



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. Estudio realizado en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito durante el año 2012.”

Trabajo de fin de titulación

AUTORA:

López Martínez, Marcia de Lourdes

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

Ramírez Zhindón, Marina Rocío

CENTRO UNIVERSITARIO UTPL QUITO

2012

CERTIFICACIÓN

Mg. Rocío Ramírez Zhindón

TUTORA DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

Haber revisado el presente informe de trabajo de fin de carrera, que se ajusta a las normas establecidas por la Escuela de Psicología, Modalidad Abierta, de la Universidad Técnica Particular de Loja; por tanto, autoriza su presentación para los fines legales pertinentes.

Mg. Rocío Ramírez Zhindón.

.....

Loja, 02 de Agosto de 2012.

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Marcia de Lourdes López Martínez, declaro ser autor (a) del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Marcia de Lourdes López Martínez

060161616-2

AUTORÍA

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

.....

Marcia de Lourdes López Martínez

0601616162

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi agradecimiento primero a Dios por permitir cada día mi existencia y cumplir con los objetivos propuestos.

Agradecer a la vida por la familia y amigos que tengo, que de una u otra forma siempre están conmigo, apoyándome incondicionalmente y motivándome a seguir adelante para culminar mis metas y esta era una meta que tenía pendiente, que me la debía y anhelaba cumplirla.

A La Universidad Técnica Particular de Loja, Escuela de Psicología, Modalidad a Distancia, por la formación recibida, a sus Autoridades y Personal Docente por haberme brindado sus enseñanzas, las que han servido para la formación profesional adquirida; De manera especial a mi tutora Mg. Rocío Ramírez, quién ha contribuido con su apoyo en la guía y desarrollo del presente trabajo de investigación.

Al Hospital Oncológico “SOLCA” Quito, “Sociedad de lucha contra el cáncer”, por permitirme desarrollar el Proyecto de Investigación “Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”.

DEDICATORIA

A mi madre, mi amiga incondicional, mi guía, mi ángel, un regalo precioso que Dios me otorgó y que está presente en mi corazón, que me supo inculcar los sentimientos de amor y solidaridad, pilares fundamentales sobre los que se construye un mundo de oportunidades en la vida. Quién, en presencia, a través de la distancia y desde el cielo ha estado siempre conmigo, quién con su ejemplo de vida supo enseñarme lo que es la perseverancia, lo que es soñar y hacer de los sueños una linda realidad.

ÍNDICE

Páginas Preliminares

Carátula	i
Certificación	ii
Acta de cesión de derechos de tesis	iii
Autoría	iv
Agradecimiento	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii

Cuerpo del Informe

1	Resumen	1
2	Introducción	2
3	Marco teórico	5
3.1	CAPÍTULO 1: Conceptualización del Burnout	5
3.1.1	Definiciones del Burnout	5
3.1.1.1	Modelos explicativos del Burnout	8
3.1.1.2	Delimitación histórica del síndrome de Burnout	11
3.1.1.3	Poblaciones propensas al Burnout	14
3.1.1.4	Fases y desarrollo del síndrome de Burnout	17
3.1.1.5	Características, causas y consecuencias del Burnout	19
3.1.1.6	Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout	25
3.2	CAPÍTULO 2: Conceptualización de las variables de la investigación	28
3.2.1	El Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales	28
3.2.1.1	Variables de riesgo y protectoras	28
3.2.1.2	Motivación y satisfacción laboral	28
3.2.1.3	Investigaciones realizadas	29
3.2.1.3.1	Burnout y las variables sociodemográficas. Caso de estudio #1	29
3.2.1.3.2	Burnout y las variables sociodemográficas. Caso de estudio #2	31
3.2.1.3.3	Burnout y las variables sociodemográficas. Caso de estudio #3	32
3.2.2	El Burnout y la relación con la salud	33
3.2.2.1	Definición de salud	33
3.2.2.2	Síntomas somáticos	35
3.2.2.3	Ansiedad e insomnio	35
3.2.2.4	Disfunción en la vida diaria	36
3.2.2.5	Tipos de depresión	36
3.2.2.6	Investigaciones realizadas	37
3.2.2.6.1	Burnout y la Salud. Caso de estudio #1	39
3.2.2.6.2	Burnout y la Salud. Caso de estudio #2	40
3.2.3	El Burnout y el afrontamiento	43
3.2.3.1	Definición de afrontamiento	43
3.2.3.2	Teorías de afrontamiento	44
3.2.3.3	Estrategias de afrontamiento	46
3.2.3.4	Investigaciones realizadas	47

3.2.3.4.1	Burnout y el afrontamiento. Caso de estudio #1	47
3.2.3.4.2	Burnout y el afrontamiento. Caso de estudio #2	50
3.2.3.4.3	Burnout y el afrontamiento. Caso de estudio #3	52
3.2.4	El burnout y la relación con el apoyo social	54
3.2.4.1	Definición de apoyo social	54
3.2.4.2	Modelos explicativos de apoyo social	55
3.2.4.3	Apoyo social percibido	58
3.2.4.4	Apoyo social estructural	58
3.2.4.5	Investigaciones realizadas	59
3.2.4.5.1	Investigación referente al burnout y el apoyo social #1	59
3.2.4.5.2	Investigación referente al burnout y el apoyo social #2	62
3.2.5	El Burnout y la relación con la personalidad	65
3.2.5.1	Definición de personalidad	65
3.2.5.2	Tipos de personalidad	67
3.2.5.3	Patrones de conducta	68
3.2.5.4	Locus de control	69
3.2.5.5	Investigaciones realizadas	69
3.2.5.5.1	Investigación referente al Burnout y la personalidad #1	69
3.2.5.5.2	Investigación referente al Burnout y la personalidad #2	71
4	Metodología	74
4.1	Diseño de la investigación	75
4.2	Participantes	76
4.3	Instrumentos	76
4.4	Recolección de datos	77
5	Resultados obtenidos	80
5.1	Médicos sin Burnout	81
5.1.1	Resultados del Cuestionario Sociodemográfico y Laboral	81
5.1.2	Resultados del Cuestionario MBI	93
5.1.3	Resultados del Cuestionario Salud mental	95
5.1.4	Resultados del Cuestionario de Afrontamiento	98
5.1.5	Resultados del Cuestionario de Apoyo social	100
5.1.6	Resultados del Cuestionario de Personalidad	101
5.2	Médicos con Burnout	102
5.2.1	Resultados Cuestionario Sociodemográfico y Laboral	102
5.2.2	Resultados Cuestionario MBI	114
5.2.3	Resultados Cuestionario de Salud mental	117
5.2.4	Resultados Cuestionario de Afrontamiento	120
5.2.5	Resultados Cuestionario de Apoyo social	122
5.2.6	Resultados Cuestionario de Personalidad	123
5.3	Enfermeros (as) Sin Burnout	124
5.3.1	Resultados Cuestionario Sociodemográfico y Laboral	124
5.3.2	Resultados Cuestionario MBI	136
5.3.3	Resultados Cuestionario de Salud Mental	138
5.3.4	Resultados Cuestionario de Afrontamiento	141
5.3.5	Resultados Cuestionario de Apoyo Social	143
5.3.6	Resultados Cuestionario de Personalidad	144
5.4	Enfermeros con Burnout	145
5.4.1	Resultados Cuestionario Sociodemográfico y Laboral	144
5.4.2	Resultados Cuestionario MBI	157
5.4.3	Resultados Cuestionario de Salud Mental	159

5.4.4	Resultados Cuestionario de Afrontamiento	162
5.4.5	Resultados Cuestionario de Apoyo Social	164
5.4.6	Resultados Cuestionario de Personalidad	165
5.5	Resultados Globales (Población total de la muestra)	166
5.5.1	Resultados Globales Sociodemográficos	166
5.5.2	Resultados Globales MBI	169
5.5.3	Resultados Globales GHQ 28	173
5.5.4	Resultados Globales BRIEF COPE	175
5.5.5	Resultados Globales MOS Apoyo social	177
5.5.6	Resultados Globales EPQR-A de personalidad	179
6	Discusión de Resultados	180
6.1	Resultados de cuestionario Sociodemográfico y Laboral	180
6.2	Resultados del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	182
6.3	Resultados del Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)	183
6.4	Resultados del Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	185
6.5	Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo Social	187
6.6	Resultados d del Cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A	188
7	Conclusiones y recomendaciones	191
7.1	Conclusiones	191
7.2	Recomendaciones	193
8	Bibliografía	195
9	Anexos	213

1 Resumen

La presente investigación recoge información acerca de la historia del Burnout, sus fases, causas, características, consecuencias, prevención y otros.

Los profesionales de la salud se enfrentan diariamente a circunstancias estresantes como son el dolor crónico y la muerte, esto es más evidente en un hospital oncológico, donde el nivel de tensión es mucho mayor debido a las características especiales de los pacientes que atienden. En ocasiones estas circunstancias pueden afectar a estos profesionales en su condición física, emocional y psíquica.

El objetivo de la investigación fue identificar la existencia del “Síndrome de Burnout”, se aplicaron seis instrumentos que permitieron evaluar la condición y estado de los encuestados: MBI, permitió detectar la presencia e intensidad del nivel de desgaste en sus tres dimensiones (AE, DP y RP). GHQ-28 estado de salud mental; BRIEF-COPE estrategias de afrontamiento; MOS, apoyo social; EPQR-A rasgos de personalidad.

Se obtuvo información que proporcionará a los directivos datos que permitan tomar acciones y decisiones para mejorar la calidad de vida de sus profesionales, por ende cumplir los objetivos de la Institución.

2 Introducción

El proyecto sobre “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno”, surgió por requerimiento de la Universidad Técnica Particular de Loja, como requisito planteado por la escuela de Psicología, donde los egresados de la modalidad a distancia debían realizar un trabajo de investigación para identificar el Burnout en profesionales de salud en el Ecuador.

El síndrome de burnout es un mal que aqueja cada vez más a diversas profesiones, no solo a aquellas relacionadas con el cuidado y la salud. Puede haber muchos motivos para que esto se presente, como se revisará mas adelante con mayor detalle, por ello es un tema que sigue captando la atención de la comunidad científica e investigativa.

La definición más conocida es aquella acuñada por Maslach & Jackson (1986), “burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de logros personales que se puede presentar entre personas que cuidan de otras de alguna forma”.

En sus inicios, se atribuía las causas del burnout al individuo, hoy la literatura al respecto tiende a orientarse hacia la organización y el entorno que rodean a la persona, como las causantes del burnout, tal como lo afirma Christina Maslach, una de las autoridades mundiales en el tema (Maslach & Leiter, 1997, The Truth About Burnout).

De acuerdo a la bibliografía revisada se puede inferir que el burnout se presenta con más frecuencia en los países desarrollados, no se puede asegurar de manera categórica lo anterior, pero la mayor cantidad de estudios y de literatura disponible se genera en países desarrollados como en Estados Unidos y Europa y dentro de Latinoamérica, en Argentina y México; en Ecuador no existe un número significativo de estudios al respecto.

En lo referente al sexo, el síndrome se presenta con más frecuencia en las mujeres; en cuanto al estado civil hay mayor incidencia en los solteros, divorciados y separados. Cuando se habla de la edad, se evidencia un mayor índice en los más jóvenes. Casi todos los estudios señalan que la medicina es una de las profesiones donde más aqueja el síndrome, entre las distintas ramas de ésta, emergencias, interna e infectología son algunas de las más afectadas.

La antigüedad en el trabajo es otros de los factores que evidencian una correlación significativa con el burnout; los más nuevos son más afectados. Con respecto a personalidad y psicopatologías se ha relacionado más con quejas físicas, ansiedad y depresión. Al referirse al afrontamiento, se ha asociado de manera significativa a las estrategias centradas en el problema. Al evaluar el ambiente organizacional, aquellas instituciones que presentan un mejor clima laboral registran menores niveles de estrés. Otros aspectos como el horario de trabajo, el tipo de contrato, tipo de pacientes, etc., también inciden en que el sujeto pueda quemarse (2007, Grau et al., 2003, Ortega Ruiz y López Ríos).

El presente estudio recoge el conocimiento generado por diversos autores, así como la información generada en varias investigaciones relacionadas con este tema. Se ha demostrado que el síndrome de burnout es un mal de proporciones mundiales, cuya incidencia es cada vez mayor, por este motivo las organizaciones le van dando más importancia y atención al capital humano, tomando en cuenta los factores de riesgo, el clima laboral y las causas que generan estrés en sus colaboradores.

Considerando que lo antes expuesto afecta no solo a la parte física sino también a la parte psíquica y emocional de la persona, así como a los objetivos y resultados de la Institución, lo cual puede generar millones de dólares en pérdidas por la rotación y ausentismo entre otros. Se ha demostrado que es mejor prevenir el burnout que curarlo y la mejor manera de prevenirlo, es conocerlo; una vez que las personas se quemaron ningún tratamiento ha demostrado ser efectivo al 100% (Maslach, 2008).

El objetivo de esta investigación fue identificar la existencia del “Síndrome de Burnout”, indagar sobre la presencia e intensidad de este fenómeno en los encuestados, mediante la obtención y análisis de datos primarios. Conocer y profundizar en el significado, causas, características, síntomas, consecuencias, variables, prevención, apoyo social y personalidad. Adicionalmente obtener datos que proporcionen a los directivos de la organización, la información necesaria para la toma de acciones y decisiones que ayuden a mejorar la calidad de vida de sus profesionales y por lo tanto mejorar los objetivos y resultados de su Institución.

Para desarrollar esta investigación se solicitó la colaboración del Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala”, Hospital SOLCA, núcleo Quito de la “Sociedad de Lucha Contra el

Cáncer”. Se trabajo en una muestra de 30 profesionales pertenecientes al equipo médico y de enfermería (15 médicos y 15 enfermeros). La recolección de datos se obtuvo mediante encuestas al personal. Para este efecto se aplicaron seis instrumentos, los cuales fueron: Cuestionario de variables Socio-demográficas y laborales, Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck. (EPQR-A).

Los instrumentos empleados permitieron evaluar la condición y el estado de los encuestados. El Cuestionario de variables socio-demográficas dio a conocer datos del sujeto como su estado civil, número de hijos, profesión, antigüedad y horarios de trabajo, etc. Por otro lado, el test de Maslach Burnout Inventory (MBI) detectó la presencia y determinó el nivel de desgaste de los profesionales considerando sus tres dimensiones (agotamiento o cansancio emocional, despersonalización y baja realización o logro personal).

El cuestionario de Salud Mental GHQ 28 determinó ciertos tipos de disturbios psíquicos entre los profesionales de la muestra tomada. El Cuestionario de Apoyo Social determinó el apoyo social recibido y percibido. El Cuestionario de Estilos de Afrontamiento identificó las estrategias de afrontamiento utilizadas y finalmente el Cuestionario de Personalidad señaló los rasgos presentes en los profesionales.

3 Marco teórico

3.1 CAPÍTULO 1: Conceptualización del Burnout

3.1.1 Definiciones del Burnout

A continuación se dan a conocer algunas de las definiciones más relevantes en lo referente al síndrome de Burnout. El término Burnout se desprende del inglés y se traduce en español como “estar quemado” (Hernández y Navarrete, 2007). Pese a que el término "staff burnout" fue empleado por primera vez por Bradley en 1969 (citado en Schaufeli y Buunk, 2003, p.383) en un artículo acerca de oficiales de libertad condicional, se considera que Freudenberger (OMS, 1998, p.102) fue el primero en acuñar el término para describir “un síndrome de agotamiento, desilusión y desgaste” entre los trabajadores voluntarios que trabajaban con toxicómanos en un instituto de salud mental, refiriéndose específicamente a “un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, o a una forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo” (Freudenberger, 1974 citado en Paredes, 2008).

Sin embargo el término cobra importancia cuando Christina Maslach (1977) lo expuso ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos al conceptualizarlo como un síndrome de desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores (Martínez, 2010, pp.2). Esto tras el trabajo de Maslach (Schaufeli W. L., 1976 citado en Schaufeli, 2009) y sus colegas, quienes de manera simultánea e independiente a Freudenberger, se toparon con este término en California cuando investigaban a un grupo de trabajadores sociales que a menudo se sentían emocionalmente agotados, que habían desarrollado percepciones y sentimientos negativos acerca de sus clientes o pacientes y que habían experimentado crisis emocionales en su competencia profesional, como resultado de un trastorno emocional.

Desde sus orígenes, el concepto de “burnout” suscitó gran interés, como menciona Schaufeli (Schaufeli y Buunk, 2004), aparentemente se le había dado un nombre adecuado a un tema que estaba “en el aire”, pero no se lo veía como un tema científico serio y hasta se lo llegó a tildar de “psicología pop” o “vino viejo en botellas nuevas” (Maslach y Leiter,

2012). Esto se debía en gran parte a que los aportes a la materia eran meramente explicativos y pragmáticos, basados en las experiencias de las personas, pero no había estudios científicos que proveyeran datos empíricos. Adicionalmente para esta época, casi todos estos documentos enfatizaban la importancia de los factores individuales como el exceso de compromiso, idealismo y perfeccionismo (Schaufeli y Buunk, 2004).

En la búsqueda por tratar de darle un carácter de seriedad científica y medible al problema, a principios de los 80's dos de las autoridades, Maslach y Jackson (Maslach y Leiter, 2012) en el tema marcaron un hito en la historia del síndrome al desarrollar el que quizás sea considerado uno de los mayores aportes para la medición del burnout, el cuestionario Maslach Burnout Inventory. El MBI, como también se lo conoce, proveía la estructura necesaria para medir el síndrome en todas las ocupaciones, no solo en las que se referían al cuidado. Se considera que alrededor del 90% de la literatura relacionada con estudios del burnout emplea el cuestionario MBI (Maslach y Leiter, 2012).

Pese a la amplia investigación del tema, pues según una investigación realizada en 1998 por Schaufeli y Enzmann (citado en INHT, 2005) la cual reveló 5.500 registros en bases de datos y bibliografías especializadas, el concepto de "burnout" ha visto varios cambios y se puede considerar que no existe una sola definición aceptada (OMS, 1998). Esto quizás se deba a que no es muy conocido y como indican Starrin, Larsson y Styborn (citado en Hernández et al, 2007) todos saben lo que es, aunque mucho pueden ignorar su definición. La mayoría de las personas que lo padecen se sienten insatisfechas y no lo ven como una enfermedad que afecta su desempeño, de hecho no saben ni cómo interpretar ese malestar.

Si bien no se ha logrado fijar una definición de aceptación general del síndrome de burnout (Bertolote y Fleishmann, 2002), según la descripción más común entre los autores de este campo, el síndrome de burnout abarca las tres dimensiones siguientes:

- 1) Extenuación emocional
- 2) Despersonalización; y
- 3) Falta de realización personal

Este criterio tridimensional, fue inicialmente descrito por Maslach & Jackson (1986, citado en INHT 2005), quienes lo definieron como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución del logro personal, que puede presentarse entre individuos que realizan "trabajo con personas" de alguna clase. Se trata de una respuesta a

la tensión emocional crónica de tratar extensamente con otros seres humanos, en especial cuando estos sufren o atraviesan por problemas” (Maslach, 2003). Esta es una de las definiciones mas citadas y considerada la más efectiva y precisa de todo lo que se ha establecido acerca de este término.

En un comienzo, las definiciones del síndrome consideraban solamente a la persona, Brill fue uno de los primeros en considerar que el burnout estaba relacionado con el trabajo y lo describió como un “estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento, como emocional y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo sin ayuda externa, o por re-estructuración organizacional” (1984, citado en Lindblom et al, 2006).

En la actualidad se considera que el burnout tiene su origen en el entorno de trabajo y no aisladamente en el trabajador, como lo menciona Maslach en su tercera edición del manual del MBI, cuando amplía su concepto inicial y lo define como “una crisis en la relación del individuo con su trabajo, en general y no necesariamente la relación del individuo con otras personas. Como consecuencia, las tres dimensiones que definían al burnout en su inicio se redefinieron. Agotamiento, ahora se refiere a fatiga independientemente de su origen. Cinismo refleja una actitud indiferente hacia el trabajo, más que hacia otras personas. Finalmente la falta de eficiencia profesional reúne aspectos sociales y no sociales de los logros ocupacionales” (1996, p.386, citada en Schaufeli y Buunk, 2004)

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España (INHT, 2005), ha tomado el concepto de Gil Montes y Peiró (1997), para definir al burnout: “una respuesta al estrés laboral crónico integrada por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud y, en general, en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de la organización.”

Otras definiciones interesantes son las siguientes:

“Un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral que se caracteriza por sentimientos de fallo o desorientación profesional, desgaste y habilidad emocional

sentimientos de culpa por la falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional, y aislamiento.” Price y Murphy (1984, citado en Gil-Montes 2006).

“El burnout es un índice de dislocación entre lo que las personas son y lo que tiene que hacer. Representa la erosión en los valores, dignidad, espíritu y su voluntad, es la erosión del alma humana. Es un mal que se esparce de manera gradual y continúa en el tiempo, haciendo que las personas caigan en un descenso en espiral, del cual es muy difícil recuperarse” (Maslach y Leiter, 1997)

“Una estrategia de afrontamiento mal adaptada ante las condiciones de trabajo que son estresantes, exigentes, o que carecen de suficiente desafío y reconocimiento” Sarros y Densten (1989, citado en Waught y Judd, 2003)

“Una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito” Edelwich y Brodsky (1980, citado en Waugh y Judd, 2003)

“Un estado de agotamiento físico, emocional y mental, causado por el involucramiento de largo plazo en situaciones de gran exigencia emocional” Pines y Aronson (1988, citado en Waugh y Judd, 2003)

“Un síndrome tridimensional de agotamiento emocional, despersonalización y reducción del logro personal que ocurre entre individuos que trabajan con personas, ayudándolas de alguna manera” (Universidad Griffith de Australia, citada en www.gewood.com)

“Burnout es un síntoma de una persona que actualmente no es capaz de discernir con claridad sus necesidades actuales primarias y sus derechos personales, establecidas y adheridas a las prioridades personales realistas locales y largo plazo, y hacer valer y hacer cumplir los límites personales apropiados (fronteras) consigo mismas y con otras personas” Peter K. Gerlach MSW (citado en www.gewood.com)

3.1.1.1 Modelos explicativos del Burnout

El estudio del síndrome de burnout se ha enriquecido con el aporte de varios autores, quienes han generado volúmenes enteros de literatura referentes al tema. Esto ha llevado a que se genere mucha polémica en cuanto a su etiología, debido a que se le han atribuido

diversas causas a su origen y se han asignado diferentes grados de importancia a las variables y factores implicados. En este caso se revisa la clasificación propuesta por Gil-Monte y Peiró (1997, citado en Martínez, 2010).

Tabla 1: Modelos explicativos del burnout

Modelo	Definición
1) Modelos elaborados desde la Teoría Socio-cognitiva del Yo	Se caracterizan por otorgar a las variables del self (v.g., autoeficacia, autoconfianza, auto-concepto, etc.) un elemento vital para explicar el desarrollo del síndrome.
1.1) Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)	Se basa en la competencia y eficacia percibida, si tienen ayuda con una alta motivación, los resultados son beneficiosos, pero cuando hay factores de barrera, el sentimiento de auto eficacia disminuirá y si este es prolongado puede aparecer el SB.
1.2) Modelo de Pines (1993)	El SB se presenta cuando el sujeto pone la búsqueda de un sentido existencial en el trabajo, plantea que solo se queman aquellos sujetos con alta motivación y expectativas. El SB es el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado severamente disminuida.
1.3) Modelo de auto eficacia de Cherniss (1993)	La consecución independiente y exitosa de las metas, aumenta la eficacia del sujeto, pero la no consecución lleva al fracaso psicológico. Por otro lado los sujetos con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar el Burnout.
1.4) Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)	Plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales, junto con altos niveles de autoconsciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora, en otras palabras, la despersonalización.
2.) Modelos elaborados desde las Teorías del Intercambio Social.	Consideran que el SB tiene su etiología en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social.
2.1) Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)	Existe una doble etiología: 1) los procesos de intercambio con los pacientes, donde existen tres fuentes de estrés: incertidumbre (cómo debo actuar?), percepción de equidad (diferencia entre lo que da y lo que recibe) y falta de control (del resultado de sus acciones laborales). 2) los procesos de intercambio con los compañeros de trabajo, donde es crucial la falta de apoyo social en el trabajo por miedo a recibir críticas o a ser tachado de incompetente.

2.2) Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)	Teoría motivacional, basada en la idea que cuando la motivación básica se ve amenazada lleva al estrés, lo que puede producir SB. Los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos; cuando estos se ven amenazados, perdidos o cuando el sujeto invierte sus recursos, pero no recibe lo que espera, se presenta el SB.
3) Modelos elaborados desde la Teoría Organizacional.	Incluyen como antecedentes del SB las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse.
3.1) Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)	El SB es una progresión secuencial en el tiempo. La sobrecarga laboral y pobreza del rol desencadenan el estrés provocando sentimiento de pérdida de control y autonomía, lo cual genera irritabilidad; el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante (despersonalización), posteriormente una baja realización personal y agotamiento emocional.
3.2) Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)	El SB se da en las profesiones humanitarias, el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador.
3.3) Modelo de Winnubst (1993)	Surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de las organizaciones. En las burocracias mecánicas, el SB es causado por el agotamiento emocional diario, consecuencia de la rutina y la falta de control. En las burocracias profesionalizadas (por ejemplo hospitales y centros de salud), el SB es causado por la laxitud de la estructura organizacional que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización.
4) Modelos elaborados desde la teoría Estructural. Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)	Toma en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

Tomado de: Martínez Pérez, Anabella (2010) "El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión"

3.1.1.2 Delimitación histórica del síndrome de burnout

El síndrome de burnout ha sido extensivamente estudiado por profesionales de diversos campos, en varios países, en el año de 1998 se calculaba que existían alrededor de 5.500 (INHT, 2006) estudios especializados acerca del tema, por lo cual sería casi imposible reunir todas las definiciones que se han elaborado acerca de este síndrome. A continuación se presenta una tabla que resume lo expuesto por Schaufeli y Buunk (Schaufeli y Buunk, 2004) en el análisis retrospectivo que realizan tras 25 años de investigación y teorización del burnout.

Tabla 2: Delimitación histórica del Burnout

Año	Autor	Concepto
1599	Enzmann & Kleiber	La primera vez que se registra el uso del término "quemarse": William Shakespeare (1599) en "El Peregrino Apasionado": Ardía cuando amaba como paja en el fuego y cual paja su amor tan pronto se apagaba.
1953	Schwartz, M.S. & Will, G.T.	Observan por primera vez el burnout en su obra "Low morale and mutual withdrawal on a hospital ward", cuando describieron que Miss Jones, una joven enfermera "desarrolló sentimientos de fracaso y resentimiento debido a la actitud negativa de sus colegas"
1960	Graham Greene	En su novela "Un caso de Burnout" describe la triste historia de Query, arquitecto de fama mundial, como un personaje sombrío, atormentado espiritualmente, cínico y desilusionado.
1969	Bradley, H.B.	Lo describe como "un fenómeno psicológico que ocurre en las profesiones que brindan cuidados y ayuda"
1974	Herbert Freudenberger	Lo definió al sumar los síntomas "la extinción de la motivación o incentivo, especialmente cuando la devoción de uno hacia una causa o relación falla en producir los resultados esperados"
1976	Christina Maslach	Burnout es un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo
1978	Pines & Maslach	Un síndrome de agotamiento físico y emocional que involucra el desarrollo de un de una auto-imagen negativa, actitudes negativas hacia el trabajo y la pérdida de interés y sentimientos hacia los pacientes

1980	Cherniss (a)	el burnout se refiere a un proceso en el cual las actitudes comportamientos del profesional cambian de modo negativo en respuesta a la tensión laboral
1980	Cherniss (b)	...la primera etapa involucra un desbalance entre los recursos y las demandas (stress). La segunda etapa es la tensión emocional inmediata de corto plazo, fatiga y agotamiento (tensión). La tercera etapa consiste en un número de cambios en cuanto a actitud y comportamiento, tales como una tendencia a tratar a los clientes de modo desapegado y mecánico, o con preocupación cínica con gratificación de las necesidades propias (enfrentamiento defensivo).
1980	Edelwich & Brodsky	El burnout es la pérdida progresiva del idealismo, energía y propósito, experimentado en las profesiones de atención y cuidado, como resultado de las condiciones laborales
1981 /1986	Maslach & Jackson	El burnout se presenta de manera exclusiva entre las profesiones que lidian directamente con receptores (p.ej. Estudiantes, pupilos, clientes, pacientes o delincuentes)
1984	Brill (a)	Un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento, como emocional y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo sin ayuda externa, o por re-estructuración organizacional.
1984	Brill (b)	El burnout se puede considerar como la última etapa en una crisis de adaptación que resulta de un desbalance a largo plazo entre las demandas y los recursos, resultantes de un estrés laboral prolongado.
1986	Maslach & Jackson	Burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y disminución del logro personal, que puede presentarse entre individuos que realizan "trabajo con personas" de alguna clase.
1987	Etzion	Un proceso de desarrollo lento que comienza sin previo aviso y se desarrolla sin ser reconocido, hasta un punto en particular. De repente e inesperadamente, uno se siente agotado y no es capaz de relacionar esta experiencia devastadora para un evento estresante en particular.
1988	Pines & Aronson	El burnout es un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por el involucramiento de largo plazo en situaciones de gran exigencia emocional.

1988	Schaufeli & Enzmann	El burnout es un estado mental negativo, persistente y relacionado con el trabajo en individuos "normales" que es inicialmente caracterizado por agotamiento, el cual es acompañado por angustia, un sentimiento de falta de eficiencia, reducción de la motivación y el desarrollo de actitudes y comportamientos disfuncionales en el trabajo.
1993	Pines	El burnout no se restringe a los servicios humanos, también puede ocurrir en ambientes ocupacionales tales como cargos gerenciales, así como en relaciones amorosas, matrimonios, inclusive en activismo político.
1993	Hallsten	Una forma de depresión que resulta del proceso de quemarse, lo cual es una causa necesaria del burnout. El proceso de quemarse ocurre cuando la promulgación de un papel activo y auto-definido se ve amenazado o alterado sin tener un papel alternativo a la mano.
1996	Christina Maslach	Burnout es una crisis en la relación del individuo con su trabajo, en general y no necesariamente la relación del individuo con otras personas. Como consecuencia, las tres dimensiones que definían al burnout en su inicio se redefinieron. Agotamiento, ahora se refiere a fatiga independientemente de su origen. Cinismo refleja una actitud indiferente hacia el trabajo, más que hacia otras personas. Finalmente la falta de eficiencia profesional reúne aspectos sociales y no sociales de los logros ocupacionales.
1996	Glass & McKnight	El burnout y la sintomatología depresiva no son solamente dos términos para el mismo estado disfórico. De hecho, comparten la misma varianza apreciativa, especialmente cuando el componente de agotamiento emocional se involucra, pero los resultados no indican un completo isomorfismo. Por ende, concluimos que el burnout y la sintomatología no son conceptos redundantes.
2001	Brenninkmeyer	El burnout resultará en depresión, especialmente cuando este está acompañado por sentimientos de inferioridad.
2004	Schaufeli & Buunk	El burnout es, más de la depresión, un fenómeno multidimensional, pero es al mismo tiempo, a diferencia de la depresión, está limitado al ambiente laboral.

Tomado de: Schaufeli, W.B. & Buunk, B.P. (2004). "Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing"

3.1.1.3 Poblaciones propensas al burnout

En sus inicios, los documentos que trataban acerca del síndrome de burnout, parecían indicar que el individuo era el causante del burnout, tal como lo indica un documento elaborado por Schaufeli, Leiter y Maslach (Schaufeli et al., 2008):

“Inicialmente se veía al burnout como una amenaza específica hacia los jóvenes, inocentes e idealistas profesionales del servicio, quienes se tornaban agotados, cínicos y desanimados a lo largo de su experiencia en un sistema frío y burocrático”

Conforme su estudio se ha ampliado a todas las regiones del planeta y se ha profundizado en las investigaciones al respecto, se ha encontrado que este síndrome afecta, no solo a profesionales del cuidado y la salud, hoy por hoy se afirma que “el burnout no se restringe a los servicios humanos, también puede ocurrir en ambientes ocupacionales tales como cargos gerenciales, así como en relaciones amorosas, matrimonios, inclusive en activismo político” (Pines 1993, citado por Schaufeli y Buunk, 2004).

Mas allá de las profesiones a las que afecta, resultan alarmantes las cifras referentes a la cantidad de personas a quienes afecta, la cuales han “alcanzado proporciones epidémicas” (Maslach y Leiter, 1997). En el año de 1998, la Organización Mundial de la Salud, publicó un estudio en el cual cita que “mas de 1500 millones de personas sufren de desórdenes mentales, neurológicos y psicológicos” (OMS, 1998), entre estos principales desórdenes se cuenta al síndrome de burnout. Algunos documentos sugieren que la prevalencia del burnout se encuentra entre el 10% y el 50% de trabajadores, entre los 30 y los 50 años de edad (en las profesiones que mantienen contacto directo con las personas) (INHT, 2005).

En cuanto a las cifras de profesionales afectados por el burnout, estas discrepan entre distintos estudios, pero se puede evidenciar que las profesiones relacionadas con la salud y el cuidado de personas han sido el objeto de la mayor parte de estos. En una publicación de la International Journal of Clinical and Health Psychology (Ríos, 2004), el cual resume algunos de los principales estudios referentes al burnout realizados en España, es evidente lo anterior, especialmente entre profesionales de enfermería.

Tabla 3. Poblaciones objeto de estudio del burnout en investigaciones realizadas en España

Profesión	Investigadores (año)
Administrativos y Auxiliares administrativos	Lozano y Montalbán (1999)
Auxiliares de clínica	Caballero, Bermejo, Nieto y Caballero (2001); Carmona Sanz y Marín (2000); Montalbán, Durán y Bravo (2000); Muñoz, López, Fernández, Medina Pérez y Torrente (2001b)
Cirujanos dentistas	Díaz, Lartingue y Acosta (2001)
Cuidadores de pacientes geriátricos	Bujalance et al. (2001); Meneses (2000)
Deportistas	Garcés (1995); Garcés, García y Martínez (1995)
Docentes	Aluja (1997); García (1995); Gil Monte y Peiró (1999, 2000); Guerrero y Vicente (2001); Matud, De Abona y Matud (2002); Quevedo et al.(1997); Yela (1996)
Médicos de atención especializada	Atance (1997); Caballero et al.(2001); Caranna (1998); López (1996); Tello, Tolmos, Vállez y Vázquez (2002)
Médicos de atención primaria y especial	Atance (1997); Cebriá et al.(2001); García (1995); Olmedo et al.(2001)
Monitores de educación especial	Gil-Monte y Peiró (2000)
Profesionales de enfermería	Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); Atance (1997); Bujalance et al.(2001); Caballero et al.(2001); Cano, García, García López y Parera (1996); Caranna (1989); Carmona et al.(2000); De la Fuente, García Ortega y De la Fuente (1994);

	<p>Escribá, Más, Cárdenas, Burguete y Fernández (2000); Fornés (1998); García (1990); García, Sobrido, García, Rafia y Soleta (1999); Garza et al.(1999); Gil-Monte (2001); Gómez, León, Duran, López, Carrasco y Moreno (1991); Gil y Peiró (1998); López (1996); Manzano (1997); Manzano y Ramos (2000); Muñoz, Gómez, García, Bono y Pérez (2001a); Muñoz et al.(2001b); Olmedo (1996); Olmedo et al.(2001)</p>
Profesionales de salud mental	<p>Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); García, Sáez y Llor (2000); Olmedo et al.(2001); Olmedo, García y Morante (1998); Torrado, Fernández-Ríos y Martínez (1996)</p>
Psicólogos	<p>Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); García (1995)</p>
Trabajadores centros ocupacionales	<p>Gil-Monte y Peiró (1996)</p>
Trabajadores sociales	<p>Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991); García (1995)</p>
Vigilantes de instituciones penitenciarias	<p>Buendía y Riquelme (1995)</p>
Voluntarios	<p>Chacón y Vecina (1996); Chacón et al.(1999); Gil-Monte y Peiró (2000)</p>

Tomado de: Ortega Ruiz y López Ríos (2003) El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios.

La tabla 4, presenta un cuadro elaborado por Casas Hilari (2002, citado por Barraza et al.2007) el cual contiene un resumen de algunas investigaciones realizadas a distintas profesiones y la incidencia del síndrome de burnout, encontradas en las mismas. Al igual que las cifras presentadas en la tabla 3, se puede apreciar que profesiones relacionadas con el cuidado y la salud, son aquellas que presentan los mayores índices de incidencia de burnout.

Tabla 4. Incidencia de burnout en Profesiones

Profesión	Incidencia (%)	Investigación (año)
Profesores	25%	Kyriacou (1980)
Diversas profesiones	45%	Pines, Aronson y Kafry (1981)
Enfermeras	20- 35%	Maslach y Jackson (1982)
Médicos	30- 40%	Henderson (1984)
Bibliotecarios	12- 40%	Smith, Birch y Marchant (1984)
Policías, personal sanitario	20%	Rosse, Johnson y Crown (1991)
Enfermeras	17%	García Izquierdo (1991a)
Estudiantes de enfermería	39%	Jorgesen (1992)
Policías y personal sanitario	20%	Price y Spence (1994)
Médicos	50 %	Deckard, Meterko y Field (1994)

Tomado de: Barraza et al.(2007) Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango

Como se puede apreciar en las tablas anteriores, el síndrome de burnout es un mal que aqueja a cada vez más diversas profesiones, no solo a aquellas relacionadas con el cuidado y la salud. Puede haber muchos motivos para que esto se presente, como se revisará con mayor detalle, adelante, pero se evidencia que es un tema que sigue captando la atención de la comunidad científica e investigativa.

3.1.1.4 Fases y desarrollo del síndrome de burnout

A continuación se presentan algunos de las teorías que describen al síndrome de burnout como un desarrollo en fases o etapas. Como se puede apreciar, los autores citados a continuación plantean que el burnout se presenta de manera gradual en los individuos.

Tabla 5. Fases del burnout

Modelo (año)	Fases
Edelwich y Brodsky (1980) ¹	Definen al síndrome como un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases 1. Entusiasmo: Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

	<p>2. Estancamiento: No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitiva de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.</p> <p>3. Frustración: Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.</p> <p>4. Apatía: En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (enfrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un enfrentamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.</p>
Price y Murphy (1984) ²	<p>Describen al burnout como un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, que se da en seis fases sintomáticas</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Desorientación 2. Labilidad emocional 3. Culpa debido al fracaso profesional 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase 5. Solicitud de ayuda 6. Equilibrio.
Maslach (1997) ³	<p>Cuando una persona se "quema", en realidad suceden tres cosas:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Agotamiento emocional: Cuando las personas se sienten agotadas, se sienten exprimidas, tanto física como emocionalmente. Se sienten consumidas e incapaces de salir de esa espiral o recuperarse. 2. Despersonalización: Cuando las personas se sienten cínicas, toman una actitud fría, distante hacia su trabajo y las personas en su trabajo. Minimizan su involucramiento en el trabajo y hasta renuncian a sus ideales. De alguna manera el cinismo intenta proteger a uno mismo del agotamiento y la decepción. 3. Inoperancia: Cuando las personas se sienten inoperantes, experimentan un sentimiento creciente de insuficiencia. Pierden la confianza en su habilidad de marcar una diferencia y mientras pierden la confianza en si mismos, otros pierden la confianza en ellos.
Gil-Monte (1999) ⁴	<p>Este proceso se asemeja a un duelo, pues conlleva a nivel personal la pérdida de la ilusión, a nivel interpersonal la pérdida de los beneficios, y a nivel social la pérdida de un trabajador competente</p>

para el sistema.

1. Aparece un deterioro cognitivo, consistente en la pérdida de la ilusión por el trabajo, el desencanto profesional o la baja realización personal en el trabajo, y un deterioro afectivo caracterizado por agotamiento emocional y físico, así como por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización en forma de comportamientos indiferentes, fríos, distantes y lesivos.

2. En la segunda fase, los síntomas anteriores se acompañan de sentimiento de culpa. Constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del síndrome de burnout

1, 2. Tomado de: Caballero, C. Hederich, C. Palacio, J. (2010) El Burnout Académico. Revista Latinoamericana de Psicología

3. Tomado de: Maslach, Leiter (1997) La verdad acerca el burnout.

4. Tomado de: Quiceno, J. Vinaccia, S (2007) Burnout: El síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)

Si bien cada uno de los anteriores modelos plantean fases claramente identificables, estas difieren entre cada autor. También se debe tomar en cuenta que algunos autores alegan que estos enfoques son netamente organizacionales y que no se adaptan a otros entornos en los cuales también se puede presentar el síndrome (Caballero et al. 2010).

3.1.1.5 Características, causas y consecuencias del burnout

Con el paso de los años, la teoría del síndrome de burnout ha ido evolucionando. Conforme las investigaciones relacionadas al tema han tomado un carácter más técnico y se le ha dado una aproximación más científica, la literatura relacionada al tema se ha ido perfeccionando, pasando de una “descriptiva”, hacia una más “empírica” (Schaufeli y Buunk, 2004). Del mismo modo, con el paso del tiempo y gracias al desarrollo de nuevas herramientas para poder medir y cuantificar la incidencia del síndrome, se ha podido ampliar las investigaciones a nuevos campos y nuevas geografías, tanto así que se lo ha catalogado como “una pandemia global” (Golembiewski 1996, citado en Schaufeli 2004). De la mano con estos avances, se han ido descubriendo y desarrollando nuevas teorías acerca de sus causas y orígenes.

En sus inicios, se atribuía las causas del burnout al individuo, hoy la literatura al respecto tiende a orientarse hacia la organización y el entorno que rodean a la persona, como

causantes del burnout, tal como lo afirma Christina Maslach, una de las autoridades mundiales en el tema:

“Como resultado de estudios exhaustivos, se cree que el burnout no es un problema de las personas en sí, sino un problema del entorno social en el cual las personas trabajan. La estructura y el funcionamiento de los ambientes laborales, definen la manera como las personas interactúan unas con otras y como llevan adelante sus trabajos. Cuando el entorno laboral no reconoce el lado humano del trabajo, entonces el riesgo de burnout se incrementa, acarreando un alto precio consigo.” (Maslach, C. 1997, *The Truth About Burnout*).

Los avances en cuanto a la investigación del tema han llevado a evidenciar que contrario a lo que se afirmaba al principio, cuando se pensaba que el síndrome de burnout solamente afectaba a los profesionales de cuidados y la salud, hoy se sabe que el burnout afecta es un mal que aqueja a variadas profesiones, que no necesariamente están ligadas a la salud o a los servicios humanos, así como cargos gerenciales, empresarios, obreros, cargos medios y otros (Schaufeli, Maslach & Leiter, 2009).

Resulta interesante bastante interesante revisar la aproximación que plantean Schaufeli, Leiter y Maslach (2008), quienes plantean que la raíz del burnout debe analizarse desde un contexto social y cultural, que aunque esto sea plantado de una manera especulativa suena bastante lógica. Se sugiere que los grandes cambios sociales, económicos y culturales que comenzaron en la década de los 60's tienen mucha relación con las raíces del burnout.

Por un lado estuvo el Presidente John F. Kennedy encendió una visión de servicio en los Norte Americanos, cuando los retó a “preguntarse qué pueden ustedes hacer por su país, antes que preguntarse qué es lo que su país puede hacer por ustedes”. Posteriormente el Presidente Lyndon B. Johnson lanzó su “Guerra contra la pobreza”, la cual generó una gran afluencia de jóvenes idealistas y altamente motivados hacia las carreras de servicio humano. Estos jóvenes aprendieron a la fuerza, que había muchas trabas en el sistema, las cuales dificultaban esta lucha y anulaban sus esfuerzos y destrozaban sus sueños. Esta desilusión y el idealismo frustrado mellaban su identidad profesional, dando pie en el futuro a desarrollar el síndrome de burnout.

Por otro lado la burocratización de las organizaciones de los servicios humanos, las estructuras cada vez mas rígidas y normadas, que se dio a partir de los 50's y la gran

influencia estatal, que regulaba estos, tornó el “llamado” por servir que tenían varios jóvenes, en un cargo formal con funciones detalladas al interior de una organización. Finalmente la “revolución cultural” de los 60’s le restó autoridad profesional y prestigio a carreras como la medicina, enfermería, enseñanza y policía. Paralelamente a ello, usuarios empoderados que exigían y demandaban mejores servicios y calidad que antes, generaban una “falta de reciprocidad”, la cual se conoce que fomenta el burnout (Schaufeli 2006, citado en Schaufeli, Maslach y Lester, 2009).

Todo lo anterior, combinado con otros cambios socio-culturales, resultados de un “capitalismo flexible”, fueron erosionando instituciones sociales rígidas, homogéneas y predecibles, como la iglesia, la vecindad y la familia, degenerando en un fraccionamiento social. Esta nueva sociedad a la que ha conducido el desarrollo económico, brinda un apoyo cada vez menor, donde ha prosperado el individualismo, estas combinadas son “la receta perfecta para el burnout” (Farber 1983, citado por Schaufeli, et al 2009).

En este mismo documento, Schaufeli, Maslach y Leiter nos dicen que en sus inicios, se pensaba que el burnout aquejaba a jóvenes profesionales ingenuos, idealistas e inocentes. Hoy en día, el acceso a la información, el internet, la misma competencia a nivel profesional, no da lugar a individuos ingenuos, mas aún se presenta y con más frecuencia el burnout.

Desde una perspectiva mas ortodoxa, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1998), en su estudio acerca de las enfermedades mentales, menciona algunos de los factores de riesgo, o causas del burnout que se plantean en la literatura ortodoxa. Entre estas tenemos que el estrés en una forma u otra es un factor clave en el desarrollo del burnout, adicional a esto tenemos otras variables como el individuo, las características del trabajo y el ambiente organizacional.

Entre las características del individuo se menciona que la ansiedad neurótica, las metas y expectativas poco realistas y un auto estima baja son características en personas, asociadas con el síndrome. Por otro lado menciona también que las personalidades flexibles, son mas susceptibles de padecer el síndrome ya que les resulta difícil definir límites y decir que no a exigencias adicionales.

En cuanto a las características del trabajo, menciona que si bien este fenómeno no se ciñe estrictamente a los profesionales del cuidado, un factor que afecta a estos es la necesidad de un sentido de eficacia, que es una de las metas compartidas por los trabajadores de la

salud. Adicional a ello, la simple naturaleza de trabajar con enfermos crónicos, incurables o moribundos es particularmente conductiva hacia el burnout.

Los factores relacionados con el ambiente organizacional abarcan un amplio rango, entre los principales podemos mencionar la sobrecarga laboral, la indiferencia institucional por las necesidades de los clientes en favor de los intereses administrativos, financieros o burocráticos, un liderazgo inadecuado, carencia de un sentido de impacto o control de su situación laboral, tareas monótonas y una falta de interacción social.

El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España nos amplía las causas o factores de riesgo que desencadenan el burnout, de acuerdo a lo planteado por la literatura más difundida acerca del tema, en la siguiente tabla:

Tabla 6: Estresores susceptibles de desencadenar el Burnout

Área de riesgo	Estresores
Organización	<ul style="list-style-type: none"> - Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida - Falta de apoyo instrumental por parte de la organización - Exceso de burocracia, "burocracia profesionalizada" - Falta de participación de los trabajadores - Falta de coordinación entre las unidades - Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías - Falta de refuerzo o recompensa - Falta de desarrollo profesional - Relaciones conflictivas en la organización - Estilo de dirección inadecuado - Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH
Puesto de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente - Descompensación entre responsabilidad y autonomía - Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.) - Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol - Carga emocional excesiva - Falta de control de los resultados de la tarea - Falta de apoyo social - tareas inacabadas que no tienen fin - Poca autonomía decisional - Estresores económicos - Insatisfacción en el trabajo
Relaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Trato con usuarios difíciles o problemáticos

interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> - Relaciones conflictivas con clientes - Negativa dinámica de trabajo - Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios - Falta de apoyo social - Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias - Proceso de contagio social del SQT - Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales
------------------------	---

Tomado de: INSHT (2005).NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "Burnout"

Finalmente, resulta interesante mencionar una de las propuestas mas recientes, referente a las causas del burnout, cuando Maslach y Leiter, a finales de los 90's redefinieron el término de burnout como "una erosión de un estado mental positivo"(1997, citado en Schaufeli, Maslach & Leiter, 2009), al cual denominaron engagement o Compromiso laboral, entendido como el vigor, la dedicación y la administración de las tareas.

Al darle un enfoque positivo al burnout, la concepción de este, las causas y su prevención cambian radicalmente, pues Maslach y Leiter sostienen que el burnout se origina cuando "la energía se torna en agotamiento, el compromiso en cinismo y la eficacia se torna en ineficiencia". Acordemente, esta nueva perspectiva sitúa al burnout y al compromiso laboral en una misma escala, donde ambos corresponden a los polos opuestos. Entonces, la manera de prevenir el burnout sería fomentar el compromiso laboral o engagement, es decir, evitar la erosión de un estado mental positivo, inherente a las personas.

Porqué es tan importante el estudio de este fenómeno? Sencillamente porque cada vez es más común entre nosotros, este es un mal que afecta con más frecuencia a las personas. Aun cuando resulta difícil calcular con exactitud la magnitud del problema, se ha planteado que llega a afectar al 40% de los médicos, en grado suficiente para perjudicar su bienestar personal o su desempeño profesional (GOHNET 2001). A escala social, los costos son notables en términos de absentismo, disminución de la productividad y gastos en atención sanitaria. En términos económicos, solamente dentro de los Estados Unidos, las pérdidas de las instituciones a causa del estrés y de los problemas relacionados con el estrés se estiman en más de US\$150 mil millones anuales (Donatelle y Hakins, 1989, citado en GOHNET 2001). El burnout se manifiesta en los aspectos mentales, físicas y conductuales

Tabla 7. Sintomatología del burnout

Manifestación	Síntomas
Mentales	<ul style="list-style-type: none"> - Sentimientos de vacío - Agotamiento - Fracaso - Impotencia - Baja autoestima - Pobre realización personal Suelen presentarse también: <ul style="list-style-type: none"> - Nerviosismo - Inquietud - Dificultad de concentración - Olvidos - Tendencia depresiva - Comportamiento paranoide
Físicas	<ul style="list-style-type: none"> - Cefaleas - Insomnio - Algias osteo-musculares - Alteraciones gastrointestinales - Taquicardia, etc.
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Predominio de conductas adictivas y evitativas - Consumo de estimulantes (café, tabaco, alcohol, fármacos y drogas ilegales) - Absentismo laboral - Bajo rendimiento personal - Distanciamiento afectivo de enfermos y compañeros - Conflictos interpersonales

Tomado de: Mingote, J.C. & Pérez, F (1999) El estrés médico: Manual de autoayuda

El síndrome del burnout es un problema que se vuelve cada vez más notorio a nivel global, hoy por hoy, como se puede apreciar en la información anterior, ya no solo afecta la calidad de vida de las personas, afecta de manera económica sustancial a estas y a las empresas. Más allá de las consecuencias obvias que generan el estrés y el burnout, Maslach asegura que “el burnout puede tener un impacto mortal, más allá de la erosión del alma humana. Puede ir en detrimento de la salud, la habilidad para enfrentarse a la vida y también afectar el estilo de vida” (1997, The Truth About Burnout). Gracias a los avances en el campo, se van descubriendo nuevas variables vinculadas con el detonamiento y desarrollo del burnout,

así como formas de prevenirlo, que quizás sea la mejor forma de atacar al mal, como se verá a continuación.

3.1.1.6 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Maslach y Leiter afirman que la respuesta efectiva al burnout involucra la prevención, más que solamente un tratamiento adecuado; el proceso de intervención es por lo tanto más crítico que cualquier solución en particular, por ende es necesario un modelo de ayuda organizacional que incluya la promoción de los valores humanos en el entorno laboral, más que solamente los valores económicos (1997, The Truth About Burnout).

Una de las teorías de prevención y tratamiento más difundidas, de acuerdo a lo que se ha evidenciado en la investigación realizada para este documento es la que proponen Gil-Monte y Peiró (1997, citado en Gil-Monte 2003), quienes agrupan las “estrategias de intervención” para prevenir y tratar el síndrome en tres categorías, estas se detallan en el cuadro expuesto a continuación.

Tabla 8. Estrategias de intervención para prevenir y tratar el burnout

Estrategia	Descripción
Individuales	Es necesario modificar las actitudes y aptitudes propias del trabajador. Conviene delinear objetivos más realistas con el trabajador. Se recomienda a la persona: <ul style="list-style-type: none"> - entrenamiento en solución de problemas - entrenamiento en asertividad - aprender a manejar eficazmente su tiempo - realizar actividades extra laborales para distensión
Grupales	Emplear el apoyo social en el trabajo: <ul style="list-style-type: none"> - por parte de compañeros - por parte de supervisores A través del apoyo social este se obtiene: <ul style="list-style-type: none"> - nueva información, - nuevas habilidades o mejoran las actuales - refuerzo social - retroalimentación sobre elaboración de tareas - se consigue apoyo emocional, consejos, etc.
Organizacionales	Al considerarse a la organización el origen del burnout, la dirección debe considerar programas de prevención dirigidos a:

- mejorar el ambiente de trabajo y clima laboral
- implantar sistemas de evaluación y retroinformación
- minimizar y facilitar la burocracia
- acortar distancias entre los niveles organizacionales
- empoderar y dar independencia a los trabajadores
- apoyar la formación y capacitación de trabajadores

Tomado de: Gil-Monte (2003) El síndrome de quemarse por el trabajo en profesionales de enfermería y Alonso (2008) Prevención y detección del síndrome de burnout en los profesionales sanitarios

Schaufeli y Buunk (2003) concluyen que resulta difícil evaluar la efectividad de los talleres y terapias para tratar el burnout, sin embargo, se ha logrado evidenciar que estos ayudan a reducir uno de los principales síntomas del síndrome: el agotamiento, mediante la reestructuración cognitiva y métodos de relajación. Por otro lado, la realización personal y particularmente la despersonalización resultan resistentes al cambio. Entonces se podría concluir que la prevención parecería tener mucho mas impacto que el tratamiento, tal como lo afirman Maslach y Leiter en uno de sus recientes publicaciones (2008, Early Predictors of Job Burnout and Engagement).

Maslach y Leiter afirman que los factores del ambiente laboral juegan un papel de mayor importancia en generar el burnout que las variables individuales. Pero quién detona el desarrollo del síndrome? Es la persona o es el trabajo? Esta es una pregunta que se encuentra en mucha de la literatura relacionada con el tema, según estos autores, la una no excluye a la otra, es un poco de las dos.

En varias investigaciones, realizadas en diversas ocupaciones se han logrado determinar seis factores de riesgo organizacional, o áreas en las cuales un desajuste o desencaje pueden generar el burnout.

Estas seis variables con las siguientes:

- 1. Carga o exigencia laboral:** Se refiere a la cantidad de trabajo que debe realizar la persona y si es que tiene o no los recursos, o el tiempo para hacerlo.
- 2. Control:** Que tanta autoridad o habilidad para tomar decisiones tiene el individuo.
- 3. Retroalimentación:** Son las recompensas y reconocimientos

4. Comunidad: Las relaciones con las personas en el lugar de trabajo, colegas, jefes, etc. La carencia de apoyo social, de confianza, generan quebrantamientos en el individuo.

5. Equidad: Están siendo los individuos tratados de manera equitativa, como seres humanos? Quién obtiene el ascenso? Quién obtiene la oficina con la mejor vista?. La inequidad genera cinismo.

6. Valores: Son los valores principales que le dan sentido a la vida y al trabajo. Hay individuos que no les importan los medios con tal de conseguir un fin, hay otros que no lo pueden manejar.

En una de sus más recientes investigaciones, Maslach y Leiter (2008) realizaron encuestas de medición de burnout a 466 empleados al interior de una organización, evaluando las seis áreas clave, con un intervalo de un año, con el fin de evaluar cambios en el compromiso laboral a manera de indicadores tempranos de burnout. La pregunta es, se puede prevenir el burnout? La respuesta es que si.

Para poder hacerlo hay que evaluar los índices de Agotamiento y de Cinismo, cotejándolos con las seis áreas clave. El estudio demostró que cuando un individuo presenta altos puntajes en agotamiento o cinismo, pero no presenta desajustes en las 6 áreas clave, al cabo de un año se recuperaba. Sin embargo, aquellos individuos que presentaban altos puntajes en agotamiento o cinismo y adicionalmente registraban algún desajuste en cualquiera de las seis áreas clave, al cabo de un año desarrollaban un burnout completo, entonces esto sirve como un indicador para evaluar aquellas áreas y tomar medidas preventivas a tiempo.

Al igual que la salud corporal, se debe evaluar la salud organizacional con una base regular. Estas evaluaciones son medidas fáciles y simples de implantar, que realmente valen la pena al final del día (Maslach y Leiter, 2008). Resulta fácil y evidente hasta cierto punto, darse cuenta que es mas barato y efectivo prevenir el desarrollo del burnout, que afrontarlo. Una simple comparación de los costes hipotéticos de lidiar con trabajadores “quemados”, tomando en cuenta el ausentismo, la baja de productividad, la alta rotación y los síntomas físicos y psicológicos que aquejan a los individuos, resultantes del burnout, versus los costes de la implantación de una política de evaluaciones constantes al personal, tal como lo indican Maslach y Leiter.

Sacrificar un día de trabajo al año, para evaluar al personal, los costes de actividades de integración, resultan mucho menores que los que reflejarían la presencia del síndrome al interior de la organización, a juzgar por las cifras que se han expuesto a lo largo de este trabajo. Adicional a todo lo anterior, se deben tomar en cuenta los posibles beneficios que representarían actividades de prevención, tales como un potencial aumento en el compromiso laboral, mayor cohesión de los equipos de trabajo, incrementos en el sentido de pertenencia hacia la organización y tantos mas.

3.2 CAPÍTULO 2: Conceptualización de las variables de la investigación

3.2.1 El burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales.

En cuanto a la relación que tienen las variables sociodemográficas con la incidencia del síndrome del burnout, los estudios son diversos y contradictorios (2009, Grau et al.). Las investigaciones a nivel hispanoamericano, también han obtenido resultados contradictorios que impiden aclarar la dirección de la influencia de estas variables (2003, Albar et al.)

3.2.1.1 Variables de riesgo y protectoras

La literatura tradicional le atribuye una fuerte influencia a las variables laborales y organizacionales, uno de los más explícitos es el documento elaborado por Maslach y Leiter (2008). Se han identificado una serie de variables como antecedentes del síndrome de burnout, que son importantes de considerar, como las del entorno social, nivel organizacional, interpersonal e individual, estas se resumen a continuación:

3.2.1.2 Motivación y satisfacción laboral

El clima laboral, el comportamiento de los supervisores y la buena relación dentro del grupo tienen una influencia directa en la satisfacción de los empleados. Entre las actividades que se deben poner en práctica para conseguir la satisfacción y motivación del personal, se pueden considerar las siguientes: Reducir las exigencias a los trabajadores, hacer que adopten metas más realistas y gratificantes, brindar oportunidades de capacitación constantes, estrategias de administración de tiempos, orientar con manuales que describan la tarea y riesgos en la misma, evaluaciones frecuentes, orientación adecuada a los

miembros con altos niveles de estrés, motivar la creación de grupos de apoyo, trabajo en equipo.

3.2.1.3 Investigaciones realizadas

Quizás uno de los estudios mas extensos que se ha realizado en cuanto al burnout en los países hispanoamericanos es aquel llevado a cabo en el año 2007 por Grau et al.(2007), en el cual se estudiaron a 11.530 profesionales de la salud de habla hispana y su asociación con las características sociodemográficas y profesionales.

3.2.1.3.1 Burnout y las variables sociodemográficas. Caso de estudio #1

La siguiente investigación “Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español”, fue realizada en el año 2007 (diciembre del 2006 hasta septiembre del 2007), por los investigadores Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer y María Prats. Las encuestas se aplicaron a una población de 11.530 profesionales (51% varones, mujeres el 49%, edad media de 41,7 años) en varios países, estos incluían: Argentina, México, Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España, El Salvador, Venezuela, Bolivia, Panamá, Chile, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y otros. Los instrumentos empleados fueron el Maslach Burnout Inventory y un cuestionario de elaboración propia vía online desde el portal sanitario Intramed.

Tabla 9. Porcentaje de burnout según características sociodemográficas y profesión.

Característica	Cantidad	Porcentaje	Burnout (%)
Sexo			
Hombre	5.882	51.0	9.9
Mujer	5.648	49.0	12.9
Estado Civil			
Casado o pareja	7.628	66.2	10.4
Soltero	2.44	21.2	14.6
Separado	1.151	10.0	11.3
Viudo	311	2.7	10.6
País de Residencia			
Argentina	7.503	65.1	14.4
México	1.125	9.8	4.2

Ecuador	593	5.1	4.0
Perú	494	4.3	4.3
Colombia	337	2.9	5.9
Uruguay	305	2.6	7.9
Guatemala	199	1.7	4.5
España	175	1.5	14.9
El Salvador	121	1.0	2.5
Otros Países (a)	678	5.9	9.0
Profesión			
Medicina	9.849	85.4	12.1
– General	1.998	20.3	11.5
– Pediatría	1.686	17.1	11.7
– Interna	1.447	14.7	15.5
– Toco-ginecología	671	6.8	10.9
– Cirugía	634	6.4	12.0
– Cardiología	482	4.9	12.6
– Psiquiatría	345	3.5	7.5
– Familia	258	2.6	12.0
– Gastroenterología	228	2.3	12.3
– Emergencias	221	2.2	17.0
– Ortopedia	193	2.0	14.5
– Anestesiología	179	1.8	5.0
– Oftalmología	155	1.6	10.3
– Dermatología	152	1.5	5.3
– Infectología	147	1.5	14.3
– Neurología	123	1.2	8.9
– Nefrología	117	1.2	12.8
– Otras	813	8.4	n/d
Enfermería	461	4.0	7.2
Odontología	264	2.3	4.5
Psicología	232	2.0	5.6
Nutrición	152	1.3	5.3
Otras Profesiones(b)	572	5.0	10.3

Tomado de: Grau et al. (2007) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español

a: Otros países incluyen Venezuela, Bolivia, Panamá, Chile, Honduras, Nicaragua, Costa Rica y otros

b: Otras profesiones incluye bioquímicos, técnicos, farmacéuticos, kinesiólogos y fonoaudiólogos, con menos de 100 participantes

Como conclusión final, los autores del estudio sugieren que en los países más desarrollados (España y Argentina) de acuerdo a un PIB más alto, los niveles de incidencia del burnout son mayores (14.4% y 14.9% respectivamente), posiblemente "debido a la situación social y económica que rodea al profesional sanitario". Condiciones laborales y personales más

"duras" pueden ser percibidas como menos estresantes en los países con unos niveles de bienestar inferiores. Por otro lado, los miembros de sociedades con menor bienestar protección social suelen tener menos expectativas y ser menos demandantes.

En cuanto a la profesión de los sujetos estudiados, los resultados coinciden con otros estudios, donde los médicos presentan el mayor nivel de burnout. Los resultados del estudio muestran que emergencias, medicina interna, infectología y ortopedia son las especialidades con más síndrome de burnout.

En lo referente a las principales variables sociodemográficas, como sexo, edad y estado civil se puede considerar que esta investigación aporta nuevas evidencias al menos dentro del ámbito cultural de habla hispana por su tamaño de muestra y su carácter transnacional y trans-profesional. Las mujeres han presentado valores superiores en la dimensión de agotamiento emocional e inferiores en realización personal, con un porcentaje global de burnout mayor que el de los hombres. Este hecho puede ser relacionado con su situación en los países de habla hispana, donde existen mayores exigencias domésticas y un menor reconocimiento laboral y social.

La asociación del burnout con la enfermedad (baja laboral y enfermedad crónica) y con las peores condiciones de trabajo (hacer guardias) mostraron correlación significativa. Se confirma la importancia de la edad, el estudio muestra que a mayor edad, más años de ejercicio profesional o más años en el puesto de trabajo actual, menor probabilidad de burnout. La satisfacción profesional, el perfil optimista y positivo, del sentirse recompensado y sobre todo de la percepción de estar valorado, así como tener un hijo han actuado como factores que se oponen a la adquisición del síndrome de burnout.

3.2.1.3.2 Burnout y las variables sociodemográficas. Caso de estudio #2

La siguiente investigación, "Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital", fue realizada en el año 2003 por María Jesús Albar Marín, Manuel Enrique Romero Hernández, María Dolores González Moreno, Elena Carbayo Pérez. Las encuestas se aplicaron a una población de 254 profesionales de la salud, enfermeros/as y auxiliares de enfermería en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (España). Los instrumentos empleados fueron el Multidimensional Support Scale

(Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M, 1992) y el Maslach Burnout Inventory (Maslach C, Jackson SE, 1986)

Esta investigación presenta una relación negativa de la edad con agotamiento emocional, es decir, a mayor edad, menor agotamiento emocional. Así mismo, mayor experiencia profesional presenta menor AE. La relación negativa encontrada en el número de hijos con el AE concuerda con lo referido por otros autores, que argumentan que las personas que tienen hijos son más estables, realistas y maduras y tienen mayores probabilidades de afrontar conflictos emocionales.

No se ha incluido el estado civil en el análisis ya que, según los autores, esta no es una variable que incida significativamente en las dimensiones del burnout. Respecto al sexo, se evidencian resultados similares a los de la mayoría de los estudios, que no han encontrado relaciones significativas con las dimensiones del burnout.

Como conclusión, los autores de la investigación sugieren tomar cuidado de los individuos en sus primeros años de vida profesional, que es cuando son más vulnerables al síndrome. Se sugiere implementar programas de socialización anticipatoria en el trabajo. También revisar los horarios de los turnos, para que la población femenina, en especial pueda mantener la cohesión de su grupo familiar. Finalmente se sugiere promover relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo.

3.2.1.3.3 Burnout y las variables sociodemográficas. Caso de estudio #3

La siguiente investigación, "Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México ", fue realizada en el año 2009 por Carolina Aranda Beltrán, Bibiana Zarate Montero, Manuel Pando Moreno, José Ernesto Sahún Flores. Se aplicaron las encuestas a 119 médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías de Guadalajara (México). Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de datos generales y laborales y Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS) para medir el Síndrome de Burnout.

La población de estudio la conformaron 119 médicos especialistas, 74,8% con el grado de especialidad y 5% con algún grado de maestría o doctorado, de los cuales 77 (64,7%) eran

hombres, el resto mujeres. En cuanto a la edad, la mínima encontrada fue de 20 años y la máxima de 60, con un promedio de edad de 34 años. El grupo de edad más representativo fue el de 30 a 39 años de edad con un 40,3% (48 médicos), seguido por el de 20 a 29 años correspondiéndole un 38,7% (46 sujetos).

Un poco más de la mitad, es decir, el 52,1% (62 médicos) son casados y 42,2% son solteros, el resto estaban divorciados o viudos. En relación a la antigüedad laboral, el 63% (75) tenían entre uno a cinco años de antigüedad, seguidos por el de menos de un año de labor 14,3% (17 médicos) y por el de 21 a 25 años con un 11% (13 sujetos), con un promedio general de 6 años de labor. La mayoría de los médicos laboran en el turno mixto 69 personas (60%), continuando los del vespertino (25 médicos) correspondiéndole un 21%.

La prevalencia de Burnout entre los médicos fue del 51,3%, es decir, que un poco más de la mitad de los médicos especialistas tenía al menos una de las tres dimensiones quemadas. De acuerdo a los resultados de este estudio, los hombres presentan mayor presencia del síndrome de Burnout que las mujeres.

Se encontraron como únicas variables de riesgo hacia el desarrollo del síndrome, en específico hacia la dimensión agotamiento emocional y despersonalización las siguientes asociaciones: tener menor edad que la del promedio (34 años) con agotamiento emocional, menos tiempo laborando (promedio 6 años de antigüedad). Esto posiblemente se deba a la inexperiencia laboral y una falta de capacidad para afrontar situaciones difíciles. Por otro lado, trabajar en un turno mixto y no en uno estable, se asoció con la dimensión de despersonalización. Referente al estado civil, este estudio muestra que los médicos casados reportaron porcentajes mayores de burnout.

En la actualidad, la diversidad de estudios publicados continúa mostrando ambivalencia en sus resultados con respecto a las variables sociodemográficas (por ejemplo, la edad, sexo, estado civil, etc.). Esto simplemente demuestra que en cuanto al estudio del burnout, en especial de sus causas, aún hay mucho camino por recorrer.

3.2.2 El burnout y la relación con la salud

3.2.2.1 Definiciones de salud

Desde la época de los antiguos Griegos, se ha tratado de definir la salud. Obviamente la definición de esta ha ido evolucionando con el tiempo, se puede decir también que resulta un tanto difícil definirla, ya que puede ser algo muy relativo y también subjetivo, que depende de la cultura de cada país o región. Una de las definiciones mas simples es la expuesta por la Real Academia de la Lengua Española, “Salud: Estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones.” (www.rae.es)

Resulta interesante mencionar una de los primeros intentos por estandarizar esta definición, con un carácter universal. La siguiente cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud de 1948 (citado en OMS 2004): “es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”. Posteriormente, tras varias críticas de ser demasiado utópica, la O.M.S. redefine la salud como “La salud es un estado de bienestar físico, mental y social, con capacidad de funcionamiento, y no sólo la ausencia de afecciones o enfermedades”(citado en OMS 2004). Esta definición incluye la salud mental como pilar fundamental de su razón de ser.

“La salud se mide por el impacto que una persona puede recibir sin comprometer su sistema de vida.” Así, el sistema de vida se convierte en criterio de salud. “Una persona sana es aquella que puede vivir sus sueños no confesados plenamente” (Feldenkrais, 2010)

“La salud es principalmente una medida de la capacidad de cada persona de hacer o de convertirse en lo que quiere ser” (René Dubos)

“La salud es el equilibrio dinámico de los factores de riesgo entre el medio y dentro de ciertos parámetros” (John De Saint)

Adicional a la salud como tal, se debe tomar en cuenta la salud mental, que según la última definición planteada por la O.M.S. es “la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad. Ni la salud física ni mental puede existir solas.” (OMS 2001, citado en OMS 2004).

Es un hecho que un término tan amplio como la salud puede tener una interpretación propia en cada cultura o región, pero tal como lo indica la OMS, que es el ente mundial de mayor trascendencia en el campo, la definición que han propuesto resulta quizás la más completa y trata de abarcar un aspecto integral de la salud del “ser”.

3.2.2.2 Síntomas somáticos:

Se clasifican en:

Emocional: Depresión, indefensión, desesperanza, irritación, apatía, desilusión, pesimismo, hostilidad, falta de tolerancia, acusaciones a los clientes, supresión de sentimientos.

Cognitivos: Pérdida de significado, desaparición expectativas, modificación auto concepto, desorientación cognitiva, pérdida de creatividad, distracción, cinismo, criticismo generalizado.

Conductuales: Evitación de responsabilidad, absentismo, conductas inadaptativas, sobre implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Sociales: Evitación de contactos, conflictos interpersonales, mal humor familiar, aislamiento, formación de grupos críticos, evitación profesional.

3.2.2.3 Ansiedad e insomnio

“La ansiedad e insomnio son los trastornos más frecuentes en el mundo actual y en nuestra sociedad y puede venir por causas internas o externas”

Según algunos autores la ansiedad se produce cuando el sujeto no posee los recursos para afrontar ciertas situaciones no claras que le causan un estado emocional desagradable. La ansiedad puede ser tan intensa que puede interferir en la vida de la persona conduciéndole a la depresión.

Freud dijo “la vida no es fácil”, él hablo de 3 tipos de ansiedad: Ansiedad de realidad (miedo). Ansiedad moral (lo que sentimos cuando el peligro no proviene del mundo externo, sino del mundo social interiorizado). Ansiedad neurótica (miedo a sentirse abrumado por los impulsos, ansiedad nerviosa).

El sueño es necesario para el adecuado desenvolvimiento del ser humano, tanto para el funcionamiento físico como psíquico, y cuando existen problemas psicológicos como la ansiedad o estrés, preocupaciones excesivas, pueden influir en la calidad del sueño, generando el insomnio. El insomnio puede ser transitorio, intermitente y crónico.

3.2.2.4 Disfunción en la vida diaria

Según toda la literatura revisada para este documento, es evidente y prácticamente un hecho, que el burnout causa alteraciones funcionales en casi todos los sistemas del organismo y también puede desencadenar problemas mentales. Al tratar de hacerle frente al agotamiento y al estrés, algunas personas recurren al uso de alcohol y otras drogas. La disfunción social persistente crea síntomas como; angustia, ansiedad, tristeza, pérdida de autoestima y somatización. La disfunción social del sujeto en la actividad diaria, permite medir la gravedad de los síntomas y la necesidad de intervenciones individuales y organizacionales.

3.2.2.5 Tipos de depresión

Antes de describir los tipos de depresión, resulta interesante definir esta. La American Psychiatric Association, en su revisión de la categorización de enfermedades mentales DSM-V, propone la siguiente definición:

“La respuesta normal y esperada ante un evento que involucra una pérdida significativa (por ejemplo, el duelo, la ruina económica, desastres naturales), incluyendo sentimientos intensos de tristeza, rumia sobre la pérdida, insomnio, falta de apetito y pérdida de peso, pueden parecerse a un episodio depresivo. La presencia de síntomas como sentimientos de inutilidad, ideas suicidas (como el de querer unirse a un ser querido fallecido), retardo psicomotor y un deterioro de la función general sugieren la presencia de un episodio depresivo mayor, además de la respuesta normal a una pérdida significativa.”(Tomado de American Psychiatric Association)

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud define la depresión como “un desorden mental común que presenta un estado de ánimo deprimido, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o baja auto estima, desórdenes del sueño o apetito, baja energía y deficiencia en la concentración. Estos problemas pueden volverse crónicos o recurrentes y llevar a problemas sustanciales en la habilidad de un individuo para tomar cuidado de sus responsabilidades diarias.”(OMS, 1998)

A continuación se presenta un cuadro de los distintos tipos de depresión, de acuerdo al Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV).

Tabla 10. Tipos de depresión

Trastorno	Descripción
Depresivo Mayor	Presencia de cinco (o más) síntomas (estado de ánimo depresivo, disminución del interés, cambios en el peso, insomnio, etc.) durante un período de 2 semanas, que representan un cambio respecto a la actividad previa; uno de los síntomas debe ser: 1 estado de ánimo depresivo o 2 pérdida de interés o de la capacidad para el placer.
Distimia	Estado de ánimo crónicamente depresivo la mayor parte del día de la mayoría de los días, manifestado por el sujeto u observado por los demás, durante al menos 2 años. Nota: En los niños y adolescentes el estado de ánimo puede ser irritable y la duración debe ser de al menos 1 año.
Bipolar	Llamado también enfermedad maniaco-depresiva. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. El trastorno bipolar se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión).
Otros	Pueden enumerarse: Depresión posparto, Trastorno disfórico premenstrual, Trastorno afectivo estacional.

Tomado de: www.psygnos.net (DSM IV: Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales)⁶

3.2.2.6 Investigaciones realizadas

Lo siguiente es tomado de “Prevención primaria de desórdenes mentales, neurológicos y psicológicos”, publicado por la Organización Mundial de la Salud (1998)

“En una encuesta realizada a 1176 empleados de todos los grupos ocupacionales, al interior de una gran autoridad de la salud del Reino Unido, los trabajadores de la salud reportaron una presión mucho mayor que los trabajadores de áreas no relacionadas con la salud. No hubo diferencias en la medición de satisfacción laboral o afecciones a la salud física, pero, contrario a las expectativas, los trabajadores de la salud reportaron menos síntomas de afecciones a la salud mental. Aproximadamente 1 de cada 12 trabajadores de la salud mostraron niveles de afecciones a la salud, bien sea mental o física que igualaban el nivel promedio los pacientes con desordenes neuróticos. En general, entre los varios grupos profesionales, aquellos en la base de la escala jerárquica, especialmente el equipo de enfermeras, tienden a presentar los niveles más altos de síntomas.”

En uno de los estudios más extensos; “Síntomas de estrés, burnout y pensamientos suicidas”, cuya población comprendía 2671 doctores finlandeses. Este estudio llegó a los siguientes resultados: “Entre los especialistas masculinos se hallaron los índices más altos entre los médicos generales y de salud ocupacional, psiquiatría y psiquiatría infantil, medicina interna, oncología, enfermedades pulmonares, dermatología y venereología. Entre las especialistas femeninas se presentaron en médicos generales y de salud ocupacional, radiología, medicina interna, neurología, enfermedades pulmonares, dermatología y venereología. Los médicos no-especialistas de ambos sexos presentaban niveles más altos de burnout que los médicos especialistas. Los niveles más altos de burnout, tanto en hombres como en mujeres, se registraron entre médicos trabajando en centros de salud municipales. Los niveles más bajos se presentaron en aquellos trabajando en prácticas privadas, universidades, institutos de investigación y oficinas y organizaciones públicas. Los resultados indican una polarización entre “especialidades de alto burnout”, a menudo lidiando con pacientes de enfermedades crónicas, incurables o moribundos (p.ej. oncología, enfermedades pulmonares, psiquiatría) y “especialidades de bajo burnout” que generalmente tratan con enfermedades curables y prognosis favorables (p.ej. ginecología y obstetricia, otorrinolaringología, oftalmología).”

En otro estudio llevado a cabo en Estados Unidos, entre una muestra representativa de 1840 médicos especialistas en enfermedades infecciosas; el 43% de los médicos reportaron altos niveles de desgaste emocional, y 40.3% de los médicos reportaron altos niveles de despersonalización. Los niveles de logro personal permanecieron altos, pese a los niveles de burnout, un 91.8% reportaron alto nivel de logro personal.

En un estudio realizado a enfermeras y doctores Suizos reveló que los mayores factores de estrés son los conflictos éticos referentes al cuidado apropiado de los pacientes, conflictos con el equipo, ambigüedad de roles, sobrecarga laboral y falta de tiempo, combinado con responsabilidades al tomar decisiones. Sin embargo, la satisfacción laboral es todavía alta en ambas profesiones. La “tensión del rol” específico en mujeres médicas (debido al conflicto entre obligaciones laborales y domésticas) es el riesgo laborales responsable de una alarmante reducción en la expectativa de vida de hasta 10 años, comparada con la expectativa de vida de la población en general.

3.2.2.6.1 Burnout y la Salud. Caso de estudio #1

La siguiente investigación, “Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos“, fue realizada en el año 2006 (Marzo y Abril) por Ríos Rísquez, M.I., Peñalver Hernández, F., Godoy Fernández, C, entre una población de 56 profesionales de enfermería, que se distribuyen en dos categorías profesionales: auxiliar de enfermería y enfermería del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer ubicado en Murcia (España). En esta investigación, los instrumentos utilizados fueron una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y los cuestionarios validados Maslach Burnout Inventory (MBI) y General Health Questionnaire (GHQ-28) de Goldberg.

El estudio fue realizado en una unidad de intensivos polivalente de 18 camas, ubicada en un hospital de tercer nivel de la región de Murcia. Dicha unidad contaba con una ratio enfermera-paciente de 1:3. La media de edad de la muestra ha sido de 35,31 con predominio del sexo femenino (71,4%) frente al masculino (28,6%). La media de hijos no llega a ser de uno por persona (0,55) y destaca que un 66,7% de la muestra no tiene ninguno.

Referente a las variables laborales, se registraron un 78,6% de enfermeras/os y un 21,4% de auxiliares de enfermería. En cuanto a los años de experiencia profesional, destaca el hecho de que al tratarse de una muestra relativamente joven, un 95,2% de los sujetos encuestados posee menos de 15 años de experiencia profesional. El tiempo medio en el desempeño del empleo dentro de su actual unidad de trabajo, es de 5,08 años.

Tabla 11. Estadísticos descriptivos. Estado general de salud

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
GHQ	42	0	25	6,38	6,648
GHQA	42	0	7	2,33	2,375
GHQB	42	0	7	2,05	2,368
GHQC	42	0	7	1,48	1,89
GHQD	42	0	7	0,52	1,518
N válido	42				

GHQ: puntuación media global en bienestar psíquico; GHQA: síntomas somáticos; GHQB: síntomas de ansiedad; GHQC: síntomas de disfunción social; GHQD: Síntomas depresivos

En lo que respecta a la evaluación del grado de bienestar o salud percibido, se obtuvo una media de 6,38 y para cada una de las sub-escalas se pueden observar los estadísticos en el

cuadro 11. Si se consideran las puntuaciones totales de los sujetos en el cuestionario GHQ-28, podemos clasificar a estos en “sujetos normales” y “sujetos con probables problemas psíquicos”, tomando como punto de corte la puntuación 6/7 (6 = no caso y 7 = caso) por su mayor especificidad de clasificación, tal y como proponen Lobo et al (1986). Los resultados obtenidos señalan que un 42,9% de la muestra presenta malestar psíquico, siendo las escalas de síntomas somáticos de origen psicológico y de ansiedad (escalas A y B) las que muestran mayor incidencia, mientras que la escala de síntomas depresivos (escala D) resulta ser la que menor incidencia refleja.

No se han encontrado diferencias significativas en burnout al considerar como variables independientes las variables sociodemográficas de edad, género, estudios y estado civil. Se encontraron diferencias significativas en los niveles de salud percibida al considerar como variables independientes las variables sociodemográficas de edad y convivencia.

Respecto a la edad, parece existir una mayor vulnerabilidad a los síntomas depresivos (escala D) en los sujetos de más edad. Por lo que respecta a la variable convivencia, los sujetos que viven solos refieren un peor estado de salud general y, en concreto, una mayor vulnerabilidad a síntomas de disfunción social y a los síntomas depresivos.

Con respecto a la variable “hijos”, se observa una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en sujetos que no tienen, quizás debido a la mayor estabilidad y madurez emocional de las personas que tienen hijos y al hecho de que las personas que no tienen hijos podrían usar el trabajo como fuente de vida social y, como consecuencia, una mayor implicación con el trabajo llevaría aparejado un mayor riesgo de sufrir síndrome de burnout.

Por lo que respecta a las variables laborales, la variable “tipo de contrato” presenta una mayor vulnerabilidad al síndrome de burnout en aquellos sujetos que poseen plaza en propiedad.

3.2.2.6.2 Burnout y la Salud. Caso de estudio #2

En el año 1999 se realizó la investigación “Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida”, por Moreno-Jiménez, Bernardo; González, José Luis; Garrosa, Eva, entre una población de 115 profesores, pertenecientes a 20 Centros que contaban con servicios de

Educación Primaria, repartidos por distintos distritos de Madrid (España). Los instrumentos empleados en esta fueron el Cuestionario de Burnout del Profesorado (CBP), Cuestionario de Orientación a la Vida (OLQ), y Cuestionario de Sintomatología

Este estudio plantea que si bien la mayoría de los modelos teóricos enfatizan la importancia de los aspectos organizacionales (Maslach, 1982) en la explicación del burnout, progresivamente se ha ido destacando la necesidad de tomar en consideración la interacción persona-ambiente (Cherniss, 1980) como un factor fundamental para su adecuada comprensión (González-Roma, Hernández, Peiró y Muñoz, 1995), a la vez que se ha confirmado cada vez con más fuerza el valor causal de las variables organizacionales dentro del síndrome.

Este estudio aborda el criterio desarrollado por Antonovsky (1987), del sentido de coherencia (SC), que es una forma de ver el mundo y a nosotros dentro de él, una tendencia disposicional relativamente estable, que conduce a evaluar las circunstancias de la vida como, significativas, predecibles y manejables. Antonovsky lo conceptualiza como un constructo formado por tres dimensiones teórica y empíricamente relacionadas: comprensibilidad, manejabilidad y significatividad.

Además de la importancia demostrada por el sentido de coherencia (SC) en los estudios sobre estrés y burnout, su utilización parece tanto más relevante cuanto que otros trabajos muestren su valor como variable mediadora en los procesos de salud. El estudio espera confirmar la capacidad predictiva del SC a través de sus efectos directos sobre el burnout. En segundo lugar, el trabajo se propone analizar los vínculos existentes entre las condiciones laborales, el síndrome de burnout, el SC y sus asociaciones con la salud percibida.

Resultados:

Manejabilidad resulta la variable más predictiva del estrés de rol, por encima de las variables relativas a la organización y al clima de trabajo estrés de rol se muestra como una variable altamente predictiva de agotamiento emocional.

El índice de burnout aparece explicado ampliamente por estrés de rol que, junto con significatividad y supervisión, dan cuenta del 56% de la varianza de este síndrome, el mayor

porcentaje de varianza explicada para cualquiera de las variables analizadas en este estudio.

Como conclusiones, el estudio plantea que la experiencia prolongada de estrés de rol y el desarrollo posterior de síntomas de burnout son factores determinantes en el proceso que conduce a la pérdida de salud subjetiva. Junto al agotamiento emocional (un factor clave del síndrome de burnout), el estrés de rol muestra las correlaciones más altas del estudio, tanto con los antecedentes de carácter organizacional y laboral, como con los consecuentes relativos a la salud. El burnout, específicamente el agotamiento emocional, producen otros efectos adversos, como la tendencia al aislamiento. Esta puede ser entendida como un modo de proteger la salud (Appels, 1998, citado en Moreno et al.1999).

Este estudio plantea que el apareamiento del agotamiento emocional tiene un estrecho vínculo con la pérdida de la salud, mientras que la despersonalización así como la falta de realización parecen estar asociadas con otro tipo de consecuencias relacionadas con la organización. Resulta evidente la importancia del contexto laboral como factor determinante en el desarrollo del burnout.

Al analizar la predictibilidad del SC en forma global se encontró que esta solo aplica cuando se analizan sus componentes por separado. Así manejabilidad resulta clave cuando se explica la varianza del estrés del rol así como sintomatología física, salud general y agotamiento emocional. Significatividad, otra dimensión de SC, se muestra explicativa para dos de las variables específicas de burnout, así como para la medida general del síndrome.

Una persona con altas puntuaciones en significatividad estará lo suficientemente comprometida con su trabajo como para seguir encontrando satisfacción en su desempeño y, paralelamente, hallará el resto de las áreas de su vida por lo menos igual de valiosas, por ende será menos propensa a padecer burnout. Comprensibilidad capacidad explicativa para el caso de la sintomatología psicológica. Los datos muestran que percibir los estímulos dotándolos de un sentido cognitivo y creyéndolos predecibles, ordenables y explicables (comprensibilidad), representa una garantía para el mantenimiento de una "salud mental óptima".

3.2.3 El burnout y el afrontamiento

3.2.3.1 Definición de afrontamiento

Para entender el término del afrontamiento, a continuación revisaremos algunas de las definiciones más empleadas para explicarlo:

Afrontamiento: las estrategias para tratar con la amenaza (Lazarus, 1966);

Todas las actividades cognitivas y motoras que una persona enferma emplea para preservar su organismo e integridad física para recuperar su reversibilidad de mejoría y compensarla ante la limitación de cualquier irreversibilidad de la mejoría (Lipowski, 1970);

Afrontamiento es la adaptación ante cualquier tipo de dificultad (White, 1974);

Afrontamiento es lo que hace un individuo ante cualquier tipo de problema percibido para conseguir alivio, recompensa o equilibrio (Weissman y Worden ,1977);

Conductas instrumentales y capacidades de solución de problemas de las personas que conllevan las demandas de la vida y las metas. Comprende la aplicación de habilidades, técnicas y conocimientos que una persona ha adquirido (Mechanic, 1978);

Cualquier respuesta ante las tensiones externas que sirve para prevenir, evitar o controlar el distrés emocional (Pearlin y Schooler, 1978).

Los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que sirven para manejar las demandas externas y/o internas que son valoradas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo. (Lazarus y Folkman de 1984)

La North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) lo define como el manejo de los factores de estrés internos o externos dirigido hacia la adaptación.

Se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir y superar demandas excesivas que se le plantean en su acontecer vital y reestablecer el equilibrio, es decir, para adaptarse a la nueva situación (Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor, 1990)

El afrontamiento se define como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (Lazarus y Folkman, 1991).

Frydenberg y Lewis (1997) definen al afrontamiento como “las estrategias conductuales y cognitivas para lograr una transición y una adaptación efectivas”

Casullo y Fernández Liporace (2001) entienden a la capacidad de afrontamiento como el conjunto de respuestas (pensamientos, sentimientos, acciones) que un sujeto utiliza para resolver situaciones problemáticas y reducir las tensiones que ellas generan.

El afrontamiento se define como el esfuerzo individual que el paciente con problemas de salud realiza para sobrellevar la enfermedad y adaptarse a ella. (McHaffie, 1992)

Tras el análisis de varios conceptos, se puede decir que el afrontamiento es cualquier actividad o recurso que el individuo puede poner en marcha tanto de tipo cognitivo o tipo conductual, con el fin de hacerle frente a una determinada situación en base a la interpretación que le da a esa situación en ese momento. Se puede adoptar distintos tipos de afrontamiento: activo, pasivo y evitación, o afrontamiento cognitivo y afrontamiento conductual, otra clasificación importante que se relaciona con la anterior es afrontamiento dirigido a cambiar la situación y afrontamiento dirigido a reducir la emoción.

3.2.3.2 Teorías de afrontamiento

Según los estudios realizados se habla de afrontamiento en relación a un proceso que incluye los intentos del individuo para resistir o superar demandas excesivas que se le plantean en su vida. El afrontamiento es un importante moderador en los procesos de estrés, es así que el afrontamiento es un proceso y no un rasgo.

El modelo psicoanalítico de la psicología del ego, define al afrontamiento como “al conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés”, este modelo está cerca de la psicología cognitiva al poner énfasis en los procesos que el sujeto utiliza con su entorno.

Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger, quien identifica recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna, es decir a mayor desorganización interna, serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984, citado en Martín Díaz et al. 1997) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales de los recursos propios del sujeto, que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas.

El tipo de afrontamiento dirigido al problema, encierra un conjunto de estrategias que se puede diferenciar en dos grupos; las que se refieren al entorno, que es tratar de modificar el entorno y las que se refieren al sujeto, incluyen cambios motivacionales o cognitivos.

Indican que el afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional, pretende modificar el modo de vivir la situación, se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que se destacan: la evitación, minimización, distanciamiento atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones, tiene mayor probabilidad de aparecer, cuando según la evaluación del sujeto no se pueden modificar las condiciones amenazantes del ambiente, y cuando este evalúa que si puede cambiar, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema.

El planteamiento de Wylie (1979, citado por Pérez 2010), postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de este.

Cooper & Cols (1988), plantean seis tipos de afrontamiento en el indicador del Estrés Organizacional: 1) apoyo social; 2) estrategias referidas a la tarea; 3) lógica; 4) relaciones familiares y trabajo; 5) tiempo; y 6) implicación.

Dewe y Guest (1990), distinguen siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés laboral: La primera se centra en el problema y el resto en las emociones ; 1) abordar o trabajar sobre el problema; 2) intentar que el problema no se apodere de ti; 3)

descarga emocional; 4) tomar medidas preventivas; 5) recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema; 6) utilizar los recursos familiares; 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés.

3.2.3.3 Estrategias de afrontamiento

Se ha definido al afrontamiento como la respuesta o conjunto de respuestas que emite una persona para manejar un acontecimiento o situación que juzga estresante, depende de sus recursos de afrontamiento, así los recursos pueden ser físicos, psicológicos, estructurales, sociales y culturales.

Las estrategias de afrontamiento más utilizadas:

- Focalizado en la situación o problema
- Auto-focalización-negativa
- Autocontrol
- Re-estructuración cognitiva
- Expresión emocional abierta
- Evitación
- Búsqueda de apoyo social
- Religión
- Búsqueda de apoyo profesional

Por un lado se plantean 2 categorías fundamentales de afrontamiento: aproximación y evitación.

El afrontamiento aproximativo, incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que aproximan al problema que está generando el estrés.

El afrontamiento evitativo, incluye todas aquellas estrategias cognitivas o comportamentales que permiten escapar o evitar la consideración del problema o las emociones negativas.”

Según Lazarus y Folkman (1986, citado en Vázquez Valverde et al. 2003) existen dos tipos generales de estrategias de afrontamiento:

1. Estrategias de resolución de problemas: Que son las directamente dirigidas a manejar o alterar el problema que está causando el malestar.

2. Estrategias de regulación emocional: Orientadas a aliviar el malestar que produce la situación. Son los métodos dirigidos a regular una respuesta emocional ante el problema.

3.2.3.4 Investigaciones realizadas

3.2.3.4.1 Burnout y el afrontamiento. Caso de estudio #1

En el año 2007 se realizó la investigación “Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores”, por Cristina Jenaro-Río¹, Noelia Flores-Robaina y Francisca González-Gil a una población de 64 profesionales de acogimiento residencial de menores que trabajaban en diversas provincias españolas. Los instrumentos empleados fueron la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI) y el Cuestionario de Afrontamiento COPE

Según lo que los autores de este estudio proponen, podría decirse, siguiendo la clasificación propuesta por Hernández, Olmedo e Ibáñez (2004), que tanto las variables organizacionales, especialmente las vinculadas al desempeño del puesto de trabajo (clientes difíciles, sobrecarga de rol, etc.), como las sociodemográficas, las variables de personalidad o las estrategias de afrontamiento, constituyen factores potencialmente relevantes en la explicación del síndrome de estar quemado en esta población, al menos en estudios realizados fuera de España.

El presente estudio pretende contribuir a aportar datos sobre la severidad y presencia del síndrome en profesionales de acogimiento residencial de menores, así como determinar las principales variables individuales, contextuales, organizacionales asociadas al síndrome en esta profesión y las estrategias de afrontamiento más empleadas.

De los 64 profesionales seleccionados como muestra, 33 eran varones (51,6%) y 31 mujeres (48,4%). La edad media era de 32,49 años. La totalidad de los participantes desempeñaba su trabajo en acogimiento residencial de menores, concretamente en Organizaciones no Gubernamentales (64,1%) y centros privados (35,9%). Los centros eran

de acogimiento eran de adolescentes y jóvenes (59,4%) y hogares infantiles (20,3%), para menores conflictivos (4,7%), menores extranjeros (1,6%) u otro tipo de centros (14,1%). Entre los profesionales participantes, predominaban los educadores (40,6%), seguidos de los coordinadores de hogar (21,9%), educadores familiares (7,8%), directores (6,3%), psicólogos (3,1%), trabajadores sociales (3,1%) y personal auxiliar, de mantenimiento y servicios (17,2%). El promedio de antigüedad en el trabajo actual se correspondió con 38,91 meses y el de antigüedad en la profesión fue de 47,58 meses (DT = 31,82; rango: 2-168), o lo que es lo mismo, 3 y 4 años, respectivamente.

Tabla 12: Presencia del síndrome de burnout en la muestra estudiada

Dimensiones y Categorías del MBI	n	%
Agotamiento emocional		
Bajo	14	21,9
Medio	23	35,9
Alto	27	42,2
Despersonalización		
Bajo	17	26,6
Medio	27	42,2
Alto	20	31,3
Realización personal		
Bajo	14	50
Medio	18	28,1
Alto	32	21,9

Tomado de: Jenaro/Río et al.(2007) Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores.

Respecto al tipo de estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes, las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en estrategias centradas en el problema: crecimiento personal, reinterpretación positiva, búsqueda de apoyo social, afrontamiento activo y concentrar los esfuerzos para solucionar la situación. Por otro lado, las puntuaciones promedio más bajas se obtuvieron en estrategias como la negación, el abandono de los esfuerzos de afrontamiento, la evasión y el consumo de alcohol o drogas. En los factores de segundo orden, el afrontamiento conductual y cognitivo obtuvieron puntuaciones superiores, mientras que el consumo de alcohol o drogas y el escape cognitivo fueron objeto de las valoraciones más bajas.

En la siguiente tabla se muestran las correlaciones estadísticamente significativas entre los factores de primer y segundo orden del COPE y las dimensiones del burnout. Se puede observar cómo la dimensión RP ofrece un mayor número de asociaciones significativas, todas ellas positivas, con los factores de primer orden: refrenar el afrontamiento, concentrar los esfuerzos para solucionar la situación, actividades distractoras de la situación, consumo de alcohol o drogas, reinterpretación positiva y crecimiento personal. En cuanto a los factores de segundo orden, tan sólo el escape conductual correlaciona significativa y positivamente con la RP. Por otro lado, la DP correlaciona significativamente con dos factores de primer orden, como son el empleo de estrategias de afrontamiento basadas en el humor y el abandono de los esfuerzos de afrontamiento. Por último, el AE se relaciona significativa y positivamente con el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, y negativamente con el factor de segundo orden denominado consumo de alcohol o drogas.

Tabla 13: Relaciones entre dimensiones del MBI y factores de primer (I) y segundo (II) orden del COPE (coeficientes de correlación de Pearson)

Factores de primer y segundo orden del COPE	Agotamiento emocional (AE)	Despersonalización (DP)	Realización personal (RP)
Humor (I)		0,27**	
Consumo de alcohol/drogas (I)			0,30*
Centrarse en emociones y desahogarse (I)	0,43**		
Refrenar el afrontamiento (I)		-0,30*	0,45**
Solucionar situaciones (I)			0,43**
Crecimiento personal (I)			0,28*
Reinterpretación positiva (I)			0,29*
Actividades distractores (I)			0,33*
Afrontamiento cognitivo del problema (II)			0,34**
Escape conductual (II)			0,43**
Consumo de alcohol o drogas (II)	-0,26*		

Tomado de: Jenaro/Rio et al.(2007) Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores.

Resultados:

Se confirma una elevada presencia del síndrome de burnout en los profesionales de acogimiento residencial de menores. Las mujeres obtienen mayores niveles de realización

personal, mientras que el estado civil no parece tener impacto en la incidencia del síndrome. La antigüedad en el puesto parece afectar a la despersonalización, existiendo una relación positiva entre ambas variables. Se ha detectado que los profesionales menos satisfechos laboralmente tienen mayores niveles de agotamiento emocional. Igualmente se nota una relación positiva entre una percepción de escaso reconocimiento social de la profesión y altos niveles de agotamiento social. Esto sucede también cuando se tienen turnos de trabajo rotatorios (alta AE y baja RP).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se evidencia un escaso número de correlaciones significativas entre estas y los dos primeros factores del síndrome de burnout (AE y DP), pero son elevadas con relación a la RP. Estos resultados podrían deberse a que el factor RP se relaciona más estrechamente con sentimientos de competencia, a diferencia del AE que se refiere a sentimientos de fatiga y cansancio, y frente a la DP que se caracteriza por actitudes negativas hacia la población atendida; de ahí que aquellos profesionales que se sientan competentes se caracterizarán además por la puesta en marcha de estrategias de afrontamiento variadas: pasivas o activas, centradas en la emoción o en el problema, en función de la valoración que hagan de la situación (modificable o inmodificable, transitoria o permanente). Ello explicaría además por qué tanto unas estrategias como otras correlacionan positivamente, con elevados niveles de burnout, al menos en lo que se refiere a la realización personal.

3.2.3.4.2 Burnout y el afrontamiento. Caso de estudio #2

La siguiente investigación, "Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento" fue realizada en el año 2004 por G. Lastenia Hernández Zamora, Encarnación Olmedo Castejón e Ignacio Ibáñez Fernández a una muestra de 222 personas, trabajadores del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife en el Hospital Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife (España). Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE), Ways of Coping Checklist (WOCQ).

Esta investigación investiga el constructo de "estar quemado" tal como fue entendido inicialmente por Maslach y Jackson. Se centró en la relación que este tiene con el afrontamiento según Lazarus y Folkman quienes entendían el afrontamiento como un proceso dinámico y lo definieron como "los esfuerzos cognitivos y conductuales

constantemente cambiantes que se desarrollan para controlar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo" (Folkman y Lazarus, 1985).

La muestra está formada por un total de 222 personas, trabajadores del Hospital Nuestra Señora de la Candelaria de Santa Cruz de Tenerife, con un rango de edades comprendidas entre 21 y 60 años, de los cuales 187 (84,8%) son mujeres y 35 (15,2%) son varones.

Conclusiones:

Los hallazgos de este estudio van de la mano con resultados de estudios anteriores (Anderson, 2001; Burke y Greenglass, 2000; Burke y Greenglass, 2001; Leiter, 1991) que encontraron que varios aspectos del afrontamiento tienen relación con el "quemarse" más o menos en un determinado puesto y tipo de trabajo. Las relaciones encontradas con respecto a la muestra general (sin definir grupos criterio) evidencian relaciones positivas entre algunos factores del síndrome del "estar quemado" y factores de afrontamiento centrado en la emoción.

Los sujetos que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape-evitación presentan mayores niveles de cansancio emocional y de "quemado" que los sujetos con un afrontamiento centrado en el problema. En la misma línea, los individuos que utilizan como estrategias de afrontamiento el distanciamiento y la confrontación presentan mayores niveles de despersonalización. Tanto la estrategia de escape-evitación como la estrategia distanciamiento y confrontación son estrategias referidas al afrontamiento centrado en la emoción.

Al subdividir la muestra en función del criterio ("altos en quemado" frente a "bajos en quemado"), los resultados varían. Se encontró que las personas que creen tener un buen clima laboral son personas que utilizan como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social como forma de afrontamiento centrado en el problema; frente a ellos las personas que perciben un peor clima laboral utilizan básicamente el afrontamiento centrado en la emoción. Sin embargo, los resultados encontrados con respecto al factor de burnout total y al factor de despersonalización no corroboran lo esperado.

Referente al factor de burnout se encontró que los sujetos que puntúan alto en "quemado" presentan como estrategia de afrontamiento la re-evaluación positiva, que es una estrategia

de afrontamiento centrado en el problema, y los sujetos que puntúan bajo en “quemado” utilizan como estrategia de afrontamiento la aceptación de la responsabilidad, estrategia referida al afrontamiento relacionado a la emoción. Los mismos resultados aparecen con respecto al factor de despersonalización; los sujetos que puntúan alto en el factor de despersonalización se presentan como personas que utilizan como estrategia de afrontamiento la re-evaluación positiva, estrategia de afrontamiento centrada en el problema.

Analizando las diferencias entre los grupos extremos, se halló que los sujetos que puntúan más bajo en “quemado” utilizan como estrategias de afrontamiento la búsqueda de apoyo social y por tanto una forma de afrontamiento centrado en el problema, y las personas que puntúan más alto en “quemado” utilizan como estrategia de afrontamiento la aceptación de la responsabilidad como forma de afrontamiento centrado en la emoción.

En cuanto a los factores del “quemado”, las personas con mayor cansancio emocional presentan una estrategia de afrontamiento centrado en la emoción, concretamente la estrategia de escape-evitación. En estos resultados vuelve a llamar la atención el factor de despersonalización, ya que sólo en este caso los resultados no siguen la línea esperada, puesto que los sujetos que sienten menos despersonalización utilizan como estrategia de afrontamiento el distanciamiento que es una estrategia centrada en la emoción.

Finalmente los autores concluyen que no se encontraron demasiadas relaciones entre el síndrome del “estar quemado” y el afrontamiento; por otro lado, los resultados encontrados no siempre van en la línea de lo esperado. Una posible justificación a esto es que en los distintos estudios en los que se recoge la relación entre el “estar quemado” y el afrontamiento, no siempre se utiliza la misma escala de afrontamiento para medir la variable y que no siempre esta escala parece comportarse de forma adecuada.

3.2.3.4.3 Burnout y el afrontamiento. Caso de estudio #3

La siguiente investigación, “Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses” fue realizada en el año 2005 por Marqués Pinto, Alexandra; Lima, María Luisa; López da Silva, Adelina a una población de 777 profesores de segundo y tercer ciclo de educación básica y profesores de enseñanza secundaria de la Direcção Regional de Educação de Lisboa, pertenecientes a 25 centros educativos de las áreas urbana,

suburbana y rural de Lisboa (Portugal). Los instrumentos empleados para esta fueron el MBI-Educators Survey (Maslach et al, 1996), TSQ (Kyriacou & Sutcliffe, 1978), COPE (Weinman, Wright y Johnston, 1995)

De esta muestra, los grupos de edad mayoritarios fueron 45% entre 25 y 39 años y el 47% entre 40 y 65 años, situándose el resto fuera de este rango; el 22% son hombres y el 78% mujeres.

En dicho estudio, se halló que las estrategias de afrontamiento mas frecuentemente utilizadas se agrupan en las escalas de “Planificación”, “Reinterpretación positiva/crecimiento”, “Coping activo” y “Búsqueda de apoyo social instrumental”. En cuanto a las estrategias menos utilizadas destacan “Uso de alcohol/drogas”, “Negación” y “Desviación de actividad comportamental”.

Tras el análisis de los resultados, se obtuvieron los siguientes resultados: “(1) El 54% de los profesores perciben su profesión como muy o extremadamente generadora de estrés. Como fuentes de estrés se han identificado principalmente los problemas relacionados con la indisciplina de los alumnos y la presión temporal. (2) El 6.3% de los profesores mostraron elevados niveles de burnout y el 30% resultaron estar en situación de “riesgo”. (3) Mediante análisis de regresión múltiple se ha puesto de manifiesto que el agotamiento emocional aparece como una reacción al estrés y la despersonalización se muestra como una forma de coping disfuncional no sucede lo mismo con la realización personal al relacionarse con el uso de doping. (4) Se ha mostrado el papel mediador o moderador de las estrategias de afrontamiento en la relación estrés-burnout.

En el estudio realizado por Eloísa Guerrero Barona (2003) “Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario”, cuya muestra estaba formada por 257 docentes de la Universidad de Extremadura (UEX), de donde 69,26% pertenecían al género masculino y aproximadamente, el 85% tenían edades inferiores a 45 años, más del 70% casados-as y 64,5% tenían hijos. En lo referente al grado de participación, el 49,81% pertenece al semi distrito de Badajoz y el 47,41% al de Cáceres. Según el área de conocimiento al que pertenecen, se destacó que la mayor proporción de participación correspondía al profesorado del área científica (36,19%) y la menor, a los del área social (12,45%). Predominan el profesor asociado (33,85%) y titulares universidad-catedráticos de escuelas

universitarias (31,13%), con una experiencia media de ejercicio docente de 5 a 15 años (45,91%). Destaca la escasa colaboración del profesorado con menos de cinco años experiencia docente universitaria”.

Según el análisis de datos, verificaron que los docentes universitarios que sufren mayor grado de Agotamiento emocional presentan sentimientos de Despersonalización más frecuentemente y de modo significativo. De igual forma establecieron que los grados de Agotamiento emocional y Despersonalización son inversamente proporcionales a grados en Logro personal, es decir, los docentes que presentan los grados más bajos de Agotamiento emocional y Despersonalización se sienten más competentes personal y profesionalmente que, aquellos que se sienten agotados o despersonalizados con una frecuencia media o baja, presentando estos grupos diferencias estadísticamente significativas.”

Este estudio confirma que ante situaciones de estrés laboral, los profesores de la UEX emplean más unas estrategias de afrontamiento que otras. Los modos de afrontamiento del estrés diferencian de modo significativo a los sujetos de la muestra en función de los diferentes grados (bajo, medio y alto) de burnout, de manera que, en primer lugar, los profesores-as con un alto agotamiento emocional utilizan frecuentemente las estrategias: Desahogarse, Desconexión mental, Desconexión conductual, Consumo de Drogas y Aceptación. El grupo que presenta un Agotamiento emocional medio no recurre ni a Negación ni a Aceptación. En segundo lugar, el profesorado altamente Despersonalizado emplea más frecuentemente las estrategias: Búsqueda de Apoyo Social, Desahogarse, Negación y Desconexión Mental, cuando se compara con los restantes grupos. Aquellos que presentan un elevado grado de Agotamiento emocional y Despersonalización son quienes recurren para manejar situaciones de estrés en el ámbito laboral, a estrategias pasivas, de aceptación y no orientadas a búsqueda de soluciones eficaces.

3.2.4 El burnout y la relación con el apoyo social

3.2.4.1 Definición de apoyo social

Algunas definiciones sobre apoyo social, a las que hace referencia la literatura disponible son las siguientes:

Una transacción interpersonal que engloba uno o más de los siguientes aspectos: aspecto, emocional (cariño, amor, empatía); ayuda instrumental (bienes o servicios); información (sobre el medioambiente); valoración (información relevante para la autoevaluación. (House, 1981)

Apoyo Social es el grado en que las necesidades sociales básicas de la persona son satisfechas a través de la interacción con otros, entendiendo por necesidades básicas la afiliación, el afecto, la pertenencia, la identidad, la seguridad y la aprobación. (Thoits, 1982)

El apoyo social, consiste en aquellos elementos funcionales o estructurales, reales o percibidos que el individuo siente de su comunidad, red social y sus amigos íntimos. (Lin, 1979)

Para Bowling el apoyo social sirve para que el individuo obtenga ayuda emocional, instrumental o económica de la red social. Entendemos por red social el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo. (Bowling, 1991)

3.2.4.2 Modelos explicativos de apoyo social

A pesar de ser uno de los temas más estudiados en distintas disciplinas relacionadas con la salud, no hay una definición clara y consensuada de apoyo social. Y ello, tanto por la multitud de conductas aparentemente dispares entre sí que se incluyen bajo el término "apoyo social" (participación en asociaciones comunitarias, mostrar cariño, prestar un objeto, estar casado, etc.). Una de las definiciones más completas, que incluye todas estas dimensiones, es la de Lin, Dean y Ensel (1986), que conceptualizan el apoyo social como provisiones instrumentales y/o expresivas, reales y percibidas, aportadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos (citado en López de Roda, et al, 2001). Su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida (Thoits, 1982; Lin, Dean y Ensel, 1986; Messeri, Silverstein y Litwak, 1986; Barrón y Chacón, 1990; Herrero y Musitu, 1998). (Citado en López de Roda y Sánchez, 2001).

El estudio del apoyo social comenzó en la década de los años setentas cuando los resultados de diversas investigaciones acerca de problemáticas sociales comienzan a demostrar que la falta de apoyo es un elemento común a todas ellas. Esta falta de apoyo se

hace evidente en la carencia de interacciones o en la ruptura de relaciones, como más tarde se ha venido llamando en la ausencia o ruptura de redes sociales (Domenech, 1998).

Desde el inicio se plantearon dos efectos del apoyo social, que dieron lugar a las perspectivas que se conocen como hipótesis del efecto directo e hipótesis del efecto amortiguador o buffer. Así, la primera de ellas afirma que el apoyo social actúa sobre la salud y el bienestar de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto (Barrón, 1996, citado en García Martín, 2002). Según esto, la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente.

En cuanto a la segunda hipótesis, establece que el apoyo social es esencialmente un moderador de otros factores que influyen en el bienestar, en concreto los acontecimientos vitales estresantes. Esta teoría defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. Esta teoría señala dos efectos principales derivados de la disposición de apoyo social (Barrón, Lozano y Chacón, 1988).

El apoyo social ocupa un lugar prominente dentro de los recursos externos que la persona puede utilizar para enfrentar una enfermedad que amenaza su vida. Según el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo de España, el interés por este tema, proviene de que el apoyo social “reduce el estrés, mejora la salud y amortigua o modera el impacto del estrés laboral” (INSHT 1997).

El INSHT de España plantea cuatro perspectivas principales, teóricas y empíricas, que sobre el apoyo social se ha desarrollado. Estas perspectivas o aproximaciones han de considerarse no como excluyentes sino como complementarias: cada perspectiva representa diversos niveles de análisis y se presenta como una precondition del siguiente nivel:

Nivel I.- “Integración social”, no se hace relación a la calidad de las relaciones, si no a las características estructurales de la red social de la persona.

Nivel II.- “Relaciones de Calidad”, se atiende a la calidad de las relaciones, aunque éstas no sean muy numerosas, proporcionan un sentimiento de identidad y

pertenencia, son fuente de evaluación positiva, proporcionan sentimientos de control de la situación.

Nivel III.- “Ayuda percibida”, hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quién pedir apoyo.

Nivel IV.- “Actualización de tales conductas de apoyo”, se hace referencia en las conductas reales, al despliegue afectivo y concreto de tal apoyo.

Según el nivel de referencia o la referencia desde la cual se puede abordar en apoyo social, se encuentran tres niveles de análisis (Gottlieb, 1981; Lin, Dean, y Ensel, 1986, citados en García Martín 2002):

Nivel comunitario o macro: como sentimiento de pertenencia e integración en el contexto social que representa la comunidad en su conjunto como organización.

Nivel medio: que comprende el apoyo recibido como consecuencia de las interacciones sociales que tienen lugar en un entorno social más próximo a la persona, redes sociales a las que pertenece el individuo, que le daría un sentimiento de vinculación.

Nivel micro o de relaciones íntimas: proveniente de aquellas personas con las que el individuo mantiene una vinculación natural más estrecha, que da lugar a un sentimiento de seguridad a la vez que de compromiso y responsabilidad por su bienestar.

Se debe considerar 4 tipos de apoyo social, y la importancia dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema específico que requiera tal apoyo (INSHT 1997).

Apoyo emocional.- Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza y parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes.

Apoyo Instrumental.- Cuando se emiten conductas instrumentales que directamente ayudan a quién lo necesita, como ayudar a realizar las actividades del sujeto.

Apoyo Informativo.- Se refiere a la información que se ofrece a otras personas para que estas puedan usarla y hacer frente a las situaciones que les traen problemas.

Apoyo Evaluativo.- Solo implica la transmisión de información y no el afecto que se transmite en el apoyo emocional, esta información es relevante para la autoevaluación y puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

No hay que olvidar que el apoyo dependerá además de factores organizacionales y situacionales, y de características de personalidad de las partes.

3.2.4.3 Apoyo social percibido

El apoyo social actualmente es concebido como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción. Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado apoyo social percibido.

La percepción o creencia que el apoyo emocional está disponible, parece influir mucho más sobre la salud mental, que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado. Tanto el apoyo real como el percibido se relacionan con el bienestar y promueven la salud; se deben tener en cuenta los aspectos objetivos del apoyo - apoyo recibido real y también los aspectos subjetivos - apoyo percibido, que es en términos cognitivos.

3.2.4.4 Apoyo social estructural

La estructura y el funcionamiento de los ambientes laborales, definen la manera como las personas interactúan unas con otras y como llevan adelante sus trabajos. Cuando el entorno laboral no reconoce el lado humano del trabajo, entonces el riesgo de burnout se incrementa, acarreando un alto precio consigo.

Se considera que el apoyo social es uno de los factores más estudiados, su influencia sobre el bienestar psicológico ha sido claramente establecida, tanto las funciones que cumplen las

relaciones sociales, como de sus aspectos estructurales, esto es la composición de las redes sociales. La importancia de contar con una red de apoyo social no solo permite crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino que también permite el bienestar psicológico.

Las medidas basadas en un concepto estructural del apoyo social, tienden a confirmar la hipótesis de efectos directos.

Thoits, establece 3 mecanismos dentro de los efectos directos:

1. Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas, al desempeñar sus diferentes roles sociales.
2. Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
3. Un aumento de la percepción de control, auto eficacia y dominio sobre el ambiente, que incrementa su bienestar.

3.2.4.5 Investigaciones realizadas

3.2.4.5.1 Investigación referente al burnout y el apoyo social #1

La siguiente investigación, "Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México", fue realizada en el año 2004 por Carolina Aranda, Manuel Pando, M^a. Guadalupe Aldrete, José Guadalupe Salazar, Teresa M. Torres a una muestra de 163 médicos familiares de base pertenecientes al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara (México). Los instrumentos empleados fueron la Escala de Valoración de Maslach Burnout Inventory y la Escala de Apoyo y Contactos Sociales de Díaz Veiga (modificada). Cuestionario con variables sociodemográficas y laborales

El objetivo del estudio es el de determinar la prevalencia del Síndrome de burnout en los Médicos Familiares de Base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) de la Zona

Metropolitana de Guadalajara, las condiciones en que se encuentra el apoyo social laboral y extra-laboral (entendiéndose este apoyo como la frecuencia de contactos interpersonales con que cuenta la persona y lo satisfecho que se siente respecto a ellos), así como su posible relación entre el Síndrome sobre el apoyo social y las variables sociodemográficas estudiadas.

La población seleccionada fueron los médicos familiares de base (no eventuales) que laboraban en las clínicas familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en sus 23 Unidades de Medicina Familiar (UMF) en la Zona Metropolitana de Guadalajara (ZMG), que ocuparan puestos de trabajo en consulta médico familiar o en el servicio de urgencias y que hubieran cumplido mínimo 6 meses de labor continua, correspondiendo un total de 163 médicos a encuestar.

Para efectos del análisis de las encuestas se catalogó como "quemado" a aquellas encuestas que puntuaban alto en las dimensiones de AE y DP y bajo en RP. La población encuestada fue de 163 médicos familiares, el 36.2% fueron mujeres y 63.8% hombres. El promedio de edad fue de 47 años, 126 (7.3%) están casados, 127 (77.9%) tienen entre uno y más hijos y 125 (76.7%) cuentan con especialidad. La mayoría de ellos se encuentran ubicados dentro de las UMF en las áreas de consulta externa 138 (84.7%). Según los años que llevan laborando en su puesto de trabajo actual 80 médicos (49.1%) tienen más de 15 años de antigüedad con un promedio de 14.4 años de antigüedad y un gran porcentaje de la población de estudio 149 (91.5%), tienen más de 10 años pero menos de 30 años trabajando para esta institución y más del 50% labora durante el turno matutino.

Tabla 14: Valoración escala MBI

	Agotamiento Emocional		Despersonalización		Baja realización en el trabajo	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alto	26*	16.0*	11	6.7	3*	1.8*
Medio	26	16.0	14	8.6	9	5.5
Bajo	111	68.0	138*	84.7*	151	92.6

*: dimensiones quemadas

Tomado de: Aranda et al. (2004) Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Tabla 15: Total de dimensiones quemadas

Nº Dimensiones quemadas	Nº	%
Ninguna dimensión quemada	94	57.7
Una dimensión quemada	53	32.5
Dos dimensiones quemadas	12	7.3
Tres dimensiones quemadas	4	2.5

Tomado de: Aranda et al. (2004) Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Según la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI), se puede observar que el 16.0% de la población se encuentra "quemado" en la dimensión "agotamiento emocional", el 84.7% en la de "baja realización personal en el trabajo" y solo 3 (1.8%) de los médicos en la de "despersonalización". Cuando se analiza por la totalidad de las dimensiones que maneja el Síndrome, se obtiene una prevalencia del 42.3% de médicos "quemados" en alguna de las tres dimensiones.

Tabla 16 : Escala y evaluación de apoyo y contactos sociales

	Apoyo Extra-laboral				Apoyo Laboral			
	Aspectos objetivos		Aspectos subjetivos		Aspectos objetivos		Aspectos subjetivos	
	(frecuencia de contacto)		(satisfacción con su red)		(frecuencia de contacto)		(satisfacción con su red)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Alto	146	89.6	143	87.7	118	72.4	84	51.5
Medio	17	10.4	18	11.0	42	25.8	71	43.6
Bajo	0	0	2	1.3	3	1.8	8	4.9

*: Dimensiones quemadas

Tomado de: Aranda et al. (2004) Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

Con respecto a la evaluación del apoyo social, se evidenció que los médicos mantienen una muy buena red de apoyo social, tanto laboral, como extra-laboral. En cuanto a las variables socio-demográficas, solamente las variables escolaridad y capacitación continua se asociaron a las dimensiones de agotamiento y despersonalización del síndrome. Al evaluar la escala de apoyo social, las variables socio demográficas asociadas con Turno de trabajo y capacitación continúa con frecuencia de contacto y grado de satisfacción con su red de apoyo. Se encontró asociación significativa entre las escalas de Apoyo Social y el MBI con

las características subjetivas de la red extra-laboral y las dimensiones “falta de realización personal en el trabajo”, “despersonalización” y con el “total de dimensiones quemadas”.

Las cifras de prevalencia de burnout reportadas en el estudio son preocupantes (42.3%), altas comparadas con otras cifras que hablan de índices que oscilan alrededor del 15% (Gil-Monte 1997). En cuanto a las redes sociales de apoyo que mantienen los médicos familiares, podemos observar que la mayoría de ellos cuentan con muy buenas redes sociales de apoyo laborales como extra-laborales, tanto subjetiva como objetivamente. Se puede observar en nuestros resultados, la falta de apoyo por parte de la familia repercute en el trabajador sobre todo en relación con el turno de trabajo y con su nivel de capacitación.

Dentro de las variables sociodemográficas, el género, la edad, el tener hijos, el puesto actual y la antigüedad en el puesto laboral no presentan riesgo para el desarrollo del Síndrome. Sin embargo las variables estado civil y la escolaridad superior o inferior que la requerida por el puesto si presentan riesgo para el desarrollo del mismo. Se podría deducir que el inadecuado apoyo socioemocional recibido, así como la insatisfacción con el mismo afecta de una u otra manera al sujeto, ocasionando o facilitando el desarrollo del Síndrome. Los autores concluyen con que "El contar con apoyo social puede reducir el Síndrome así como su ausencia intervenir como factor negativo, es decir como un estresor con importantes efectos sobre el Síndrome."

3.2.4.5.2 Investigación referente al burnout y el apoyo social #2

En el año 2003 se realizó la investigación “Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital” por María Jesús Albar Marín, Manuel Enrique Romero Hernández, María Dolores González Moreno, Elena Carbayo Pérez, Amparo García Gámez, Inmaculada Gutiérrez Martínez y Silvia Algaba Piña entre una población de 254 enfermeras y auxiliares de enfermería pertenecientes al Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla (España). Se emplearon los instrumentos Multidimensional Support Scale (Winefield HR, Winefield AH, Tiggemann M, 1992) y el Maslach Burnout Inventory (Maslach C, Jackson SE, 1986)

El 85,6% de los participantes eran mujeres. La edad media era de 41,7 años (desviación estándar [DE] = 6,89) y la experiencia profesional media, de 18,22 años (DE = 6,19). La

media de hijos era de 1,54 (DE = 1,26) y, en cuanto a la categoría profesional, el 59% era diplomado en enfermería. El 67,6% eran casados; el 18,6%, solteros; el 5,2%, separados; el 0,5%, viudos; el 2,9%, divorciados, y el resto “convivía”.

Tabla 17. Descriptores de las variables de apoyo y de las dimensiones del burnout

	Media	Desviación estándar	Máximo	Mínimo
Agotamiento emocional	15,72	6,57	35	0
Despersonalización	5,46	4,46	27	1
Falta de realización personal	33,16	7,84	48	6,24
Disponibilidad de apoyo de familiares y amigos íntimos	13,47	4,16	21	0
Disponibilidad de apoyo de compañeros	8,69	3,58	18	1
Disponibilidad de apoyo del supervisor	5,9	3,87	18	0
Suficiencia de apoyo de familiares y amigos íntimos	15,29	6,14	22	1
Suficiencia de apoyo de compañeros	13,04	5,22	18	1
Suficiencia de apoyo del supervisor	9,13	4,76	18	1

Tomado de: Albar Marín et al. (2004) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital

Tabla 18. Asociaciones entre las variables en estudio (Burnout y Apoyo social)

	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal
Edad	-0,19a	-0,05	0,8
Número de hijos	-0,15 ^a	-0,13	0,13
Experiencia	-0,16 ^a	0,01	0,06
Sexo	0,12	0,07	0,09
Disponibilidad de apoyo de familiares y amigos íntimos	0,02	-0,10	0,09
Disponibilidad de apoyo de compañeros	0,30 ^a	-0,02	0,16 ^a
Disponibilidad de apoyo del supervisor	-0,03	0	0,11
Suficiencia de apoyo de familiares y amigos íntimos	-0,09	-0,06	0,16 ^a
Suficiencia de apoyo de compañeros	0,05	-0,04	0,01
Suficiencia de apoyo del supervisor	-0,01	0,05	0,06

^ap < 0,05.

Tomado de: Albar Marín et al. (2004) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital

Tomado de: Albar Marín et al. (2004) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital

De los resultados obtenidos hay que señalar, en primer lugar, que la mayoría de las variables sociodemográficas aparecen con una asociación estadísticamente significativa con la dimensión agotamiento emocional. En relación con las variables de apoyo, por una parte, llama la atención la relación positiva encontrada entre la disponibilidad del apoyo procedente de los compañeros y el agotamiento emocional ($r = 0,30$; $p < 0,05$), es decir, los profesionales que tienen más agotamiento emocional son los que perciben mayor disponibilidad de apoyo de los compañeros y, por otra parte, la ausencia de asociación entre el apoyo procedente del supervisor y alguna de las dimensiones del burnout. Finalmente, la suficiencia con el apoyo de familiares y amigos íntimos aparece asociada a la dimensión realización personal ($r = 0,16$; $p < 0,05$).

Resultados

Las puntuaciones en las tres dimensiones de burnout sitúan a la muestra en un nivel medio de afectación del síndrome. En cuanto a las relaciones con las variables socio demográficas, se presenta una relación negativa entre edad y agotamiento emocional, es decir, que a mayor edad, menor AE. Este comportamiento también se evidenció con la variable experiencia profesional y AE. Adicionalmente se halló una relación negativa con el número de hijos y AE.

Respecto a las relaciones de las dimensiones del burnout con las variables de apoyo, llama la atención la ausencia de relación del apoyo del supervisor con alguna de las dimensiones (contradiendo los hallazgos de otros estudios). También hay que destacar la relación positiva encontrada entre este último y el agotamiento emocional. Por último, la relación encontrada entre la suficiencia con el apoyo procedente de la familia y la dimensión realización personal pone de manifiesto la importancia de incorporar esta fuente de apoyo al estudio del burnout.

Los autores advierten de un posible sesgo en las mediciones, debido al reducido tamaño de la muestra. Finalmente concluyen con los siguientes hallazgos:

1. La importancia de considerar la vulnerabilidad de los primeros años de experiencia profesional.

2. Considerar el apoyo procedente de fuentes extra laborales, especialmente en la población femenina. Se debe facilitar turnos de trabajo que permitan mantener la cohesión de su grupo familiar.
3. Promover relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo que ayuden al profesional a afrontar eficazmente las demandas con la ayuda de los demás, para prevenir el agotamiento emocional.
4. Es necesario realizar más estudios que aborden el tema de este.

Podemos observar algunas cosas interesantes en este estudio, una vez más se ve que las variables socio demográficas no influyen mayormente en la incidencia del burnout. Algo interesante que se halló en este estudio es que el apoyo recibido por los compañeros pasa a un segundo plano, poniendo al apoyo del supervisor en primer lugar. Como los autores lo indican, es posible que haga falta un estudio con una muestra mayor, para poder hallar conclusiones definitivas.

3.2.5 El Burnout y la relación con la personalidad

3.2.5.1 Definición de personalidad

Etimológicamente, el término personalidad proviene de la forma latina persona, cuyo significado es máscara y que representa, en la práctica, la actitud que cada uno de nosotros adoptamos frente a los demás para defendernos y actuar. El concepto de personalidad es uno de los términos más estudiados a lo largo de la historia de la psicología. Muchos psicólogos han realizado diversas definiciones de dicho término, tanto popular como científicamente (Fernández 2007).

Revisemos algunas de las definiciones más difundidas acerca de la personalidad, expuestas en orden cronológico, de acuerdo a la recopilación realizada por Fernández, (2007):

“La organización mental total de un ser humano en uno o cualquiera de los estadios de su desarrollo. Comprende todos los aspectos del carácter humano: intelecto, temperamento, habilidad, moralidad y todas las actitudes que han sido elaboradas en el curso de la vida del individuo.” (Warren y Carmichael, 1930)

“La personalidad es una configuración de tipo único. Personalidad es el agregado de procesos y estados psicológicos del individuo” (Linton, 1945).

“La suma total de los patrones de conducta actuales o potenciales de un organismo, en tanto que determinados por la herencia y el ambiente...” (Eysenck, 1947)

“La organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente.” (Allport, 1959)

“Su patrón único de rasgos.” (Guilford, 1959)

“La personalidad es un sistema contenido en una matriz de sistemas socioculturales. Es una ‘estructura interior’ encajada en ‘estructuras exteriores’ y en interacción con ellas” (Allport, 1961).

“Un modelo de estados de equilibrio valiosos para el individuo, que posee formas singulares de proteger estas condiciones que él ha creado.” (Stagner, 1961)

“La organización dinámica en el interior del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente.” (Allport, 1966)

“La implicación de todos los modelos jerárquicos de la personalidad es que algunas entidades internas sustentan a otras, y que sus interrelaciones dinámicas determinan o producen la conducta que exhibe la persona.” (Mischel, 1968)

“Vendría constituida por aquellas características de las personas que son más esenciales para el propósito de entender y predecir sus conductas idiosincrásicas.” (Brody, 1972)

“Representa la estructura intermedia que la psicología necesita interponer entre la estimulación del medio y la conducta con que los sujetos responden a ella, justamente para dar razón del modo individualizado en que lo hacen.” (Pinillos, 1975)

“Hace referencia a las formas en que la gente percibe e interpreta la conducta.” (Fiske, 1978)

“Designa los patrones típicos de conducta (incluidos los pensamientos y las emociones) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de su vida.” (Mischel, 1979)

“El conjunto de características que confieren una atractividad superficial al sujeto, o desde la perspectiva de su valor como estímulo social.” (Bermúdez Moreno, 1991)

“Diferencia individual que constituye a cada persona y la distingue de otra.” (Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, 2001)

El autor Bermúdez Moreno se refiere a la personalidad como: “una organización relativamente estable de aquellas características estructurales y funcionales, innatas y adquiridas bajo las especiales condiciones de su desarrollo, que conforman el equipo peculiar y definitorio de conducta con que cada individuo afronta las distintas situaciones.” (Alcañiz y Hernáñez, 2010)

3.2.5.2 Tipos de personalidad

En los estudios del estrés laboral se menciona que los tipos de personalidad más relevantes son: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y C, el perfeccionista, el intransigente. La personalidad determina un estilo de afrontamiento.

Identificación de los diferentes factores de personalidad, a partir de los tipos de personalidad A, B y C. A continuación se detallan los diferentes tipos de personalidades.

Personalidad Tipo A: Las personas de este tipo, son impulsivos, impacientes, hostiles, agresivos, hacen las cosas en el menor tiempo posible, todo el tiempo mantienen una actividad permanente. Sus relaciones interpersonales son conflictivas, tienen tendencias dominantes y autoritarias, son personas muy propensas al estrés, aparentemente son más productivos, pero la calidad de su trabajo no es la adecuada.

Personalidad Tipo B: Las personas con patrón de conducta tipo B son lo opuesto a la Tipo A, son en general tranquilos, confiados, relajados, muy rara vez se les ve tensos o con prisa, no son hostiles. Su calidad de trabajo es más óptima.

Personalidad Tipo C: Las personas de conducta tipo C, se presenta en sujetos introvertidos, que guardan su respuesta al estrés, pasivos, resignados, sumisos, conformistas, extremadamente cooperadores, deseosos de la aprobación social.”

En algunos estudios hay autores que sugieren que “las personas que optan por profesiones que ayuden a los demás, generalmente tienen altas necesidades de aprobación y altas expectativas de sí mismos. Su habilidad de ayudar a otros, representa en parte una manera de ganar aprobación social. Tales individuos obtienen gran satisfacción de los resultados de sus tratamientos. En muchas ocasiones, estos individuos mantienen pocas actividades de gratificación distintas a las de su trabajo, por lo cual este se torna en una fuente exclusiva de gratificación.”

3.2.5.3 Patrones de conducta

Según los estudios referentes a los patrones de conducta se enumeran las características personales de sujetos propensos al síndrome de burnout:

- Alta motivación para ayudar: grado de altruismo
- Alto grado de idealismo
- Alto grado de empatía
- Elevado grado de perfeccionismo
- Constancia en la acción
- Baja autoestima
- Reducidas habilidades sociales
- Tendencia a la sobre implicación emocional
- Patrón de conducta de Tipo A
- Locus de control externo
- Baja auto eficacia

Otra característica importante que afecta la reacción al estrés es la flexibilidad, algunos autores aseguran que “la gente flexible tiende a experimentar mayor estrés por asumir mayores exigencias, mientras que las rígidas saben decir NO”. En algunos estudios se ha demostrado que hay una alta correlación entre el burnout y algunos rasgos como la baja autoestima, sentimiento de insuficiencia, disforia y preocupación obsesiva, pasividad, ansiedad social y aislamiento.

3.2.5.4 Locus de control

“Al grado con que el sujeto cree controlar su vida y los acontecimientos que influyen en ella, donde las acciones preventivas pueden tomar lugar”.

“Hay un Locus Interno cuando el sujeto cree que es un factor que puede controlar en una determinada situación de su vida, la Persona asume toda la responsabilidad por lo que el mismo siente. Y Locus Externo cuando una situación está determinada por factores externos ajenos a su control, es decir que en el locus externo la Persona responsabiliza del estado emocional a alguien o algo externo.”

Según estudios realizados, se ha calculado que el mayor porcentaje de la gente en nuestra cultura tiene una orientación de personalidad más externa que interna.

3.2.5.5 Investigaciones realizadas

3.2.5.5.1 Investigación referente al burnout y la personalidad #1

En el año 2001 se realizó la investigación “Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia” por Cebriá, J.; Segura, J.; Corbella, S.; Sos, P.; Comas, O.; García, M.; Rodríguez, C.; Pardo M.J. y Pérez J. a una muestra de 598 médicos de atención primaria pertenecientes a Noventa y tres centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia: Valles Oriental, Valles Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro, España). Se aplicaron los siguientes instrumentos: Cuestionario de datos sociodemográficos generales, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5.

En el estudio participaron 528 médicos, de los que 427 completaron correctamente los cuestionarios administrados. De ellos, 244 eran varones (57,1%) y 183 mujeres (42,9%). En la siguiente tabla se muestra el número de personas que presentaban altos valores de burnout en alguna de sus tres dimensiones. No se evidencian diferencias en cuanto a los resultados discriminando el sexo; en ambos casos se registró más del 40% de incidencia en

cuanto a cansancio emocional o despersonalización. El porcentaje de sujetos con bajos niveles de realización personal era aproximadamente el 30%.

Tabla 19. Número de sujetos y porcentaje de ellos con altos niveles de burnout en alguna de las 3 escalas del MBI (valores altos en CE o en DP y valores bajos en RP)

Escala	Varones	Mujeres
CE	116 (47,5%)	84 (45,9%)
DP	99 (40,6%)	79 (43,2%)
RP	69 (28,3%)	61 (33,3%)

CE: cansancio emocional; DP: despersonalización, y RP: realización personal.

Tomado de: Cebriá et al. (2001) Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia

Se hallaron 53 (12,4%) sujetos que puntuaron elevado en las escalas CE y DP y a la vez que puntuaron bajo en la RP (máximo nivel de burnout), sin diferencias en cuanto a sexos (27 eran varones y 26 mujeres).

Conclusiones:

Los autores hacen referencia al tamaño de la muestra y la homogeneidad sociodemográfica, para obtener resultados fiables en este estudio. Se han hallado correlaciones entre las escalas MBI positivas entre CE y DP y negativas con RP (al igual que en otros estudios). Más de un 40% de los médicos presenta valores altos en cansancio emocional y en despersonalización, así mismo un 30% presenta una percepción de realización profesional baja. Un 12% de los encuestados presenta el máximo nivel del síndrome. No se han detectado diferencias entre hombres y mujeres en cuanto a las escalas del MBI.

Se nota una marcada polaridad entre la muestra, hay sujetos con marcada sintomatología y otros sin ella, pero no hay intermedios. Los autores explican que esto se pueda deber al perfil de personalidad del médico que actúa como mecanismo protector. Respecto al objetivo principal del estudio, se ha observado que ciertas variables de personalidad se mostraban relacionadas con puntuaciones altas en las dos primeras escalas del MBI. Así, las personas con mayor cansancio emocional eran menos estables, más aprensivas y más tensas que aquellas con poco cansancio emocional. Los sujetos con mayor despersonalización eran menos estables, más tensos y más vigilantes que sus colegas poco despersonalizados. Asimismo, los médicos menos realizados eran menos afables y mostraban menor atrevimiento.

De todos los resultados se puede concluir: las variables relacionadas con un grado elevado de ansiedad (los rasgos: poca estabilidad, vigilancia y tensión o la dimensión ansiedad) se muestran asociadas positivamente al cansancio emocional y a la despersonalización. Es importante destacar la correlación entre la dimensión ansiedad y niveles elevados de burnout. Los datos obtenidos confirman otros estudios que encontraron que los sujetos con burnout eran emocionalmente más inestables.

Dado que la ansiedad favorecerá el burnout profesional, parece importante, tal como se ha señalado en otros estudios, mejorar las estrategias de afrontamiento de los profesionales de la salud que permitan optimizar la gestión emocional, especialmente la reducción de la ansiedad. Se plantea la posibilidad de que los hallazgos de esta investigación se enmarquen en un modelo circular, donde el estrés crónico sería causa pero también consecuencia de los perfiles de personalidad encontrados. Así, maneras de ser más inestables y ansiosas presentarían síntomas de estrés que a su vez retroalimentarían y agravarían los rasgos de personalidad más ligados a la ansiedad.

3.2.5.5.2 Investigación referente al burnout y la personalidad #2

En el año 2004 se realizó la investigación “Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad” por Hernández Zamora, G. Lastenia y Olmedo Castejón, Encarnación a una muestra de 222 personas, pertenecientes al personal sanitario del Complejo Hospitalario de la Seguridad Social “Ntra. Sra. de la Candelaria” de Santa Cruz de Tenerife. Los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de Burnout para Enfermería (CBE) de Hernández y Olmedo, E-N, de Pelechano, LUCAM, de Pelechano y Báguena, cuestionario R-3 de Pelechano

En este estudio se toman en cuenta algunas variables que no se habían analizado anteriormente, como por ejemplo el Locus. El locus de control se presenta como una característica relativamente estable (Rotter, 1966) que actúa como modulador de la respuesta de estrés (Peiró y Salvador, 1993). Las personas con locus interno asumen que las decisiones y acciones personales influyen en sus consecuencias, los locus de control externo consideran que dependemos del destino y/o la suerte. En el plano profesional, los externos presentan mayor insatisfacción laboral, más estrés y se queman más.

Para este estudio se han planteado cinco objetivos específicos:

1. Relaciones positivas entre el neuroticismo, el cansancio emocional y la despersonalización.
2. Relaciones positivas entre los factores del “estar quemado” y el locus de control externo.
3. Relaciones positivas entre el patrón de conducta tipo A y el “estar quemado”.
4. Relaciones positivas entre la variable rigidez y el síndrome que nos ocupa.
5. Alguna relación entre el “estar quemado” y la variable de personalidad extraversión

De la muestra 187 son mujeres (84.8%) y 35 son varones (15.2%). La edad se encuentra comprendida entre los 20 y los 60 años, y con una edad media de 32.7 años.

Conclusiones:

Los autores mencionan que los resultados encontrados en esta investigación en parte van en la misma línea que otros estudios anteriores, pero por otro lado se contradicen con estos. Por un lado los resultados indican que las personas que puntúan alto en neuroticismo presentan menor cansancio emocional y menor despersonalización, así mismo no presentan relaciones con el factor de segundo orden que recoge a los factores de primer orden y al que denominamos burnout total. Por lo que se refiere a la extraversión no se encontró ninguna relación entre ella y los factores del “estar quemado”.

En relación a la variable locus de control se encontraron relaciones positivas entre el factor de primer orden denominado despersonalización y el factor de locus de control externo que hace referencia a la no aceptación de responsabilidad sobre los propios actos como forma de conservar en todo momento un concepto positivo de sí mismo. Este resultado sí va en la línea de los planteados mayoritariamente en la literatura al respecto, en el plano profesional los externos presentan mayor insatisfacción laboral, mayor despersonalización, más estrés y se “queman” más.

En cuanto al patrón de conducta tipo A , se encontraron relaciones positivas entre los factores de segundo orden de ambas escalas, relaciones entre el factor al que se denominó "burnout total" y que agrupa a los tres factores de primer orden que explican el constructo

(cansancio emocional, despersonalización clima laboral y realización personal) y el factor de segundo orden denominado patrón A y que recoge, también, a las tres características del patrón A (competitividad, impaciencia e implicación laboral). Estos resultados aparecen en algunos trabajos donde se afirma que las personas con patrón A aumentan su probabilidad de exposición a estresores, sobre todo si estos estresores afectan al plano laboral, presentan más cansancio emocional, más despersonalización, en definitiva, se “queman” más que los patrones B.

Finalmente no se encontraron las relaciones esperadas entre los factores de rigidez y los factores del “estar quemado”. La hipótesis planteada para la investigación hacía referencia a relaciones positivas entre la variable rigidez y estar quemado, pero no se logró hallar prueba de ello.

4 Metodología

El proyecto de investigación en el que se trabajó, estuvo centrado en el tema “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Oncológico SOLCA, núcleo Quito”

Breve reseña histórica del lugar donde se realizó el estudio

Con domicilio principal en la ciudad de Guayaquil, fue constituida la Sociedad de Lucha contra el Cáncer del Ecuador, SOLCA, el 7 de diciembre de 1951. SOLCA, núcleo de Quito, inicia sus actividades en el antiguo local del anfiteatro de la Facultad de Medicina de la Universidad Central, en agosto de 1996 se inicia la construcción del nuevo hospital y en enero del 2000, el hospital Oncológico Solón Espinosa Ayala abre sus puertas con una atención integral. Actualmente tiene 58 años de existencia y brinda a la sociedad ecuatoriana programas de prevención, diagnóstico, tratamiento y cuidado paliativo de una de las patologías más graves que padece el ser humano.

Misión

“Conducir en su jurisdicción la lucha contra el cáncer, a través de la promoción, educación, prevención, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, con el fin de disminuir la mortalidad y brindarle una mejor calidad de vida al paciente”.

Visión

“Mantenerse como una Institución moderna, modelo y líder en la lucha contra el cáncer, de reconocido prestigio, confianza y credibilidad; por su alta especialización, su elevado nivel científico y tecnológico; por su excelencia en el servicio y atención al paciente, por su gestión transparente, su actividad docente; y por su contribución a la formulación de políticas y normas sobre la materia para la preservación de la salud pública”

El hospital cuenta con los siguientes departamentos:

- Pre-consulta
- Medicina Interna

- Oncología Clínica
- Gastroenterología
- Pediatría Oncológica
- Neumología
- Psiquiatría
- Cuidados Intensivos
- Cuidados Paliativos
- Departamento de Imagenología
- Departamento de Medicina Nuclear
- Departamento de Radio oncología
- Departamento de Cirugía

4.1 Diseño de la investigación

El proyecto de investigación “Identificación del Burnout en Profesionales de Salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador”, se llevo a cabo en el Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala”, Hospital SOLCA Quito, institución que tiene como principal objetivo la conducción de la lucha contra el cáncer en todo el país.

El objetivo de la investigación fue identificar la existencia del “Síndrome de Burnout” en el personal perteneciente al equipo médico y de enfermería del Hospital SOLCA, Quito-Ecuador, levantar información e indagar sobre la presencia de este fenómeno, conocer y profundizar en el significado, causas, características, síntomas, consecuencias, variables, prevención, estrategias de afrontamiento, apoyo social y personalidad. Obtener información que proporcione a los directivos de la organización contar con datos que les permita tomar acciones y decisiones que ayuden a mejorar la calidad de vida de sus profesionales y por lo tanto mejorar los objetivos y resultados de su Institución.

Esta investigación posee las siguientes características:

Es cuantitativa: Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados

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

Es transversal: Se centra en analizar cual es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir, en un punto en el tiempo.

Es descriptiva: Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas, para así describir lo que se investiga.

4.2 Participantes

La muestra objeto de este estudio fue de 30 participantes, 15 médicos independiente de la especialidad y 15 enfermeras, profesionales que están en servicio activo en el Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala”, Hospital SOLCA, Quito “Sociedad de Lucha contra el cáncer”.

Médicos, 8 hombres, 7 mujeres; edad promedio 29 años; 7 solteros, 8 casados; tipo de contrato 12 plazo fijo, 2 eventuales y 1 ocasional; el mayor porcentaje en turnos rotativo y nocturno.

Enfermeros, 3 hombres, 12 mujeres; edad promedio 34 años; 6 solteros, 7 casados, 1 viudo y 1 unión libre; tipo de contrato indefinido y plazo fijo; el mayor porcentaje en tunos rotativo, matutino y vespertino.

Si bien la muestra no es representativa, es con la que se trabajo en la recolección de datos y facilitó cumplir con la investigación requerida.

4.3 Instrumentos

Los instrumentos aplicados detallados a continuación, son los que permitieron obtener la información solicitada para la investigación y conseguir los objetivos establecidos:

Cuestionario Sociodemográfico y laboral: Busca recolectar datos personales y laborales, su objetivo es levantar datos relativos a sus características, socioeconómicas y laborales.

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI): Es el instrumento más usado, consta de 22 de preguntas que miden la prevalencia del Síndrome de Burnout, permite valorar sentimientos y pensamientos acerca del trabajo y los valora por medio de las 3 dimensiones propuestas por la autora: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28): Cuestionario de 28 ítems, cuyo objetivo es evaluar el estado de salud general del individuo y determinar las alteraciones de la función normal mediante 4 escalas: Síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social, depresión grave.

La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE): Es una escala multidimensional, consta de 28 ítems, evalúa los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles.

Cuestionario MOS de Apoyo Social: Consta de 20 ítems, que se utiliza para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer 4 dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido): Apoyo emocional, apoyo material o instrumental, relaciones sociales de ocio o distracción, apoyo efectivo.

Cuestionario revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A: Cuestionario de 24 ítems, evalúa la personalidad del individuo mediante 4 factores: Neuroticismo, extraversión, psicoticismo, sinceridad.

4.4 Recolección de datos

A continuación se detalla los pasos que se siguieron para la realización de la investigación:

1. Identificar Hospitales y Centros de Salud en el que se pueda realizar la investigación.
2. Realizar una solicitud al Director del Centro a aplicar, en el que se solicitó colaboración para llevar a cabo el proyecto de investigación, se expuso el objetivo, alcance del mismo, beneficios; se adjunto carta de la Universidad y carta personal.

- 3.** Reunión con el Jefe de Docencia del Hospital, para exponer y explicar en qué consiste el trabajo a ejecutarse, propósito, instrumentos a aplicarse, tiempo, beneficios. Indicar que de los resultados obtenidos se entregará retroinformación individual a cada médico y enfermeros, a través de la entrega de un Informe Psicológico, adicional informe general que se entregará a la Institución para su conocimiento y acciones internas.
- 4.** Obtención de la aprobación del Hospital y designación de los profesionales de contacto con los que se coordinaría el proyecto de investigación, el grupo a encuestar y el mecanismo a seguir.
- 5.** Reunión con 2 profesionales delegados coordinadores de los médicos, a los que se expuso al detalle en qué consistía la investigación, cuál era el propósito, cuantos instrumentos se entregaría para el levantamiento de información, como serán administrados los datos levantados, indicaciones de la manera correcta de llenarlo, el tiempo promedio que dura el llenar los mismos, las alternativas para ejecutar la aplicación: presencial (recalcando que era lo más óptimo, por la observación en campo, atención de consultas y resultados), si el trabajo no les permitía se podía entregar los físicos y acordar un tiempo de entrega. Solicitar el detalle de los médicos a los que se aplicaría, indicando que era voluntario y se procedería con los que acepten (no se explico el propósito específico de cada instrumento, para no condicionar las respuestas y no afectar los resultados)
- 6.** Reunión con la Jefe de Enfermeras a la que se expuso al detalle en qué consistía la investigación, cuál era el propósito, cuantos instrumentos se entregaría para el levantamiento de información, como serán administrados los datos levantados, indicaciones de la manera correcta de llenarlo, el tiempo promedio que dura el llenar los mismos, las alternativas para ejecutar la aplicación: presencial (recalcando que era lo más óptimo, por la observación en campo, atención de consultas y resultados), si el trabajo no les permitía se podía entregar los físicos y acordar un tiempo de entrega. Solicitar el detalle de los enfermeros (as) a los que se aplicaría, indicando que era voluntario y se procedería con los que acepten (no se explico el propósito específico de cada instrumento, para no condicionar las respuestas y no afectar los resultados)

7. Se decidió que por el tiempo limitado que disponía el personal de salud, se les entregue los físicos.
8. En el caso de los médicos, los coordinadores (2), serían quienes les entreguen los sobres y les expliquen sobre el tema y el cómo llenar los instrumentos.
9. En el caso de los enfermeros, se acordó con la Jefe de Enfermeros una reunión para la siguiente semana (martes), en la que estaría concentrado el personal y se explicaría el objetivo del proyecto, beneficios, forma de llenar y los instrumentos a aplicarse (reunión realizada)
10. Se imprimió 30 juegos de los Instrumentos a aplicarse
11. Se armaron 30 sobres individuales
12. Se entregó los sobres individuales con los físicos a los 2 coordinadores de los médicos y la jefa de enfermeros.
13. Se proporcionó mi número de teléfono en caso de requerir realizar alguna consulta.
14. Se acordó la entrega en 4 días.
15. De la revisión de los instrumentos físicos, existieron 3 casos en que se presentó inconsistencias en el registro, con los que hubo un acercamiento personal con los profesionales para aclarar y solventar inquietudes.
16. Se obtuvo completo los 6 instrumentos, de los 30 profesionales encuestados.

5 Resultados obtenidos

En este apartado, se han registrado todas las tablas y gráficos obtenidos, a partir de los resultados de los instrumentos aplicados, en el orden establecido:

- Tablas de Médicos sin Burnout
- Tablas de Médicos con Burnout
- Tablas de Enfermeros(as) sin Burnout
- Tablas de Enfermeros(as) con Burnout
- + Resultados Cuestionario Sociodemográfico y Laboral
- + Resultados Cuestionario MBI
- + Resultados Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)
- + Resultados Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)
- + Resultados Cuestionario MOS de Apoyo Social
- + Resultados Cuestionario de Personalidad EPQR-A

5.1 Médicos sin burnout

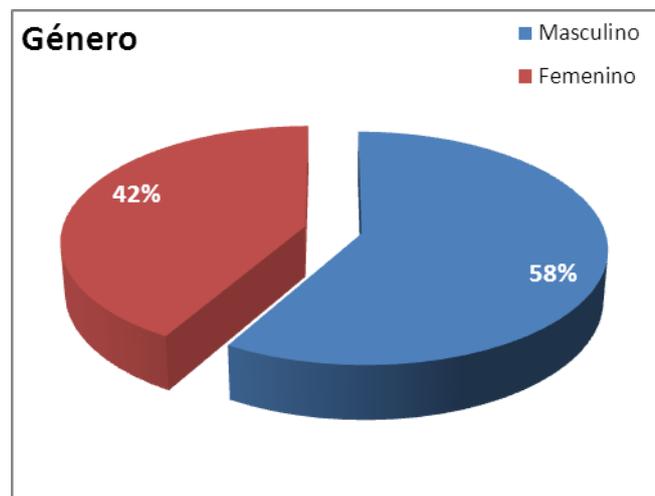
5.1.1 Resultados del Cuestionario Sociodemográfico y Laboral (Médicos sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Tabla 20: Género (Médicos sin burnout)

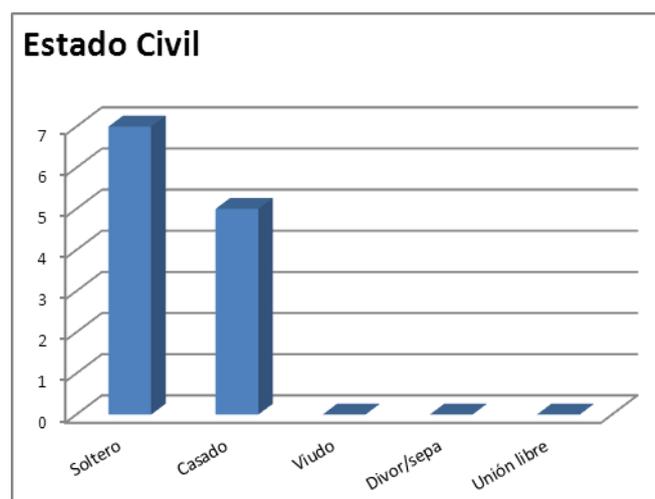
Género	Número	%
Masculino	7	58,33
Femenino	5	41,67
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al género se clasifica en: 58.33% al género masculino y 41.67% al género femenino.

Tabla 21: Estado civil (Médicos sin burnout)

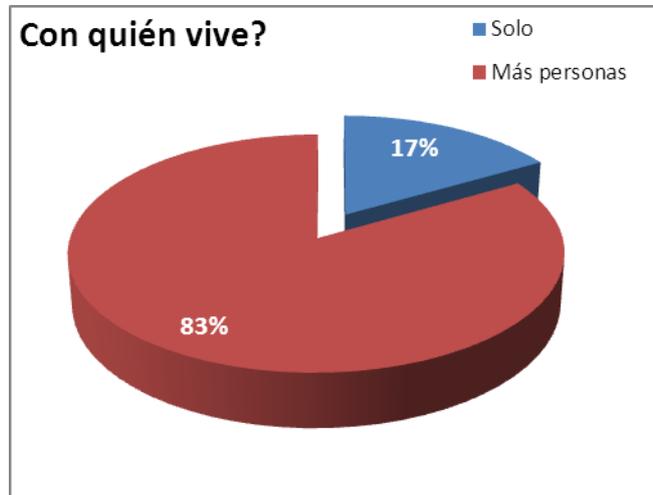
Estado	Número	%
Soltero	7	58,33
Casado	5	41,67
Viudo	0	0,00
Divor/sepa	0	0,00
Unión libre	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Estado Civil está clasificado en: 58.33% solteros y 41.67% casados.

Tabla 22: Con quién vive? (Méd. sin burnout)

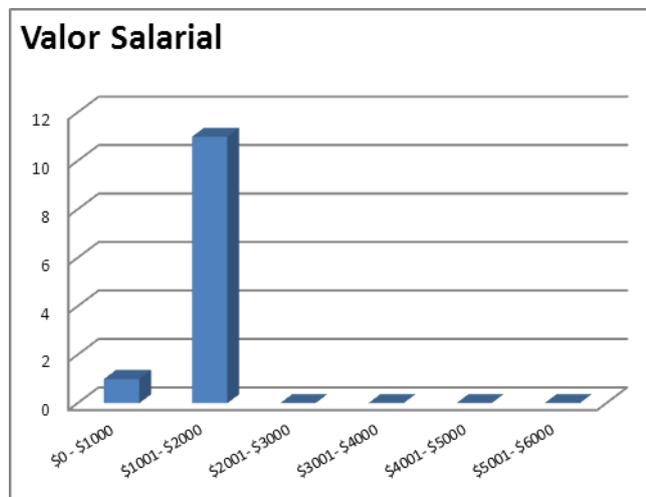
Con quién?	Número	%
Solo	2	16,67
Más personas	10	83,33
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a ¿Con quién vive? Está clasificado en: 16.67% solo y 83.33% con más personas.

Tabla 23: Valor salarial (Médicos sin burnout)

Valor	Número	%
\$0 - \$1000	1	8,33
\$1001- \$2000	11	91,67
\$2001- \$3000	0	0,00
\$3001- \$4000	0	0,00
\$4001- \$5000	0	0,00
\$5001- \$6000	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a Valor Salarial, este se clasifica en: 8.33% hasta \$ 1000 USD y 91.67% entre \$ 1000 y \$ 2.000 USD.

Tabla 24: Tipo de trabajo (Méd. sin burnout)

Tipo de trabajo	Número	%
Completo	12	100,00
Parcial	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a Tipo de Trabajo. Está clasificado en: 100.00% Tiempo Completo.

Tabla 25: Sector de trabajo (Méd. sin burnout)

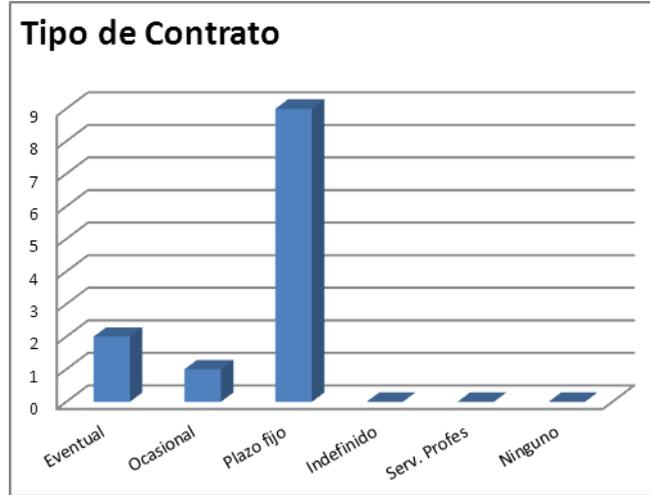
Sector	Número	%
Público	0	0,00
Privado	12	100,00
Ambos	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Sector de Trabajo. Está clasificado en: 100.00% en el Sector Privado.

Tabla 26: Tipo de contrato (Méd. sin burnout)

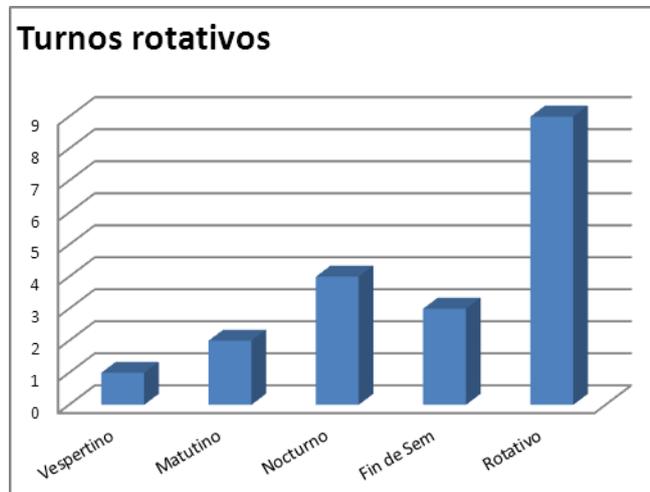
Tipo	Número	%
Eventual	2	16,67
Ocasional	1	8,33
Plazo fijo	9	75,00
Indefinido	0	0,00
Serv. Profes	0	0,00
Ninguno	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Tipo de Contrato. Está clasificado en: 16.67% con Contrato Eventual y 8.33% con Contrato Ocasional.

Tabla 27: Turnos rotativos (Méd. sin burnout)

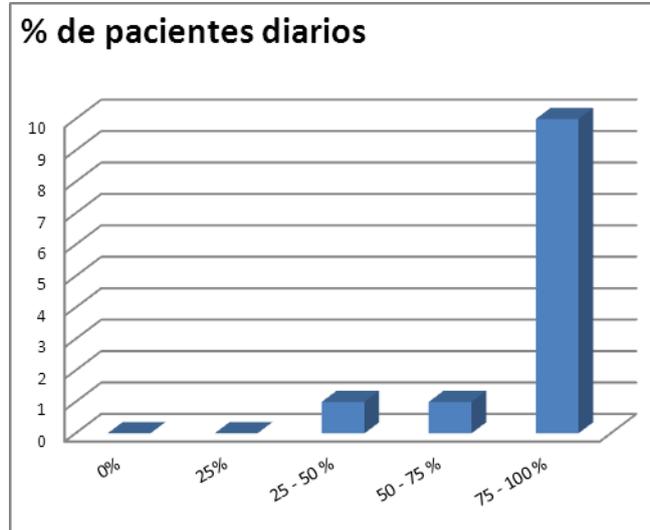
Turno	Número	%
Vespertino	1	5,26
Matutino	2	10,53
Nocturno	4	21,05
Fin de Sem	3	15,79
Rotativo	9	47,37
Total	19	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a Turnos Rotativos. Está clasificado en: 5.26% turno Vespertino; 10.53% turno Matutino; 21.05% Nocturno; 15.79% Fin de Semana; concentrándose el mayor porcentaje con el 47.37% turno Rotativo.

Tabla 28: % pacientes diarios (Médicos sin burnout)

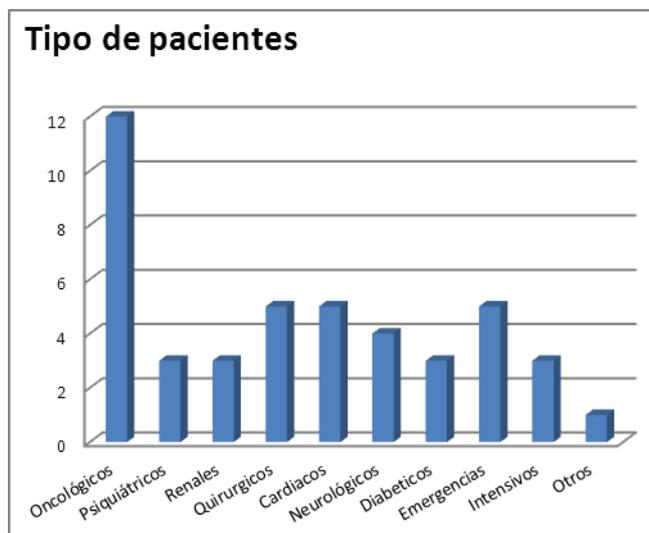
Porcentaje	Número	%
0%	0	0,00
25%	0	0,00
25 - 50 %	1	8,33
50 - 75 %	1	8,33
75 - 100 %	10	83,33
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos, 8.33% de ellos atienden entre el 25% y 50% de los pacientes presentados diariamente. 8.33% de los médicos atienden entre el 50% y 75% de estos y 83.33% atienden entre el 75% y 100% de estos.

Tabla 29: Tipo de pacientes (Médicos sin burnout)

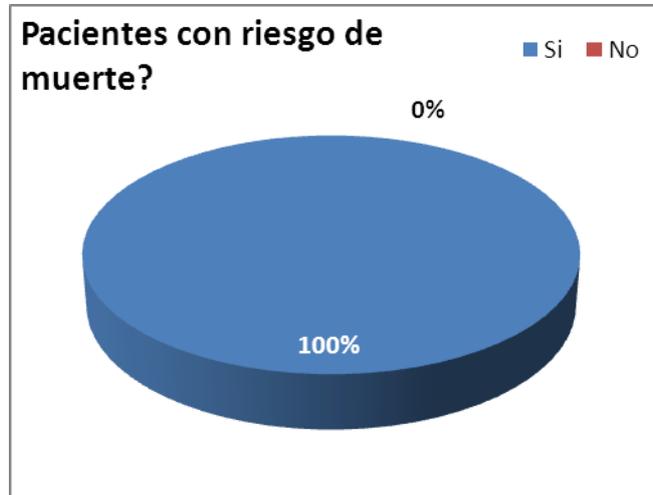
Tipo	Número	%
Oncológicos	12	27,27
Psiquiátricos	3	6,82
Renales	3	6,82
Quirúrgicos	5	11,36
Cardiacos	5	11,36
Neurológicos	4	9,09
Diabéticos	3	6,82
Emergencias	5	11,36
Intensivos	3	6,82
Otros	1	2,27
Total	44	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Tipo de Pacientes. Está clasificado en: el que más magnitud tiene es el de Oncológicos con el 27.27% continuando con los Quirúrgicos, Cardiacos y Emergencias, con el 11.36%.

Tabla 30: Atiende a pacientes con riesgo de muerte? (Méd. sin burnout)

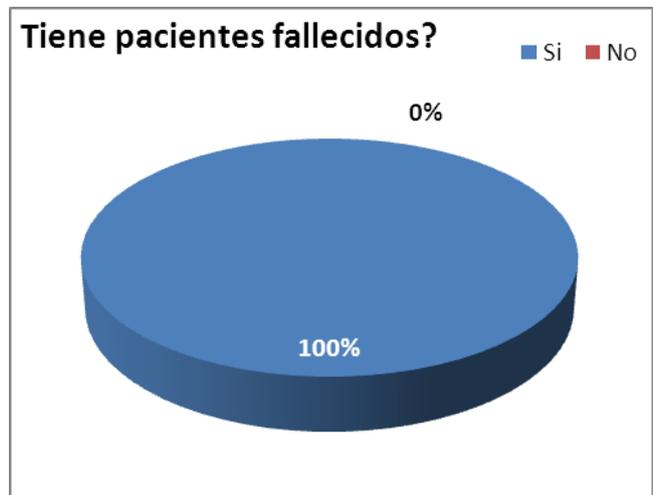
Pacientes con riesgo de muerte?	Número	%
Si	12	100,00
No	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Atender Pacientes con Riesgo de Muerte. Está clasificado en: 100.00% en que todos atienden a pacientes con riesgos de muerte.

Tabla 31: Tiene pacientes que hayan fallecido? (Méd. sin burnout)

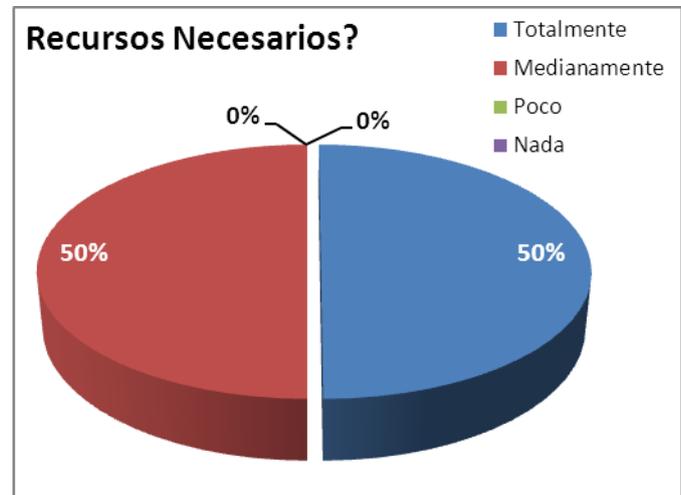
Pacientes fallecidos	Número	%
Si	12	100,00
No	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a Pacientes Fallecidos. Está clasificado en: 100.00% en que todos tienen pacientes fallecidos.

Tabla 32: Cuenta con los recursos necesarios? (Méd. sin burnout)

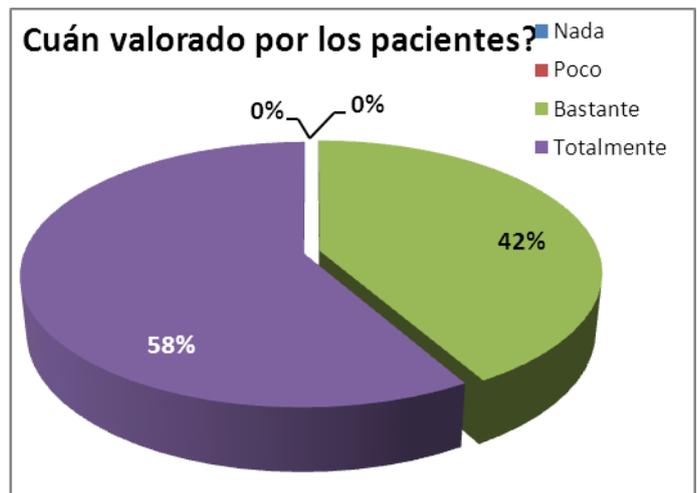
Tiene recursos necesarios?	Número	%
Totalmente	6	50,00
Medianamente	6	50,00
Poco	0	0,00
Nada	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a Recursos Necesarios. Está clasificado en: 50.00% de Totalmente Recursos Necesarios y el otro 50.00% de Medianamente Recursos Necesarios.

Tabla 33: Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Méd. sin burnout)

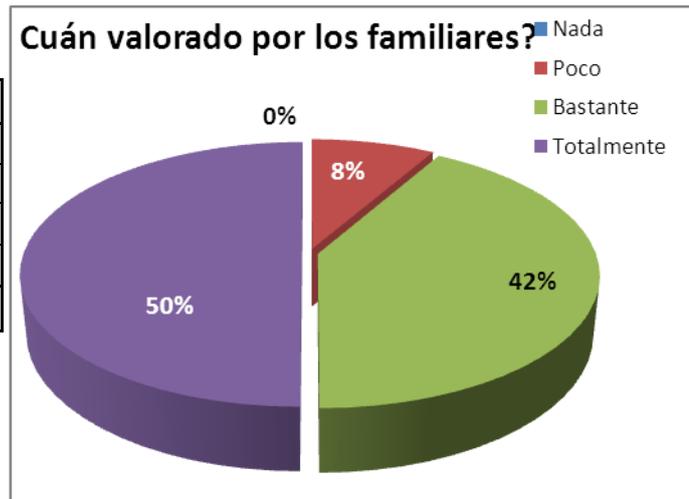
Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	5	41,67
Totalmente	7	58,33
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? Está clasificado en: 58.33% Totalmente Valorado y el 41.66% Bastante Valorado, lo cual es excelente porque existe la valoración de la red social demuestra apoyo afectivo, destacando el apoyo emocional.

Tabla 34: Cuán valorado por los familiares de pacientes? (Méd. sin burnout)

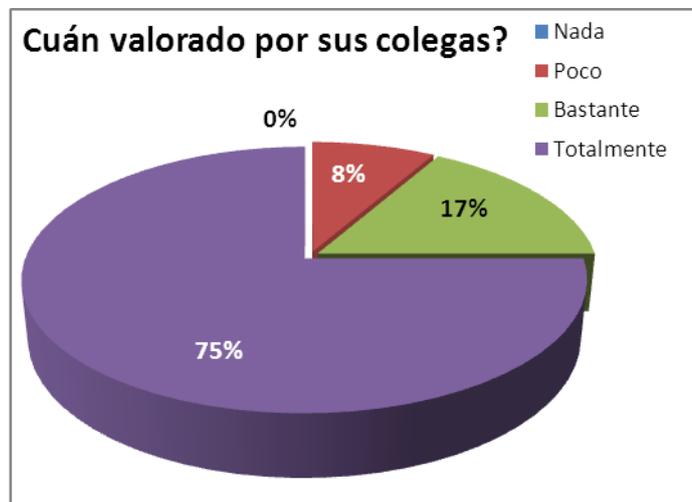
Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	8,33
Bastante	5	41,67
Totalmente	6	50,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? Está clasificado en: 50.00% Totalmente Valorado; el 41.66% Bastante Valorado y el 8.33% Poco Valorado. El mayor porcentaje tiene un alto grado de apoyo social real y percibido, existe valoración positiva de la red social, lo cual reduce el estrés y amortigua el impacto de las situaciones adversas diarias.

Tabla 35: Cuán valorado se siente por sus colegas? (Méd. sin burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	8,33
Bastante	2	16,67
Totalmente	9	75,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus colegas? Está clasificado en: 75.00% Totalmente Valorado; el 16.67% Bastante Valorado y el 8.33% Poco Valorado. El mayor porcentaje tiene un alto grado de apoyo social, permitiendo tener un afrontamiento adaptativo ante situaciones adversas, existe muy buena comunicación interpersonal y esto conlleva a tener ayuda instrumental, significando un mecanismo protector para no generar burnout.

Tabla 36: Cuán valorado se siente por los directivos? (Méd. sin burnout)

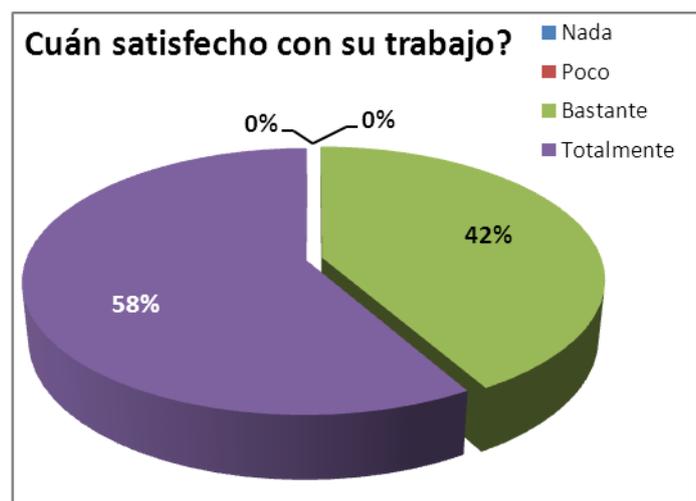
Cuán valorado	Número	%
Nada	1	8,33
Poco	3	25,00
Bastante	3	25,00
Totalmente	5	41,67
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución? Está clasificado en: 41.67% Totalmente Valorado; el 25.00% Bastante Valorado; el 25.00% Poco Valorado y el 8.33% Nada de Valorado. La mayoría indica que se encuentra valorado, esto puede indicar que la Institución se preocupa por su personal, por los materiales que provee, generando una evaluación positiva y compromiso. Se sugiere que la Institución revise el tema de comunicación y de interacción social, con el fin de incrementar el nivel de satisfacción, seguridad y pertenencia.

Tabla 37: Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Méd. sin burnout)

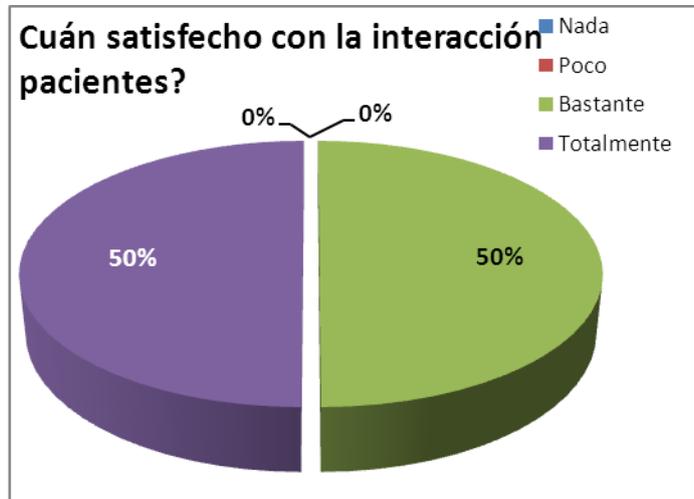
Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	5	41,67
Totalmente	7	58,33
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? Está clasificado en: 58.33% Totalmente Satisfecho; y el 41.67% Bastante Satisfecho. Los resultados demuestran que se sienten a gusto con lo que realizan, esto disminuye el estrés, ayuda a la salud y evita el burnout.

Tabla 38: Cuán satisfecho con la interacción de pacientes? (Méd. sin burnout)

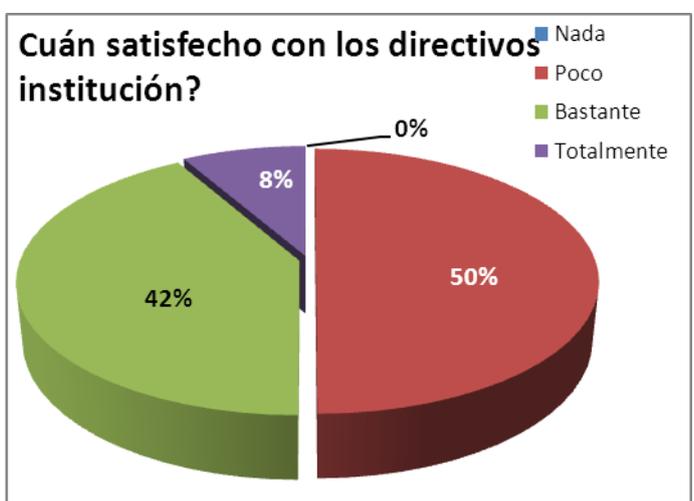
Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	6	50,00
Totalmente	6	50,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? Está clasificado en: 50.00% Totalmente Satisfecho; y el 50.00% Bastante Satisfecho. Los resultados indican que no existe despersonalización, por lo tanto tiene actitudes positivas hacia los demás, se siente motivado con lo que hace, demuestra actitud de servicio y empatía.

Tabla 39: Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos? (Méd. sin burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	6	50,00
Bastante	5	41,67
Totalmente	1	8,33
Total	12	100,00

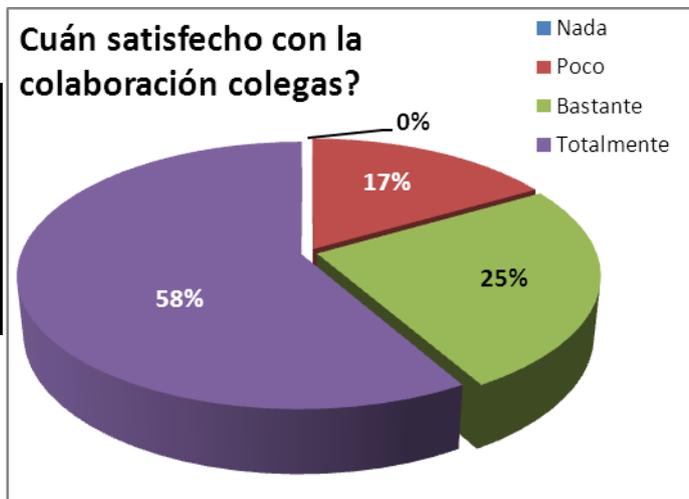


Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con el apoyo de los directivos de su institución? Está clasificado en: 50.00% Poco Satisfecho; 41.67% Bastante Satisfecho y el 8.33% Totalmente Satisfecho. Si bien un porcentaje siente el apoyo, un número considerable de la muestra no, por lo que la Institución debe revisar que debe mejorar. Se sugiere realizar actividades que permitan expresar a los profesionales cuáles son sus necesidades y expectativas para conseguir

incrementar la satisfacción de sus colaboradores.

Tabla 40: Cuán satisfecho con la colaboración entre colegas? (Méd. sin burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	2	16,67
Bastante	3	25,00
Totalmente	7	58,33
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho está con colaboración entre colegas de su institución? Está clasificado en: 58.33% Totalmente Satisfecho; 25.00% Bastante Satisfecho y el 16.67% Poco Satisfecho. Las buenas interacciones sociales, demuestran un buen apoyo social, lo que significa un gran soporte para afrontar adversidades, creando un grado de seguridad.

Tabla 41: Cuán satisfactoria es su experiencia profesional? (Méd. sin burnout)

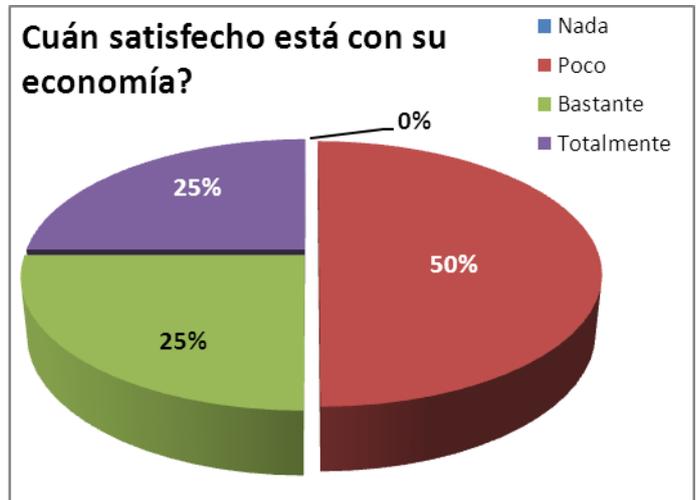
Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	8,33
Bastante	7	58,33
Totalmente	4	33,33
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? Está clasificado en: 58.33% Bastante Satisfecho; el 33.33% Totalmente Satisfecho; y el 8.33% Poco Satisfecho. Estos resultados demuestran que la mayoría tiene un alto porcentaje de realización personal, es decir se sienten satisfechos con el trabajo realizado y con los resultados obtenidos.

Tabla 42: Cuán satisfecho está con su economía? (Méd. sin burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	6	50,00
Bastante	3	25,00
Totalmente	3	25,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho está con su economía? Está clasificado en: 50.00% Poco Satisfecho; el 25.00% Totalmente Satisfecho; y el 25.00% Bastante Satisfecho.

El mayor porcentaje no está satisfecho con su economía, lo que puede generar estrés, síntomas psicossomáticos y ansiedad.

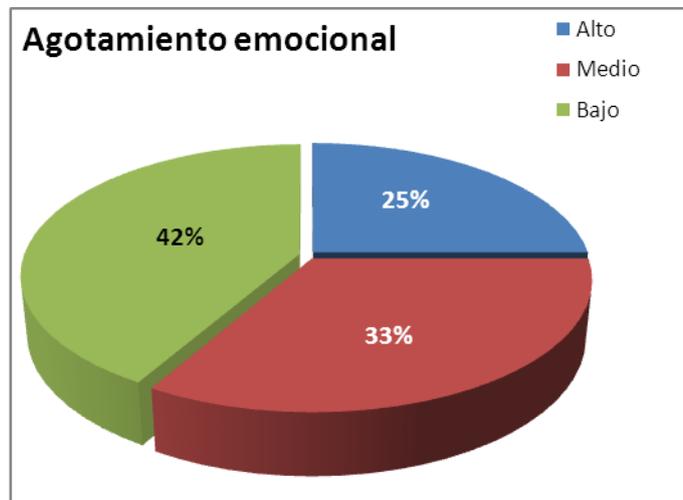
5.1.2 Resultados del Cuestionario MBI (Médicos sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla 43: Agotamiento emocional
(Médicos sin burnout)

Nivel	Número	%
Alto	3	25,00
Medio	4	33,33
Bajo	5	41,67
Total	12	100,00



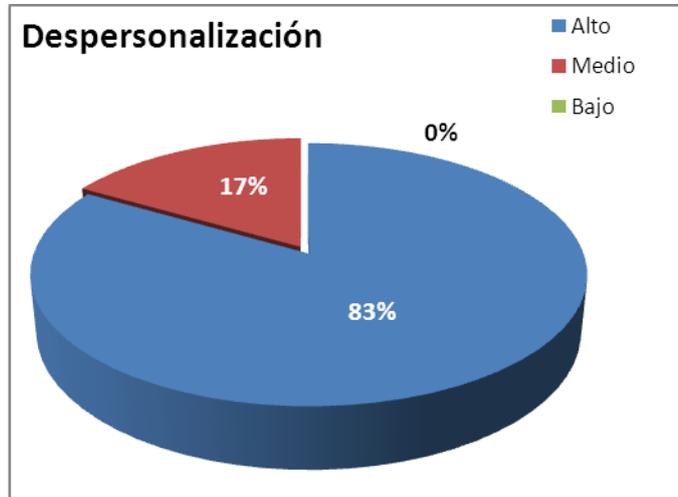
Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Agotamiento Emocional. Está clasificado en: 41.67% Alto nivel en Agotamiento Emocional; el 33.33% Medio nivel en Agotamiento Emocional; y el 25.00% Bajo nivel en Agotamiento Emocional.

El agotamiento emocional es el más vulnerable en ambos sexos, por lo que se debe tomar acciones que permitan bajar los niveles de agotamiento emocional, como: Trabajar con un equipo interdisciplinario con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda.

Aplicar técnicas cognitivas que permitan re-evaluar las situaciones estresantes, solicitar a la organización espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas. Es necesario que la Institución revise permanentemente la estructura del trabajo, el clima laboral, por cuanto cada vez se confirma que la fuente donde se genera el burnout es en el trabajo y no en el individuo.

Tabla 44: Despersonalización
(Médicos sin burnout)

Nivel	Número	%
Alto	10	83,33
Medio	2	16,67
Bajo	0	0,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la Despersonalización. Está clasificado en: 83.33% Bajo nivel en Despersonalización; y el 16.67% Medio en Despersonalización.

Si bien el porcentaje es bajo en despersonalización, es necesario tomar acciones inmediatas que permitan identificar que está causando esas actitudes de distanciamiento, irritabilidad hacia los demás y esa falta de motivación en el trabajo

Tabla 45: Realización personal
(Médicos sin burnout)

Nivel	Número	%
Alto	0	0,00
Medio	0	0,00
Bajo	12	100,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la realización Personal. Está clasificado en: 100.00% alto nivel en Realización Personal.

Los resultados obtenidos son excelentes, por cuanto el sentirse satisfechos sobre lo que hacen, que les guste su trabajo, les proporciona motivación para seguir adelante con la misma fuerza y energía, creando una protección contra el estrés y evitando el burnout.

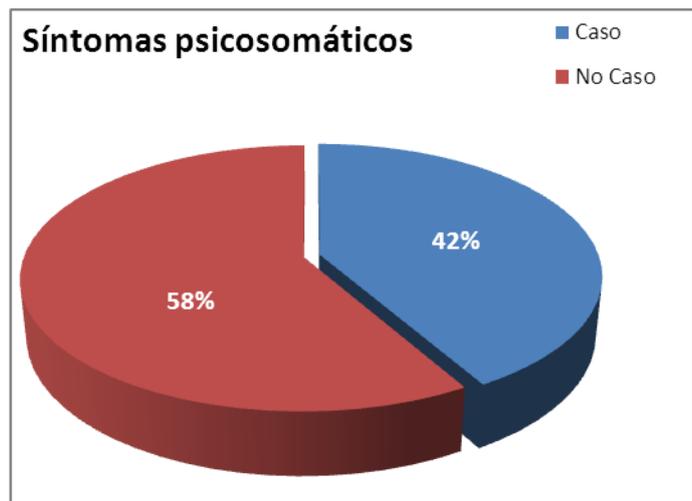
5.1.3 Resultados del Cuestionario de Salud Mental (Médicos sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)

Tabla 46: Síntomas psicossomáticos
(Médicos sin burnout)

Estado	Número	%
Caso	5	41,67
No Caso	7	58,33
Total	12	100,00

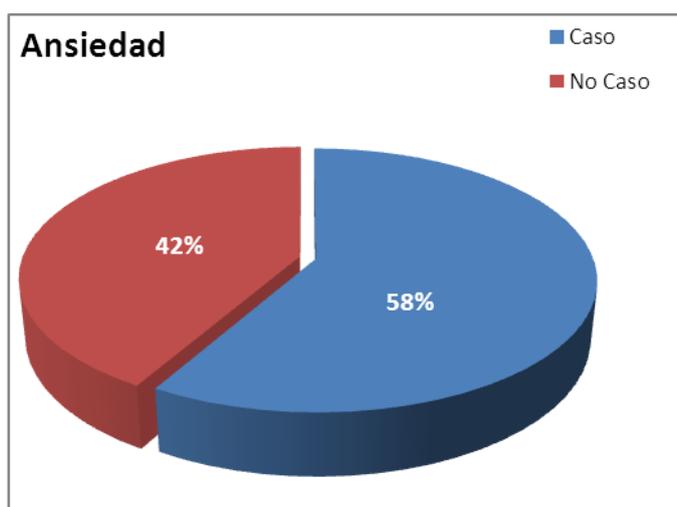


Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a los Síntomas Psicossomáticos. Está clasificado en: 58.33% en un estado de “NO CASO” y el 41.67% en un estado “CASO”.

Se evidencia síntomas psicossomáticos en un alto porcentaje, lo cual demuestra que el personal está estresado, por lo tanto tiene dolores de cabeza, cansancio y esto conlleva a tomar acciones inmediatas que permitan disminuir el estrés, como: estrategias de resolución de problemas, estrategias de regulación emocional, se sugiere realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones.

Tabla 47: Ansiedad (Médicos sin burnout)

Estado	Número	%
Caso	7	58,33
No Caso	5	41,67
Total	12	100,00

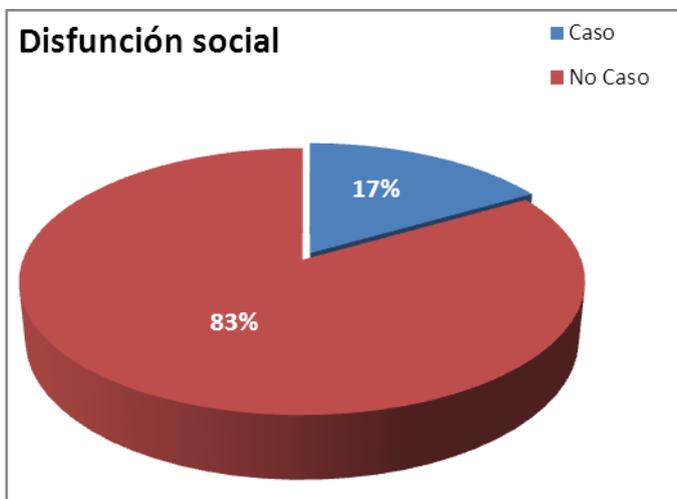


Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la Ansiedad. Está clasificado en: 58.33% en un estado de "CASO" y el 41.67% en un estado "NO CASO".

En lo que es salud general se evidencia un alto porcentaje de ansiedad, ocasionando dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, preocupación, afectando la salud y bienestar del individuo por lo que se requiere tomar acciones urgentes que permitan disminuir el estrés, como: Trabajar con un equipo interdisciplinario, con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda, estrategias de resolución de problemas, identificar que produce la situación, solicitar a la organización espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas, realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones.

Tabla 48: Disfunción social (Médicos sin burnout)

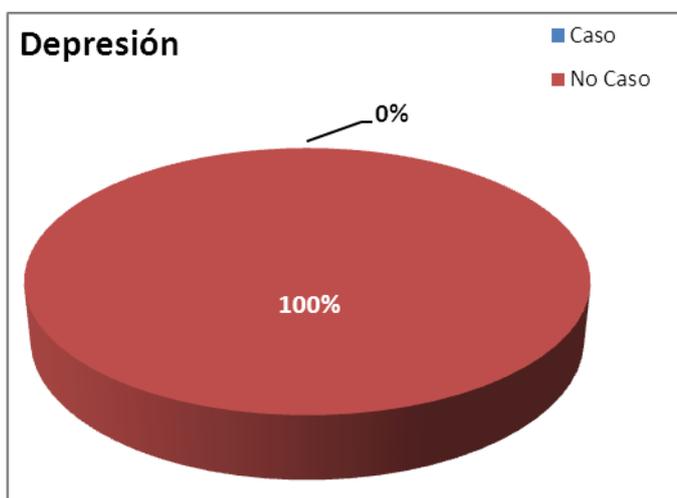
Estado	Número	%
Caso	2	16,67
No Caso	10	83,33
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la Disfunción Social. Está clasificado en: 83.33% en un estado de “NO CASO” y el 16.67% en un estado “CASO”. Si bien es un porcentaje menor el que se encuentra en estado caso, es indispensable revisar que está causando esos sentimientos negativos, falta de concentración e inconformidad por las tareas diarias que ejecuta, se sugiere realizar más actividades con amigos, familiares, tener más interacción social.

Tabla 49: Depresión (Médicos sin burnout)

Estado	Número	%
Caso	0	0,00
No Caso	12	100,00
Total	12	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la Depresión. Está clasificado en: 100.00% en un estado de “NO CASO”.

Este resultado de “NO CASO” es muy positivo, es decir que no hay indicios de este síntoma que es muy delicado y si no se trata a tiempo puede ser de riesgo para el individuo.

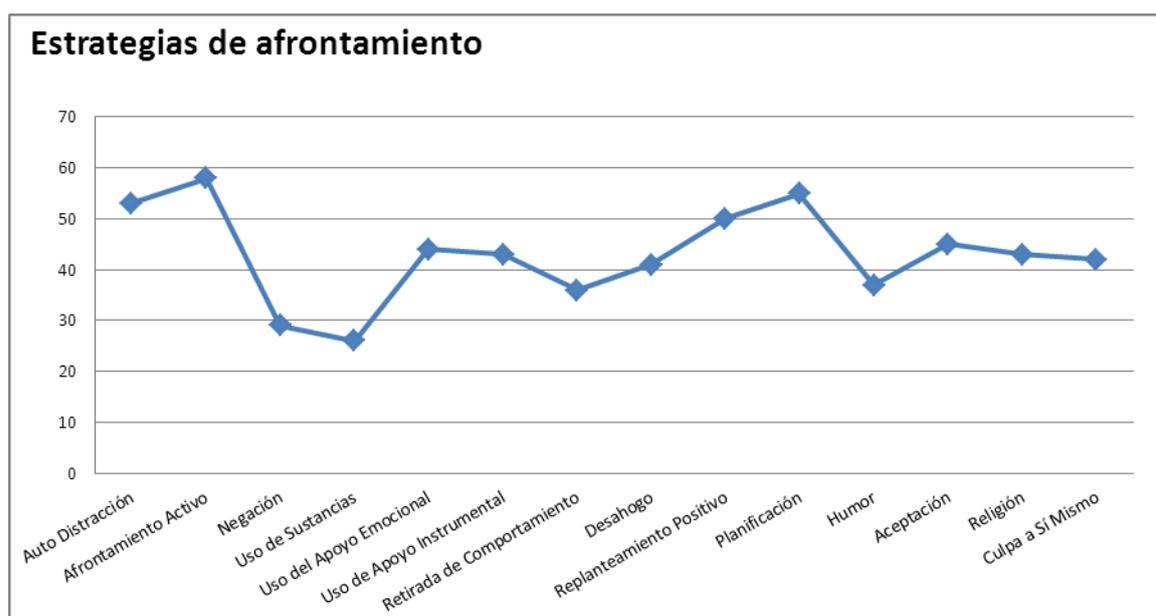
5.1.4 Resultados del Cuestionario de Afrontamiento (Médicos sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Tabla 50: Estrategias de afrontamiento (Médicos sin burnout)

Estrategia	SUM
Auto Distracción	53
Afrontamiento Activo	58
Negación	29
Uso de Sustancias	26
Uso del Apoyo Emocional	44
Uso de Apoyo Instrumental	43
Retirada de Comportamiento	36
Desahogo	41
Replanteamiento Positivo	50
Planificación	55
Humor	37
Aceptación	45
Religión	43
Culpa a Sí Mismo	42



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Afrontamiento y Estrategia. Está clasificado en: 58% Afrontamiento Activo; 53% Auto Distracción; 55% Planificación; 50% Replanteamiento Positivo.

De los resultados obtenidos, se debe ver que el personal si aplica diferentes clases de afrontamiento, tomando en cuenta que cada ser humano en base a sus características propias, reacciona ante cada situación en forma diferente, lo que hace que afronte de manera diversa los problemas y esto nos debe llevar a meditar si estamos utilizando la estrategia correcta que se adapte a la situación, en función de lo señalado las estrategias de afrontamiento cambian, lo fundamental es identificar el problema y tomar acciones.

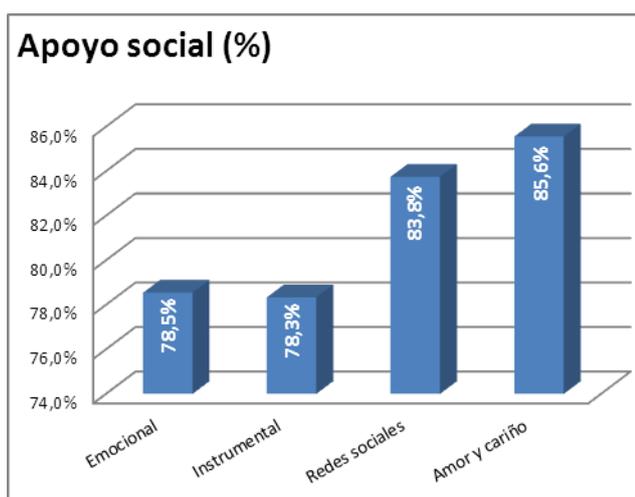
5.1.5 Resultados del Cuestionario de Apoyo social (Médicos sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social

Tabla 51: Apoyo social (%) (Médicos sin burnout)

Apoyo	%
Emocional	78,5%
Instrumental	78,3%
Redes sociales	83,8%
Amor y cariño	85,6%



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta al Apoyo Social. Está clasificado en: 85.6% Amor y Cariño; 83.8% Redes Sociales; 78.3% Apoyo Instrumental; 78.5% Apoyo Emocional.

El apoyo social es fundamental en todas las personas, por cuanto es el resultado de la interacción con los demás y es con lo que contamos en nuestra vida diaria.

Según los resultados el mayor porcentaje se encuentra en el amor y cariño, que es el apoyo afectivo que refuerza el autoestima y el vínculo afectivo; luego sigue redes sociales que nos permiten compartir y distraer nuestra atención; siguiente el apoyo emocional, la empatía y el apoyo instrumental que son fuentes muy importantes para salir adelante.

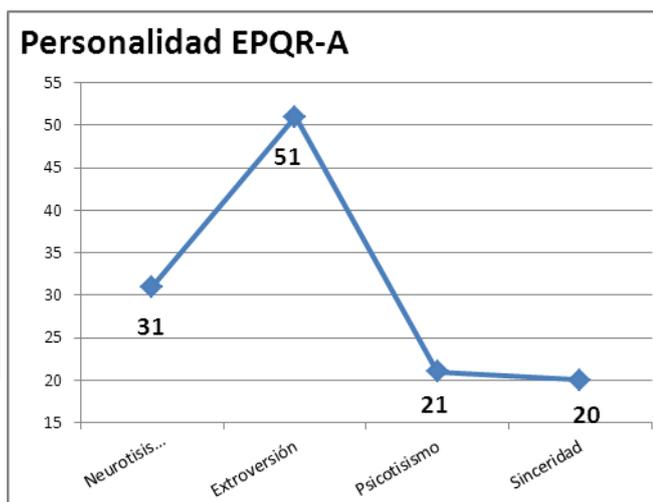
5.1.6 Resultados del Cuestionario de Personalidad (Médicos sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Tabla 52: Personalidad EPQR-A
(Médicos sin burnout)

Nivel	Número	%
Neuroticismo	31	25,20
Extroversión	51	41,46
Psicoticismo	21	17,07
Sinceridad	20	16,26
Total	123	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la Personalidad. Está clasificado en: 41.46% Extroversión; 25.20% Neuroticismo; 17.07% Psicoticismo; 16.26% Sinceridad.

En cuanto a la personalidad, son las características individuales que poseen las personas y es lo que nos diferencia los unos a los otros. Existen rasgos que están presentes en un mayor nivel y por lo tanto son los que predominan en el individuo.

De los resultados de los médicos sin burnout, el mayor porcentaje presenta el rasgo de extroversión, entre sus características se refleja que es una persona sociable, arriesgado, despreocupado, optimista, prefiere estar ocupado, impulsivo, y con riesgo a perder los nervios, cabe indicar que todos tenemos un poco de extroversión e introversión en diferente grado.

5.2 Médicos con burnout

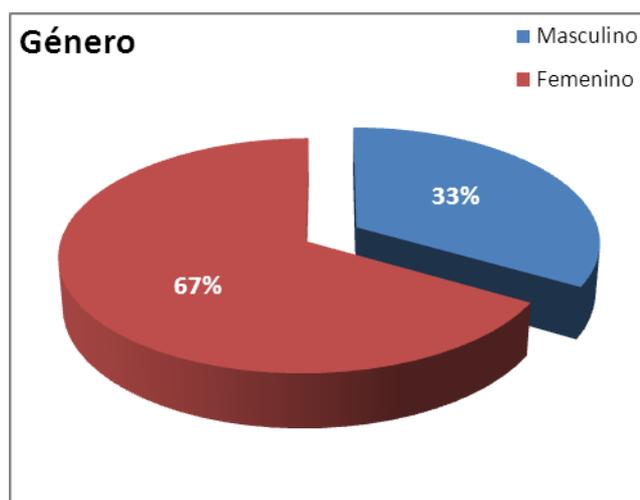
5.2.1 Resultados Cuestionario Sociodemográfico y Laboral (Médicos con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Tabla 53: Género (Médicos con burnout)

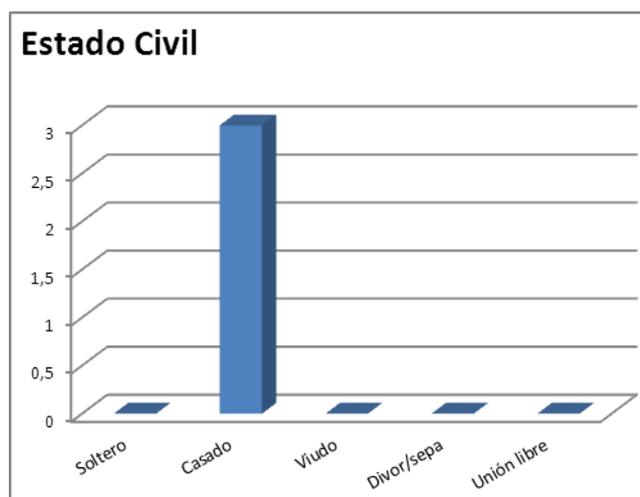
Género	Número	%
Masculino	1	33,33
Femenino	2	66,67
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al género está clasificado en: 33.33% al género masculino y 66.67% al género femenino. Siendo superior el % en mujeres en este estudio.

Tabla 54: Estado civil (Médicos con burnout)

Estado	Número	%
Soltero	0	0,00
Casado	3	100,00
Viudo	0	0,00
Divor/sepa	0	0,00
Unión libre	0	0,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al estado civil está clasificado en: 100.00% casados.

Tabla 55: Con quién vive? (Médicos con burnout)

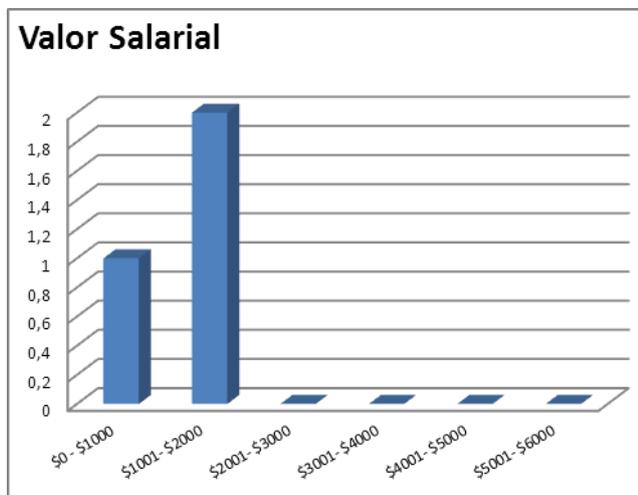
Con quién?	Número	%
Solo	0	0,00
Más personas	3	100,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a ¿Con quién vive? Está clasificado en: 100% con más personas.

Tabla 56: Valor salarial (Médicos con burnout)

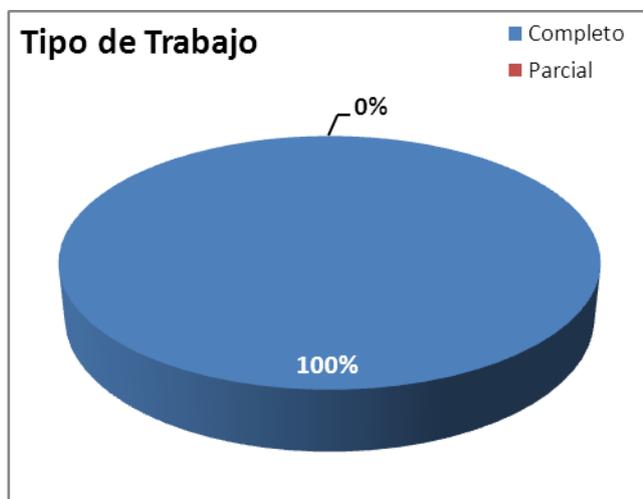
Valor	Número	%
\$0 - \$1000	1	33,33
\$1001- \$2000	2	66,67
\$2001- \$3000	0	0,00
\$3001- \$4000	0	0,00
\$4001- \$5000	0	0,00
\$5001- \$6000	0	0,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a Valor Salarial. Está clasificado en: 33.33% hasta \$ 1000 USD y 66.67% entre \$ 1000 y \$ 2.000 USD.

Tabla 57: Tipo de trabajo (Méd. con burnout)

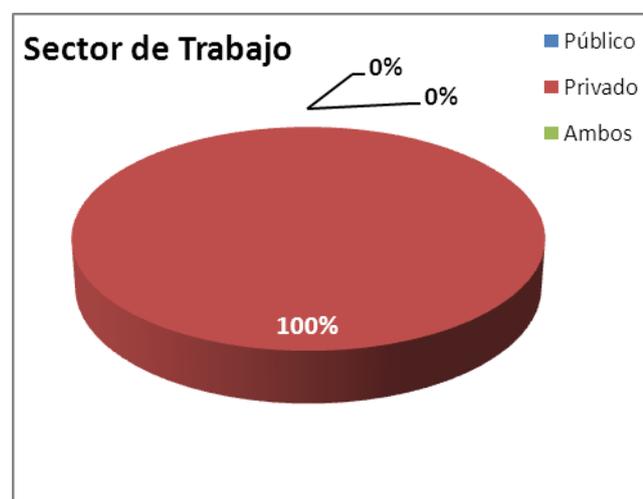
Tipo de trabajo	Número	%
Completo	3	100,00
Parcial	0	0,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a Tipo de Trabajo. Está clasificado en: 100.00% Tiempo Completo.

Tabla 58: Sector de trabajo (Médicos con burnout)

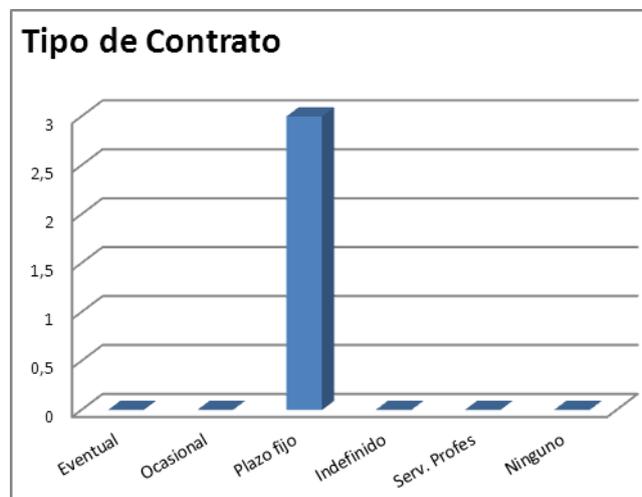
Sector	Número	%
Público	0	0,00
Privado	3	100,00
Ambos	0	0,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al Sector de Trabajo. Está clasificado en: 100.00% en el Sector Privado.

Tabla 59: Tipo de contrato (Méd. con burnout)

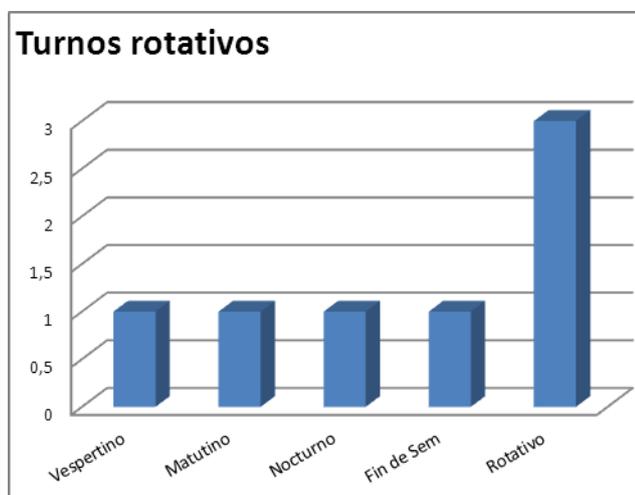
Tipo	Número	%
Eventual	0	0,00
Ocasional	0	0,00
Plazo fijo	3	100,00
Indefinido	0	0,00
Serv. Profes	0	0,00
Ninguno	0	0,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al Tipo de Contrato. Está clasificado en: 100.00% Plazo Fijo.

Tabla 60: Turnos rotativos (Médicos con burnout)

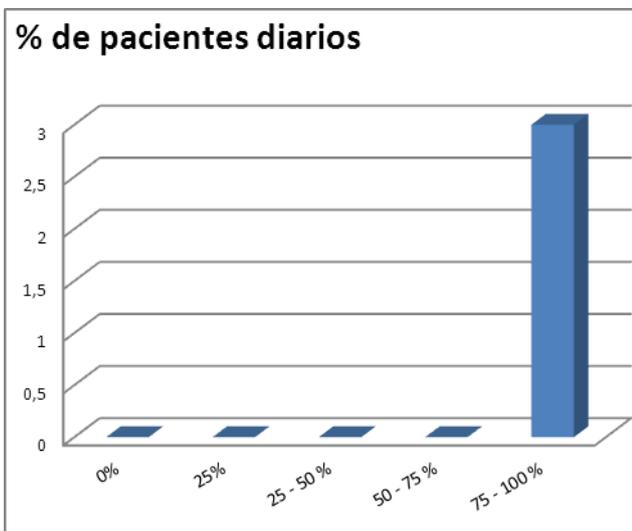
Turno	Número	%
Vespertino	1	14,29
Matutino	1	14,29
Nocturno	1	14,29
Fin de Sem	1	14,29
Rotativo	3	42,86
Total	7	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a Turnos Rotativos. Está clasificado en: 42.86% turno rotativo y todas la demás en un 14.86%.

Tabla 61: % pacientes diarios (Médicos con burnout)

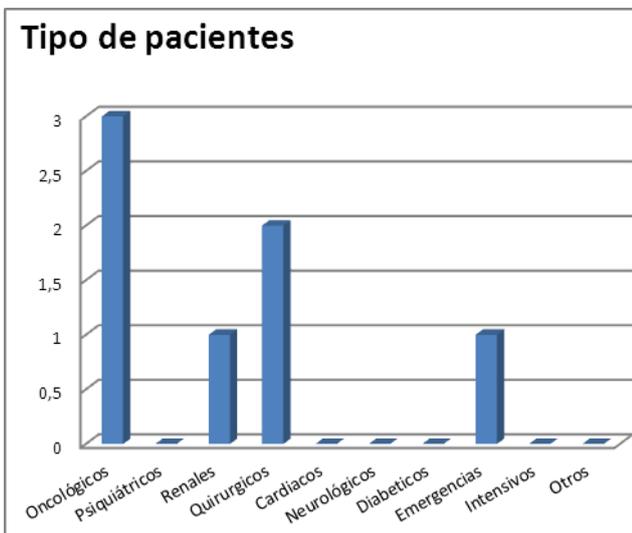
Porcentaje	Número	%
0%	0	0,00
25%	0	0,00
25 - 50 %	0	0,00
50 - 75 %	0	0,00
75 - 100 %	3	100,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al % de Pacientes Diarios. Está clasificado en: 100.00% porcentajes de pacientes diarios de 75-100% (3)

Tabla 62: Tipo de pacientes (Médicos con burnout)

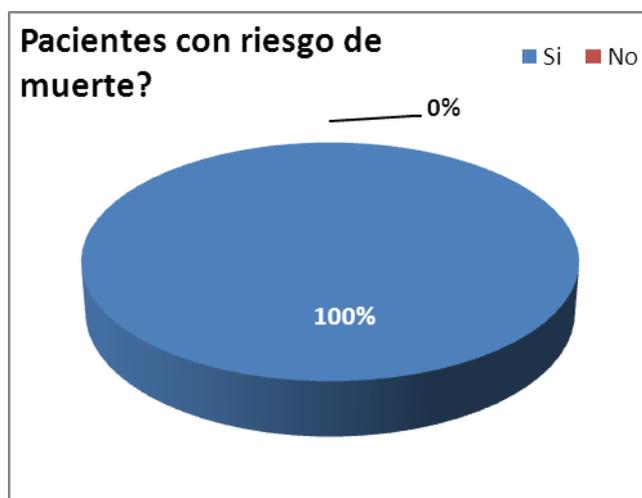
Tipo	Número	%
Oncológicos	3	42,86
Psiquiátricos	0	0,00
Renales	1	14,29
Quirúrgicos	2	28,57
Cardíacos	0	0,00
Neurológicos	0	0,00
Diabéticos	0	0,00
Emergencias	1	14,29
Intensivos	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	7	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al Tipo de Pacientes. Está clasificado en: el que más magnitud tiene es el de Oncológicos con el 42.85%; Quirúrgicos 28.57%; Renales y Emergencias 14.29%.

Tabla 63: Atiende a pacientes con riesgo de muerte? (Méd. con burnout)

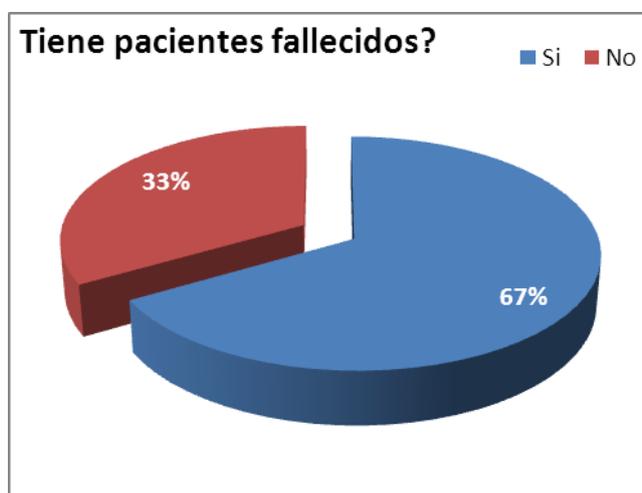
Riesgo de muerte?	Número	%
Si	3	100,00
No	0	0,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al Atender Pacientes con Riesgo de Muerte. Está clasificado en: 100.00% en que SI atienden a pacientes con riegos de muerte.

Tabla 64: Tiene pacientes que hayan fallecido? (Méd. con burnout)

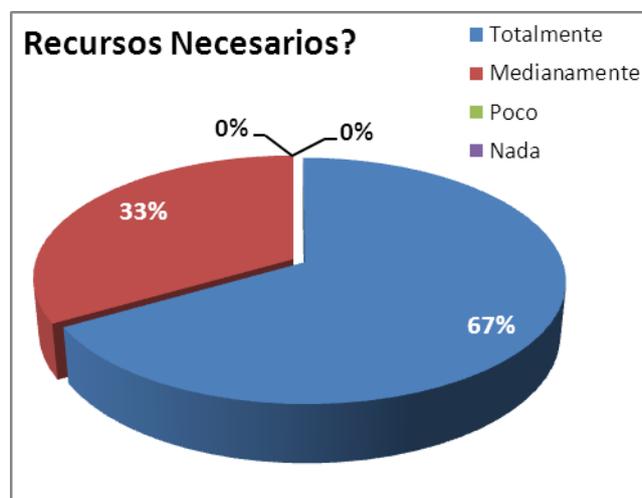
Pacientes fallecidos	Número	%
Si	2	66,67
No	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a Pacientes Fallecidos. Está clasificado en: 66.67% en que SI atienden a pacientes fallecidos y 33.33% en que NO atienden a pacientes fallecidos.

Tabla 65: Cuenta con los recursos necesarios? (Méd. con burnout)

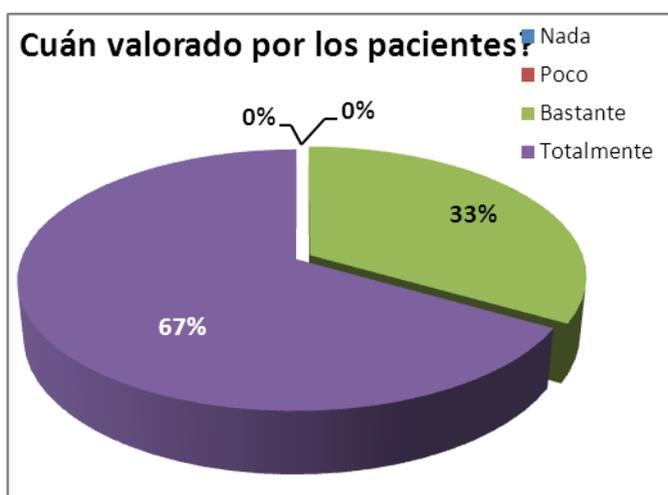
Tiene recursos necesarios?	Número	%
Totalmente	2	66,67
Medianamente	1	33,33
Poco	0	0,00
Nada	0	0,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a Recursos Necesarios. Está clasificado en: 66.67.00% de Totalmente Recursos Necesarios y el otro 33.33 % de Medianamente Recursos Necesarios.

Tabla 66: Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Méd. con burnout)

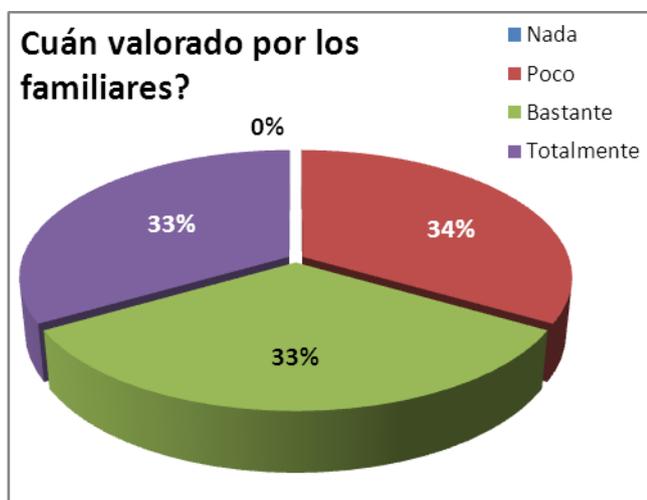
Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	33,33
Totalmente	2	66,67
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? Está clasificado en: 66.67% Totalmente Valorado y el 33.33% Bastante Valorado. Lo cual demuestra apoyo afectivo, apoyo emocional y esto permite contar con mecanismos mediadores ante el burnout.

Tabla 67: Cuán valorado por los familiares de pacientes? (Méd. con burnout)

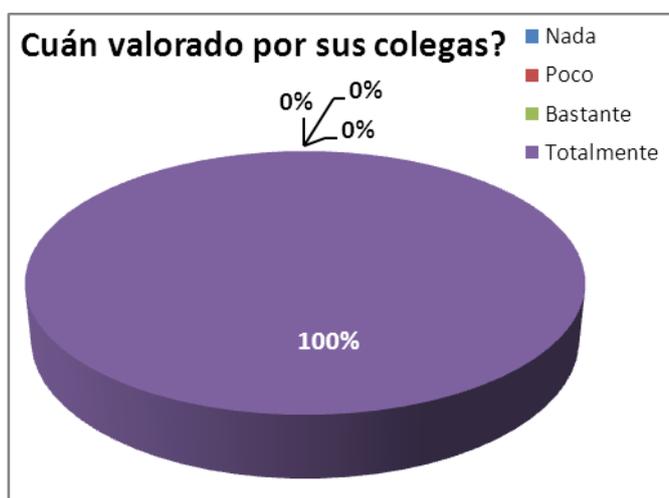
Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	33,33
Bastante	1	33,33
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? Está clasificado en: 33.33% Totalmente Valorado; el 33.33% Bastante Valorado y el 33.33% Poco Valorado. De los resultados obtenidos unos se sienten valorados y esto reduce el estrés, pero otro porcentaje significativo percibe que no cuenta con el apoyo de esta red social lo cual incrementa el estrés y por lo tanto el impacto es mayor en situaciones adversas.

Tabla 68: Cuán valorado se siente por sus colegas? (Méd. con burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	0	0,00
Totalmente	3	100,00
Total	3	100,00

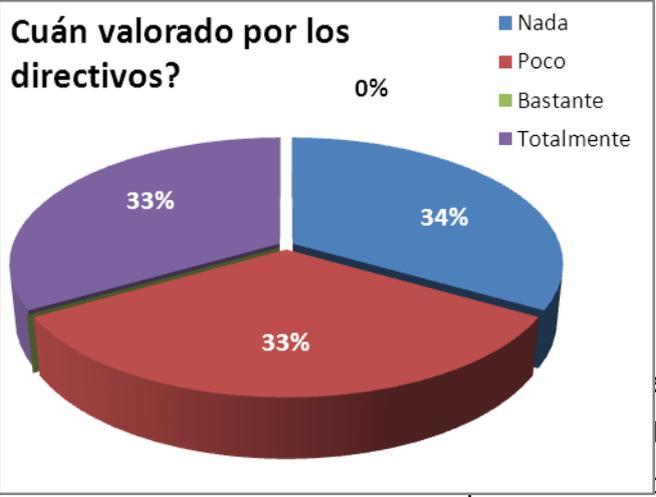


Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus colegas? Está clasificado en: 100.00% Totalmente Valorado. El sentirse valorado permite tener un afrontamiento adaptativo ante situaciones difíciles, demuestra una buena comunicación interpersonal y esto conlleva a tener ayuda instrumental, significando un mecanismo protector.

Tabla 69: Cuán valorado se siente por los directivos? (Méd. con burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	1	33,33
Poco	1	33,33

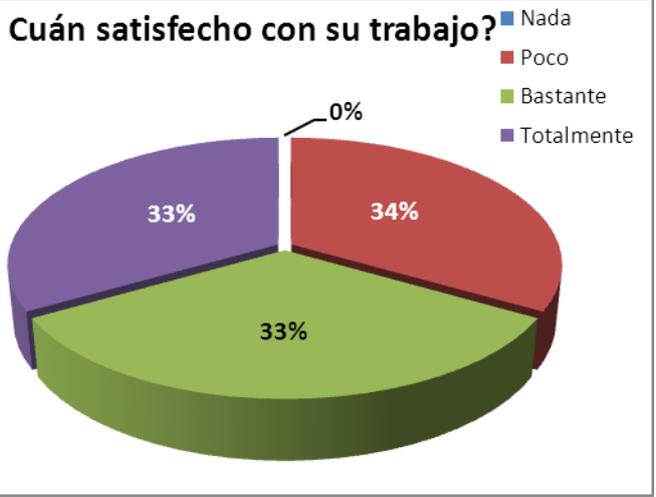
Bastante	0	0,00
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en el 33.33% sienten que no están valorados por los directivos de su institución; el 33.33% Poco Valorado y el 33.33% Bastante Valorado. Este tipo de valores es muy subjetiva para cada persona, de los resultados obtenidos se puede indicar que la percepción de los profesionales es que no sienten que están valorados, esto puede estar relacionado a que la persona considere que su sueldo no está acorde a las responsabilidades y funciones que desempeña. Adicional se sugiere que la Institución revise el tema de comunicación y de interacción social, con el fin de incrementar el nivel de satisfacción, seguridad y pertenencia.

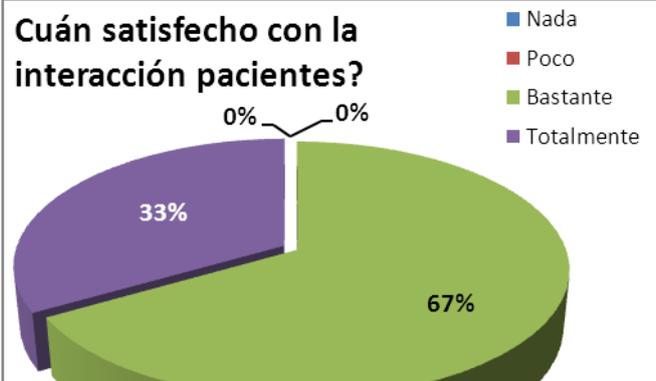
Tabla 70: Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Méd. con burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	33,33
Bastante	1	33,33
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? Está clasificado en: 33.33% Totalmente Satisfecho; el 33.33% Bastante Satisfecho y el 33.33% Poco Satisfecho. El mayor porcentaje se encuentra a gusto con el trabajo que realizan, esto demuestra que lo que hace no le produce tensión lo cual disminuye el estrés, y ayuda a la salud. También existe un alto porcentaje que no disfruta de las tareas que realiza, lo cual incrementa el estrés y ocasiona el burnout.

Tabla 71: Cuán satisfecho con la interacción de pacientes? (Méd. con BO)

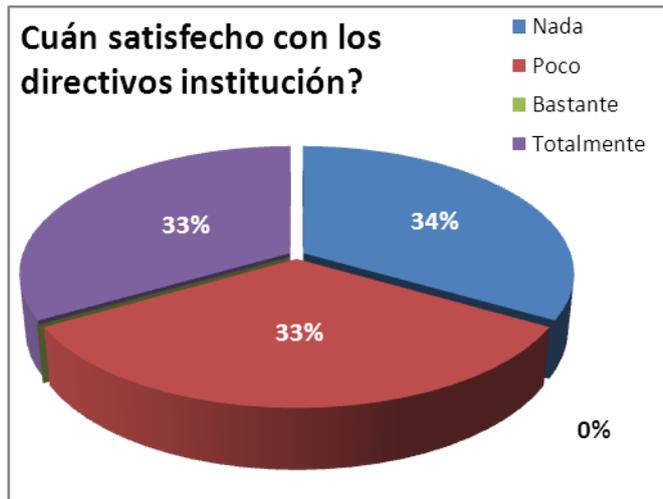


Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	2	66,67
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00

Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? Está clasificado en: 66.67% Bastante Satisfecho; y el 33.33% Totalmente Satisfecho. Los resultados indican que existen actitudes positivas hacia los demás, lo cual demuestra actitud de servicio y empatía.

Tabla 72: Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos? (Méd. con burnout)

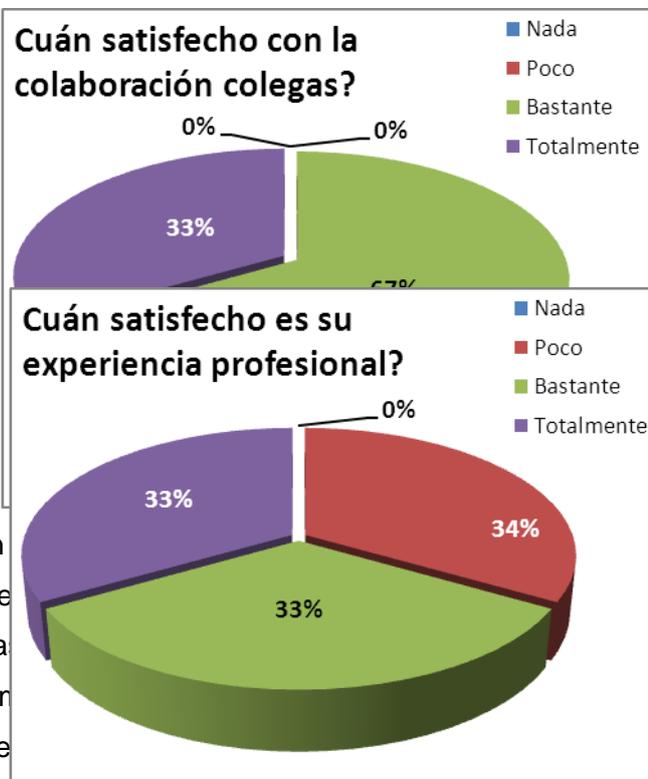
Cuán satisfecho	Número	%
Nada	1	33,33
Poco	1	33,33
Bastante	0	0,00
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con el apoyo de los directivos de su institución? Está clasificado en: 33.33% Totalmente Satisfecho; 33.33% Poco Satisfecho y el 33.33% Nada Satisfecho. Cada ser humano tiene diferentes expectativas y percepciones, de los resultados obtenidos existe un alto porcentaje que no se siente a gusto con el apoyo de los directivos, por lo que se recomienda a la Institución fortalecer sus relaciones interpersonales, revisar lo que está causando malestar en sus colaboradores y tomar acciones inmediatas para subir el nivel de satisfacción.

Tabla 73: Cuán satisfecho con la colaboración de colegas? (Méd. con BO)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	2	66,67
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en esta con colaboración entre colegas de Totalmente Satisfecho; y el 66.67% Bastante Satisfecho. Las buenas interacciones sociales, derivadas de un gran soporte para afrontar adversidades.

Tabla 74: Cuán satisfactoria es su experiencia profesional? (Méd. con burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	33,33
Bastante	1	33,33
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00

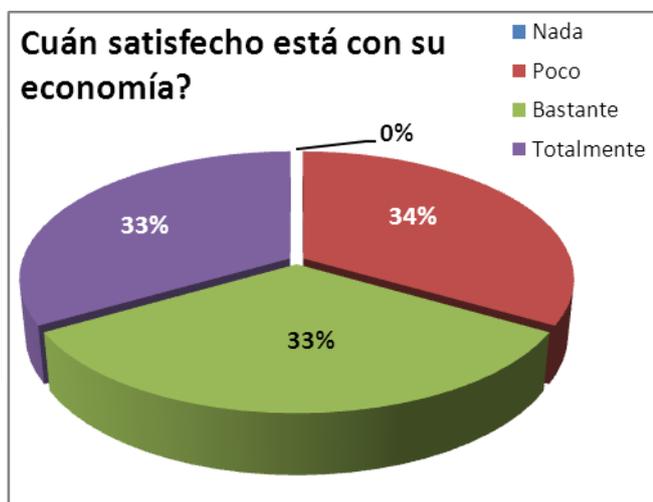
Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? Está clasificado en: 33.33% Bastante Satisfecho; el 33.33% Totalmente Satisfecho; y el 33.33% Poco Satisfecho.

Estos resultados demuestran que la mayoría tiene un alto porcentaje de realización personal, es decir se sienten satisfechos con el trabajo realizado y con los resultados

obtenidos. Con respecto al porcentaje de poco satisfecho es necesario revisar lo que está generando pérdida de ideales y desmotivación, siendo necesario compartir y realizar actividades con familiares y amigos, compartir e intercambiar con los colegas inquietudes.

Tabla 75: Cuán satisfactoria está con su economía? (Méd. con burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	33,33
Bastante	1	33,33
Totalmente	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con su economía? Está clasificado en: 33.33% Poco Satisfecho; el 33.33% Totalmente Satisfecho; y el 33.33% Bastante Satisfecho.

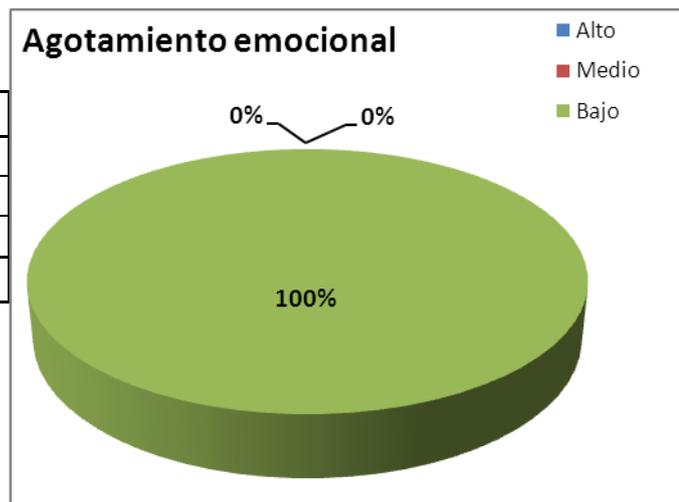
5.2.2 Resultados Cuestionario MBI (Médicos con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla 76: Agotamiento emocional
(Médicos con burnout)

Nivel	Número	%
Alto	0	0,00
Medio	0	0,00
Bajo	3	100,00
Total	3	100,00



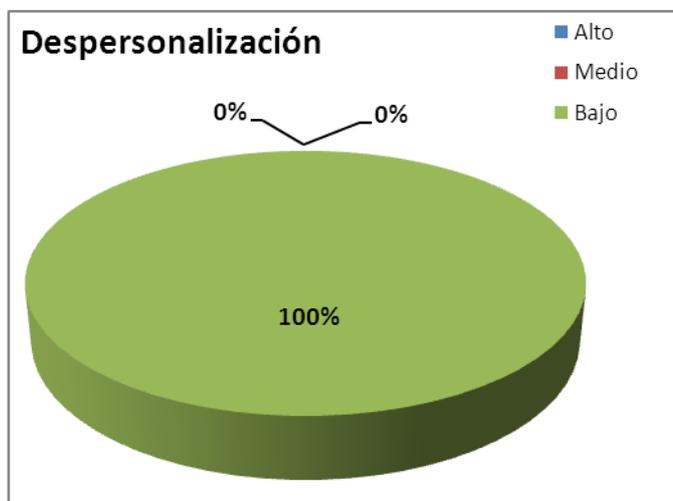
Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al Agotamiento Emocional. Está clasificado en: 100.00% Alto nivel en Agotamiento Emocional.

El agotamiento emocional es el más vulnerable en ambos sexos, es el cansancio progresivo, la preocupación, tensión, ansiedad, irritabilidad que demuestra el sujeto a consecuencia de las tareas que realiza; en estos casos se debe tomar acciones que permitan bajar los niveles de agotamiento emocional, como: Trabajar con un equipo interdisciplinario con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda, aplicar técnicas cognitivas que permitan re-evaluar las situaciones estresantes, solicitar a la organización espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas y apoyen a mejorar esta patología y por consiguiente la calidad de vida del profesional.

Cada vez se llega a la conclusión que la fuente donde se genera el burnout es en el trabajo, en su ambiente y no en el individuo, es por eso que se recomienda a las Instituciones de salud revisar permanentemente la estructura del trabajo, el ambiente laboral.

Tabla 77: Despersonalización
(Médicos con burnout)

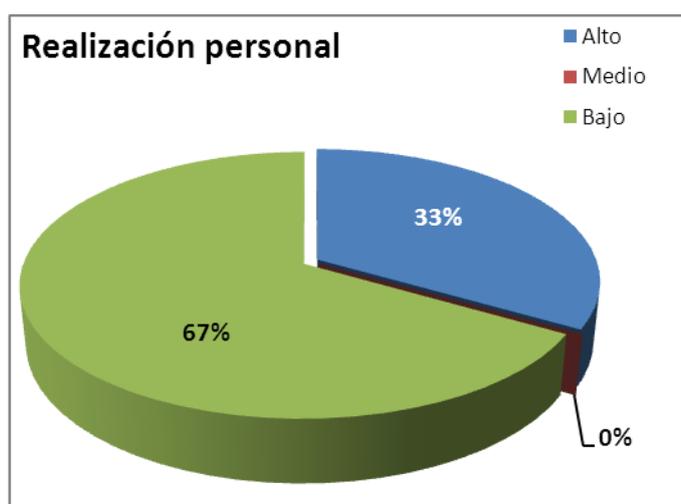
Nivel	Número	%
Alto	0	0,00
Medio	0	0,00
Bajo	3	100,00
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la Despersonalización. Está clasificado en: 100.00% Alto nivel en Despersonalización. Este sentimiento de despersonalización es de alto riesgo, porque si somos personas que estamos en contacto con usuarios a los cuales brindamos un servicio humano, debemos tener empatía con nuestros pacientes y al tener puntajes altos estamos demostrando sentimientos de frialdad, trato impersonal y hasta actitudes cínicas y negativas, lo cual puede tener consecuencias que afectarían al individuo, al paciente y a la organización. Se recomienda a la Institución de salud revisar las condiciones de trabajo, intervenir inmediatamente con acciones y planes que ayuden a los profesionales a tener mayor equilibrio en las actividades que realizan.

Tabla 78: Realización personal
(Médicos con burnout)

Nivel	Número	%
Alto	1	33,33
Medio	0	0,00
Bajo	2	66,67
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la realización Personal. Está clasificado en: 66.67% alto nivel en Realización Personal y el 33.33% bajo nivel en Realización Personal.

El sentirse satisfechos con la tarea que realizan, proporciona motivación, energía y ganas de dar lo mejor, crea protección contra el estrés, por lo que la institución debe hacer seguimiento permanente para evaluar cual es el grado de satisfacción de sus colaboradores, cuáles son sus expectativas, en qué grado se cumplen estas.

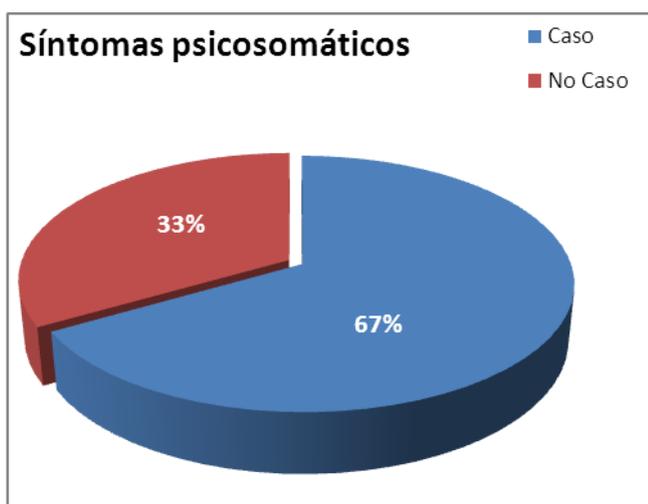
5.2.3 Resultados Cuestionario de salud mental (Médicos con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)

Tabla 79: Síntomas psicósomáticos
(Médicos con burnout)

Estado	Número	%
Caso	2	66,67
No Caso	1	33,33
Total	3	100,00

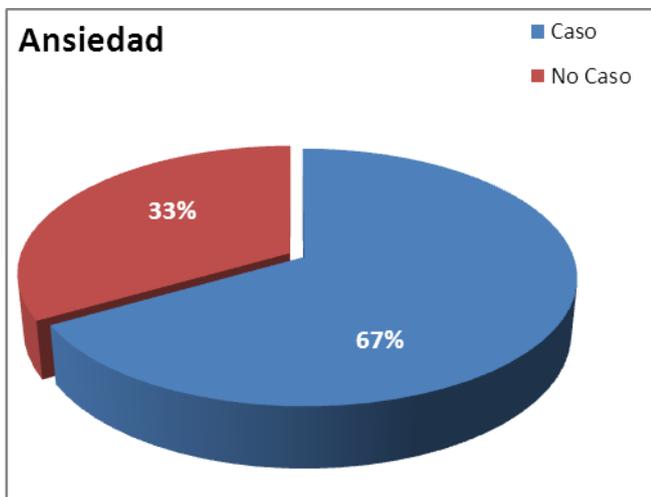


Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a los Síntomas Psicósomáticos. Está clasificado en: 66.67% en un estado de “CASO” y el 33.33% en un estado “NO CASO”.

Se evidencia síntomas psicósomáticos, lo cual demuestra que el personal tiene dolores de cabeza, cansancio y esto conlleva a tomar acciones inmediatas que permitan disminuir el estrés, como resolución de problemas, estrategias de regulación emocional, realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones.

Tabla 80: Ansiedad (Médicos con burnout)

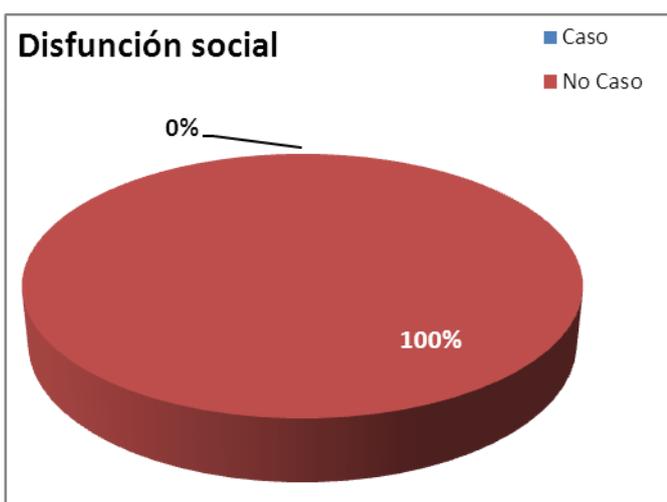
Estado	Número	%
Caso	2	66,67
No Caso	1	33,33
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la Ansiedad. Está clasificado en: 66.67% en un estado de “CASO” y el 33.33% en un estado “NO CASO”. En lo que es salud general, se evidencia ansiedad, ocasionando dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, preocupación, afectando la salud y bienestar del individuo, por lo que se requiere trabajar con un equipo interdisciplinario, con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda, estrategias de resolución de problemas, identificar que produce la situación, solicitar a la Institución de Salud espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas, realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones.

Tabla 81: Disfunción social (Médicos con burnout)

Estado	Número	%
Caso	0	0,00
No Caso	3	100,00
Total	3	100,00

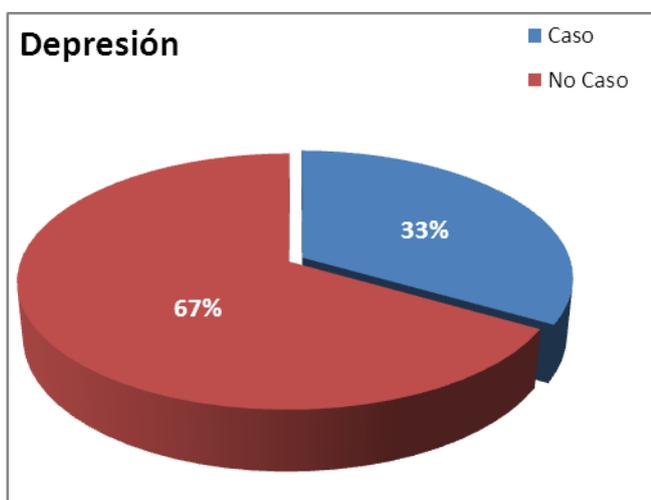


Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la Disfunción Social. Está clasificado en: 100.00% en un estado de “NO CASO”. Estos resultados demuestran que su

desempeño social en el día a día es bueno.

Tabla 82: Depresión (Médicos con burnout)

Estado	Número	%
Caso	1	33,33
No Caso	2	66,67
Total	3	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la Depresión. Está clasificado en: 66.67.00% en un estado de “NO CASO “y el 33.33% de en un estado de “CASO “

Se ha comprobado que la depresión tiene correlación con el cansancio emocional, por los sentimientos que estos implican, uno de los que más se destacan es el sentimiento de culpa, la desesperanza, insomnio, por lo que es necesario tomar acciones inmediatas como realizar actividades con amigos, familiares, tener más interacción social, Realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan liberar tensiones.

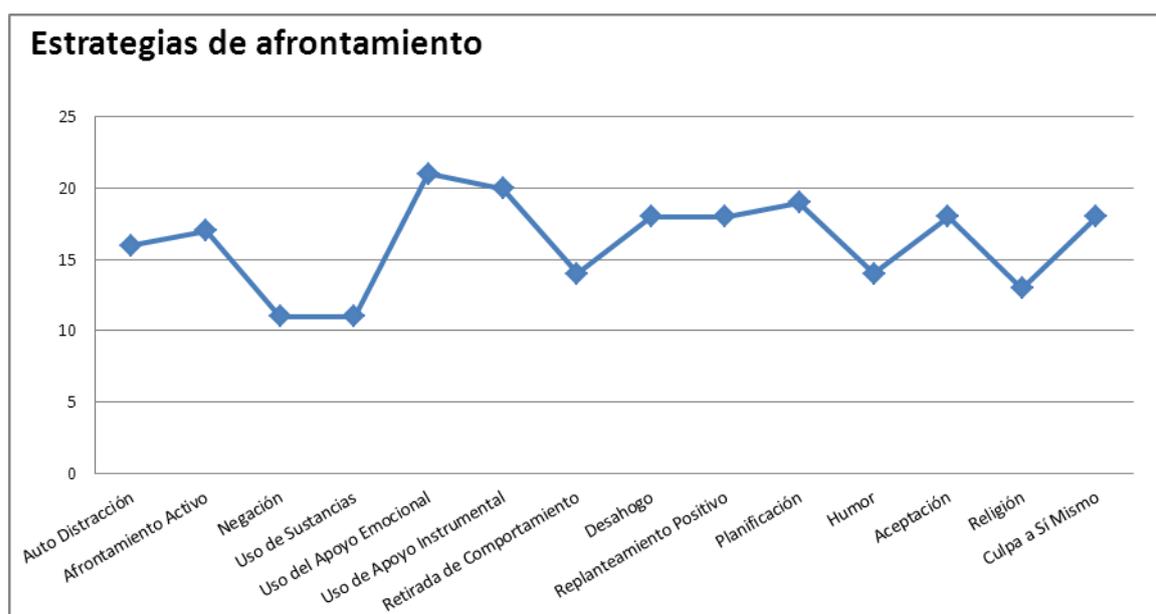
5.2.4 Resultados Cuestionario de Afrontamiento (Médicos con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Tabla 83: Estrategias de afrontamiento (Médicos con burnout)

Estrategia	SUM
Auto Distracción	16
Afrontamiento Activo	17
Negación	11
Uso de Sustancias	11
Uso del Apoyo Emocional	21
Uso de Apoyo Instrumental	20
Retirada de Comportamiento	14
Desahogo	18
Replanteamiento Positivo	18
Planificación	19
Humor	14
Aceptación	18
Religión	13
Culpa a Sí Mismo	18



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al Afrontamiento y Estrategia. Está clasificado en: La mayor parte es de Uso del Apoyo Emocional e Instrumental, es decir buscan apoyo y comprensión en otros, a su vez acuden a personal capacitado.

Cabe indicar que cada ser humano en base a sus características propias reacciona de manera diferente ante cada situación, lo que hace que afronte y aplique de diversa forma las estrategias de afrontamiento, a veces como en estos casos no se están utilizando adecuadamente las estrategias por lo que es necesario solicitar ayuda instrumental para mejorar la situación.

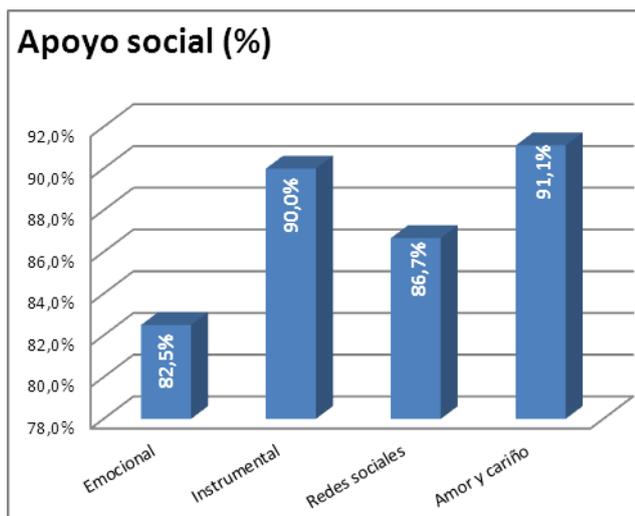
5.2.5 Resultados Cuestionario de Apoyo social (Médicos con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social

Tabla 84: Apoyo social (%) (Médicos con burnout)

Apoyo	%
Emocional	82,5%
Instrumental	90,0%
Redes sociales	86,7%
Amor y cariño	91,1%



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta al Apoyo Social. Está clasificado en: El que más magnitud tiene 91.1% Amor y cariño; 86.76% Redes Sociales; 90.0% Apoyo Instrumental; 82.5% Apoyo Emocional.

Según los resultados cuentan con un buen círculo de apoyo social que les permite tener apoyo afectivo que es donde existen expresiones de amor y cariño, refuerza la autoestima e incrementa la percepción del vínculo, y el apoyo instrumental que es a donde acuden cuando se requiere personal capacitado, a veces es necesario para saber cómo manejar ciertas situaciones .

El contar con un buen círculo hace que tengan mecanismos de defensa que ayuden y amortigüen el impacto del agotamiento emocional.

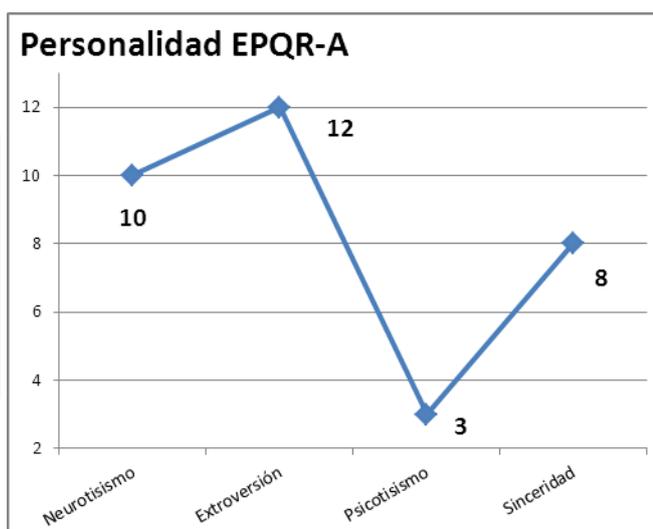
5.2.6 Resultados Cuestionario de Personalidad (Médicos con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Tabla 85: Personalidad EPQR-A
(Médicos con burnout)

Nivel	Número	%
Neurotisisimo	10	30,30
Extroversión	12	36,36
Psicotisisimo	3	9,09
Sinceridad	8	24,24
Total	33	100,00



Del total de 3 médicos con burnout, en lo que respecta a la Personalidad. Está clasificado en: El que más magnitud tiene en 36.36% Extroversión; 30.30% Neurotisisimo; 9.09% Psicotisisimo; 24.24% Sinceridad.

De los resultados obtenidos de los médicos con burnout, el mayor porcentaje presenta el rasgo de extroversión, entre sus características se refleja que es una persona sociable, arriesgado, despreocupado, optimista, prefiere estar ocupado, impulsivo, y con riesgo a perder los nervios, cabe indicar que todos tenemos un poco de extroversión e introversión en diferente grado.

5.3 Enfermeros (as) Sin Burnout

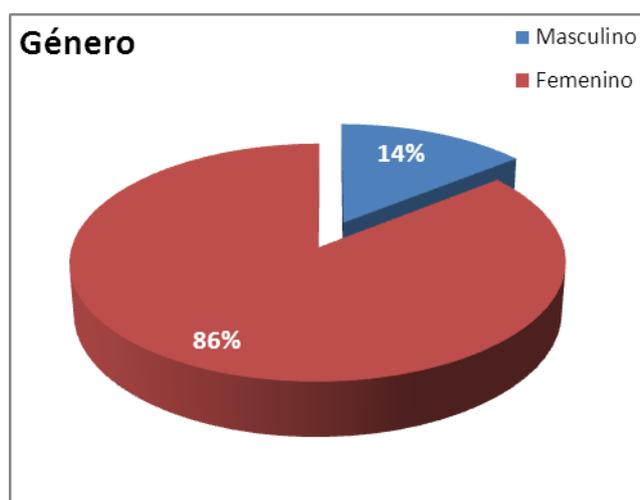
5.3.1 Resultados Cuestionario Sociodemográfico y Laboral (Enfermeros sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Tabla 86: Género (Enfermeros sin burnout)

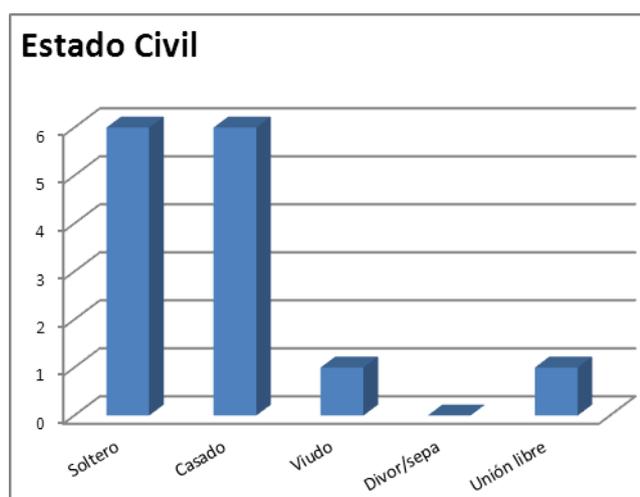
Género	Número	%
Masculino	2	14,29
Femenino	12	85,71
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros(as) sin burnout, en lo que respecta al género está clasificado en: 14.29% al género masculino y 85.71% al género femenino.

Tabla 87: Estado civil (Enfermeros sin burnout)

Estado	Número	%
Soltero	6	42,86
Casado	6	42,86
Viudo	1	7,14
Divor/sepa	0	0,00
Unión libre	1	7,14
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout en lo que respecta al estado civil está clasificado en:
42.86% casados; 42.86% soltero; 7.14% Viudo; 7.14% Unión Libre.

Tabla 88: Con quién vive? Enfermeros sin burnout)

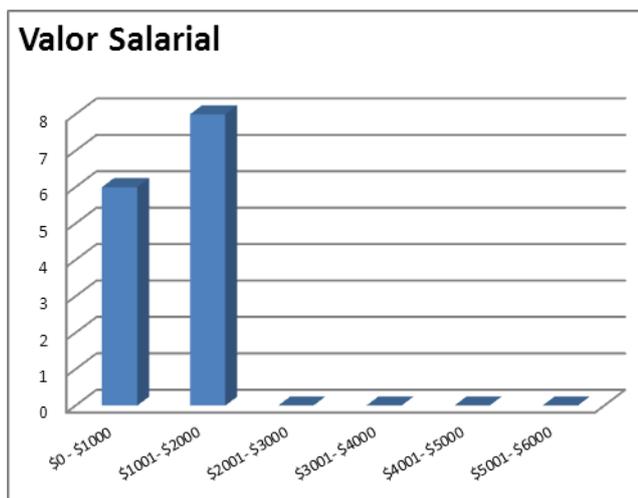
Con quién?	Número	%
Solo	3	21,43
Más personas	11	78,57
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a ¿Con quién vive? Está clasificado en: 21.43% solo y 78.57% con mas personas.

Tabla 89: Valor salarial (Enf. sin burnout)

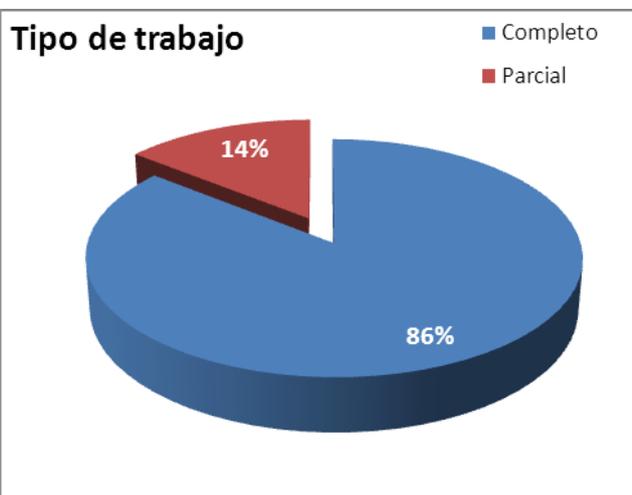
Valor	Número	%
\$0 - \$1000	6	42,86
\$1001- \$2000	8	57,14
\$2001- \$3000	0	0,00
\$3001- \$4000	0	0,00
\$4001- \$5000	0	0,00
\$5001- \$6000	0	0,00
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a Valor Salarial. Está clasificado en: 42.86% menos de \$ 1000 USD y 57.14% entre \$ 1000 y \$2.000 USD

Tabla 90: Tipo de trabajo (Enf. sin burnout)

Tipo de trabajo	Número	%
Completo	12	85,71
Parcial	2	14,29
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a Tipo de Trabajo. Está clasificado en: 85.71% Tiempo Completo y 14.28% Tiempo Parcial.

Tabla 91: Sector de trabajo (Enf. sin burnout)

Sector	Número	%
Público	0	0,00
Privado	14	100,00
Ambos	0	0,00
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta al Sector de Trabajo. Está clasificado en: 100.00% en el Sector Privado.

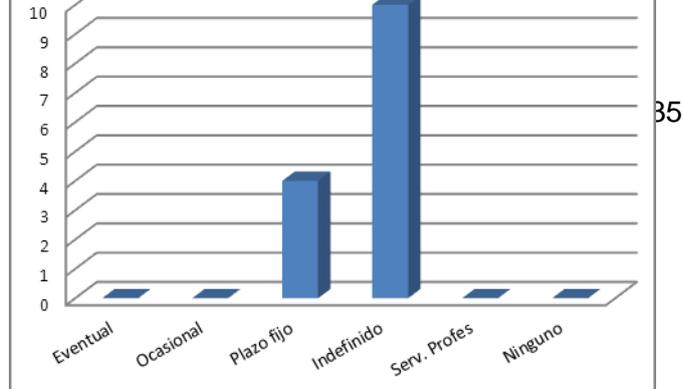


Tabla 92: Tipo de contrato (Enf. sin burnout)

Tipo	Número	%
Eventual	0	0,00
Ocasional	0	0,00
Plazo fijo	4	28,57
Indefinido	10	71,43
Serv. Profes	0	0,00
Ninguno	0	0,00
Total	14	100,00

Del total de 14 enfermeros sin burnout clasificado en: 28.57% con Plazo Fijo y 71.43% con Indefinido.

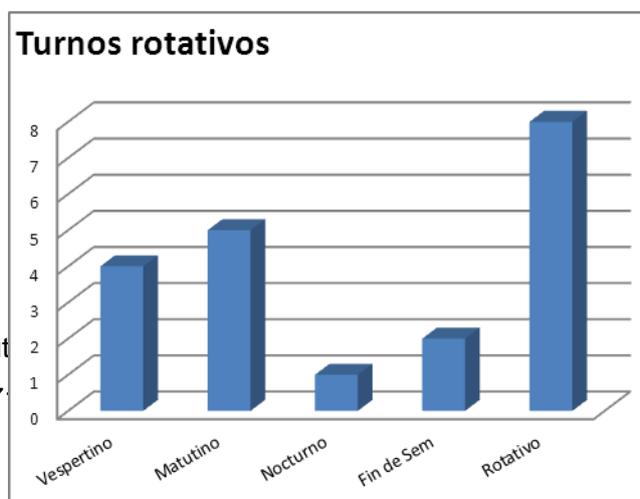


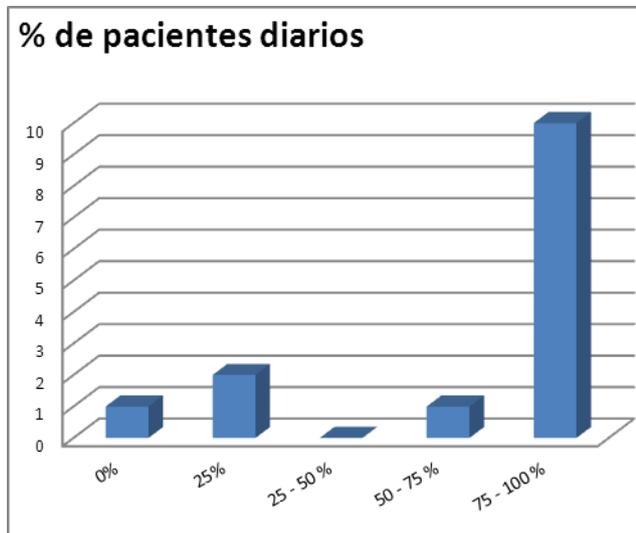
Tabla 93: Turnos rotativos (Enf. sin burnout)

Turno	Número	%
Vespertino	4	20,00
Matutino	5	25,00
Nocturno	1	5,00
Fin de Sem	2	10,00
Rotativo	8	40,00
Total	20	100,00

Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a Turnos Rotativos. Está clasificado en: 20.00% turno Vespertino; 25.00% turno Matutino; 5.00% Nocturno; 10.00% Fin de Semana; 40.00% turno Rotativo.

Tabla 94: % pacientes diarios
(Enfermeros sin burnout)

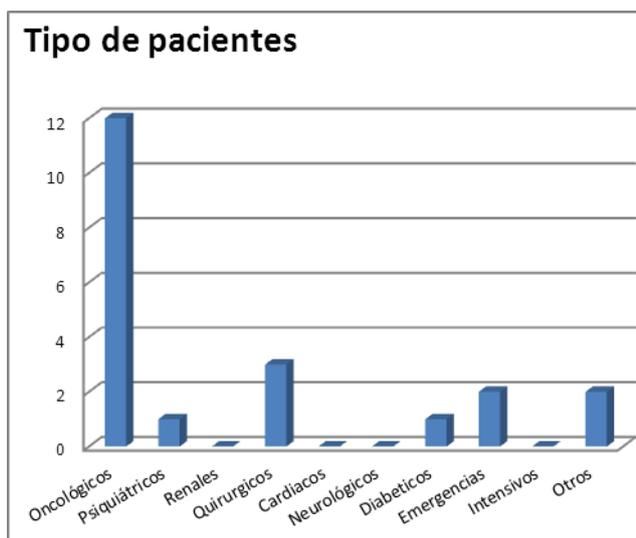
Porcentaje	Número	%
0%	1	7,14
25%	2	14,29
25 - 50 %	0	0,00
50 - 75 %	1	7,14
75 - 100 %	10	71,43
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta al % de Pacientes Diarios. Está clasificado en: el que mayor magnitud tiene es el de 71.43% porcentajes de pacientes diarios de 75-100%.

Tabla 95: Tipo de pacientes (Enfermeros sin burnout)

Tipo	Número	%
Oncológicos	12	57,14
Psiquiátricos	1	4,76
Renales	0	0,00
Quirurgicos	3	14,29
Cardiacos	0	0,00
Neurológicos	0	0,00
Diabeticos	1	4,76
Emergencias	2	9,52
Intensivos	0	0,00
Otros	2	9,52
Total	21	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta al Tipo de Pacientes. Está clasificado en: el que más magnitud tiene es el de Oncológicos con el 57.14% continuando con los Quirúrgicos con el 14.28%.

muerte?

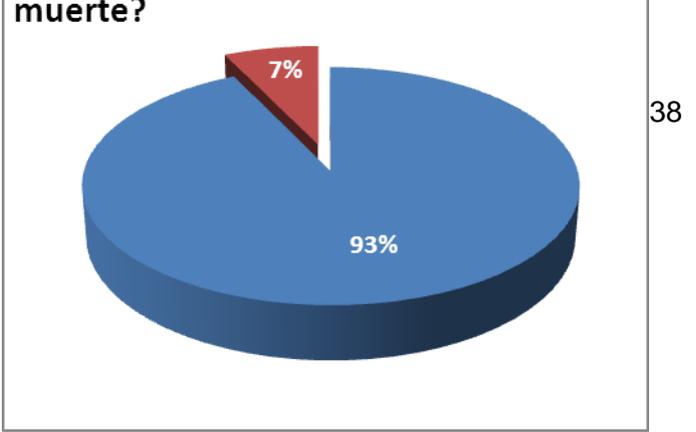


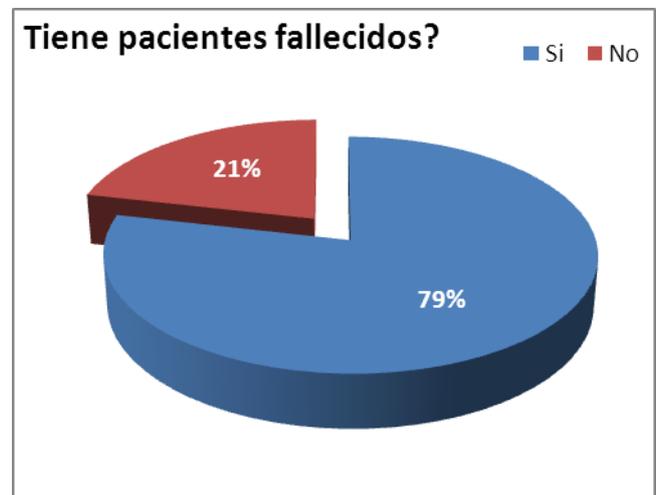
Tabla 96: Atiende a pacientes con riesgo de muerte? (Enfermeros sin burnout)

Riesgo de muerte?	Número	%
Si	13	92,86
No	1	7,14
Total	14	100,00

Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta al Atender Pacientes con Riesgo de Muerte. Está clasificado en: 92.85% en que SI atienden a pacientes con riegos de muerte y 7.14% en que NO atienden a pacientes con riegos de muerte.

Tabla 97: Tiene pacientes que hayan fallecido? (Enfermeros sin burnout)

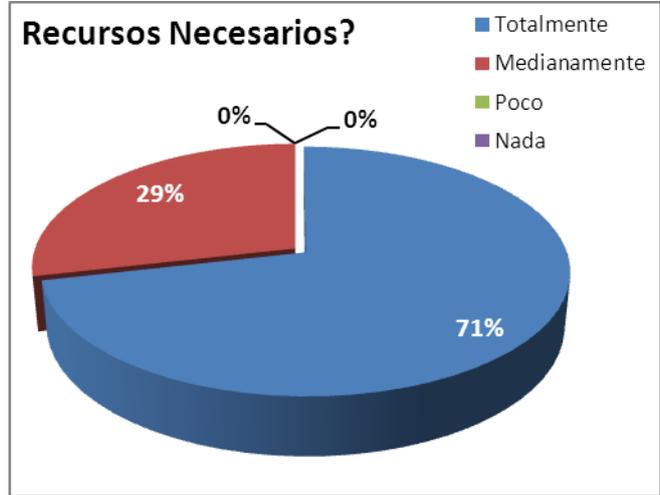
Pacientes fallecidos	Número	%
Si	11	78,57
No	3	21,43
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a Pacientes Fallecidos. Está clasificado en: 78.57% en que SI atienden a pacientes fallecidos y 21.43% en que NO atienden a pacientes fallecidos

Tabla 98: Cuenta con los recursos necesarios? (Enfermeros sin burnout)

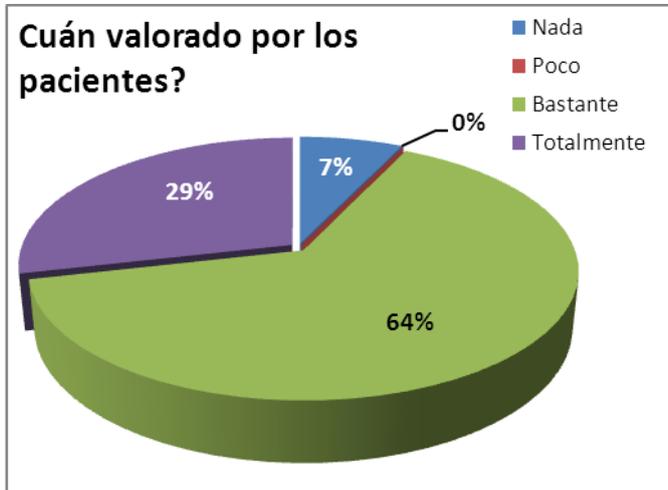
Tiene recursos necesarios?	Número	%
Totalmente	10	71,43
Medianamente	4	28,57
Poco	0	0,00
Nada	0	0,00
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a Recursos Necesarios. Está clasificado en: 71.42% de Totalmente Recursos Necesarios y el otro 28.57% de Medianamente Recursos Necesarios.

Tabla 99: Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Enfermeros sin burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	1	7,14
Poco	0	0,00
Bastante	9	64,29
Totalmente	4	28,57
Total	14	100,00

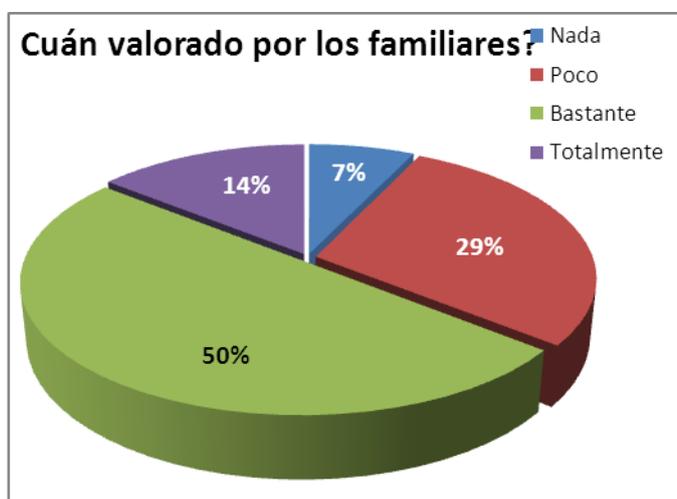


Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? Está clasificado en: 64.28% Bastante Valorado; 28.57% Totalmente Valorado y el 7.14% Nada de Valoración.

De los resultados obtenidos, el mayor porcentaje siente que es valorado por sus pacientes, lo cual demuestra un apoyo afectivo.

Tabla 100: Cuán valorado por los familiares de pacientes? (Enf. sin burnout)

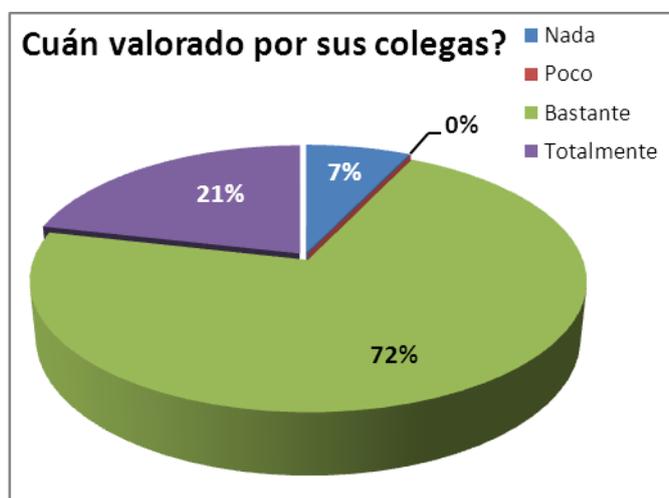
Cuán valorado	Número	%
Nada	1	7,14
Poco	4	28,57
Bastante	7	50,00
Totalmente	2	14,29
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? Está clasificado en: 50.00% Bastante Valorado; el 28.57% Poco Valorado; 14.29% Totalmente Valorado; y el 7.14% Nada de Valoración. El mayor porcentaje tiene un alto grado de apoyo social real y percibido, existe valoración positiva de la red social, lo cual reduce el estrés y amortigua el impacto de las situaciones adversas diarias.

Tabla 101: Cuán valorado se siente por sus colegas? (Enf. sin burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	1	7,14
Poco	0	0,00
Bastante	10	71,43
Totalmente	3	21,43
Total	14	100,00

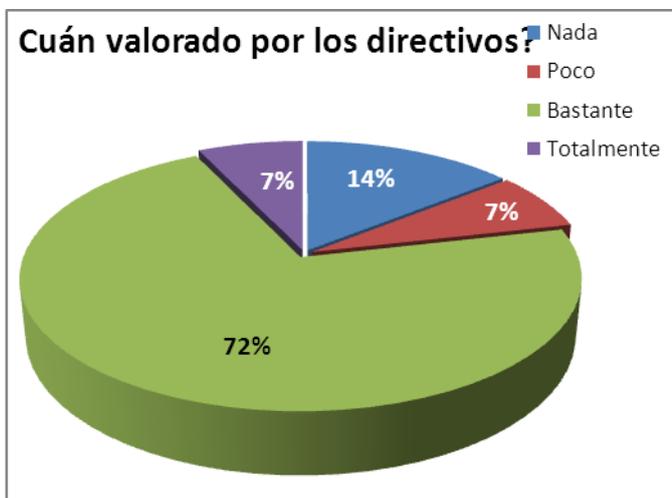


Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus colegas? Está clasificado en: 21.43% Totalmente Valorado; el 71.42% Bastante Valorado y el 7.14% Nada Valorado. El mayor porcentaje tiene un alto grado de apoyo social, lo cual le permite tener un afrontamiento adaptativo ante situaciones adversas,

existe muy buena comunicación interpersonal y esto permite tener ayuda instrumental, lo cual significa un mecanismo protector para no generar burnout.

Tabla 102: Cuán valorado se siente por los directivos? (Enfermeros sin burnout)

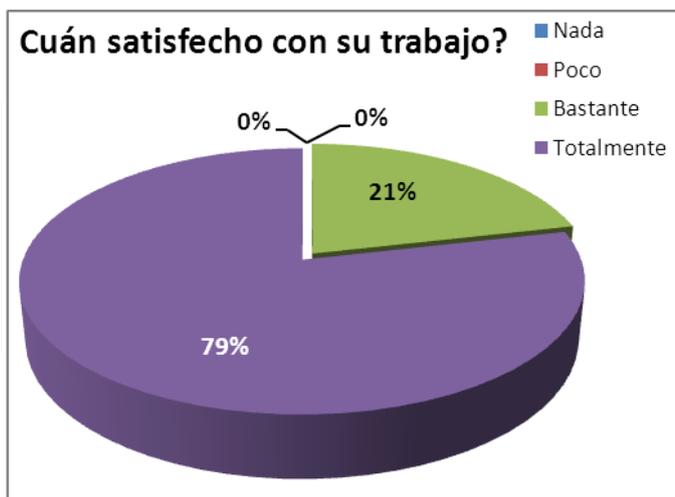
Cuán valorado	Número	%
Nada	2	14,29
Poco	1	7,14
Bastante	10	71,43
Totalmente	1	7,14
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución? Está clasificado en: 7.14% Totalmente Valorado; el 71.43% Bastante Valorado; el 7.14% Poco Valorado y el 14.29% Nada de Valorado. La mayoría percibe que se encuentra valorado, lo cual nos puede indicar que la Institución se preocupa por su personal, por los materiales que provee, generando una evaluación positiva y compromiso. Se sugiere que la Institución revise el tema de comunicación y de interacción social, con el fin de incrementar el nivel de satisfacción, seguridad y pertenencia

Tabla 103: Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Enfermeros sin burnout)

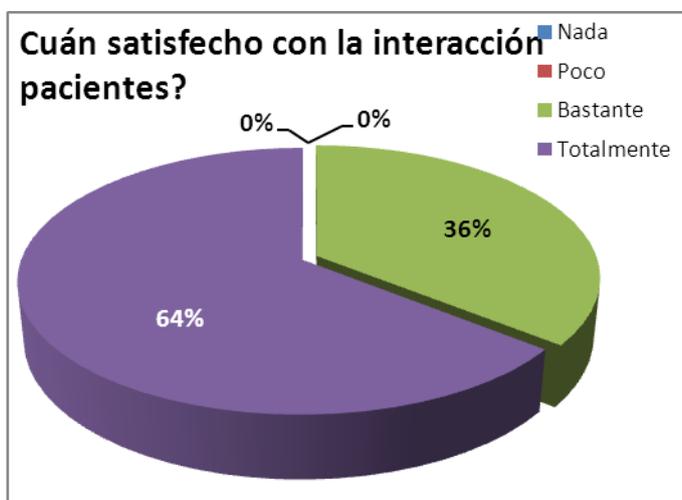
Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	3	21,43
Totalmente	11	78,57
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con el trabajo que realiza? Está clasificado en: 58.33% Totalmente Satisfecho; y el 41.67% Bastante Satisfecho. Los resultados demuestran que se sienten a gusto con lo que realizan, esto disminuye el estrés, ayuda a la salud y evita el burnout.

Tabla 104: Cuán satisfecho con la interacción de pacientes? (Enf. sin burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	5	35,71
Totalmente	9	64,29
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? Está clasificado en: 64.29% Totalmente Satisfecho; y el 35.71% Bastante Satisfecho. Los resultados indican que no existe despersonalización, por lo tanto tienen actitudes positivas hacia los demás, existe empatía, se sienten motivados con lo que hacen, demuestran actitud de servicio.

Tabla 105: Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos? (Enf. sin BO)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	5	35,71
Bastante	5	35,71
Totalmente	4	28,57
Total	14	100,00



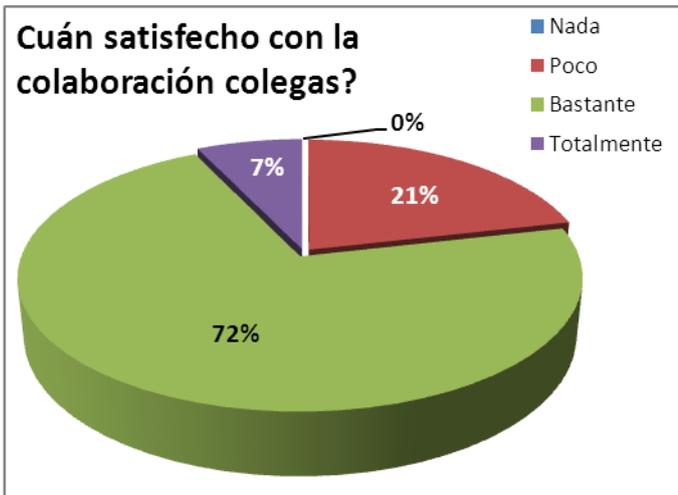
Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de su institución? Está clasificado en: 35.71% Poco Satisfecho; 35.71% Bastante Satisfecho y el 28.57% Totalmente Satisfecho.

Si bien un buen porcentaje siente el apoyo, un número considerable de la muestra no, por lo que la Institución debe revisar que debe mejorar. Se sugiere mejorar las relaciones interpersonales, realizar actividades dentro y fuera del ámbito laboral en las que puedan escuchar a los profesionales expresar cuáles son sus necesidades, expectativas y poder

incrementar la satisfacción de sus colaboradores.

Tabla 106: Cuán satisfecho con la colaboración entre colegas? (Enf. sin BO)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	3	21,43
Bastante	10	71,43
Totalmente	1	7,14



Total	14	100,00
--------------	----	--------

Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con colaboración entre colegas de su institución? Está clasificado en: 71.43% Bastante Satisfecho; 21.43% Poco Satisfecho y el 7.14% Totalmente Satisfecho. Es muy positivo el tener buenas relaciones interpersonales, las buenas interacciones sociales, demuestran un buen apoyo social, lo que significa un gran soporte para afrontar adversidades, creando un grado de seguridad.

Tabla 107: Cuán satisfactoria es su experiencia profesional? (Enf. sin burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	1	7,14
Poco	1	7,14
Bastante	5	35,71
Totalmente	7	50,00
Total	14	100,00

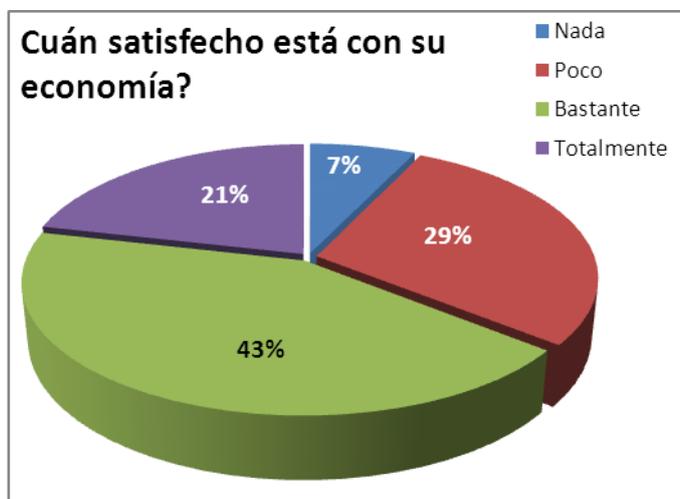


Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? Está clasificado en: 50.00% Totalmente Satisfecho; el 35.71% Bastante Satisfecho; 7.14% Poco Satisfecho y el 7.14% Nada Satisfecho.

Estos resultados demuestran que la mayoría tiene un alto porcentaje de realización personal, es decir se sienten satisfechos con el trabajo realizado y con los resultados obtenidos.

Tabla 108: Cuán satisfactoria está con su economía? (Enf. sin burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	1	7,14
Poco	4	28,57
Bastante	6	42,86
Totalmente	3	21,43
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con su economía? Está clasificado en: 42.85% Bastante Satisfecho; el 28.57% Poco Satisfecho; el 21.43% Totalmente Satisfecho; y el 7.14 Nada Satisfecho.

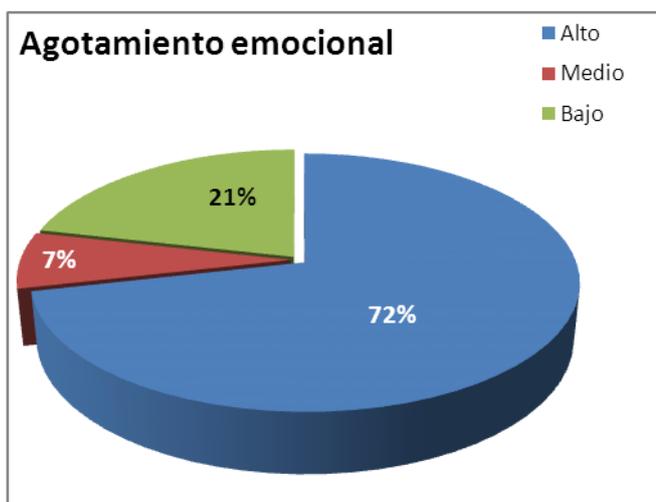
5.3.2 Resultados Cuestionario MBI (Enfermeros sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla 109: Agotamiento emocional
(Enfermeros sin burnout)

Nivel	Número	%
Alto	10	71,43
Medio	1	7,14
Bajo	3	21,43
Total	14	100,00



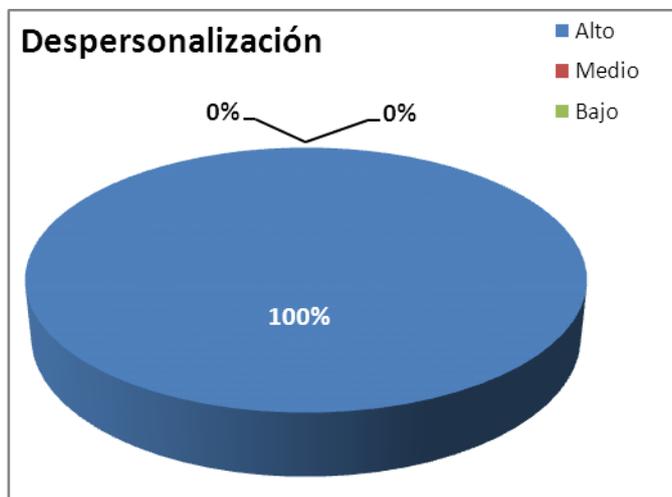
Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta al Agotamiento Emocional. Está clasificado en: 71.43% Bajo nivel en Agotamiento Emocional; el 21.43% Alto nivel en Agotamiento Emocional; y el 7.14 medio nivel en Agotamiento Emocional.

De los resultados obtenidos el mayor porcentaje tiene bajo en agotamiento emocional, lo cual demuestra que las tareas que realizan no les produce tensión ni frustración y por lo tanto demuestran actitud de servicio.

En personal que presta servicio humano, es necesario siempre tomar acciones que permitan bajar el nivel de estrés, como trabajar con un equipo interdisciplinario, con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda. Aplicar técnicas cognitivas que permitan re-evaluar las situaciones que están causando el estrés. Es necesario que la Institución revise permanentemente la estructura del trabajo, por cuanto cada vez se confirma que la fuente donde se genera el burnout es en el trabajo y no en el individuo.

Tabla 110 Despersonalización
(Enfermeros sin burnout)

Nivel	Número	%
Alto	14	100,00
Medio	0	0,00
Bajo	0	0,00
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la Despersonalización. Está clasificado en: 100.00% Bajo nivel en Despersonalización. Los resultados son excelentes, por cuanto esto demuestra que el personal se siente motivado y presenta actitudes positivas a los demás y por lo tanto da una buena atención.

Tabla 111: Realización personal
(Enfermeros sin burnout)

Nivel	Número	%
Alto	0	0,00
Medio	0	0,00
Bajo	14	100,00
Total	14	100,00



Del total de 12 médicos sin burnout, en lo que respecta a la Realización Personal. Está clasificado en: 100.00% alto nivel en Realización Personal.

Los resultados obtenidos demuestran que el personal se siente a gusto con lo que hace y lo hace bien, porque les proporciona motivación para seguir adelante con la misma fuerza y energía, lo cual crea una protección contra el estrés y evita el burnout.

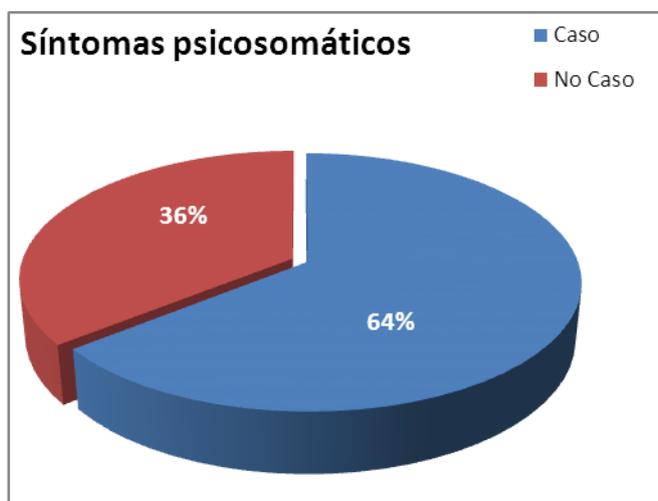
5.3.3 Resultados Cuestionario de Salud Mental (Enfermeros sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)

Tabla 112: Síntomas psicossomáticos
(Enfermeros sin burnout)

Estado	Número	%
Caso	9	64,29
No Caso	5	35,71
Total	14	100,00

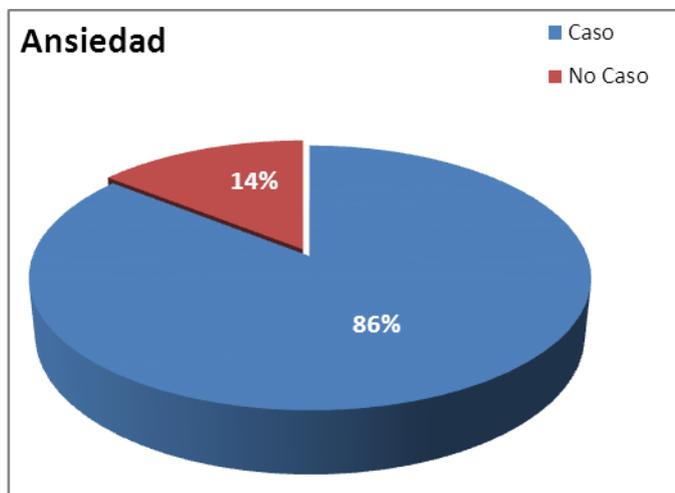


Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a los Síntomas Psicossomáticos. Está clasificado en: 64.29% en un estado de "CASO" y el 35.71% en un estado "NO CASO".

Se evidencia síntomas psicossomáticos en un alto porcentaje, lo cual demuestra que el personal está estresado, por lo tanto ya está generando dolores de cabeza, cansancio y esto conlleva a tomar acciones inmediatas que permitan disminuir el estrés, como: estrategias de resolución de problemas, estrategias de regulación emocional, realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones.

Tabla 113: Ansiedad (Enfermeros sin burnout)

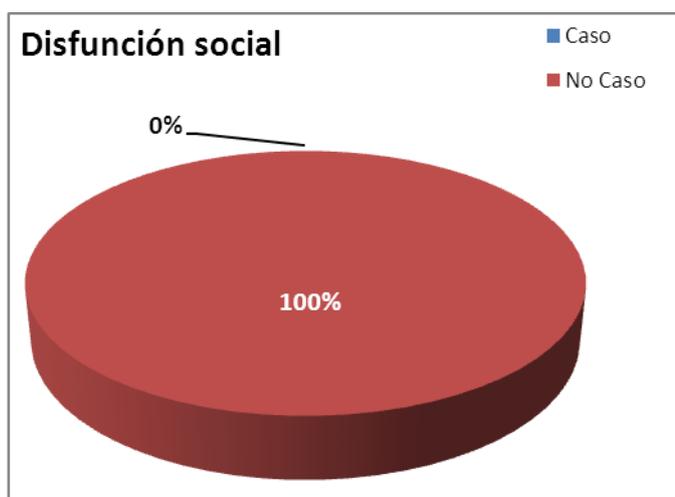
Estado	Número	%
Caso	12	85,71
No Caso	2	14,29
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la Ansiedad. Está clasificado en: 85.71% en un estado de “CASO” y el 14.29% en un estado “NO CASO”. En lo que es salud general se evidencia un alto porcentaje de ansiedad, ocasionando dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, preocupación, afectando la salud y bienestar del individuo por lo que se requiere tomar acciones urgentes que permitan disminuir el estrés, como: Trabajar con un equipo interdisciplinario, con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda, estrategias de resolución de problemas, identificar que produce la situación, solicitar a la organización espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas, realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones.

Tabla 114: Disfunción social (Enfermeros sin burnout)

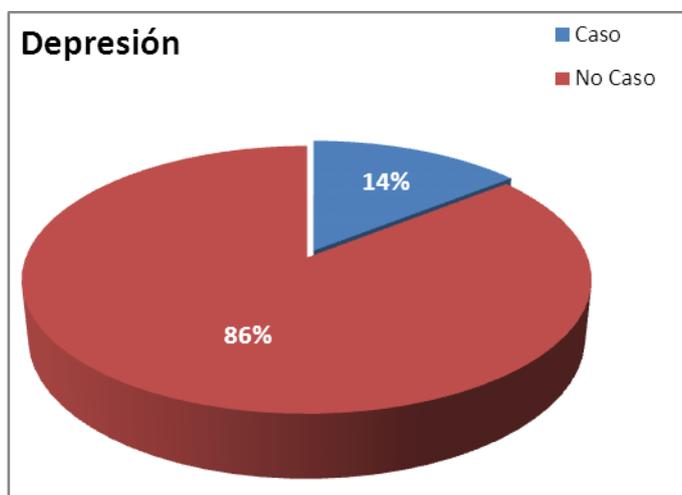
Estado	Número	%
Caso	0	0,00
No Caso	14	100,00
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la Disfunción Social. Está clasificado en: 100.00% en un estado de "NO CASO". Su desempeño social diario es bueno.

Tabla 115: Depresión (Enfermeros sin burnout)

Estado	Número	%
Caso	2	14,29
No Caso	12	85,71
Total	14	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la Depresión. Está clasificado en: 85.71% en un estado de “NO CASO” y el 14.29% en un estado de “CASO”.

Existen 2 casos de algún grado de depresión, por lo que se sugiere compartir en espacios comunes no formales dentro de la jornada, con el fin de liberar tensiones, también es bueno trabajar con un equipo interdisciplinario con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda y ver estrategias de solución de problemas, se debe realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga

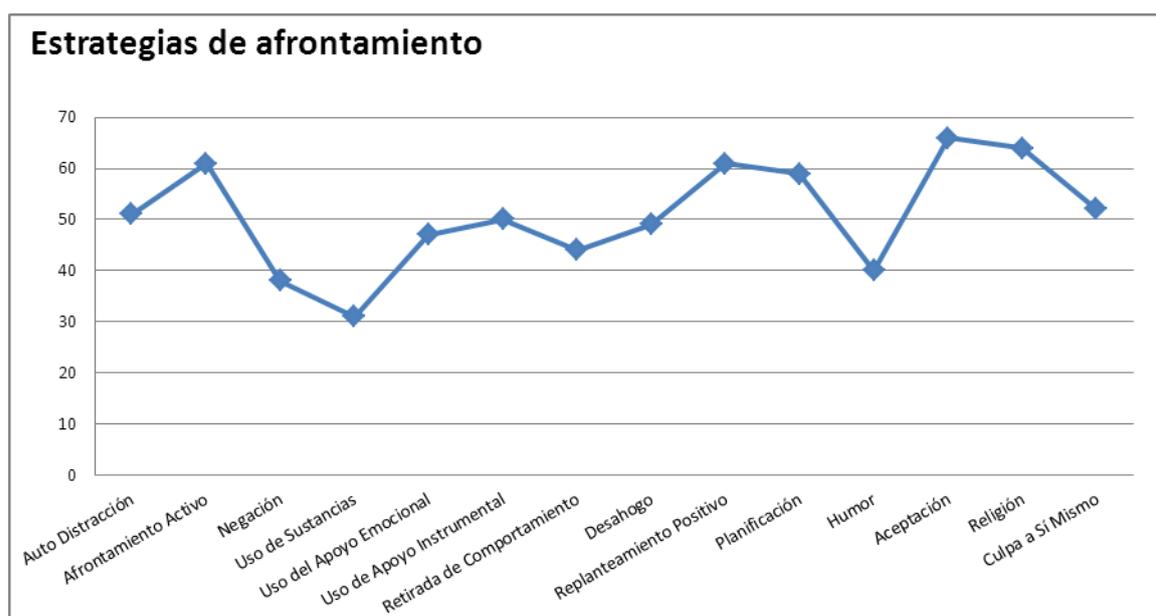
5.3.4 Resultados Cuestionario de Afrontamiento (Enfermeros sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Tabla 116: Estrategias de afrontamiento (Enfermeros sin burnout)

Estrategia	SUM
Auto Distracción	51
Afrontamiento Activo	61
Negación	38
Uso de Sustancias	31
Uso del Apoyo Emocional	47
Uso de Apoyo Instrumental	50
Retirada de Comportamiento	44
Desahogo	49
Replanteamiento Positivo	61
Planificación	59
Humor	40
Aceptación	66
Religión	64
Culpa a Sí Mismo	52



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta al Afrontamiento y Estrategia. Está clasificado en: El que más magnitud tiene en 66% Aceptación; 64% Religión; 61% Afrontamiento Activo.

Se debe tomar en cuenta que cada ser humano en base a sus características propias, reacciona ante cada situación en forma diferente, lo que hace que afronte de manera diversa los problemas y esto nos debe llevar a meditar si estamos utilizando la estrategia adecuada, en función de lo señalado las estrategias cambian.

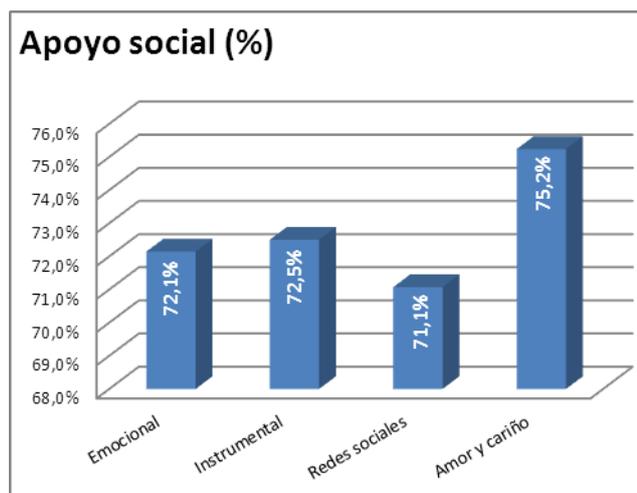
5.3.5 Resultados Cuestionario de Apoyo Social (Enfermeros sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social

Tabla 117: Apoyo social (%)
(Enfermeros sin burnout)

Apoyo	%
Emocional	72,1%
Instrumental	72,5%
Redes sociales	71,1%
Amor y cariño	75,2%



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta al Apoyo Social. Está clasificado en: El que más magnitud tiene en 75.2% Amor y cariño; 71.1% Redes Sociales; 72.5% Apoyo Instrumental; 72.1% Apoyo Emocional.

Según los resultados el mayor porcentaje se encuentra en el amor y cariño, que es el apoyo afectivo que refuerza la autoestima y el vínculo afectivo, el apoyo instrumental que nos permite acudir a personal capacitado que nos permita modular los efectos negativos.

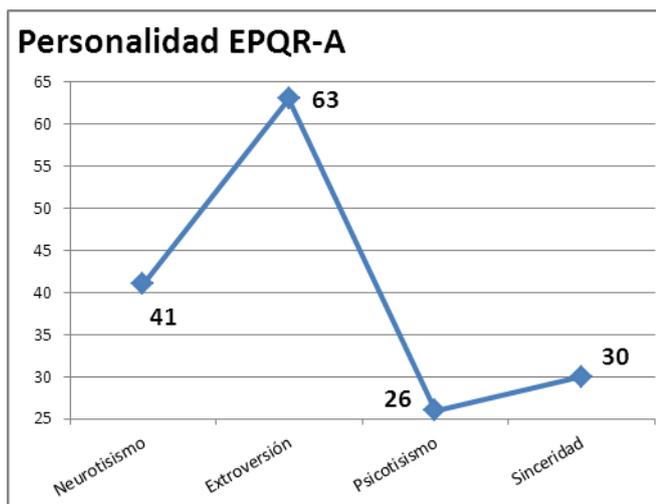
5.3.6 Resultados Cuestionario de Personalidad (Enfermeros sin burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Tabla 118: Personalidad EPQR-A
(Enfermeros sin burnout)

Nivel	Número	%
Neurotisisismo	41	25,63
Extroversión	63	39,38
Psicotisisismo	26	16,25
Sinceridad	30	18,75
Total	160	100,00



Del total de 14 enfermeros sin burnout, en lo que respecta a la Personalidad. Está clasificado en: El que más magnitud tiene en 39.37% Extroversión; 25.62% Neuroticismo; 16.25% Psicotisisismo; 18.75% Sinceridad.

De los resultados obtenidos en enfermeros sin burnout, el mayor porcentaje presenta el rasgo de extroversión, en el que se presenta ciertas características como una persona sociable, arriesgado, despreocupado, optimista, prefiere estar ocupado, impulsivo y con riesgo a perder los nervios, cabe indicar que todos tenemos algo de extroversión e introversión en diferente grado.

5.4 Enfermeros con burnout

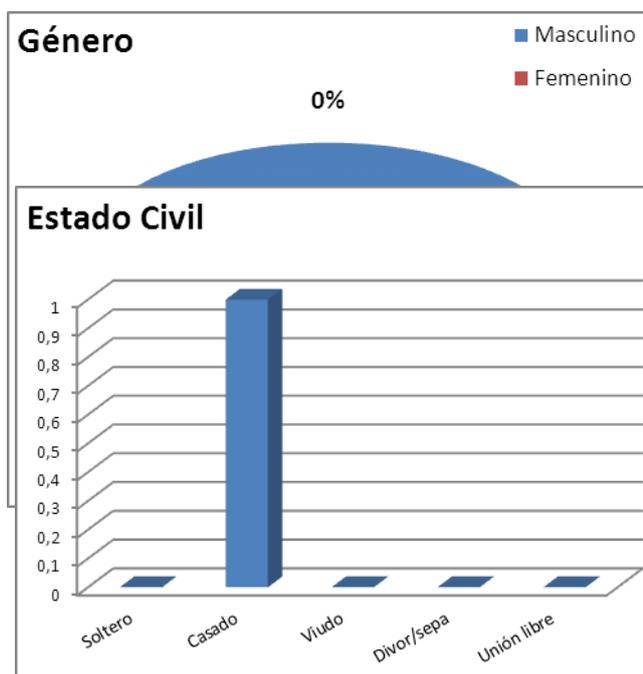
5.4.1 Resultados Cuestionario Sociodemográfico y Laboral (Enfermeros con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario sociodemográfico y laboral

Tabla 119: Género (Enfermeros con burnout)

Género	Número	%
Masculino	1	100,00
Femenino	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, 100.00% al género masculino.

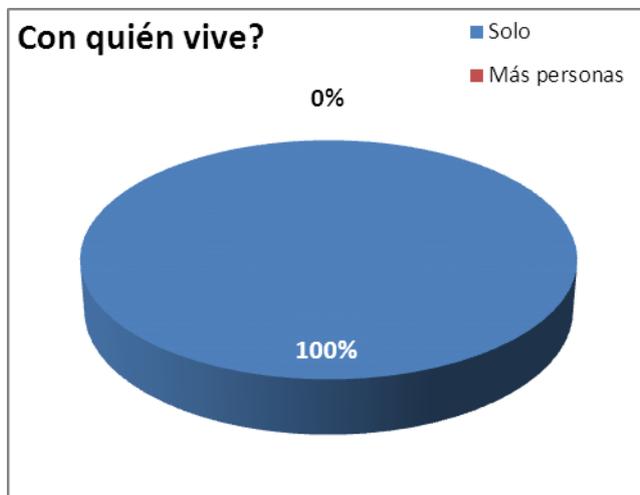
Tabla 120: Estado civil (Enf. con burnout)

Estado	Número	%
Soltero	0	0,00
Casado	1	100,00
Viudo	0	0,00
Divor/sepa	0	0,00
Unión libre	0	0,00
Total	1	100,00

Del total de 1 enfermeros con burnout, en lo que respecta al Estado Civil está clasificado en: 100.00% casados.

Tabla 121: Con quién vive? (Enf. con burnout)

Con quién?	Número	%
Solo	1	100,00
Más personas	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a ¿Con quién vive? Está clasificado en: 100.00% solo.

Tabla 122: Valor salarial (Enf. con burnout)

Valor	Número	%
\$0 - \$1000	1	100,00
\$1001- \$2000	0	0,00
\$2001- \$3000	0	0,00
\$3001- \$4000	0	0,00
\$4001- \$5000	0	0,00
\$5001- \$6000	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a Valor Salarial. Está clasificado en: 100.00% menos de \$ 1000 USD.

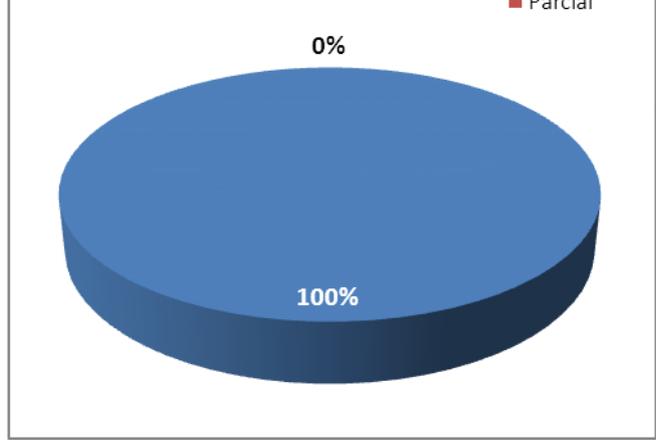


Tabla 123: Tipo de trabajo (Enf. con burnout)

Tipo de trabajo	Número	%
Completo	1	100,00
Parcial	0	0,00
Total	1	100,00

Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a Tipo de Trabajo. Está clasificado en: 100.00% Tiempo Completo.

Tabla 124: Sector de trabajo (Enf. con burnout)

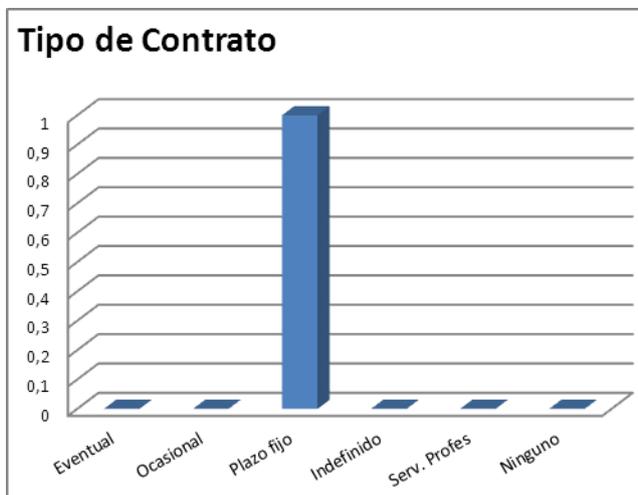
Sector	Número	%
Público	0	0,00
Privado	1	100,00
Ambos	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta al Sector de Trabajo. Está clasificado en: 100.00% en el Sector Privado

Tabla 125: Tipo de contrato (Enf. con burnout)

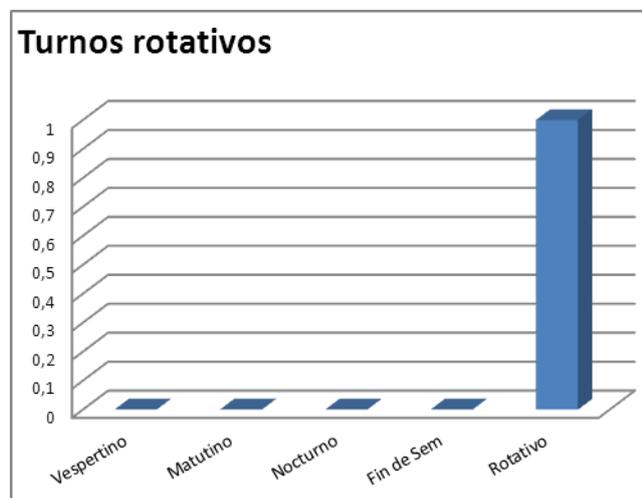
Tipo	Número	%
Eventual	0	0,00
Ocasional	0	0,00
Plazo fijo	1	100,00
Indefinido	0	0,00
Serv. Profes	0	0,00
Ninguno	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta al Tipo de Contrato. Está clasificado en: 100.00% con Plazo Fijo.

Tabla 126: Turnos rotativos (Enf. con burnout)

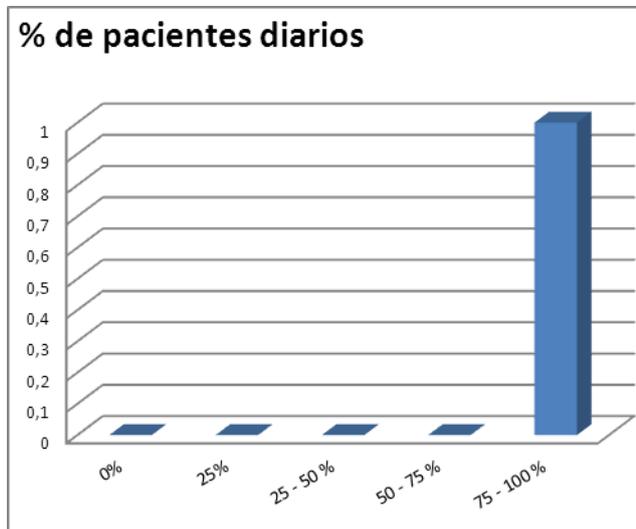
Turno	Número	%
Vespertino	0	0,00
Matutino	0	0,00
Nocturno	0	0,00
Fin de Semana	0	0,00
Rotativo	1	100,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a Turnos Rotativos. Está clasificado en: 100.00% turno Rotativo.

Tabla 127: % pacientes diarios
(Enfermeros con burnout)

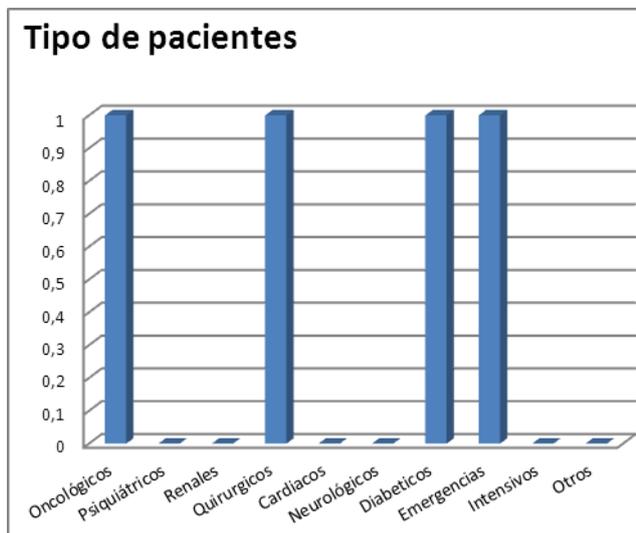
Porcentaje	Número	%
0%	0	0,00
25%	0	0,00
25 - 50 %	0	0,00
50 - 75 %	0	0,00
75 - 100 %	1	100,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a Turnos Rotativos. Está clasificado en: 100.00% turno Rotativo.

Tabla 128: Tipo de pacientes
(Enfermeros con burnout)

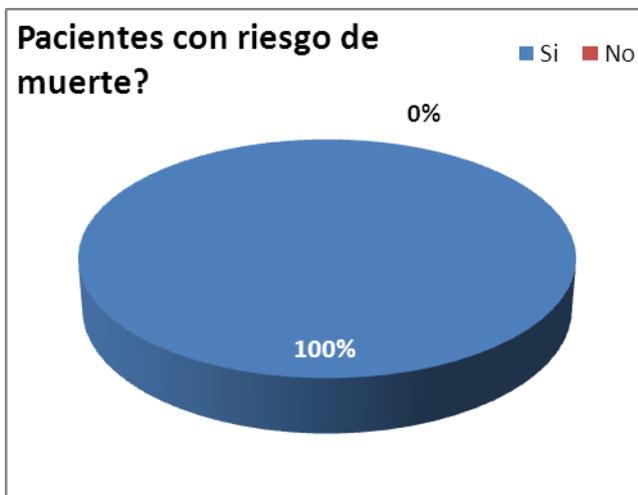
Tipo	Número	%
Oncológicos	1	25,00
Psiquiátricos	0	0,00
Renales	0	0,00
Quirúrgicos	1	25,00
Cardíacos	0	0,00
Neurológicos	0	0,00
Diabéticos	1	25,00
Emergencias	1	25,00
Intensivos	0	0,00
Otros	0	0,00
Total	4	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta al Tipo de Pacientes. Está clasificado en: todos estos tienen el 25.00% Oncológicos; Quirúrgicos; Diabéticos y Emergencia.

Tabla 129: Atiende a pacientes con riesgo de muerte? (Enfermeros con burnout)

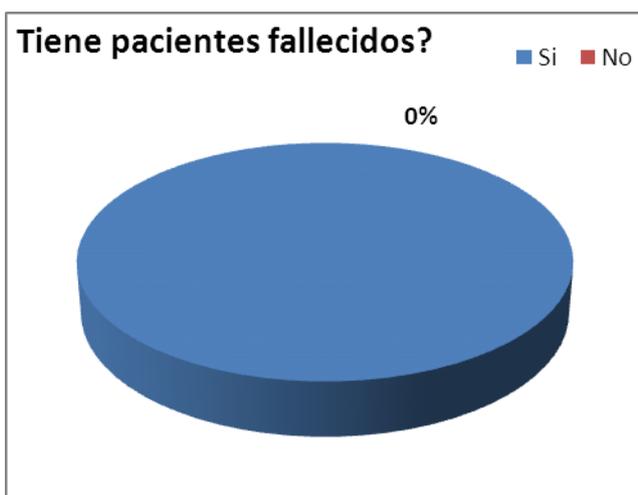
Riesgo de muerte?	Número	%
Si	1	100,00
No	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta al Atender Pacientes con Riesgo de Muerte. Está clasificado en: 100.00% en que SI atienden a pacientes con riesgos de muerte.

Tabla 130: Tiene pacientes que hayan fallecido? (Enfermeros con burnout)

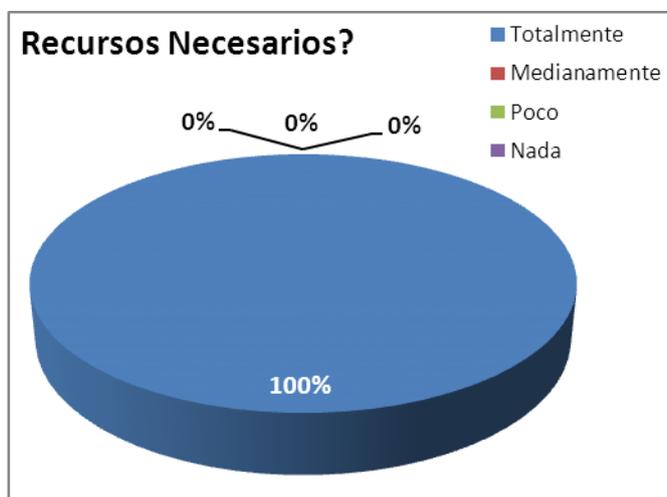
Pacientes fallecidos	Número	%
Si	1	100,00
No	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a Pacientes Fallecidos. Está clasificado en: 100.00% en que SI tienen pacientes fallecidos

Tabla 131: Cuenta con los recursos necesarios? (Enfermeros con burnout)

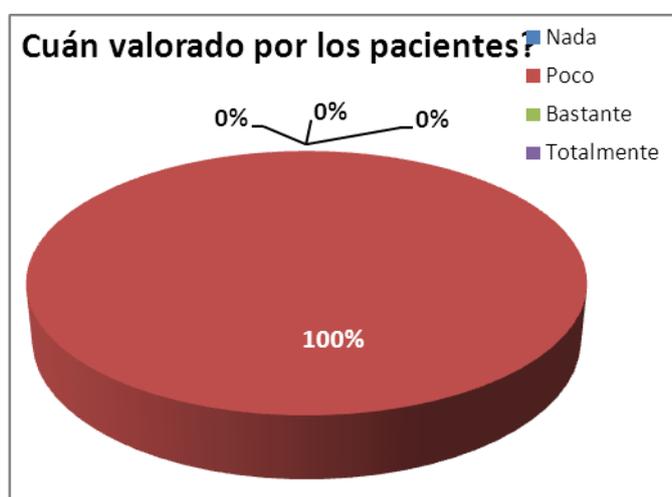
Tiene recursos necesarios?	Número	%
Totalmente	1	100,00
Medianamente	0	0,00
Poco	0	0,00
Nada	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a Recursos Necesarios. Está clasificado en: 100.00% de Totalmente Recursos Necesarios.

Tabla 132: Cuán valorado se siente por sus pacientes? (Enfermeros con burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	100,00
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? Está clasificado en: 100.00% Poco Valorado.

El pensar que no se siente valorado por sus pacientes, es muy perjudicial, porque no percibe apoyo afectivo y esto incrementa la desmotivación, la frustración y por ende el incremento de estrés.

Tabla 133: Cuán valorado por los familiares de pacientes? (Enf. con burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	100,00
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00

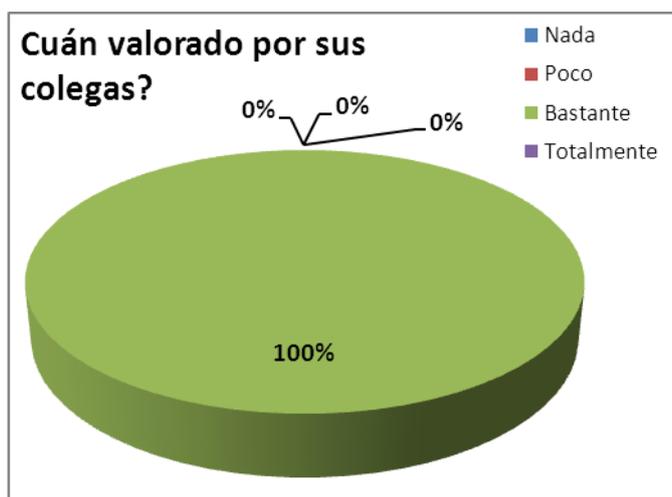


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? Está clasificado en: 100.00% Poco Valorado.

El ver que no valoran su trabajo, es desmotivante, quita las energías y ganas de dar lo mejor, generando ansiedad y frustración, por lo que se sugiere tener comunicación permanente con los familiares para crear una buena relación interpersonal, adicional compartir con sus colegas para intercambiar preocupaciones y opiniones.

Tabla 134: Cuán valorado se siente por sus colegas? (Enfermeros con burnout)

Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	100,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por sus colegas? Está clasificado en: 100.00% Bastante Valorado.

El tener buenas relaciones interpersonales, permite disipar los problemas, tener apoyo, compartir con personal capacitado para encontrar formas de manejar mejor las situaciones adversas.

Tabla 135: Cuán valorado se siente por los directivos? (Enfermeros con burnout)

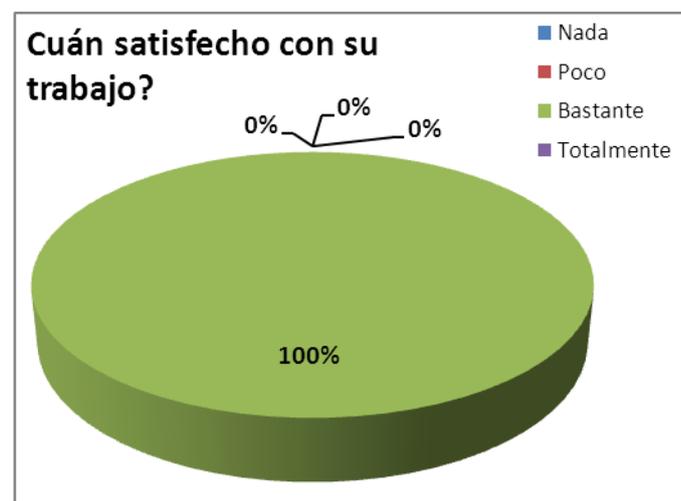
Cuán valorado	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	100,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán valorado se siente por los directivos de su institución? Está clasificado en: 100.00% Bastante Valorado. Considerando que la escala de valores es muy subjetiva para cada persona, de los resultados obtenidos se puede indicar que la percepción de este profesional es que si se valorado.

Tabla 136: Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza? (Enf. con burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	100,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00

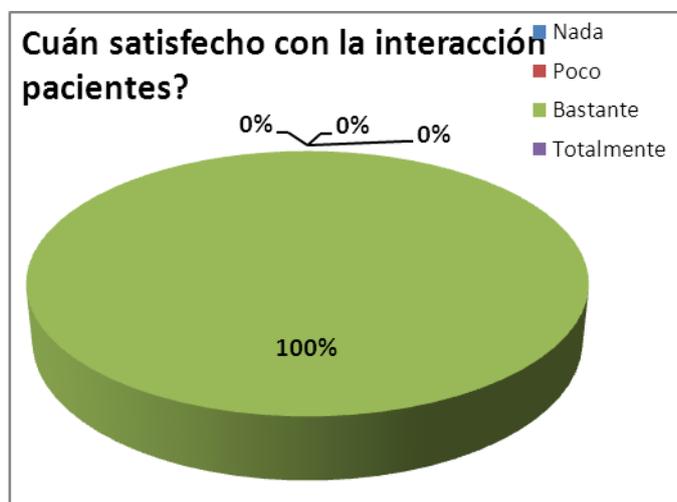


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán satisfecho esta con el trabajo que realiza? Está clasificado en: 100.00% Bastante Satisfecho.

El sentirse a gusto y satisfecho con lo que realiza es de alto impacto, porque disminuye el estrés, ayuda a la salud y motiva a seguir adelante.

Tabla 137: Cuán satisfecho con la interacción de pacientes? (Enf. con burnout)

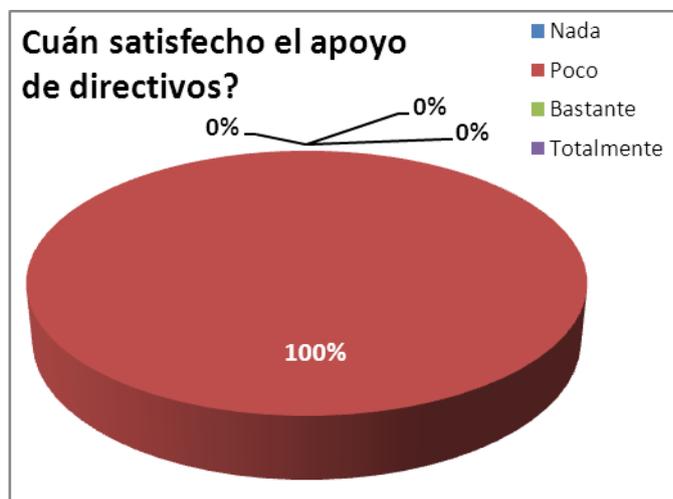
Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	100,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta ¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? Está clasificado en: 100.00% Bastante Satisfecho. Los resultados indican que existen actitudes positivas hacia los demás, lo cual demuestra actitud de servicio y empatía.

Tabla 138: Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos? (Enf. con BO)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	100,00
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00

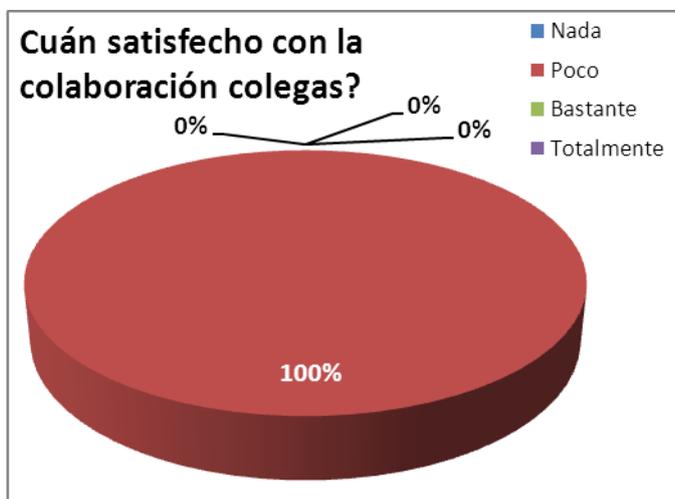


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con el apoyo de los directivos de su institución? Está clasificado en: 100.00% Poco Satisfecho.

En lo que es satisfacción los directivos deben revisar permanentemente como se siente su personal, que necesidades y expectativas tienen que es lo que está causando malestar e insatisfacción y tomar acciones que permitan mejorar el nivel de satisfacción y crear un sentimiento de compromiso y pertenencia con la Institución.

Tabla 139: Cuán satisfecho con la colaboración entre colegas? (Enf. con BO)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	1	100,00
Bastante	0	0,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00

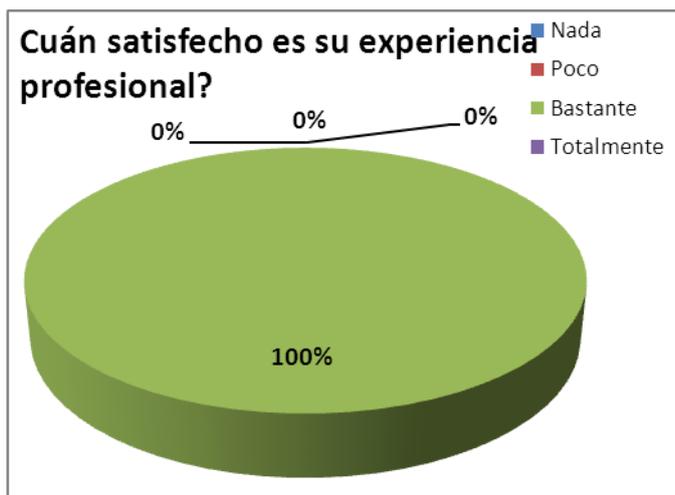


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con colaboración entre colegas de su institución? Está clasificado en: 100.00% poco satisfecho.

Que las relaciones interpersonales este en buen estado, también es responsabilidad de los directivos, por lo que deben crear espacios que permitan a los profesionales compartir e intercambiar opiniones, de igual forma crear talleres de relajamiento de esparcimiento que permitan disminuir tensiones.

Tabla 140: Cuán satisfactoria es su experiencia profesional? (Enf. con burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	100,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00

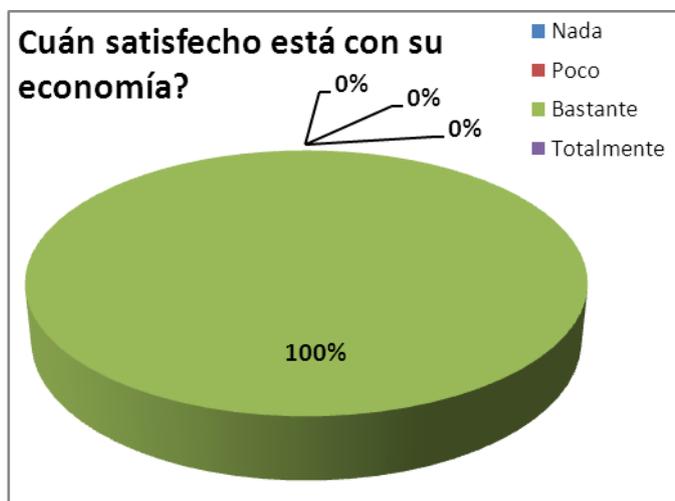


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? Está clasificado en: 100.00% Bastante Satisfecho.

Este resultado demuestra que existe realización personal, es decir se siente satisfecho con lo que hace.

Tabla 141: Cuán satisfactoria está con su economía? (Enfermeros con burnout)

Cuán satisfecho	Número	%
Nada	0	0,00
Poco	0	0,00
Bastante	1	100,00
Totalmente	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermeros con burnout, en lo que respecta a la pregunta. ¿Cuán satisfecho esta con su economía? Está clasificado en: 100.00% Bastante Satisfecho

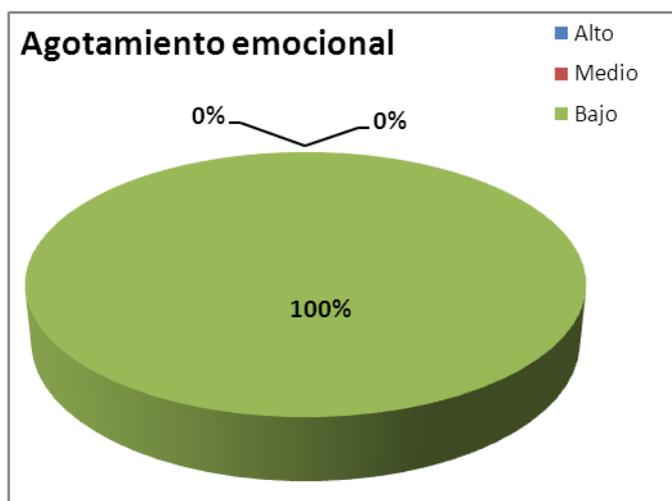
5.4.2 Resultados Cuestionario MBI (Enfermeros con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabla 142: Agotamiento emocional
(Enfermeros con burnout)

Nivel	Número	%
Alto	0	0,00
Medio	0	0,00
Bajo	1	100,00
Total	1	100,00



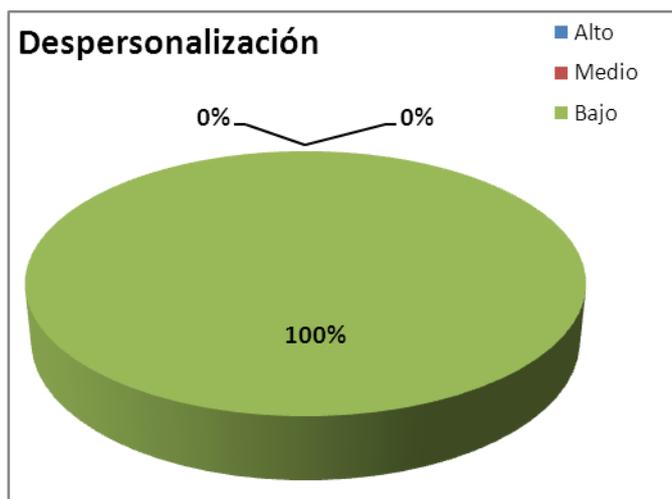
Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta al Agotamiento Emocional. Está clasificado en: 100.00% Alto nivel en Agotamiento Emocional.

El agotamiento emocional es el más vulnerable en ambos sexos, es el cansancio progresivo, la preocupación, tensión, ansiedad, irritabilidad que demuestra el sujeto a consecuencia de las tareas que realiza; en estos casos se debe tomar acciones que permitan bajar los niveles de agotamiento emocional, como: Trabajar con un equipo interdisciplinario con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda, aplicar técnicas cognitivas que permitan re-evaluar las situaciones estresantes, solicitar a la organización espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas y apoyen a mejorar esta patología y por consiguiente la calidad de vida del profesional.

Cada vez se llega a la conclusión que la fuente donde se genera el burnout es en el trabajo, en su ambiente y no en el individuo, es por eso que se recomienda a las Instituciones de salud revisar permanentemente la estructura del trabajo, el ambiente laboral.

Tabla 143: Despersonalización
(Enfermeros con burnout)

Nivel	Número	%
Alto	0	0,00
Medio	0	0,00

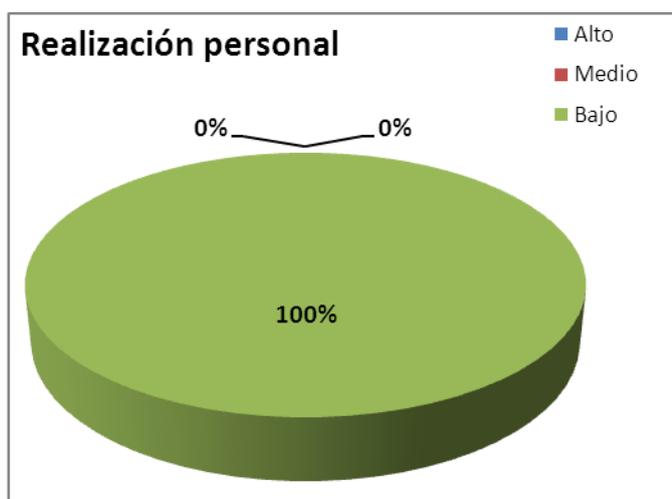


Bajo	1	100,00
Total	1	100,00

Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la Despersonalización. Está clasificado en: 100.00% Alto nivel en Despersonalización. Cuando existe despersonalización en un individuo que brinda un servicio de cuidado, es de alto riesgo para el paciente, para el profesional y para la organización, por las consecuencias que ello implica, considerando el distanciamiento, la irritabilidad hacia los demás y la falta de motivación con el trabajo que realiza. Se recomienda a la Institución de salud revisar las condiciones de trabajo, intervenir inmediatamente con acciones y planes que ayuden a los profesionales a tener mayor equilibrio en las actividades que ejecutan.

Tabla 144: Realización personal
(Enfermeros con burnout)

Nivel	Número	%
Alto	0	0,00
Medio	0	0,00
Bajo	12	100,00
Total	12	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la realización Personal. Está clasificado en: 100.00% alto nivel en Realización Personal. El sentirse satisfechos con la tarea que realizan, proporciona motivación, energía y ganas de dar lo mejor, crea protección contra el estrés, por lo que la institución debe hacer seguimiento permanente para evaluar cual es el grado de satisfacción de sus colaboradores, cuáles son sus expectativas, en qué grado se cumplen estas.

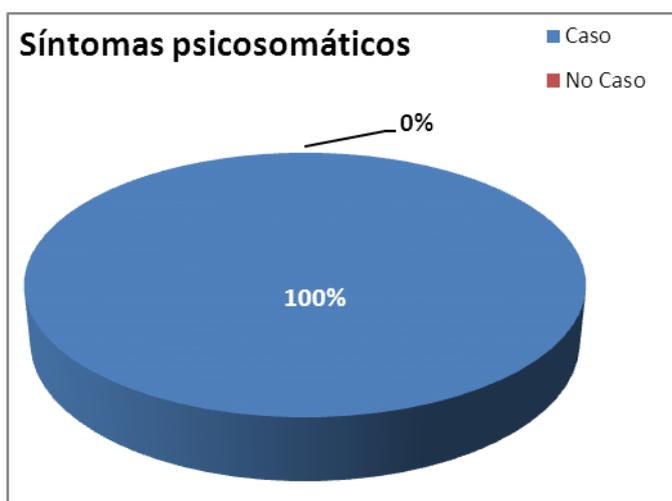
5.4.3 Resultados Cuestionario de Salud Mental (Enfermeros con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)

Tabla 145: Síntomas psicósomáticos
(Enfermeros con burnout)

Estado	Número	%
Caso	1	100,00
No Caso	0	0,00
Total	1	100,00

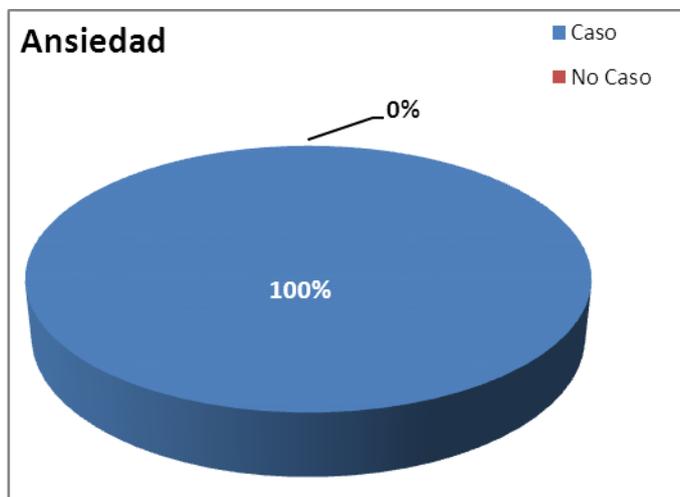


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a los Síntomas Psicómáticos. Está clasificado en: 100.00% en un estado “CASO”.

Se evidencia síntomas psicósomáticos, lo cual demuestra que el personal tiene dolores de cabeza, cansancio y esto conlleva a tomar acciones inmediatas que permitan disminuir el estrés, como resolución de problemas, estrategias de regulación emocional, realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones

Tabla 146: Ansiedad (Enfermeros con burnout)

Estado	Número	%
Caso	1	100,00
No Caso	0	0,00
Total	1	100,00

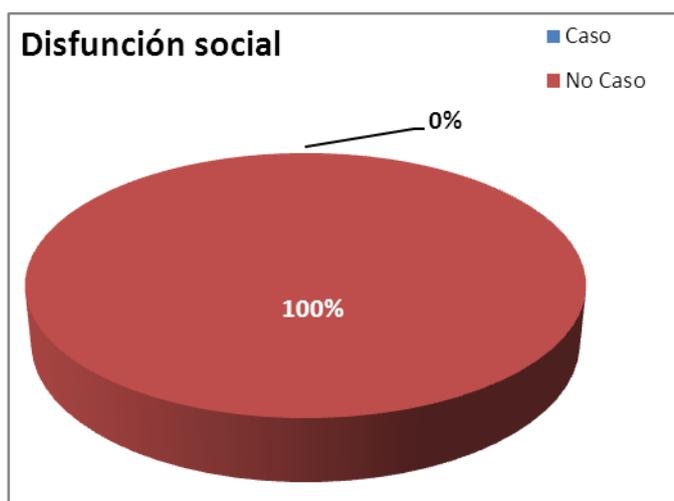


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la Ansiedad. Está clasificado en: 100% en un estado de "CASO".

En lo que es salud general, se evidencia ansiedad, ocasionando dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, preocupación, afectando la salud y bienestar del individuo, por lo que se requiere trabajar con un equipo interdisciplinario, con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda, estrategias de resolución de problemas, identificar que produce la situación, solicitar a la Institución de Salud espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral para compartir con los colegas, realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan recuperar energías y liberar tensiones.

Tabla 147: Disfunción social (Enfermeros con burnout)

Estado	Número	%
Caso	0	0,00
No Caso	1	100,00
Total	1	100,00

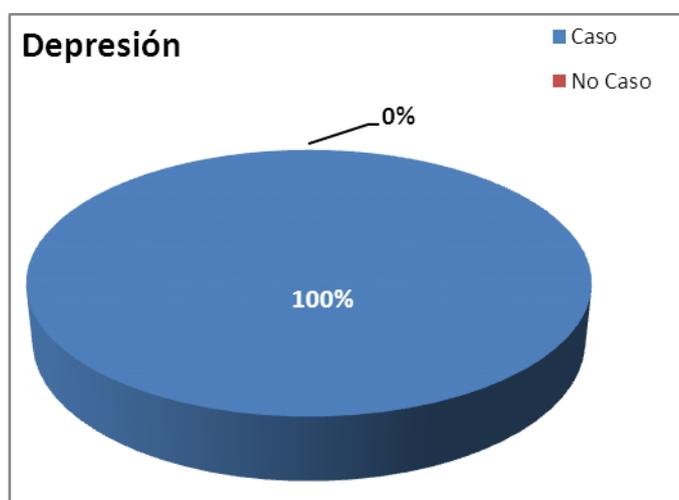


Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la Disfunción Social. Está clasificado en: 100.00% en un estado "NO CASO". Lo cual demuestra que su desempeño

social en la vida diaria es bueno.

Tabla 148: Depresión (Enfermeros con burnout)

Estado	Número	%
Caso	1	100,00
No Caso	0	0,00
Total	1	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la Depresión. Está clasificado en: 100.00% en un estado de "CASO".

Se ha comprobado que la depresión tiene correlación con el cansancio emocional, por los sentimientos que estos implican, uno de los que más se destacan es el sentimiento de culpa, la desesperanza, insomnio, por lo que es necesario tomar acciones inmediatas como realizar actividades con amigos, familiares, tener más interacción social, Realizar actividades de relajación, ejercicios de yoga que permitan liberar tensiones.

Es recomendable que los directivos siempre estén evaluando como se siente su personal, tanto en la parte física como en la psíquica y emocional.

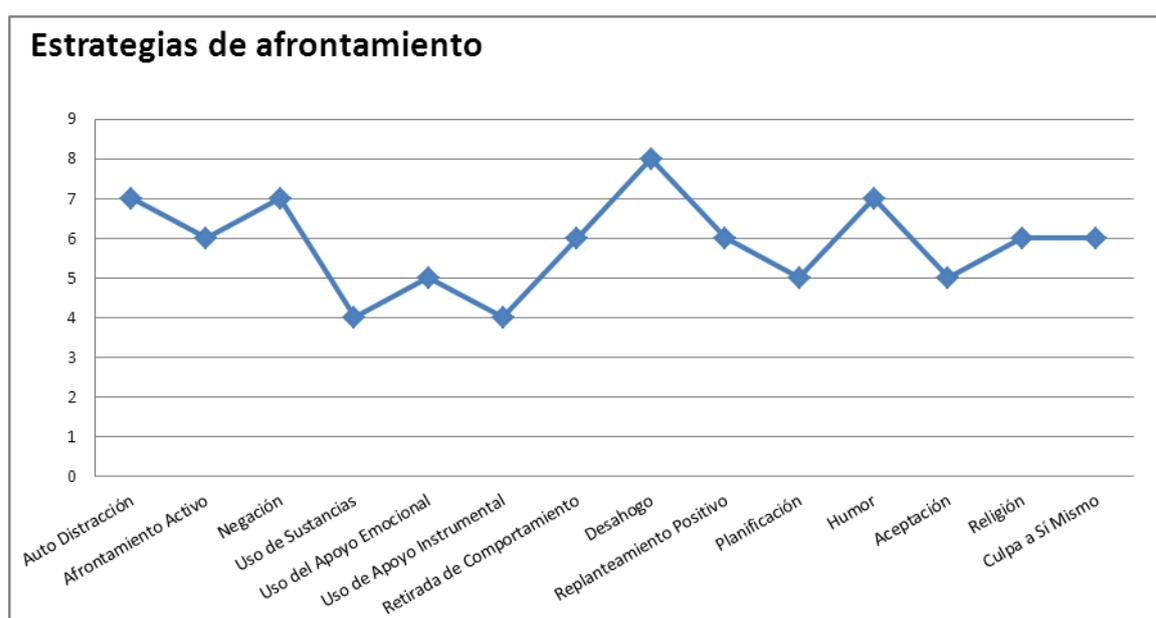
5.4.4 Resultados Cuestionario de Afrontamiento (Enfermeros con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Tabla 149: Estrategias de afrontamiento (Enfermeros con burnout)

Estrategia	SUM
Auto Distracción	7
Afrontamiento Activo	6
Negación	7
Uso de Sustancias	4
Uso del Apoyo Emocional	5
Uso de Apoyo Instrumental	4
Retirada de Comportamiento	6
Desahogo	8
Replanteamiento Positivo	6
Planificación	5
Humor	7
Aceptación	5
Religión	6
Culpa a Sí Mismo	6



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta al Afrontamiento y Estrategia. Está clasificado en: El que más magnitud tiene es el 8% en Desahogo, el 7% Afrontamiento Activo; 7% Humor; 6% Auto Distracción; 6% Replanteamiento Positivo.

Cabe indicar que cada ser humano en base a sus características propias reacciona de manera diferente ante cada situación, lo que hace que afronte y aplique de diversa forma las estrategias de afrontamiento, a veces como en estos casos no se están utilizando adecuadamente las estrategias por lo que es necesario solicitar ayuda instrumental para mejorar la situación. La estrategia de afrontamiento con mayor porcentaje esta en el desahogo con lo cual tiende a expresar y descargar las molestias que siente.

5.4.5 Resultados Cuestionario de Apoyo Social

Elaborado por: Marcia de Lourdes López

Fuente: Cuestionario MOS de apoyo social

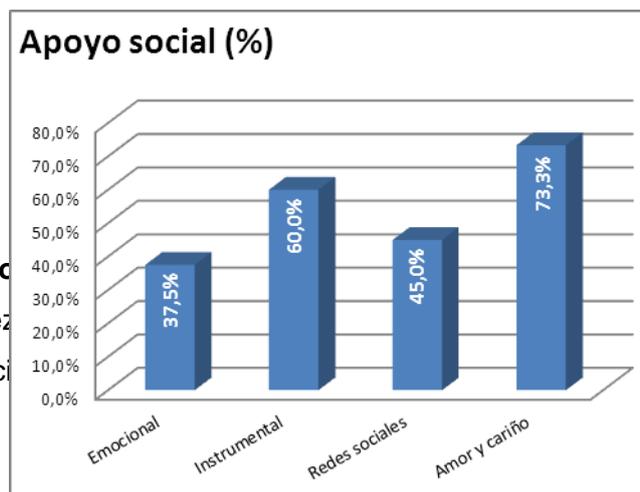


Tabla 150: Apoyo social (%) (Enfermeros con burnout)

Apoyo	%
Emocional	37,5%
Instrumental	60,0%
Redes sociales	45,0%
Amor y cariño	73,3%

Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta al Apoyo Social. Está clasificado en: El que más magnitud tiene en 73.33% Amor y cariño; 45.0% Redes Sociales; 60.0% Apoyo Instrumental; 37.50% Apoyo Emocional.

Según los resultados el mayor porcentaje se encuentra en el amor y cariño, que es el apoyo afectivo que refuerza el autoestima y el vínculo afectivo, el apoyo instrumental que nos permite acudir a personal capacitado que nos permita modular los efectos negativos.

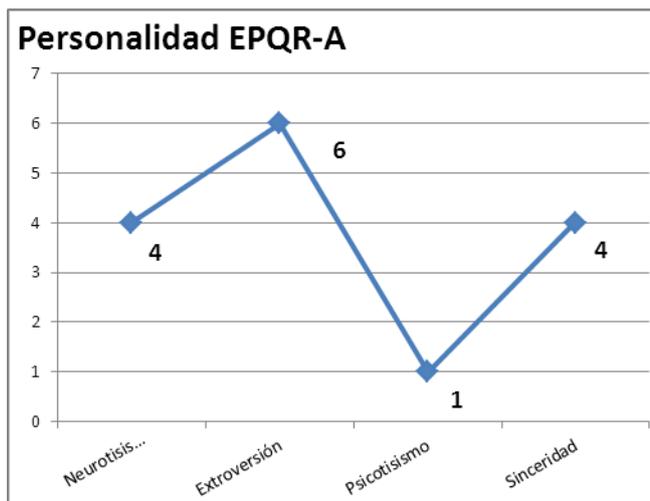
5.4.6 Resultados Cuestionario de Personalidad (Enfermeros con burnout)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Tabla 151: Personalidad EPQR-A
(Enfermeros con burnout)

Nivel	Número	%
Neurotisismo	4	26,67
Extroversión	6	40,00
Psicotisismo	1	6,67
Sinceridad	4	26,67
Total	15	100,00



Del total de 1 enfermero con burnout, en lo que respecta a la Personalidad. Está clasificado en: El que más magnitud tiene en 40.00% Extroversión; 26.67% Neuroticismo; 26.67% Sinceridad; 6.67% Psicoticismo.

De los resultados obtenidos en enfermeros con burnout, el mayor porcentaje presenta el rasgo de extroversión, en el que se presenta ciertas características como una persona sociable, arriesgado, despreocupado, optimista, prefiere estar ocupado, impulsivo y con riesgo a perder los nervios, cabe indicar que todos tenemos algo de extroversión e introversión en diferente grado.

5.5 Resultados Globales (Población total de la muestra)

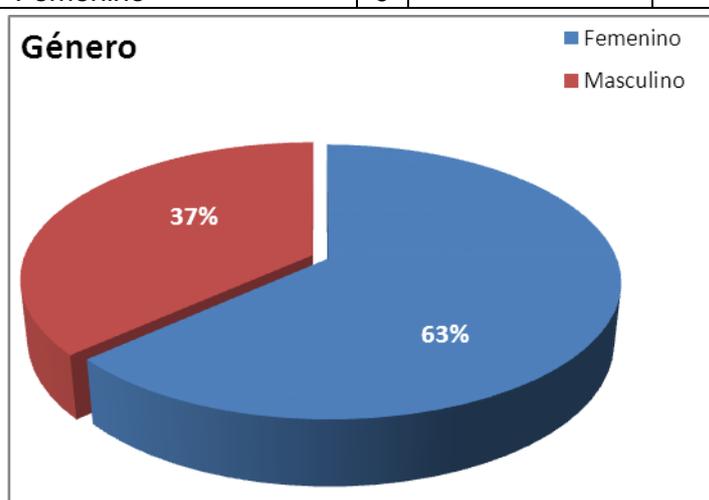
5.5.1 Resultados Globales Sociodemográficos (Población total de la muestra)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Tabla 152: Género (Población total de la muestra)

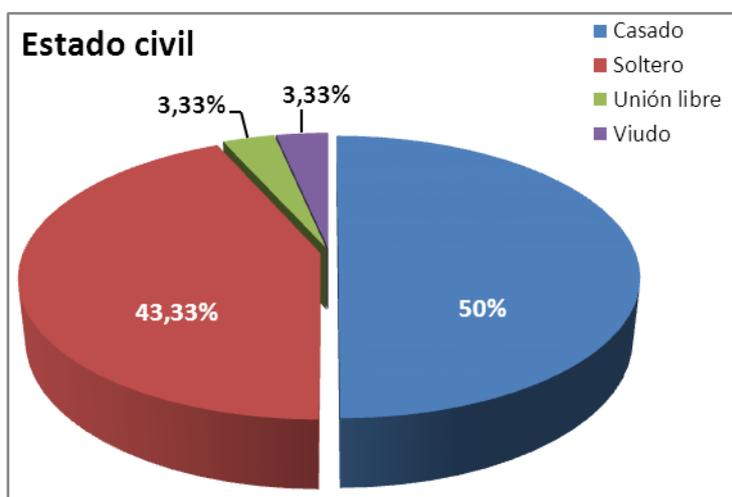
Profesión	#	Género	Total	%
Médicos	7	Femenino	19	63%
Masculino	0			
Femenino	7			
Enfermeros(as)	12			
Masculino	0			
Femenino	12			
Médicos	8	Masculino	11	37%
Masculino	8			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	3			
Masculino	3			
Femenino	0			



Del 100% de la muestra (30 sujetos), el 50% son médicos y el 50% enfermeros. En este estudio el 63% del total de la muestra corresponde al género femenino y el 37% al masculino. En cuanto a la profesión el género tiene una distribución más uniforme (ocho médicos hombres y siete médicos mujeres), mientras que entre enfermeros (as) es significativamente mayor la presencia de mujeres (doce mujeres y tres hombres), lo cual incide en el porcentaje elevado del género femenino.

Tabla 153: Estado civil (Población total de la muestra)

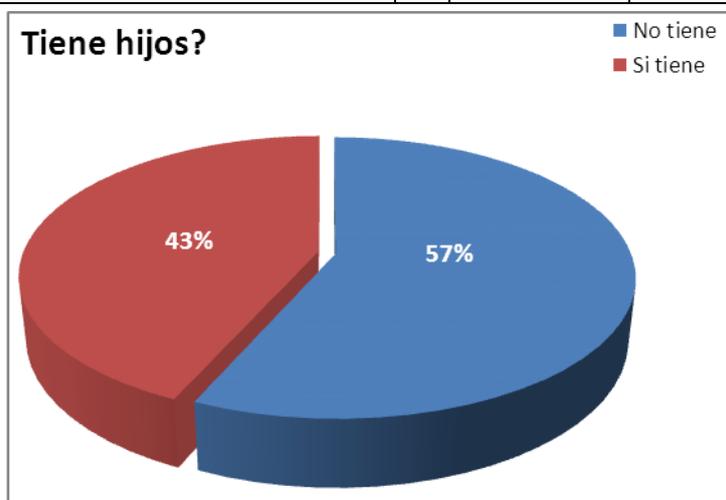
Profesión	#	Estado civil	Total	%
Médicos	8	Casado	15	50,00%
Masculino	5			
Femenino	3			
Enfermeros(as)	7			
Masculino	2			
Femenino	5			
Médicos	7	Soltero	13	43,33%
Masculino	3			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	6			
Masculino	1			
Femenino	5			
Médicos	0	Unión libre	1	3,33%
Masculino	0			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	1			
Masculino	0			
Femenino	1			
Médicos	0	Viudo	1	3,33%
Masculino	0			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	1			
Masculino	0			
Femenino	1			



Del 100% de la muestra (30 sujetos), el 50% de la muestra son casados, 43,33% solteros, 3,33% viven en unión libre y 3,33% son viudos.

Tabla 154: Número de hijos (Población total de la muestra)

Profesión	#	Hijos	Total	%
Médicos	12	No tiene	17	57%
Masculino	6			
Femenino	6			
Enfermeros(as)	5			
Masculino	2			
Femenino	3			
Médicos	3	Si tiene	13	43%
Masculino	2			
Femenino	1			
Enfermeros(as)	10			
Masculino	1			
Femenino	9			



Del 100% de la muestra (30 sujetos), el 57% no tiene hijos y el 43% si los tiene. Entre la población que no tiene hijos (17 sujetos) es marcada la diferencia entre médicos sin hijos (71%) y enfermeros(as) sin hijos (29%). Al analizar la población con hijos, esta característica se invierte, es mayor el número de enfermeros(as) con hijos (77%), comparado con los médicos con hijos (23%).

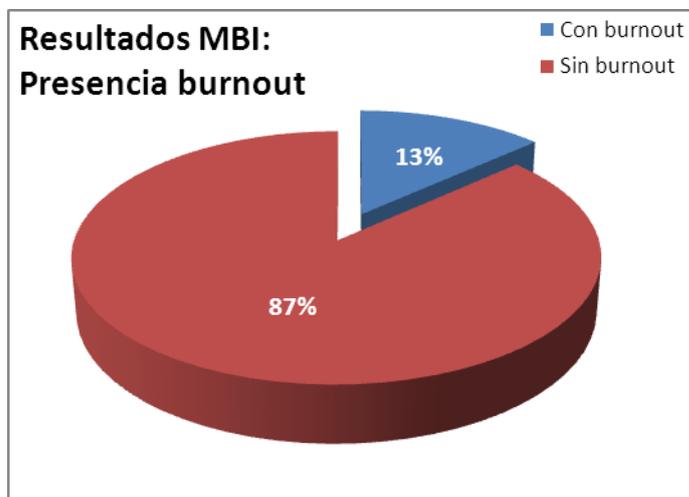
5.5.2 Resultados Globales MBI (Población total de la muestra)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario MBI

Tabla 155: Resultados MBI Presencia burnout (Población total de la muestra)

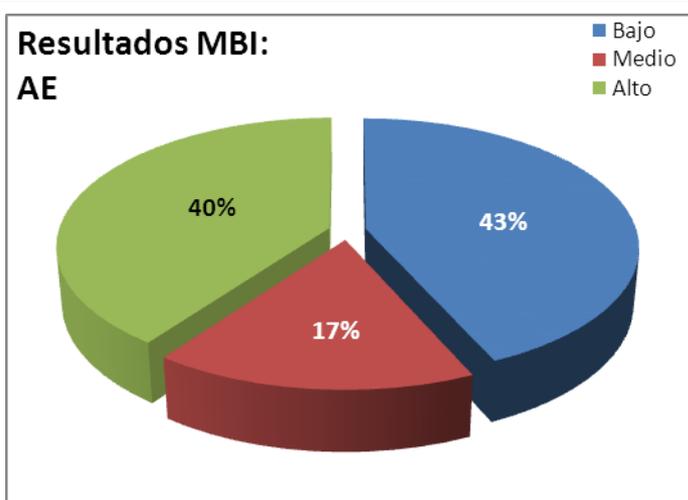
Profesión	#	Incidencia	Total	%
Médicos	3	Con burnout	4	13%
Masculino	1			
Femenino	2			
Enfermeros(as)	1			
Masculino	1			
Femenino	0			
Médicos	12	Sin burnout	26	87%
Masculino	7			
Femenino	5			
Enfermeros(as)	14			
Masculino	2			
Femenino	12			



Del 100% de la muestra el 13% presenta el síndrome de burnout, mientras que el 87% no. Al desglosar la muestra y analizar la incidencia de acuerdo a la profesión, se puede apreciar que el síndrome tiene mayor incidencia entre los médicos que entre los enfermeros (75% médicos quemados vs. 25% enfermeros quemados). Sin embargo, al analizar la incidencia de acuerdo al género, se puede evidenciar que esta variable no presenta diferencia alguna (50% masculino vs. 50% femenino).

Tabla 156: Dimensiones burnout (Población total de la muestra)

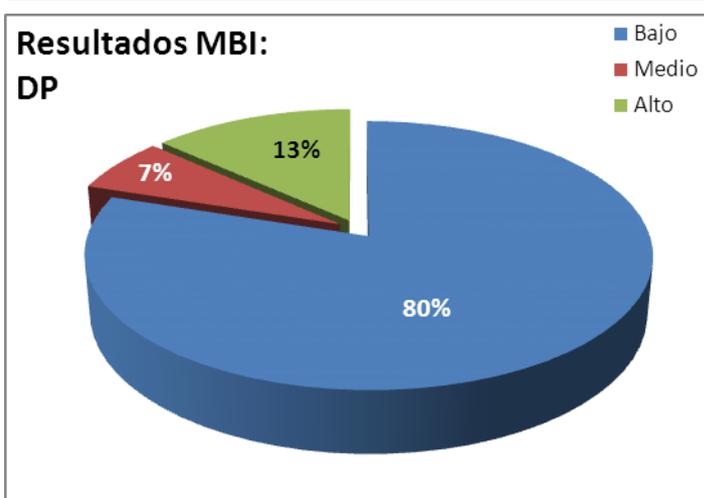
Agotamiento emocional				
Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	3	Bajo	13	43%
Masculino	1			
Femenino	2			
Enfermeros(as)	10			
Masculino	1			
Femenino	9			
Médicos	4	Medio	5	17%
Masculino	3			
Femenino	1			
Enfermeros(as)	1			
Masculino	0			
Femenino	1			
Médicos	8	Alto	12	40%
Masculino	3			
Femenino	5			
Enfermeros(as)	4			
Masculino	2			
Femenino	2			



Al analizar las tres dimensiones del burnout, según la encuesta MBI, se puede apreciar que el 40% de la población total presenta un nivel alto en cuanto al Agotamiento Emocional (AE). Al analizar las incidencias del nivel alto, es evidente que la cantidad de médicos es sustancialmente mayor a la de enfermeros (66,67% vs 33,33%).

Tabla 157: Dimensiones burnout (Población total de la muestra)

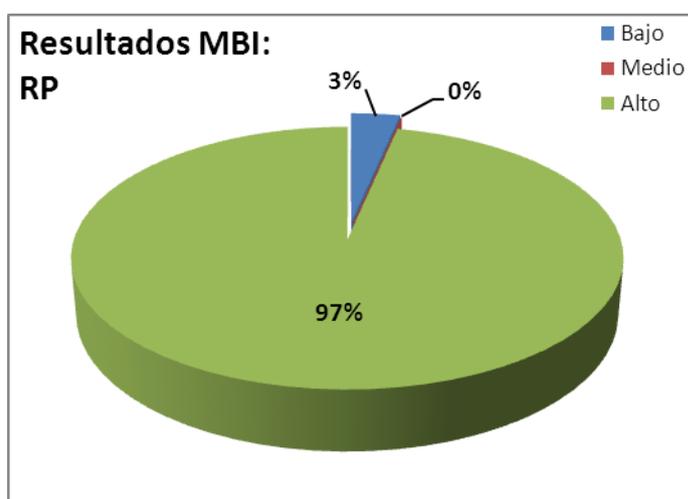
Despersonalización				
Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	10	Bajo	24	80%
Masculino	6			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	14			
Masculino	2			
Femenino	12			
Médicos	2	Medio	2	7%
Masculino	1			
Femenino	1			
Enfermeros(as)	0			
Masculino	0			
Femenino	0			
Médicos	3	Alto	4	13%
Masculino	1			
Femenino	2			
Enfermeros(as)	1			
Masculino	1			
Femenino	0			



Al analizar las tres dimensiones del burnout, según la encuesta MBI, se puede apreciar que el 4% de la población total presenta un nivel alto en cuanto a Despersonalización (DP). Al analizar las incidencias del nivel alto, es evidente que la cantidad de médicos es sustancialmente mayor a la de enfermeros (75% vs 25%).

Tabla 158: Dimensiones burnout (Población total de la muestra)

Realización Personal				
Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	1	Bajo	1	3%
Masculino	0			
Femenino	1			
Enfermeros(as)	0			
Masculino	0			
Femenino	0			
Médicos	0	Medio	0	0%
Masculino	0			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	0			
Masculino	0			
Femenino	0			
Médicos	14	Alto	29	97%
Masculino	8			
Femenino	6			
Enfermeros(as)	15			
Masculino	3			
Femenino	12			



Al analizar las tres dimensiones del burnout, según la encuesta MBI, se puede apreciar que el 3% de la población total presenta un nivel bajo en cuanto a Realización Personal (RP). Al analizar las incidencias del nivel bajo, es evidente que la cantidad de médicos es sustancialmente mayor a la de enfermeros (100% vs 0%).

5.5.3 Resultados Globales GHQ 28 (Población total de la muestra)

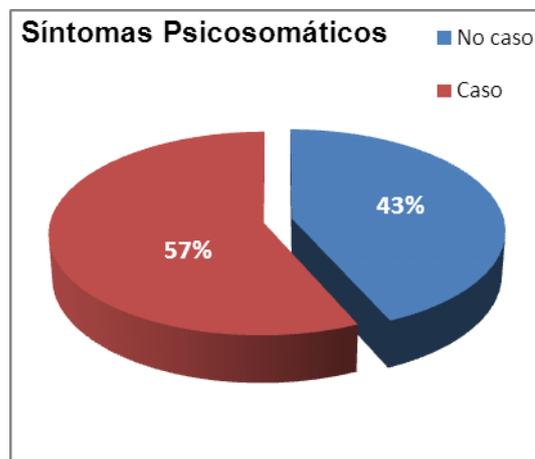
Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario de salud mental GHQ 28

Tabla 159: Resultados Globales GHQ 28 (Población total de la muestra)

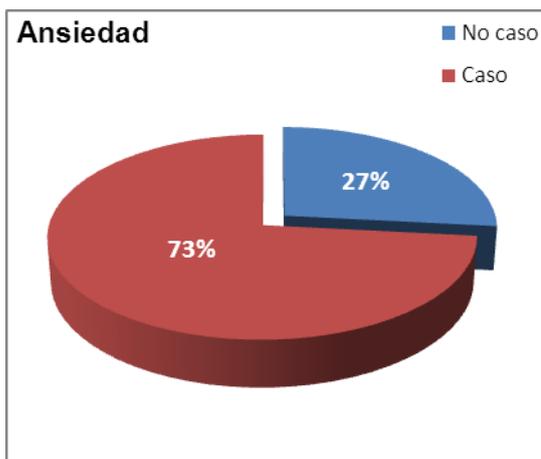
Síntomas Psicosomáticos

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	8	No caso	13	43%
Masculino	5			
Femenino	3			
Enfermeros(as)	5			
Masculino	1			
Femenino	4			
Médicos	7	Caso	17	57%
Masculino	3			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	10			
Masculino	2			
Femenino	8			



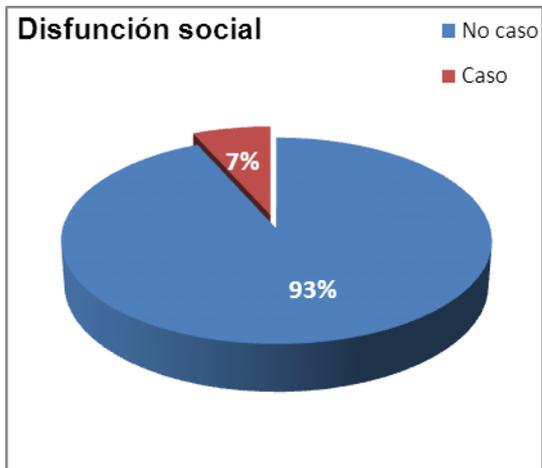
Ansiedad

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	6	No caso	8	27%
Masculino	5			
Femenino	1			
Enfermeros(as)	2			
Masculino	0			
Femenino	2			
Médicos	9	Caso	22	73%
Masculino	3			
Femenino	6			
Enfermeros(as)	13			
Masculino	3			
Femenino	10			



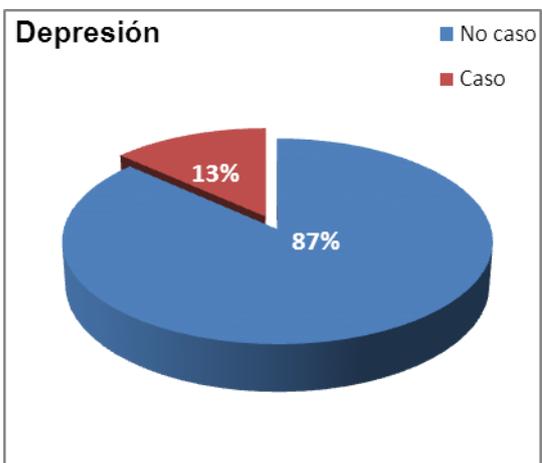
Disfunción Social

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	13	No caso	28	93%
Masculino	8			
Femenino	5			
Enfermeros(as)	15			
Masculino	3			
Femenino	12			
Médicos	2	Caso	2	7%
Masculino	0			
Femenino	2			
Enfermeros(as)	0			
Masculino	0			
Femenino	0			



Depresión

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	14	No caso	26	87%
Masculino	8			
Femenino	6			
Enfermeros(as)	12			
Masculino	2			
Femenino	10			
Médicos	1	Caso	4	13%
Masculino	0			
Femenino	1			
Enfermeros(as)	3			
Masculino	1			
Femenino	2			



Del total de la muestra analizada, se puede evidenciar que los mayores porcentajes de enfermedades mentales están concentrados en ansiedad (73%) y síntomas psicósomáticos (57%), registrados como caso presentado.

5.5.4 Resultados Globales BRIEF COPE (Población total de la muestra)

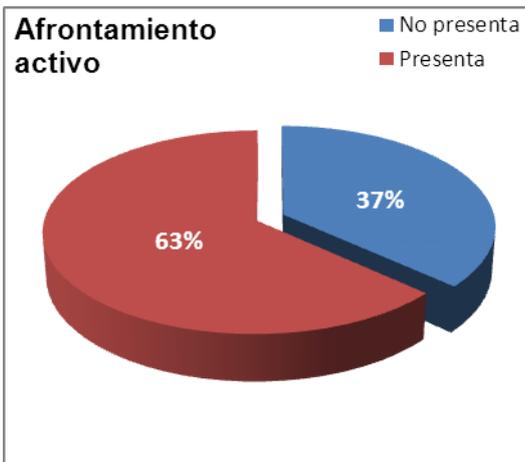
Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario BRIEF COPE

Tabla 160: Resultados Globales BRIEF COPE (Población total de la muestra)

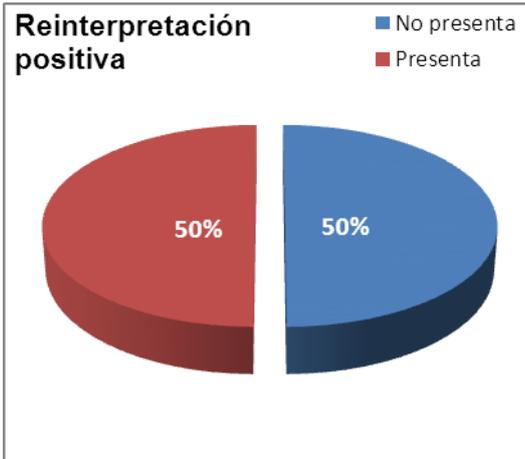
Afrontamiento Activo

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	4	No presenta	11	37%
Masculino	1			
Femenino	3			
Enfermeros(as)	7			
Masculino	0			
Femenino	7			
Médicos	11	Presenta	19	63%
Masculino	7			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	8			
Masculino	3			
Femenino	5			



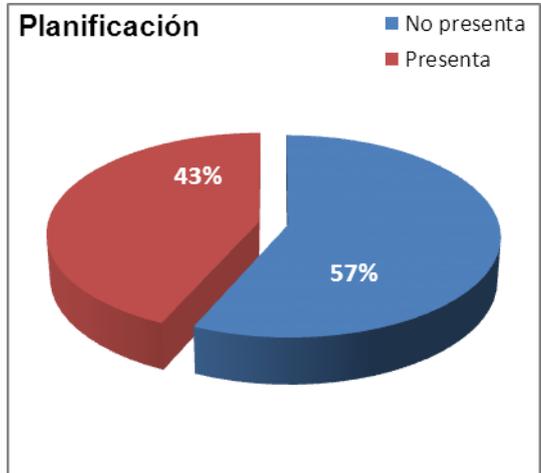
Reinterpretación Positiva

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	7	No presenta	15	50%
Masculino	3			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	8			
Masculino	1			
Femenino	7			
Médicos	8	Presenta	15	50%
Masculino	5			
Femenino	3			
Enfermeros(as)	7			
Masculino	2			
Femenino	5			

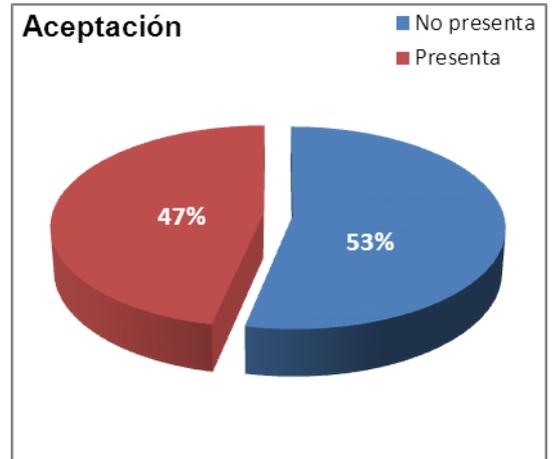


Planificación

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	9	No presenta	17	57%
Masculino	5			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	8			
Masculino	0			
Femenino	8			
Médicos	6	Presenta	13	43%
Masculino	3			
Femenino	3			
Enfermeros(as)	7			
Masculino	3			
Femenino	4			

Planificación**Aceptación**

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	8	No presenta	16	53%
Masculino	5			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	7			
Masculino	1			
Femenino	6			
Médicos	6	Presenta	14	47%
Masculino	3			
Femenino	3			
Enfermeros(as)	8			
Masculino	2			
Femenino	6			

Aceptación

De los resultados obtenidos, se puede apreciar que la estrategia de afrontamiento con mayor recurrencia es la de "Afrontamiento activo" (63%) Seguida por la "Re-interpretación positiva" con el 50%.

5.5.5 Resultados Globales MOS Apoyo social (Población total de la muestra)

Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

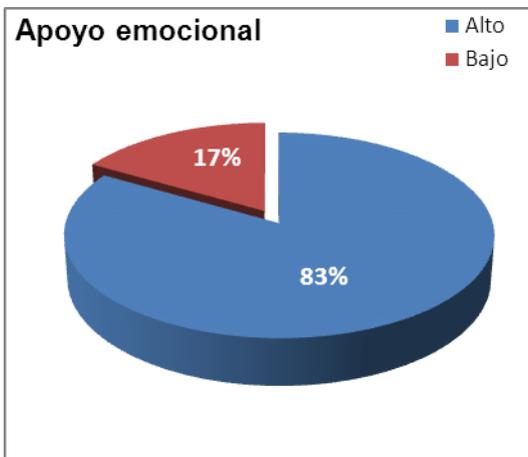
Fuente: Cuestionario MOS de Apoyo social

Tabla 161: Resultados Globales MOS Apoyo social (Población total de la muestra)

Apoyo Emocional

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	14	Alto	25	83%
Masculino	7			
Femenino	7			
Enfermeros(as)	11			
Masculino	2			
Femenino	9			
Médicos	1	Bajo	5	17%
Masculino	1			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	4			
Masculino	1			
Femenino	3			

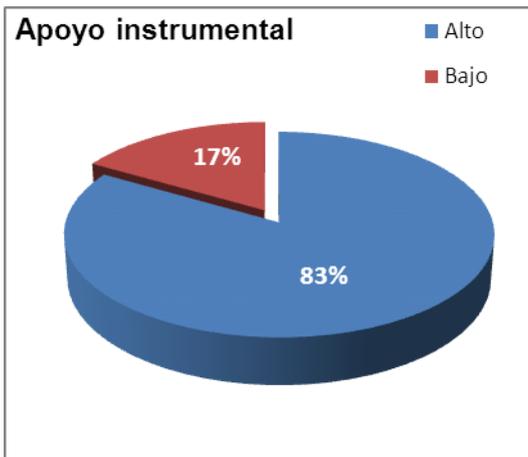
Apoyo emocional



Apoyo Instrumental

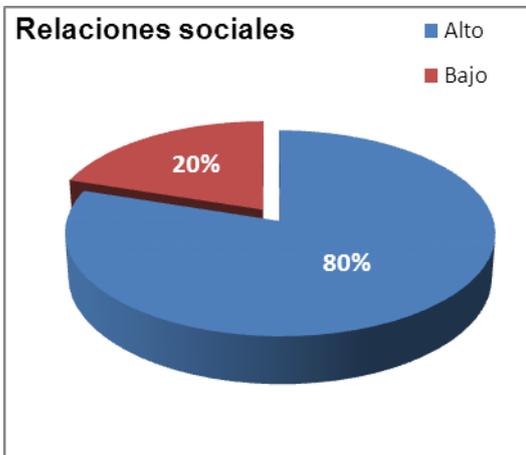
Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	14	Alto	25	83%
Masculino	7			
Femenino	7			
Enfermeros(as)	9			
Masculino	2			
Femenino	7			
Médicos	1	Bajo	5	17%
Masculino	1			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	4			
Masculino	0			
Femenino	4			

Apoyo instrumental



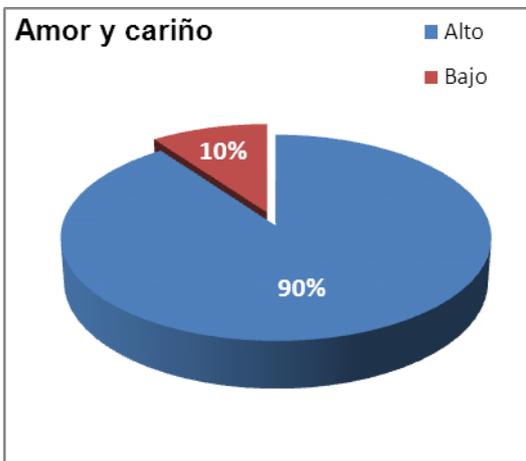
Relaciones Sociales

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	14	Alto	24	80%
Masculino	7			
Femenino	7			
Enfermeros(as)	10			
Masculino	2			
Femenino	8			
Médicos	1	Bajo	6	20%
Masculino	1			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	5			
Masculino	1			
Femenino	4			



Amor y Cariño

Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	15	Alto	27	90%
Masculino	7			
Femenino	8			
Enfermeros(as)	12			
Masculino	2			
Femenino	10			
Médicos	0	Bajo	3	10%
Masculino	0			
Femenino	0			
Enfermeros(as)	3			
Masculino	1			
Femenino	2			



De los resultados obtenidos tras aplicar el cuestionario MOS, se puede apreciar que el “Amor y cariño” es la red de apoyo social a la que más recurren los sujetos.

5.5.6 Resultados Globales EPQR-A de personalidad (Población total de la muestra)

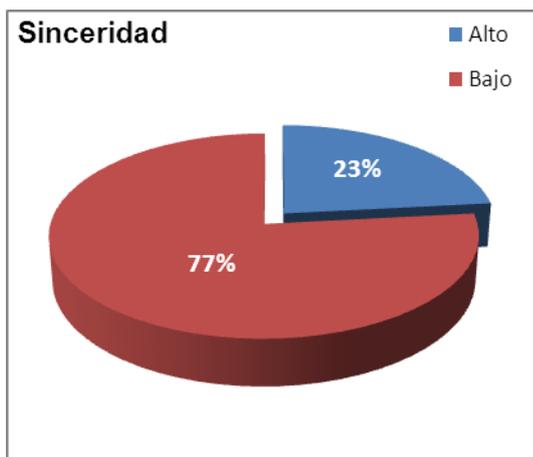
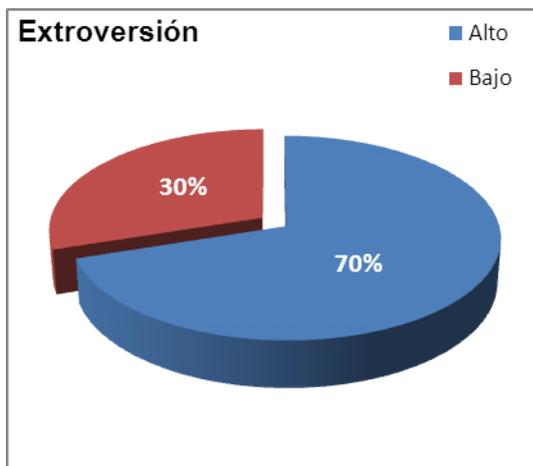
Elaborado por: Marcia de Lourdes López Martínez

Fuente: Cuestionario EPQR-A de personalidad

Tabla 162: Resultados Globales EPQR-A (Población total de la muestra)

Extroversión				
Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	10	Alto	21	70%
Masculino	6			
Femenino	4			
Enfermeros(as)	11			
Masculino	2			
Femenino	9			
Médicos	5	Bajo	9	30%
Masculino	2			
Femenino	3			
Enfermeros(as)	4			
Masculino	1			
Femenino	3			

Sinceridad				
Profesión	#	Nivel	Total	%
Médicos	0	Alto	7	23%
Masculino	0			
Femenino	1			
Enfermeros(as)	6			
Masculino	2			
Femenino	4			
Médicos	14	Bajo	23	77%
Masculino	8			
Femenino	6			
Enfermeros(as)	9			
Masculino	1			
Femenino	8			



Se puede observar que el rasgo de extroversión registra un nivel bastante elevado (70%), lo contrario se aprecia con el rasgo de sinceridad (23%)

6 Discusión de Resultados

A continuación se exponen los resultados del proyecto de investigación realizado en el Hospital SOLCA, núcleo Quito, a una muestra de 30 profesionales; 15 médicos y 15 enfermeros(as).

El método de captura de datos y la explicación correcta de resultados, pueden contribuir a que el profesional y los directivos cuenten con información real y valedera que les permita tomar acciones y mejorar la calidad de vida de los individuos. Se debe tener cuidado con la forma como se expone la información obtenida, considerando que esta puede afectar a la sensibilidad de los sujetos de estudio.

El análisis se realizó con base a la información de resultados de todas las tablas (médicos sin burnout, médicos con burnout, enfermeros sin burnout y enfermeros con burnout), se enumeran las que se han considerado más relevantes.

Los resultados encontrados en esta investigación, coinciden en algunas conclusiones con algunos estudios previos, pero en otras se contradicen los resultados.

6.1 Resultados de cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Del total de la muestra tomada a 30 encuestados, el 63% son género femenino y el 37% masculino; En lo que se refiere a la edad presentó un promedio de 32 años en un rango comprendido entre 24 y 48 años, lo cual significa que son empleados jóvenes y que tienen altas expectativas; Con respecto a estado civil, 50% son casados, 43.33% solteros, 3.33% unión libre y 3.33% viudo (en este caso con respecto al estado civil casados, no cumple con lo que se indica en los estudios revisados, en que los casados sean más resistentes al burnout, esto se menciona por los resultados obtenidos en que los profesionales de este estudio que presentan burnout son casados); Del total de la muestra el 57% no tiene hijos y el 43% si tiene; En lo que corresponde a turnos el mayor porcentaje tiene turnos rotativos, lo cual limita en la planificación de actividades con su familia; Con respecto al tipo de pacientes que se atiende los mayores porcentajes están concentrados en: oncológicos con el 37%, quirúrgicos con el 15%, emergencias con el 12%, cardiacos con el 7%, diabéticos con el 7%

y otros en menor porcentaje (propensos al burnout por el tipo de pacientes que se atiende); el número de pacientes que se atiende diariamente, en Médicos es un promedio de 20 pacientes diarios y en Enfermeros(as) 10 pacientes diarios (es un generador de Burnout por el tipo y volumen de pacientes); En relación a los años de experiencia laboral, de la muestra tomada en Médicos el promedio es 5 años de experiencia y en Enfermeros(as) 10 años (si vemos relación entre años de experiencia y número de pacientes atendidos, los que tienen más años de experiencia atienden menos número de pacientes) ; En cuanto a pacientes fallecidos del total de la muestra el 86.66% tiene pacientes fallecidos (afectando esto a la parte emocional, psíquica y física); Lo que corresponde a valor salarial, se puede determinar que el mayor porcentaje de los médicos están entre \$1.000 y 2.000 USD, en relación a los enfermeros que en casi el 50% es menor a \$1.000; En lo que es a cuan valorado se sienten, se debe indicar que el mayor porcentaje siente que es bastante y totalmente valorado (lo cual es un protector del burnout y genera el vínculo afectivo); En cuanto a satisfacción, existen resultados positivos en lo que se refiere a satisfacción con el trabajo, pacientes, compañeros de trabajo, experiencia profesional, pero existe malestar con el apoyo brindado por los directivos de la Institución así como con su situación económica.

Se debe tomar en cuenta que por el reducido tamaño de la muestra, puede existir un sesgo en los resultados.

En función de estos resultados podemos comparar con lo que se menciona en estudios realizados por Grau et al. (2007), donde estudiaron a 11.530 profesionales de la salud en países de habla hispana y en estudios realizados por Albar et al.(2003), realizados en 254 profesionales de la salud, enfermeros y auxiliares de enfermería, en el Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla

De la investigación realizada en la muestra del personal de SOLCA, núcleo Quito, en cuanto a profesión los resultados coinciden en que los médicos presentan mayor nivel de burnout, referente a especialidades emergencias muestra el mayor porcentaje, respecto a edad a los más jóvenes, a mayor edad, más años de experiencia profesional es menor la probabilidad de burnout. Estado civil no cumple con lo que se indica en otros estudios en que los casados son más resistentes al burnout. La satisfacción profesional, la percepción de estar valorado son factores protectores en la adquisición del síndrome..

6.2 Resultados del Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

De los resultados obtenidos del total de la muestra tomada con respecto a la identificación del Burnout en SOLCA, núcleo Quito, se determina que: el 87% no tiene burnout, que corresponde a 12 médicos (7 hombres, 5 mujeres) y 14 enfermeros(as), de los cuales son 2 hombres y 12 mujeres.

El 13% presenta burnout, que corresponde a 3 médicos (1 hombre y 2 mujeres) y a 1 enfermero.

En Agotamiento Emocional, el 53.33% de médicos presentan puntaje alto, el 26.66% puntaje medio (al límite), el 20% tiene bajo, en relación a los enfermeros (as) que el 26.66% presentan un puntaje alto, el 6.66% puntaje medio y el 66.68% puntaje bajo; En lo que es Despersonalización, 20% de médicos presentan puntaje alto, 13.33% puntaje medio, y el 66.67 puntaje bajo, en relación a los enfermeros (as) que 6.66% presenta alto y 0 medio y 93.33% bajo; Con respecto a Realización Personal, 93.3% de médicos con puntaje alto y el 6.66% puntaje bajo, en relación a los enfermeros que el 100% presentan puntaje alto.

Dando como resultados generales que en AE, el 40% está en puntaje alto, el 17% medio y el 43% bajo; En DP el 13% tiene un puntaje alto, el 7% puntaje medio, y el 80% bajo; en RP el 97% está en puntaje alto y el 3% en bajo.

En función de estos resultados podemos comparar con lo que se menciona en las investigaciones realizadas por Grau et al.(2007) en que los autores de este estudio señalan que en países más desarrollados la incidencia del burnout es superior “debido a la situación social y económica”, lo contrario de países con niveles de bienestar inferiores, que suelen tener menos expectativas. En lo que es profesión se evidencia una mayor incidencia de Burnout en los médicos. En cuanto a género la mujer ha presentado valores superiores en agotamiento emocional, puede estar relacionado que en países de habla hispana existen mayores exigencias domésticas y un menor reconocimiento laboral y social.

Se puede contrastar con los estudios realizados por Beltrán et al.(2009), como variables de riesgo hacia el desarrollo del síndrome en las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización las siguientes asociaciones: AE, tener menor edad y menos años de experiencia que la del promedio, esto debido a la inexperiencia laboral y una falta de capacidad para afrontar situaciones difíciles, por otro lado trabajar en un turno mixto y no en

uno estable se asoció con la despersonalización. Referente al estado civil en el estudio realizado en SOLCA muestra que los médicos casados reportaron mayores porcentajes de burnout.

También se puede contrastar con lo que se menciona en un estudio realizado por Albar et al.(2003), en el que presentan como resultado que a mayor edad menor AE, mayor experiencia profesional menor Agotamiento Emocional, lo cual concuerda que las personas que presentan estas características tienen más probabilidad de afrontar conflictos emocionales.

Los autores de este estudio sugieren tomar cuidado de los profesionales en sus primeros años, porque son más vulnerables al síndrome, revisar horarios, turnos, promover relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo.

En lo que corresponde a este estudio las causas se correlacionan con el tipo de pacientes que atienden, en la que el 37% son pacientes oncológicos, el 15% Quirúrgicos, el 12% en emergencias y en % menores a otros pacientes, generando una pérdida de energía que les lleva al agotamiento y este a su vez a la despersonalización. Cabe indicar que el agotamiento emocional es el más vulnerable en ambos sexos, por lo que los directivos deben estar evaluando constantemente la carga de trabajo, turnos, ambiente laboral y otros para evitar se presente éste cansancio progresivo en sus Colaboradores, tomando en cuenta que el cansancio emocional y la despersonalización representan fases avanzadas y esto conlleva a otros síntomas de ansiedad y depresión.

En lo que respecta a puntajes altos en Realización Personal es una gran protección contra el estrés, por lo que la Institución debe hacer seguimiento permanente del grado de satisfacción de su personal, cuáles son sus expectativas y en qué grado se cumplen éstas.

6.3 Resultados del cuestionario de Salud Mental (GHQ 28)

De los resultados del estudio realizado, se determina que en Síntomas Psicosomáticos se presenta como Caso el 46.66% en Médicos y el 66.66% en enfermeros (as), como No Caso el 53.33% en médicos y el 33.33 % en enfermeros(as); En Ansiedad se registra como Caso el 60% en médicos y el 86.66% en enfermeros (as), como No Caso se registra el 40% en

médicos y el 13.33% en enfermeros (as)); En Disfunción Social se presenta como caso en médicos el 13.33% y 0 casos en enfermeros (as), y como No Caso, el 86.66% en médicos y el 100% en enfermeros (as); En Depresión se presenta como Caso el 6.66% en médicos y el 20% en enfermeros (as) y como No Caso el 93.33% en médicos y el 80% en enfermeros (as).

En lo que respecta a salud se establece que el personal muestra una sintomatología, una de las causas es el tipo de pacientes que atiende, la presión que representa, es así que los mayores porcentajes están concentrados en Síntomas Psicosomáticos y ansiedad, tomando en cuenta que esto genera dolores de cabeza, cansancio, dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, preocupación y considerando que la ansiedad y el insomnio son los trastornos más frecuentes que pueden generarse por causas internas y externas, además la ansiedad puede producirse porque el sujeto no tiene los recursos necesarios para afrontar ciertas situaciones. En lo que es Disfunción Social se demuestra que su desempeño social en el día a día es bueno.

Se recomienda se tomen acciones inmediatas que permitan disminuir el estrés, aplicar terapias cognitivo conductual que permita modificar emociones, pensamientos y conductas, realizar actividades de relajación que sirvan para recuperar energías y liberar tensiones. Es necesario que los directivos siempre estén evaluando como se siente su personal, su estado de ánimo, su actitud, estar pendientes tanto en la parte física, psíquica y emocional.

Con respecto a los resultados del estudio realizado en SOLCA, señalan que el 57% de la muestra presenta síntomas psicosomáticos, el 73% ansiedad, siendo estas escalas A y B las de mayor incidencia, mientras que las escalas C y D, disfunción social y depresión son las que reflejan menor incidencia. Con respecto a la profesión según los resultados de este estudio la salud es más afectada en los enfermeros(as)

En función de estos resultados podemos comparar con lo que se menciona en las investigaciones realizadas por Rios et al.(2006), en base a las puntuaciones totales de los sujetos en el cuestionario GHQ-28, se puede clasificar en: sujetos normales y sujetos con probables problemas psíquicos

Respecto a la edad, en este estudio, parece existir una mayor vulnerabilidad a los síntomas depresivos (escala D) en los sujetos de más edad. Respecto a la variable de convivencia,

los sujetos que viven solos refieren un peor estado de salud general y en concreto una mayor vulnerabilidad a síntomas de disfunción social y a los síntomas depresivos.

Con respecto a la variable hijos, se observa una mayor vulnerabilidad al agotamiento emocional en sujetos que no tienen, y que podrían usar el trabajo como fuente de vida social o como consecuencia mayor implicación con el trabajo, lo cual llevaría a un mayor riesgo de sufrir síndrome de burnout.

También se puede contrastar con un estudio realizado por Moreno et al. (1999), esta investigación plantea que el apareamiento del agotamiento emocional tiene un estrecho vínculo con la pérdida de la salud, mientras que la despersonalización así como la falta de realización parecen estar asociadas con otro tipo de consecuencias relacionadas con la organización.

Resulta evidente la importancia del contexto laboral como factor determinante en el desarrollo del burnout.

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

Cabe recalcar que cada ser humano en base a sus características propias, reacciona de manera diferente ante cada situación, lo que hace que afronte y aplique de diversa forma las estrategias de afrontamiento, en ciertos casos no se emplea adecuadamente las estrategias, por lo que en algunas situaciones es necesario solicitar ayuda instrumental para mejorar la situación. En este estudio se tomo las 4 estrategias de afrontamiento más utilizadas.

De los resultados obtenidos de la muestra total en lo que corresponde a: Afrontamiento Activo, el 63% utiliza esta estrategia y el 37% no; En lo que es Reinterpretación Positiva el 50% presenta esta estrategia y el 50% no; En lo que es Planificación el 43% utiliza esta estrategia y el 57% no; En lo que es Aceptación el 47% presenta y el 53% no.

Si vamos más al detalle en el caso del estudio, el 73.33% que corresponde a Médicos utiliza la estrategia de Afrontamiento Activo en relación a los enfermeros (as) que utilizan el 53.33%; en lo que es Reinterpretación Positiva los Médicos presentan el 53.33% en relación a los enfermeros (as) que presentan el 46.66% ; Planificación los médicos utilizan el 40% en

relación a los enfermeros (as) que utilizan el 46.66%; y en Aceptación los Médicos presentan la estrategia en un 40% en relación a los enfermeros que presentan el 53.33%.

En base a los resultados tiene lógica que la mayor estrategia de afrontamiento que se utiliza en este caso sea la de Afrontamiento Activo, por el tipo de pacientes que atienden, por cuanto tienen que buscar y concentrar sus esfuerzos en una solución, afrontamiento centrado en el problema, a la vez que reinterpretar positivamente “reconstruye una situación estresante en términos positivos”.

En función de estos resultados podemos contrastar con lo que se menciona en un estudio realizado por Jenaro-Río et al.(2007), respecto al tipo de estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes, en que las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en estrategias centradas en el problema, en las que pudieron observar como la dimensión RP ofrece un mayor número de asociaciones significativas, todas ellas positivas con los factores de primer orden: refrenar el afrontamiento, concentrar los esfuerzos para solucionar la situación, actividades distractoras de la situación, consumo de alcohol o drogas, reinterpretación positiva y crecimiento personal. En cuanto a los factores de segundo orden, tan solo el escape conductual correlaciona significativa y positivamente con la RP.

Por otro lado la DP correlaciona significativamente con dos factores de primer orden, como son el empleo de estrategias de afrontamiento basadas en el humor y el abandono de los esfuerzos de afrontamiento. El AE se relaciona significativa y positivamente con el empleo de estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y negativamente con el factor de segundo orden denominado consumo de alcohol o drogas.

La antigüedad en el puesto parece afectar a la DP, los profesionales menos satisfechos laboralmente tienen mayores niveles de agotamiento emocional. Igualmente relación positiva entre una percepción de escaso reconocimiento social de la profesión y altos niveles de agotamiento social. El factor RP se relaciona más estrechamente con sentimientos de competencia, a diferencia del AE que se refiere a sentimientos de fatiga y cansancio y frente a la DP que se caracteriza por actitudes negativas hacia la población atendida.

En este estudio las mujeres presentan mayores niveles de realización personal.

Otro estudio realizado por Hernández et al.(2004), encontraron que varios aspectos de afrontamiento tienen relación con quemarse, es así que evidencian relaciones positivas entre algunos factores del síndrome y factores de afrontamiento centrado en la emoción.

Los sujetos que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape-evitación, presentan mayores niveles de cansancio emocional y de quemado que los sujetos con un afrontamiento centrado en el problema. En la misma línea los individuos que utilizan como estrategias de afrontamiento el distanciamiento y la confrontación presentan mayores niveles de despersonalización.

Tanto las estrategias de escape-evitación como la estrategia de distanciamiento y confrontación son estrategias referidas al afrontamiento centrado en la emoción. Se encontró que las personas que creen tener un buen clima laboral, utilizan como estrategia de afrontamiento la búsqueda de apoyo social como afrontamiento centrado en el problema. Y las que perciben un peor clima laboral, utilizan básicamente el afrontamiento centrado en la emoción.

6.5 Resultados del Cuestionario MOS de Apoyo Social

De los resultados obtenidos, se puede determinar que en Apoyo Emocional, los Médicos presentan un puntaje alto del 93.33% y los Enfermeros (as) el 73.33%; Apoyo Instrumental, los Médicos presentan el 93.33% y los enfermeros el 60%; en Relaciones Sociales, los Médicos el 93.33% y los Enfermeros(as) el 66.66%; y en Amor y Cariño, los médicos el 100% y los Enfermeros(as) el 80%.

Con respecto a la información del Cuestionario de Apoyo Social, se determina que el personal cuenta con un Apoyo Social elevado, lo cual refuerza su autoestima, seguridad en la persona y el vínculo afectivo, considerando que el Apoyo Social repercute en la salud y equilibrio del sujeto en forma directa y que al tener este apoyo constituye una estrategia de afrontamiento y un protector de estrés y por lo tanto del burnout.

De la información obtenida en el estudio realizado en SOLCA, se puede determinar que de la muestra analizada, el género femenino es el que más cuenta con un apoyo social.

Se puede contrastar con estudios realizados por Aranda et al. (2004), con respecto a la evaluación del Apoyo Social, en la que se evidenció que los médicos mantienen una muy buena red de apoyo social, tanto laboral como extra laboral.

Se podría deducir que el inadecuado apoyo socioemocional recibido, así como la insatisfacción con el mismo afecta a una u otra manera al sujeto. Los autores concluyen con que el contar con apoyo social puede reducir el síndrome, así como su ausencia interviene como factor negativo, es decir como un estresor con importantes efectos sobre el síndrome.

Otro estudio a contrastar es el realizado por Albar et al. (2003), en relación con las variables de apoyo, en la que por una parte llamo la atención la relación positiva encontrada entre la disponibilidad del apoyo procedente de los compañeros y el agotamiento emocional, es decir los profesionales que tienen más agotamiento emocional son los que perciben mayor disponibilidad de apoyo de los compañeros; y por otra parte la ausencia de asociación entre el apoyo procedente del supervisor y alguna de las dimensiones del burnout.

La suficiencia con el apoyo de familiares y amigos íntimos aparece asociada a la dimensión realización personal. Respecto a las relaciones de las dimensiones del burnout con las variables de apoyo, llama la atención la ausencia de relación de apoyo del supervisor con alguna de las dimensiones.

En estos estudios concluyen con los siguientes hallazgos: Considerar el apoyo procedente de las fuentes extra laborales, especialmente en la población femenina. Promover relaciones de compañerismo basadas en el trabajo en equipo que ayuden al profesional a afrontar las demandas con la ayuda de las demás. Algo interesante que se halló en este estudio es que el apoyo recibido de los compañeros pasa a un segundo plano, poniendo al apoyo del supervisor en primer plano.

6.6 Resultados del cuestionario de Personalidad de Eysenck. EPQR-A

Se ha trabajado en los resultados de 2 rasgos: el de extroversión y el de sinceridad.

De los resultados de la muestra total se puede determinar que el rasgo de Extroversión presenta el 70% en puntaje alto, correspondiendo el 47.62% a médicos (diez), el 60% son hombres (seis) y el 40% mujeres(cuatro). El 52.38%(once) corresponde a enfermeros(as)

siendo el 18.18% hombres (dos) y el 81.82% mujeres (nueve). Este rasgo demuestra que son personas sociables, arriesgadas, optimistas, por lo que tienen un círculo social alto y esta es una estrategia moduladora. Cabe indicar que todos tenemos algo de extroversión e introversión en diferente grado.

Los resultados del rasgo Sinceridad es todo lo contrario al rasgo de extroversión, presentado el 77% en puntaje bajo, correspondiendo el 60.87%(catorce) a médicos, siendo el 57.14% hombres (ocho) y el 42.86% mujeres (seis). El 39.13% corresponde a enfermeros (nueve), siendo el 11.11%(uno) hombre y el 88.89%(ocho) mujeres.

Los puntajes bajos en sinceridad puede darse debido a la situación que estamos atravesando a nivel país, por cuanto se está evaluando a la parte de salud y por esa razón no fueron muy sinceros en las respuestas.

A partir de estos resultados, podemos contrastar con un estudio realizado por Cebriá et al.(2001), en la que se nota una marcada polaridad entre la muestra, encontrando sujetos con marcada sintomatología y otros sin ella. Los autores explican que esto se pueda deber al perfil de personalidad del médico que actúa como mecanismo protector.

Respecto al objetivo principal del estudio, se ha observado que ciertas variables de personalidad se mostraban relacionadas con puntuaciones altas en las dos primeras escalas del MBI. Así, las personas con mayor CE eran menos estables, más aprensivas y más tensas que aquellas con poco CE. Los sujetos con mayor despersonalización eran menos estables, más tensos y más vigilantes que sus colegas poco despersonalizados. Asimismo, los médicos menos realizados eran menos afables y mostraban menor atrevimiento.

Otro estudio realizado por Zamora et al. (2004), toma en cuenta el Locus de Control, que se presenta como una característica relativamente estable que actúa como modulador de la respuesta de estrés. Las personas con locus interno asumen que las decisiones y acciones personales influyen en sus consecuencias, los locus de control externo consideran que dependemos del destino y/o la suerte.

En relación con la variable locus de control se encontró relaciones positivas entre el factor de primer orden denominado despersonalización y el factor locus de control externo que hace referencia a la no aceptación de responsabilidad sobre los propios actos como forma de conservar en todo momento un concepto positivo de sí mismo.

Estos resultados aparecen en algunos trabajos donde se afirma que las personas con patrón A aumentan su probabilidad de exposición a estresores, sobre todo si estos estresores afectan al plano laboral, presentan más cansancio emocional, mas despersonalización, en definitiva, se queman más que los patrones B.

7 Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

En el estudio realizado en el Hospital Oncológico “Solón Espinosa Ayala”, Hospital SOLCA, núcleo Quito de la “Sociedad de Lucha contra el cáncer”, participaron treinta profesionales, quince médicos y quince enfermeros(as).

En SOLCA, los profesionales de la salud se enfrentan diariamente a circunstancias estresantes como lo son el dolor y la muerte, esto es más evidente en un hospital oncológico donde el nivel de tensión, de presión es mucho mayor, debido a las características especiales de pacientes que atienden, en donde la problemática es más compleja por las emergencias que se presentan, por el volumen, por las expectativas de los pacientes y familiares. En muchas ocasiones estas circunstancias pueden afectar a estos profesionales en su condición física, emocional y psíquica.

El objetivo de la investigación fue identificar la presencia del “Síndrome de Burnout”, mediante el levantamiento y análisis de datos; obtener información que proporcione a los profesionales y directivos de la organización los datos que les permitan tomar acciones y decisiones que ayuden a mejorar la calidad de vida y por lo tanto mejorar los objetivos y resultados de la Institución.

De los resultados obtenidos en la investigación realizada, se puede concluir que del total de la muestra (30 profesionales), el 63% corresponde al género femenino y 37% al género masculino, la edad promedio es de 32 años. Con respecto al estado civil 50.00% son casados, 43.33% solteros, 3.33% unión libre y 3.33% viudo, el 53% no tiene hijos y el 43% si tiene.

En los resultados de la muestra analizada, se ha determinado que el 87% de los encuestados no presentan Burnout y el 13% si lo presenta; esto corresponde a cuatro profesionales; 3% son enfermeros y 10% médicos. De los sujetos con burnout, el 75% (tres) registraron incidencia en dos de las tres dimensiones del MBI (alto en AE y DP) y el 25% (uno), incide en las tres dimensiones (alto en AE y DP y bajo en RP). De aquellos quemados, el 50% (dos) corresponden al género femenino y el otro 50% (dos) al género

masculino. Con respecto al estado civil todos son casados, de los cuales el 50% tiene hijos y el otro 50% no tiene.

Del análisis realizado en los médicos que presentaron burnout, se observa que una de las razones para presentar el síntoma de quemado está influenciado por el salario que en unos casos es menor al de sus colegas, a la edad, dado que existen profesionales jóvenes con altas expectativas, al número de pacientes que atienden, en algunos casos más pacientes que el promedio general, además el número de pacientes fallecidos, adicional los años de experiencia que en algunos casos es menor al promedio de sus colegas, también por la jornada de trabajo por cuanto en algunos casos está supera al promedio de horas semanales de la muestra

Con respecto al profesional (enfermero) que presentó burnout, se observa que el profesional tiene características diferentes al resto de la muestra; si bien es joven, se encuentra dentro de la edad promedio de la muestra general; es casado, pero vive solo. Se puede deducir que en este caso influye la variable “número de hijos”; tiene tres hijos, lo cual en este caso resulta ser determinante, así como el vivir solo y el nivel salarial. Adicionalmente se observa que los años de experiencia (dos), son mucho menores al promedio, que es diez años, lo cual resulta un factor determinante por el nivel profesional de sus colegas.

Entre los resultados obtenidos, se evidencia que el agotamiento emocional puede estar influenciado por:

- La edad: empleados jóvenes toman la profesión con altas expectativas.
- Los años de experiencia: menos años mayor AE.
- El número de pacientes que atiende.
- El tipo de pacientes que atiende, por las características propias de pacientes oncológicos.
- Pacientes fallecidos
- El nivel salarial: baja remuneración en relación a la responsabilidad.

En los resultados de este estudio no han sido determinantes ni el género, ni el estado civil.

Al contrastar los resultados de los niveles medio y alto registrados en “agotamiento emocional”, con aquellos registrados en “despersonalización”, podemos observar que no existe una relación estrecha entre estos. La suma de los niveles medio y alto en AE es de

57%, mientras que la suma de los niveles medio y alto en DP registra apenas un 20%. Esta relación se contrapone a los datos registrados en algunos estudios, donde un alto nivel de AE generalmente manifiesta un alto nivel de DP.

No se observa un alto nivel de despersonalización, esto posiblemente se deba a su enfoque de servicio al paciente, ya que su nivel de realización o logro personal es alto (97% registrado en RP). Una posible causa puede ser que los sujetos están comprometidos con la razón de ser de su profesión, tomando en cuenta que no es lo mismo atender a un paciente en etapa preventiva que a un paciente en etapa terminal.

En lo que se refiere a la salud mental, los sujetos analizados muestran síntomas psicósomáticos (p.ej. dolores de cabeza, insomnio, etc.) debido al tipo de pacientes que atienden y la problemática que cada uno de estos presenta, volumen de trabajo, jornadas. Estos síntomas se encuentran asociados con la ansiedad que se genera por la complejidad de los casos que atienden, sin embargo, en esta muestra no se evidencian altos niveles de disfunción social, lo que permite no entrar en depresión.

7.2 Recomendaciones

Analizando el Síndrome de Burnout desde una perspectiva más amplia y considerando que es un mal cuya incidencia se incrementa cada vez más, junto con todas las repercusiones que tiene, se debería ampliar la difusión del tema más allá de las esferas de los profesionales de la salud. Se debe tomar en cuenta que este mal afecta a una gran cantidad de profesionales, de las más variadas ramas, tanto en sus aspectos físicos como psíquicos, pero adicionalmente va en detrimento de los objetivos y resultados de las organizaciones.

Las organizaciones y directivos deben realizar evaluaciones permanentes a su capital humano, midiendo y observando los factores que influyen en el estrés, como por ejemplo las variables individuales, sociales y organizacionales, revisar permanentemente el nivel de Realización Personal, así como verificar si se están cumpliendo las expectativas de sus colaboradores. Se deben fomentar actividades de integración entre los colaboradores, para fortalecer y mantener las buenas relaciones interpersonales.

Trabajar y tener reuniones con un equipo interdisciplinario con el objetivo de compartir situaciones laborales de alta demanda que permitan exponer experiencias e intercambiar ideas que aporten estrategias y recursos de afrontamiento.

Todas estas acciones con el fin de ser preventivos, demostrando que es mejor prevenirlo que curarlo. Mejorar el nivel de satisfacción, la calidad de vida del trabajador, el clima laboral y cumplir con los objetivos y resultados de la Organización.

Se espera que esta investigación sea un aporte efectivo para la difusión y conocimiento de síndrome, con bases certeras e información recabada de primera mano en una organización de prestigio en el Ecuador. Si bien no es significativa la muestra, son datos reales.

8 Bibliografía

Albar, M.J., Romero, M.E., González, M.D., Carbayo, E., García, A., Gutierrez, I., Algaba, S. (2003) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital

Unidad de Investigación. Hospital Universitario Virgen Macarena

Recuperado de:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v14n05a13066827pdf001.pdf>

Aranda, C., Zarate, B., Pando, M., Sahún, J.E. (2009) Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México

Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(1), 2010, pp 12-16

Recuperado de:

http://www.unilibrecali.edu.co/Revista_Colombiana_Salud_Ocupacional/pdf/rcso_v1n1_marzo2011_original2_p13_17.pdf

Barraza, Arturo, Carrasco, Raymundo. Arreola, Martha C. (2007) Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango.

Universidad Pedagógica de Durango.

Recuperado de: <http://www.upd.edu.mx/librospub/inv/sinburnout.pdf>

Bertolote, José M. y Fleischmann, Alexandra (2001) Desgaste del Personal.

Red Mundial de Salud Ocupacional. Organización Mundial de la Salud No.2. (2001/2002, Invierno)

Recuperado de:

http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf

Caballero, Carmen. Hederich, Christian. Palacio, Jorge. (2010) El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición

Revista Latinoamericana de Psicología. Vol.42, N°1, Ene-Abr 2010

Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342010000100012&script=sci_arttext

Donatelle R.J., Hawkins M.J. (1989) Employee stress claims: Increasing implications for health promotion programs.

American Journal of Health Promotion, (p 3:19-25.)

Recuperado de:

http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf

Gil-Monte, P. R. & Peiró, J. M. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse.

Madrid, España: Editorial Síntesis.

Gil-Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención.

Revista PsicologíaCientífica.com, 3(5).

Recuperado de: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de->

[quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](#)

Gil-Monte, Pedro R. (2006) La evaluación y diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo.

Foro de las Américas en Investigaciones sobre factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo

Cuernavaca (Morelos, México) Octubre 2006

Recuperado de:

http://www.uaem.mx/foroamericas_memorias/3TALLERES/Material%20Gil%20Monte.pdf

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F. (2007) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español.

Revista Española de Salud Pública 2009; 83 (p. 215-230)

Recuperado de:

http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol83/vol83_2/RS832C_215.pdf

Hernández, T. Terán, O. Navarrete, D. León, A.

Revista electrónica de ICEA. (2007, Julio - Diciembre) Año 3, No.05

El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición.

Recuperado de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4_No.5.pdf

INHT (2005). Ministerio de Trabajo y asuntos sociales España / Instituto Nacional e Higiene en el trabajo.

NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación

Recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

INHT (2006). Ministerio de Trabajo y asuntos sociales España / Instituto Nacional e Higiene en el trabajo.

NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout" (III): Instrumento de medición

Recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf

Lindblom, Karin M. Linton, Steven J. Fedeli, Cecilia. Bryngelsson, Ing-Liss (2006) Burnout in the working Populations: Relations to Psychological Work Factors

International Journal of Behavioral Medicine. Vol.13, No. 1, P.51-59

Recuperado de:

<http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/2010/LindblomLintonFedeliBryngelsson2006.pdf>

Mansilla Izquierdo, Fernando. (Manual de Riesgos Psicosociales en el trabajo.

Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010.

Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it.
San Francisco, USA. John Wiley & Sons

Maslach, Cristina. (2003) Burnout, the Cost of Caring.
California, USA. Originally published: Burnout, the cost of caring. Engelwood Cliffs. Prentice Hall c.1982

Maslach, Christina & Leiter, Michael, P. (2008) Early Predictors of Job Burnout and Engagement
Journal of Applied Psychology. 2008, Vol. 93, No. 3, 498–512
Recuperado de: http://cord.acadiou.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/3.pdf

Maslach, C., Leiter, M.P. & Jackson, S.E., (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration.
Journal of Organizational Behaviour 33. 296-300. DOI: 10.1002/job.784.
Recuperado de:
http://cord.acadiou.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/Maslach%20Leiter%20Jackson%20Making%20a%20Significant%20Difference%20with%20Burnout%20Interventions.pdf

Mingote Adán, José C. Pérez Corral, Francisco (1999) El estrés médico: Manual de autoayuda
Ediciones Diaz de Santos, Madrid - España
Recuperado de: <http://books.google.com.ec/books?id=UtEPHt-kZAsC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

Organización Mundial de la Salud. (1998) Primary Prevention of mental neurological and psychological disorders. p.102
Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>

Ortega Ruiz, Cristina y López Ríos, Francisca (2004). “El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas”
Universidad de Almería, España. 2004, Vol. 4, nº1, pp. 137-160.
Recuperado de:
http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/burnout_prof_sanitarios.pdf

Paredes, Olga. Sanabria, Pablo. (2008) Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas. Revista Med 16 (1): 25-32
Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf>

Preciado-Serrano, María de Lourdes & Vázquez-Goñi, Juan Manuel (2010). Perfil del estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública.
Revista Chilena de neuro-psiquiatría v.48 nº1, Santiago mar.2010
Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000200002

Quiceño, Japsy M., Vinaccia, Steffano. (2007) Burnout; “Síndrome de Quemarse en el Trabajo(SQT)”

Acta Colombiana de Psicología 10 (2); 117-125

Recuperado de: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf

Schaufeli, W.B., Buunk, B.P. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing.

The Handbook of Work and Health Psychology.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/181.pdf>

Schaufeli, W.B., Buunk, B.P. (2004). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing.

The Handbook of Work and Health Psychology.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/181.pdf>

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice.

Career Development International. Vol. 14 No. 3, 2009.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/311.pdf>

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. Vol. 14 No. 3, 2009.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/311.pdf>

Waught, C.Keith; Judd, Michael R. (2003) Trainer Burnout: The Syndrome Explored.

Journal of Career and Technical Education, v19 n2 p47-57 Spr 2003

Recuperado de: <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JCTE/v19n2/pdf/waugh.pdf>

Wood, Gary E. A definition of Burnout

Recuperado de: <http://www.gewood.com/definitionofburnout.html>

Para referencia adicional, revisar:

Psicología en Línea. El síndrome Burnout o síndrome de “estar quemado”

Recuperado de: <http://www.psicologia-online.com/autoayuda/burnout.htm>

Mancilla Izquierdo, Fernando. El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo

Recuperado de: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_1.shtml

Gil-Monte, P. R. (2001). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica.com, 3(5).

Recuperado de: [http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-\(sindrome-de-burnout\).html](http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-78-1-el-sindrome-de-quemarse-por-el-trabajo-(sindrome-de-burnout).html)

Bertolote, J.M. y Fleischmann, A. Desgaste del Personal.(2001) Red Mundial de Salud Ocupacional.

Invierno 2001/2002 No.2. Recuperado de:

http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf

Donatelle R.J., Hawkins M.J. (1989) Employee stress claims: Increasing implications for health promotion programs.

American Journal of Health Promotion, (p 3:19-25)

Citado en:

http://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf

Paredes, Olga. Sanabria, Pablo. (2008) Prevalencia del Síndrome de Burnout en residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas. Revista Med 16 (1): 25-32

Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf>

Lindblom, Karin M. Linton, Steven J. Fedeli, Cecilia. Bryngelsson, Ing-Liss (2006) Burnout in the working Populations: Relations to Psychological Work Factors International Journal of Behavioral Medicine. Vol.13, No. 1, P.51-59

Recuperado de:

<http://www.choixdecariere.com/pdf/6573/2010/LindblomLintonFedeliBryngelsson2006.pdf>

Revista científica electrónica de psicología No.2. Síndrome de Desgaste Profesional (Burnout) en el Personal de Enfermería del Hospital General de Pachuca. Rosas S., León Y (2006).

Recuperado de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicologia/IMG/pdf/No_2-5.pdf

Fidalgo Vega, Manuel. Síndrome de estar quemado por el trabajo o “Burnout”.(2009)

Recuperado de: http://www.infogerontologia.com/pop_out/art_burnout.html

Ministerio de Trabajo y asuntos sociales España / Instituto Nacional e Higiene en el trabajo.(1997) NTP 439: El apoyo social. Redactado por: Pérez Bilbao, Jesús y Martín Daza, Félix

Recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

Ministerio de Trabajo y asuntos sociales España / Instituto Nacional e Higiene en el trabajo. (2005) NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (1) definición y proceso de generación. Fidalgo Vega, Manuel.

Recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf

Ministerio de Trabajo y asuntos sociales España / Instituto Nacional e Higiene en el trabajo. (2005) NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (II) consecuencias, evaluación y prevención. Fidalgo Vega, Manuel.

Recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_705.pdf

Ministerio de Trabajo y asuntos sociales España / Instituto Nacional e Higiene en el trabajo. (2006) NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout (III) : Instrumento de medición / Bresó E., Salanova M.

Recuperado de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf

Martínez Pérez, Anabella (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión.

Vivat Academia. nº 112.

Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

Hernández, T. Terán, O. Navarrete, D. León, A. (2007) “El síndrome de Burnout: Una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición.”

Revista electrónica de ICEA Año 3, No.05 (Julio-Diciembre 2007)

Recuperado de: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4_-_No.5.pdf

Bernardo Moreno Jiménez, Eva Garrosa Hernández, José Luís González Gutiérrez (2000) “El Desgaste profesional de enfermería. Desarrollo y validación factorial del CDPE”

UAM. Publicado en: Archivos Prevención de Riesgos Laborales, 3,1, (2000) pp.18-28.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/burnout_enferm.pdf

Buela-Casal, G. Y Caballo, V.E “El Burnout, una forma específica de estrés laboral”

Publicado en: “Manual de Psicología Clínica Aplicada” pp 271-284. Madrid: Siglo XXI.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/burnout_forma_estreslab.pdf

Bernardo Moreno-Jiménez, Cecilia Peñacoba “Estrés asistencial en los servicios de salud” Dpto. Psicología Biológica y de la Salud UAM. Siglo XXI, pp. 739-764.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/burnout_sanitario.pdf

Bernardo Moreno Jiménez, Carmen Ximénez Gómez. "Evaluación de la calidad de vida" UAM Publicado en: Gualberto Buela Casal y col (Eds). Manual de evaluación en Psicología Clínica y de la Salud. Madrid: S.XXI, pp. 1045-1070. 1996.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/calidaddevida.pdf

"La evaluación específica del Síndrome de Burnout en Psicólogos: El Inventario Burnout de Psicólogos" Publicado en: Clínica y Salud, 13,3, pp. 257-283, 2002. Recuperado de: http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/ibp_clinicasalud.pdf

"Olvido y recuperación de los factores psicosociales en salud laboral" Bernardo Moreno-Jiménez, Centro Universitario de Salud Pública. UAM Publicado en: Archivos de Prevención de Riesgos Laborales, 3 (1), 3-4 (editorial). Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/olvido_recuperac.pdf

Bernardo Moreno Jiménez, Eva Garrosa Hernández, Jose Luis González Gutierrez "Personalidad Resistente, Burnout y Salud". UAM.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/perso_resistente_burnout_y_salud.pdf

C. Peñacoba y B. Moreno. (1998) "El concepto de personalidad Resistente" UAM. Boletín de Psicología, No. 58, Marzo 1998, 61-96.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/personalidad_resistente.pdf

Bernardo Moreno Jiménez, Eva Garrosa Hernández, Ana Mª Benavides-Pereira. Macarena Gálvez Herrero. (2003) "Estudios Transculturales del Burnout. Los estudios transculturales Brasil-España"

Publicado en Revista Colombia de Psicología, 2003, 12, 9-18.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/transcultural_burnout.pdf

Jiménez, Rocío Bustos, Alberto Matallana, Teresa Miralles, Bernardo Moreno. (1997) "La evaluación del burnout. Problemas y alternativas. El CBB como evaluación de los elementos del proceso"

Dpto. Psicología Biológica y de la Salud. UAM.

Publicado en Revista de Psicología del trabajo y las Organizaciones. 1997, 13,2. Pp 185-207.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/articulos_uam/validacion_cbb.pdf

María Crespo López, Javier López Martínez. "El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa Cómo mantener su bienestar". 2006.

Colección Estudios. Serie Dependencia. IMSERSO.

Recuperado de: <http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/apoyocuidadores.pdf>

Andrés Losada Baltar, Ignacio Montorio Cerrato, María Izal Fernándezde Trocóniz, María Márquez González. (2005) "Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales". Colección Estudios. Serie Dependencia IMSERSO.

Recuperado de:

<http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/estudiomalestarpscuidadores.pdf>

Ortega Ruiz, Cristina y López Ríos, Francisca (2004). "El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas" Universidad de Almería, España. 2004, Vol. 4, nº1, pp. 137-160.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/burnout_prof_sanitarios.pdf

Ana Isabel Peinado Portero, Enrique Javier Garcés de los Fayos Ruiz (2004) "Burnout en cuidadores principales de pacientes con Alzheimer. El síndrome del asistente desasistido" Anales de Psicología. 2004 Universidad de Murcia, España. Pp. 83-93.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/burnout_cuidadores_alzheimer.pdf

"El desgaste profesional en los trabajadores sociales" Santa Lázaro Fernández. Universidad Comillas de Madrid.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/burnout_trabaj_social.pdf

"Necesidades de los cuidadores del paciente crónico" Wilson Astudillo A. Y Carmen Mendinueta A. 7ª edición. Guía de Recursos sanitarios y sociales en la fase final de la vida en Gipuzkoa.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/pac_cronico_y_cuidadores.pdf

"Atención para el cuidador: cómo manejar la tensión" Fundación americana de Asistencia para la salud Alzheimer's Family Relief Program.

Recuperado de:

http://www.infogerontologia.com/documents/burnout/managingstress_sp_final.pdf

Bakker, A.B. & Leiter, M.P. (2010). Work Engagement. A Handbook of Essential Theory and Research. New York, USA. Psychology Press

Leiter, M.P. & Maslach, C. (2005) Banishing Burnout. Six Strategies for Improving your Relationship with Work. San Francisco, USA. Jossey Bass

Maslach, C. (2003). Burnout, the Cost of Caring. California, USA. ISHK.

Originally published: Burnout, the cost of caring. Englewood Cliffs. Prentice Hall c.1982

Maslach, C. & Leiter, M.P. (1997). The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it.

San Francisco, USA. John Wiley & Sons

CHRISTINA MASLACH and SUSAN E. JACKSON (1981) The measurement of experienced burnout

JOURNAL OF OCCUPATIONAL BEHAVIOUR, Vol. 2, 99-113 (1981) University of California, Berkeley.

Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/pdf>

Gonzalez-Roma, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Lloret, S.(2006). Burnout and work engagement: Independent Factors or opposite poles?.

Journal of Vocational Behaviour 68, 165-174.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/235.pdf>

World Health Organization. Primary prevention of mental, neurological and psychological disorders, 1998.

Geneva, Switzerland. ISBN 92 4 154516 X.

Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>

World Health Organización. Prevention on Mental Disorders, 2004. Geneva, Switzerland ISBN: 92 4 159215 X.

Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice.

Career Development International. Vol. 14 No. 3, 2009.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/311.pdf>

Schaufeli, W.B., Buunk, B.P. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing.

The Handbook of Work and Health Psychology.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/181.pdf>

Maslach, C., Leiter, M.P. & Jackson, S.E., (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration.

Journal of Organizational Behaviour 33. 296-300. DOI: 10.1002/job.784.

Recuperado de:

http://cord.acadiau.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/Maslach%20Leiter%20Jackson%20Making%20a%20Significant%20Difference%20with%20Burnout%20Interventions.pdf

Stress Management from Mindtools. Identifying Burnout Pressure Points.

Recuperado de: <http://www.mindtools.com/stress/Brn/PressurePoints.htm>

Stress Management from Mindtools. Burnout Self Test.

Recuperado de: <http://www.mindtools.com/stress/Brn/BurnoutSelfTest.htm>

Stress Management from Mindtools. Recovering from Burnout.

Recuperado de: <http://www.mindtools.com/stress/Brn/CopeWithBurnout.htm>

Neils, H. 13 Signs of Burnout and How to Help You Avoid It. Assessment.com

Recuperado de:
http://www.assessment.com/mappmembers/avoidingburnout.asp?Accnum=06-5210-010.00&gclid=CL285_zxja4CFYFb7AodkxV3hA

World Health Organization. Primary prevention of mental, neurological and psychological disorders, 1998. Geneva, Switzerland. ISBN 92 4 154516 X.
 Recuperado de: <http://whqlibdoc.who.int/publications/924154516X.pdf>

World Health Organización. Prevention of Mental Disorders, 2004. Geneva, Switzerland ISBN: 92 4 159215 X.
 Recuperado de:
http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf

Schaufeli, W.B., Leiter, M.P. & Maslach, C. (2008). Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International. Vol. 14 No. 3, 2009.
 Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/311.pdf>

Schaufeli, W.B., Buunk, B.P. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. The Handbook of Work and Health Psychology.
 Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/181.pdf>

Maslach, C., Leiter, M.P. & Jackson, S.E., (2012). Making a significant difference with burnout interventions: Researcher and practitioner collaboration. Journal of Organizational Behaviour 33. 296-300. DOI: 10.1002/job.784.
 Recuperado de:
http://cord.acadiau.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/Maslach%20Leiter%20Jackson%20Making%20a%20Significant%20Difference%20with%20Burnout%20Interventions.pdf

Gonzalez-Roma, V., Schaufeli, W.B., Bakker, A.B. & Lloret, S.(2006). Burnout and work engagement: Independent Factors or opposite poles?. Journal of Vocational Behaviour 68, 165-174.
 Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/235.pdf>

Barraza, Arturo, Carrasco, Raymundo. Arreola, Martha C. (2007) Síndrome de Burnout: Un estudio comparativo entre profesores y médicos de la ciudad de Durango. Universidad Pedagógica de Durango.
Recuperado de: <http://www.upd.edu.mx/librospub/inv/sinburnout.pdf>

Moreno, B., Rodríguez, R., Escobar, E. (2001) La evaluación del burnout profesional. Factorialización del MBS-GS, un análisis preliminar Dpto. de Psicología Biológica y de la Salud. Universidad Autónoma de Madrid Publicado en: Ansiedad y Estrés, 2001, 7, (1), p.69-78
 Recuperado de: <http://web.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Salud%20Laboral/MBI-GS-Adaptacion-espa%F1ola.pdf>

Maslach, Christina. (1976). Burned-out. Human Behaviour, 5, 16-22

Toon W. Taris, Pascale M. LeBlanc, Wilmar B. Schaufeli & Paul J.G. Schreurs (2005) Are there relationships between the dimensions of the Maslach Burnout Inventory? A review of two longitudinal tests.

Work & Stress, July-September 2005; 19 (3): 238-255

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/239.pdf>

Ekstedt, Mirjam (2005) Burnout and Sleep.

Department of Public Health, Stockholm

Recuperado de: <http://diss.kib.ki.se/2005/91-7140-466-X/thesis.pdf>

Wood, Gary E. A definition of Burnout

Recuperado de: <http://www.gewood.com/definitionofburnout.html>

Roberts, Glenn A. (1997) "Prevention of Burn-out". Royal College of Psychiatrists
Journal of Continuing professional development

Recuperado de: <http://apt.rcpsych.org/content/3/5/282.full.pdf>

Baker, Arnold & Schaufeli, Wilmar B. (2001) "Burnout Contagion among general Practitioners"

Journal of Social and Clinical Psychology, Vol 20, No.1, p.82-98

Recuperado de:

http://www.beanmanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article_arnold_bakker_72.pdf

Schaufeli, William B., Buunk, Bram P. (1996). Professional Burnout. Handbook of Work and Health Psychology

John Wiley & Sons Ltd.

Recuperado de: <http://www.fss.uu.nl/sop/Schaufeli/074.pdf>

Schaufeli, William B., Bakker, Arnold B., Hoogduin, Kees. Schaap, Cas. & Kladler, Atilla. (2001) "On the clinical validity of the Maslach Burnout Inventory and the Burnout Measure. Psychology and Health, 2001, Vol.16, pp.556-582

Recuperado de:

http://www.beanmanaged.eu/pdf/articles/arnoldbakker/article_arnold_bakker_63.pdf

Brenninkmeyer, Veerle., Van Yperen, Nico W., Buunk, Bram P. (2001) Burnout and depression are not identical twins: is decline of superiority a distinguishing feature?.

Personality and Individual Differences 30 (2001) 873-880

Recuperado de:

http://rug.academia.edu/NicoWVanYperen/Papers/614098/Burnout_and_depression_are_not_identical_twins_is_decline_of_superiority_a_distinguishing_feature

Ponce, Carlos. Bedón, Mario, Aliaga, Jaime. Atalaya, María. Huertas, Rosa (2005) El síndrome del "Quemado" por estrés laboral asistencial en grupos de docentes universitarios
Revista IIPSI, Facultad de Psicología, Vol.8 (2), (pp.87-112)

Recuperado de:

http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=cuando%20querer%20no%20es%20poder%20miguelp%20casas%20hillari&source=web&cd=1&ved=0CFIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fdialnet.unirioja.es%2Fservlet%2Ffichero_articulo%3Fcodigo%3D2238169&ei=ngvFT4iRCoaE8AS6qZWocw&usq=AFQjCNFWc32pB9tIbMR2e6HAOBkzGX4HVw

Sentencia N°88/100 (2010) Raffo Benegas Cataldi Abogados (caso de burnout)

Recuperado de:

http://rbcabogados.com.ar/Novedades/jurisprudencias/Maldona_Comision_Medica_N_%209.pdf

Casas Hilari, Miguel (2002) Cuando querer es no poder. Publicado en la revista: Formación en seguridad laboral

Madrid, N°63, Mayo-Junio 2002, (p.28-33).

Stress Facts. www.stressless.com (2012)

Recuperado de:

<http://www.stressless.com/stressinfo.cfm?CFID=20104175&CFTOKEN=e8c772de607b358e-9A3174BE-5056-0288-916EDDD78CCC092F>

Royal College of Nursing (2010) Guidance on safe nurse staffing levels in the UK

Recuperado de: http://www.rcn.org.uk/_data/assets/pdf_file/0005/353237/003860.pdf

Waight, C.Keith, Judd, Michael R. (2003) Trainer Burnout: The Syndrome Explored.

Journal of Career and Technical Education, v19 n2 p47-57 Spr 2003

Recuperado de: <http://scholar.lib.vt.edu/ejournals/JCTE/v19n2/pdf/waugh.pdf>

Employee burnout (2005) A Hudson report June 2005

Recuperado de: <http://uk.hudson.com/Portals/UK/documents/Research/research-burnout-britain.pdf>

Goddard, Richard. O'Brien, Patrick (2004) Are Beginning Teachers with a Second Degree at a Higher Risk of Early Career Burnout

Australian Journal of Teacher Education. Vol.29, (1)

Recuperado de: <http://ro.ecu.edu.au/ajte/vol29/iss1/4>

Caballero, Carmen. Hederich, Christian. Palacio, Jorge. (2010) El burnout académico: delimitación del síndrome y factores asociados con su aparición

Revista Latinoamericana de Psicología. Vol.42, N°1, Ene-Abr 2010

Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0120-05342010000100012&script=sci_arttext

Gil-Monte, Pedro R. (2006) La evaluación y diagnóstico del síndrome de quemarse por el trabajo.

Foro de las Américas en Investigaciones sobre factores Psicosociales, Estrés y Salud Mental en el Trabajo

Cuernavaca (Morelos, México) Octubre 2006

Recuperado de:

http://www.uaem.mx/foroamericas_memorias/3TALLERES/Material%20Gil%20Monte.pdf

Maslach, Christina (2008) Early Warning Signs of Burnout: Interview with Christina Maslach (Podcast)

Official Website of the Academy of Management.

Recuperado de:

http://www.obweb.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2394:early-warning-signs-of-burnout-interview-with-christina-maslach&catid=42:available-podcasts&Itemid=66

Maslach, Christina & Leiter, Michael, P. (2008) Early Predictors of Job Burnout and Engagement

Journal of Applied Psychology. 2008, Vol. 93, No. 3, 498–512

Recuperado de: http://cord.acadiu.ca/tl_files/sites/cord/resources/Documents/3.pdf

Mingote Adán, José C. Pérez Corral, Francisco (1999) El estrés médico: Manual de autoayuda

Ediciones Diaz de Santos, Madrid - España

Recuperado de: <http://books.google.com.ec/books?id=UtEPHt-kZAsC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

González Barón, M. Lacasta, M.A., Ordóñez, A. (2009) El síndrome de agotamiento profesional en oncología

Editorial Médica Panamericana S.A., Madrid, España.

Recuperado de:

http://books.google.com.ec/books?id=cAwW8nUg_0YC&printsec=frontcover&hl=es&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false

Preciado-Serrano, María de Lourdes & Vázquez-Goñi, Juan Manuel (2010). Perfil del estrés y síndrome de burnout en estudiantes mexicanos de odontología de una universidad pública.

Revista Chilena de neuro-psiquiatría v.48 n°1, Santiago mar.2010

Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272010000200002

Aranda Beltrán, C. Pando Moreno, M. Pérez Reyes, M.B. (2004) Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: Una revisión

Psicología y Salud, Enero-Junio. Vol.14, N°1. Universidad Veracruzana, Xalapa – México (p.79-87)

Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114109.pdf>

Gil-Monte, Pedro R. y Peiró, José M. (1999) Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del

síndrome de quemarse por el trabajo

Anales de Psicología, Vol.15, N°2. Universidad de Murcia – España

Recuperado de: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

Andrés, P. De Juan, D. Escobar, J. Jarabo, J. Martínez, Ma. T. () Burnout: “Técnicas de Afrontamiento”

Jornades de Foment de la Investigació. Universitat Jaume I

Recuperado de: <http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi10/psico/6.pdf>

Universia (Red de Universidades). Qué es el burnout?

Recuperado de: <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/medidas-prevencion/index.htm>

Lorente, L., Martínez, I.M., Salanova Soria, M.L., Equipo WONT Prevención Psicosocial. (2007) Estrategias de prevención del burnout desde los recursos humanos
 Revista Gestión Práctica de Riesgos Laborales, N° 41, Sección Artículos, 01 de Septiembre de 2007
 Recuperado de: <http://riesgoslaborales.wke.es/articulos/estrategias-de-prevenci%C3%B3n-del-burnout-desde-los-recursos-humanos>

Gil-Monte, Pedro R. (2003) El síndrome de quemarse por el trabajo (Síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería
 Revista Eletrônica InterAção Psy – Ano 1, nº 1- Ago 2003 – p. 19-33
 Recuperado de: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

Florez-Alarcon, L., Mercedes Botero, M. y Moreno Jimenez, B. (2005) Psicología de la salud. Temas actuales de investigación en Latinoamérica. (pp59-76) Bogotá: ALAPSA
 Recuperado de:
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Psicologia%20Positiva/PERSONALIDAD-POSITIVA-Y-SALUD.pdf>

Quiceño, Japsy M., Vinaccia, Steffano. (2007) Burnout; “Síndrome de Quemarse en el Trabajo(SQT)”
 Acta Colombiana de Psicología 10 (2); 117-125
 Recuperado de: http://portalweb.ucatolica.edu.co/easyWeb2/acta/pdfs/v10n2/art-11_117-125.pdf

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F. (2007) Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español.
Revista Española de Salud Pública 2009; 83 (p. 215-230)
 Recuperado de:
http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/vol83/vol83_2/RS832C_215.pdf

Albar, M.J., Romero, M.E., González, M.D., Carbayo, E., García, A., Gutierrez, I., Algaba, S. (2003) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital
 Unidad de Investigación. Hospital Universitario Virgen Macarena
 Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v14n05a13066827pdf001.pdf>

Aranda, C., Zarate, B., Pando, M., Sahún, J.E. (2009) Síndrome de Burnout, Variables Sociodemográficas y Laborales en Médicos Especialistas del Hospital Valentín Gómez Farías, México
 Revista Colombiana de Salud Ocupacional, 1(1), 2010, pp 12-16
 Recuperado de:
http://www.unilibrecali.edu.co/Revista_Colombiana_Salud_Ocupacional/pdf/rcso_v1n1_marzo2011_original2_p13_17.pdf

INSHT (2010) Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas

Elaborado por: Moreno Jiménez, B. & Báez León, C. para el Instituto de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Universidad Autónoma de Madrid

Recuperado de:

<http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/PUBLICACIONES%20PROFESIONALES/factores%20riesgos%20psico.pdf>

Moreno Jiménez B., González, José Luis. (2001) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida

Publicado en: J. Buendía y F. Ramos (Eds). Empleo, estrés y salud. Madrid: Pirámide. (2001). pp 59-83

Recuperado de:

<http://web.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

Organización Mundial de la Salud (2004) Promoción de la Salud Mental (Informe compendiado)

Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias. Ginebra

Recuperado de:

http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf

American Psychiatric Association. (2012) Major Depressive Disorder, Single Episode

Website: <http://www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=44>

World Health Organization. Mental Health / Depresión. What is depression?

Website: http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/index.html

Biblioteca Consulta Psi. DSM IV: Criterios Diagnósticos de los Trastornos Mentales

Website: <http://www.psygnos.net/biblioteca/DSM/dsmdepre.htm>

Universidad Autónoma de Yucatán. Depresión / Tipos de depresión

Website: <http://www.depresion.uady.mx/index.php?a=4>

Ríos Risquez, M.I., Peñalver Hernández, F., Godoy Fernández, C. (2008) Burnout y salud percibida en profesionales de enfermería de Cuidados Intensivos

Publicado en: Enfermería Intensiva. 2008; 19(4):169-78

Recuperado de:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/142/142v19n04a13130038pdf001.pdf>

Moreno-Jiménez, B., González, J.L., Garrosa, E.(1999) Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida.

Revista de Psicopatología y Psicología Clínica 1999, Volumen 4. Número 3, pp. 163-180

Recuperado de: <http://e-spacio.uned.es/fez/eserv.php?pid=bibliuned:Psicopat-1999-A1C44338-053F-F59D-8910-FCDE7C369721&dsID=PDF>

Jenaro-Río,Cristina ; Flores-Robaina, Noelia y González-Gil, Francisca (2007) Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores.

International Journal of Clinical and Health Psychology 2007, Vol. 7, Nº 1, pp. 107-121

Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-211.pdf

- Martín Díaz, M^a Dolores; Jiménez Sánchez, M^a Pilar; Fernández-Abascal, Enrique G. (1997) Estudio sobre la escala de estilos y estrategias de afrontamiento (E³A)
Revista Electrónica de Motivación y Emoción. 1997, Volumen 3, Número 4
Recuperado de: <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Campos, M; Iraurgi, J.; Páez, D. y Velasco, C. (2008) Afrontamiento y Regulación emocional de hechos estresantes. Un Meta-Análisis de 13 estudios.
Boletín de Psicología, No. 82, Noviembre 2004, 25-44
Recuperado de: <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N82-2.pdf>
- Vázquez Valverde, C.; Crespo López, M. y Ring, J.M. (2003) Estrategias de Afrontamiento Medición clínica en psiquiatría y psicología, Capítulo 31. Editorial Masson S.A.(Barcelona – España)
Recuperado de:
http://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=v%C3%A1squez%20valverde%20estrategias%20de%20afrontamiento%20capitulo%2031&source=web&cd=2&ved=0CFQQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.psicosocial.net%2Fde%2Fcentro-de-documentacion%2Fdoc_download%2F94-estrategias-de-afrontamiento&ei=QhLZT-eEoj88gTq4KC4Aw&usg=AFQjCNHBcXdhF8XxAWgAHHbnJc700ScQag
- Moreno-Jimenez, B. Semoinotti, R. Garrosa Hernández, E. Rodriguez-Carvajal, R. Morante Benadero, M.E. (2005) El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes
Publicado en: Ansiedad y Estrés (2005), 11(1), 87/100
Recuperado de:
<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Ansiedad%20y%20estres-Burnout%20medico.pdf>
- Hernández Zamora, G. Lastenia; Olmedo Castejón, Encarnación e Ibáñez Fernández, Ignacio (2004) Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento
Publicado en: International Journal of Clinical and Health Psychology 2004, Vol. 4, Nº 2, pp. 323-336
Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf
- Marqués Pinto, Alexandra; Lima, María Luisa; Lopes da Silva, Adelina (2005) Fuentes de estrés, burnout y estrategias de coping en profesores portugueses
Publicado en: Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. vol. 21, Nº 1-2, pp. 125-143
Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/2313/231317039008.pdf>
- López de Roda, Ana Barrón y Sánchez Moreno, Esteban (2001) Estructura social, apoyo social y salud mental
Publicado en: Psicothema (Revista Anual de Psicología) 2001. Vol. 13, nº 1, pp. 17-23
Recuperado de: <http://156.35.33.98/reunido/index.php/PST/article/view/7841/7705>
- Rodríguez-Martínez A., Ruiz-Rodríguez F., Antón-Basanta J.J., Herrera-Jáimez J., Máiquez-Pérez A., Ottaviano-Castillo A. (2010) ¿Tienen apoyo social los reclusos drogodependientes? Estudio en una prisión andaluza?
Publicado en: Revista Española de Sanidad Penitenciaria, v.12 n.1 Barcelona mar.-jun. 2010

Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1575-06202010000100002&script=sci_arttext

Zabalegui Yarnoz, Adelaida; Vidal Milla, Ángel; Soler Gómez, Dolores y Latre Méndez, Esther (2001) Análisis empírico del concepto de afrontamiento
Publicado en: Enfermería Clínica, 2002;12(1):29-38
Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v12n01a13027080pdf001.pdf>

Domenech López, Yolanda (1998) Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social
Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 6 (oct. 1998). pp. 179-195
Recuperado de: <http://dase-dse.ipn.mx/i/bibliotecaDase/2000/Acervo/AcervoVirtualPsicosocial/PsicosocialAcervoLecturas/18.pdf>

García Martín, Miguel Ángel (2002) Beneficios del apoyo social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte
<http://www.efdeportes.com/> Revista Digital - Buenos Aires - Año 8 - Nº 51 - Agosto de 2002
Recuperado de: <http://www.efdeportes.com/efd51/bien.htm>

Aranda, Carolina; Pando, Manel; Aldrete Ma. Guadalupe; Salazar, José Guadalupe; Torres M. Teresa (2004) Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México
Revista Psiquiatría Fac Med Barna 2004;31(4):142-150
Recuperado de: http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2004_4/ps-31-4-004.pdf

Fernández, Rebeca Besada (2007) Técnicas de Apoyo Psicológico y Social al Paciente y Familiares
Editorial Gesbiblo, S. L. (España) ISBN: 978-84-9839-192-3
Recuperado de: http://www.ideaspropiaseditorial.com/documentos_web/documentos/978-84-9839-192-3.pdf

Alcañiz Rodríguez, Monserrat y Hernangómez Criado, Laura (2010) Psicología de la Personalidad y Diferencial
Editorial CEDE (España) ISBN: 978-84-92856-40-4
Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/73197758/Pir-Pdad-dif-CEDE>

Cebrià, J.; Segura, J.; Corbella, S.; Sos, P.; Comas, O.; García, M.; Rodríguez, C.; Pardo M.J. y Pérez J.(2001) Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia
Publicado en: Atención Primaria. Vol. 27. Núm. 7. 30 de abril 2001
Recuperado de:
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v27n07a12003955pdf001.pdf>

Hernández Zamora, G.Lastenia y Olmedo Castejón, Encarnación (2004) Un estudio correlacional acerca del síndrome del “estar quemado” (burnout) y su relación con la personalidad
Publicado en: Apuntes de Psicología, Vol. 22, número 1, pp 121-136
Recuperado de: http://www.cop.es/delegaci/andocci/files/contenidos/VOL22_1_9.pdf

Ortega Herrera, María Erika; Ortiz Viveros, Godeleva Rosa; Coronel Brizio, Pedro Guillermo (2007) Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente.

Psicología y salud, Enero-Junio, año/vol. 17, número 001. Xalapa, México

Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29117101.pdf>

Viñas Poch, F., Caparrós Caparrós, B. (2000) Afrontamiento del periodo de exámenes y sintomatología somática autoinformada en un grupo de estudiantes universitarios.

I Congreso Virtual de Psiquiatría 1 de Febrero - 15 de Marzo 2000 [citado: *]; Conferencia 58-POS-A: [15 pantallas].

Recuperado de: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa58/poster/58_pos_a.htm

9 Anexos

ANEXO Nro. 1



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género: Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado/separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)
 Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: Si No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

No Sí ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como "nada", 2

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

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

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

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

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

ANEXO 2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

ANEXO 3

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

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

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

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

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

Anexo 4
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 5
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

Anexo 6
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

Anexo 7

CERTIFICADO SOLCA

SOCIEDAD DE LUCHA CONTRA EL CANCER



ECUADOR
NÚCLEO DE QUITO

Av. Eloy Alfaro y los Pinos
Telfs.: 2419-775 / 2419-776 / 2419-778 / 2419-780
Casilla: 17-11-4965 C.C.I.

CERTIFICADO

El Departamento de Docencia e Investigación del **Hospital Oncológico "Solón Espinosa Ayala"** de SOLCA Núcleo de Quito certifica, que la señora **MARCIA DE LOURDES LOPEZ MARTINEZ**, realizó su Proyecto de Investigación "Identificación del Burnout a profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador" en el personal médico (15 participantes) y enfermería (15 participantes) de nuestra Institución, en el mes de enero del 2012., aplicando los instrumentos requeridos para el levantamiento de información.

Quito D.M., 24 de abril del-2012

Dr. Carlos Torres F.
Jefe de Docencia e Investigación
Cirujano Oncólogo