



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012”

Trabajo de fin de titulación.

Autora:

Echanique Cadena, Esmeralda Stefanía

Directora de Tesis:

Pineda Cabrera, Nairobi Jackeline, Lic.

CENTRO UNIVERSITARIO SANTO DOMINGO

2012

CERTIFICACIÓN

Lic. Nairobi Jackeline Pineda Cabrera
DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012”**, realizado por la profesional en formación: **Echanique Cadena Esmeralda Stefanía**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

(f).....

CI: 1104260516

CESIÓN DE DERECHOS

“Yo Esmeralda Stefanía Echanique Cadena declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente 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”

.....
Esmeralda Stefanía Echanique Cadena
171182573-5

AUTORÍA

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

.....

Esmeralda Stefanía Echanique Cadena

171182573-5

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre y mi familia por toda la fortaleza que me brindó en cada etapa de la realización de este trabajo.

A la Lic. Nairobi Pineda (Directora de Tesis), y compañeros en especial a Silvana Moreira y Janeth Zambrano, por toda la ayuda que me ofrecieron para la ejecución de la tesis.

Igualmente al Hospital El Carmen, al Hospital Gustavo Domínguez, a la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago, por su valiosa contribución con la presente investigación.

DEDICATORIA

A Dios Padre, a mi familia, mi padre Carlos Echanique, mi madre Blanca Cadena y hermana Karla Echanique con todo mi cariño, dedico todo este esfuerzo por todo el amor, apoyo y comprensión que supieron brindarme a lo largo de toda esta travesía investigativa.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS	iii
AUTORÍA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE	vii
1. RESUMEN EJECUTIVO	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	4
3.1 Conceptualización del burnout	4
3.1.1 Definiciones del burnout	4
3.1.2 Modelos explicativos del burnout.....	6
3.1.3 Delimitación histórica del burnout	7
3.1.4 Poblaciones propensas al burnout.....	8
3.1.5 Fases y desarrollo del síndrome del burnout	9
3.1.6 Características, causas y consecuencias del burnout.....	9
3.1.7 Prevención y tratamiento del síndrome del burnout	11
3.2 Conceptualización de las variables de da investigación	15
3.2.1 Burnout y relación con variables sociodemográficas y laborales	15

3.2.1.1	Variables de riesgo y protectoras.....	15
3.2.1.2	Motivación y satisfacción laboral.....	15
3.2.1.3	Investigaciones realizadas	15
3.2.2	El burnout y la relación con la salud	20
3.2.2.1	Definiciones de salud.....	20
3.2.2.2	Síntomas somáticos.....	21
3.2.2.3	Ansiedad e insomnio.....	21
3.2.2.4	Disfunción social en la actividad diaria	22
3.2.2.5	Tipos de depresión	22
3.2.2.6	Investigaciones realizadas	22
3.2.3	El burnout y el afrontamiento	23
2.3.3.1	Definición de afrontamiento	23
2.3.3.2	Teorías de afrontamiento	23
2.3.3.3	Estrategias de afrontamiento	25
2.3.3.4	Investigaciones realizadas.....	26
3.2.4	El burnout y la relación con el apoyo social	26
3.2.4.1	Definición de apoyo social	26
3.2.4.2	Modelos explicativos del apoyo social.....	27
3.2.4.3	Apoyo social percibido	29
3.2.4.4	Apoyo social estructural.....	29
3.2.4.5	Investigaciones realizadas	29
3.2.5	El burnout y la relación con la personalidad.....	30
3.2.5.1	Definición de personalidad.....	30

3.2.5.2	Tipos de personalidad.....	30
3.2.5.3	Patrones de conducta	31
3.2.5.4	Locus de control	32
3.2.5.5	Investigaciones realizadas	32
4.	METODOLOGÍA.....	34
4.1	Diseño de la investigación	34
4.2	Preguntas de la investigación	34
4.3	Objetivos de la investigación.....	35
4.4	Participantes.....	35
4.5	Instrumentos.....	36
4.6	Recolección de datos.....	40
5.	RESULTADOS OBTENIDOS	43
5.1	Caracterización sociodemográfica y laboral.....	43
5.2	Sub-escalas del burnout	53
5.3	Salud mental con las dimensiones correspondientes.....	55
5.4	Estilos de afrontamiento con las sub-escalas.....	57
5.5	Apoyo social	59
5.6	Personalidad.....	61
6.	DISCUSIÓN.....	63
6.1	Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.....	63
6.2	Identificar las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud.....	66

6.3	Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.	72
6.4	Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.....	73
6.5	Identificar el apoyo social procedente de la red social.....	75
6.6	Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer burnout.	77
7.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
8.	BIBLIOGRAFÍA	82
9.	ANEXOS	104

1. RESUMEN EJECUTIVO

La presente investigación se realizó con el objetivo de identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012. Se desarrolló con 15 médicos y 15 enfermeras por medio del Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, el Cuestionario de Burnout, el Cuestionario de Salud Mental, la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento, el Cuestionario MOS de Apoyo Social y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. Los datos revelaron la inexistencia de casos de burnout, aunque el agotamiento emocional fue la dimensión más altamente afectada; fueron importantes la edad y la experiencia profesional (en cantidades menores) en el padecimiento del agotamiento emocional; hubo casos de ansiedad y de síntomas psicósomáticos en los médicos afectados; el replanteamiento positivo y afrontamiento activo son posibles protectores del agotamiento emocional, no así el apoyo social ni el rasgo de extraversión.

2. INTRODUCCIÓN

El ejercicio laboral de profesiones del ámbito sanitario como la medicina y la enfermería, implica un compromiso personal y una interacción directa con personas que han de ser atendidas, que suele llevar a tratar con aspectos arduos del cuidado del paciente entre ellos el sufrimiento, la ira, la frustración, el miedo y la muerte (Aragón, Morazán & Pérez, 2008). Además, las pequeñas, medianas o grandes cantidades de estrés que se suman, pueden llevar a los profesionales de la salud a presentar alguna predisposición de experimentar cierto nivel de desgaste, que puede suscitar la expresión de actitudes y sentimientos negativos para el profesional y la persona a la que brinda su servicio (Coloditzky, Lodieu & Zaula, 2000, citado en Aragón y cols., 2008). La temática de la presente investigación se relaciona con el conjunto de tales sentimientos y actitudes, denominado burnout o síndrome de estar quemado por el trabajo, que es considerado según Leiter, Maslach y Schaufeli (2001, citado en Llorens & Salanova, 2008), como una respuesta continua a factores estresantes crónicos tanto a nivel personal y relacional en el trabajo, caracterizado por dimensiones de agotamiento, despersonalización e ineficacia profesional.

Según un estudio (Braga, Flichtentrei, Grau, Prats & Suñer, 2009), la prevalencia del burnout en profesionales de la salud residentes en España fue del 14,9%. A nivel latinoamericano el síndrome prevaleció en Argentina en un 14,4%, en Uruguay en un 7,9%, en cambio en México, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador el síndrome estuvo entre el 2,5% y 5,9%, al igual que en el Ecuador. En otro estudio (Avendaño, Bustos, Espinoza, García & Pierart, 2009) desarrollado en el servicio de psiquiatría en un Hospital de Chile se halló la existencia de una mayor despersonalización entre los que atienden pacientes judicializados, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos para-médicos y auxiliares de servicio. Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad que se manifiesta en un riesgo significativo de desgaste de su salud física y mental y con consecuencias laborales desfavorables en la calidad del servicio, en la satisfacción laboral y tendencia a la renuncia y al absentismo. Además, se evidenció una relevante influencia del apoyo social en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, principalmente cuando procede de los superiores.

Por medio del código de trabajo en el Ecuador, se busca conocer los factores de riesgo psicosociales como el burnout en el planteamiento del perfil del puesto. Por este motivo se realiza esta investigación como aporte a la situación expuesta e impulsar el desarrollo de entornos propicios para la salud y vida laboral.

La presente investigación se caracteriza por ser cuantitativa, no experimental, transeccional, exploratoria y descriptiva; con una población de estudio de 15 médicos y 15 enfermeras en servicio activo en las ciudades de Santo Domingo y El Carmen, a quienes se les aplicó los siguientes instrumentos de investigación: el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, el Cuestionario de Burnout (MBI), el Cuestionario de Salud Mental (GHC28), la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), el Cuestionario MOS de Apoyo Social y el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Esta investigación tiene como objetivo general identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador. Y como objetivos específicos determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias; conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud; identificar el apoyo social procedente de la red social; e identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer burnout.

En relación al logro de los objetivos de la investigación, solo en parte se los alcanzó porque en este estudio no hubo casos de burnout. Este informe está estructurado inicialmente por apartados que corresponden a la sección preliminar, seguidamente del marco teórico, que está constituido por dos capítulos: El primero compuesto por la delimitación teórica del burnout, naturaleza, causas, consecuencias, evolución, síntomas, estrategias de prevención, tratamiento y la población de alto riesgo; y el segundo que comprende el análisis de las variables relacionadas con la temática. Luego, se continúa con la metodología de la investigación, los resultados obtenidos, la discusión, las conclusiones, las recomendaciones, la bibliografía y los anexos correspondientes.

3. MARCO TEÓRICO

3.1 Conceptualización del burnout

“El secreto de la alegría en el trabajo está contenida en una palabra: excelencia.
Saber cómo hacer algo así es disfrutarlo” *Pearl Buck*

3.1.1 Definiciones del burnout

El síndrome del burnout presenta una lista larga de definiciones con aspectos diferenciados de acuerdo a la perspectiva que lleva cada autor. Es así, que Herbert Freudenberger (1974) realizó una primera aproximación del fenómeno 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” (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010, p.169).

Kafry y Pines (1978) (citado en Llana, 2009) se movieron en una línea donde el síndrome es una experiencia general caracterizada por un desgaste físico, emocional y actitudinal.

Mientras que Caputo y Spaniol (1979) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) hablaron del burnout como un síndrome que se deriva por la falta de capacidad de afrontamiento, ante las exigencias laborales o personales que se suscitan. En ese año Dale (1979) (citado en Llana, 2009) le entendió como una consecuencia del estrés laboral y que podría variar en intensidad y duración. En 1980, Freudenberger (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) describió al burnout como un estado de fatiga o de frustración debido a la devoción a una causa, modo de vida o relación que no provoca el refuerzo esperado. En cambio Cherniss (1980) (citado en Llana, 2009) definió al síndrome como cambios personales desfavorables que se dan a lo largo del tiempo en trabajadores con labores frustrantes o que tienen demandas excesivas. Brodsky y Edelwich (1980) (citado en Llana, 2009) en ese mismo año señalaron que el fenómeno es una pérdida de idealismo, energía y motivos vividos por las personas que trabajan en profesiones de ayuda, debido a las condiciones del trabajo existidas. Aronson, Kafry y Pines (1981) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010)

apuntaron que el burnout es como un estado de agotamiento físico, emocional y mental debido a que la persona ha estado inmersa en situaciones que le afectan emocionalmente, por extensos periodos de tiempo. Para Jackson y Maslach (1981) el burnout “es un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal” (citado en Llaneza, 2009, p. 513). Así, la primera dimensión hace referencia al desgaste y cansancio emocional, pérdida de energía psíquica y física; la segunda implica actitudes de irritabilidad, agresividad, intranquilidad, cinismo, suspicacia e intolerancia; y la tercera se refiere a la pérdida del sentimiento de competencia y la sensación de inadecuación profesional, baja autoestima e ideas de fracaso. Burke (1987) indicó que el burnout es como “un proceso de adaptación al estrés laboral” (citado en Martínez, 2010, p. 4). Aronson y Pines (1988) lo definieron como “un estado de agotamiento emocional, mental y física, que incluye sentimientos de impotencia e inutilidad, sensaciones de sentirse atrapado, falta de entusiasmo y baja autoestima” (citado en Martínez, 2010, p. 5).

En 1991, García Izquierdo (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) indicó que el burnout es un problema propio de los trabajos de “servicios humanos” donde hay relaciones continuas de ayuda al cliente. Para Aragoneses, Moreno y Oliver (1991) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) el síndrome es un tipo de estrés laboral típico en profesiones que implican una relación interpersonal intensa con los beneficiados del propio trabajo. En 1992, Leiter distanció el burnout del estrés laboral y lo identificó como una “crisis de autoeficacia” (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010, p.171). Para Gil-Monte y Peiró (1997) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) el burnout es como una respuesta al estrés laboral crónico junto a una experiencia subjetiva interna que reúne actitudes, sentimientos y cogniciones que llevan a disfunciones psicofisiológicas con efectos dañinos para la persona e institución.

Peris (2002) enfatizó al burnout como un “trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana” (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010, p.171). Cuando el estrés laboral va más allá de las capacidades de la persona al momento del afrontamiento, puede darse un periodo de agotamiento excesivo que no permite ejecutar las tareas eficazmente. Pero si a más del bajo rendimiento sobreviene un agotamiento emocional, un incremento del sentimiento de despersonalización y una reducción del sentimiento de eficacia profesional, se estaría ante el llamado síndrome de burnout “estar quemado”

(Carlin & Garcés de los Fayos, 2010). El término burnout no es sinónimo de estrés laboral, tampoco de fatiga, depresión o alienación (Fountoulakis, Iacovides, Kaprinis, & Kaprinis, 2003) (citado en Carlin, & Garcés de los Fayos, 2010) y recientemente se lo ha descrito de tipo defensivo, manifestado en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones está en que suelen implicar un ideal ilusorio; y de la confrontación entre ésta y la realidad laboral puede surgir el burnout (Jaoul, Kovess & Mugen, 2004) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010). En el 2006, Aranda (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) señaló que la palabra burnout se trata de un término anglosajón que expresa estar desgastado, donde hay pérdida de la ilusión por el trabajo. En el 2007, Avalos y Molina (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) ven al burnout como una paradoja de la atención en salud: el profesional sanitario llega a enfermarse en igual medida en la que sana a los pacientes. Después, Leiter y Maslach (2008) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) relacionaron al burnout principalmente con las características del trabajo, como el alto volumen de las labores, el conflicto y ambigüedad del rol, la previsión disminuida, la experiencia de falta de justicia, de participación y de apoyo social. Lo cierto es que el burnout sigue siendo una realidad en la actualidad, que podría definirse en el contexto asistencial bajo la línea de Maslach, Schaufeli y Leiter (2001) (citado en Llorens & Salanova, 2008) como un síndrome que aparece en los profesionales de salud, como respuesta a los estresores crónicos tanto a nivel personal como relacional en el trabajo, caracterizado por dimensiones de agotamiento, despersonalización e ineficacia profesional.

3.1.2 Modelos explicativos del burnout

En esta sección se indica una de las clasificaciones de mayor uso dado por Gil-Monte y Peiró en 1997 (citado en Martínez, 2010), que categorizaron los modelos en cuatro vías de la investigación: la Teoría Socio-cognitiva del Yo, las Teorías del Intercambio Social, la Teoría Organizacional y la Teoría Estructural.

- Modelos desde la Teoría Sociocognitiva del Yo: Hacen mayor énfasis en dos causas (Martínez, 2010). La primera son las cogniciones que intervienen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas se modifican por sus efectos y consecuencias observadas; y la segunda se refiere al empeño para alcanzar los objetivos y las consecuencias emocionales que acompañan a la acción se encuentran determinadas por la autoconfianza del individuo. Así, bajo este

enfoque están el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Cooper, Page y Thompson (1993).

- Modelos desde las Teorías del Intercambio Social: Estos modelos (Martínez, 2010) indican que el establecimiento de relaciones interpersonales, genera el proceso de comparación social que puede llevar a percepciones de falta de equidad o de ganancia, aumentando el riesgo de desarrollar burnout. Así, bajo esta vertiente de investigación se encuentran el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Freddy y Hobfoll (1993).
- Modelos desde la Teoría Organizacional: Estos modelos (Martínez, 2010) enfatizan que para el burnout es importante considerar la función de los estresores organizacionales y estrategias de afrontamiento de los trabajadores. Así, en esta línea están el Modelo de Carter, Golembiewski, y Munzenrider (1983) Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), Modelo de Winnubst (1993).
- Modelos desde la Teoría Estructural: Según estos modelos (Martínez, 2010), el origen del burnout se asocia a los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales. Están basados en los modelos transaccionales e indican que la falta de equilibrio de la percepción entre las exigencias y capacidad de respuesta de la persona, es lo que generaría el estrés. Bajo este enfoque está el Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997).

No obstante, el modelo más aceptado por la comunidad científica es el de Maslach y Leiter (1999) (citado en Red Iberoamericana Universia, s.f.), que indica que lo primero en aparecer es el cansancio emocional, seguido de la despersonalización y la baja realización personal.

3.1.3 Delimitación histórica del síndrome de burnout

Históricamente el síndrome del burnout se extiende desde 1974 con Freudemberger (Martínez, 2010), hasta nuestros días. En aquel año el autor usó dicho concepto para indicar el estado físico y mental de voluntarios que laboraban en la *Free Clinic* de Nueva York, que al cabo de tres años de labor desarrollaron conductas de irritación, agotamiento, cinismo con las personas que atendían, debido a que el esfuerzo puesto

en su trabajo no era recíproco con el bajo o ningún refuerzo recibido (Buendía, 1998; Buendía & Ramos 2001; Hombrados, 1997; Mingote, 1998; Ramos, 1999) (citado en Martínez, 2010). Después Maslach (1976) (citado en Martínez, 2010) propuso que el término burnout solo se aplicaría a personas que laboren en contacto directo con otros en la organización. Jackson y Maslach (1981, 1982) (citado en Martínez, 2010) entendieron al burnout como síndrome tridimensional (cansancio emocional, despersonalización y dificultad para la realización personal) y a partir de esa concepción se elaboró el *Maslach Burnout Inventory* (MBI) para medir el síndrome en ámbitos de “servicios humanos”, a partir de la evaluación de las tres dimensiones antes referidas. Ésta consideración tridimensional se ve complementada por definiciones como la de Burke (1987) (citado en Martínez, 2010) como un proceso para adaptarse al estrés en el trabajo. Aronson y Pines (1988) (citado en Martínez, 2010) dijeron que los síntomas de burnout se pueden apreciar también en personas que no laboran en asistencia social.

García Izquierdo (1991) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) indicó que el síndrome se produce en trabajos del sector de servicios humanos. Gil-Monte y Peiró (1997) (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) lo vieron más que un estado como una respuesta particular a corto y mediano plazo, ante el estrés crónico en el trabajo. En el 2008, Leiter y Maslach (citado en Carlin & Garcés de los Fayos, 2010) dicen que el burnout se asocia con características del trabajo como la ambigüedad del rol, falta de apoyo social, etc. En la actualidad (Martínez, 2010), el fenómeno se aplica a cualquier tipo de profesionales desde directivos hasta ejecutivas del hogar; aceptándose que el fenómeno resulta de la exposición a una situación de estrés crónico en el trabajo y con estrategias de afrontamiento ineficaces. Individualmente se busca adaptarse y responder eficazmente a las exigencias laborales y al ser inútil y prolongado, se daría la sensación de “estar quemado”; y en lo laboral la sensación de bajo rendimiento y la falla de la organización llevarían a la menor calidad del servicio, aumento de rotaciones, etc.

3.1.4 Poblaciones propensas al burnout

El síndrome del burnout es más proclive de presentarse en el personal sanitario entre ellos psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares, consejeros matrimoniales, enfermeras y médicos (Benavides, Garrosa, González &

Moreno, 2002) (citado en Avendaño y cols., 2009); asimismo en personal no sanitario que trabaja en organizaciones de salud (obreros de mantenimiento, administrativos y conductores)” (Fernández y cols., 2002) (citado en Avendaño y cols., 2009); y en otras profesiones donde el burnout se presenta con características específicas en el trabajador que mantiene contacto directo con quien recibe su servicio (Savio, 2008).

3.1.5 Fases y desarrollo del síndrome de burnout

Hay muchos modelos que explican las fases del desarrollo del síndrome del burnout, uno de ellos es el de Gil-Monte y Peiró (1997) (citado en Porras, s.f.) indica que el proceso de desarrollo del burnout es apreciado desde un enfoque evolutivo de la relación del individuo con el medio laboral, por medio de cuatro fases diferenciadas y consecutivas (Porras, s.f.): (a) Fase de entusiasmo (implica expectativas no reales del empleado de lo que puede suceder), (b) Fase de estancamiento (o paralización por el choque entre sus expectativas ilusorias y la realidad iniciándose una pérdida del idealismo y entusiasmo), (c) Fase de frustración (hay cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y reducción de la motivación, empezando los sentimientos de baja realización personal en el trabajo y agotamiento emocional) y (d) Fase de apatía (desinterés con un sentimiento de vacío total que puede manifestarse en distanciamiento emocional y desprecio). Aquí se consolidan los sentimientos de baja realización personal y del agotamiento emocional, así de la despersonalización como estrategia negativa de afrontamiento: que indican la instauración del burnout. Sin embargo, también es conveniente señalar que desde el modelo de Leiter y Maslach (1999) (citado en Red Iberoamericana Universia, s.f.), la fase inicial del burnout es el agotamiento emocional, caracterizado por falta de energía y de disfrutar el trabajo y al percibirse que no puede dar más surge el trato frío de despersonalización y posteriormente producirse la baja realización personal, es decir, una pérdida de ideales y, fundamentalmente, un creciente alejamiento de las actividades placenteras.

3.1.6 Características, causas y consecuencias del burnout

El síndrome del burnout para muchos autores se caracteriza por ser un proceso continuo en el tiempo, un proceso de respuesta a una situación de estrés laboral crónico; por ser tridimensional porque sus componentes esenciales son el agotamiento

emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo; y por ser frecuente en profesiones de ayuda y en quienes han comenzado su carrera con una dedicación idealista (Porrás, s.f.).

En cuanto a las causas del burnout, existen factores desencadenantes (ambiente del trabajo) y factores facilitadores (variables personales) que interactúan entre sí y puede que lleven a desarrollar el síndrome (Chacón & Grau, 2009). Según Peiró (1992) (citado en Chacón & Grau, 2009) los factores desencadenantes o estresores laborales pueden ser de cuatro tipos: el ambiente físico laboral y contenidos del puesto (iluminación, orden, ruido, temperatura, disponibilidad de espacio, turnos rotativos, sobrecarga, etc.); el estrés debido al desempeño de roles, relaciones con los demás y desarrollo de la carrera (confusión y conflicto de rol, relaciones con superiores, compañeros y subordinados, desunión del grupo, desarrollo profesional); los estresores referidos a las nuevas tecnologías y demás aspectos organizacionales (cambio en las habilidades que se necesitan, presión temporal, etc.); y las fuentes externas a la organización del estrés laboral (relaciones entre trabajo y familia). Por su parte los factores facilitadores que son propios de la persona, pueden ser sociodemográficos (sexo, edad, estado civil, hijos, estudios, vive solo o con otras personas, etc.). (Godoy, Peñalver & Ríos, 2008), aunque al respecto hay estudios que se contradicen entre sí y otros no arrojan relaciones significativas entre estas variables y el desarrollo del burnout; de personalidad por tipologías se destaca la de Tipo A y por rasgos sobresale el neurotismo/ansiedad (Confederación de Empresario de Aragón [CREA], s.f.) como influyentes en la percepción del estrés y sus efectos; y las estrategias de afrontamiento como las de evitación/escape que son las que sobresalen para un mayor burnout (Ceslowitz, 1989; Boyle, Grap, Joven & Thornby, 1991; Leiter, 1991) (citado en Chacón & Grau, 2009).

Las experiencias del estrés despliegan respuestas a nivel fisiológico, cognitivo-afectivo y conductual, que al mantenerse en el tiempo provocan alteraciones en su adaptación; así, entre las consecuencias del estrés relacionadas al burnout, se pueden diferenciar las que se derivan para el individuo y para la organización (Porrás, s.f.). Las consecuencias para el individuo, según Gil-Monte y Peiró (1997) (citado en Porrás, s.f.) se identifican con una sintomatología que se integran en cuatro grupos (de acuerdo a sus manifestaciones): emocionales (sentimientos de soledad, de impotencia, ansiedad, etc.); actitudinales (posicionamientos del sujeto como reacción a la influencia del síndrome: apatía, suspicacia, etc.); conductuales (manifestadas en las

relaciones interpersonales, como: aislamiento, desprecio, etc.); y somáticos, que se refieren a las algias (pinchazos en el pecho, dolores de espalda, jaqueca, etc.), las afecciones neurovegetativas (taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos), las afecciones tipificadas (crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal, diarrea) y otros como la fatiga, frecuencia de infecciones, etc.

Además hay consecuencias sobre las relaciones interpersonales y extra-laborales del sujeto, pues según Maslach (1982) (citado en citado en Porras, s.f.) las repercusiones del burnout siguen a pesar de que el sujeto haya terminado de trabajar, afectando su vida privada porque sus actitudes cínicas y de desprecio tienen un impacto grave sobre su familia y amigos: pudiéndose derivar en conflictos. Y por otra parte, las consecuencias a nivel organizacional que podrían surgir, están las siguientes: aumento de la insatisfacción laboral, aumento del absentismo laboral, abandono del puesto y/u organización, baja implicación laboral, bajo interés por las actividades laborales, disminución de la calidad del servicio, aumento de conflictos interpersonales en el trabajo y de la rotación laboral.

3.1.7 Prevención y tratamiento del síndrome del burnout

En este apartado se mencionará una clasificación de los tipos de intervención según sus objetivos (prevención o tratamiento) y su foco de atención (trabajador o lugar de trabajo) (Lorente, Martínez & Salanova, 2007).

Intervenciones del burnout en función de sus objetivos

Se distinguen tres tipos: primaria, secundaria y terciaria (Schaufeli, 2005) (citado en Lorente y cols., 2007). La primaria es de carácter general, debido a que se dirige a cualquier tipo de empleado; la secundaria es para los sujetos con riesgo de sufrir el síndrome; y la terciaria es para las personas que ya padecen del fenómeno.

- **Intervención primaria:** Su objetivo es reducir o eliminar las fuentes de estrés por medio de la adaptación del entorno físico y psicológico del trabajo al empleado, desde un enfoque proactivo. Con este tipo de intervención se pretende evitar la aparición o continuidad de los estresores. Schaufeli (1999) (citado en Lorente y cols., 2007) manifestó una aproximación a la intervención primaria del estrés, compuesto por los siguientes pasos: a) Preparación e introducción (se inicia con un acuerdo entre las partes como consultores especialistas y empresas para

especificar las responsabilidades de cada parte, el procedimiento a seguir, los recursos que están disponibles y las fases de la intervención); b) Identificación de problemas y evaluación de riesgos (revisión de los registros de absentismo, bajas laborales y entrevistarse con personas clave como el médico de la empresa e implicar a los empleados para la expresión de sus problemas que hallen en su trabajo); c) Detección temprana del estrés (se analiza y evalúa la información recabada en el proceso anterior, determinando los inconvenientes más serios y los estresores sobre los que hay que actuar); d) Planificación de la intervención (estableciendo un orden de prioridades, teniendo en cuenta la ley de prevención de riesgos vigente, la severidad de las consecuencias de los estresores y la capacidad de identificar y resolver los problemas; posteriormente se analiza las distintas acciones que podrían aplicarse al problema específico, considerando sus ventajas e inconvenientes); e) Implantación y ejecución de intervenciones (los programas de intervención se ejecutan en el orden establecido; como el burnout es complejo y debido a múltiples causas, es importante aplicar intervenciones sobre el entorno o puesto de trabajo y al empleado); y f) Evaluación de las intervenciones (conocer la eficacia de las intervenciones y modificar posibles errores de haberse cometido).

- Intervención secundaria: Tiene como objetivo disminuir las consecuencias del estrés sobre la salud de los empleados por medio de la potenciación de destrezas y mecanismos de afrontamiento de los trabajadores (Schaufeli, 2005).
- Intervención terciaria: Procura el tratamiento del burnout en los trabajadores que están afectados seriamente. Persigue reducir las consecuencias negativas del fenómeno con servicios de asesoramiento personal, que pueden ser internos o externos a la organización. Busca facilitar la reintegración al trabajo de empleados con baja laboral, una vez comprobado que la persona ya se encuentra en condiciones de volver a trabajar y ofreciéndole la ayuda que necesite (Schaufeli, 2005).

Intervenciones del burnout en función del nivel de actuación

De acuerdo al foco al que se se dirigen (Lorente y cols., 2007), pueden ser individuales y organizacionales. Hay autores que sugieren que la intervención más efectiva sería la combinación de ambas.

- Intervenciones individuales son (Lorente y cols., 2007): El autodiagnóstico (centrarse explícitamente en las señales y síntomas de angustia, para que el individuo llegue a tomar conciencia y reconozca que hay un problema); gestión de tiempo (implica establecimiento de plazos reales para la ejecución de tareas); entrenamiento en habilidades sociales (puede ser en asertividad, enseñándole al individuo a cómo responder sinceramente); grupos de mejora (consiste en formar grupos con el fin de que exista intercambio de información, apoyo emocional de unos a otros y lleguen a soluciones de problemas laborales; proporcionan reconocimiento, comodidad, ayuda y compañerismo entre los integrantes); tutorización y consulta (consiste en ayuda experta a los empleados, proporcionado por un colega experto en la solución de problemas laborales para dar apoyo al desarrollo profesional; mientras la consulta se refiere a un hecho algo aislado, por ejemplo, cómo tratar a un cliente; la tutorización en cambio, se refiere más a un grupo de acontecimientos, algo así como la forma de tratar a clientes agresivos); asesoramiento (persigue restaurar el control del trabajador sobre su vida laboral y le incita a hacerse responsable nuevamente de su conducta; consiste en tres fases, primero la persona debe entender y aceptar el problema, segundo se usan técnicas para describir y afrontar el problema y por último la persona se prepara para volver a trabajar por medio de una exposición sistemática); tratamiento psicoterapéutico (consta de cuatro fases, la primera trata de reducir los síntomas, la segunda consiste en comprender la personalidad de sí mismo, la tercera se trata del afrontamiento del problema y la cuarta implica adelantarse al futuro para hallar un equilibrio entre lo que es trabajo y lo que no lo es, entre su vida privada y pública). Autores como Ramos (1999; citado en Martínez, 2010) que complementan con técnicas a nivel individual, como por ejemplo: el ejercicio físico (debido a su efecto tranquilizante y ansiolítico); técnicas de relajación (yoga, meditación, etc.) y *biofeedback* (entrenamiento para auto-controlar voluntariamente algunas funciones corporales, para disminuir la tensión y síntomas a nivel somático asociados al estrés).
- Intervenciones organizacionales (Lorente y cols., 2007), son las siguientes: La auditoría de salud psicosocial (se examina los niveles de estrés de la empresa y de esa forma llegar a contribuir al despliegue de estrategias de acción dirigidas a optimizar la efectividad organizacional y el bienestar de los trabajadores); comprobación de los niveles de burnout (se han institucionalizado en organizaciones el chequeo voluntario del síndrome y si se llegase a presentar en

altos niveles, los trabajadores pueden tomar medidas al respecto como dirigirse a la búsqueda de asesoramiento y/o tratamiento); mejora del contenido de trabajo (busca reducir de forma cuantitativa y/o cualitativa la sobrecarga de trabajo); planificación temporal (cambios en los horarios de trabajo); programas de acogida a nuevos empleados (buscan dar una imagen más realista del trabajo); desarrollo organizacional (busca mejorar las operaciones internas de una organización a través de cambios saludables); y la institucionalización de servicios (los expertos sobre servicios de salud y seguridad laboral son mediadores entre el lugar laboral y los profesiones de salud que tratan a los empleados que sufren del síndrome; los servicios cubren varios roles cuando se lo trata de reducir, así como los siguientes: efectuando auditorías de estrés y examinando los niveles de burnout, remitiendo a servicios especializados en salud mental y permitir la consulta de expertos para trabajadores que requieran de asesoramiento sobre el estrés o proporcionado ayuda en la rehabilitación de trabajadores que están recuperándose del burnout).

La combinación entre las intervenciones por objetivo y por foco de atención, resulta en una matriz como la que se muestra en el siguiente cuadro.

Cuadro N°1. Estrategias de intervención en burnout de intervención del burnout

Objetivo/Foco	Estrategias Organizacionales	Estrategias Individuales
Diagnóstico/ Identificación	Auditoría de salud psicosocial	Autodiagnóstico
	Comprobación de los niveles de burnout	
Intervención primaria (prevención)	Mejora del contenido del puesto	Gestión del tiempo
	Planificación temporal	Entrenamiento en habilidades sociales
Intervención secundaria (prevención)	Programas de acogida a nuevos empleados	Grupos de apoyo
	Desarrollo organizacional	Tutorización y consulta
Intervención terciaria (tratamiento)	Institucionalización de servicios	Orientación
		Tratamiento psicoterapéutico

Fuente: Gestión Práctica de Riesgos Laborales, 41, 12-20. (2007).
Autores: Lorente y cols.

3.2 Conceptualización de las variables de la investigación

“El trabajo más importante no es el de la transformación del mundo, sino el de la transformación de nosotros mismos” *Juan Pablo II*

3.2.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

3.2.1.1 Variables de riesgo y protectoras

En muchos estudios sobre el burnout se han encontrado como variables asociadas a este síndrome: las sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, etnicidad, etc.) y las laborales (categoría profesional, años de experiencia profesional, tipos de contrato, etc.) (Godoy y cols., 2008). Pero saber si éstas son de riesgo (aumentan la vulnerabilidad de padecer el burnout) o protectoras (reducen el riesgo de padecer el burnout), es difícil por resultados contradictorios, no concluyentes y no significativos, de estudios al respecto.

3.2.1.2 Motivación y satisfacción laboral

La motivación en el ámbito laboral en la actualidad se entiende como un proceso que activa, conduce, dinamiza y sostiene el comportamiento de las personas hacia la consecución de los objetivos esperados y planteados en la organización (López, 2005).

Por su parte, la satisfacción laboral puede ser entendida como:

La actitud que muestra el trabajador frente a su trabajo y que esa actitud se basa en creencias y valores que el trabajador desarrolla de su propio trabajo y que necesariamente influirán de manera significativa en sus comportamientos y en sus resultados. (Barraza & Ortega, 2009) (citado en González, López & Sánchez, 2011, p.1050)

Estas dos variables pueden ser afectadas por condiciones que desencadenan y facilitan el desarrollo del burnout y se han llegado a considerar como manifestaciones de este síndrome (Llorens & Salanova, 2008).

3.2.1.3 Investigaciones realizadas

Existen muchas y diversas investigaciones sobre las variables sociodemográficas y laborales en relación al burnout:

- Sexo: En México se desarrolló un estudio con profesionales de salud de atención primaria y atención especializada (Atance, 1997) (citado en Avendaño y cols., 2009), hallaron que el síndrome tiene mayor presencia en las mujeres, posiblemente por la carga laboral y tareas familiares (Albaladejo y cols., 2004; Álvarez, Arcel, Barrios, & De k.o. Sánchez , 2005; Aun y cols., 2007; García, Grau & Suñir, 2005; Gil Monte & Peiró, 1999) (citado en Antúnez y cols., 2009). Otros estudios como el desarrollado con psiquiatras en Chile, señalaron lo contrario, que existe mayor prevalencia del síndrome en los hombres (González, Quezada, Vega & Yáñez, 2004) (citado en Avendaño y cols., 2009). Sin embargo, en otra investigación realizada en profesionales de salud en Venezuela (Aranda, Arellano, Bermúdez, Flores, Pando & Pérez, 2003) (citado en Avendaño y cols., 2009) se encontró que no existe diferencias significativas por sexo.
- Edad: Hay estudios desarrollados en Barcelona con enfermeras (Pera & Serra-Prat, 2002) (citado en Cruz, Melita & Merino, 2008) y en España también con personal de salud (Amutio, Ayestaran & Smith, 2009), que indican que la mayoría de edad puede ser un factor de riesgo pues se correlaciona con índices superiores de burnout. Sin embargo, otras investigaciones como la que se desarrolló en personal sanitario de Hispanoamérica y España (Braga y cols., 2009) llegaron a la conclusión que tener menor edad se asocia al padecimiento del burnout.
- Zona en la que trabaja: En un estudio hecho con cirujanos colombianos (Bejarano y cols., 2009) no se encontró una asociación significativa entre la aparición del síndrome de desgaste profesional y el área de práctica clínica (urbana o rural).
- Etnicidad: La existencia de investigaciones que han estudiado esta variable en relación con el burnout son reducidas, razón por la que no hay probabilidad de resumir la existencia de alguna tendencia empírica al respecto (Maslach, 2009).
- Estado civil: En un estudio realizado en médicos y personal paramédico de México (Hoyos, Márquez, Pereda & Yáñez, 2009), se encontró que los trabajadores casados tienen un riesgo mayor para presentar burnout que los que no tienen pareja; sin embargo, otros estudios, uno desarrollado con médicos, enfermeras y paramédicos en México (Franco 1999; citado en Hoyos y cols., 2009) y otro realizado en médicos familiares en el mismo país (Aldrete, Aranda, Flores, Pando & Pozos, 2006) (citado en Hoyos y cols., 2009), arrojaron datos contrarios a los primeros, es decir, concluyeron que los solteros son los que tienen mayor

posibilidad de tener desgaste emocional. Además, se ha encontrado que los casados experimentan menos el síndrome, aunque lo que parece más bien influir es el apoyo socio-familiar recibido por la pareja y la satisfacción/insatisfacción del matrimonio (Chacón & Grau, 2009). En otro estudio realizado en profesionales de enfermería en Chile (Cruz y cols., 2008), si bien llegó a que el estado civil no influyó en la presencia del burnout, permitió apreciar que los viudos y separados presentaron niveles bajos de despersonalización. Con respecto al número de hijos, un estudio realizado en médicos familiares mexicanos (Castañeda & García de Alba, 2010) halló que el burnout se presenta más en los profesionales que tienen hijos en relación a los que no tienen. Otro estudio, mencionado anteriormente, desarrollado en personal de salud hispanoamericano y español (Braga y cols., 2009) halló que el burnout se presenta en profesionales que presentan menor número de hijos. Se ha observado en investigaciones como el desarrollado en profesionales de enfermería de cuidados intensivos en España (Godoy y cols., 2008), la existencia de una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en personas que no tienen hijos, que se justifica posiblemente al aludir a la mayor estabilidad y madurez emocional de los sujetos que tienen hijos y al hecho de que las personas que no los tienen, podrían utilizar el trabajo como fuente de vida social y una mayor implicación con el trabajo consecuente llevaría asociado un riesgo mayor de padecer el fenómeno del burnout.

- Con quien vive: Un estudio realizado con médicos y enfermeras del Perú (Quiroz & Saco, 2003), no halló asociación significativa entre la variable y la prevalencia del burnout.
- Salario: En el estudio, citado anteriormente, realizado con cirujanos colombianos (Bejarano y cols., 2009), no hubo asociaciones significativas entre la aparición del síndrome y factores como el recibir un salario fijo, la periodicidad del pago al profesional, los ingresos exclusivos del ejercicio médico. Pero se encontró como factores “protectores”, la adecuada conexión entre ingreso y expectativas económicas (ambiciones personales y profesionales).
- Categoría profesional: En el estudio, mencionado anteriormente desarrollado en profesionales de salud de habla hispana (Braga y cols., 2009), se halló que en Medicina, el síndrome del burnout tuvo una prevalencia del 12,1%, en Enfermería del 7,2%, y en Odontología, Psicología y Nutrición se presentó con cifras menores al 6%. Entre los médicos, el burnout predominaba en los que laboraban en

urgencias (17%) y en los internistas, no así en los anestesistas y dermatólogos pues tuvieron prevalencias menores (5% y 5,3% correspondientemente). Diversos estudios, uno de ellos realizado en personal de enfermería en España (Albaladejo y cols., 2004) (citado en Braga y cols., 2009), y otro realizado en profesionales médicos de España (Gálvez, Mingote & Moreno, 2004) (citado en Braga y cols., 2009), señalaron que los índices más altos del síndrome de burnout se han aparejado a especialidades médicas de atención primaria, salud mental, emergencias, cuidados intensivos, oncología y paliativos.

- Grado académico: En una investigación realizada en personal de una institución de salud mental en Guatemala (Barrera & Ochomogo, 2011), se encontró que las personas que poseen menor grado educativo presentan mayores niveles de burnout. Otro estudio desarrollado en personal de un Hospital de Colombia (Álvarez & Illera, 2003; citado en Campos, Córdoba, Illera & Silva, 2008), encontró lo contrario, porque halló que los sujetos que tienen mayores puntuaciones en burnout son los que tienen estudios de postgrado. Sin embargo, en otro estudio ya mencionado con anterioridad, realizado con médicos familiares de México (Castañeda & García de Alba, 2010), no se encontraron diferencias significativas con respecto a los grados de escolaridad.
- Años de experiencia profesional: En el estudio, citado anteriormente, realizado en profesionales de salud de habla hispana (Braga y cols., 2009), se halló también que a mayor experiencia laboral menor sería la probabilidad de burnout. Y en otro estudio, mencionado anteriormente, desarrollado en profesionales de enfermería de cuidados intensivos en España (Godoy y cols., 2008), se observó que a mayor experiencia laboral mayores puntuaciones del síndrome del burnout, pero esta tendencia no ha sido tan significativa.
- Estudios o recibimiento de formación fuera de la jornada de trabajo y el desarrollo de jornadas o trabajos extras al desempeño laboral: En el estudio, citado anteriormente, realizado con profesionales de enfermería intensiva en España (Godoy y cols., 2008), no se hallaron asociaciones significativas entre estas variables y el burnout. En un estudio realizado en trabajadores de salud en México (Alcaraz, 2006), se encontró que tener más de otro trabajo fuera de la institución fue un factor de riesgo para padecer el burnout. Y en otro estudio hecho con médicos familiares del (IMSS) (López, López, Munguía, Peralta & Rodríguez,

2007), se halló un mayor nivel de cansancio emocional en los que tenían un segundo trabajo estresante fuera de la institución.

- Jornada laboral: En un estudio, citado anteriormente, realizado en profesionales de salud de atención primaria y atención especializada de México (Atance, 1997) (citado en Avendaño y cols., 2009), también se halló un nivel de burnout más alto entre quienes permanecen más tiempo interactuando con los pacientes y entre los que tienen un horario más prolongado, específicamente en tal estudio se halló la asociación con los que atienden más de 21 pacientes diarios a su cargo, a los que dedica más del 70% de la jornada laboral y ésta se halla entre 36 y 40 horas semanales.

En otro estudio realizado con médicos familiares y asistentes médicos en México (Anaya, Ortiz, Panduro & Ramírez, 2006), se encontró que laborar más de 8 horas diarias es un factor de riesgo para padecer el síndrome del burnout. En otro estudio llevado a cabo en médicos residentes del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) (Espinoza, González, López & Morales, 2007), se encontró una asociación significativa entre la falta de realización personal y el tener tres o más guardias por semana. En lo que concierne a los turnos se observó en un estudio realizado en un grupo de enfermeras mexicanas (López & Martínez, 2005) (citado en Avendaño y cols., 2009), diferencias en despersonalización y baja realización personal entre las que tienen turnos y las que no lo tienen. Además en otra investigación realizada con profesionales de enfermería de las unidades de diálisis en España (Del Campo, Fernández, Martínez & Rojas, 1999) (citado en Avendaño y cols., 2009), se halló que los que tenían turnos rotatorios tenían mayor puntaje en baja realización personal.

En otro estudio hecho con personal de enfermería en el mismo país (Albaladejo y cols., 2004) (citado en Avendaño y cols., 2009), se encontró puntuaciones más altas en agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en enfermeras que laboraban en turnos vespertino o rotatorio. Pero en otros estudios, uno de ellos desarrollado con enfermeros que laboraban en los servicios de neonatología en Cuba (Marrero, 2003) (citado en Avendaño y cols., 2009) 2009), ha habido evidencia distinta, de acuerdo al tipo de turno laboral.

- Sector en el que trabaja: En un estudio, mencionado con anterioridad, desarrollado con cirujanos colombianos (Bejarano y cols., 2009), no se halló una

asociación significativa entre el riesgo de padecer el síndrome de desgaste profesional y el carácter público y/o privado de la actividad médica.

- Tipos de contrato: Un estudio desarrollado con personas de la unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología en España (Dueñas & Fontán, 2010), halló que el personal con contrato fijo presentaba menor agotamiento emocional que los profesionales con contrato temporal.

3.2.2 El burnout y la relación con la salud

3.2.2.1 Definiciones de salud

Es una tarea compleja definir la salud por muchos enfoques bajo las que se puede concebir el término. Las distintas definiciones están en el siguiente cuadro.

Cuadro N°2. Definiciones de salud

Autor	Definición-Concepto de salud
Stampar, 1945; OMS, 1946	La salud es el completo estado de bienestar físico, psíquico y social y no sólo la ausencia de enfermedad o achaque.
Dubos, 1968	Es un <i>modus vivendi</i> que permite al hombre imperfecto, llevar una existencia apremiante y no demasiado dolorosa, a la vez que superar un mundo imperfecto.
Wyle, 1970	El perfecto y continuado ajuste del hombre a su ambiente y la enfermedad, el continuo e imperfecto desajuste del hombre a su medio ambiente.
Sonis, 1976	Estado de funcionamiento fisiológico y psicológico efectivo y total.
Blum, 1981	Capacidad del individuo para mantener el estado de equilibrio propio de su edad, de acuerdo con sus necesidades sociales, en el que resulte libre de profundas incomodidades, insatisfacciones, enfermedad o incapacidad, asegurando la supervivencia de la especie y su realización personal.
Terris, 1987	Un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedad.
Mahler, 1988	Agrega a la definición de Sonis: La posibilidad de realización de una vida social y económicamente productiva.
Tarlov, 1992	Es una capacidad individual o de grupo relativa al potencial para funcionar plenamente en el ambiente social y físico.
RAE, 2001	El estado en que el ser orgánico ejerce todas sus funciones.

Fuente: Epidemiología aplicada. (2008).

Autores: De Irala, Martínez & Seguí; modificado por: Esmeralda Echanique.

Las definiciones más actuales presentan una combinación de componentes objetivables y dinámicos, tienen presente la ecología agregando el medio ambiente y nuestra integración en un entorno complejo en el que ejercen de forma simultánea factores, que según la teoría de sistemas, añaden sus efectos en nuestro organismo y van generando distintos resultados (De Irala y cols., 2008). Y sobre la influencia del burnout en la salud de los profesionales es importante citar a los problemas a nivel somático, la ansiedad, el insomnio, la depresión y la disfunción social (Fernández, Fidalgo, Fornielis, García, & Muyor, 2008), que se detallarán a continuación.

3.2.2.2 Síntomas somáticos

Los síntomas somáticos del burnout son los que más percibe el individuo que los sufre y las que ocasionan un mayor impacto en su calidad de vida (Savio, 2008). Y como se mencionó con anterioridad, estos pueden ser algias (pinchazos en el pecho, dolores de espalda, jaquecas, etc.), afecciones neurovegetativas (taquicardias, palpitaciones, hipertensión y temblor de manos), afecciones tipificadas (crisis asmáticas, alergias, úlcera gastroduodenal, diarrea) y otros como la fatiga, catarros, etc.

3.2.2.3 Ansiedad e insomnio

La ansiedad es como un sistema de alerta del organismo ante situaciones de amenaza que implica advertir y activar al organismo, movilizarlo ante situaciones que se consideran de riesgo cierto o probable, imaginario o real, para poder salir de ellas. Esta situación es normal, pero no lo es cuando afecta de forma abrupta y no se cuenta con los medios necesarios para contrarrestarlo y los niveles de alarma y de miedo serán muy altos comprometiendo a nuestro bienestar (Baeza, Balaguer, Belchi, Coronas & Guillamón, 2008). El insomnio (Homeier, Kaplan & Porter, 2010) se trata de “la dificultad para conciliar el sueño, para permanecer dormido o la sensación de que el sueño no es reparador” (p.416). Además uno de los factores que contribuyen a la permanencia del insomnio en el tiempo es la ansiedad, ésta en ocasiones puede responder a miedos que se encuentran sólo en nuestra imaginación y que puede llevar a bloquear en la conciliación del sueño. La ansiedad, asimismo, puede llevar a dificultades a la hora de ajustarnos a los cambios que van ocurriendo en nuestra vida. Ella suele ser responsable de la carencia de concentración, de la irritabilidad, de los problemas para llegar al sueño, como de la sensación de no haber descansado en la mañana. Y si tales sensaciones se repiten día tras día entonces se entra en “el círculo vicioso del insomnio” (De la Fuente & Martínez, 2009).

3.2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria

La disfunción social es “la manera en como siente la persona la relación, con las otras personas o con las actividades cotidianas y ante los problemas y dificultades que se enfrentan en la vida” (Instituto Nacional de Estadística y Censos [INEC], 2004, p.423). Se la considera como sub-escala C en el cuestionario de salud general (Goldberg & Williams, 1996) (citado en Godoy y cols., 2008), que evalúa los síntomas relacionados con este tipo de disfunción, como: la incapacidad para tomar decisiones, para el desarrollo organizado del trabajo, etc.

3.2.2.5 Tipos de depresión

Existen varios tipos de depresión, y se las puede clasificar en tres categorías (Forselledo, 2009), así:

- Depresión endógena: Constituye la fase de depresión de la psicosis maníaco-depresiva. Esta categoría se denomina melancolía, y representa la forma extrema del síndrome depresivo y comprende la inhibición, tristeza, negación, etc.
- Depresión psicógena: Reactiva (surge generalmente en días posteriores a un hecho traumático y llega a un porte apático e inhibido de un estado de postración, o a un aspecto de agitación ansiosa y disfórica acompañado de un desbordamiento emocional); neurótica (se distingue por la concomitancia o preexistencia de una sintomatología neurótica, y de síntomas depresivos más o menos pronunciados); y por agotamiento o situacional (posiblemente ligado a situaciones de estrés prolongado o de aguda tensión o conflicto permanente).
- Depresión sintomática de otras enfermedades: Orgánica (aparece durante o al final de otras afecciones, son por lo regular depresiones ligeras con astenia); atípica (se trata de manifestaciones sintomáticas de las psicosis esquizofrénicas, además aparecen en las pre-psicosis, los estados *borderline*, alcoholismo y las farmacodependencias); y de involución (son de aparición tardía, en el climaterio, la pre-senectud).

3.2.2.6 Investigaciones realizadas

En el estudio realizado sobre la estimación de la prevalencia del síndrome del burnout en una muestra de profesionales de enfermería intensiva en España y su relación con el nivel de salud percibida (Godoy y cols., 2008), se encontró una relación significativa

entre el síndrome del burnout y la falta de salud o bienestar percibido. Y al igual que otros estudios, uno de ellos realizado en profesionales de salud de España (Fernández, 1998) (citado en Godoy y cols., 2008) y otro hecho con personal sanitario de salud mental (García, Llor & Sáez, 2000) (citado en Godoy y cols., 2008), han encontrado una asociación significativa entre la mayoría de las escalas del cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28) y cada una de las dimensiones del burnout, excepto con la dimensión de realización personal en el trabajo. Asimismo, se observó que las correlaciones más intensas se dio entre la dimensión de agotamiento emocional y la falta de salud, más específicamente con la frecuencia de los síntomas de la ansiedad.

3.2.3 El burnout y el afrontamiento

3.2.3.1 Definición de afrontamiento

Folkman y Lazarus (1986) (citado en González, Landero & Morán, 2010) definieron al afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales continuamente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas. Lazarus (2000) (citado en Fernández, 2009) sostiene que lo que hace la persona como afrontamiento está condicionado por la situación y el tipo de persona de que se trata. Y por tal razón el afrontamiento debe ser flexible y adaptable a las necesidades de la situación y la persona tiene que aprender la forma de ajustarse a él. Para la conceptualización de afrontamiento es importante tener presente lo siguiente (Fernández, 2009): no es necesario que sea una conducta que se realice completamente, puede también ser el intento o esfuerzo realizado; dicho esfuerzo no supone sólo conductas visibles sino también en cogniciones; y la valoración cognitiva de la situación como desafío o amenaza es una condición para empezar los intentos de afrontamiento por el sujeto.

3.2.3.2 Teorías de afrontamiento

Existen dos enfoques teóricos distintos sobre el afrontamiento (Fernández, 2009): El primero trata al afrontamiento como un estilo personal de afrontar las situaciones estresantes, es decir, un modo usual de procesar la información y usar los recursos cognitivos (Cabeza, 2011). Y dentro de este enfoque están los siguientes modelos:

- Estilos represor/sensibilizador de Byrne (1964) (citado en Fernández, 2009): El primero se inclina a la negación y evitación; y el segundo es más vigilante y expansivo.
- Estilos cognitivos incrementador (*monitoring*) / atenuador (*blunting*) de Miller (1987) (citado en Fernández, 2009): Este modelo está fundamentado en la manera en que las personas procesan de forma cognitiva la información de amenaza. El término *monitoring* indica el nivel de alerta y sensibilidad del individuo en relación a la información relacionada con la amenaza. Por otro lado, el *blunting* indica el nivel con que la persona evita o modifica de manera cognitiva la información de amenaza.
- Modo vigilante-rígido / modo evitador-rígido / modo flexible / modo inconsistente de Kohlmann (1993) (citado en Fernández, 2009): El modo vigilante-rígido se podría equiparar al sensibilizador de Byrne, el modo evitador-rígido al modo represor dicho también por ese mismo autor, el modo flexible hace referencia a personas no defensivas que usan flexiblemente las estrategias que se relacionan con la situación y el modo inconsistente se refiere al que presentan las personas ansiosas, es un afrontamiento no eficaz.

El segundo enfoque del afrontamiento es propuesto por el grupo de Lazarus (1966, 1993; Folkman & Lazarus, 1984) (citado en Fernández, 2009) conceptualizándolo como proceso. El modelo procesual lo comprende como independiente de los resultados, es decir, puede ser adaptativo o no, dependiente del contexto y de la evaluación de lo que puede hacerse o no para modificar la situación. Siguiendo la definición de Folkman y Lazarus (1993), el afrontamiento es considerado como un proceso que se modifica a medida que los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no, sin embargo, los individuos usan predominantemente modos de afrontamiento más o menos estables para abordar el problema; no es automático, es un patrón de respuesta que puede ser aprendido; y requiere esfuerzo para manejar la situación o ajustarse a ella. DeLongis, Folkman, Gruen y Lazarus (1986) (citado en Fernández, 2009) proponen dos procesos: evaluación cognitiva y afrontamiento como mediadores de la interacción continua que se efectúa entre individuo y ambiente. La evaluación se produce en dos etapas: la primaria se refiere al proceso de análisis de la situación y del impacto del evento fuente de estrés para la persona, y si el resultado que se deriva es de percibirla como daño y/o desafío, la situación se catalogará como estresante y generará en la persona la elaboración inmediata de una respuesta de

afrontamiento, trayendo consigo efectos emocionales (Chang, 1998; Brandt & Zohar, 2002; Dayan & Zohar, 1999) (citado en Fernández, 2009); y la secundaria, se examinan las habilidades personales de afrontamiento y se advierte de los recursos de afrontamiento para posteriormente desplegarlos y que permitan resolver la situación problema y/o controlar las emociones (Folkman & Lazarus, 1984) (citado en Fernández, 2009).

3.2.3.3 Estrategias de afrontamiento

Se denominan a las acciones que tienden a parar, amortiguar y si es posible anular los efectos de las situaciones de amenaza (González y cols., 2010). Las estrategias de afrontamiento consideradas en este estudio se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro N°3. Algunas estrategias de afrontamiento

Estrategias de afrontamiento	Descripción
Afrontamiento activo	Se trata de realizar acciones, ejercer esfuerzos para eliminar o paliar el estresor.
Planificación	Consiste en pensar en cómo se va a enfrentar al estresor y planificar sus esfuerzos de afrontamiento activo.
Reinterpretación positiva	Consiste en obtener lo mejor de la situación o mirarla desde un enfoque más favorable.
Aceptación	Implica aceptar que el evento ha ocurrido y es real.
Humor	Consiste en realizar bromas acerca del estresor.
Religión	Supone aumentar su implicación en actividades religiosas.
Búsqueda de apoyo social emocional	Consiste en conseguir simpatía o apoyo emocional de otro.
Búsqueda de apoyo social instrumental	Implica buscar ayuda, información sobre qué hacer.
Auto-distracción	Consiste en desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo, realizando otras actividades o proyectos.
Negación	Se trata de intentar rechazar la realidad del evento estresor.
Desahogarse	Implica una tendencia de descargar los sentimientos suscitados del problema.
Uso de sustancias	Consiste en tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
Desconexión conductual	Implica renunciar a cualquier esfuerzo o tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo
Autoinculpación	Se refiere a la autocrítica por la responsabilidad en la situación estresante.

Fuente: International Journal of Behavioral Medicine.

Autor: Carver (1997) (citado en Fernández, 2009); modificado por: Esmeralda Echanique.

Las estrategias de afrontamiento como la negación, autoinculpación, desconexión conductual, y uso de sustancias tóxicas tienen en común que son pocas adaptativas, no resuelven el problema y están asociadas con problemas de salud. Las estrategias de afrontamiento activo y la planificación están concentradas en resolver el problema y son adaptativas. El apoyo social emocional e instrumental también se las considera estrategias de tipo adaptativo. La aceptación, auto-distracción, desahogo, el humor y la reinterpretación positiva son estrategias de afrontamiento adaptativas que a pesar de no estar dirigidas a solucionar de forma directa el problema, no resultan perjudiciales para la salud. (Fernández, 2009).

3.2.3.4 Investigaciones realizadas

En un estudio en personal de salud llevado a cabo en México (Austria y cols., 2010), se halló que la utilización de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de forma más efectiva) tienen efectos protectores ante el burnout en el personal sanitario. Mientras que el uso de estrategias pasivas de afrontamiento (falta de concentración en sus actividades, evitar cumplir con sus responsabilidades o hacer como si no existieran) fomenta el desarrollo del síndrome, razón por lo que puede ser estimado como factor de riesgo. En otro estudio realizado con enfermeras de unidades de terapia intensiva de Argentina (Popp, 2008), se halló que las que presentaron niveles inferiores de burnout usaron el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y probables soluciones tales como la realización de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de recompensas alternas en otra clase de fuentes de gratificación como el desarrollo personal y las actividades.

3.2.4 El burnout y la relación con el apoyo social

3.2.4.1 Definición de apoyo social

El apoyo social (Aldrete, Aranda, Pando, Torres, & Salazar, 2010) es el proceso que ocurre entre las personas que integran la red social de un individuo. Conductas como escuchar, estimar, valorar, etc., son las que se producen entre los sujetos que componen la red. Otra definición expresa que el apoyo social (Gottlieb 1988) “es una información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el

receptor” (citado en Gimeo, 2008, p. 17). Y también se ha mencionado que el apoyo social (Dean, Ensel & Lin, 1986) “son provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos” (citado en Gimeo, 2008, p. 17) del individuo.

3.2.4.2 Modelos explicativos del apoyo social

Existen dos teorías principales del apoyo social (García, 2002) en relación a los efectos positivos que tiene sobre la salud y el bienestar: La primera señala que el apoyo social actúa sobre éstas directamente, sin importar el nivel de estrés al que esté sometido el individuo (Barrón, 1996) (citado en García, 2002). Esto significa (García, 2002) que al aumentar el apoyo social aumentará la salud y el bienestar del sujeto sin la mediación, en esta relación, de las condiciones estresantes que se dieran. Según esto, la disposición de apoyo implica un incremento en la sensación de control del sujeto sobre su entorno, lo que se traduce en un aumento de la capacidad predictiva de las experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación necesaria. En esta dirección, Thoits (1985) (citado en García, 2002), desde el Interaccionismo Simbólico, propone tres grandes mecanismos de actuación dentro estos efectos directos: un aumento en la percepción de identidad por parte del sujeto que se desarrolla por las interacciones con otras personas al desempeñar sus distintos roles sociales; un aumento en la percepción de su propia autoestima por medio de la valoración que los otros hacen de su comportamiento y un incremento de la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el entorno que aumenta su bienestar. Todo ello resguarda a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles sucesos vitales fuentes de estrés (Barrón, 1996) (citado en García, 2002). Al mismo tiempo, este incremento en la seguridad auto-percibida se refleja en el estado de ánimo del individuo, por lo que resulta este así ser incrementado (Folkman y Lazarus, 1986) (citado en García, 2002).

La segunda de las teorías, Efecto *Buffer* o Amortiguador, manifiesta que es específicamente en aquellas condiciones en las que el individuo se ve sometido a estrés cuando el apoyo social ejerce su efecto sobre su estado de ánimo, salud y bienestar (Barrón, Chacón & Lozano, 1988) (citado en García, 2002). En el modelo transaccional de Folkman y Lazarus (1986) (citado en García, 2002), el apoyo social actuaría en la evaluación primaria y secundaria. Sobre la primera, el soporte dado por otras personas permitiría redefinir la situación estresante como menos amenazante. Sobre la valoración secundaria, el tener los recursos (emocionales, instrumentales o

de información) dados por la red incrementa la percepción de su capacidad de afrontamiento a la situación. Impulsando conductas saludables en el individuo, que le permitirán reducir las reacciones negativas ante el estrés (Cutrona, 1986) (citado en García, 2002). Heller y Swindle (1983) (citado en García, 2002) han desarrollado un modelo de apoyo social basado en el modelo de buffer, en el que se integran los siguientes aspectos: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que tiene el individuo. Junto a estos elementos, la disponibilidad subjetiva de apoyo derivado de la red social va a influir en la valoración cognitiva de la situación de estrés y en las respuestas de afrontamiento. Según estos autores, los resultados no acertados de los estudios que han querido validar el efecto amortiguador son porque no han considerado al sujeto como agente activo en el desarrollo y uso de su red social.

De acuerdo con esto, la utilización o no de una forma efectiva del apoyo social en el transcurso de un evento estresante va a deberse a dos cuestiones: la disponibilidad que tenga del apoyo, de las características y competencias personales para acceder y usarlo; y de los patrones de afrontamiento que se desarrollaron previamente. Esto cambia el enfoque estático en la asociación apoyo social y estrés, que pasa a contemplarse de forma dinámica como una interacción a lo largo del tiempo entre el individuo y el entorno circundante, en el que el apoyo recibido va a depender del apoyo disponible y de la historia previa del individuo y de su capacidad para llegar a él, sostenerlo y emplearlo. Barrera (1988) (citado en García, 2002) reformuló la conexión entre estrés, apoyo social y salud, planteando una relación curvilínea. Esta establece que el apoyo social no permite una disminución del estrés cuando el individuo está expuesto a grados intensos de estrés. En situaciones de estrés moderado será cuando se tendrá diferencias en el surgimiento de síntomas en las personas que tienen un alto apoyo social y las que no tienen.

Ensel y Lin (1989) (citado en García, 2002) proponen un enfoque integrador en el que juntan el ambiente social, fisiológico y psicológico. Cada una de estas dimensiones viene determinada por la presencia de estresores y de recursos que posibilitan su afrontamiento. De acuerdo a esto, un claro estresor fisiológico para el individuo será la presencia de una enfermedad, mientras que la práctica de ejercicio físico, dieta apropiada, en sí la persistencia de hábitos saludables son recursos importantes para enfrentar los problemas. El sufrimiento de síntomas depresivos implica un claro estresor psicológico, mientras que una elevada autoestima se encuentra dentro de los

recursos psicológicos. El apoyo social es el recurso social más importante para salir de los problemas que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes. Todos estos factores en conjunto van a tener una influencia sobre el bienestar del individuo.

Además desde distintas teorías psicosociales se ha emprendido la explicación de los efectos salutogénicos que el apoyo social posee en general, este es el caso de la Teoría de Intercambio. La teoría original de Homans (1961) (citado en García, 2002) proveniente de la investigación en el campo de la sociometría y las relaciones grupales, también presenta un principio de equidad que indica que los refuerzos obtenidos por cada participante en una relación deben ser proporcionales a los esfuerzos invertidos en la misma. Una extensión teórica ulterior (Foa, 1971) (citado en García, 2002) manifiesta que los refuerzos que se intercambian son amor, estatus, dinero, bienes, etc.

3.2.4.3 Apoyo social percibido

El apoyo social percibido hace referencia a la dimensión subjetiva del apoyo social (Fernández & Fernández, 2006) y se trata de “la impresión de que los demás están disponibles para ofrecernos ayuda emocional o instrumental en caso de necesidad” (Carr, 2007, p. 275). Se define como la apreciación que un individuo hace de su red social que está configurada por los nexos de lazos interpersonales que conectan al sujeto con la familia, amigos y otros individuos, que se proveen un tipo de soporte (González & Landero, 2006; Gracia, 1997; Milardo, 1988; Pernice, 2010) (citado en Ancer, González, Meza, Pompa & Torres, 2010). Además se fundamenta en la calidad de la relación que proporciona el apoyo, desde la percepción subjetiva del sujeto sobre la satisfacción, la cercanía, la intimidad, el afecto, etc. (Chak, 1996) (citado en Castañeda, 2006).

3.2.4.4 Apoyo social estructural

Se trata de la dimensión objetiva o funcional del apoyo social (Fernández & Fernández, 2006), de características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social tales como el tamaño y la densidad, (Rodríguez, 2010), es decir, el número de contactos sociales, el número de amigos, etc. (Fernández & Fernández, 2006).

3.2.4.5 Investigaciones realizadas

En el estudio desarrollado con personal de servicio de psiquiatría en un Hospital de Chile, (Avendaño y cols., 2009) se encontró que ante la presencia de una mayor

percepción de apoyo social en el trabajo recibido de los compañeros o superiores resulta ser menor el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal en el trabajo. Este resultado se ha presentado en otros estudios llevados a cabo en distintos países y coincide con mucha evidencia que indica que en el plano de las relaciones interpersonales en el trabajo, la carencia de apoyo incrementa los sentimientos de burnout en los profesionales sanitarios o que su presencia reduce la influencia del burnout (Gil-Monte & Peiró, 1997) (citado en Avendaño y cols., 2009).

3.2.5 El burnout y la relación con la personalidad

3.2.5.1 Definición de personalidad

Se ha definido a la personalidad como un conjunto de rasgos únicos y relativamente duraderos que influyen en la conducta ante distintas situaciones (Schultz & Schultz, 2009). También se la ha definido como patrones de conducta, pensamientos y sentimientos específicos de las personas y que pueden ser relativamente estables (Baron, 1996). A pesar de los intentos que la psicología de la personalidad ha realizado al tratar de contextualizar el concepto de personalidad en la investigación científica (Eysenck, 1971) (citado en Pinto & Roth, 2010), todavía es vigente la siguiente afirmación:

Personalidad es una de las palabras más abstractas de nuestro lenguaje y, como cualquier otra palabra abstracta que sufre un uso excesivo, permite un amplio abanico de connotaciones a exista de su significado denotativo. Prácticamente ninguna otra palabra es más versátil. (Allport, 1937) (citado en Pinto & Roth, 2010, p. 66).

3.2.5.2 Tipos de personalidad

- Personalidad Tipo A: Las personas que tienen esta personalidad (Barraza, 2008) tienden a percibir al ambiente como opuesto a sus objetivos y amenazante a su autoestima, que necesita afirmarse a través de logros personales para alcanzar la cognición de control.
- Personalidad Tipo B: Las personas con este tipo de personalidad son pacientes, relajados y fáciles de llevar. No son grandes triunfadores en los negocios y

muchas de las veces dejan las cosas a un lado para finalizarlas cuando se sienten con deseos de completarlas. Su estado emocional es agradable por disminución de la activación o por activación placentera (Cruzalegui, De la Cruz & Sullca, 2011).

- Personalidad Tipo C: Las personas con este tipo de personalidad se caracterizan por reprimir sus sentimientos y la exteriorización dificultosa de sus emociones, en especial de la pena y la rabia. Son personas perfeccionistas e introvertidas que tienden a preocuparse por los demás y culpabilizarse por sus fallos y por esta razón soportan situaciones dificultosas sin quejarse ni rebelarse siendo presa fácil de los desaprensivos (Morell, 2011).

Se ha dicho que hay tres tipos de personalidad o rasgos que han sido valorados como evidentemente influyentes en la percepción del estrés y en sus consecuencias: el mencionado tipo de personalidad A; la personalidad resistente como actitud de una persona ante su lugar en el mundo que manifiesta de forma simultánea su compromiso, control y disposición a responder ante los desafíos (Kobasa, 1979; Kobasa, Kahn & Maddi, 1982) (citado en CREA, s.f.); y el neurotismo/ansiedad que agrupa un amplio rango de estados de ánimo aversivos, que incluyen la ira, disgusto, desprecio, culpa, depresión y aprensividad (Pennebarker & Watson, 1989) (citado en CREA, s.f.) y estos parecen desempeñar su rol principal en la percepción del estrés, porque predisponen a estados de inquietud sobre la incertidumbre de los sucesos (Peiró & Salvador, 1993) (citado en CREA, s.f.).

3.2.5.3 Patrones de conducta

Un patrón de conducta (Price, 1982) (citado en Useche, 2008) “reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica” (p.33). Hay varios patrones de conducta: el tipo A, B y C (Useche, 2008). Los sujetos con un patrón de conducta A pertenecen a perfiles psicológicos en los que impera una respuesta excesiva. Muestran hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, tanto con su medio ambiente como con ellos mismos y sus relaciones con los demás son problemáticas y con tendencia a la dominancia. Teniendo que los individuos con patrón de conducta tipo A con respuesta autonómica al estrés tienen mayor predisposición a tener patologías cardiovasculares debido a la activación de las catecolaminas. Los individuos con un patrón de conducta tipo B pertenecen a perfiles

psicológicos en los que sobresale la tranquilidad, confiabilidad, relajación. Es evidente la participación de los mecanismos adaptativos al estrés y su fracaso como factores que provocan y desencadenan los procesos neuróticos y depresivos. Los sujetos con un patrón de conducta tipo C pertenecen a perfiles psicológicos que se caracterizan por la introversión, obsesión, interiorización de la respuesta al estrés, resignación y apacibilidad, extrema cooperación, sumisión y conformismo, siempre con el control de las expresiones de hostilidad y con deseo de aprobación social. Los individuos con este tipo de patrón conductual son más proclives a padecer de reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas variadas (Useche, 2008).

3.2.5.4 Locus de control

El locus de control es un término que fue desarrollado por Rotter (1966) (citado en Llana, 2009), para tratar al concepto del control interno frente al control externo. El locus de control “se refiere al grado con que el individuo cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella” (Llana, 2009, p. 465). El locus de control es un rasgo de personalidad que se vincula con la atribución que realizan los individuos sobre sus éxitos y fracasos; y puede ser interno o externo. El locus de control interno se refiere a la atribución del éxito y/o fracaso debido al propio empeño, esfuerzo, inteligencia o habilidad del individuo (Durazo, Laborín, Parra & Vera, 2008); los sujetos con este tipo de locus de control poseen mayores posibilidades de conservar la salud y prevenir las enfermedades y mayor cooperación con tratamientos y programas de salud. En cambio un individuo con locus de control externo tiende a percibir el refuerzo como no contingente con sus acciones sino como resultado del azar, el destino, la suerte. Los sujetos con este tipo de locus de control, tienden a padecer, más estrés, ansiedad, depresión, etc. (Llana, 2009).

3.2.5.5 Investigaciones realizadas

No se han hecho muchas investigaciones sobre las variables de personalidad y las diferencias individuales que participan en el despliegue del burnout. Algunos estudios como el realizado en personal sanitario de España (Hernández & Olmedo, 2004) (citado en Fernández, 2009) encontraron que los individuos que muestran un patrón de conducta tipo A, alto neurotismo (baja estabilidad emocional) y locus de control externo, son más vulnerables de padecer burnout, mientras que los sujetos con una “personalidad que resiste el estrés” y que normalmente usan estrategias de afrontamiento de carácter activo lo experimentan con menos frecuencia. Ante menor

control de la situación que crea tener el sujeto mayores son las probabilidades de aparición del burnout, sobre todo ante circunstancias ambiguas, complejas o novedosas en las que el individuo cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar (Joaquín, 2007). Hochwarter, Perrewe y Zellars (2000) (citado en Fernández, 2009) hallaron que de las dimensiones de personalidad sólo el neurotismo predecía de forma significativa el cansancio emocional. En otras investigaciones, como la realizada con 80 consejeros voluntarios holandeses que cuidaban de enfermos terminales (Bakker, Dollard, Llewing & Van Der Zee, 2006) (citado en Fernández, 2009), se ha encontrado una relación negativa entre la dimensión de extraversión y burnout, especialmente entre dicha dimensión y el cansancio emocional. La extraversión se asocia con ser optimista y con la reevaluación positiva de los problemas (Costa & McCrae, 1992) (citado en Fernández, 2009). Esta dimensión de personalidad está relacionada con la utilización de estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema, la planificación y búsqueda de apoyo social (Christian, Roesch & Vaughn, 2006; Costa & McCrae, 1986; Vollrath, 2001) (citado en Fernández, 2009). En un estudio realizado con enfermeras de Colombia (Useche, 2008) se encontró que los factores de personalidad categorizados en el tipo de personalidad A predisponentes al burnout, pertenecen a un perfil psicológico de respuesta agresiva, excesiva y tensa; además se ha encontrado que los factores de las personalidad tipo B predisponentes al burnout está el neurotismo; y por el contrario no se encontraron factores de personalidad tipo C que aumenta la vulnerabilidad del sujeto al síndrome. Y en otro estudio realizado en personal de enfermería de España (Godoy, Ríos & Sánchez, 2011) se encontró una asociación significativa entre la presencia de una personalidad resistente y menor burnout.

4. METODOLOGÍA

4.1 Diseño de la investigación

Esta investigación surge como necesidad de aportar a la temática del burnout en el Ecuador, pues actualmente a través del Código de Trabajo se solicita conocer los factores de riesgos psicosociales como es el caso de este síndrome, para el diseño del perfil del puesto y con ello promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida de los trabajadores, específicamente de los que trabajan en áreas de la salud de nuestro país, como son los profesionales en medicina y en enfermería.

Esta investigación presenta las siguientes características:

- Es cuantitativa: porque analiza la información numérica de los instrumentos evaluados.
- Es no experimental: porque se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para posteriormente analizarlos.
- Es transeccional o transversal: porque se enfoca en analizar cuál es el nivel o estatuto de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto en el tiempo.
- Es exploratorio: porque trata de una exploración inicial en un momento específico.
- Es descriptivo: porque se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para describir lo que se indaga.

4.2 Preguntas de la investigación

¿Cuál es la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias?

¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout?

¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?

¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?

¿El apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?

¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

4.3 Objetivos de la investigación

General

- Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

Específicos

- Identificar las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud.
- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer burnout.

4.4 Participantes

Los sujetos que participaron durante la investigación fueron en total 30 (15 médicos y 15 enfermeras) de dos ciudades del Ecuador, que se detallan a continuación:

- De la ciudad El Carmen de la provincia de Manabí: En el Hospital El Carmen, participaron seis médicos y seis enfermeras.
- De la ciudad de Santo Domingo de la provincia de los Tsáchilas: En el Hospital Gustavo Domínguez, participaron ocho enfermeras; en la Clínica Los Ángeles los participantes fueron dos médicos; y en la Clínica Santiago participaron siete médicos y una enfermera.

4.5 Instrumentos

Los instrumentos utilizados en la investigación se detallan a continuación, de acuerdo al orden en que fueron aplicados.

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Se trata de un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación y tiene como finalidad recolectar datos personales y laborales oportunos en el estudio del síndrome del burnout de los profesionales encuestados.

Es cuestionario se encuentra estructurado en dos partes:

- Datos personales: género, edad, ciudad en la que trabaja actualmente, zona de trabajo, etnia, estado civil, entre otros.
- Datos laborales: profesión, curso de algún postgrado, años de experiencia profesional, tipo de trabajo, tipo de contrato, horas en las que trabaja diariamente y semanalmente, tipo de turno en la que labora, entre otros. Además, en el final de este apartado se pretende recabar datos sobre la percepción de valoración y satisfacción en el trabajo, por lo que se le presenta al profesional la posibilidad de escoger su respuesta marcando la numeración correspondiente en una escala de Likert: 1 equivale a “nada valorado”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”.

Para completar se marca con una “X” en el casillero de respuesta nominal.

El Cuestionario de Burnout (MBI)

Es un cuestionario que tiene como finalidad detectar y medir la existencia de burnout en el sujeto.

Este cuestionario está estructurado de 22 ítems con posibilidades de respuestas en una escala de Likert de siete opciones en relación con la frecuencia con la que se experimentan ciertas sensaciones relacionadas con el trabajo y con una puntuación posible que va desde 0 a 6 para cada ítem; además tiene tres dimensiones (Jackson & Maslach, 1986; citado en Braga y cols., 2009):

- Agotamiento Emocional (AE) con nueve ítems: manifiesta la sensación de estar exhausto emocionalmente por el trabajo y con menor capacidad de entrega a los demás.
- Despersonalización (DP) con cinco ítems: expresa una respuesta impersonal y fría hacia los pacientes.
- Realización Personal (RP) con ocho ítems: describe sentimientos de competencia y éxito y, en contraste con los dos componentes previos, los valores bajos en esta dimensión son indicativos del síndrome de burnout.

Para completar el cuestionario se debe marcar con una “X” en el casillero que crea conveniente.

Cuestionario de Salud Mental (GHC-28)

Se trata de un cuestionario que tiene como finalidad evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si está “sano” o presenta “disturbios psiquiátricos” (Artal, Lobo & Pérez, 1986) (citado en Arroyo, Moreno, Pérez, Suárez & Vásquez, 2010).

Está estructurado por 28 ítems y cada una de ellas consta de 4 opciones de respuesta que varían desde afirmar que lo que se le pregunta le sucede mucho, bastante, no más de lo habitual o nunca. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en los rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante 4 sub-escalas (Artal, Lobo & Pérez, 1986) (citado en Arroyo, Moreno, Pérez, Suárez & Vásquez, 2010):

- Síntomas somáticos: dolores de cabeza, escalofríos, entre otros.
- Ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, problemas para dormir.
- Disfunción social: sentimientos hacia las actividades que hace en el día.

- Depresión grave: sentimientos de disvalía, pensamientos de muerte.

El cuestionario se responde marcando con una “X”, en la opción que más se ajuste a su situación.

Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

La versión abreviada, adaptada y validada de esta escala, por la población española es la que se utilizó en esta investigación y tiene como finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles (Carver, 1997) (citado en Krzemien, Monchietti, & Urquijo, 2004).

Esta escala está estructurada por 28 ítems, con opciones de respuestas en una escala de Likert: 1 “no he estado haciendo esto en absoluto”, 2 “he estado haciendo esto un poco”, 3 “he estado haciendo esto bastante” y 4 “he estado haciendo esto mucho”. Cuenta con las siguientes sub-escalas (Carver, 1997) (citado en Krzemien, Monchietti, & Urquijo, 2004): afrontamiento activo, planificación, auto-distracción, apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, autoinculpación, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias humor.

En esta escala se marca la respuesta que el encuestado considere adecuada

Cuestionario MOS de Apoyo Social

Se trata de un cuestionario que tiene como finalidad investigar el apoyo estructural y percibido del individuo, y obtener su un índice global de apoyo social (Enrique & Rodríguez, s.f.; Sherbourne & Stewart, 1991).

Este cuestionario tiene 20 ítems, dividido en 2 partes (Enrique & Rodríguez, s.f.):

- La primera parte: corresponde a la pregunta inicial que pide el número de amigos íntimos y de familiares cercanos que posee el individuo, para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural).
- La segunda parte: va desde el ítem N° 2 hasta el ítem N° 20, con opciones de respuestas en una escala de Likert: 1 “nunca”, 2 “pocas veces”, 3 “algunas veces”, 4 “la mayoría de veces” y 5 “siempre”. Esta parte consta de cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido): Apoyo emocional (implica la empatía, el

cuidado, la confianza, el confort); apoyo material o instrumental (contar con ayuda doméstica o consejo sobre como sobrellevar la situación); relaciones sociales de ocio y distracción (contar con otras personas para realizar actividades de distracción y mantener el contacto social); y el apoyo afectivo (refuerza la autoestima con la construcción de una percepción más positiva del vínculo afectivo).

Para responder este cuestionario, en la primera pregunta se contesta con números la cantidad de amigos íntimos y de familiares cercanos que posee el sujeto, mientras que el resto de los ítems, se llenará marcando la respuesta que el sujeto considere adecuada.

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Se trata de un cuestionario que tiene como finalidad conocer los rasgos de personalidad del encuestado (Chorot, Olmedo, Sandín, Santed & Valiente, 2002).

Este cuestionario está estructurado por 24 ítems, con opciones de respuesta de carácter dicotómico de "Sí" o "No", que evalúa la personalidad del individuo a través de 4 factores (Chorot, Olmedo, Sandín, Santed & Valiente, 2002):

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

Para completar el cuestionario se marca la respuesta que más se acerque a la realidad.

4.6 Recolección de datos

La población de estudio que se designó para esta investigación fue de un total de 30 profesionales de salud: 15 médicos y 15 enfermeras, que podían ser de instituciones de salud pública y/o privada. El proceso de recolectar los datos se llevó a cabo en los meses de enero, febrero y marzo del 2012, que abarcó desde el contacto con las organizaciones hasta la obtención de la información.

En la ciudad El Carmen de la provincia de Manabí

Inicialmente, se procedió a contactar una institución de salud pública, en otra ciudad de la que resido, por cumplimiento de normas y conveniencia en la realización de la investigación, que fue el Hospital El Carmen. El contacto con esta institución se realizó el 26 de enero del 2012 con uno de los funcionarios superiores de tal organización de salud, a quien se le hizo la petición formal de realización del estudio, con la entrega de la carta enviada por la Dirección de la Escuela de Psicología, en la que se indicó los objetivos, el alcance de la investigación y el compromiso de que los datos serían manejados de forma confidencial; asimismo, se le indicó los cuestionarios y las formas que se podría emplear para aplicarlos. La respuesta de la funcionaria de la institución de salud fue inmediata y positiva, pues procedió a la aprobación respectiva para la aplicación de los seis instrumentos de investigación a los 15 médicos y 15 enfermeras optando por la entrega de los instrumentos en sobres manila para mayor facilidad y comodidad de los profesionales de la salud.

Así que los días 8, 13, 15, 16, 17, 21 y 25 de febrero, se procedió a la entrega de los seis cuestionarios junto con el certificado de participación al grupo de estudio. A cada profesional se le pidió la participación en la investigación bajo su total consentimiento y si aceptaba se le entregaba los seis instrumentos y el certificado de colaboración en un sobre manila, y simultáneamente se procedía a dar las orientaciones generales de llenado:

- Completar todos los espacios que se piden en los instrumentos de investigación.
- Si se llegara a tener dificultades con dar una respuesta en alguno de los tests, deberá completar el ítem de acuerdo a lo que más se acerque a su realidad.
- Llenar el certificado de participación.

Luego, se establecieron los días aproximados para la entrega de los cuestionarios completamente contestados; sin embargo, a pesar que los seis instrumentos se había remitido a los treinta profesionales de la salud, sólo se obtuvo respuesta y datos válidos de seis médicos y seis enfermeras de esta organización.

Con respecto a los inconvenientes presentados, estuvo la negativa posterior de algunos profesionales de la salud en participar en la investigación, por motivo de falta de tiempo para poder contestar los cuestionarios.

En la ciudad de Santo Domingo de la provincia de los Tsáchilas

En esta ciudad se procedió igualmente con la obtención de datos en dos instituciones de salud privadas y en una institución de salud pública, para completar la recopilación de datos de la población de estudio ya señalado en un inicio.

Así, a los directores de las dos instituciones de salud privadas se les realizó la petición formal y el señalamiento de los fines de la investigación, tal como se lo hizo en la ciudad El Carmen y afortunadamente la respuesta fue inmediata con la aprobación de obtener la información de médicos y enfermeras que se necesitaba para la investigación.

En consecuencia, el 11 de febrero del 2012, se procedió a la entrega de los seis cuestionarios (con las explicaciones y orientaciones pertinentes) y del certificado de participación en un sobre manila a cuatro médicos de la Clínica Los Ángeles; sin embargo, sólo se obtuvo respuesta de dos de ellos.

En la Clínica Santiago, se procedió a la entrega de los tests (con las explicaciones y orientaciones pertinentes) y del certificado de participación a cuatro médicos los días 21, 22 de febrero del 2012; a tres médicos y una enfermera, el día 27 de marzo del mismo año. En esta institución de salud, la respuesta de todos los profesionales que aceptaron participar resultó ser positiva, pues todos completaron los cuestionarios de investigación.

Así en estas dos instituciones de salud privada, se obtuvo información, de un total de nueve médicos y una enfermera.

Por el lado de la institución de salud pública, que fue el Hospital Gustavo Domínguez, se hizo contacto con el director de la organización, el día 6 de marzo del 2012 con la petición formal tal como se lo realizó en los otros centros de salud y proporcionando

las debidas explicaciones de la investigación, sobretodo indicando la necesidad de recopilar información del grupo de profesionales de enfermería, para completar la obtención de información de toda la población de estudio. Enseguida, el director procedió con la aceptación y dio pasó del caso al Comité de Bioética de la institución, para que proceda con la aprobación final, que la obtuve el día 22 de marzo del 2012 en una reunión mensual de comité. Posteriormente, junto a la Jefa de Enfermería, la secretaria del Comité de Bioética y una compañera que estaba realizando la misma investigación en la Institución de Salud, se pudo entrar en contacto con las enfermeras los días 26, 27 y 28 de marzo del mismo año, a quienes se les remitió los instrumentos y el certificado de participación en sobres manila y las orientaciones generales de llenado de los cuestionarios, además, se establecieron los días para la entrega de los tests completamente contestados y favorablemente todas las participantes (ocho enfermeras) entregaron los instrumentos llenos.

En relación a los inconvenientes existidos, hubo por motivo del trabajo en turnos nocturnos y la falta de tiempo de algunos profesionales de salud, dificultades en el retiro de los cuestionarios contestados; y asimismo, la omisión de preguntas por algunos de los participantes, obligó nuevamente a la recopilación de los datos para la investigación

En resumen, de la ciudad del Carmen participaron 12 profesionales de la salud (seis médicos y seis enfermeras) y de Santo Domingo fueron 18 participantes (nueve médicos y nueve enfermeras).

5. RESULTADOS OBTENIDOS

5.1 Caracterización sociodemográfica y laboral

Médicos

En estos profesionales de la salud prevaleció el género masculino en un 67%, hubo un promedio de edad de aproximadamente 47 años, todos trabajan en un zona urbana, la mayoría son mestizos (93%), casados (87%), tienen hijos (87%) en un promedio aproximado de tres, viven con otras personas (93%), reciben remuneración mensual (60%), entre un valor salarial entre 1-1000 USD (46%) y 1001-2000 USD (47%).

Tabla N°1. Datos personales de la población de médicos

Variables		Fr	%
Género	Masculino	10	67
	Femenino	5	33
	Total	15	100
Zona de trabajo	Urbana	15	100
	Rural	0	0
	Total	15	100
Etnia	Mestizo	14	93
	Blanco	1	7
	Afroecuatoriano	0	0
	Indígena	0	0
	Total	15	100
Estado Civil	Soltero	2	13
	Casado	13	87
	Viudo	0	0
	Divorciado/separado	0	0
	Unión libre	0	0
	Total	15	100
Con quien vive	Solo	1	7
	Con mas personas	14	93
	Total	15	100
Remuneración Salarial	Diaria	6	40
	Semanal	0	0
	Quincenal	0	0
	Mensual	9	60
	No recibe	0	0

	Total	15	100
Valor Salarial	0 -1000	7	46
	1001 -2000	7	47
	2001 - 3000	1	7
	3001 - 4000	0	0
	4001 - 5000	0	0
	5001 - 6000	0	0
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Hubo un promedio de 18 años de experiencia profesional, además predominaron los que trabajan a tiempo completo (80%), los que laboran en el sector privado (60%), los que tienen contrato por servicios profesionales (33%). Se halló que laboran en un promedio de una institución y en un promedio de 10 horas diarias y 52 horas semanales. Predominaron los que tienen turno vespertino y matutino en un 33%; también, se observó que las que tienen estos tipos de turnos también poseen turno de fin de semana. Además, los que hacen guardias nocturnas lo realizan en un promedio de 2 horas y cada 0,4 días. Hubo un promedio de 17 pacientes que atienden por día. Además, sobresalieron los que dedican su atención entre 75-100% a sus pacientes (60%), los que atienden a pacientes quirúrgicos (20%) y se observó que los que atienden a este tipo de pacientes también atienden a pacientes de emergencias, de cuidados intensivos, y a otros tipos; y los que atienden a pacientes diabéticos también atienden a pacientes cardíacos y a otros tipos de pacientes. Además, la mayoría de los médicos (53%) atiende a pacientes con alto riesgo de muerte, no tuvo pacientes fallecidos (73%), sin embargo, la minoría (27%) si los tuvo en un promedio aproximado de un paciente fallecido. La mayoría recibe totalmente los recursos para su labor (53%) y no ha pedido permiso en el último año (53%), pero la minoría sí lo hizo (47%), en su mayoría por capacitación (72%), en un promedio de seis días de permiso.

Tabla N°2. Datos laborales de la población de médicos

Variable		Fr	%
Tipo de trabajo	Tiempo completo	12	80
	Tiempo parcial	3	20
	Total	15	100
Sector de trabajo	Público	6	40
	Privado	9	60
	Ambos	0	0
	Total	15	100

Tipo de contrato	Eventual	1	7
	Ocasional	1	7
	Plazo fijo	2	13
	Indefinido	4	27
	Servicios profesionales	5	33
	Ninguno	2	13
	Total	15	100
Turnos	Vespertino	13	33
	Matutino	13	33
	Nocturno	2	5
	Fin de semana	8	21
	Rotativo	3	8
	Total	39	100
% de atención diaria a los pacientes	Ninguno	0	0
	25%	0	0
	25 - 50 %	3	20
	50 - 75 %	3	20
	75 - 100 %	9	60
	Total	15	100
Tipos de pacientes	Oncológicos	1	3
	Psiquiátricos	2	6
	Renales	1	3
	Quirúrgicos	7	20
	Cardiacos	3	9
	Neurológicos	1	3
	Diabéticos	5	15
	Emergencias	6	17
	Intensivos	3	9
	Otros	5	15
	Total	34	100
Pacientes con alto riesgo de muerte	Si	8	53
	No	7	47
	Total	15	100
Pacientes fallecidos	Si	4	27
	No	11	73
	Total	15	100
Recursos necesarios	Totalmente	8	53
	Medianamente	7	47
	Poco	0	0
	Nada	0	0
	Total	15	100
Permisos	Si	7	47
	No	8	53
	Total	15	100

Causas de los permisos	Capacitación	5	72
	Problemas de salud	1	14
	Situaciones familiares	0	0
	Otros	1	14
	Total	7	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Sobre la percepción de valoración que los médicos tienen del trabajo, hubo, predominio de sentirse totalmente (47%) y bastante (46%) valorado de los pacientes, bastante (53%) valorado de los familiares de los pacientes, totalmente (46%) valorado de los colegas y bastante (60%) valorado de los directivos de la institución.

Tabla N°3. Datos de la percepción de valoración en el trabajo de los médicos

Variable		Fr	%
Valoración de los pacientes	Nada	0	0
	Poco	1	7
	Bastante	7	46
	Totalmente	7	47
	Total	15	100
Valoración de los familiares de los pacientes	Nada	0	0
	Poco	1	7
	Bastante	8	53
	Totalmente	6	40
	Total	15	100
Valoración de los colegas	Nada	0	0
	Poco	4	27
	Bastante	4	27
	Totalmente	7	46
	Total	15	100
Valoración de los directivos	Nada	0	0
	Poco	0	0
	Bastante	9	60
	Totalmente	6	40
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

De la satisfacción que tienen en el trabajo predominaron los que se sienten totalmente (80%) satisfechos con el trabajo que realizan, totalmente (67%) satisfechos de la interacción con los pacientes, totalmente (53%) satisfechos del apoyo de los directivos,

totalmente (53%) satisfechos de la ayuda de los colegas, totalmente (80%) satisfechos de la experiencia profesional y bastante (60%) satisfechos de la situación económica.

Tabla N°4. Datos de la percepción de satisfacción en el trabajo de los médicos

Variable		Fr	%
Satisfacción con el trabajo	Nada	0	0
	Poco	0	0
	Bastante	3	20
	Totalmente	12	80
	Total	15	100
Satisfacción de la interacción con los pacientes	Nada	0	0
	Poco	0	0
	Bastante	5	33
	Totalmente	10	67
	Total	15	100
Satisfacción del apoyo de los directivos de la institución	Nada	0	0
	Poco	0	0
	Bastante	7	47
	Totalmente	8	53
	Total	15	100
Satisfacción de colaboración de los colegas	Nada	0	0
	Poco	2	13
	Bastante	5	34
	Totalmente	8	53
	Total	15	100
Satisfacción de la valoración de la experiencia profesional	Nada	0	0
	Poco	0	0
	Bastante	3	20
	Totalmente	12	80
	Total	15	100
Satisfacción de la situación económica	Nada	0	0
	Poco	1	7
	Bastante	9	60
	Totalmente	5	33
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Enfermeras

En este grupo de profesionales de la salud prevaleció el género femenino, se halló un promedio de edad de aproximadamente 37 años, además, todas trabajan en un zona

urbana, son de etnia mestiza y reciben remuneración mensual. Asimismo, se encontró que la mayoría (73%) recibe un valor salarial entre 0-1000 USD, está casada (54%), tiene hijos (93%) en un promedio aproximado de dos y vive con otras personas (80%).

Tabla N°5. Datos personales de la población de enfermeras

Variables		Fr	%
Género	Masculino	0	0
	Femenino	15	100
	Total	15	100
Zona de trabajo	Urbana	15	100
	Rural	0	0
	Total	15	100
Etnia	Mestizo	15	100
	Blanco	0	0
	Afroecuatoriano	0	0
	Indígena	0	0
	Total	15	100
Estado Civil	Soltero	2	13
	Casado	8	54
	Viudo	2	13
	Divorciado/separado	0	0
	Unión libre	3	20
	Total	15	100
Con quien vive	Solo	3	20
	Con mas personas	12	80
	Total	15	100
Remuneración Salarial	Diaria	0	0
	Semanal	0	0
	Quincenal	0	0
	Mensual	15	100
	No recibe	0	0
	Total	15	100
Valor Salarial	0 -1000	11	73
	1001 -2000	4	27
	2001 - 3000	0	0
	3001 - 4000	0	0
	4001 - 5000	0	0
	5001 - 6000	0	0
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Por otra parte en este grupo de enfermeras se encontró un promedio de nueve años de experiencia profesional, además, hubo predominio de las que trabajan a tiempo completo (80%), las que laboran en el sector público (73%), las que tienen contrato ocasional (40%). Se halló que trabajan en un promedio de una institución y en un promedio aproximado de nueve horas diarias y 46 horas semanales. Sobre los turnos se encontró predominio de las que tienen turno vespertino (28%) y también, se observó que las que tienen este tipo de turno también tienen turno matutino y de fin de semana. Además, las que hacen guardias nocturnas lo realizan en un promedio aproximado de seis horas cada tres días. Sobre el porcentaje de atención que dedican a sus pacientes, la mayoría (60%) lo hace entre 75-100%. Hubo un promedio aproximado de 37 pacientes que atienden por día. Sobre los tipos de pacientes, sobresalieron las que atienden a los de tipo cardíaco y diabéticos en un 14%, además, se observó que los que atienden a pacientes oncológicos también atienden a pacientes psiquiátricos, con alteraciones renales, cardíacos, neurológicos y diabéticos, los que atienden a pacientes quirúrgicos también atienden a los de emergencias. Por otra parte, la mayoría de las enfermeras (93%) atiende a pacientes con alto riesgo de muerte, tuvo pacientes fallecidos (73%) en un promedio aproximado de dos. La mayoría de las enfermeras recibe los recursos medianamente necesarios para su trabajo (80%), han pedido permiso en el último año (60%), en su mayoría por razón de situaciones familiares (78%), en un promedio aproximado de dos días de permiso.

Tabla N°6. Datos laborales de la población de las enfermeras

Variable		Fr	%
Tipo de trabajo	Tiempo completo	12	80
	Tiempo parcial	3	20
	Total	15	100
Sector de trabajo	Público	11	73
	Privado	1	7
	Ambos	3	20
	Total	15	100
Tipo de contrato	Eventual	2	13
	Ocasional	6	40
	Plazo fijo	2	13
	Indefinido	4	27
	Servicios profesionales	1	7
	Ninguno	0	0
	Total	15	100
Turnos	Vespertino	15	28
	Matutino	13	24

	Nocturno	7	13
	Fin de semana	11	20
	Rotativo	8	15
	Total	54	100
% de atención diaria a los pacientes	Ninguno	0	0
	25%	0	0
	25 - 50 %	3	20
	50 - 75 %	3	20
	75 - 100 %	9	60
	Total	15	100
Tipos de pacientes	Oncológicos	5	6
	Psiquiátricos	6	8
	Renales	9	12
	Quirúrgicos	9	12
	Cardiacos	11	14
	Neurológicos	9	12
	Diabéticos	11	14
	Emergencias	9	12
	Intensivos	5	6
	Otros	3	4
	Total	77	100
Pacientes con alto riesgo de muerte	Si	14	93
	No	1	7
	Total	15	100
Pacientes fallecidos	Si	11	73
	No	4	27
	Total	15	100
Recursos necesarios	Totalmente	2	13
	Medianamente	12	80
	Poco	1	7
	Nada	0	0
	Total	15	100
Permisos	Si	9	60
	No	6	40
	Total	15	100
Causas de los permisos	Capacitación	0	0
	Problemas de salud	2	22
	Situaciones familiares	7	78
	Otros	0	0
	Total	9	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Sobre la percepción de valoración que las enfermeras tienen del trabajo, se encontró, predominio de sentirse totalmente (47%) y bastante (46%) valorada de los pacientes, bastante (60%) valorada de los familiares de los pacientes, totalmente (47%) valorada de los colegas y bastante (67%) valorada de los directivos de la institución.

Tabla N°7. Datos de la percepción de valoración en el trabajo de las enfermeras

Variable		Fr	%
Valoración de los pacientes	Nada	0	0
	Poco	1	7
	Bastante	7	46
	Totalmente	7	47
	Total	15	100
Valoración de los familiares de los pacientes	Nada	0	0
	Poco	5	33
	Bastante	9	60
	Totalmente	1	7
	Total	15	100
Valoración de los colegas	Nada	0	0
	Poco	2	13
	Bastante	6	40
	Totalmente	7	47
	Total	15	100
Valoración de los directivos	Nada	0	0
	Poco	3	20
	Bastante	10	67
	Totalmente	2	13
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Sobre la satisfacción que las enfermeras tienen en el trabajo se encontró predominio de las que se sienten totalmente (60%) satisfechas con el trabajo que realizan, totalmente (47%) y bastante (46%) satisfechas de la interacción con los pacientes, bastante (46%) satisfechas del apoyo de los directivos de la institución, bastante (73%) satisfechas de la colaboración de los colegas, bastante (54%) satisfechas de la experiencia profesional y bastante (67%) satisfechas de la situación económica.

Tabla N°8. Datos de la percepción de satisfacción en el trabajo de las enfermeras

Variable		Fr	%
Satisfacción con el trabajo	Nada	1	6
	Poco	1	7

	Bastante	4	27
	Totalmente	9	60
	Total	15	100
Satisfacción de la interacción con los pacientes	Nada	0	0
	Poco	1	7
	Bastante	7	46
	Totalmente	7	47
	Total	15	100
Satisfacción del apoyo de los directivos de la institución	Nada	0	0
	Poco	4	27
	Bastante	7	46
	Totalmente	4	27
	Total	15	100
Satisfacción de colaboración de los colegas	Nada	0	0
	Poco	2	14
	Bastante	11	73
	Totalmente	2	13
	Total	15	100
Satisfacción de la valoración de la experiencia profesional	Nada	0	0
	Poco	2	13
	Bastante	8	54
	Totalmente	5	33
	Total	15	100
Satisfacción de la situación económica	Nada	1	6
	Poco	1	7
	Bastante	10	67
	Totalmente	3	20
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

5.2 Sub-escalas del burnout

Médicos

En la sub-escala de agotamiento emocional: el 40% de los médicos tiene un nivel alto en esta dimensión del burnout, mientras que el 60% presenta un nivel bajo. En la sub-escala de despersonalización: el 80% de los médicos tiene un nivel bajo mientras que el 20% presenta un nivel medio. En la sub-escala de realización personal: todos los médicos puntuaron un nivel alto en esta dimensión.

Tabla N°9. Niveles en las dimensiones del burnout de los médicos

Dimensiones	Nivel	Fr	%
Agotamiento Emocional	Bajo	9	60
	Medio	0	0
	Alto	6	40
	Total	15	100
Despersonalización	Bajo	12	80
	Medio	3	20
	Alto	0	0
	Total	15	100
Realización Personal	Bajo	0	0
	Medio	0	0
	Alto	15	100
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Enfermeras

En agotamiento emocional: el 13% tiene un nivel alto, el 20% posee un nivel medio, mientras que el 67% presenta un nivel bajo. En despersonalización: todas las enfermeras presentan un nivel bajo. Y en realización personal: el 93%% tiene un nivel alto y el 7% posee un nivel medio.

Tabla N°10. Niveles en las dimensiones del burnout de las enfermeras

Dimensiones	Nivel	Fr	%
Agotamiento Emocional	Bajo	10	67
	Medio	3	20
	Alto	2	13
	Total	15	100
Despersonalización	Bajo	15	100

	Medio	0	0
	Alto	0	0
	Total	15	100
Realización Personal	Bajo	0	0
	Medio	1	7
	Alto	14	93
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

5.3 Salud mental con las dimensiones correspondientes

Médicos

El 27% de los médicos tiene síntomas psicossomáticos mientras que el 73% restante no los padece. El 53% de los médicos sufre de ansiedad mientras que el 47% no la presenta, además, no hay casos de médicos con disfunción social ni con depresión.

Tabla N°11. Estados en las dimensiones de la salud mental de los médicos

Dimensiones	Estado	Fr	%
Síntomas Psicossomáticos	Caso	4	27
	No caso	11	73
	Total	15	100
Ansiedad	Caso	8	53
	No caso	7	47
	Total	15	100
Disfunción Social	Caso	0	0
	No caso	15	100
	Total	15	100
Depresión	Caso	0	0
	No caso	15	100
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Enfermeras

El 13% de este grupo de profesionales de la salud sufre síntomas psicossomáticos, mientras que el 87% restante no los padece. El 20% tiene ansiedad, mientras que el 80% no lo presenta. Además, no hay casos de enfermeras con disfunción social ni con depresión.

Tabla N°12. Estados en las dimensiones de la salud mental de las enfermeras

Dimensiones	Estado	Fr	%
Síntomas Psicossomáticos	Caso	2	13
	No caso	13	87
	Total	15	100
Ansiedad	Caso	3	20
	No caso	12	80
	Total	15	100
Disfunción Social	Caso	0	0
	No caso	15	100

	Total	15	100
Depresión	Caso	0	0
	No caso	15	100
	Total	15	100

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles y la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

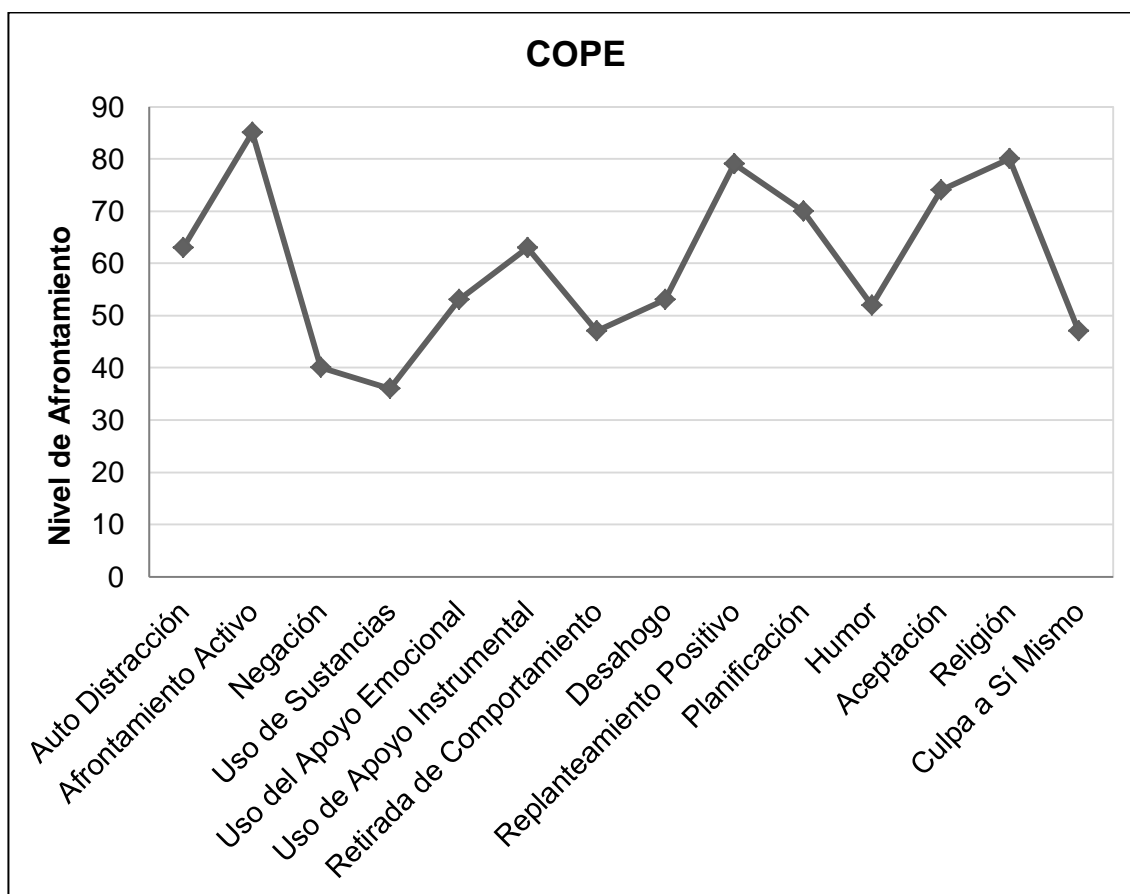
Autor: Lic. Julio Alvarado.

5.4 Estilos de afrontamiento con las sub-escalas

Médicos

Se presentaron los siguientes niveles en los estilos de afrontamiento que utilizan los médicos: 63 en auto-distracción, 85 en afrontamiento activo, 40 en negación, 36 en uso de sustancias, 53 en uso del apoyo emocional, 63 en uso del apoyo instrumental, 47 en la retirada de comportamiento, 53 en desahogo, 79 en replanteamiento positivo, 70 en planificación, 52 en humor, 74 en aceptación, 80 en religión y 47 en culparse a sí mismo.

Gráfico N°1. Niveles de las estrategias de afrontamiento usadas por los médicos



Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles, la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

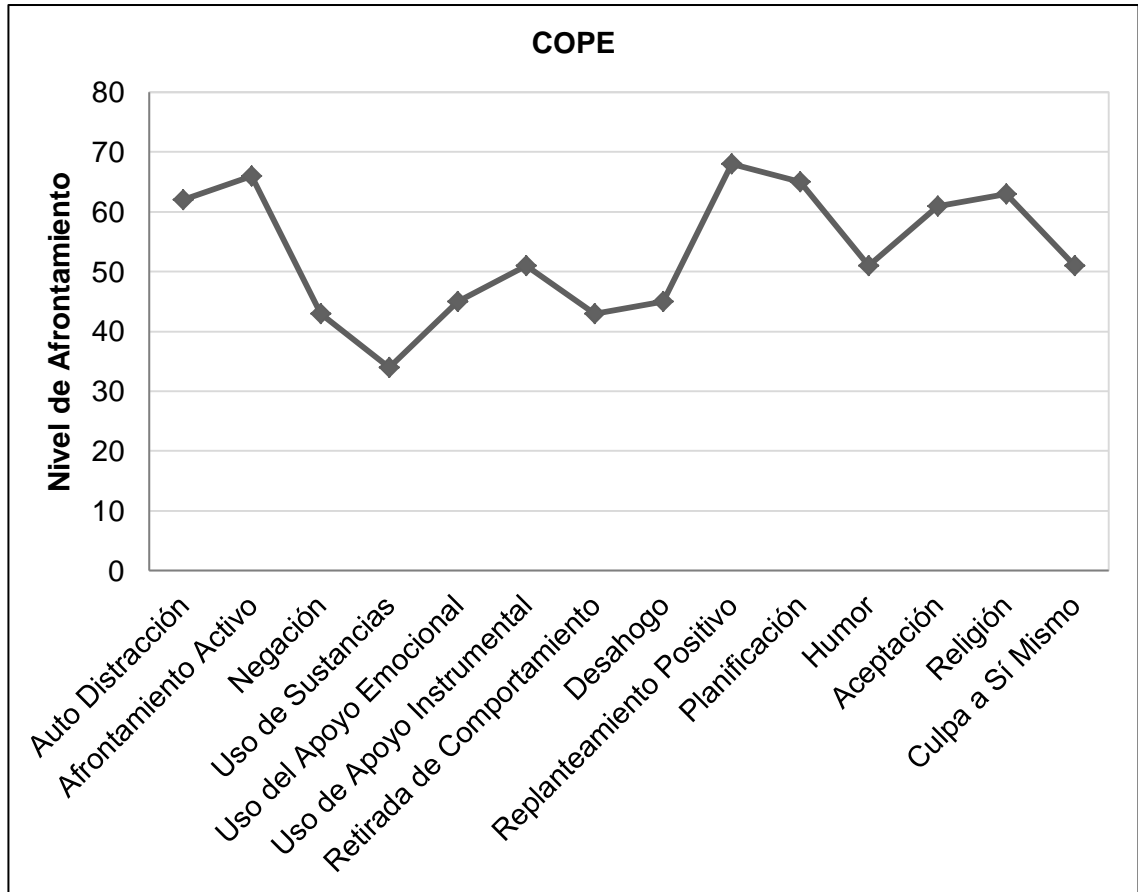
Autor: Lic. Julio Alvarado.

Enfermeras

Se presentaron los siguientes niveles en las estrategias de afrontamiento utilizadas por este grupo de profesionales de la salud: 62 en auto-distracción, 66 en afrontamiento activo, 43 en negación, 34 en uso de sustancias, 45 en uso del apoyo emocional, 51

en uso del apoyo instrumental, 43 en la retirada de comportamiento, 45 en desahogo, 68 en replanteamiento positivo, 65 en planificación, 51 en humor, 61 en aceptación, 63 en religión y 51 en culparse a sí mismo.

Gráfico N°2. Niveles de las estrategias de afrontamiento usadas por enfermeras



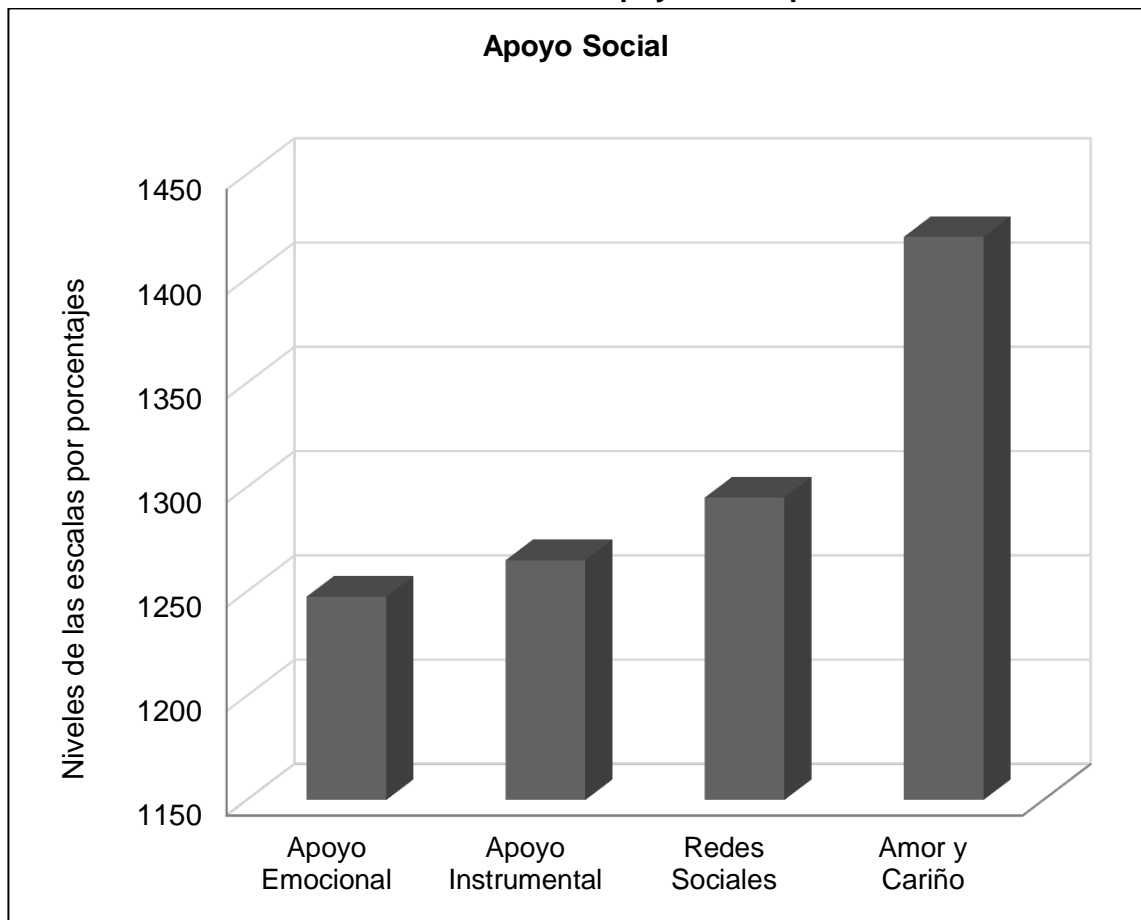
Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles, la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.
 Autor: Lic. Julio Alvarado.

5.5 Apoyo social

Médicos

Hubo en este grupo de profesionales de la salud las siguientes equivalencias porcentuales en las sub-escalas del apoyo social: 1248 aproximadamente de apoyo emocional, 1265 de apoyo instrumental, 1295 de redes sociales y 1420 de apoyo afectivo (amor y cariño).

Gráfico N°3. Niveles de las escalas del apoyo social por % de los médicos

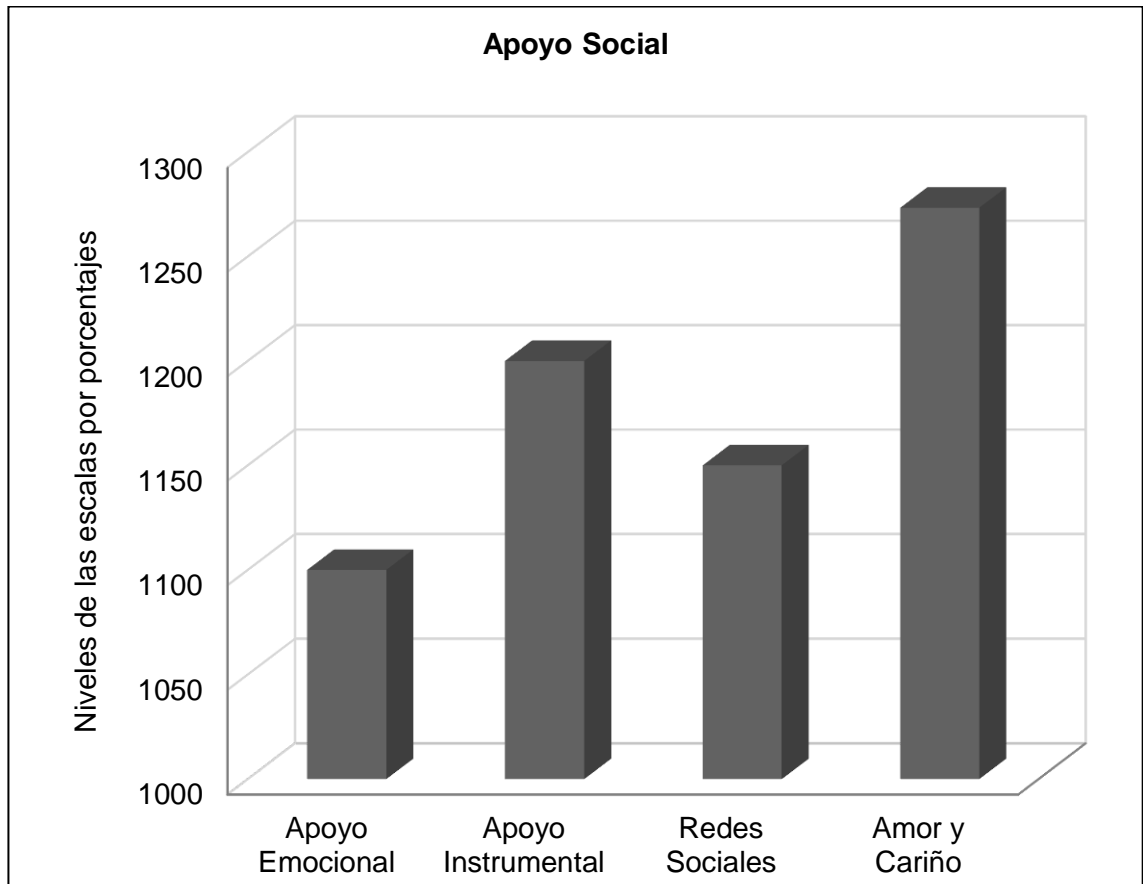


Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles, la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Enfermeras

En este grupo de profesionales de la salud las equivalencias porcentuales encontradas en las sub-escalas del apoyo social son los siguientes: 1100 aproximadamente de apoyo emocional, 1200 de apoyo instrumental, 1150 de redes sociales y 1273 aproximadamente de apoyo afectivo (amor y cariño).

Gráfico N°4. Niveles de las sub-escalas del apoyo social por % de las enfermeras

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles, la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

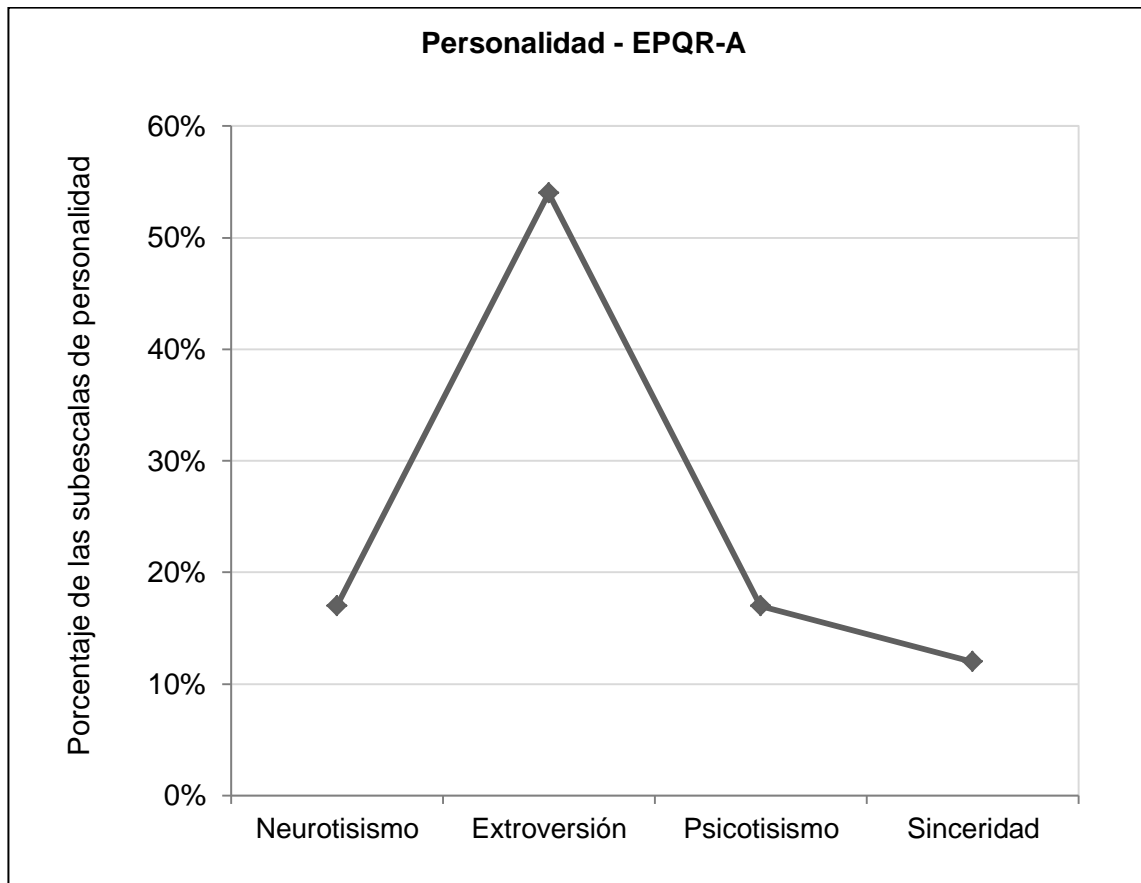
Autor: Lic. Julio Alvarado.

5.6 Personalidad

Médicos

En este grupo se presentaron los siguientes porcentajes de las sub-escalas de personalidad: 17% de neuroticismo, el 54% de extraversión, el 17% de psicoticismo y el 12% de sinceridad.

Gráfico N°5. Porcentajes de las sub-escalas de la personalidad de los médicos

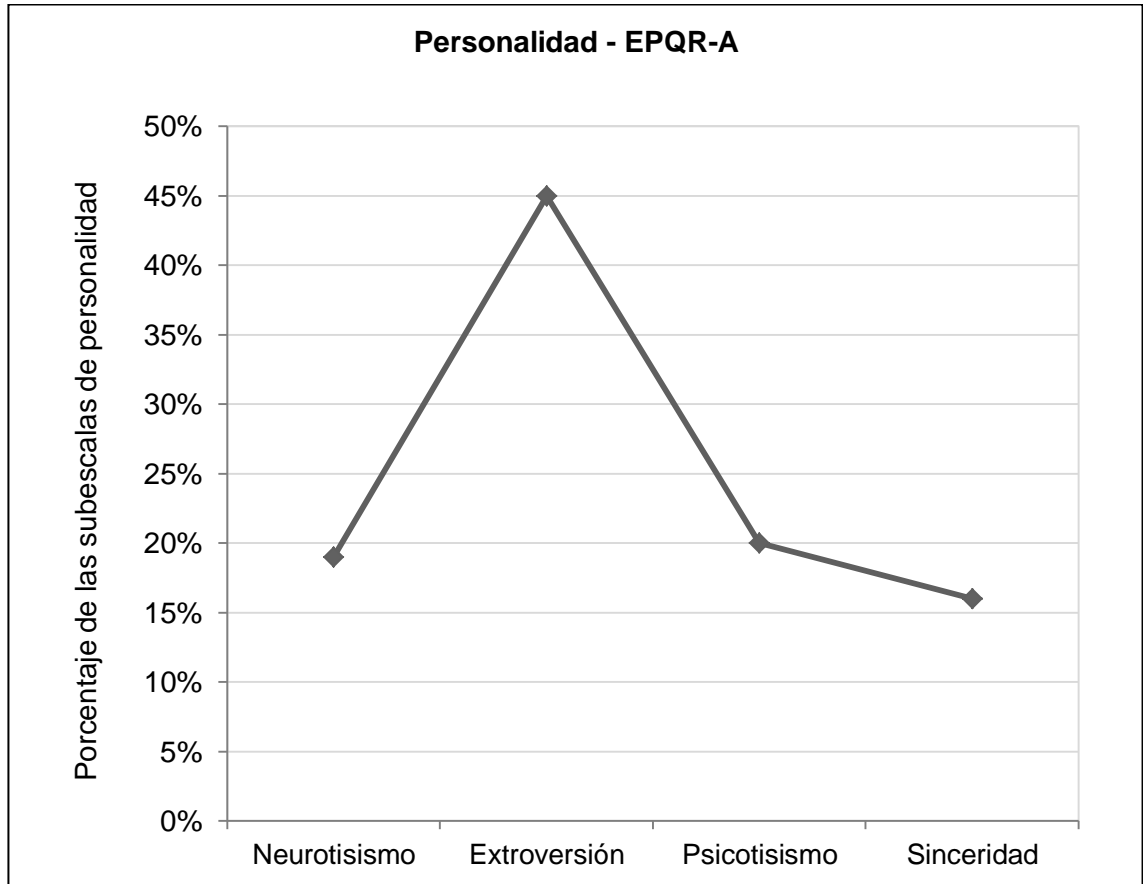


Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles, la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

Enfermeras

En este grupo se presentaron los siguientes porcentajes de las sub-escalas de personalidad: 19% de neuroticismo, el 45% de extraversión, el 20% de psicoticismo y el 16% de sinceridad.

Gráfico N°6. Porcentajes de las sub-escalas de la personalidad de las enfermeras

Fuente: Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital El Carmen de la ciudad El Carmen, en el Hospital Gustavo Domínguez, la Clínica Los Ángeles, la Clínica Santiago de la ciudad de Santo Domingo, durante el año lectivo 2011-2012.

Autor: Lic. Julio Alvarado.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Esta investigación forma parte del programa de graduación de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, en la que participamos aproximadamente 40 egresados, residentes de varias provincias del Ecuador. Cada uno ha tenido que seleccionar una población de 15 médicos y 15 enfermeras, en servicio activo que se encuentren vinculados a instituciones privadas y/o públicas. Es por eso que los resultados que se obtuvieron pertenecen a una parte de la investigación realizada en todo el país.

En este apartado se analizará sobre la posible existencia del burnout o no y las posibles variables asociadas, en los 15 médicos y 15 enfermeras de las ciudades de Santo Domingo y El Carmen. Además, se comparará los resultados obtenidos en esta investigación con los resultados hallados en otros estudios similares. Y tanto el análisis como la discusión se realizarán dentro del enfoque de los objetivos de la investigación.

6.1 Identificación del nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador

En esta investigación no se encontraron casos de burnout, sin embargo, el análisis se enfocó en descubrir qué porcentajes de profesionales de la salud se posicionan dentro de cada uno de los niveles de las tres dimensiones del síndrome.

Por el grupo de médicos, en la sub-escala de agotamiento emocional, el 40% estuvo altamente afectado en esta categoría (Tabla N°9), esto significa que se encuentran en un estado de progresiva pérdida de energías vitales y en una incongruencia creciente entre el trabajo que realizan y el cansancio que experimentan; además, se hallan en un estado irritable con quejas constantes debido a la cantidad de trabajo realizado, con una pérdida de la capacidad de disfrutar de las actividades (Jackson & Maslach, 1981); esto se contrasta claramente con el 60% de los médicos que tuvieron un nivel bajo en agotamiento emocional (Tabla N°9), es decir, que presentan un estado mucho más favorable por no considerar al trabajo como causa de mucha preocupación, tensión ni frustración (Jackson & Maslach, 1981). Sobre la despersonalización, el 20%

mostró estar medianamente afectado en esta categoría (Tabla N°9), esto significa que se toman poco distantes con los demás sobretodo cuando el trabajo llega a niveles altos de tensión, caso contrario, se interesan por brindarles una buena atención (Jackson & Maslach, 1981); mientras que el 80% de médicos con nivel bajo en despersonalización (Tabla N°9), exhibieron actitudes positivas hacia los demás, debido a que su trabajo les resulta muy motivador (Jackson & Maslach, 1981). Y por último, con respecto a la dimensión de realización personal todos los médicos alcanzaron un nivel alto en esta categoría (Tabla N°9), es decir, que se encuentran muy satisfechos por el trabajo realizado y con ganas de hacerlo cada vez mejor (Jackson & Maslach, 1981).

Por el grupo de las enfermeras, en la sub-escala de agotamiento emocional, el 13% está altamente afectado (Tabla N°10), esto es que poseen una progresiva carencia de energías vitales, con irritabilidad y quejas constantes por el trabajo realizado (Jackson & Maslach, 1981), además, el 67% presentó un bajo nivel en esta dimensión (Tabla N°10), es decir, que consideran a su labor como fuente de motivación (Jackson & Maslach, 1981) mientras que el 20% alcanzó un nivel medio de agotamiento emocional (Tabla N°10), es decir, que en algunas ocasiones experimentan tensión y frustración debido al trabajo (Jackson y Maslach, 1981). En despersonalización, todas las enfermeras estuvieron bajamente afectadas (Tabla N°10), esto es que muestran actitudes positivas hacia los demás porque su labor es placentero (Jackson & Maslach, 1981). Y por realización personal, la mayoría de las enfermeras alcanzaron un nivel alto (93%) (Tabla N°10), de modo que exhiben vitalidad y mucho gusto por su labor (Jackson & Maslach, 1981), sin embargo, el 7% llegó a un nivel medio en esta categoría del burnout (Tabla N°10), esto es que pueden experimentar en ocasiones altibajos en sus sentimientos ante los logros alcanzados en su trabajo (Jackson y Maslach, 1981).

Siguiendo el modelo de Maslach y Leiter (1999) (citado en Red Iberoamericana Universia, s.f.), que sitúa al cansancio emocional como primera fase del síndrome, seguido de la despersonalización y luego de la baja realización personal, permite explicar por qué algunos de los profesionales de la salud investigados con alto nivel de agotamiento emocional (20% de médicos), ya están medianamente afectados en despersonalización. Posiblemente porque la falta de recursos suficientes y el sentirse que nada se puede dar a los demás, induce a la despersonalización, es decir, optar por conductas que lo aparten, que lo alejen de las situaciones ya muy estresantes,

surgiendo así el trato impersonal a los pacientes y los compañeros de trabajo (Leiter & Maslach, 1999).

Además, es interesante comparar estos resultados con los hallazgos de la investigación realizada con profesionales de la salud de habla hispana (Braga y cols., 2009), pues se encontró que el Ecuador tiene una prevalencia del burnout entre el 2,5% y 5,9%, en sí, en un rango de porcentajes en el que también se sitúan países como México, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador, y que resultan ser menores en comparación a la prevalencia hallada de 14,9% en España, de 14,4% en Argentina y de 7,9% en Uruguay. Por lo tanto, no resulta sorprendente que en este estudio no se obtuvieran a médicos y enfermeras con el síndrome, pues la incidencia del burnout en el país es baja. Y de los estudios llevados a cabo en el Ecuador, en uno de ellos realizado con profesionales de enfermería (Sánchez, 2010), se obtuvo que el burnout se produce como consecuencia de eventos estresantes que predisponen al individuo a padecerlo como una excesiva burocratización, la carencia de recursos, trabajar en turnos rotativos, la carencia de protección, de condiciones sanitarias y sobretodo la falta de reconocimiento e incentivo por parte de la institución.

Es importante aclarar, que debido a la falta de profesionales de la salud con burnout en este estudio, las asociaciones entre el síndrome y los factores vinculados a este fenómeno no se pudieron realizar, por lo tanto, el análisis y la discusión se harán en función de la población con las sub-escalas del síndrome más afectadas y de la población que no presenta afección importante en las dimensiones del burnout; y simultáneamente se determinará los factores relevantes asociados a ambos grupos.

6.2 Identificar las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud.

En el conjunto de médicos se halló las variables sociodemográficas y laborales relevantes (es decir, la existencia de diferencias significativas) que presenta el grupo con alto agotamiento emocional y el grupo que no tiene afección en las dimensiones del burnout (bajo agotamiento emocional, baja despersonalización y alta realización profesional).

En consecuencia, en los médicos con alto agotamiento emocional se halló que tienen un promedio de 41 años de edad y de 12 años de experiencia profesional; laboran en un promedio aproximado de 12 horas diarias y de 65 horas semanales; atienden en un promedio de 19 pacientes por día; hubo predominio de los que atienden pacientes quirúrgicos, de los que reciben totalmente los recursos y de los que no pidieron permiso en el último año en la institución, de los que se sienten bastante valorados de los pacientes y de los que se sienten totalmente satisfechos por el apoyo brindado de los directivos de la institución.

Mientras que el grupo de médicos sin afección en las dimensiones del burnout presentó un promedio de 50 años de edad y de 22 años de experiencia profesional; laboran en un promedio aproximado de ocho horas diarias y 43 horas semanales; atienden en un promedio de 16 pacientes por día; predominaron los que no atienden a pacientes quirúrgicos, los que reciben medianamente los recursos, los que han solicitado permiso en el último año en su mayoría por motivo de capacitación en un promedio de seis días, de los que se sienten totalmente valorados de los pacientes y de los que se sienten bastante satisfechos con el apoyo brindado por los directivos de la institución.

Posteriormente a estos análisis, se comparó los resultados obtenidos de estos dos grupos con los hallazgos arrojados por otras investigaciones y se obtuvo lo siguiente: En el estudio realizado en profesionales de la salud de habla hispana (Braga y cols., 2009) se encontró que a menor edad y menor años de experiencia profesional, hay más probabilidades de padecer alto agotamiento emocional, esto es acorde con los resultados obtenidos del presente estudio y posiblemente pueda deberse a que mientras menor edad exista, es más probable la presencia de un estado de vulnerabilidad, pues las recompensas no son como las que se espera (Apiquian, 2007), además, mientras avanzan los años se adquiere mayor seguridad en las

actividades que se realiza y eso hace menos vulnerable al estrés laboral (García y cols., 2002) y mientras mayor número de años de experiencia profesional exista más es el grado de control en la persona (Jerrel, 1983); en otra investigación realizada en profesionales de la salud en Colombia (Ávila, Gómez & Montiel, 2010) se encontró que mientras más horas de trabajo exista mayor es el agotamiento emocional, esto es acorde con el resultado obtenido en este estudio con el conjunto de médicos y posiblemente puede darse debido a las condiciones propias del trabajo como el alto nivel de esfuerzos físicos, cambios en los hábitos de vida, en la alimentación, entre otros y junto al ejercicio de largas jornadas de trabajo continuo, es posible que puedan relacionarse directamente al padecimiento del agotamiento emocional (Ávila y cols., 2010), además, mientras más tiempo se trabaje hay más pacientes que atender lo que implica más contacto con cuadros de dolor y sufrimiento, en sí, más enfrentamiento con estresores laborales (Albanesi & Nasetta, 2006); por otro lado, en una investigación realizada en profesionales médicos y enfermeros de Argentina (Almirón, Clausi, Czernik, & Torales, 2007), se halló una asociación entre tener medio-alto nivel de agotamiento emocional y atender a un mayor número pacientes, esto es similar a los resultados encontrados en el conjunto de médicos de este estudio, pues los del grupo de alto agotamiento emocional atienden más pacientes que los médicos sin afección importante en las dimensiones del burnout, por lo que es posible que el incremento del número de pacientes que deben ser atendidos por un mismo médico pueda dar lugar a situaciones estresantes, como ya se mencionó, supone más contacto permanente con el sufrimiento y la muerte. (Albanesi & Nasetta, 2006); sobre la atención a pacientes quirúrgicos, en la investigación de Braga y cols. (2009), no se encontró asociación entre los que atienden a pacientes quirúrgicos y el alto nivel de agotamiento emocional, y este resultado no fue afín al de este estudio, pues se presentó una prevalencia de médicos con alto agotamiento emocional que atienden a pacientes de cirugía, esto posiblemente puede deberse al entorno cambiante que puede suscitarse en la práctica quirúrgica y a la continua presión social, por lo que afronta de forma continua expectativas y realidad asistencial (Aguayo y cols., 2008); por otra parte, también se ha encontrado en estudios que señalan al estrés como consecuencia de la prestación directa de cuidados de la salud y que al manifestarse simultáneamente el cansancio emocional y/o el inadecuado desarrollo de la actividad laboral por la carencia de recursos lleva a altos niveles de estrés crónico (Anadón y cols., 1999; Benítez, Brea, Castiñeira, Fernández & Rodríguez, 1996) (citado en López, 2009), sin embargo, estos hallazgos no son acordes con los resultados de este

estudio, pues la mayoría de médicos con alto agotamiento emocional reciben totalmente los recursos, y esto posiblemente pueda explicarse, debido a que los médicos agotados no sienten la ausencia de los recursos para la realización de su trabajo porque cuentan con ellos plenamente para realizar su labor, por tanto hay más facilidades para su actuación profesional y en consecuencia, es probable que esta variable no esté asociada con en el alto agotamiento emocional; aparte, se ha encontrado en estudios como el que se desarrolló en trabajadores de un hospital de España (De Mendoza, 2004), la asociación entre los que tienen alto agotamiento emocional y el absentismo, en su mayoría debido a la enfermedad, pero estos resultados no son afines a los de este estudio, porque la mayoría de médicos con alto agotamiento emocional no ha solicitado permiso en su institución y por el lado de los médicos sanos en su mayoría pidieron permiso debido a capacitaciones; esto probablemente puede darse porque el agotamiento emocional no es una razón suficiente para ausentarse del trabajo en los médicos de este estudio. Sobre la satisfacción y valoración en el trabajo en el estudio realizado por Braga y cols., (2009) se afirmó que sentirse valorado por los que lo rodean, así como la satisfacción percibida en el trabajo, son protectores del agotamiento emocional, y a pesar que en este estudio ambos grupos de médicos tienen en términos generales buena satisfacción y valoración percibida en el trabajo, es posible que el sentirse solamente bastante valorado y no en su totalidad, sea lo que aunque en mínima parte esté influenciando al padecimiento del alto agotamiento emocional en los médicos.

Por el lado de las enfermeras, también se identificaron variables sociodemográficas y laborales relevantes (la presencia de diferencias significativas) que manifiesta el grupo con alto agotamiento emocional y el grupo sin afección importante en las dimensiones del burnout (bajo o medio agotamiento emocional, baja despersonalización y alta o media realización personal).

En consecuencia, se obtuvo que las enfermeras con alto agotamiento emocional tienen un promedio de 27 años de edad y de cuatro años de experiencia profesional; trabajan en un promedio de siete horas diarias y de 36 horas semanales; atienden en un promedio aproximado de 19 pacientes por día; en este grupo predominó las que realizan su trabajo en turno rotativo y nocturno, las que realizan guardia en un promedio de 12 horas y cada seis días; además, predominaron las que dedican su atención entre 25-50% a los pacientes durante el día, las que no atienden a pacientes quirúrgicos ni de emergencias, las que reciben pocos recursos necesarios para su

labor, y el no haber solicitado permiso en el último año; además, hubo predominio de las que se sienten bastante valoradas por los pacientes, de las que se sienten poco valoradas por los familiares de los pacientes, de las que se sienten poco y bastante valoradas por los compañeros de profesión, de las que se sienten poco valoradas por los directivos de la institución; además hubo prevalencia de las que se sienten poco satisfechas con el trabajo que realizan, de las que se sienten poco y bastante satisfechas por la interacción con los pacientes, de las que se sienten poco satisfechas por el apoyo brindado por los directivos de la institución, por la colaboración entre compañeros de trabajo, por la valoración global de su experiencia profesional y por su situación económica.

Mientras que el grupo de enfermeras que no presentan afección importante en las dimensiones del burnout, tienen un promedio de 38 años de edad y de 10 años de experiencia profesional; trabajan en un promedio aproximado de nueve horas diarias y de 47 horas semanales; atienden en un promedio aproximado de 39 pacientes por día; predominan las que no tienen turno rotativo y nocturno, así como, las que no realizan guardia; además, sobresalieron las que dedican su atención entre 75-100% a los pacientes, las que atienden a pacientes quirúrgicos y de emergencias, las que reciben medianamente los recursos necesarios para su labor y las que solicitaron permiso en el último año, en su mayoría por situaciones familiares con un promedio de tres días; conjuntamente se halló predominio de las que se sintieron totalmente valoradas de sus pacientes, de las que se sintieron bastante valoradas por los familiares de los pacientes, hubo prevalencia de las que se sintieron totalmente valoradas por los compañeros de la institución y de las que se sintieron bastante valoradas por los directivos de la institución; además, prevalecieron las que se sienten totalmente satisfechas por el trabajo que realizan, por la interacción con los pacientes y bastante satisfechas por el apoyo dado por los directivos de la institución, por la colaboración entre compañeros de trabajo, por la valoración global de su experiencia profesional y por su situación económica.

Después de estos análisis, se comparó los resultados obtenidos de ambos grupos de enfermeras con los hallazgos de otras investigaciones, y se consiguió lo siguiente: El estudio de Braga y cols., (2009), ha dicho que a menor edad y menor años de experiencia profesional hay más probabilidades de padecer agotamiento emocional, que al compararlo con los resultados presentados por los dos grupos de las enfermeras en este estudio, se confirma la asociación, por lo que es posible que a

medida que avanzan los años haya más seguridad en las actividades que se realiza (García y cols., 2002) y mientras más experiencia profesional exista, más es el control en la persona (Jerrel, 1983). Además, hay investigaciones como la de Atance (1997), que muestra, que entre más horas de trabajo para los profesionales de la salud, más pacientes a su cargo y más tiempo de interacción con los pacientes hay, más agotamiento emocional existe, sin embargo, estos resultados no son acordes con el grupo de enfermeras con alto nivel de agotamiento emocional pues tienen menos carga horaria, menos pacientes que atender y predominan las que dedican entre 25-50% de su atención al pacientes, en comparación a las enfermeras sin afección importante en las dimensiones del burnout, que tienen en sí más carga laboral, más pacientes a su cargo y más contacto con el paciente; esto podría explicarse por la posibilidad de falta de competencias y experiencias laborales efectivas que aumentan la vulnerabilidad para el padecimiento del agotamiento emocional, así posean menor carga laboral; con respecto a los turnos, se encontró en la investigación realizada en personal de enfermería de España (Albaladejo y cols., 2004; citado en Avendaño y cols., 2009), la asociación entre alto agotamiento emocional y trabajar en turno rotativo, conjuntamente se ha hallado en investigaciones realizadas con profesionales de la salud de la unidad de diálisis (Arikan, Gökce & Köksal, 2007; Arikan y cols., 2007) (citado en Arechabala, Barrios & Valenzuela, 2012), la relación entre trabajar en turno nocturno y alto agotamiento emocional, asimismo, se encontró en una investigación realizada en profesionales de la salud de Venezuela, (Cabello & D'Anello, 2001) que los que tenían alto agotamiento emocional tenían guardia de noche, ahora bien, estos resultados al compararse con los hallazgos obtenidos de los dos grupos de enfermeras de este estudio, se cumple con las asociaciones, pues, las que tienen alto agotamiento emocional tienen turno rotativo, nocturno y guardia de noche, esto puede ser posible porque trabajar en estos tipos de horarios resulta ser más estresante para el profesional de la salud (Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambientes de UGT-Madrid, s.f.); con respecto a los tipo de pacientes, se encontró en la investigación desarrollada por Albaladejo y cols., (2004) (citado en Avendaño y cols., 2009), la relación entre alto agotamiento emocional y trabajar con pacientes de emergencias, además, como ya anteriormente se mencionó, en la investigación de Braga y cols., (2009) no hubo relación entre los que atienden a pacientes quirúrgicos y el alto nivel de agotamiento emocional, sin embargo, estos resultados son parcialmente afines a los hallazgos obtenidos en el conjunto de enfermeras, pues las que están altamente agotadas, en su mayoría no atienden a pacientes de emergencias

ni quirúrgicos, mientras que en las enfermeras sin afección importante en las dimensiones del burnout hay prevalencia de las que atienden a esos dos grupos de pacientes; es posible que la mayor experiencia favorezca la adquisición de competencias suficientes para afrontar a esos tipos pacientes. Por otro lado, hay investigaciones que muestran al estrés como consecuencia de la prestación directa de cuidados de la salud y que al manifestarse simultáneamente el cansancio emocional y/o al inadecuado desarrollo de la actividad laboral por la carencia de recursos lleva a altos niveles de estrés crónico (Anadón y cols., 1999; Benítez, Brea, Castiñeira, Fernández & Rodríguez, 1996) (citado en López, 2009), estos resultados concuerdan con los hallazgos de las enfermeras de este estudio, pues en las que están afectadas con alto agotamiento emocional hubo prevalencia de las que indicaron que reciben pocos recursos necesarios para realizar su trabajo, porque ante menos se los disponga más estrés se genera. Además, con respecto al absentismo en el trabajo, una investigación realizada en España con personal de enfermería (Gil-Monte, 2002) no mostró asociación entre las enfermeras que tienen alto agotamiento emocional y el absentismo; estos resultados fueron acordes con las enfermeras de este estudio, pues las que presentaron alto agotamiento emocional no pidieron permiso en el último año, pero las que estaban sin afección importante en las dimensiones burnout si lo hicieron en su mayoría por situaciones familiares, esto demuestra que es posible que el agotamiento emocional tampoco estimule el absentismo laboral en este conjunto de profesionales de la salud. Aparte, se ha mencionado que en el estudio de Braga y cols., (2009), se indica que la tenencia de una buena percepción de la valoración y de la satisfacción en el trabajo, son factores protectores del agotamiento emocional, y por lo tanto esto es acorde con los resultados presentados en el conjunto de enfermeras, pues en general las que están sin afección importante en las dimensiones del burnout tienen grados apropiados y favorables en su percepción de valoración y satisfacción laboral en general, en comparación a las enfermeras con alto agotamiento emocional que tienen niveles bajos al respecto.

6.3 Determinar el estado actual de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias

Después de analizar a los médicos con alto agotamiento emocional y a los médicos sanos sobre los posibles problemas de salud mental (síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión) que podrían presentar, se encontró lo siguiente: en el grupo con alto agotamiento emocional la mayoría tuvo casos de ansiedad, es decir, dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad y la mitad presentó casos de síntomas psicósomáticos, es decir, sufrió dolores de cabeza, cansancio excesivo, escalofríos (Artal, Lobo & Pérez, 1986) (citado en Arroyo y cols., 2010); sin embargo, ninguno tuvo problemas de disfunción social ni depresión. Mientras, que en el grupo de médicos sanos prevalecieron los que no tuvieron ningún caso de síntomas psicósomáticos ni de ansiedad y ninguno manifestó problemas de disfunción social ni depresión. Posteriormente a este análisis, se comparó estos resultados con los hallazgos obtenidos en el estudio realizado con trabajadores de la salud de cuidados intensivos de España (Godoy y cols., 2008), y se coincidió en la relación entre el agotamiento emocional, la ansiedad y la presencia de síntomas psicósomáticos, por lo tanto, es posible la existencia de la incidencia del agotamiento emocional en la salud mental en este grupo de profesionales de la salud.

Aparte, en el conjunto de enfermeras, tanto en el grupo con alto agotamiento emocional como en el grupo sin afección en las dimensiones del burnout, no prevalecieron casos de síntomas psicósomáticos, de ansiedad, de disfunción social ni depresión. Sin embargo, estos resultados no son acordes con los presentados por la investigación de Godoy y cols., (2008), pues las enfermeras con alto agotamiento emocional de este estudio no tuvieron ningún otro problema de salud mental, posiblemente por la presencia de algún factor protector que les previene del padecimiento de algún otro caso de problema mental.

6.4 Conocer los modos de afrontamiento ante las situaciones adversas de los profesionales de la salud

Después de analizar a los médicos con alto agotamiento emocional y a los que están sanos, sobre las formas de afrontamiento que podrían emplear para afrontar las situaciones adversas, se obtuvo lo siguiente: En el grupo de médicos con alto agotamiento emocional, prevalecieron los que utilizan el afrontamiento activo (nivel=poco), el apoyo instrumental (nivel=bastante), el replanteamiento positivo (nivel=poco), la planificación (nivel=mucho), la aceptación (nivel=bastante) y la religión (nivel=mucho), es decir, que realizan actividades, acuden a otros en busca de ayuda, consideran de forma positiva los problemas, planifican los pasos a seguir, aceptan la realidad y acuden a actividades religiosas para afrontar las situaciones de estrés (Carver, 1997; citado en Fernández, 2009). Aparte, en el grupo de médicos sanos, sobresalieron los que usan el afrontamiento activo (nivel= bastante), el replanteamiento positivo (nivel=bastante) y la aceptación (nivel=bastante), es decir, realizan actividades, consideran de forma positiva a los problemas y toman conciencia de la realidad para afrontar las situaciones estresantes (Carver, 1997; citado en Fernández, 2009). En consecuencia, es importante notar que todas estas estrategias empleadas por ambos grupos de médicos son adecuadas; sin embargo, es posible que las formas de afrontamiento: el replanteamiento positivo y el afrontamiento activo, sean estrategias que protejan del alto agotamiento emocional por ser utilizadas más continuamente, pero estos resultados son parcialmente acordes con los hallazgos del estudio llevado a cabo con personal de la salud de México (Austria y cols., 2010), que indica que el uso de adecuados mecanismos de afrontamiento protege parcialmente del agotamiento emocional; por lo tanto, es posible que en los médicos afectados de este estudio sea necesario ejecutar, de una forma más continua, acciones concretas ante los conflictos y mirar a los problemas como oportunidades para mejorar y no sólo centrarse en planificar qué hacer ante situaciones adversas.

Aparte en el conjunto de enfermeras se presentó lo siguiente: En el grupo con alto agotamiento emocional fue relevante la auto-distracción (nivel= poco), es decir, disipa la concentración del problema o de las situaciones que generan estrés, por medio de la realización de actividades (Carver, 1997; citado en Fernández, 2009); mientras, en el grupo sin afección en las dimensiones burnout, hubo relevancia de la utilización del replanteamiento positivo (nivel=bastante), es decir, que consideran a la situación problemática como oportunidad para mejorar Carver, 1997; citado en Fernández,

2009). Por lo tanto, es posible que el empleo de este modo de afrontamiento centrado en el problema, implique efectos protectores del agotamiento emocional. Además, estos resultados son parcialmente acordes con los hallazgos de Austria y cols. (2010), que indican que la utilización de adecuados mecanismos de afrontamiento protegen parcialmente del agotamiento emocional, esto posiblemente pueda explicarse porque la consideración positiva de los conflictos tenga un alto valor protector y sea más relevante para las enfermeras de este estudio, que la utilización de la desviación de la atención hacia actividades de distracción y más aún cuando se lo hace de forma ocasional.

6.5 Identificar el apoyo social procedente de la red social

Luego de analizar a los médicos con alto agotamiento emocional y a los médicos sin afección en las dimensiones del burnout, sobre el índice global de apoyo social y las cuatro dimensiones del apoyo social percibido que podrían presentar, se llegó a lo siguiente: En el grupo con alto agotamiento emocional todos manifestaron alto índice global de apoyo social, es decir, cuentan con un buen círculo de apoyo social que les permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad; también, presentan alto porcentaje en el apoyo emocional (esto implica contar con empatía, confort y confianza), instrumental (es decir, tener ayuda e información experta en casos de necesidad), de redes sociales de ocio y distracción (esto supone la realización de actividades de distracción con la red social) y afectivo (es decir, contar con demostraciones de amor y cariño que refuerzan el autoestima) (Enrique & Rodríguez, s.f.). Además, estos mismos datos fueron relevantes en el grupo de médicos sin afección en las categorías del burnout. Por lo tanto, es evidente la homogeneidad de los resultados y obviamente la falta de diferencias significativas entre ambos grupos, que permite llegar a la posibilidad de falta de incidencia del apoyo social, en general, en la protección del agotamiento emocional; por eso tales resultados no son afines con los hallazgos obtenidos por el estudio realizado con personal de servicio de psiquiatría en Chile (Avendaño y cols., 2009), que muestran que ante un apoyo social favorable, se tiene menores niveles del agotamiento emocional, y posiblemente pueda deberse a la inexistencia de suficiente valoración de contar con mucho apoyo social, pues a pesar de tenerlo padecen altamente en tal dimensión del burnout.

Por el lado de las enfermeras, después de analizar a las que presentan alto agotamiento emocional y las que están sin afección importante en las dimensiones del burnout, sobre los mismos factores sociales analizados en el conjunto de médicos, se llegó a lo siguiente: En el grupo con alto agotamiento emocional, sólo la mitad presentó alto índice global de apoyo social (cuenta con un círculo social muy favorable, con relaciones sociales cohesivas), medio-alto porcentaje de apoyo emocional (el grupo social da bastante empatía, cuidado y confianza) y alto porcentaje de apoyo instrumental (el grupo social proporciona mucho consejo, o ayuda para sobrellevar situaciones de estrés), de redes sociales de ocio y distracción (presenta alto apoyo para realizar actividades de distracción) y de apoyo afectivo (cuenta con alto apoyo que le refuerza su autoestima), mientras que el resto de estas enfermeras

mostraron medio-bajo índice global de apoyo social (cuenta con un círculo social que ofrece poco apoyo social), medio-bajo porcentaje de apoyo emocional (tiene tendencia a afrontar personalmente sus problemas) y de relaciones sociales de ocio y distracción (tiene pocas otras actividades de distracción), y un medio-alto porcentaje de apoyo instrumental (tiene bastante apoyo que le proporciona consejo cuando necesita ayuda) y afectivo (tiene bastante apoyo que le proporciona refuerzo a su autoestima) (Enrique & Rodríguez, s.f.). Por otra parte, en el grupo de enfermeras sin afección importante en las dimensiones del burnout, predominaron las que presentaron alto índice global de apoyo social, de apoyo emocional, de apoyo instrumental, de redes sociales de ocio y distracción y de apoyo afectivo, es decir, presentan las mismas características de apoyo social de los dos grupos de médicos. Por lo visto, en el grupo afectado no hay resultados relevantes y por lo tanto, no permite llegar a una comparación con los hallazgos del grupo de enfermeras sin afección importante en las dimensiones del burnout para determinar si son protectores o no del agotamiento emocional. Sin embargo, si se unifica para analizar el apoyo afectivo y el instrumental, considerándolos con un nivel de tenencia favorable del grupo afectado de enfermeras y si se comparan con los resultados obtenidos del grupo sano, se podría llegar a deducir la falta de protección del apoyo afectivo e instrumental en el padecimiento del agotamiento emocional; además, si se compara esta tendencia con el estudio de Avendaño y cols. (2009), no hay semejanza, porque en tal investigación tener apoyo social que proporcione consejo, ayuda, amor, cariño tiene un efecto protector del agotamiento emocional, mientras, que en este estudio a pesar que las enfermeras cuentan con niveles favorables de estos dos tipos de apoyo social percibido: tienen alto agotamiento emocional y esto podría deberse a la posibilidad de no haber suficiente valoración hacia ellos.

6.6 Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer burnout

Después de analizar el grupo de médicos con alto agotamiento emocional y el grupo de médicos sin afección en las categorías del burnout, sobre los rasgos de personalidad que podrían presentar (extraversión, sinceridad, psicoticismo y neuroticismo), se obtuvo lo siguiente: En el grupo de médicos con alto agotamiento emocional, predominaron los que tenían el rasgo de extraversión (niveles=medio-alto, alto, muy alto), es decir, que son personas sociables, con muchos amigos, son optimistas, condescendientes y tienen gusto por reír y divertirse, generalmente son personas que les gustan los cambios (Chorot, Olmedo, Sandín, Santed & Valiente, 2002), claro que estas características lo presentan en grados distintos de acuerdo a lo obtenido (medio-alto, alto, muy alto). Y en los médicos sin afección en las dimensiones del burnout, también sobresalieron sólo los que manifestaban el rasgo de extraversión (nivel=muy alto), es decir, que tienen las mismas características del grupo anterior en un nivel muy alto. Por lo visto, es posible llegar a que la tenencia de un nivel muy alto de extraversión no protege del agotamiento emocional, por consiguiente, estos resultados no son acordes con los hallazgos del estudio realizado en Holanda desarrollado con los que atendían a enfermos terminales (Bakker y cols., 2006; citado en Fernández, 2009), que indica que la extraversión está relacionada negativamente con el agotamiento emocional; esto posiblemente puede deberse a que la incidencia de este rasgo de la personalidad en la disminución del estrés no sea tan significativo como el de otros factores asociados.

Aparte en el conjunto de enfermeras se obtuvo lo siguiente: El rasgo de extraversión fue relevante en el grupo de con alto agotamiento emocional (en niveles medio-alto y alto) y en el grupo sin afección en las dimensiones del burnout en un nivel alto. Por lo tanto, es evidente que la presencia del alto nivel del rasgo de extraversión no protege del agotamiento emocional, en consecuencia estos resultados no son afines a los hallazgos obtenidos del estudio de Bakker y cols., (2006) que muestran una relación inversa entre el alto agotamiento emocional y el rasgo de extraversión; esto podría deberse a una baja incidencia de este rasgo de personalidad en el estrés, la tensión laboral, en comparación a otros factores como son los modos de afrontamiento de conflictos.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Las conclusiones están realizadas de acuerdo a los objetivos planteados en esta investigación:

1. Con respecto a la identificación del nivel del síndrome en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, tanto a nivel de médicos como de enfermeras: no hubo casos de burnout. Sin embargo, por dimensiones: El agotamiento emocional se presentó altamente en la minoría de médicos y enfermeras, medianamente en un pequeño porcentaje de enfermeras y en un nivel bajo en la mayoría de los dos grupos de los profesionales de la salud; la despersonalización, se mostró medianamente en la minoría de médicos y en un nivel bajo en la mayoría de los médicos y en todas las enfermeras; por último, la realización personal, se manifestó altamente en todos los médicos y en la mayoría de enfermeras, pues sólo un pequeño porcentaje de estas profesionales de la salud se vio afectada en un nivel medio en esta dimensión del burnout.
2. En relación a la identificación de las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud, se obtuvo lo siguiente: En el conjunto de médicos es posible que sean factores de riesgo para el padecimiento del agotamiento emocional el tener menor edad y experiencia profesional, trabajar solo en una institución, tener más horas de trabajo y muchos pacientes que atender, cuidar a pacientes quirúrgicos; y el no sentirse totalmente valorado por los pacientes; además, es posible que estos mismos factores en una proporción inversa, puedan tener efectos protectores de la dimensión del burnout ya mencionado. Aparte, en el conjunto de enfermeras es probable que sean factores de riesgo del agotamiento emocional el tener menor edad y experiencia profesional, trabajar en turno nocturno y rotativo, realizar guardia de noche, recibir pocos recursos necesarios para su trabajo, tener una menor percepción de la valoración y la satisfacción laboral en general; mientras que es probable que estos mismos factores en una magnitud inversa, puedan ser protectores del agotamiento emocional.
3. Con respecto a la determinación del estado actual de la salud mental de los profesionales de las instituciones sanitarias, a nivel de médicos, en los que tienen

alto agotamiento emocional en su mayoría están afectados de ansiedad y parcialmente de síntomas psicossomáticos, mientras que los médicos y enfermeras no afectados en las dimensiones del burnout como las enfermeras con alto agotamiento emocional no hubo prevalencia de casos de depresión, síntomas psicossomáticos, de disfunción social ni de ansiedad.

4. Con respecto al conocimiento de los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud, en el grupo de los médicos es posible la presencia de una relación negativa entre la utilización de dos modos de afrontamiento de forma continua (afrontamiento activo y del replanteamiento positivo de los problemas) y la presencia del agotamiento emocional. Además, estos resultados parcialmente coinciden con el grupo de enfermeras, pues es probable que el empleo del replanteamiento positivo incida en el bajo agotamiento emocional y viceversa.
5. En relación a la identificación del apoyo social procedente de la red social se llegó que por la presencia de alto índice global de apoyo social y alto porcentaje de las cuatro dimensiones del apoyo social percibido en los dos grupos de médicos, conduce a la posibilidad de que estos factores sociales no protejan del agotamiento emocional. Mientras que en el conjunto de enfermeras, no se pudo obtener un resultado definitivo, debido a que no hubieron diferencias significativas para llegar a una posibilidad de riesgo o de protección del agotamiento emocional, sin embargo, si se toma como variables relevantes al apoyo instrumental y afectivo por estar sobre un rango favorable de tenencia, podría concluirse que estas dos dimensiones del apoyo social percibido no protegen del agotamiento emocional.
6. Con respecto a la identificación de los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales pueden o no poseer burnout, se obtuvo que por la presencia de muy alto nivel del rasgo de extraversión en el conjunto de médicos, tanto en el grupo con alto agotamiento emocional como en los no afectados, lleva a la probabilidad de que ese rasgo de personalidad no proteja del padecimiento del agotamiento emocional. Y por el lado de las enfermeras, lo mismo ocurrió, pues los dos grupos presentan alto nivel de extraversión, por lo tanto, tampoco es posible que posea un efecto protector del agotamiento emocional en este grupo de profesionales de la salud.

En cuanto a las recomendaciones a nivel del proceso operativo y de interpretación de datos de la investigación, están las siguientes:

- Es importante que en futuras investigaciones sobre el tema, se halle una mejor forma de validar la información de los participantes, pues puede ocurrir que al solicitar la identificación personal como el nombre y el número de cédula, tengan la tendencia a responder de una forma en la que traten de demostrar una imagen positiva de sí mismo, y por lo tanto arrojen resultados sesgados para el estudio.
- Revisión de los instrumentos de recopilación de datos antes de ser entregados a los investigadores, para evitar retrocesos en el proceso operativo de la investigación.
- Proporcionar los recursos necesarios para la interpretación de datos a tiempo, a fin de evitar demoras en el análisis y la discusión de la información.

Sobre las recomendaciones a nivel de las conclusiones de la investigación, están las siguientes:

Sería importante realizar investigaciones a nivel de personas con burnout y sin el síndrome, para obtener datos más determinantes sobre factores de riesgo y de protección del fenómeno, posiblemente en un número más alto de población de estudio.

También sería útil el desarrollo de investigaciones explicativas para comprobar: si los factores sociodemográficos y laborales = protectores y de riesgo del agotamiento emocional encontrados en este estudio, tienen realmente esa cualidad en los profesionales de la salud; para determinar la existencia o no de un factor protector que impida a los profesionales de la salud con alto agotamiento emocional, contraer algún otro problema mental; para establecer si con el empleo de formas adecuadas de afrontamiento en niveles mínimos aún puedan proteger del alto agotamiento emocional; para determinar si la falta de apoyo instrumental y afectivo son factores de riesgo causal del agotamiento emocional.; y para comprobar si los rasgos de psicoticismo, neuroticismo y sensibilidad, son factores causales y por lo tanto de riesgo para desarrollar agotamiento emocional.

Sobre las recomendaciones para la universidad en general, están las siguientes:

- Más interacción y contacto entre tutores y alumnos.
- Sería importante que en las evaluaciones presenciales, las preguntas no sólo sean objetivas sino también de ensayo, enfocadas en la aplicación de los conocimientos adquiridos a la realidad, para ir perfilando el criterio psicológico de los estudiantes.
- Sería muy recomendable la ejecución de tutorías presenciales, porque también se necesita que el tutor desde su experiencia proporcione conocimientos importantes que se integren en la formación del psicólogo.

8. BIBLIOGRAFÍA

- Aaronson, E., Kafry, D. & Pines, A. (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), *Staff burnout: Job stress in the human services*. Nueva York: Free Press.
- Aguayo, J., Campillo, A., De Miquel, J., Latorre, I., Moreno, A. & Sáez, J. (2008). Sociedad y cirugía. Burnout y cirujanos. *Cirugía Española*, 83(3), 118-124. Recuperado de http://www.aecirujanos.es/revisiones_cirugia/2008/Marzo2_2008.pdf
- Albaladejo R., Astacio, P., Calle, M., Domínguez, V., Ortega, P. & Villanueva, R. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*, 78(4), 505-516. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/170/17078408.pdf>
- Albanesi, S. & Nasetta, P. (2006) Desgaste emocional de los ambos blancos. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 12(1), 51 a 58. Recuperado de <http://www.alcmeon.com.ar/13/49/albanesi.htm>
- Alcaraz, C. (2006). *Frecuencia y factores de riesgo asociados al síndrome de burnout en un Hospital de segundo nivel*. (Tesis de Especialista en Medicina Familiar, Universidad de Colima). Recuperado de http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/Carlos_David_Alcaraz_Ramos.pdf
- Aldrete, M., Aranda, C., Flores, E., Pando M. & Pozos, E. (2006). Factores psicosociales y Burnout en docentes del Centro Universitario de Ciencias de la Salud. *Investigación Salud*, 8(3), 173-177. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/142/14280306.pdf>
- Aldrete, M., Aranda, C., Pando, M., Torres, T. & Salazar, J. (2010). Estudio comparativo sobre las redes de apoyo social en médicos familiares y agentes de tránsito, México. *Revista de Investigación en Psicología*, 13(2), 73-82. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/investigacion_psicologia/v13_n2/pdf/a04v13n2.pdf

- Allport, G. (1937). *Personality: a Psychological interpretación*. New York: Holt, Rinehart y Winston.
- Almirón, L., Clausi, A., Czernik, G. & Torales, E. (2007). Estrés asistencial y laboral en un Servicio Hospitalario de Clínica Médica de la ciudad de Corrientes. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica*, 13(4), 30-39. Recuperado de <http://www.psiquiatria.com/articulos/ansiedad/estres/diagnostico449/34851/>
- Álvarez, G. & Valdés, W. (2009). Burnout. Comportamiento de los clínicos del Hospital Diez de Octubre en el 2008. *Revista Científico-Estudiantil de Ciencias Médicas de Cuba*, 238, pp.2. Recuperado de <http://www.16deabril.sld.cu/rev/238/05.html>
- Álvarez, J. & Illera, D. (2003). *Prevalencia de Síndrome de Burnout y sus principales factores de riesgo en el Hospital Susana López de Valencia Nivel II*. Popayán: Universidad del Valle.
- Álvarez, M., Arce, L., Barrios, E. & De k.o. Sánchez, R. (2005). Síndrome de Burnout en médicos de Hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de postrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 141, 27-30.
- Amutio, A., Ayestaran, S. & Smith, J. (2009). Evaluación del burnout y bienestar psicológico en los profesionales sanitarios del País Vasco. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(2), 235-252. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/rpto/v24n2/v24n2a06.pdf>
- Anadón, D., Fontana, B., García, S., Pamplona, E., Pasamar, B. & Tomeo, M. (1999). El síndrome del burnout en el personal de enfermería. *Anales Ciencias de la Salud*, 2, 55-64.
- Anaya, J. Ortiz, A., Panduro, R. & Ramírez, G. (2006). Síndrome de <<quemazón>> (burnout) en médicos familiares y asistentes médicos. *Atención Primaria*, 38(8), 467 - 472. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v38n08a13094806pdf001.pdf>
- Ancer, L., González, M., Meza, C., Pompa, E. & Torres, F. (2010). Relación entre autoconcepto y apoyo social en estudiantes universitarios. *Internacional Journal of Good Conscience*, 5(2), 298-307. Recuperado de [https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:lcbBwXoGMv0J:www.spentamexico.org/v5-n2/5\(2\)298-307.pdf+apoyo+social+percibido&hl=es-419&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESjSGM5V](https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:lcbBwXoGMv0J:www.spentamexico.org/v5-n2/5(2)298-307.pdf+apoyo+social+percibido&hl=es-419&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESjSGM5V)

_G5-aa1ArB0WDps5ZlsNkG8tAEaW1dGyCjCGMVeku_9y9C_k98FRz-HERcVv
Jf9_oOZD1w9khnL3pTdB-DtN-Mxa-wCvIbA_NTeFNG0q759b0hXk1YfAhxfvJH
qGFwZy&sig=AHIEtbR_ZiYQF-cmFuFLwdH2yd6ApPkHmQ

- Andrés, E., García, J. & Montero, J. (2008). Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de burnout. . *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 88, 41-49. Recuperado de http://www.editorialmedica.com/archivos/cuadernos/trabajo_4-n88-2008.pdf
- Antúnez, S., Caraccioli, Y., Colon, M., Galo, L., López, O., Molina, L...& Zavala, G. (2009). Síndrome de burnout, en personal de salud; Hospitales Nacionales. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 6(1), 26-34. Recuperado de <http://cidbimena.desastres.hn/RFCM/pdf/2009/pdf/RFCMVol6-1-2009.pdf#page=24>
- Apiquian, A. (2007). El síndrome del burnout en las empresas. *Presentación realizada en el Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac*. Recuperado de <http://www.ucm.es/cont/descargas/documento33772.pdf>
- Aragón, M., Morazán, D. & Pérez, R. (2008). Síndrome de burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela "Oscar Danilo Rosales Argüello", León, 2007. *Revista Científica Universitas*, 2(2), 33-38. Recuperado de http://www.unanleon.edu.ni/universitas/pdf/volumen2_nro2/arto6.pdf
- Aragoneses, A., Moreno, B. & Oliver, C. (1991). El burnout, una forma específica de estrés laboral. En G. Buela-Casal y V. E. Caballo (Eds.), *Manual de Psicología Clínica Aplicada* (pp. 271-285). Madrid: Siglo XXI de España Editores, S.A.
- Aranda, C. (2006). Diferencias por sexo, Síndrome de burnout y manifestaciones clínicas, en los médicos familiares de dos instituciones de salud, Guadalajara, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 15, 1-7.
- Aranda, C., Arellano, G., Bermúdez, D., Flores, E., Pando, M. & Pérez, J. (2003). Prevalencia del estrés y el burnout en los trabajadores de la salud en Cd. *Psicología y Salud*, 13(1), 47-52.
- Arechabala, M., Barrios, S. & Valenzuela, V. (2012). Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enfermería Nefrológica*, 15(1), 46-55. Recuperado de http://www.revistaseden.org/files/3087_relaci%C3%B3n.pdf

- Arikan, F., Gökce, C. & Köksal, C. (2007). Work-related stress, burnout, and job satisfaction of dialysis nurses in association with perceived relations with professional contacts Dialysis & Transplantation. *Diálisis y Trasplante*, 36 (4), 182–191.
- Aronson, E. & Pines, A. (1988). *Carrer burnout: causes and cures*. New York: The Free Press.
- Arroyo, F., Moreno, R., Pérez, D., Suárez, J. & Vásquez, A. (2010). Factores psicosociales motivacionales y estado de salud. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 56(218), 12-21. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v56n218/original1.pdf>
- Artal, J., Lobo, A. & Pérez, M. (1986). Validity of the versión of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140
- Atance, J. (1997). Aspectos epidemiológicos del síndrome de burnout en personal sanitario. *Revista Española de Salud Pública*, 71(3), 293-303. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>
- Aun, E., Berdejo, H., Borja, M., Navarro, E., Racedo, R. & Ruiz, J. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universidad del Norte. *Salud Uninorte*. 23(1), 43-51.
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L., Salas, J., Vásquez, J. & Vega, C. (2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de burnout “o de desgaste profesional” en los trabajadores de la salud. *Neumol Cir Torax*, 69(3), 137-142. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt103b.pdf>
- Avalos, F. & Molina, J. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, 1(1). Recuperado de <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>
- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F. & Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y Enfermería*, 15(2), 55-68. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>

- Ávila, J., Gómez, L., & Montiel, M. (2010). Características demográficas y laborales asociadas al Síndrome de Burnout en profesionales de la salud. *Pensamiento Psicológico*, 8(15) 39-51. Recuperado de <http://www.redalyc.org/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80115648004>
- Azuara, L., Fernández, E., Gómez-Batiste, X. & Lacasta, M. (2008). *Guía de prevención de "burnout" para profesionales de cuidados paliativos*. [Versión de Google Books]. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=defVRqO6xlQC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q=prevenci%C3%B3n&f=false
- Bakker, A., Dollard, M., Lewing, K. & Van Der Zee (2006). The relationship between the Big Five personality factors and burnout: a study among volunteer counselors. *The Journal of Social Psychology*, 146(1), 31-50.
- Baeza, J., Balaguer, G., Belchi, I., Coronas, M. & Guillamón, N. (2008). *Higiene y prevención de la Ansiedad*. [Versión de Google Books]. Recuperado de <http://books.google.com.ec/books?id=WZf6sTzRW7sC&pg=PA1&dq=ansiedad+es&hl=es&sa=X&ei=Lq4mT8XLLsP6ggffyOXXDA&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=ansiedad%20es&f=false>
- Barbieri, C., Bellazzi, R., Callegari, A., Dal Canton, A., David, S., Guastoni, C... & Vizzardi, V. (2007). Burnout in health care providers of dialysis service in Northern Italy--a multicentre study. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 22, 2283-2290. doi:10.1093/ndt/gfm111.
- Baron, R. (1996). *Psicología*. México. Pentice may.
- Barraza, A. (2008, 8 de enero). Construcción y validación inicial de la Escala de Personalidad Estudiantil Tipo A. *Revista Psicología Científica.com*, 10(3). Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologiapdf-316-construccion-y-validacion-inicial-de-la-escala-de-personalidad-estudiantil-tipo-pdf>
- Barraza, A. & Ortega, F. (2009). Satisfacción laboral en instituciones formadoras de docentes. Un primer acercamiento. *Ponencia presentada en el X Congreso de Investigación Educativa*. Veracruz, México.
- Barrera, E. & Ochomogo, H. (2011). Prevalencia del síndrome burnout, o síndrome de desgaste laboral, en personal del Hospital Nacional de Salud Mental de

- Guatemala. *Revista Latinoamericana de Psiquiatría*, 10(1), 11-17. Recuperado de <http://nietoeditores.com.mx/download/Psiquiatria/2011/Psiquiatr%C3%ADa%201.7%20PREVALENCIA.pdf>
- Barrera, M. (1988). Modelos de apoyo social y estrés en la infancia. In H. Cohen (Ed.), *eventos de la vida y funcionamiento psicológico: cuestiones teóricas y metodológicas* (pp. 211-236). Newbury Park: Sage.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: Aspectos Teóricos Y APLICACIONES*. Madrid: Siglo XXI.
- Barrón, A., Chacón, F. & Lozano, P. (1988). Autoayuda y Apoyo Social. In F. Chacón, A. Martín, & M. Martínez (Eds.), *Psicología Comunitaria* (pp. 205-225). Madrid: Visor.
- Bejarano, M., Domínguez, L., Ojeda, C., Osorio, C., Sanabria, A. & Vega, N. (2009), Síndrome de desgaste profesional en cirujanos colombianos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 24, 153-164. Recuperado de <http://www.ascolcirugia.org/revista/revistajulioseptiembre2009/Desgaste%20153-164.pdf>
- Benavides, A., Garrosa, E., González, J. & Moreno, B. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: El inventario de burnout de psicólogos. *Clínica y Salud*, 13(3): 257-283.
- Benítez, M., Brea, A., Castiñeira, M., Fernández, R. & Rodríguez, L. (2008), Correlación entre carga de trabajo, síndrome de burnout y calidad de vida en una unidad de críticos. *Revista Enfermería Global*, 7(3), 1-11. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/36111>
- Borda, C. (2010). El síndrome de burnout. *Compás Empresarial*, 5. Recuperado de http://www.univalle.edu/publicaciones/compas_emp/compas03/pagina05.htm
- Boyle, A., Grap, M., Joven, J. & Thornby, D. (1991). Personality hardiness, ways of coping, social support and burnout in critical care nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 16 (7), 850-57.
- Braga, F., Grau, A., Flichtentrei, D., Prats, M. & Suñer, R. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transaccionales en el síndrome del burnout en

- personal sanitario hispanoamericano y español (2007). *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230. Recuperado de <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>
- Brandt, Y. & Zohar, D. (2002). Relationships between appraisal factors during stressful encounters: A test of alternative models. *Anxiety, Stress and Coping*, 15, 149-161.
- Brodsky, A. & Edelwich, J. (1980). *Burnout: Stages of disillusionment in the helping professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Burke, R. (1987): Burnout in police work: An examination of the Cherniss model. *Group and Organization Studies*, 12, 174-188.
- Buendía, J. (1998). *Estrés Laboral y Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva, S.L.
- Buendía, J. & Ramos, F. (2001). *Empleo, Estrés y Salud*. Madrid: Pirámide.
- Buunk, B. & Schaufeli, W. (1993). Burnout: A prospective from social comparison theory. In T. Marek, C. Maslach, & W. Schaufeli (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 53-69). London: Taylor & Francis.
- Byrne, D. (1964). The repression-sensitization as dimension of personality. In B. Maher (Ed.), *Progress in experimental research*. Nueva York: Academic Press.
- Cabello, L. & D' Anello, S. (2001). Síndrome de desgaste profesional (burnout) y apoyo familiar en médicos residentes de la Universidad de los Andes. *Revista de Facultad de Medicina*, 10 (1-4), 40-47. Recuperado de <http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/21812/2/articulo7.pdf>
- Cabeza, J. (2011). Emocional mente. *You Coach*, 34. Recuperado de http://www.newsyoucoach.com/v1/espanol/1034/emocional_mente.html
- Campos, L., Córdoba, A., Illera, D. & Silva, J. (2008). Prevalencia de síndrome de burnout y sus principales factores de riesgo en fisioterapeutas del Municipio de Popayán, 2007. *Ciencias de la Salud*, 10(1), 15-22. Recuperado de <http://facultadsalud.unicauca.edu.co/PDF/2008/100103200802.pdf>

- Caputo, G. & Spaniol, L. (1979). *Professional burnout: a personal survival kit*. Levington, MA: Human Services Associates.
- Carlin, M. & Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26(1), 169-180. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf
- Carr, A. (2007). *El yo positivo*. [Versión de Google Books]. Recuperado de <http://books.google.com.ec/books?id=dUFlN48x6wsC&pg=PA275&dq=apoyo+social+percibido+impresi%C3%B3n+de+que+los+dem%C3%A1s&hl=es-419&sa=X&ei=EGlXT-zvMc35ggek42SBQ&ved=0CDMQ6AEwAA#v=onepage&q=apoyo%20social%20percibido%20impresi%C3%B3n%20de%20que%20los%20dem%C3%A1s&f=false>
- Carter, D., Golembiewski, R. & Munzenrider, R. (1983). Phases of pro-gressive burnout and their work site co-variants: Critical issues in OD research and praxis. *Journal of Applied Behaviour Science*, 19(4), 461- 481.
- Carver, C. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100.
- Castañeda, E. & García de Alba, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(1), 67-84. Recuperado de <http://www.psiquiatria.org.co/BancoMedios/Documentos%20PDF/rcp12010artorig3.pdf>
- Castañeda, J. (2006). El apoyo social como amortiguador de la desesperanza en padres de niños hospitalizados. *Psicología Iberoamericana*, 14(2), 36-45. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1339/133920321005.pdf>
- Cebria, J., García, M., Manzano, E., Rodríguez, C., Segura, J., Sobrequés, J. & Sos Tena, P. (2002). Desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Barcelona. *Medifan*, 12(10), 17-25.
- Ceslowitz, S. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 14 (7), 553-58.

- Chacón, M. & Grau, J. (2009, Mayo). Burnout: una amenaza a los equipos de salud. *Boletín Latinoamericano de Psicología de la Salud*. Recuperado de <http://www.alapsa.org/v2/web/spip.php?article15>
- Chak, A. (1996). Conceptualizing social support: A micro or macro Perspective? *Psychologia. An International. Journal of Psychology in the Orient*, 39, 74-83.
- Chang, E.C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120.
- Cherniss, C. (1980). *Professional burnout in human service organizations*. Nueva York: Praeger.
- Cherniss, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In T. Marek, C. Maslach, & W. Schaufeli (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). London: Taylor & Francis.
- Chorot, P., Olmedo, M., Sandín, B., Santed, M. & Valiente, R. (2002). Versión Española del Cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 207-216. Recuperado de <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2002-A5F7737F-C34F-EAAF-39A7-AFFA476530F3/PDF>
- Christian, W., Roesch, S. & Vaughn, A. (2006). Relations between the big five personality traits and dispositional coping in Korean Americans: acculturation as a moderating factor. *International Journal of Psychology*, 41(2), 85-96.
- Clérica, R. (2011, 06 de mayo). Síndrome de burnout. *Depresión y Ansiedad*. Recuperado de <http://www.depressionmasansiedad.com/2011/05/sindrome-de-burnout.html>
- Coloditzky, D., Lodieu, M. & Zaula, G. (2000). El síndrome del burnout en hospitales públicos. *Revista médica del hospital Ramos Mejía*, 7(1), 13-17.
- Confederación de Empresarios de Aragón. (s.f.). Apartado A: tipos de personalidad. Recuperado de http://www.crea.es/prevencion/estres/capitulo4_1.htm

- Cooper, C, Page, S. & Thompson, M. (1993). A test of Caver and Scheier's self-control model of stress in exploring burnout among mental health nurses. *Stress Medicine*, 9, 221-235.
- Costa, P.& McCrae, R. (1986). Personality, coping and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-405.
- Costa, P. & McCrae, R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO PI-R) and NEO Five Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Florida: Psychological Assessment Resources.
- Cox, T., Kuk, G. & Leiter, M. (1993). Burnout, Health, Work Stress and Organizational Healthiness. In T. Marek, C. Maslach, & W. Schaufeli (Eds.), *Professional Burnout: recent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.
- Cruz, M., Melita, A. & Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. *Ciencia y Enfermería*, 14(2). 75-85. Recuperado de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010&lang=es
- Cruzalegui, F., De la Cruz, R. & Sullca, S. (2011). Personalidad y afecciones virales. *Psicología Clínica y Salud*. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/60164504/PSICONEUROINMUNOLOGIA>
- Cutrona, C. (1986). Manifestaciones conductuales de apoyo social. Una investigación microanalítica. *Revista de Personalidad y Psicología Social*, 51 (1), 201-208.
- Dale, M. (1979). Preventing worker burnout in child welfare. *Child Welfare*, 58(7), 443-450.
- Dayan, I. & Zohar, D. (1999). Must coping options be severely limited during stressful events: Testing the interaction between primary and secondary appraisals. *Anxiety, Stress and Coping*, 12, 191-216.
- Dean, A., Ensel, W. & Lin, N. (1986). (Eds.) (1986). *Social support, life events and depression*. Londres: Academic Press.
- De Irala, J., Martínez, M. & Seguí, M. (2008). *Epidemiología aplicada*. [Versión de Google Books]. Recuperado de <http://books.google.com.ec/books?id=uYGmF7>

DphDgC&pg=PA93&dq=definiciones+de+salud+2008&hl=es&sa=X&ei=2RUJT8SILs3sggf157iFCQ&ved=0CDgQ6AEwAA#v=onepage&q&f=false

De la Fuente, V. & Martínez, C. (2009). Comprender el Insomnio. [Versión de Google Books]. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=eKNpTRKO134C&pg=PA22&dq=el+insomnio+es+2009&hl=es&sa=X&ei=UsAmT_DeJYboggfPtlTwAw&ved=0CDYQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false

De Mendoza, J. (2004). Absentismo asociado al síndrome de burnout. Coste económico del estrés laboral asistencial en un hospital. *Mapfre Medicina*, 15(3), 193-198.

Del Campo, M., Fernández, E., Martínez, J. & Rojas, A. (1999). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los profesionales de Enfermería de las unidades de diálisis de la provincia de Cádiz. *XXIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Enfermería Nefrológica*. Valencia: España. Recuperado de <http://www.seden.org>

Delongis, A., Folkman, S., Gruen, R. & Lazarus, R. (1986). Appraisal, coping, health status and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 571-579.

Dueñas, J. & Fontán, I. (2010). Síndrome de burnout en una unidad de gestión clínica de obstetricia y ginecología. *Revista de Calidad Asistencial*, 25(5), 260-267. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/256/256v25n05a13155587pdf001.pdf>

Durazo, F., Laborín, J., Parra, E. & Vera, J. (2008). Composición del locus de control en dos ciudades latinoamericanas. *Psicología desde el Caribe*, 22, 63-83. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/pdc/n22/n22a06.pdf>

Enrique, H. & Rodríguez, S. (s.f.) Validación Argentina del Cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. Recuperado de <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>

Ensel, W. & Lin, N. (1989). El estrés de Vida y Salud: Los factores de estrés y recursos. *American Sociological Review*, 54, 382-399.

- Espinoza, C., González, F., López, A. & Morales, M. (2007). Síndrome del burnout en residentes con jornadas laborales prolongadas. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 45(3), 233-242. Recuperado de http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gr_a/A63.pdf
- Eysenck, H. (1947). *Dimensions of personality*. London: K. Paul Trench Trubner.
- Eysenck, H. (1971). *Estudio científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Fernández, M. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional*. (Tesis Doctoral, Universidad de León). Recuperado de <https://buleria.unileon.es/bitstream/handle/10612/902/2009FERN%C3%81NDEZ%20MART%C3%8DNEZ,%20MAR%C3%8DA%20ELENA.pdf?sequence=1>
- Fernández, M. & Fernández, N. (2006). *Servicio de Asistencia a Domicilio*. [Versión de Google Books]. Recuperado de <http://books.google.com.ec/books?id=F4iQfgZgLZ8C&pg=PA77&dq=apoyo+social+estructural&hl=es&sa=X&ei=CPszT4iZKoa-gAeY6aWUAg&ved=0CFIQ6AEwBg#v=onepage&q=apoyo%20social%20estructural&f=false>
- Fernández, O. (1998). *Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general*. (Tesis doctoral, Universidad de Zaragoza).
- Fernández, R., Fidalgo, A., Forniellis, I., García, J. & Muyor, J. (2008) El síndrome de "burnout" y su influencia en los problemas físicos y psicológicos. 9º *Congreso Virtual de Psiquiatría*. Recuperado de http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/4049/1/interpsiquis_2008_33429.pdf
- Fernández, R., Freire, P., López, F., Morriña, Pérez, M. & Pardo, J. (2002). ¿Estamos quemados en la atención primaria?. *Medicina de Familia (And)*, 3(4), 245-250. Recuperado de <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v3n4/04.pdf>
- Foa, U. (1971). Interpersonal and Economic Resources. *Science*, 171, 345-351.
- Folkman, S. & Lazarus, R. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer. (Traducción, Barcelona, Martínez Roca, 1986).

- Folkman, S. & Lazarus, R. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Forselledo, A. (2009). *Manual Práctico de Psicopatología*. [Versión de Scribd]. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/66792125/Manual-psicopatologia>
- Fountoulakis, K., Iacovides, A., Kaprinis, G. & Kaprinis, S. (2003). The relationship between job stress, burnout and clinical depression. *Journal of Affective Disorders*, 75, 209-221.
- Franco, B. (1999). Nivel de síndrome de agotamiento en médicos, enfermeras y paramédicos. *Revista Mexicana de Puericultura y Pediatría*, 34(6), 252-260.
- Freedy, J. & Hobfoll, S. (1993). Conservation of resources: A general stress theory applied to burnout. In T. Marek, C. Maslach, & W. Schaufeli (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 115-129). London: Taylor & Francis.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30(1), 159-165.
- Freudenberger, H. (1980). *Burnout: The high cost of high achievement*. Garden City, New York: Doubleday.
- Gálvez, M., Mingote, J. & Moreno, B. (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Medicina Clínica*, 123, 265-270.
- García, M. (1991). Burnout en profesionales de enfermería de centros hospitalarios. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 7(18), 3-12.
- García, M. (2002). Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. *Revista digital*, 8(51), 1- 4. Recuperado de <http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm>
- García, M., Grau, A. & Suñir, R. (2005). Desgaste profesional en el personal sanitario y su relación con los factores personales y ambientales. *Gaceta Sanitaria*, 19(6), 1-14. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv19n6/original6.pdf>

- García, M., Llor, E. & Sáez, M. (2000). Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 16(2), 215-28.
- Gil-Monte, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología en Estudio*, 7(1), 3-10. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a01.pdf>
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. *Anales de Psicología*, 15(2), 261-268. Recuperado de http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF
- Gimeo, V. (2011). *Gestión Aprovisionamiento y Cocina en la Unidad Familiar de Personas*. [Versión de Google Books]. Recuperado de <http://books.google.com.ec/books?id=RTccUWPOIG0C&pg=PA17&dq=es+una+informaci%C3%B3n+verbal+y+no+verbal,+ayuda+tangible+o+accesible+dada+por+otros+o+inferida+por+su+presencia+y+que+tiene+efectos+conductuales+y+emocionales+beneficiosos+en+el+receptor&hl=en&sa=X&ei=VQe0T4PjMoSQ8wSCtan4Dw&ved=0CC8Q6AEwAA#v=onepage&q=es%20una%20informaci%C3%B3n%20verbal%20y%20no%20verbal%2C%20ayuda%20tangible%20o%20accesible%20dada%20por%20otros%20o%20inferida%20por%20su%20presencia%20y%20que%20tiene%20efectos%20conductuales%20y%20emocionales%20beneficiosos%20en%20el%20receptor&f=false>
- Godoy, C., Peñalver, F. & Ríos, M. (2008). Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos. *Enfermería Intensiva*, 19(4), 169-178. Recuperado de <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/142/142v19n04a13130038pdf001.pdf>
- Godoy, C., Ríos, M.I. & Sánchez, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71-79. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/167/16717018009.pdf>

- Goldberg, D. & Williams, P. (1996). Cuestionario de salud general GHQ. *Guía para el usuario de las distintas versiones*. Barcelona: Masson.
- González, F., López, T. & Sánchez, S. (2011). Satisfacción laboral como factor crítico para la calidad: el caso del sector hostelero de la provincia de Córdoba – España. *Estudios y Perspectivas en Turismo*, 20, 1047-1068. Recuperado de <http://www.scielo.org.ar/pdf/eypt/v20n5/v20n5a05.pdf>
- González, M. & Landero, R. (2006). Apoyo social en mujeres de familias monoparentales y biparentales. *Psicología y Salud*, 16(2), 149-157.
- González, M., Landero, R. & Morán, C. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9(2), 543-552. Recuperado de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/up/v9n2/v9n2a20.pdf>
- González, M., Quezada, M., Vega, S. & Yáñez, J. (2004). *El desgaste personal de los psiquiatras: Síndrome de burnout (resultados preliminares)*. Santiago, Chile: Centro de Psicología.
- Gottlieb, B. (1988). Support Interventions: A typology and agenda for research. In S. Duck (Ed.), *Handbook of Personal Relationships*. New York: Wiley and Sons.
- Gracia, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Harrison, W. (1983). A social competence model of burnout. En B. A. Farber (Ed.), *Stress and burnout in the human services professions* (pp. 29-39). New York: Pergamon Press.
- Heller, K. & Swindle, R. (1983). Social Networks, Perceived Social Support, and Coping with Stress. In S. Farber, R. Felner, L. Jason & J. Moritsugu (Eds.), *Preventive Psychology: Theory, research and practice* (pp. 87- 103). New York: Pergamon Press.
- Hernández, G. & Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121-136.

- Hochwarter, W., Perrewe, P. & Zellars, K. (2000). Burnout in health care: The role of the five factors of personality. *Journal of Applied Social Psychology, 30*(8), 1570–1598.
- Homans, G. (1961). *Comportamiento social: sus formas elementales*. Nueva York: Harcourt.
- Homeier, B., Kaplan, J. & Porter, R. (2010). *Manual Merk de signos y síntomas del paciente*. [Versión de Google Books]. Recuperado de <http://books.google.com.ec/books?id=9Yfv6baQap4C&pg=PA416&dq=el+insomnio+es+2010&hl=es&sa=X&ei=1MAmT-TVGNHwggfX9oD1CA&ved=0CEEQ6AEwAw#v=onepage&q=insomnio&f=false>
- Hoyos, M.T., Márquez, F., Pereda, L. & Yáñez, M. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Salud Mental, 32*(5), 399-404. Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v32n5/v32n5a6.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Encuesta Nicaragüense para Personas con Discapacidad ENDIS, 2003*. Managua. INEC. Recuperado de <http://www.inide.gob.ni/endis/doc/endisa4.pdf>
- Jackson, S. & Maslach, C. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press.
- Jackson, S. & Maslach, C. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In G. Sanders & J. Suls. (Eds.), *Social psychology of health and illness* (pp. 227-251). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jackson, S. & Maslach, C. (1986). *Maslach Burn-out Inventory*. Palo Alto: Consulting Pysichologists Press
- Jaoul, G., Kovess, V. & Mugen, F. (2004). Le burnout dans la profession enseignante. *Annales Medic-Psychologiques, 162*, 26-35.
- Jerrel, J.M. (1983). Work satisfaction among rural mental health staff. *Community Mental Health Journal, 19*, 187-200.
- Joaquín, B. (2007). Aproximación a la intervención en la estructura de la organización para minimizar el burnout aumento en calidad y servicio. *VII Congreso Internacional de Estrés Traumático 2007*. Recuperado de <http://es.scribd.com/>

doc/13968445/Burnout-Organizacion-Intervencion-Eficiencia

- Jofré, V. & Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de Enfermería de la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Aquichan*, 5(5), 56-63. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/741/74150106.pdf>
- Kafry, D. & Pines, A (1978). Coping with burnout. Paper presented at the *Annual Convention of the American Psychology Association*. Toronto: Canada.
- Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality, and health. An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 31, 1-11.
- Kobasa, S., Kahn, S. & Maddi, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(1), 168-177.
- Kohlmann, C. (1993). Development of the repression-sensitization construct: With special reference to discrepancy between subjective and physiological stress reactions. In G. Hentschel (Ed.): *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology*. Nueva York: Springer Verlag.
- Krzemien, D., Monchietti, A. & Urquijo, S. (2004). Aprendizaje social y estrategias de afrontamiento a los sucesos críticos del envejecimiento femenino. *Psicothema*, 16(3), 350-356. Recuperado de https://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:o8F32DgM0GsJ:www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/download/8205/8069+Aprendizaje+social+y+estrategias+de+afrontamiento+a+los+sucesos+cr%C3%ADticos&hl=es-419&gl=ec&pid=bl&srcid=ADGEESgDwG9FA60M_EIEzULYn4W6irPiM0dHbAidJQBylwNllavwWcwa0hUzAkl-kIC-VmBsVxtWCVoCaCvMlfD2hsghBbrMAhYZHlriZhnhuW6p5ldr5t7FoiF1wxfl8wFFkUrMKZRE&sig=AHIEtbTmD92r745iF9bbLVerLFLi7OH5fQ
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R. (1993). From psychological stress to emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones para la salud*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

- Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: the function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12(2), 123-144.
- Leiter, M. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy-conceptual and practical implications. *Work and Stress*, 6(2), 107-116.
- Leiter, M. & Maslach, C. (1999) Teacher burnout: A research agenda. In A. Huerman & R. Vandenberghe (Eds.), *Understanding and preventing teacher burnout* (pp. 295-303). New York: Cambridge University Press.
- Leiter, M. & Maslach, C. (2008). Early predictors of job burnout and engagement. *Journal of Applied Psychology*, 93, 498-512.
- Leiter, M., Maslach, C. & Schaufeli, W. (2001). Burnout. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* 52, 397-422. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397
- Llaneza, F. (2009). *Ergonomía y psicología aplicada. Manual para la formación del especialista*. [Versión de Google Books]. Recuperado de [http://books.google.com.ec/books?id=BnCtJjxWTL0C&pg=PA20&lpg=PA20&dq=\).+Ergonom%C3%ADa+y+psicolog%C3%ADa+aplicada.+Manual+para+la+formaci%C3%B3n+del+especialista.&source=bl&ots=l8vvgWrxu1&sig=mpMAGwTL_GvDUfFRits7LzU32eg&hl=es&sa=X&ei=1d8FT5zoKcmBgwf4z7ChAg&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=burnout&f=false](http://books.google.com.ec/books?id=BnCtJjxWTL0C&pg=PA20&lpg=PA20&dq=).+Ergonom%C3%ADa+y+psicolog%C3%ADa+aplicada.+Manual+para+la+formaci%C3%B3n+del+especialista.&source=bl&ots=l8vvgWrxu1&sig=mpMAGwTL_GvDUfFRits7LzU32eg&hl=es&sa=X&ei=1d8FT5zoKcmBgwf4z7ChAg&ved=0CBsQ6AEwAA#v=onepage&q=burnout&f=false)
- Llorens, S. & Salanova, M. (2008). Estado actual y retos futuros en el estudio del burnout. *Papeles del Psicólogo*, 29(1), 59-67. Recuperado de <http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/1539.pdf>
- López, E., López, J., Munguía, C., Peralta, M. & Rodríguez, J. (2007). Desgaste profesional en médicos familiares y su asociación con factores sociodemográficos y laborales. *Revista Médica del Instituto Mexicano de Seguridad Social*, 45(1), 13-19. Recuperado de http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A90.pdf
- López, G. & Martínez, C. (2005). Características del síndrome de burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivo de Medicina Familiar*, 7(1), 6-9. Recuperado de <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=53&IDARTICULO=1759&IDPUBLICACION=293>

- López, J. (2005). Recursos Humanos en la teoría de Frederick Herzberg. *Revista de Investigación de la Facultad de Ciencias Administrativas, UNMSM*, 8(15), 25-36. Recuperado de <http://es.scribd.com/doc/39366200/Articulo-Herzberg-Buena-Justificacion>
- López, M. (2009). *Consecuencias psicosociales del trabajo en personal de enfermería como indicadores subjetivos de rendimiento desde el enfoque de la gestión de los recursos humanos*. (Tesis doctoral; Universidad de Murcia). Recuperado de <http://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/10782/LopezMontesinos.pdf?sequence=1>
- Lorente, L., Martínez, I. & Salanova, M. (2007). Estrategias de prevención de burnout desde los recursos humanos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, 41, 12-20. Recuperado de <http://pdfs.wke.es/8/5/9/2/pd0000018592.pdf>
- Milardo, R. (1988). *Families and Social Networks*. Newbury Park: Sage.
- Marrero, M. (2003). Burnout en enfermeros que laboran en los servicios de neonatología de Ciudad Habana. *Revista Cubana de Salud y Trabajo*, 4(1-2), 33-38. Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol4_1-2_03/rst08103.pdf
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-30. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anabella.pdf>
- Maslach, C. (1976). Burn-out. *Human behavior*, 5(9), 16-22.
- Maslach, C. (1982). *Burnout: The cost of caring*. New York: Prentice-Hall Press.
- Maslach, C. (2009). Riesgos psicosociales en el trabajo. *Ciencia y Trabajo*, 32, 37-43. Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/C&T32.pdf>
- Miller, S. (1987). Monitoring and blunting: Validation of a questionnaire to assess styles of information-seeking under threat. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Mingote, J. (1998). Síndrome Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional. *Formación médica continuada*, 5(8), 493-508.

- Morell, M. (2011, 26 de septiembre). Cuerpo versus mente. *Artículos de Psicología*. Recuperado de <http://www.red-psi.org/articulos/cuerpo-versus-mente/>
- Morris Ch. (1992). *Introducción A La Psicología*. México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- Pennebarker, J. & Watson, D. (1989). Health complaints, stress, and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Peiró, J. (1992). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Eudema.
- Peiró, J. & Salvador, A. (1993). *Control del estrés laboral*. España: Eudema.
- Pera, G. & Serra-Prat, M. (2002). Prevalencia del síndrome del quemado y estudio de los factores asociados en los trabajadores de un hospital comarcal. *Gaceta Sanitaria*. 16 (6), 480-486. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v16n6/original2.pdf>
- Peris, M. (2002). El número 7 ± 2 como explicación cognitiva (LMCP) del síndrome de burnout y de PTSD. Ponencia presentada en la *Jornada de Debate Multidisciplinar sobre Mobbing*. Universitat Jaime I de Castellón.
- Pernice, F. (2010). Family Network Support and Mental Health Recovery. *Journal of Marital and Family Therapy*, 36(1), 13-27.
- Pines, A. (1993). Burnout: An Existential Perspective. In T. Marek, C. Maslach, & W. Schaufeli (Eds.), *Professional burnout: recent developments in theory and research* (pp.35-51). London: Taylor & Francis.
- Pinto, B. & Roth, E. (2010). Síndrome del burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de La Paz. *Ajayu*, 8(2), 62-100. Recuperado de <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf>
- Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva. *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/180/18025101.pdf>

- Porras, A. (s. f.). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería. Recuperado de <http://www.carloshaya.net/biblioteca/contenidos/docs/nefrologia/predialisis/antoniporras.PDF>
- Price, V. (1982). *Type a behavior pattern: A model for research and practice*. New York: Academic Press.
- Quiroz, R. & Saco, S. (2003). Factores asociados al síndrome burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *Revista Electrónica SITUA*, 12(23), 11-22. Recuperado de http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2004_n23/factores.htm
- Ramos, F. (1999). *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L.
- Red Iberoamericana Universia. (s.f.). Modelos explicativos del burnout. Recuperado de <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/causas/causas-profesorado/modelos-explicativos/index.htm>
- Rodríguez, S. (2010). Relación entre nivel sociodemográfico, apoyo social percibido, género y depresión en niños. *Interdisciplinaria*, 27(2), 261-275. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/180/18018446005.pdf>
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcements. *Psychological Monographs General and Applied*, 80(1),1-27.
- Sánchez, E. (2010). Prevalencia del síndrome del burnout en el personal de enfermería del “Hospital Gineco Obstetrico Isidro Ayora” durante el período de febrero a marzo del 2005. *CAM-BIOS Revista Médica*, 20(10), 56-62. Recuperado de <http://www.hcam.gov.ec/multimedia/revista/rcv8n15.pdf>
- Savio, S. (2008). El síndrome del burnout: un proceso de estrés laboral crónico. *Revista Académica Hologramática*, 1(8), 121-138. Recuperado de http://www.cienciared.com.ar/ra/usr/3/590/hologramatica08_v1pp121_138.pdf
- Schaufeli, W. (1999). Burnout. In J. Firth, & R. Payne (Eds.), *Stress in Health Professionals: Psychological Organizational Causes and Interventions* (pp. 17-32). Chichester: Wiley.

- Schaufeli, W. (2005). Intervenciones sobre el síndrome del burnout. Diputación de Valencia (Ed.), *Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales"* (pp.61-75). Valencia: España.
- Schultz, D. & Schultz, S. (2008). *Teorías de Personalidad*. [Versión de Google Books]. Recuperado de http://books.google.com.ec/books?id=LiNdfVUJVRC&pg=PA3&dq=personalidad+es&hl=es&sa=X&ei=9zs5T7G4Boixgwf9_mnBQ&ved=0CDIQ6AEwAQ#v=onepage&q=personalidad%20es&f=false
- Secretaría de Salud Laboral y Medio Ambientes de UGT-MADRID. (s.f.) Manual informativo de prevención de riesgos laborales: riesgos en centros hospitalarios. Recuperado de <http://www.ladep.es/ficheros/documentos/Manual%20Informativo%20de%20Prevenci%F3n%20de%20Riesgos%20Laborales%20ENFERMEDADES%20PROFESIONALES%20UGT.pdf>
- Sherbourne, C. & Stewart, A. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science and Medicine*, 32(6), 705-714.
- Thoits, P. (1985). El apoyo social y bienestar psicológico: posibilidades teóricas. In I. Sarason & B. Sarason (Eds.), *Apoyo social: Teoría, investigación y aplicaciones*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Useche, M. (2008). *Factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C*. (Tesis de Especialista en Salud Ocupacional, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperado de <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis06.pdf>
- Vollrath, M. (2001). Personality and stress. *Scandinavian Journal of Psychology*, 42, 335-347.
- Winnubst, J. (1993). Organizational structure, social support and burnout. In T. Marek, C. Maslach, & W. Schaufeli (Eds.), *Professional burnout: re-cent developments in theory and research*. London: Taylor & Francis.

9. ANEXOS

**CUESTIONARIOS DE INVESTIGACIÓN PARA EL BURNOUT,
LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES, LA
SALUD MENTAL, LOS MODOS DE AFRONTAMIENTO, EL
APOYO SOCIAL Y LA PERSONALIDAD**



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

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

1. Datos Personales

- 1.1. Género: Masculino Femenino
- 1.2. Edad: _____ años
- 1.3. Mencione la ciudad en la que trabaja actualmente: _____
- 1.4. La zona en la que trabaja es: Urbana Rural
- 1.5. Etnia: Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena
- 1.6. Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado/separado Unión Libre
- 1.7. Número de Hijos: _____
- 1.8. Vive: Solo Con otras personas
- 1.9. Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual
No recibe remuneración
- 1.10. La remuneración se encuentra entre:
0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD
3001-4000 USD 4001-5000 USD 5001-6000 USD

2. Datos Laborales

- 2.1. Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____
Enfermero/a
- 2.2. Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____
- 2.3. Años de experiencia profesional: _____
- 2.4. Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial
- 2.5. Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos
- 2.6. Tipo de contrato que posee:
Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)
Servicios profesionales Ninguno
- 2.7. En cuántas instituciones trabaja: _____
- 2.8. Horas que trabaja Diariamente: _____
- 2.9. Horas que trabaja Semanalmente: _____
- 2.10. Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo
- 2.11. Señale los días en los que usted regularmente trabaja:
Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Todos los anteriores
- 2.12. En el caso de realizar guardia indique el número de horas: ____ y cada cuantos días: ____

- 2.13. Durante la jornada del trabajo que porcentaje dedica a la atención de pacientes:
Ninguno 25% 25-50% 50-75% 75% o más
- 2.14. Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____
- 2.15. Los tipos de paciente que atiende regularmente son (puede señalar más de una opción):
Oncológicos Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos
Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos
Todos los anteriores Otros indique: _____
- 2.16. Usted atiende a personas que tienen un alto riesgo de muerte: SI NO
- 2.17. ¿En los últimos meses algunos de los pacientes con los que se haya relacionado han fallecido?
SI ¿Cuántos? _____ NO
- 2.18. La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.
Totalmente Medianamente Poco Nada
- 2.19. ¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año?
SI NO
- 2.20. En caso de que la respuesta sea afirmativa.
La causa ha sido por:
Capacitación Problemas de salud Situaciones familiares
Otros ¿Cuáles? _____
- 2.21. ¿Cuántos días ha estado de permiso en el último año? _____
- 2.22. Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como “nada”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado”, de acuerdo a los enunciados que se presentan:

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

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

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

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



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

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

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



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

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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



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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

1. Me he estado centrando en el trabajo y otras actividades para apartar mi mente de cosas desagradables.	1	2	3	4
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	1	2	3	4
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	1	2	3	4
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	1	2	3	4
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	1	2	3	4
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	1	2	3	4
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	1	2	3	4
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	1	2	3	4
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	1	2	3	4
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	1	2	3	4
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3	4
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	1	2	3	4
13. Me he estado criticando a mí mismo.	1	2	3	4
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	1	2	3	4
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	1	2	3	4

16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	1	2	3	4
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	1	2	3	4
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	1	2	3	4
19. He estado haciendo cosas para pensar menos en ello, como ir al cine, ver la televisión, leer, soñar despierto, dormir o ir de compras.	1	2	3	4
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	1	2	3	4
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	1	2	3	4
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	1	2	3	4
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	1	2	3	4
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	1	2	3	4
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	1	2	3	4
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	1	2	3	4
27. He estado rezando o meditando.	1	2	3	4
28. He estado burlándome de la situación.	1	2	3	4

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



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

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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



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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

CERTIFICADOS INSTITUCIONALES

La salud ya es de todos!



Ministerio de Salud Pública



GOBIERNO NACIONAL DE
LA REPÚBLICA DEL ECUADOR

DIRECCIÓN PROVINCIAL DE SALUD DE MANABÍ
ÁREA DE SALUD N° 8. EL CARMEN
PROCESO HABILITANTE DE APOYO
UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO

CERTIFICACIÓN

La suscrita, Líder de la Unidad de Administración de Talento Humano del Área de Salud No. 8, Hospital Básico El Carmen, certifica:

Que la Señorita **ESMERALDA STEFANÍA ECHANIQUE CADENA**, con Cédula de Ciudadanía N° 1711825735; Egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, estuvo en esta Institución realizando la obtención de datos con seis instrumentos de investigación sobre “La identificación del Burnout en profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”, aplicados a seis Médicos y seis Licenciadas de Enfermería, durante los días 8, 13, 15, 16, 17, 21, y 25 de febrero de 2012.

Es cuanto puedo certificar en honor a la verdad. La interesada puede dar al presente el uso que estime conveniente.

El Carmen, abril 3, de 2012.

Atentamente,

Ing. Tiota Aracely Vélez Rodríguez.

LÍDER DE UNIDAD DE ADMINISTRACIÓN DE TALENTO HUMANO
ÁREA DE SALUD No. 8 EL CARMEN
TELEFONO No. 05 2 660 808 Ext. 104



Ing. Aracely Vélez.

CLÍNICA
LOS
ANGELES

CLÍNICA LOS ANGELES

Dr. Jorge Luis Rodríguez
Dirección: Urb. Los Ángeles Av. Principal 1114 - Telf.: 2760 760
Santo Domingo de los Tsáchilas - Ecuador

Santo Domingo, 29 de marzo de 2012

CERTIFICADO

Certifico que la egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, ESMERALDA STEFANÍA ECHANIQUE CADENA, con número de cédula 171182573-5, obtuvo información con seis instrumentos de investigación, de dos médicos de la CLÍNICA LOS ÁNGELES, de la ciudad de SANTO DOMINGO, de la provincia de SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, para el programa de investigación sobre "La identificación del burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador", los días 11 y 18 de febrero del 2012.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, la interesada puede hacer uso del presente documento como crea conveniente.

Atentamente,

CLINICA LOS ANGELES
Dr. Jorge Rodríguez
Reg. I.N.H. N° 24-08-152-09
Reg. M.S.P. N° 794

Dr. Jorge Rodríguez
Director de la Clínica Los Ángeles

Santo Domingo, 28 de marzo de 2012

CERTIFICADO

Certifico que la egresada de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, ESMERALDA STEFANÍA ECHANIQUE CADENA, con número de cédula 171182573-5, obtuvo información con seis instrumentos de investigación, de siete médicos y una licenciada de enfermería de la CLÍNICA SANTIAGO, de la ciudad de SANTO DOMINGO, de la provincia de SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, para el programa de investigación sobre "La identificación del burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador", los días 21, 22 y 28 de febrero del 2012.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, la interesada puede hacer uso del presente documento como crea conveniente.

Atentamente,



Dr. Alfredo Curipoma
Director de la Clínica Santiago



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
"HOSPITAL DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z"
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACION

Avda. Las Delicias y Avda. Quito Km. 1
Teléfono 2754-638

Santo Domingo, 28 de marzo de 2012

CERTIFICADO

Certifico que la egresada de la Escuela de Psicología, de la Universidad Técnica Particular de Loja, ESMERALDA STEFANÍA ECHANIQUE CADENA, con número de cédula 171182573-5, obtuvo información con seis instrumentos, de ocho licenciadas de enfermería del HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMÍNGUEZ Z", de la ciudad de SANTO DOMINGO, de la provincia de SANTO DOMINGO DE LOS TSÁCHILAS, para el programa de investigación sobre "La identificación del burnout en profesionales de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador", los días 26, 27 y 28 de marzo del 2012; investigación aprobada por este comité en acta 003-02-2012

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, la interesada puede hacer uso del presente documento como crea conveniente.

Atentamente,

Dr. Marcelo Herrera Ricaurte.

PRESIDENTE DEL COMITÉ.

HOSPITAL "DR. GUSTAVO DOMINGUEZ Z"

El/la:

Sec/Ah. Miryan Proaño.