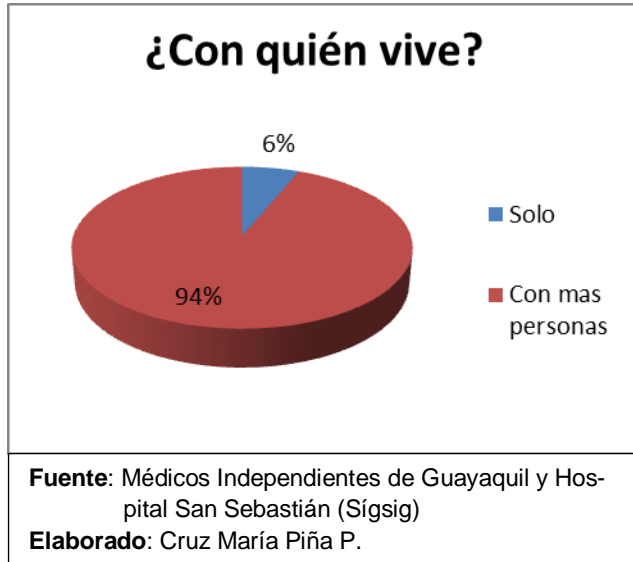


Gráfico N° 6

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	16	100
No recibe	0	0
TOTAL	16	100



Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 7

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	3	18,75
1001 -2000	13	81,25
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	16	100

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	21,56
-------------------------------------	-------

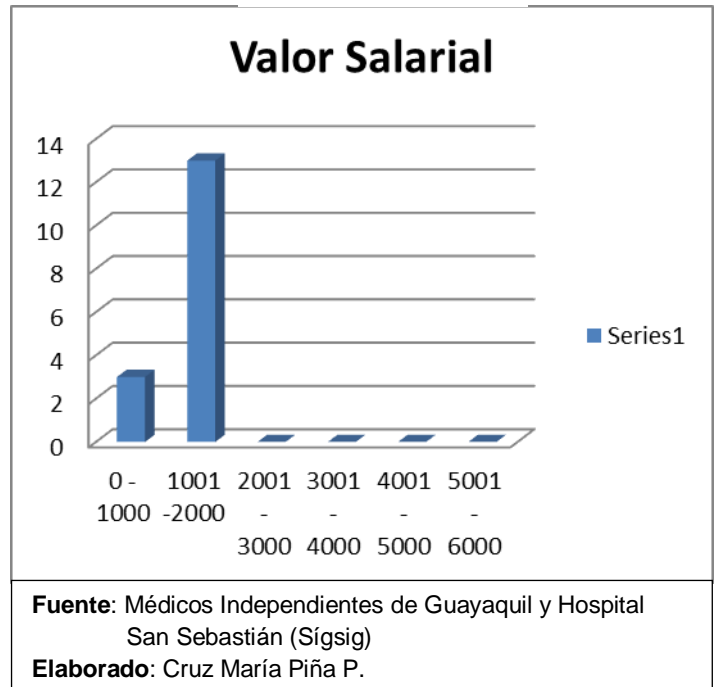
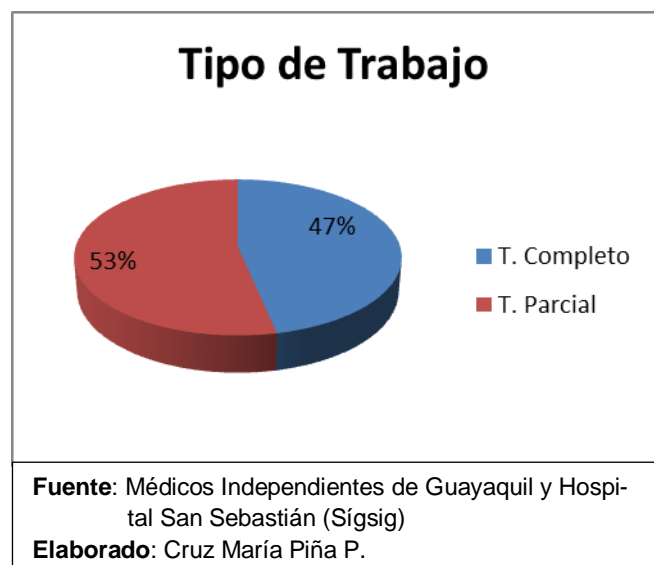


Gráfico N° 8

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	7	46,67
T. Parcial	8	53,33
TOTAL	15	100



Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 9

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	9	56,25
Privado	0	0
Ambos	7	43,75
TOTAL	16	100

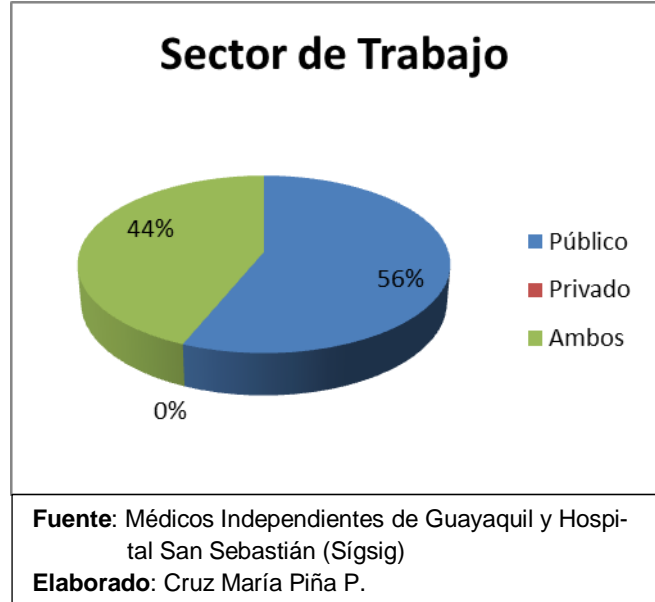


Gráfico N° 10

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	6,25
Ocasional	2	12,5
Plazo fijo	1	6,25
Indefinido	11	68,75
Serv. Profes	1	6,25
Ninguno	0	0
TOTAL	16	100



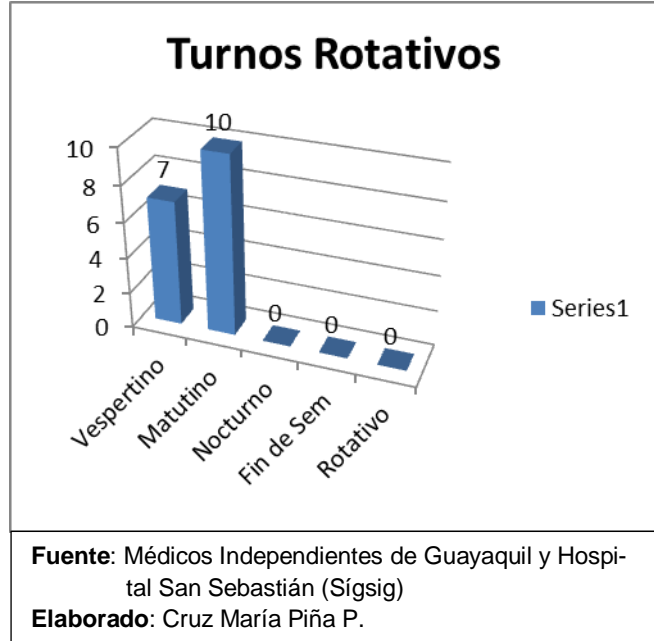
PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,19
--	------

Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 11

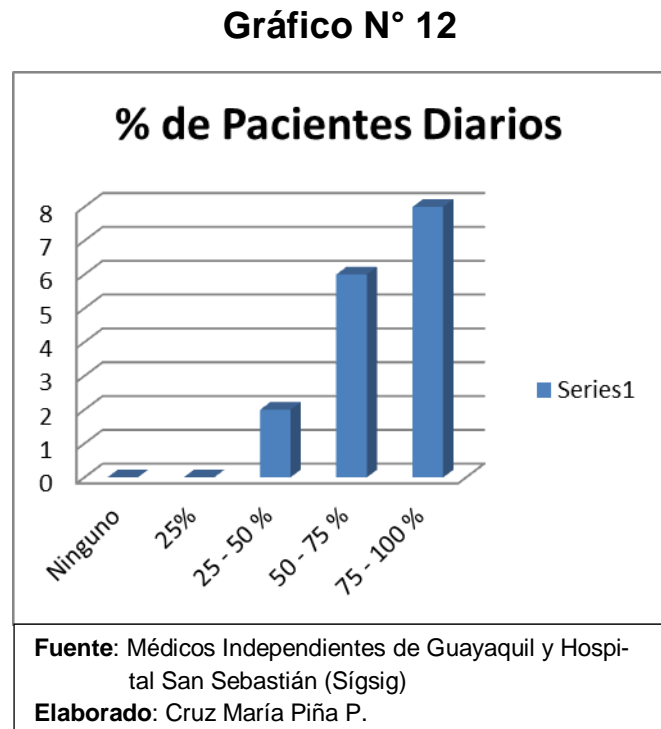
TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	7	41,18
Matutino	10	58,82
Nocturno	0	0
Fin de Sem	0	0
Rotativo	0	0
TOTAL	17	100

PROMEDIO HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	6,38
SEMANALES	31,88



% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	2	12,5
50 - 75 %	6	37,5
75 - 100 %	8	50
TOTAL	16	100

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	18
-------------------------------	----



Contar con el fin de semana libre, con turnos de trabajos matutinos y vespertinos fijos y con un promedio de 32 horas de atención semanales, parece incidir positivamente en el desempeño profesional de los médicos.

Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 13

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	1	2,13
Psiquiátricos	4	8,51
Renales	1	2,13
Quirúrgicos	4	8,51
Cardiacos	6	12,77
Neurológicos	5	10,64
Diabéticos	4	8,51
Emergencias	11	23,40
Intensivos	1	2,13
Otros	10	21,28
TOTAL	47	100

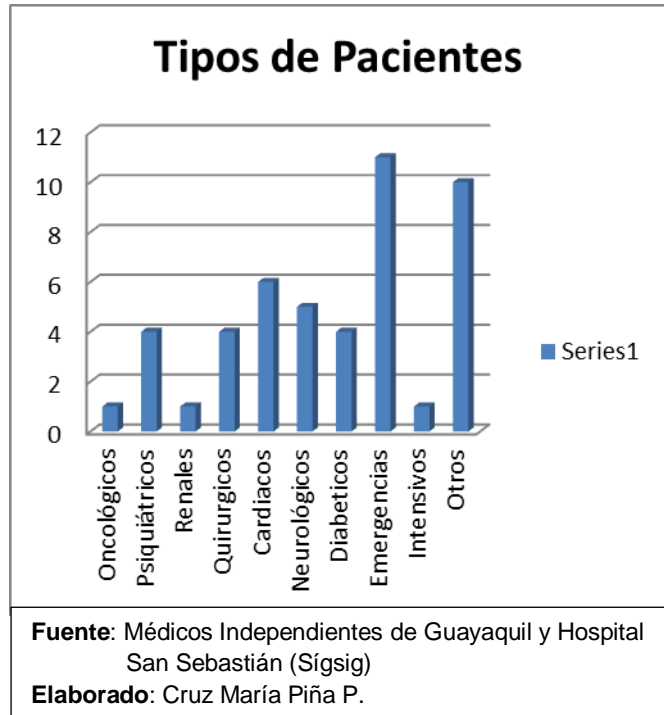
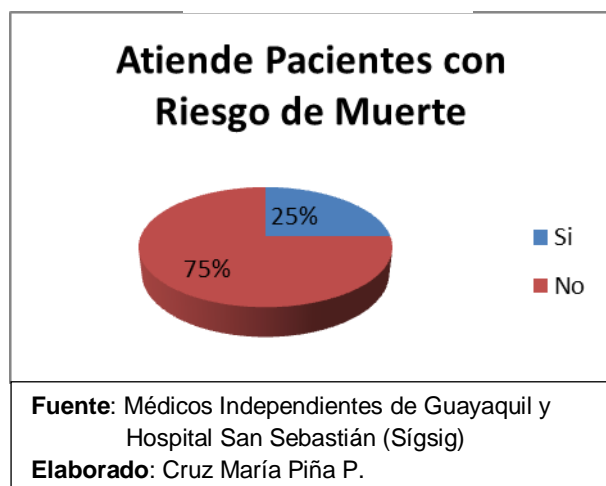


Gráfico N° 14

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	4	25
No	12	75
TOTAL	16	100



Los resultados evidenciados demuestran que aunque el 23% de los pacientes que atienden son casos de emergencias, el 75% de ellos no tienen riesgo de muerte, lo que hace que los profesionales acojan las situaciones de trabajo con cierta naturalidad y tranquilidad.

Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 15

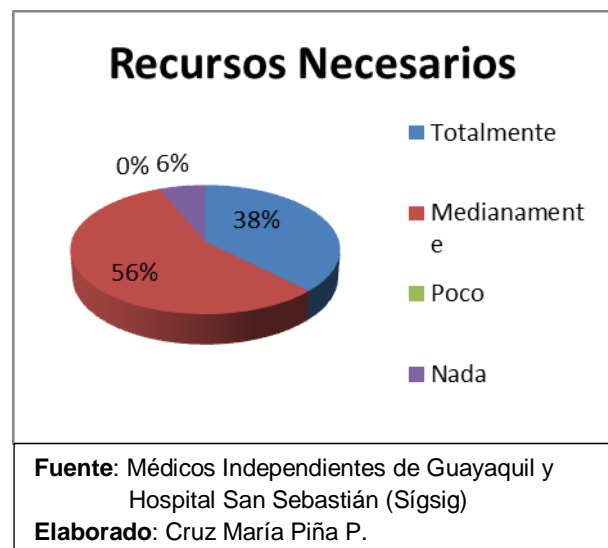
PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	2	12,5
No	14	87,5
TOTAL	16	100

PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	0,2
----------------------------------	-----



Gráfico N° 16

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	6	37,5
Medianamente	9	56,25
Poco	0	0
Nada	1	6,25
TOTAL	16	100



Sociodemográfico y Laboral – Médicos

Gráfico N° 17

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	12	75
No	4	25
TOTAL	16	100

PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	7,92
------------------------------------	------

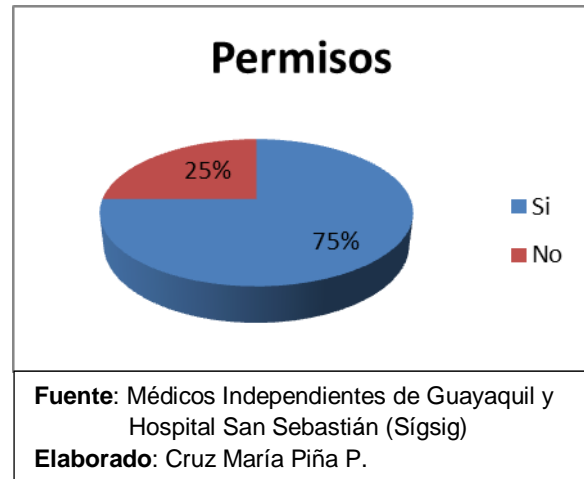
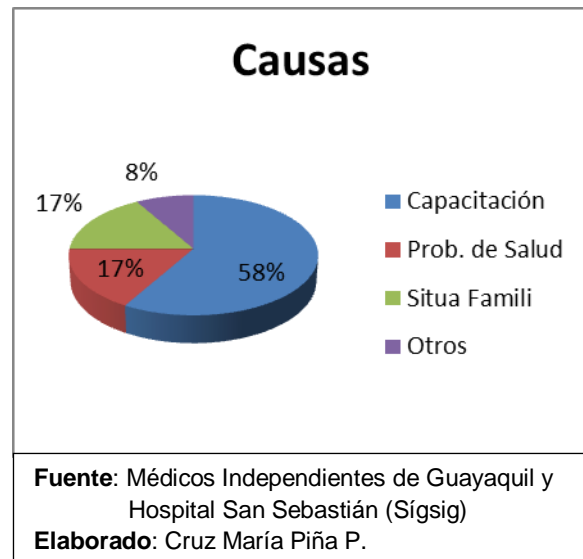


Gráfico N° 18

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	7	58,33
Prob. de Salud	2	16,67
Situac. Familiar	2	16,67
Otros	1	8,33
TOTAL	12	100

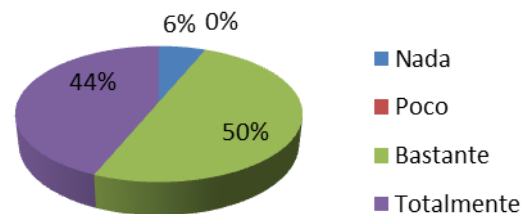


Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 19

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25
Poco	0	0
Bastante	8	50
Totalmente	7	43,75
TOTAL	16	100

¿Cuán valorado se siente por sus Pacientes?



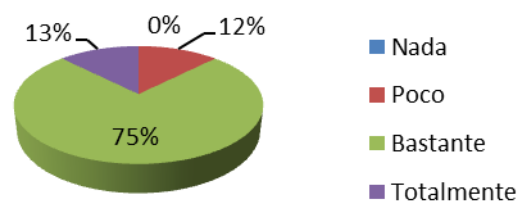
Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sígsg)

Elaborado: Cruz María Piña P.

Gráfico N° 20

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	12,5
Bastante	12	75
Totalmente	2	12,5
TOTAL	16	100

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



Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sígsg)

Elaborado: Cruz María Piña P.

La valoración alta que reciben de los pacientes y de los familiares de ellos, deja entrever que la mayoría se siente reconocido y valorado, aspectos que influyen positivamente en el desempeño laboral; perciben su trabajo como gratificante y no estresante.

Sociodemográfico y Laboral – Médicos

Gráfico N° 21

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	10	62,5
Totalmente	6	37,5
TOTAL	16	100

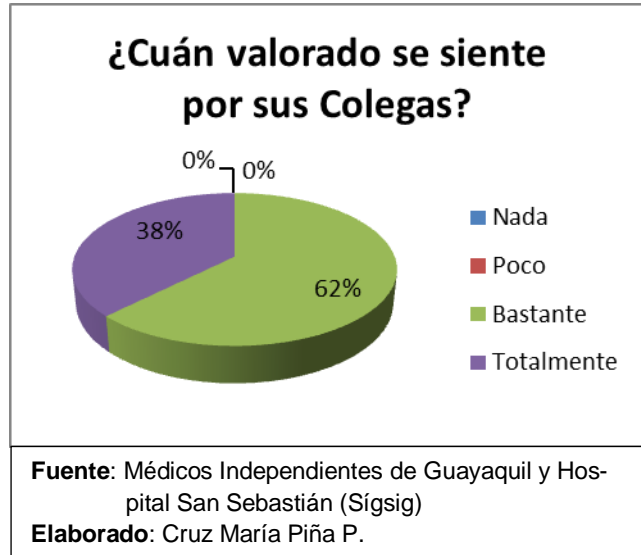


Gráfico N° 22

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,25
Bastante	8	50
Totalmente	7	43,75
TOTAL	16	100



Los porcentajes altos en relación a la valoración que reciben los médicos de sus colegas, así como de parte de los directivos de la Institución, describen al clima laboral como positivo y como elemento que ayuda a reducir y enfrentar cualquier dificultad.

Sociodemográfico y Laboral - Médicos

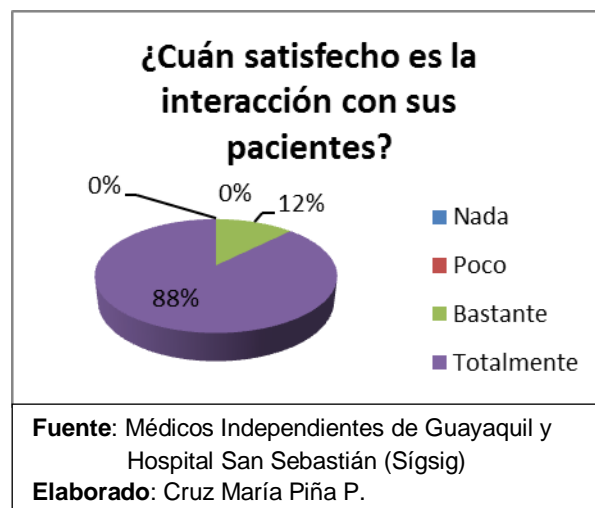
Gráfico N° 23

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	3	18,75
Totalmente	13	81,25
TOTAL	16	100



Gráfico N° 24

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	2	12,5
Totalmente	14	87,5
TOTAL	16	100



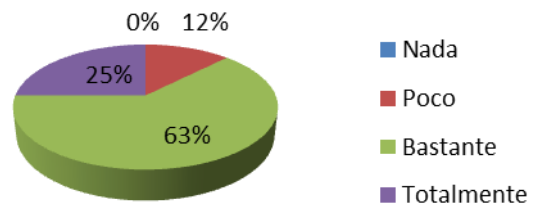
Al ser cuestionados sobre el nivel de satisfacción en el trabajo, la gran mayoría de los médicos encuestados manifiestan que se sienten totalmente satisfechos con lo que realizan, así como de la interacción lograda con sus pacientes, índices que explican el por qué ellos no experimentan agotamiento ni despersonalización, al contrario se sienten plenamente realizados con lo que hacen.

Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 25

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	12,5
Bastante	10	62,5
Totalmente	4	25
TOTAL	16	100

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



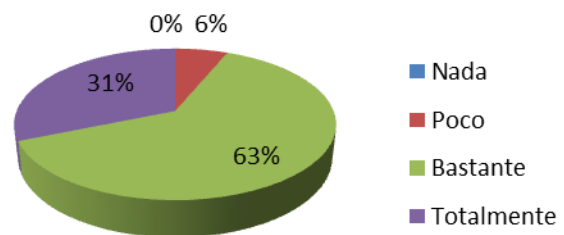
Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sigsig)

Elaborado: Cruz María Piña P.

Gráfico N° 26

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,25
Bastante	10	62,5
Totalmente	5	31,25
TOTAL	16	100

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



Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sigsig)

Elaborado: Cruz María Piña P.

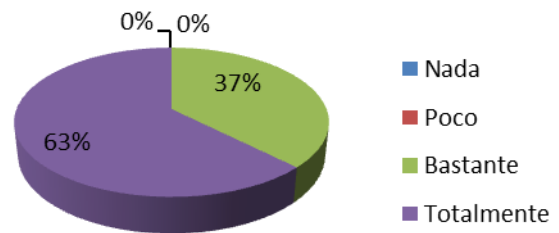
Los porcentajes altos de apoyo que reciben de sus directivos así como de sus colegas, confirman que el clima laboral en el que se desenvuelven los médicos es muy favorable, lo que redundará positivamente en el desempeño laboral y explica por qué los médicos no padecen el burnout.

Sociodemográfico y Laboral - Médicos

Gráfico N° 27

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	6	37,5
Totalmente	10	62,5
TOTAL	16	100

¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general?



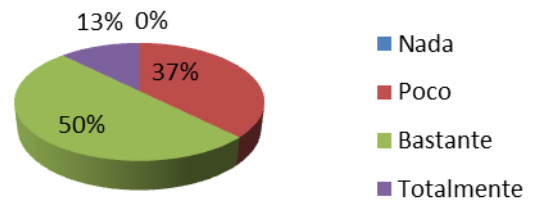
Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sígsig)

Elaborado: Cruz María Piña P.

Gráfico N°28

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	6	37,5
Bastante	8	50
Totalmente	2	12,5
TOTAL	16	100

¿Cuán satisfecho está con su economía?



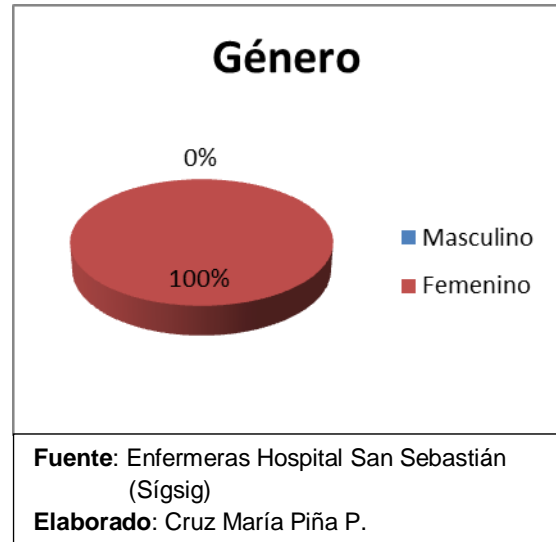
Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sígsig)

Elaborado: Cruz María Piña P.

Cuestionario 1

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras**Gráfico N° 1**

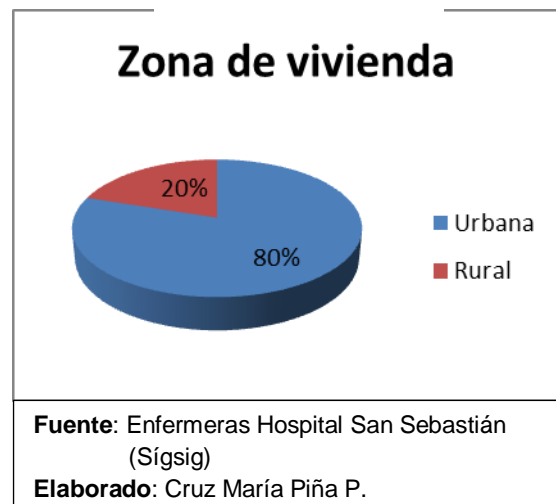
GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	0	0
Femenino	15	100
TOTAL	15	100



PROMEDIO DE EDAD:	32,47
--------------------------	--------------

Gráfico N° 2

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	12	80
Rural	3	20
TOTAL	15	100



Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 3

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	15	100
Blanco	0	0
Afroecuat	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	15	100

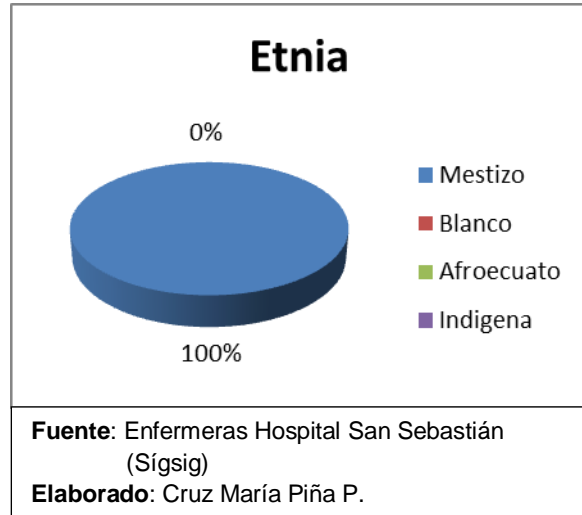
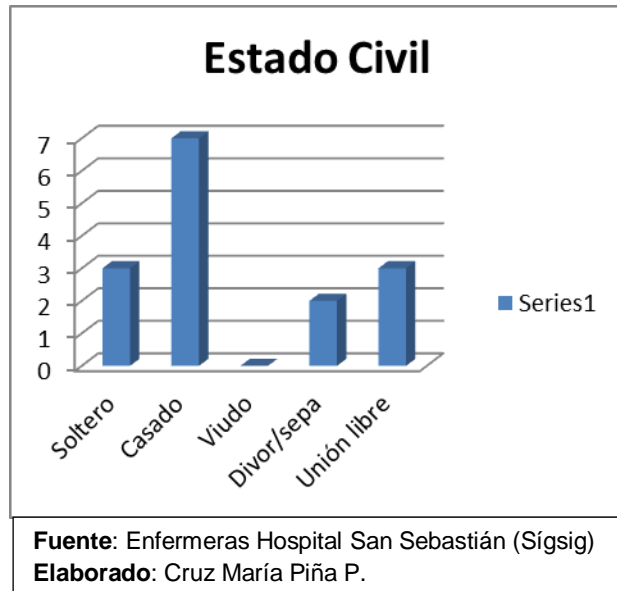


Gráfico N° 4

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	20
Casado	7	46,67
Viudo	0	0
Divorc/sepa	2	13,33
Unión libre	3	20
TOTAL	15	100



PROMEDIO DE HIJOS:	1,33
---------------------------	------

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 5

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	4	26,67
Con más personas	11	73,33
TOTAL	15	100

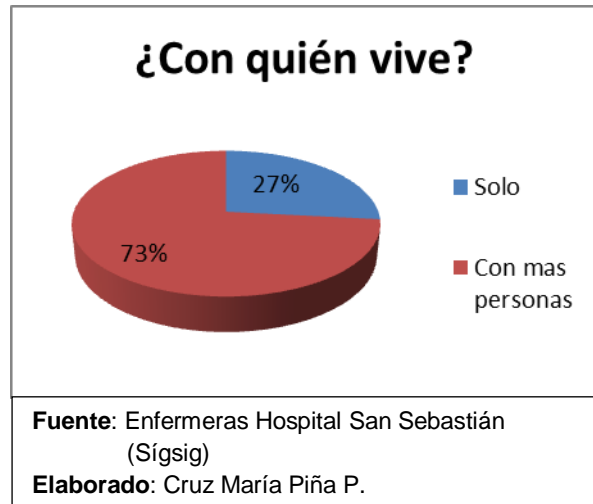
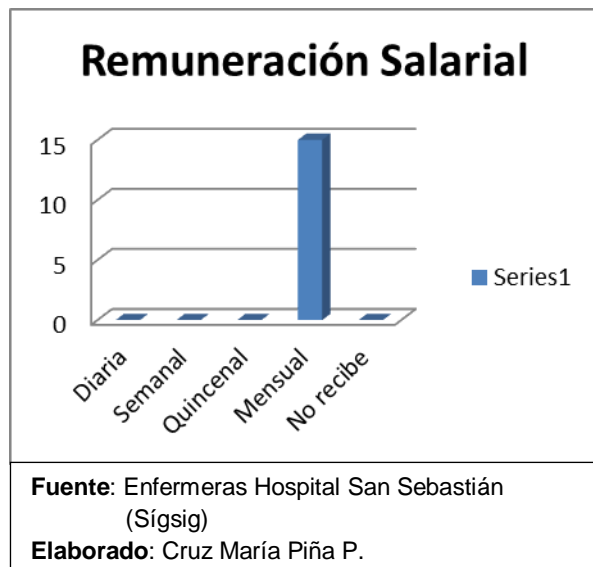


Gráfico N° 6

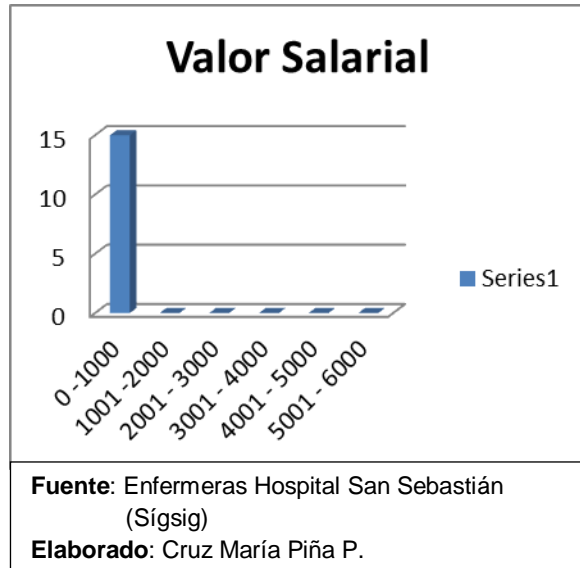
REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	15	100
No recibe	0	0
TOTAL	15	100



Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 7

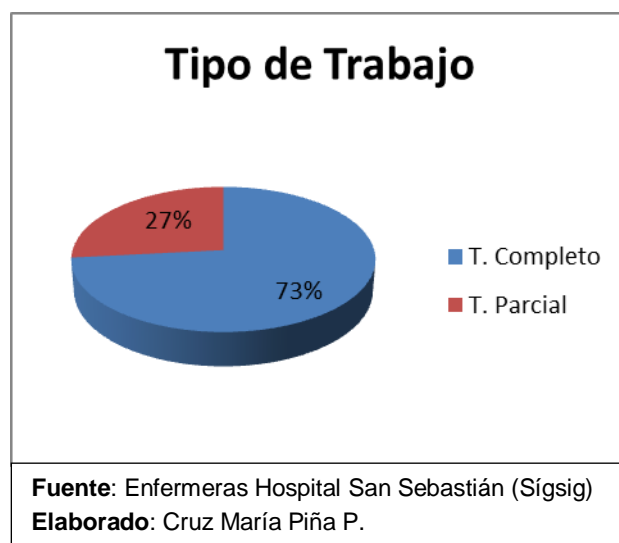
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	15	100
1001 -2000	0	0
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	15	100



PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	7,93
-------------------------------------	------

Gráfico N° 8

TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	11	73,33
T. Parcial	4	26,67
TOTAL	15	100



Sociodemográfico y Laboral – Enfermeras

Gráfico N° 9

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	9	60
Privado	1	6,67
Ambos	5	33,33
TOTAL	15	100

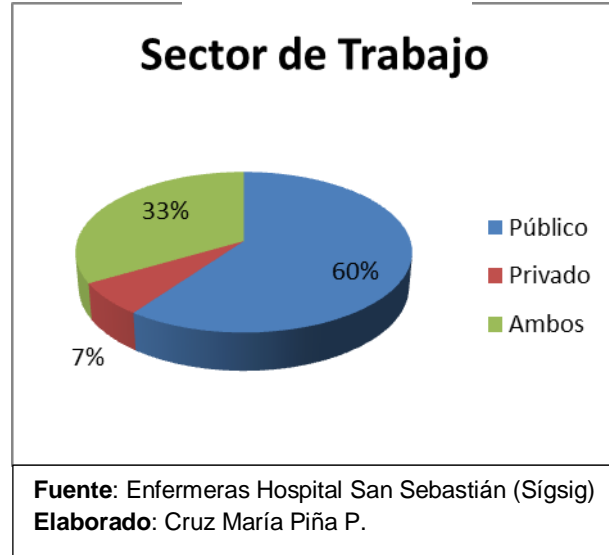
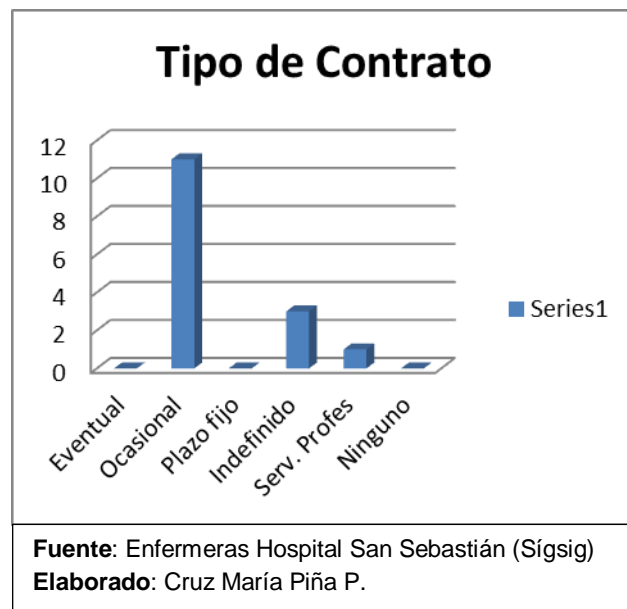


Gráfico N° 10

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0
Ocasional	11	73,33
Plazo fijo	0	0
Indefinido	3	20
Serv. Profes	1	6,67
Ninguno	0	0
TOTAL	15	100



PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1
--	----------

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	7,87
SEMANALES	39,93

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	2	10
Matutino	10	50
Nocturno	1	5
Fin de Sem	2	10
Rotativo	5	25
TOTAL	20	100

GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	29,33
DÍAS	0,33

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	6,67
50 - 75 %	4	26,67
75 - 100 %	10	66,67
TOTAL	15	100

PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	
	17,47

Gráfico N° 11

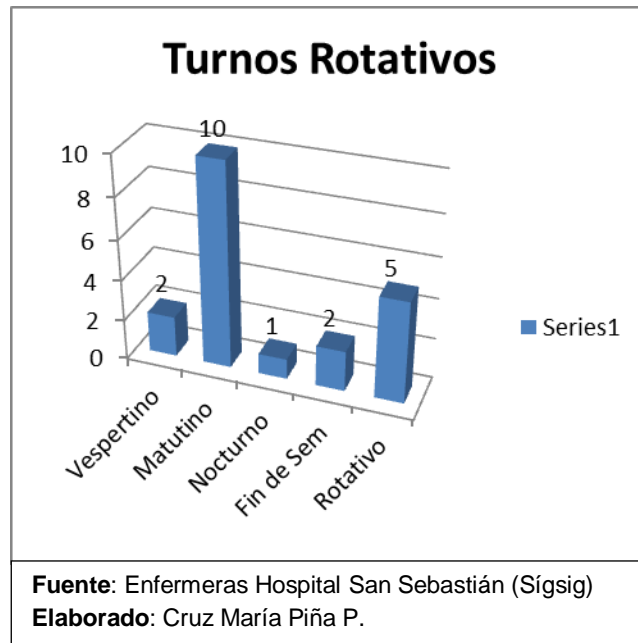
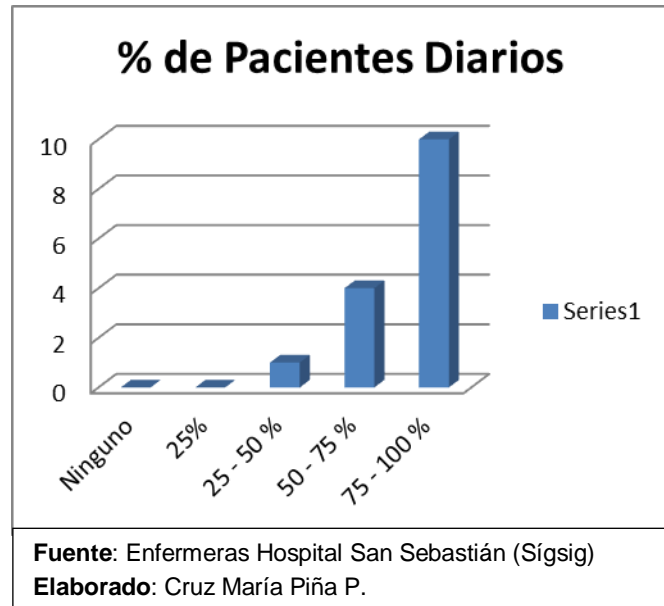


Gráfico N° 12



Aunque la mitad del personal encuestado de las enfermeras labora en jornada matutina, con una carga completa de horas semanales, parece ser que los turnos rotativos que tiene el 25% de ellas, así como el trabajar en fin de semana o en la noche, a más de su intensa jornada de trabajo de la cual, del 75-100% está dedicada a la atención de pacientes, son factores que inciden en detrimento de su desempeño.

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 13

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	3	7,69
Psiquiátricos	4	10,26
Renales	1	2,56
Quirúrgicos	6	15,38
Cardiacos	4	10,26
Neurológicos	2	5,13
Diabéticos	7	17,95
Emergencias	8	20,51
Intensivos	1	2,56
Otros	3	7,69
TOTAL	39	100

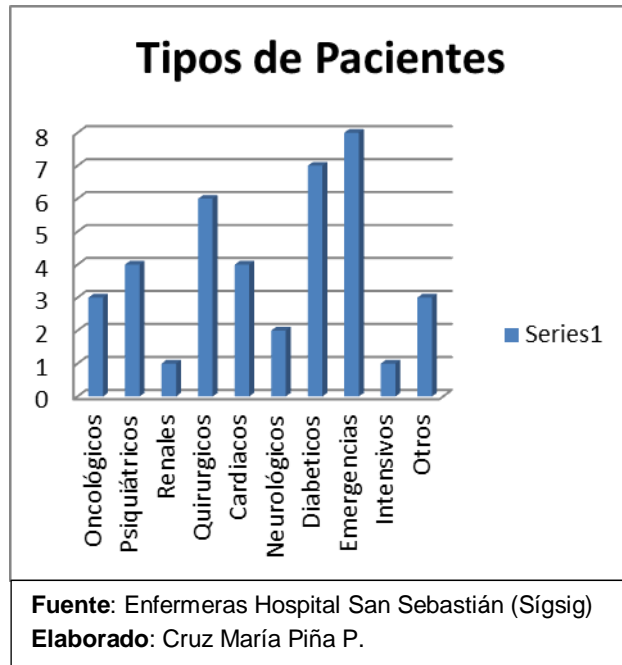
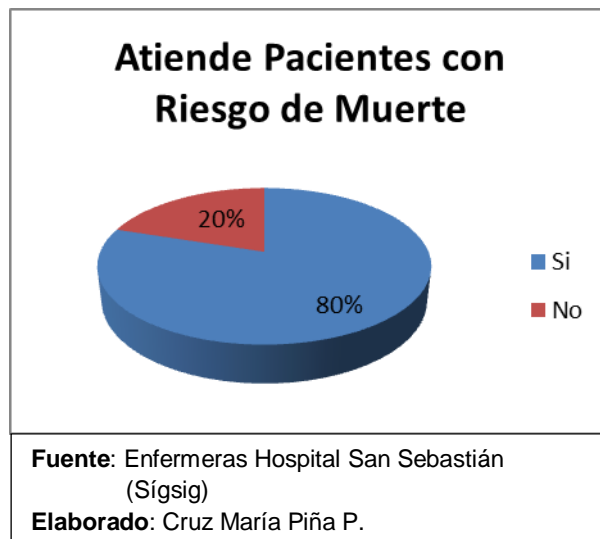


Gráfico N° 14

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	12	80
No	3	20
TOTAL	15	100



El alto porcentaje de atención a pacientes con riesgo de muerte sería otro aspecto que incide en la vulnerabilidad del personal de enfermería, afecta y explica en cierta forma la presencia del síndrome en algunas de ellas.

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 15

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	13	86,67
No	2	13,33
TOTAL	15	100

PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	
	2,8

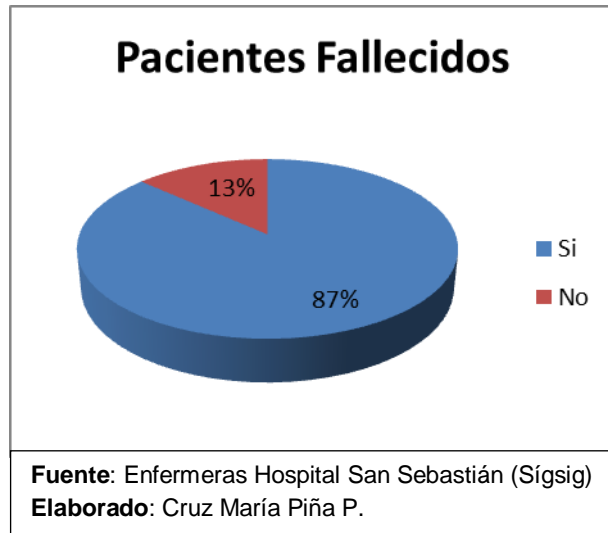
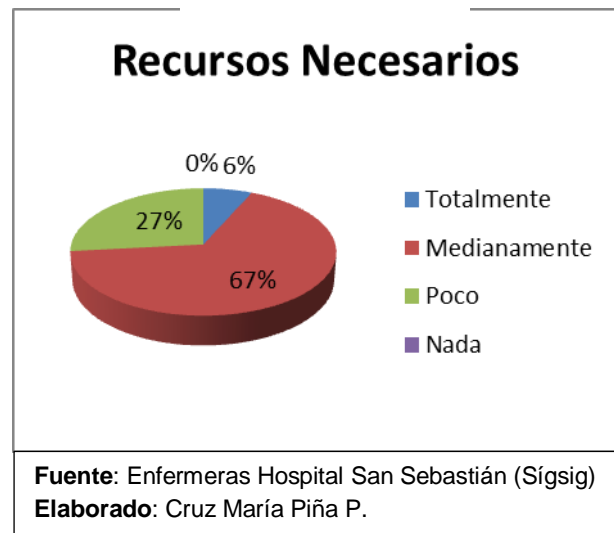


Gráfico N° 16

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	1	6,67
Medianamente	10	66,67
Poco	4	26,67
Nada	0	0
TOTAL	15	100



Uno de los factores que tocan hondamente a la persona es la impotencia frente a la muerte, que afecta y desestabiliza; si a eso se le suma el hecho de contar medianamente con los recursos necesarios, la experiencia laboral se vuelve desmotivante y hasta frustrante, agravantes que colaboran para que el grupo de enfermeras tienda a padecer el síndrome.

Sociodemográfico y Laboral – Enfermeras

Gráfico N° 17

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	8	53,33
No	7	46,67
TOTAL	15	100

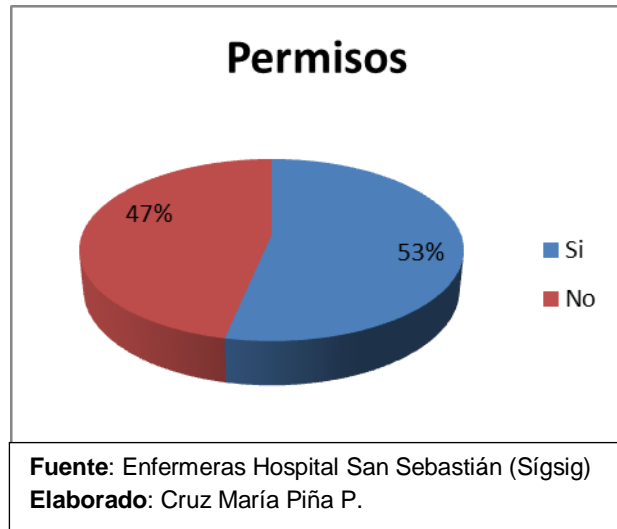
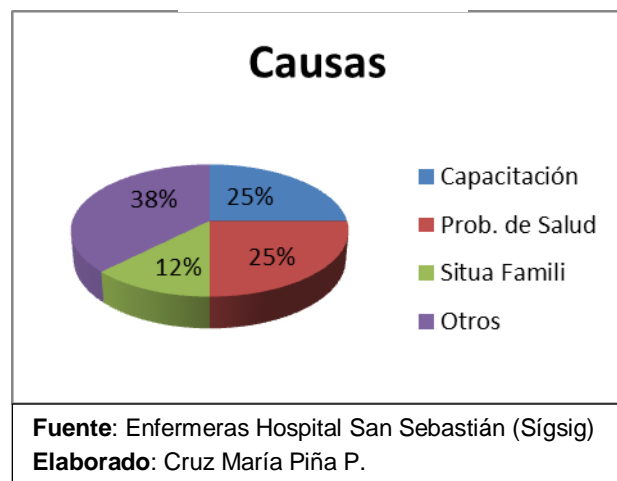


Gráfico N° 18

CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	2	25
Prob. de Sa- lud	2	25
Situac Famili	1	12,5
Otros	3	37,5
TOTAL	8	100



PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	20,7
--	------

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 19

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	13,33
Bastante	6	40
Totalmente	7	46,67
TOTAL	15	100

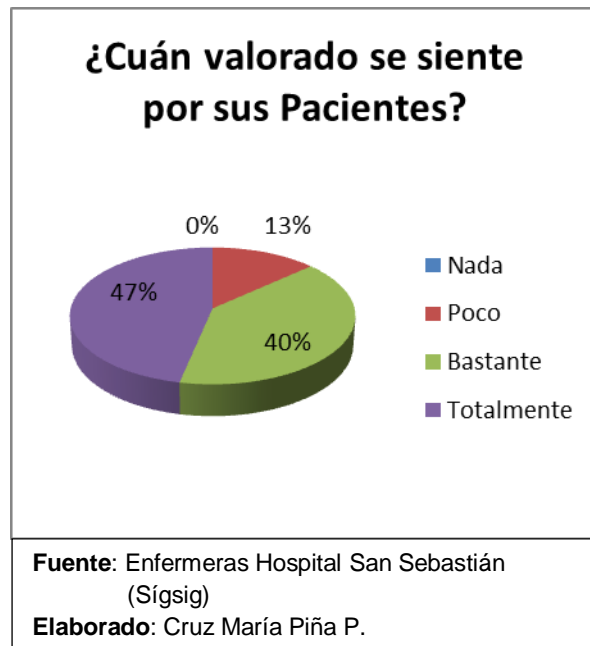
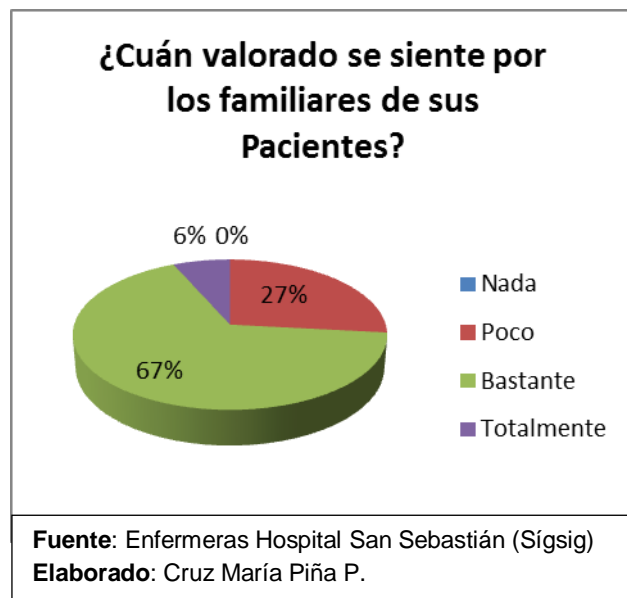


Gráfico N° 20

VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	26,67
Bastante	10	66,67
Totalmente	1	6,67
TOTAL	15	100



La situación estresante que experimentan las enfermeras quizá se ve disminuida gracias a la valoración que reciben tanto de los pacientes como de los familiares de ellos. Los porcentajes altos refieren que estos aspectos se constituyen en ayuda valiosa para sobrellevar la realidad a veces dura.

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 21

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	2	13,33
Poco	6	40
Bastante	6	40
Totalmente	1	6,67
TOTAL	15	100

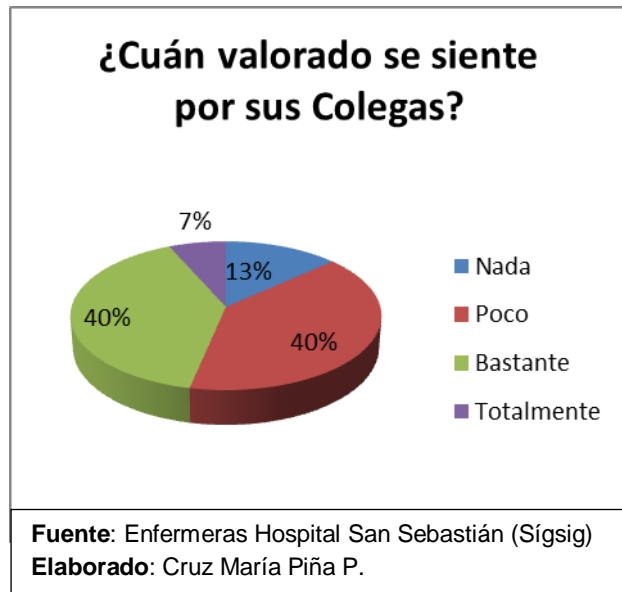
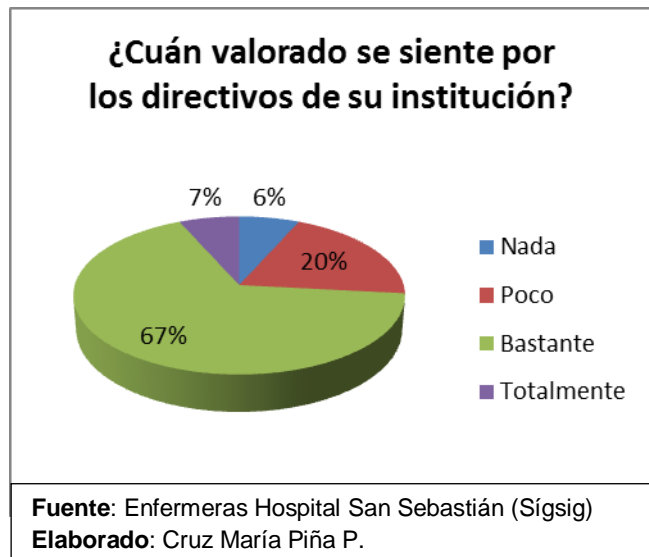


Gráfico N° 22

VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,67
Poco	3	20
Bastante	10	66,67
Totalmente	1	6,67
TOTAL	15	100



Un factor importante de apoyo social es el grupo de amigos y compañeros. De la muestra de enfermeras encuestadas, más de la mitad se siente poco y nada valorado por sus colegas y aunque un porcentaje considerable se siente bastante valorado por los directivos de la institución, el clima de los colegas incidirá directamente en el estado de ánimo del grupo en general.

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

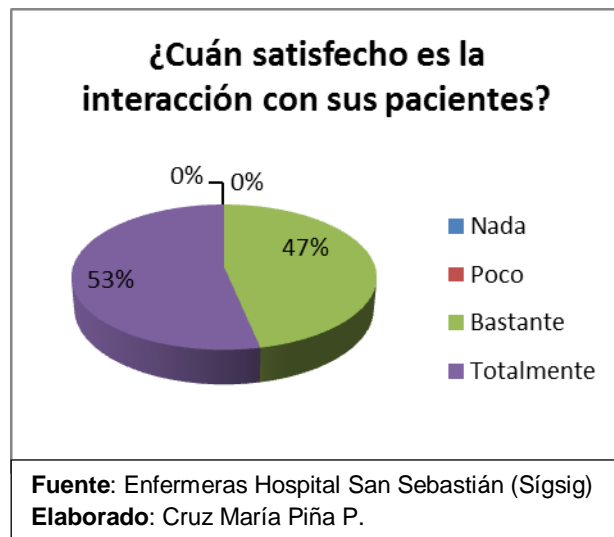
Gráfico N° 23

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	3	20
Totalmente	12	80
TOTAL	15	100



Gráfico N° 24

INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	7	46,67
Totalmente	8	53,33
TOTAL	15	100



Los porcentajes altos de satisfacción en la realización de su trabajo y en interacción con los pacientes puede ser que sea el atenuante que ayude a bajar un tanto el nivel de estrés y de agotamiento. Este grupo humano deja entrever que ama lo que hace.

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 25

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	3	20
Poco	1	6,67
Bastante	8	53,33
Totalmente	3	20
TOTAL	15	100

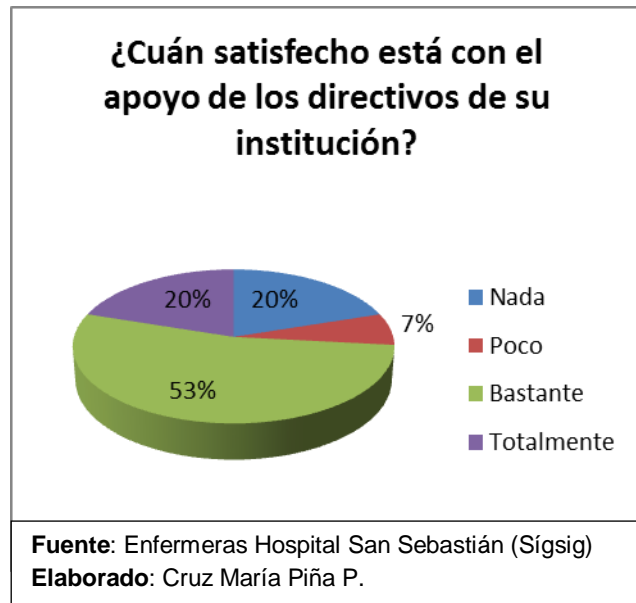
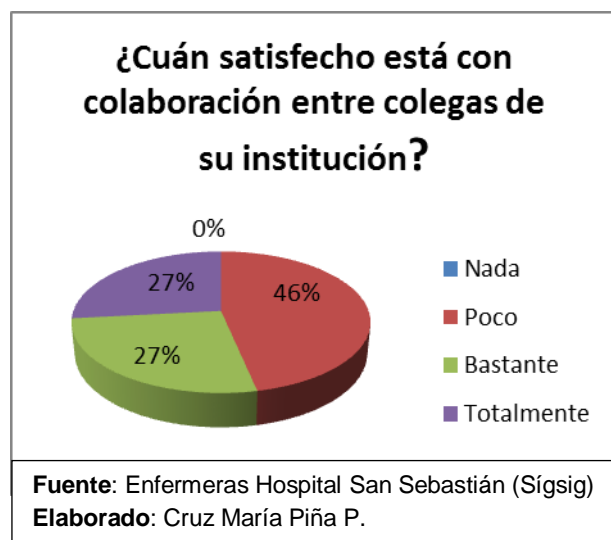


Gráfico N° 26

COLABORACIÓN COLE-GAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	7	46,67
Bastante	4	26,67
Totalmente	4	26,67
TOTAL	15	100



Los resultados muestran que el clima laboral influye y afecta el desempeño de las enfermeras, tan solo la mitad de ellas, se siente apoyado por los directivos y poco por sus colegas, por ello el clima de insatisfacción puede estar afectando directamente al padecimiento del burnout en algunas enfermeras.

Sociodemográfico y Laboral - Enfermeras

Gráfico N° 27

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,67
Bastante	9	60
Totalmente	5	33,33
TOTAL	15	100

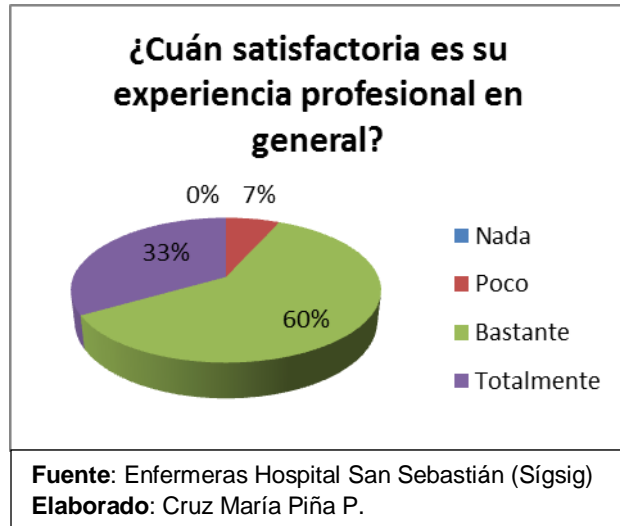


Gráfico N° 28

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	8	53,33
Bastante	6	40
Totalmente	1	6,67
TOTAL	15	100



Cuestionario 2

Inventario de Burnout (MBI) - Médicos

Gráfico N° 1

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	14	87,5
Medio	2	12,5
Alto	0	0
TOTAL	16	100

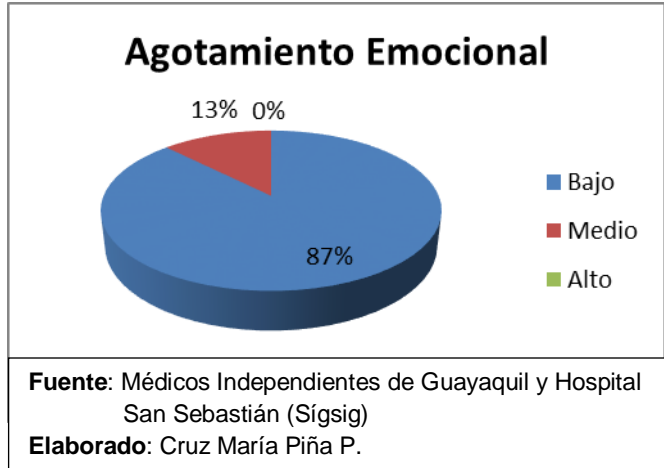
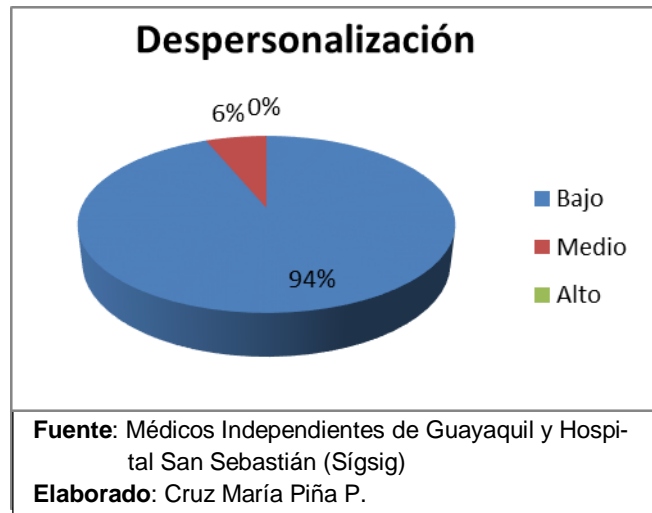


Gráfico N° 2

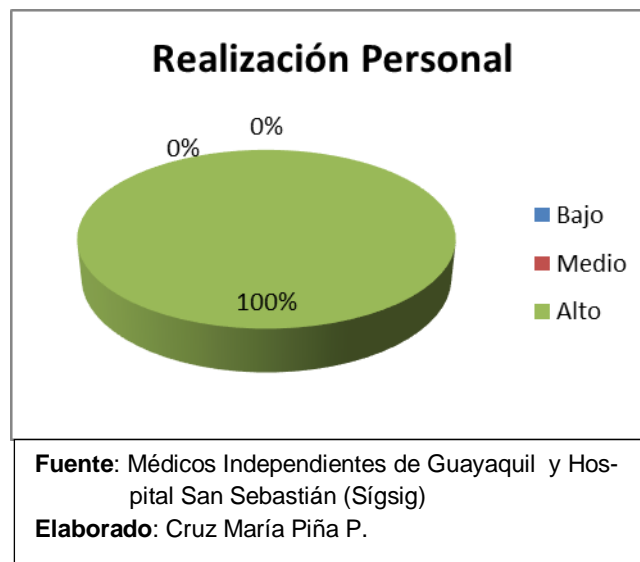
Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	15	93,75
Medio	1	6,25
Alto	0	0
TOTAL	16	100



Los resultados indican que los médicos encuestados experimentan niveles bajos de agotamiento emocional y despersonalización. Constituye una alerta el nivel medio, porque es el personal que en ciertas ocasiones se siente tensionado, frustrado debido al trabajo. La preocupación crece si, al leer los resultados del gráfico 2, coincide que parte de este grupo, es también el que está con un nivel medio en despersonalización, porque siente que su trabajo, en diversas ocasiones, se torna muy fuerte, lo que hace que reaccionen con cierto distanciamiento de los demás, se descuida la atención a los pacientes, este sería el grupo con propensión para adquirir el síndrome o el que ya lo padece.

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	16	100
TOTAL	16	100

Gráfico N° 3

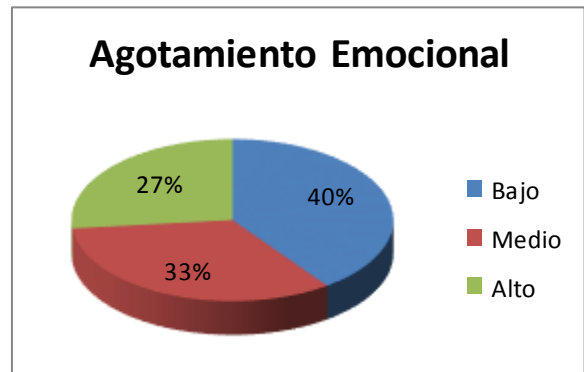


La muestra indica que la mayoría de los médicos encuestados experimentan que su trabajo no les produce gran preocupación, tensión ni frustración, más bien manifiesta actitudes positivas hacia los demás, ya que su trabajo les resulta bastante motivador, de ahí que el grupo de profesionales se sienta realizado personalmente, muy satisfecho en el desempeño de su trabajo, motivado a realizarlo cada vez de mejor manera y con mucha vitalidad.

Inventario de Burnout (MBI) - Enfermeras

Gráfico N° 4

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	6	40
Medio	5	33,33
Alto	4	26,67
TOTAL	15	100

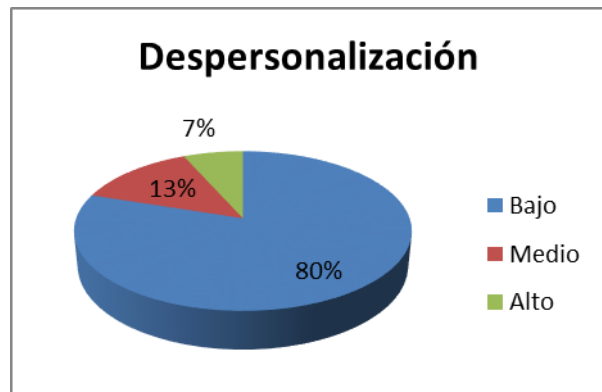


Fuente: Enfermeras Hospital San Sebastián (Sígsg)

Elaborado: Cruz María Piña P.

Gráfico N° 5

Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	12	80
Medio	2	13,33
Alto	1	6,67
TOTAL	15	100



Fuente: Enfermeras Hospital San Sebastián (Sígsg)

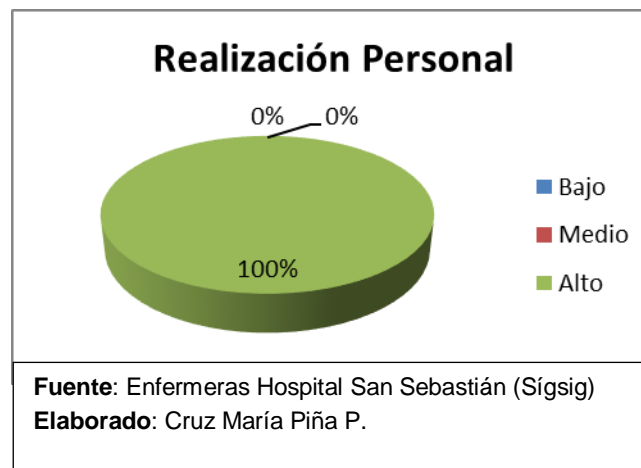
Elaborado: Cruz María Piña P.

Los resultados indican que aunque un porcentaje considerable de las enfermeras encuestadas experimentan un nivel bajo de Agotamiento Emocional, son preocupantes las que puntúan en los rangos de nivel alto y medio.

La preocupación se acentúa si se considera los niveles medio y alto de despersonalización (Gráfico 5), lo que demuestra que en el grupo de enfermeras encuestadas hay personal que padece ya el síndrome y otro que está al límite de adquirirlo.

Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100

Gráfico N° 6



La muestra indica que un buen porcentaje (40%) de las enfermeras encuestadas están bien en su trabajo, ya que éste no les produce gran preocupación, tensión, ni frustración. Otra proporción (33%), experimenta que algunas veces se siente tensionada, frustrada y un grupo menor (27%) presenta una progresiva pérdida de las energías vitales y cierta despreocupación creciente entre el trabajo realizado y cansancio. Se encuentra irritable, se queja constantemente por la cantidad de trabajo realizado y por ende le es difícil disfrutar de las tareas que realiza.

En relación a la experiencia de despersonalización, la gran mayoría presenta actitudes positivas hacia los demás, se siente motivado en su trabajo. Sin embargo, quienes están con nivel medio sienten que en ocasiones se distancian de los demás. Merece atención particular el porcentaje del nivel alto (7%) porque al tiempo que experimenta agotamiento, presenta actitudes de distanciamiento, un cambio negativo en actitudes y respuestas hacia los demás, con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo.

Y aunque todas las enfermeras encuestadas se sienten muy satisfechas del trabajo realizado, motivado y con vitalidad, para realizarlo cada vez mejor, se podría decir que el 7% del personal de enfermería padece del síndrome de burnout, con un nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización. Es de cuidado, también el 13% que siente que a más de la falta de vitalidad, a veces se vuelve irritable y desmotivado, pues está al límite de adquirir el síndrome.

Cuestionario 3

Salud General – Médicos (GHQ-28)

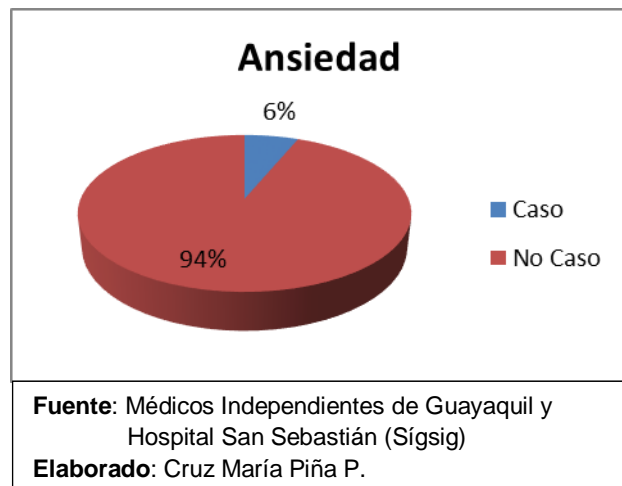
Gráfico N° 1

Síntomas Psicómicos		
Estado	fr	%
Caso	2	12,5
No Caso	14	87,5
TOTAL	16	100



Gráfico N° 2

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	1	6,25
No Caso	15	93,75
TOTAL	16	100

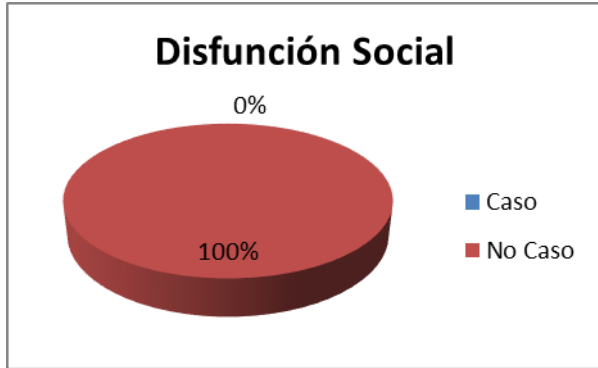


Los resultados muestran que de los médicos encuestados, un porcentaje bajo presenta síntomas psicómicos como dolor de cabeza, cansancio, escalofríos..., causados por diversos factores: estrés, afecciones biológicas, entre otros (Gráfico 1).

Además, se observa que casi en igual proporción se evidencian síntomas de ansiedad, como tensión, irritabilidad, excesiva preocupación, nerviosismo, cierta dificultad para conciliar el sueño (Gráfico 2).

Gráfico N° 3

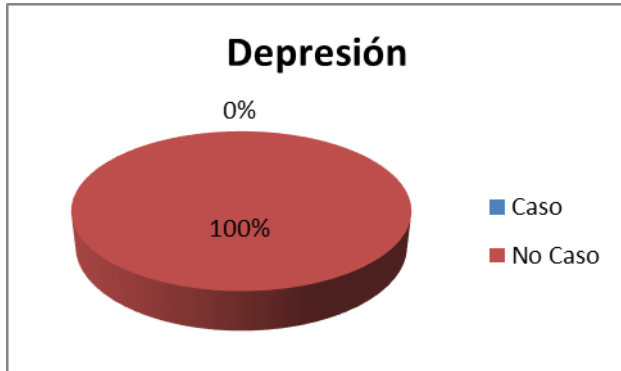
Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	16	100
TOTAL	16	100



Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sígsg)
Elaborado: Cruz María Piña P.

Gráfico N° 4

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	16	100
TOTAL	16	100



Fuente: Médicos Independientes de Guayaquil y Hospital San Sebastián (Sígsg)
Elaborado: Cruz María Piña P.

En relación a la Disfunción social en la actividad diaria, los resultados indican que su desempeño es bueno, mantienen actitudes positivas de cercanía a los pacientes, a sus colegas; ejercen su profesión con satisfacción. El grupo de médicos no muestra indicios de posible depresión.

Salud General – Enfermeras (GHQ-28)

Gráfico N° 5

Síntomas Psicósomáticos		
Estado	fr	%
Caso	6	40
No Caso	9	60
TOTAL	15	100

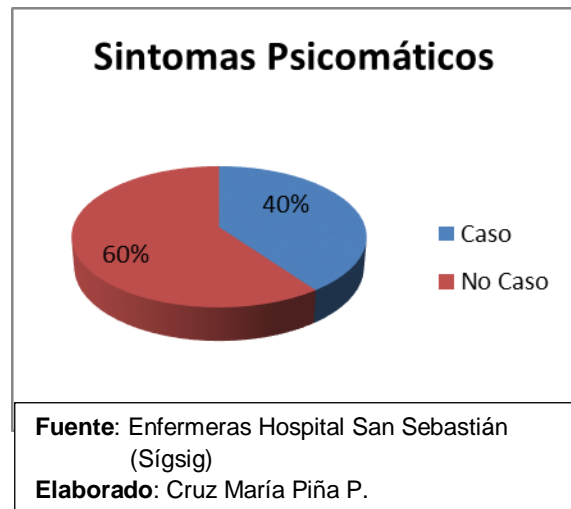
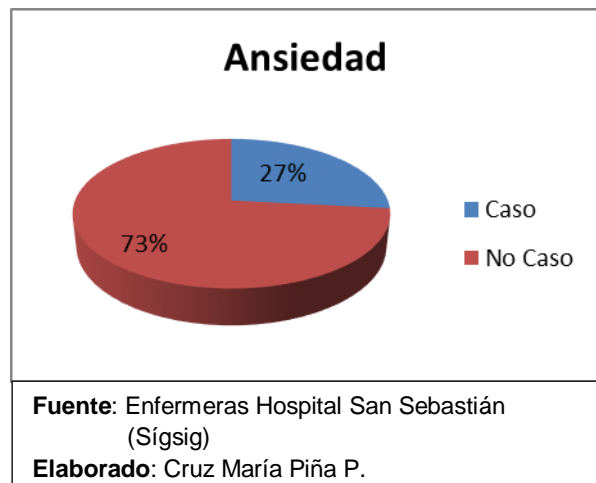


Gráfico N° 6

Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	4	26,67
No Caso	11	73,33
TOTAL	15	100

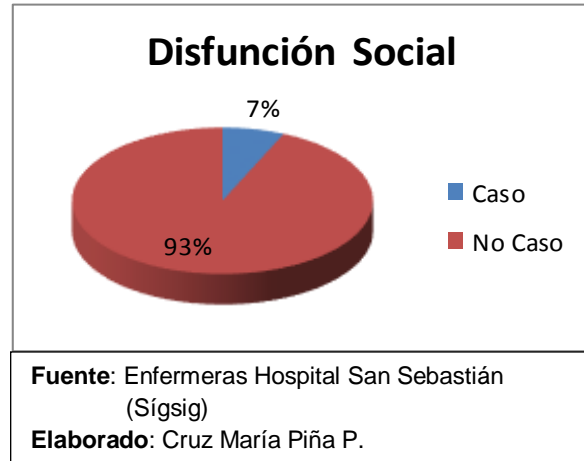


Cerca de la mitad del personal de enfermería encuestado experimenta síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, cansancio, escalofríos..., originados por diversas causas: afecciones biológicas, estrés, depresión, agotamiento... (Gráfico 5).

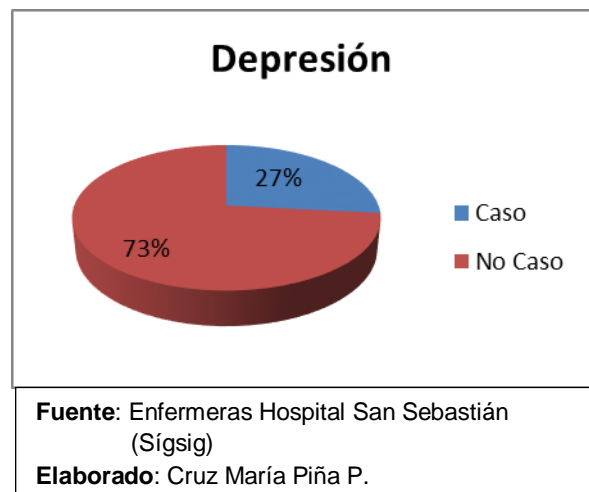
Sin embargo, los síntomas de ansiedad como dificultad para conciliar el sueño, preocupación excesiva, tensión, irritabilidad y cierto nerviosismo se evidencia en casi un tercio de la muestra (Gráfico 6).

Gráfico N° 7

Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	1	6,67
No Caso	14	93,33
TOTAL	15	100

**Gráfico N° 8**

Depresión		
Estado	fr	%
Caso	4	26,67
No Caso	11	73,33
TOTAL	15	100



En el 7% del personal de enfermería se detecta algunos sentimientos negativos en torno a las actividades que realizan durante el día. Sienten la dificultad para concentrarse, que invierten más tiempo en la realización de tareas y que crece la sensación de insatisfacción (Gráfico 7).

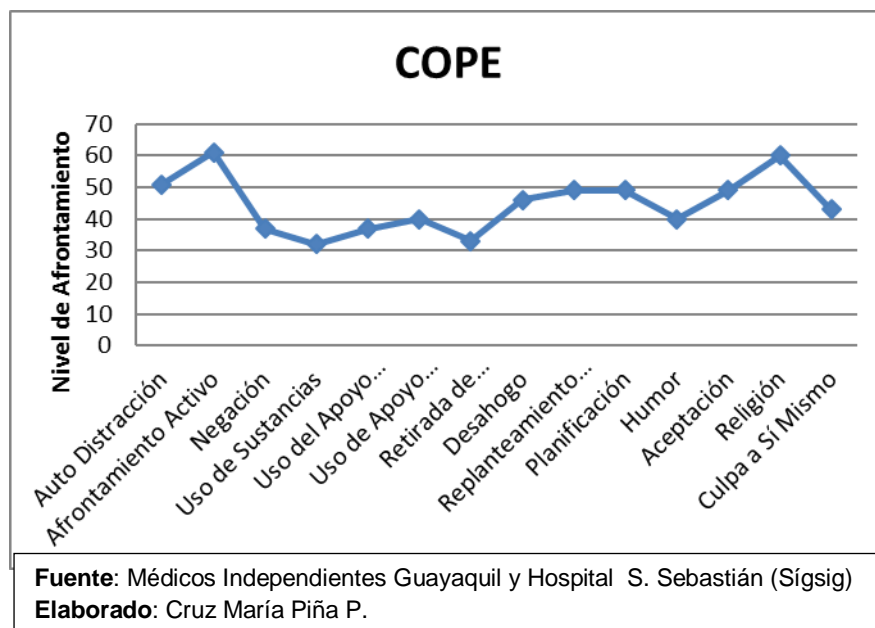
Preocupa el porcentaje del personal que experimenta depresión, con la presencia de algunos síntomas como el insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad desesperanza, sin sentido de las cosas,...

La presencia de los 4 indicadores demuestra que parte del personal de enfermería que labora en la Institución padece el síndrome del desgaste profesional.

Cuestionario 4

Afrontamiento - Médicos (BRIEF - COPE)**Gráfico N° 1**

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	51
Afrontamiento Activo	61
Negación	37
Uso de Sustancias	32
Uso del Apoyo Emocional	37
Uso de Apoyo Instrumental	40
Retirada de Comportamiento	33
Desahogo	46
Replanteamiento Positivo	49
Planificación	49
Humor	40
Aceptación	49
Religión	60
Culpa a Sí Mismo	43



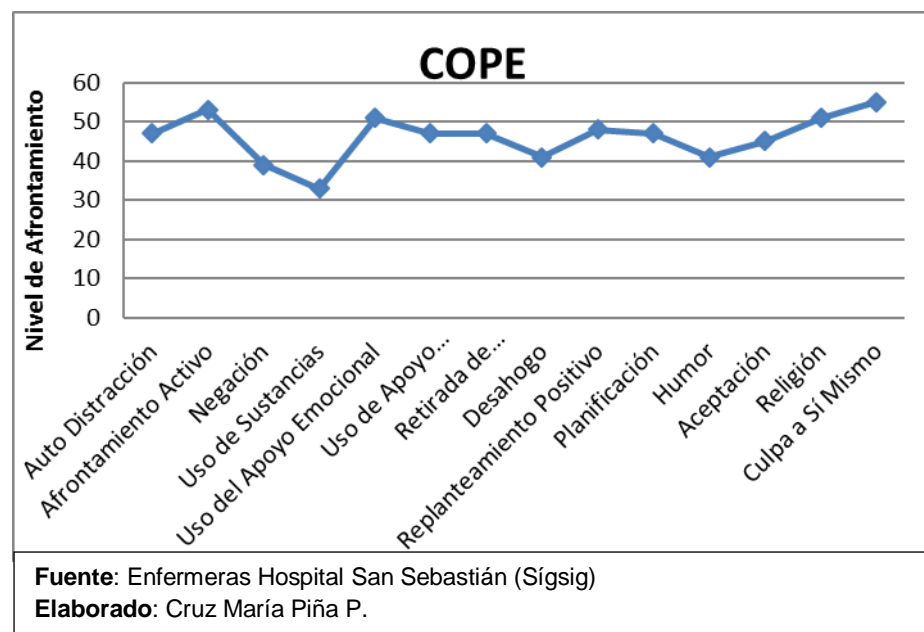
Como se puede observar, la escala registra como métodos más utilizados por los médicos para afrontar su situación de desmotivación, cansancio o desgaste en el desempeño profesional, la realización de actividades diversas u otros proyectos, en modo considerable las de carácter religioso, como una manera de eliminar o reducir el estrés.

Así mismo, los métodos menos utilizados son los de consumo de drogas, alcohol o medicamentos, y lo que se refieren a la adopción de actitudes de abandono de sus metas trazadas, como formas de olvidar sus problemas.

Afrontamiento - Enfermeras - (BRIEF - COPE)

Gráfico N° 2

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	47
Afrontamiento Activo	53
Negación	39
Uso de Sustancias	33
Uso del Apoyo Emocional	51
Uso de Apoyo Instrumental	47
Retirada de Comportamiento	47
Desahogo	41
Replanteamiento Positivo	48
Planificación	47
Humor	41
Aceptación	45
Religión	51
Culpa a Sí Mismo	55



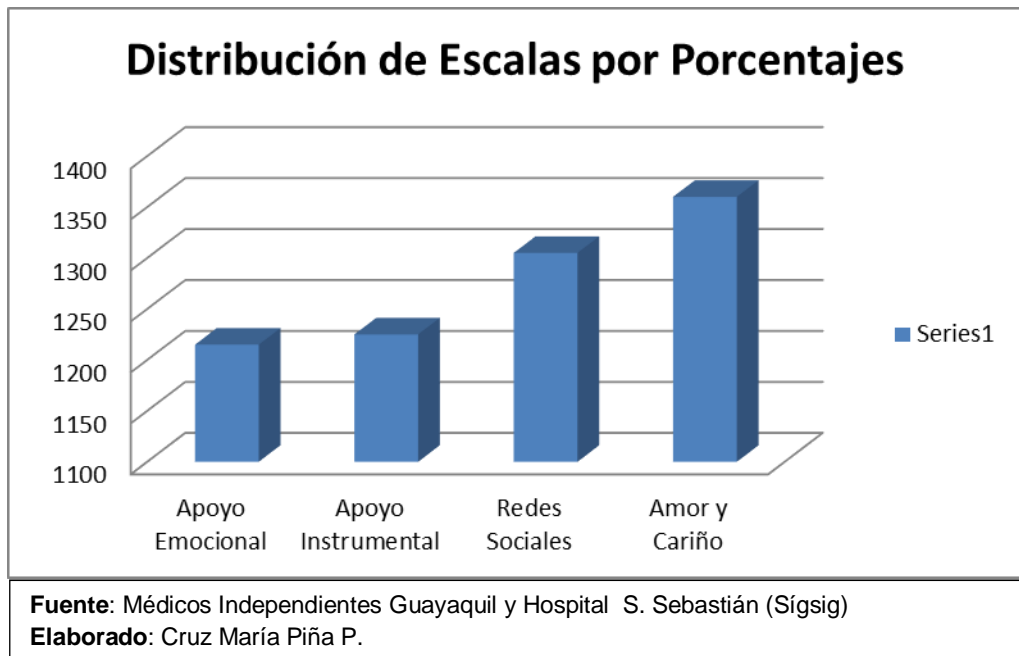
Vistos los resultados, se evidencia que el personal de enfermería frente a situaciones estresantes utiliza como método de afrontamiento el criticarse y culparse a sí mismas. Algunas realizan actividades que les ayudan a distraer su atención o buscan apoyo, comprensión y simpatía de otros, a manera de cierto desahogo aliviador.

El método menos utilizado es el del consumo de sustancias como alcohol, drogas o medicamentos que les desconectan de la realidad que las estresa.

Cuestionario 5

Apoyo Social - Médicos (AP)**Gráfico N° 1**

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1215
Apoyo Instrumental	1225
Redes Sociales	1305
Amor y Cariño	1360



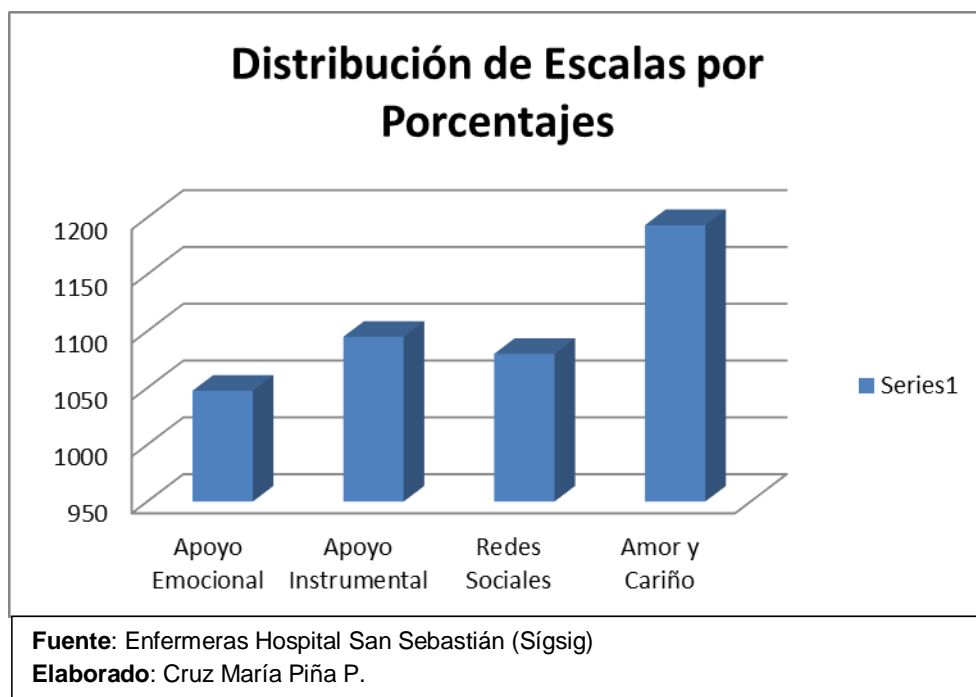
Los resultados indican que la gran mayoría de médicos encuestados cuenta con un buen círculo de apoyo social, que favorece un afrontamiento adaptativo en situaciones estresantes. Esto deja entrever que hay un buen nivel de comunicación interpersonal. El tipo de apoyo social que poseen para un mejor desempeño y desarrollo profesional es el afectivo, expresados en las diversas manifestaciones de amor y cariño que refuerzan la autoestima y ayudan a la construcción de una forma de percibir las situaciones de manera positiva, a la vez que favorece la creación de vínculos afectivos. En segundo lugar está el uso de las redes sociales que ofrecen una gama de posibilidades para distraerse, divertirse, distensionarse y mantener contactos sociales.

De otra parte, se puede observar que preferentemente los médicos afrontan sus problemas en forma personal, sin recurrir a otros tipos de ayuda, en este caso el porcentaje más bajo es el de apoyo emocional.

Apoyo Social - Enfermeras - (AP)

Gráfico N° 1

Apoyo Social	
Apoyo Emocional	1047,5
Apoyo Instrumental	1095
Redes Sociales	1080
Amor y Cariño	1193,3



El gráfico indica que el grupo de enfermeras, cuenta con un círculo de apoyo social de puntuación alta, que le permite afrontar de mejor manera las situaciones estresantes. El tipo de apoyo más utilizado para un mejor desarrollo de su labor profesional es el afectivo que se expresa en gestos de cariño, de amor que refuerzan la autoestima y ayudan a construir una percepción positiva de los vínculos afectivos que se crean.

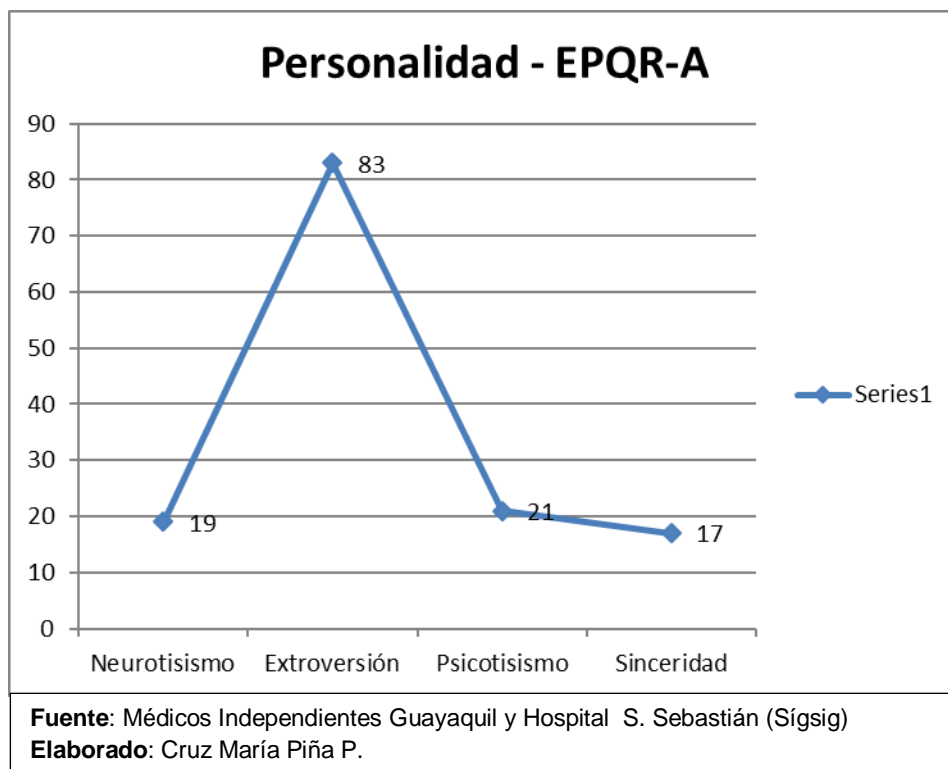
Sin embargo, el método menos utilizado es el emocional, dado que ellas prefieren afrontar sus problemas en forma personal sin recurrir a otro tipo de ayuda.

Cuestionario 6

Personalidad- Médicos (EPQR-A)

Gráfico N° 1

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	19	13,57
Extroversión	83	59,29
Psicotimismo	21	15
Sinceridad	17	12,14
TOTAL	140	100

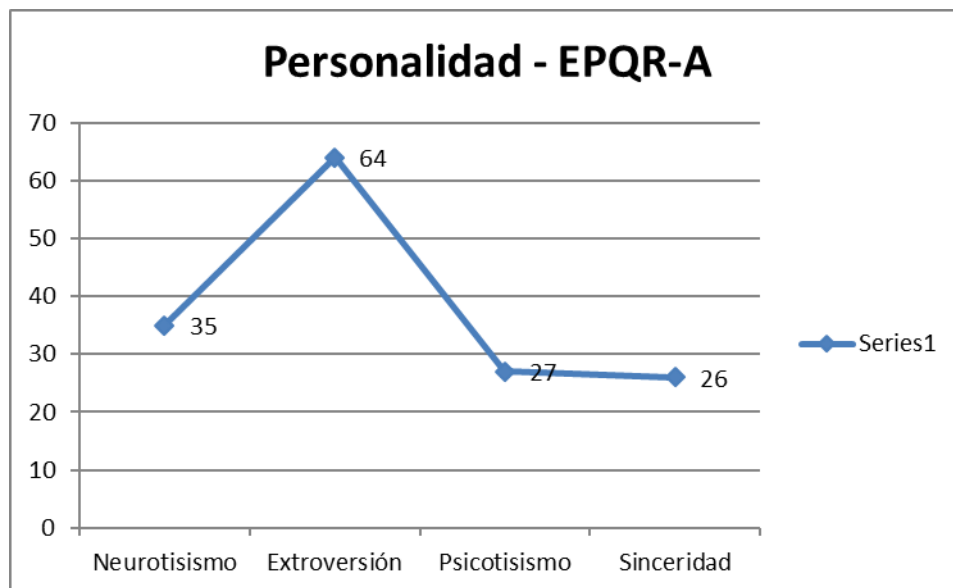


La puntuación alta expresada en el gráfico, revela que más de la mitad del grupo de médicos se caracteriza por ser extrovertido, personas sociables a las que les gustan las fiestas, tienen facilidad para hacer amigos, por lo mismo necesitan hablar e interactuar con los otros, condescendientes, optimistas, divertidos, alegres; prefieren estar ocupados, no les agrada leer o estudiar solos. Anhelan la animación, son arriesgados, humoristas, siempre tienen una respuesta para cualquier situación y gustan de los cambios; un tanto despreocupados, actúan improvisadamente y son generalmente impulsivos y hasta un tanto agresivos, nerviosos, pierden la calma con facilidad.

Personalidad - Enfermeras - (EPQR-A)

Gráfico N° 2

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	35	23,03
Extroversión	64	42,11
Psicotisismo	27	17,76
Sinceridad	26	17,11
TOTAL	152	100



Fuente: Enfermeras Hospital San Sebastián (Sígsig)

Elaborado: Cruz María Piña P.

El cuadro indica que un grupo considerable de enfermeras encuestadas tiene una puntuación alta en la extroversión como rasgo de personalidad. Eso las define como personas sociables a quienes agradan las fiestas, con facilidad para establecer relaciones y hacer amigos, prefieren estar, leer o estudiar en grupo. Son animosas, arriesgadas, improvisadoras y hasta impulsivas. Aficionadas a las bromas, con respuestas prontas. Gustan de los cambios a pesar de ser algo despreocupadas, condescendientes, son optimistas, divertidas, alegres. Prefieren permanecer ocupadas, con cierta tendencia a la agresividad y por ende pierden los nervios rápidamente.

Llama la atención el porcentaje de enfermeras en las que se evidencia rasgos de personalidad con indicadores de Neuroticismo, es decir, personas ansiosas, preocupadas, emotivas, con tendencias a cambios de humor bruscos, frecuentes; reaccionan de forma excesiva, a veces irracional y rígida ante estímulos; con dificultad para volver a su nivel emocional normal después de su activación emocional. Con propensión al insomnio y a varios trastornos psicósomáticos.

DISCUSIÓN

*“Busca dentro de ti la solución de todos los problemas,
hasta aquellos que creas más exteriores y materiales”
(Amado Nervo)*

La identificación del Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud, así como los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, es objetivo primordial de esta investigación, realizada con profesionales que trabajan en el Hospital San Sebastián del cantón Sigsig y otros de manera independiente en Guayaquil. Ello ha despertado el interés de todos los involucrados, directivos, médicos y enfermeras, ya que permite no sólo tener una visión de lo que sucede dentro del establecimiento de salud sino también el buscar soluciones a inconvenientes si los hubiere.

Los resultados obtenidos en el MBI, señalan que la muestra de médicos de este estudio revela mayoritariamente niveles bajos en la frecuencia e intensidad de las subescalas de agotamiento emocional 87,5% y despersonalización 93,75%, y un alto nivel en la frecuencia de realización personal, 100%. Merece considerar el nivel medio de las subescalas mencionadas porque indican la propensión al padecimiento del síndrome, señalados en los gráficos 1, 2 y 3 del cuestionario N° 2.

Según Pines, Aronson y Kafry (1981), el burnout se debe a *un agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos períodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente*. En el caso de los médicos, los porcentajes altos manifiestan totalmente lo contrario: la actitud positiva hacia los demás, el trabajo que les resulta gratificante, el sentir que están plenamente realizados como personas, muy satisfechos con el desempeño de su trabajo, apoyados tanto por sus colegas como por sus directivos, son aspectos que les motivan a realizarlo cada vez de mejor manera y con mucha vitalidad y que disminuyen la posibilidad de afectarse con el síndrome del desgaste profesional.

En lo referente al personal de enfermería, los resultados reflejados en el Cuestionario N° 2, gráficos 4,5 y 6, demuestran que la frecuencia e intensidad de las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización marcan un nivel alto y medio preocupante, aunque el nivel de realización personal sea también alto. Así, el 33% experimenta que algunas veces se siente tensionada, frustrada y un 27% presenta una progresiva pérdida de las energías vitales y cierta despreocupación creciente entre el trabajo realizado y cansancio. Se encuentra irritable, se queja constantemente por la cantidad

de trabajo realizado y por ende le es difícil disfrutar de las tareas que realiza, aspectos que propiciarían la presencia del síndrome.

En relación a la experiencia de despersonalización, el 80% presenta actitudes positivas hacia los demás, se siente motivado en su trabajo. Sin embargo, el 13% que está con nivel medio siente que en ocasiones, el trabajo se torna fuerte en tal forma que los distancia de los demás. Merece particular atención el 7%, porque al tiempo que experimenta agotamiento, presenta actitudes de distanciamiento, un cambio negativo en actitudes y respuestas hacia los demás, con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo, aspectos que muestran la tendencia a padecer el síndrome.

Si bien Moreno Toledo A. (2007), define el burnout como cuadro psicológico que aparece 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, podría decirse que el ambiente laboral juega un papel decisivo en la vida y desempeño profesional y por ende en la presencia o ausencia del síndrome. Y este precisamente, podría ser el factor determinante en el caso del personal de enfermería, el 33% experimenta que algunas veces se siente tensionada, frustrada y un 27% presenta una progresiva pérdida de las energías vitales y cierta despreocupación creciente entre el trabajo realizado y cansancio. Se encuentra irritable, se queja constantemente por la cantidad de trabajo realizado y por ende le es difícil disfrutar de las tareas que realiza. Además, el 13% que está con nivel medio en realización personal, siente que en ocasiones, el trabajo se torna fuerte en tal forma que los aleja de los demás. Y aunque, el 100% de las enfermeras encuestadas se siente muy satisfecha del trabajo realizado, motivado y con vitalidad, para realizarlo cada vez mejor, se puede concluir que el 7% del personal de enfermería padece del síndrome de burnout, con un nivel alto de agotamiento emocional y despersonalización. Es de cuidado, también el 13% que siente que a más de la falta de vitalidad, a veces se torna más irritable y desmotivado, pues está al límite de adquirirlo.

Los estudios realizados sobre la frecuencia de los síntomas del síndrome de burnout en médicos de Argentina, en las ciudades de Rosario y Santa Fe demuestran que un 76% de ellos, presentan en un grado moderado, grave o extremo los síntomas. Quiroz y Saco (2000), en la investigación que realizan sobre "Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sureste del Cusco", con-

cluyeron que el 79,7% de médicos y el 89% de enfermeras presentan un nivel bajo de burnout, aluden como factor positivo el alto nivel de satisfacción laboral. Con la excepción del 7% indicado, el grupo de profesionales tiene un alto nivel de satisfacción en lo que concierne a su desempeño profesional en el ámbito de la salud.

Otros estudios realizados en torno a esta temática, citados en Grau et al. (2007), indican que a nivel de Iberoamérica los datos son los siguientes: en los médicos residentes en España fue de 14,9%; 14,4% en Argentina y 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%, resultados que comparados con el 7% de las enfermeras de nuestro estudio, indican el nivel aún bajo de presencia del síndrome.

En nuestro país se ha insistido y exigido a través del Código de Trabajo garantizar la salud y seguridad de los trabajadores no sólo con la dotación de los recursos necesarios sino con ambientes que armonicen y favorezcan el desempeño profesional, quizá también esto contribuya a mantener índices bajos de padecimiento del síndrome.

Al respecto, podría decirse que el clima laboral positivo, en el que se desenvuelven los médicos de este estudio es un elemento que determina su satisfacción. Se sienten valorados por sus pacientes totalmente el 44% y bastante el 50%; valorados por los familiares de ellos el 75% totalmente y 13% bastante; por sus colegas el 38% totalmente y 62% bastante; por los directivos 44% totalmente y 50% bastante (Cuestionario N°1, gráficos 19 al 22). Si bien este grupo humano labora en distintas instituciones, los resultados dejan entrever que la mayoría de médicos, independientemente del género, edad, lugares de trabajo, están a gusto con lo que realizan y sienten que vale la pena; su interacción con los pacientes, con sus colegas y directivos es gratificante; se sienten apreciados como personas y como profesionales. Esto explica por qué sólo uno de los profesionales encuestados se encuentre en el límite de padecer el síntoma con un nivel medio de agotamiento y despersonalización.

En el personal de enfermería investigado, a diferencia de los médicos, los resultados preocupan más, la subescalas marcan: Agotamiento Emocional con nivel alto 27%, nivel medio 33%; Despersonalización 7% con nivel alto y 13% con nivel medio. Aunque el 100% del personal se sienta realizado personalmente en su profesión, sin embargo 3 de ellas, revelan porcentajes de preocupación, de las cuales dos ya padecen

el Síndrome de Burnout y una está al límite de adquirirlo. Estas personas experimentan tensión, frustración, pérdida de energías vitales, cansancio, despreocupación y descuido en la realización de su trabajo, irritabilidad, no disfrutan lo que hacen, sienten que están cargadas y como dice Jesús Montero Marín (2011), sienten que están esforzándose más de lo que reciben a cambio.

Farber, Charnes (2001) sostienen que las fuentes de estrés en los profesionales de ayuda son las características propias del trabajo, el ambiente organizacional y las características individuales, afirmación que se diría se cumple en este grupo humano, porque los porcentajes de valoración en comparación con el grupo de médicos son más bajos, así: el 47% de enfermeras siente que sus pacientes las valoran totalmente; 40% bastante; los familiares de los pacientes el 67% bastante y sólo el 6% totalmente; sus colegas en un 40% en las categorías de totalmente y bastante; sus directivos 67% bastante y 7% totalmente.

Y, a pesar de que se sienten contentas de la labor que desempeñan, no están satisfechas en lo referente a la remuneración económica y a los recursos que se les ofrecen para desempeñar su responsabilidad, factores que influyen directamente en el aspecto emocional, afectivo y en la ejecución de su trabajo.

Los resultados del Cuestionario N°1, referente a las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales médicos muestran que el 38% corresponde al género femenino y 62% al masculino, con una media de edad de 52 años; el de enfermería el 100% es de género femenino y su media de edad 32 años. Casi todos viven en la zona urbana y se definen de etnia mestiza. El 63% de los médicos están casados o viven en unión libre con un promedio de dos hijos, de las enfermeras el 60%, un hijo por familia. Estabilidad familiar que incide positivamente en el desempeño laboral-profesional.

Los dos grupos reciben la remuneración salarial mensual; los médicos un sueldo comprendido en el rango de 1001 a 2000 dólares, las enfermeras de 0 a 1000 dólares. Esto demuestra su insatisfacción en el sueldo que perciben, de manera más acentuada en el personal de enfermería que siente que su trabajo es de mayor entrega y sacrificio e inclusive con un mayor número de horas de trabajo (8), que la de los médicos, un promedio de 6 horas diarias. Al respecto, Gil Monte P., Peiró J. (1999) manifiestan que los trabajadores se sienten descontentos consigo mismos e insatisfechos con sus

resultados laborales cuando perciben el desajuste entre las expectativas que éstos tienen y su entorno laboral, afirmación que se ve reflejada sobre todo en el personal de enfermería, el 53% manifiesta inconformidad con el sueldo que percibe a cambio de su trabajo.

El sector de trabajo en primer lugar es el público; el 44% de los médicos y 33% de enfermeras también trabaja en el sector privado con un tipo de contrato indefinido 69% para médicos y ocasional 73% para enfermeras.

Prevalece el turno matutino con un promedio de atención entre 17 y 18 pacientes por día para los dos grupos, mayoritariamente en casos de emergencias y con riesgo de muerte en el 87% del personal de enfermería, lo que explica que para ellas éste es también un factor que suma su agotamiento emocional, pues el sentimiento de impotencia frente a la muerte, es experiencia de estrés y a veces de frustración. Para el caso de los médicos, es diferente, sólo el 13% tiene experiencia de pacientes fallecidos, lo que permite que ellos se desenvuelvan con mayor tranquilidad, serenidad y no muestren índices de padecimiento del síndrome. Hernández Gracia et al., (2007), dice que el clima organizacional no muy satisfactorio, el exceso de clientes, los turnos rotativos cargados, los pocos estímulos y las actividades rutinarias hacen que se sientan abrumados, generan cansancio, desmotivación, esta sería la experiencia del personal de enfermería en estudio.

En cuanto a los recursos necesarios que les proporcionan, los médicos manifiestan que totalmente el 38%, medianamente el 56%; las enfermeras, el 6% totalmente, el 67% medianamente, y el 27% poco. Al respecto, Edelwich y Brodsky (1980) sostienen que la pérdida del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo no favorables pueden desencadenar el burnout. La realidad que vive el grupo de enfermeras puede ser también una de las situaciones que influye para que algunas personas padezcan desgaste profesional.

Los porcentajes que revelan el nivel de satisfacción en la interacción con los pacientes, colegas y directivos, en los dos grupos son buenos, en el caso de los médicos más altos que en el de las enfermeras, proporciones que reflejan se sienten a gusto y están contentos con el trabajo que realizan, aunque habría que investigar más a fondo si estos resultados responden o no a una forma de cuidar su trabajo.

Otro de los objetivos específicos de este estudio era determinar el estado de la salud mental de los profesionales encuestados y que se hizo a través del Cuestionario N° 3 sobre Salud General (GHQ-28). La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de 1978, citada por Morán Astorga (2008) señala que la salud “es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de sectores sociales y económicos, además del sanitario”. Según Maslach y Jackson (1996), un sector muy vulnerable a padecer este mal son principalmente los médicos, entre 20% y 35% las enfermeras (Maslach, 1982) debido a que los niveles de Burnout entre ambos sectores son de las medias más altas, porque tiene efectos importantes en el desempeño de su trabajo, les genera conflictos laborales e inestabilidad mental.

Se analizan cuatro variables: síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión. La sobrecarga de responsabilidades puede producir el tan conocido “estrés”. Al mirar los resultados, señalados en los gráficos 1 al 8 del Cuestionario N° 3, se constata que el 87% de los médicos no padecen de síntomas psicósomáticos, a diferencia de ellos, el 40% del personal de enfermería sí los presenta: agotamiento, dolores de cabeza, oleadas de calor o escalofrío...

En cuanto a la ansiedad, el 94% de los médicos no presenta casos; el 27% de enfermeras sí, con experiencias de insomnio, tensión, agobio, nerviosismo...

La totalidad de los médicos no presentan casos de disfunción social ni depresión, debido a que sabe crear empatía y un ambiente gratificante con los pacientes, maneja bien los problemas relacionados con ellos, siente que lo que hace vale la pena. En tanto que, del personal de enfermería el 7% si presenta disfunción social y el 27% depresión, con expresiones de insatisfacción del trabajo realizado, dificultad para concentrarse, inversión de mayor tiempo en las actividades que habitualmente realiza.... En el resto de personal, en cada una de las variables mencionadas se detecta que su desempeño es bueno y no hay indicios de posible depresión. Vistos los resultados se diría que se afirma la vulnerabilidad del personal de enfermería, argumentado por Maslach y Jackson.

Con el Cuestionario N°4, BRIEF –COPE, que es una escala multidimensional de evaluación, se pretendió conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud encuestados. Los resultados que muestran los Gráficos 1 y 2 refieren que el tipo de respuestas más utilizadas por los médicos para hacer

frente las situaciones estresantes son el afrontamiento activo, religión, auto distracción; actividades que, buscadas por el sujeto, ayudan a eliminar o reducir la fuente de estrés. Las enfermeras por su parte tratan de sobrellevar y contrarrestar las situaciones problemáticas a través del afrontamiento activo, las creencias religiosas, el apoyo emocional. Ellas, a más de ocuparse en otras actividades y proyectos, buscan el apoyo, comprensión y empatía de los otros. Llama la atención que un alto porcentaje de enfermeras acude a la autoinculpación, es decir tiende a criticarse y culparse a sí mismas por la situación que las estresa. Este es un aspecto que debe ser cuidadosamente tratado, responde posiblemente a quienes ya padecen el síndrome o están al límite de adquirirlo. De ahí la necesidad de buscar u organizar estrategias que les ayuden a dar el toque de novedad y creatividad a las actividades ordinarias, de gestionar estímulos que les ayuden a armonizar la vida y la salud en todas las dimensiones.

Igualmente, los resultados indican que tanto médicos como enfermeras no hacen uso de drogas, medicamentos, alcohol; tampoco niegan o rechazan la realidad de las situaciones; se mantienen en el desempeño de sus responsabilidades a pesar de todo.

En el estudio "Burnout, técnicas de afrontamiento", Andred, De Juan, et. al., citando a Gil-Monate y Peiró (1997), manifiestan que el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema, previene el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo y que contrariamente las estrategias de evitación o de escape facilitan su aparición. Quizá sea esta una de las mayores motivaciones para hacer frente a la situación del personal de enfermería investigado, el hecho de hacerle frente al problema, permitirá focalizar las causas que están a la base de las situaciones a fin de buscar soluciones. Si bien, es alto el nivel de satisfacción en lo que desempeñan, manifestados por los profesionales, tanto médicos como enfermeras, y, aunque el clima organizacional aparece como bueno y positivo, convendría investigar más a fondo qué es lo que está afectando sobre todo al personal de enfermería en el que si se detecta niveles de agotamiento y despersonalización.

Identificar el apoyo social procedente de la red social es otro de los objetivos de este estudio investigativo. Se lo hizo a través del Cuestionario N° 5 MOS, Apoyo Social (AP). Los gráficos 1 y 2 dejan apreciar que médicos y enfermeras cuentan con un muy buen círculo de apoyo social cohesionado de tipo afectivo, centrado en manifestaciones de amor y cariño que refuerzan la autoestima, ayudan a la construcción de una forma positiva de percibir las situaciones y favorece la comunicación interpersonal.

Marín, et al. (2004), en una investigación realizada sobre la relación entre el burnout y el apoyo procedente de la red social en un grupo de enfermeras de un Hospital general, concluyeron que el agotamiento se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros y que la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada con la realización personal.

En el caso de los médicos el uso de las redes sociales, marca también un segundo lugar indicando que para los profesionales una de las formas de recibir o dar apoyo es precisamente la gama de actividades o alternativas que ofrecen hoy las redes. Las enfermeras, por su parte prefieren buscar la ayuda de personal capacitado. La puntuación más baja en los dos grupos es la del apoyo emocional, señalando que todavía está muy introyectada la preferencia por afrontar los problemas en forma personal.

El último objetivo específico de esta investigación fue identificar los rasgos de personalidad de los profesionales encuestados, que sean identificados con el burnout. La pregunta de por qué a igualdad de condiciones de trabajo, unos inician con síntomas de burnout y otros no, ha sido lo que ha llevado a profundizar más sobre la relación del tipo de personalidad con el síndrome de desgaste profesional.

La personalidad, íntimamente relacionada con el temperamento y carácter, está representada en características estructurales y dinámicas reflejadas en respuestas en las diferentes situaciones.

En las investigaciones realizadas por Hernández, Olmedo (2004) en el que se muestra la relación con las variables de personalidad, en personal sanitario de enfermería, el 84,8% mujeres y 15,2% hombres con edades comprendidas entre los 20 y 60 años, los autores concluyen que sí hay relación entre el tipo de personalidad A, que es impaciente, impulsiva, competitiva... con el Neuroticismo y el locus de control externo.

Los resultados de las encuestas realizadas a los médicos y enfermeras, evidenciados en los gráficos 1 y 2 del Cuestionario N° 6, indican que el 59 % de los médicos y el 42% de las enfermeras sostienen que son personas sociables, con muchos amigos, animosos, arriesgados, capaces de improvisar. Les gustan los cambios, las fiestas. Son optimistas y gustan de la diversión, prefieren estar ocupados y en actividades de grupo. A veces impulsivos, con tendencia a perder los nervios rápidamente. Todos estos, indicadores de extroversión que influyen directamente en la forma de afrontar las situaciones estresantes inherentes a su profesión y que les ayudan a manejarla

desde una posición de locus de control interno, disminuyendo así la posibilidad de adquirir el síndrome.

En el grupo de enfermeras conviene también mencionar el 23% de Neuroticismo que presenta y que refiere al tipo de persona ansiosa, rígida, preocupada con tendencia a cambios de humor brusco y frecuente, así como a la depresión, con dificultad para retornar al nivel emocional normal después de cada experiencia activadora a nivel emotivo. Rasgos de personalidad que inciden en la forma de enfrentar las situaciones que les provocan estrés, desgaste emocional y despersonalización. Posiblemente son éstos los que han influenciado también para que en el grupo haya personas que ya padecen el síndrome y otras que están al límite de sufrirlo.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES:

El trabajo de investigación ha permitido tener una visión de la situación personal de los profesionales encuestados así como de lo que acontece dentro de los ambientes donde laboran, en referencia al tema de investigación. Luego de la tabulación, estadística y discusión de los resultados, se concluye que:

1. En la muestra de profesionales médicos (16) que trabajan en diversos ambientes en la ciudad de Guayaquil y los del Hospital S. Sebastián del cantón Sígsig, según el cuestionario **MBI** aplicado, el nivel de agotamiento emocional y despersonalización es bajo. El nivel medio en estas dos categorías tiene un porcentaje bajo, indicando la propensión al síndrome en tres profesionales, de los cuales uno de ellos se encuentra al límite de padecer el síndrome.
2. En lo referente al personal de enfermería que laboran en el mencionado Hospital, el nivel de agotamiento emocional alto tiene un porcentaje considerable, 27%; el nivel medio 33%, que sumado al de despersonalización 7% nivel alto, y 13% nivel medio, muestran que hay sí hay tendencia a presentar el síndrome de burnout en dos de ellas y una está al límite de adquirirlo.
3. Los dos grupos de profesionales encuestados, médicos y enfermeras poseen un alto nivel de realización personal, que influye positivamente en su desempeño.
4. Las enfermeras son las más propensas y se nota un nivel preocupante en cuanto a síntomas para adquirir el síndrome, lo cual se puede prevenir con el conocimiento suficiente sobre el tema.
5. Del cuestionario Sociodemográfico Laboral las diversas categorías o subescalas consideradas no muestran incidencia en relación al padecimiento del síndrome: edad, etnia, lugar donde viven, estado civil, familia, tipo de contrato y otros. Hay diferencia en torno a género, el 100% del personal de enfermería es femenino, no así con los médicos. Además, aunque los dos grupos de profesionales encuestados se sienten valorados por los pacientes, familiares de éstos, colegas y directivos, en el caso del personal de enfermería, el contacto con pacientes con riesgo de muerte y fallecidos, les afecta.
6. Otro aspecto a considerarse es el relacionado con el sueldo que perciben, si bien en el caso de los médicos hay un porcentaje de mayor satisfacción porque es más alto, el personal de enfermería muestra su descontento porque frente a su labor más sacrificada y estresante, recibe un sueldo menor con el que debe solven-

tar sus gastos y los de su familia. Este es un aspecto que puede generar mucha tensión.

7. Los médicos muestran casos de síntomas psicosomáticos en un 13% y de ansiedad un 6%. No presentan disfunción social ni depresión. Las enfermeras sí, el 40% de síntomas psicosomáticos, 27% de ansiedad, 7% disfunción social y 27% depresión, lo que confirma la prevalencia del síndrome del desgaste profesional.
8. Se descubre que las estrategias más utilizadas por los médicos para hacer frente a situaciones estresantes y de tensión son el afrontamiento activo, la religión y la auto distracción; las enfermeras, por su parte, mantienen porcentajes altos en auto inculparse, el afrontamiento activo, la religión y apoyo emocional.
9. En los profesionales encuestados, el porcentaje mayor se ubica en el de amor y cariño, seguido para los médicos de las redes sociales y para las enfermeras del apoyo instrumental. El apoyo emocional es para todos el nivel de ayuda más bajo.
10. Tanto médicos como enfermeras presentan niveles bajos de Psicotismo y Sinceridad y niveles altos en Extroversión. En el personal de enfermería hay una ligera variación de Neuroticismo, aún en niveles bajos, con relación a los médicos.

RECOMENDACIONES:

1. Concienciar al personal a través de diferentes medios y recursos de que la calidad de vida es una responsabilidad eminentemente personal, por tanto, requiere darse el espacio para la información y autoformación a todo nivel. De la armonía y salud personal depende también el bienestar y salud de la institución así como de las personas que interactúan con ella.
2. Las instituciones o centros de salud, asuman la responsabilidad de informar y capacitar a sus profesionales sobre el desgaste profesional y las alternativas para prevenir y/o afrontarlo, dentro y fuera del hospital. Buscar convenios para seminarios, conferencias, talleres...
3. Propiciar en los centros de salud espacios con programas destinados a mejorar la interrelación, el clima laboral, actividades lúdicas y de distensión para administrativos y empleados y en algunos casos para las familias de éstos.
4. Fomentar niveles adecuados de diálogo y comunicación, a través del departamento de administración del talento humano para conocer situaciones que más preocupan al personal y buscar soluciones adecuadas y oportunas.

5. Cuidar del personal que trabaja en secciones o departamentos con mayor nivel de estrés y tensión como son emergencias, cuidados intensivos... para distanciar la rotación de turnos y favorecer la oxigenación y distensión de dicho personal.
6. Capacitar al personal en cómo mejorar las relaciones interpersonales y el apoyo social, en la aceptación personal y de los otros, en la valoración de lo que cada uno es y hace, así como en la calidad de atención al paciente.
7. Promover espacios y niveles de evaluación que ayuden a la detección de problemas o situaciones que pueden generar conflictos, para buscar alternativas de solución a tiempo.
8. Cultivar en todos el pensamiento positivo, el sano humor y la gratitud por todo lo bueno que se recibe a diario.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar A., Gutiérrez R. (2007). ***El fenómeno de Burnout en médicos de dos hospitales de la ciudad de Lima-Perú.*** , Revista Psicol. Herediana 2(1), 2007, pág. 3
- Aldrete Rodríguez, M.G., González Soto J., Preciado Serrano M.L., Pando Moreno M. (2009). ***Variables socio demográficas y el síndrome de burnout.*** Revista de Educación y Desarrollo, 10. Abril-junio.
- Alonso Fernández M.D. (2008). ***Prevención y detección del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios.*** Nexgrup. Artículo médico, 05, 2008, pág.3
- Aranda Beltrán C., Alonso, Zarate Montero B., Pando Moreno M., Sahún Flores J.E., Síndrome de Burnout (2010). ***Variables Sociodemográficas y Laborales en médicos especialistas.*** Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(1), 2010, pág. 12-16
- Aranda Beltrán C., Pando Moreno M., Pérez Reyes Ma. B. (2004), ***Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión.*** Universidad Veracruzana, Xalapa, México, Psicología y Salud, enero-junio, año/vol.14, número 001, pp.79-87
- Bresó Esteve E., Salanova M., Schaufeli W. (2001). ***Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout” (III): Instrumento de medición.***
- García, J.M., Herrero R.S. (2008). ***Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla.*** Colegio Oficial de Psicología de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Col. 26, núm.3
- Gil-Monte P.R., Peiró J.M. (1999). ***Validez factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional.*** Universidad de Oviedo, España. Psicothema, año/vol. 11, número 003
- Gil-Monte P.R. (2001). ***El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención.*** Revista Electrónica PsicologíaCientífica.com

- Gil-Monte P.R. (2002). ***Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería***. Psicología en Estudio, Maringá, v.7, n.1
- Hernández Gracia T. J., Terán Varela O.E., Navarrete Zorrilla D.M., León Olvera A. (2007). ***El Síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición***. Año 3, Núm. 5, pág. 50
- Hernández Z. G., Olmedo C. E. (2004). ***Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad***. Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Occidental y Universidad de Sevilla. Apuntes de Psicología, 2004, vol. 22, número1, pág. 121,125-126
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986): ***Estrés y procesos cognitivos***. Barcelona. Martínez Roca.
- Martín D. Ma. D., Jiménez S. Ma. P., Fernández-Abascal E.G. (1997). ***Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento***. Revista Electrónica de Motivación y Emoción, 1997.
- Martínez Pérez, Anabella (2010). ***El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión***. Vivat Academia. nº 112. Septiembre, 2010.
- Morán Astorga C. (2008). ***Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos***. RUCT 9/2008
- Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). ***Maslach Burnout Inventory***. 1986, 2ª ed. Palo Alto
- Moreno Toledo A. (2007). ***Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes***. Psicología para América Latina, Revista Electrónica de Psicología Iztacala Vol. 10 No. 1 Marzo de 2007
- Peiró, J.M. (1986). ***Psicología de la Organización***. Madrid. UNED. vol. 1

- Peiró, J.M. y Salvador, A. (1993). **Control del estrés laboral**. Madrid. Eudema
- POPP, Maricel Soledad (2008). **Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI)**. Interdisciplinaria, Buenos Aires, v. 25, n. 1, jul. 2008. Disponible en [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext &pid=S1668-70272008000100001&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001&lng=es&nrm=iso)
- Quiceno Japcy M., Vinaccia Alpi S (2007). **Burnout: “Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)”**. Universidad de S. Buenaventura, Medellín, Colombia.
- Rodríguez E., Solange y Enrique, Carmelo H. (2010), **Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido**. Recuperado: http://www.palermo.edu/ciencias_sociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf
- Roth, E. Pinto, B. (2010). **Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la ciudad de la Paz**. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”. Ajayu vol. VIII, N°.2 Agosto (2010)

PAGINAS ELECTRÓNICAS

- Ciencia en Aragón, (2011). **Un estudio analiza el síndrome de burnout en profesionales de la UZ**. Recuperado de [http:// www.aragoninvestiga.org](http://www.aragoninvestiga.org)
- Andrés P., De Juan D., Escobar J., Jarabo J., Martínez Ma. T., **Burnout “Técnicas de afrontamiento”**. Recuperado: http://www.uji.es/bin/publ_edicions/jfi10/psico/6.pdf
- De Barraza-Salas J. et al., (2009). Recuperado <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2009/wax091f.pdf>
- De Ramón Blai. **Ansiedad: definición y características**. Recuperado : <http://psicositio.wordpress.com/dr-ramon-blai-psicologo-y-nutricionista/la-ansiedad-definicion-y-caracteristicas/>

- De Josep Vicent Arnau. ***Ansiedad, insomnio y el gran papel que juega la serotonina***. Recuperado: <http://www.taringa.net/posts/salud-bienestar/2696970/Ansiedad-insomnio-y-el-gran-papel-que-juega-la-serotonina.html>
- Estudio del psicoanálisis y psicología. ***Consecuencias del Síndrome Burnout***. Recuperado: <http://psicopsi.com/Consecuencias-del-Sindrome-Burnout.asp>
- <http://www.slideshare.net/LissCastro1/sntomas-somticos-de-origen-psicolgicos>
- <http://psicopsi.com/Consecuencias-del-Sindrome-Burnout.asp>, Estudio del psicoanálisis y psicología

ANEXOS