



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

TITULACION DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Instituto del cáncer de la ciudad de Cuenca, durante el año 2012”.

Trabajo de fin de Titulación

AUTOR: Álvarez Ávila Carlos Jovany

DIRECTORA DE TESIS: Sánchez León, Carmen Delia

Centro Universitario: Cuenca

2012

CERTIFICACIÓN

Dra. Mg. Carmen Delia Sánchez León

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

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

Dra. Mg. Carmen Delia Sánchez León

DIRECTORA DE TESIS

Cuenca, diciembre del 2012

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Carlos Jovany Álvarez Ávila, declaro ser autor 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”.

.....

Carlos Jovany Álvarez Ávila

C.I. 01010886406

AUTORÍA

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

Carlos Jovany Álvarez Ávila

C.I. 0101886406

AGRADECIMIENTO

Mi gratitud a todas las personas que conforman la Universidad Técnica Particular de Loja Modalidad a Distancia, por permitirme optar por una carrera universitaria que de otro modo no lo hubiera conseguido.

A la bella ciudad de Loja por acogerme cálidamente en todas las ocasiones en que la universidad requirió nuestra presencia.

Al señor director del Instituto del Cáncer SOLCA de la ciudad de Cuenca: Dr. Raúl Alvarado Corral por la acogida, apoyo, y colaboración brindadas para la consecución de esta tesis.

Al Dr. Hernán Valdivieso, jefe de Docencia e Investigación del Hospital de SOLCA Cuenca y a la Lcda. Raquel Diveni jefa de enfermeras del mismo hospital por las facilidades brindadas para este trabajo.

Y a todos los profesionales médicos y enfermeras, estimados amigos y compañeros de labores del Hospital de SOLCA Cuenca por hacer un espacio de tiempo en su ardua, difícil e incomprensible tarea para colaborar con el autor en la realización de este estudio.

Carlos Álvarez

DEDICATORIA

A mi querida hija Andrea (Witití), dedico este trabajo, mi carrera y toda mi vida, por darme el mejor de los motivos para seguir superándome, y encontrar en su diáfana sonrisa, su dulce mirada y su candoroso abrazo todo lo que se necesita para que mi existencia tenga un significado.

A mi querida esposa Susana, por ser la persona que me ha enseñado el aspecto práctico de la vida, la que me impulsa y no me deja caer en el letargo de los años y ser la base firme de mi hogar a pesar de todas las dificultades y avatares que traen la convivencia.

A mis queridos padres Alejandro y Teresa, por darme ejemplo de honestidad, perseverancia y superación desde temprana edad y brindarme el apoyo moral para seguir adelante.

Y a todos mis entrañables familiares, amigos y pacientes por aceptarme como soy, ayudarme a definirme como ser humano y hacerme más sensible al dolor y al sufrimiento.

Carlos Álvarez

ÍNDICE:	Páginas
Certificación	ii
Acta de cesión de derechos de tesis.....	iii
Autoría.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria	vi
Índice.....	vii
1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
3. Marco teórico	4
3.1. CAPÍTULO 1: Conceptualización del Síndrome de Burnout.....	4
1.1. Definiciones del Síndrome de Burnout	4
1.2. Modelos explicativos del Burnout.....	5
1.2.1. Modelos Basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo	5
1.2.2. Modelos Elaborados desde las Teorías del Intercambio Social	7
1.2.3. Modelos Elaborados desde la teoría organizacional	8
1.3. Delimitación Histórica del Burnout	10
1.4. Poblaciones propensas al Burnout	11
1.4.1. Burnout en Deportistas	11
1.4.2. Burnout en Educadores	11
1.4.3. Burnout en Militares	12

1.4.4. Burnout en Profesionales de la Salud	12
1.5. Fases y Desarrollo del Síndrome de Burnout	13
1.6. Características, Causas y Consecuencias del Burnout	15
1.6.1. Características Demográficas	15
1.6.2. Causas del Burnout en Profesionales de la Salud	16
1.6.3. Consecuencias del Síndrome de Burnout	18
1.7. Prevención y Tratamiento del Síndrome de Burnout	19
1.7.1. Prevención Orientadas al Individuo	19
1.7.2. Prevención Orientadas al Entorno Social	20
1.7.3. Prevención Orientadas a la Organización.	21
1.8. Modelos Intervencionistas o de Tratamiento del Burnout	22
3.2. CAPÍTULO 2: Conceptualización de las Variables de Investigación	24
2.1. El Burnout y la relación con las variables Sociodemográficas	24
2.1.1. Variables de Riesgo y Protectoras	24
2.1.2. Motivación y Satisfacción Laboral	25
2.1.3. Investigaciones realizadas	26
2.2. El Burnout y la relación con la Salud	26
2.2.1. Definiciones de Salud	26
2.2.2. Síntomas Somáticos	27
2.2.3. Ansiedad e Insomnio	27
2.2.4. Disfunción Social en la actividad diaria	28
2.2.5. Tipos de Depresión	28

2.2.6. Investigaciones realizadas	29
2.3. El Burnout y el Afrontamiento	30
2.3.1. Definición de Afrontamiento	30
2.3.2. Teorías del Afrontamiento	30
2.3.3. Estrategias del Afrontamiento	31
2.3.4. Investigaciones realizadas	31
2.4. El Burnout y la relación con el Apoyo Social	32
2.4.1. Definición de Apoyo Social	32
2.4.2. Modelos explicativos del Apoyo Social	32
2.4.3. Apoyo Social Percibido	33
2.4.4. Apoyo Social Estructural	34
2.4.5. Investigaciones realizadas	34
2.5. El Burnout y la relación con la Personalidad	35
2.5.1. Definición de Personalidad	35
2.5.2. Tipos de Personalidad.....	35
2.5.3. Patrones de Conducta	36
2.5.4. Locus de Control	37
2.5.5. Investigaciones realizadas	37
4. METODOLOGÍA	38
4.1. Diseño de Investigación	38
4.2. Participantes.....	38
4.3. Instrumentos de Investigación	38
4.3.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	39

4.3.2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....	39
4.3.3. Cuestionario de Salud Mental (GHC28).....	39
4.3.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	39
4.3.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social.....	40
4.3.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eyesenck. EPQ-A	41
4.4. Recolección de datos	41
5. RESULTADOS OBTENIDOS	43
5.1. Análisis de los resultados de aplicar el Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	43
5.2. Análisis de los resultados de aplicar el Cuestionario del MBI	50
5.3. Análisis de los resultados de aplicar el Cuestionario de Salud Mental.....	53
5.4. Análisis de los resultados de aplicar el Cuestionario de Afrontamiento	57
5.5. Análisis de los resultados del Cuestionario de Apoyo Social de MOS.....	59
5.6. Análisis de los resultados del Cuestionario de Personalidad (EPQR- A).....	60
5.7. Resumen de resultados de Burnout.....	61
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS OBTENIDOS.....	63
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66
7.1. Conclusiones.....	66
7.2. Recomendaciones.....	67
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
9. ANEXOS	72

1. RESUMEN

El síndrome de Burnout se ha conceptualizado como un estado de agotamiento emocional, cambios en la conducta derivados del estrés crónico por situaciones laborales que requieren contacto interpersonal estrecho.

Este trabajo se realizó en el hospital de SOLCA de Cuenca, se trata de una institución que atiende a pacientes que padecen de cáncer o están en riesgo. Se escogió a treinta médicos y treinta enfermeras a quienes se aplicó: El Cuestionario Sociodemográfico y laboral; El Maslach Burnout Inventory (MBI), que es el principal instrumento de medición del burnout; Cuestionario de Salud Mental; La Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento; El cuestionario MOS de Apoyo Social; y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Se encontró que sólo un médico y ninguna enfermera fueron catalogados como portadores del síndrome de Burnout. Esta baja incidencia se debe a los criterios de selección utilizados en esta investigación, pues se determinó como portadores a los que calificaron de alto riesgo en dos de las tres subescalas del MBI.

2. INTRODUCCIÓN

El presente estudio investiga la incidencia del Síndrome de Burnout en el personal sanitario y fenómenos relacionados con esta entidad, básicamente en médicos y enfermeras del Instituto del Cáncer de la Ciudad de Cuenca. Luego de su descripción por Freudenberger en el año de 1974, el “Síndrome de Burnout” o estrés laboral, ha sido catalogado como una entidad que aparece en diferentes escenarios laborales, en donde las excesivas demandas y exigencias aunados a interrelaciones personales complejas, se traducen en situaciones de agotamiento emocional continuo y progresivo que ha traído inusitado interés entre los investigadores de la salud laboral por las graves consecuencias que conllevan a ausentismo, abandono, bajo rendimiento, accidentes laborales, y por tanto sustanciales pérdidas económicas y de recursos humanos. A nivel individual, se pueden identificar severos trastornos emocionales, comportamientos inadecuados, deterioro de las relaciones interpersonales y hasta afectación de su salud física.

Las primeras investigaciones empezaron en la década de 1970 y se realizaron en los Estados Unidos de América y poco después en Europa, por ser países industrializados, con niveles de profesionalización muy competitivos, en los cuales los escenarios laborales fueron un caldo de cultivo óptimo para la aparición del síndrome de Burnout. En otros países de Asia y Europa Oriental antes del colapso de la economía comunista, también se realizaron importantes estudios al respecto, pero sus resultados no se conocieron sino muchos años después. Luego de los años 90, se empezó a realizar diversos estudios de esta patología en Latinoamérica, especialmente en Argentina, México, Brasil y Chile, pues, nuestra cultura y estilo de vida no son una vacuna contra el estrés laboral, y cada vez se aprecia más el desarrollo de esta problemática en diferentes ámbitos. Recientemente, también se realizaron investigaciones al respecto en países de nuestra región, en el Ecuador, estudios llevados a cabo por universidades y centros de estudios en varios tipos de trabajo, dan cuenta de la relevancia de la situación también en nuestro país. Todos los autores consultados concuerdan en afirmar que las poblaciones laborales más vulnerables para padecer el Burnout, son aquellas que detentan el espectro de ser asistenciales, y de necesitar un contacto interpersonal cercano, y es precisamente en éstos escenarios hacia donde se dirige la mayor carga de interés para realizar aquellos estudios. En el ámbito de la salud se dan las condiciones precisas para que aparezca y se desarrolle este síndrome, pues, la estrecha relación que muchas veces es necesario tener con los pacientes tanto del personal médico como el paramédico, puede tornarse especialmente demandante y muchas veces frustrantes por las connotaciones que implican para todos la enfermedad de una persona ya que afecta no sólo su condición física sino toda la dimensión del ser humano y por supuesto, a sus allegados más íntimos.

Por estas razones, la UTPL planteó un proyecto de investigación a nivel nacional en hospitales y centros de salud públicos y privados en profesionales de la salud, concretamente dirigido a médicos y enfermeras, por ser un grupo de personas especialmente vulnerable a situaciones de estrés continuo, más aún en un hospital oncológico donde se atienden personas con riesgo de padecer cáncer en diferentes etapas de evolución incluso hasta la misma defunción de los enfermos, situación de por sí estresante, frustrante y con una gran carga emotiva que pone a prueba la capacidad de afrontamiento de dichos profesionales.

Para realizar este proyecto, se aplicaron cinco instrumentos de evaluación: El Cuestionario MBI (Inventario Maslach del Burnout), que es el principal instrumento utilizado y aceptado a nivel mundial para el estudio del Burnout, con ciertas variaciones de acuerdo al entorno laboral en el cual se aplique. También se aplicó el Cuestionario de Salud Mental GHQ-28, que sirve para detectar cambios en la salud mental del evaluado.

El Cuestionario de Personalidad EPQR-A, que se utiliza para detectar rasgos de personalidad. Otro instrumento que se aplicó es el Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE, que se emplea para medir los tipos de respuesta que las personas tienen ante situaciones de estrés. Se utilizó también el Cuestionario de Apoyo Social de MOS, que evalúa los diferentes tipos de apoyo Social que tienen los encuestados. Previamente a todos estos cuestionarios, se aplicó una encuesta de las condiciones Sociodemográfico y Laborales para detectar posibles causas de este tipo en relación con el Burnout.

Se realizó la aplicación de los Inventarios a 120 profesionales, 48 médicos y 72 enfermeras. De éstos se excluyó aquellas encuestas que no fueron llenadas correctamente y de aquel personal de enfermería que no tenían el título registrado de licenciadas en enfermería, del número total se tomó al azar 60 profesionales, 30 médicos y 30 licenciadas en enfermería, por ser el número máximo que permite las plantillas elaboradas para el ingreso de datos.

Se trata de un estudio de campo con aproximación cuantitativa, no experimental, de corte transversal y de tipo descriptivo. El principal objetivo de esta investigación, es establecer la incidencia del síndrome de Burnout en este grupo de profesionales y determinar los factores que puedan relacionarse con este fenómeno, tanto en lo relacionado con su aparición, desarrollo, y progresión.

Creemos con este estudio haber alcanzado el objetivo de tener una mejor visión respecto al Síndrome de Burnout, y de colaborar para que dicha visión sea parte de un amplio estudio que nos permita dimensionar mejor acerca de esta problemática en el Ecuador.

3. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1:

CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

1.1. DEFINICIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

Hablar del “síndrome de burnout” o de agotamiento profesional es cada vez más frecuente en todos los ámbitos laborales, y por supuesto, entre los profesionales de la salud, que lo relacionamos con “estrés”, entidad infaltable en la vida moderna.

No existen acuerdos para una definición única del síndrome de Burnout, sin embargo, sí existe consenso en conceptualizarlo como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por actitudes y sentimientos negativos y que, afecta principalmente a todas aquellas profesiones, cuyo ámbito laboral se desarrolla en contacto directo y continuo con personas, especialmente las que tienen por misión ayudar a los demás Gil Monte y Peiró (1996).

Freudenberger en el año de 1974, realiza una primera aproximación conceptual, “como una sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual de trabajador Die Trill (2000). El diccionario Langenscheidt lo traduce como “fundir, quemar”, y figurativamente, arruinarse, hundirse. Dale y Cherniss (1979 – 1980) postulan la importancia del ámbito laboral en el origen del burnout, y lo definen como “... cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en los trabajadores con experiencias laborales frustrantes o con excesivas demandas.

Probablemente, es la definición de burnout propuesta por Maslach y Jackson (1977) la más aceptada; en ella definen el término burnout como un proceso multidimensional con tres constructos: Cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y reducida autorrealización personal, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan directamente con personas; y añade que: “La quemazón es una respuesta a una tensión emocional de índole crónica originada por el deseo de lidiar exitosamente con otros seres humanos que tienen problemas. La tensión surge de la interacción social entre la persona que recibe ayuda y el que ayuda”.

Varios investigadores también coinciden que una de las definiciones más completas es la de Schaufeli (1993), según el cual se trata de un estado mental persistente y negativo, relacionado con el trabajo, en individuos normales que se caracteriza primariamente por agotamiento, que se acompaña de distrés, un sentido de efectividad reducida, disminución

de la motivación, y el desarrollo de actitudes y comportamientos disfuncionales en el trabajo. Esta condición psicológica se desarrolla gradualmente pudiendo quedar inapreciada durante largo tiempo. Resulta del desajuste entre las expectativas que tiene el sujeto y la realidad del trabajo.

Moreno, tomando en cuenta la vertiente asistencial, lo define “como un cuadro psicológico que aparece representativamente en los profesionales de ayuda, como respuesta a los estresores de la propia actividad vinculados con la relación interpersonal en situaciones confrontadas con sufrimiento, dolor y riesgo prolongados en el tiempo, junto a contextos laborales de alta exigencia y competitividad”.

1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT.

El estrés en los profesionales de la salud está originado por una combinación de variables, como la escasez de personal debidamente capacitado, que supone sobrecarga laboral, trabajo en turnos, trato con usuarios problemáticos, contacto directo con la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y, en ocasiones extremas, la muerte, falta de especificidad de funciones y tareas, lo que genera conflicto y ambigüedad de rol, falta de autonomía y autoridad en el trabajo para poder tomar decisiones, cambios tecnológicos rápidos y constantes (Catsicaris 2007).

El estudio del estrés laboral y su consecuencia el burnout, no debe basarse en modelos simplistas. Los modelos explicativos para esta entidad, deben considerarse desde el ámbito de la psicología social, una de las clasificaciones más utilizada y actualizada de dichos modelos es la de Gil – Monte y Peiró. Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Socio cognitiva del yo, Teoría del intercambio Social, Teoría organizacional y Teoría Estructural.

1.2.1. Modelos basados en la teoría socio cognitiva del Yo:

Analizan los diferentes mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeñan el pensamiento autorreferente entorno al funcionamiento humano.

a) Modelo de Competencia Social de Harrison: Para Harrison (1991) el síndrome de burnout es fundamentalmente una función de la competencia y la eficacia percibida. Según este modelo, la motivación va predeterminar la eficacia del sujeto en el logro de los objetivos

laborales, así pues, la mayoría de los trabajadores que empiezan a trabajar en profesiones de servicios de ayuda están al principio altamente motivados para ayudar a los demás y tienen un elevado espíritu de altruismo y entrega. Dentro de estos factores podemos encontrar, la existencia de metas laborales realistas, el nivel de ajuste entre los valores del trabajador y los valores de la institución, el nivel de instrucción o su capacitación profesional, la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de recursos, la retroalimentación recibida, la sobrecarga laboral, remuneración, etc. Si se mantiene esta situación en el tiempo se origina el síndrome de quemarse en el trabajo, que por retroalimentación facilita el desarrollo de factores de autodefensa o barrera, al mismo tiempo que disminuye los sentimientos de eficacia personal con pérdida de la motivación.

b) Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993): Este modelo se basa en el modelo de Hall (1976) para explicar las relaciones entre desempeño de tareas y las percepciones subjetivas de éxitos o fracaso experimentado por el sujeto después del desempeño y las consecuencias que tiene para la autoestima, la motivación, la satisfacción y la implicación laboral que son consecuentes con las ideologías de las organizaciones que ayudan a prevenir el síndrome. En este modelo es posible establecer una relación causal desde la incapacidad del trabajador para desarrollar sentimientos de competencia o éxito personal y el síndrome de burnout. Para ello el autor incorpora la noción de “autoeficacia percibida” de Bandura (1989), entendida como las creencias que las personas tienen sobre sus capacidades para ejercer un control sobre las situaciones que las afectan. En general puede decirse que existe una unión entre sentimientos de autoeficacia, compromiso y realización entre aquellas y estrés.

c) Modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper: Este modelo está basado en el modelo de autocontrol de Caver y Scheier (1988), Thompson y colaboradores (1993) explican cuatro factores implicados en la aparición del síndrome:

- Las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del trabajador.
- El nivel de autoconciencia del trabajador.
- Las expectativas de éxito.
- Los sentimientos de autoconfianza.

Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales, junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, y pesimismo se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de “retirada mental o conductual” de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. Estas estrategias tienen como objetivo

reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales. Aquí se encuadra el agotamiento físico y mental, estos investigadores señalan que altos niveles de autoconciencia aumentan la desilusión, frustración o pérdida del autocontrol, sin embargo, una predisposición de expectativas optimistas de éxito puede reforzar la confianza de los sujetos y así promover la autoconfianza y la persistencia para reducir la discrepancia.

1.2.2. Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social:

Consideran que el síndrome de quemarse por el trabajo 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 cuando establecen relaciones interpersonales. Cuando los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben y que no pueden cambiar dicha situación, desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo.

a) Modelo de comparación de Buunk y Schaufeli (1993): Desarrollan su modelo para explicar la etiología del síndrome de burnout en profesionales de enfermería, y señalan que dentro de este campo profesional el síndrome tiene una doble etiología. Uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y el otro hace hincapié en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. En relación a los procesos de intercambio social con los pacientes, los, las profesionales de enfermería identifican tres variables estresoras relevantes para el desarrollo del síndrome:

- La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar.
- La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones.
- La falta de control: Se explica como la posibilidad / capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

El rol de enfermería genera bastante incertidumbre con relativa frecuencia, pues se duda sobre su implicación con los pacientes, sobre cómo tratar sus problemas y sienten inseguridad sobre si hacen las cosas de manera adecuada. Además, las expectativas de recompensa y equidad de los profesionales aparecen frustradas frecuentemente, pues los pacientes suelen estar ansiosos y preocupados, y la interacción con ellos no es grata. En relación a los procesos de afiliación social y comparación con los compañeros, estos autores afirman que los enfermeros/as en situaciones de estrés no buscan el apoyo social de sus compañeros por miedo a ser criticados o señalados como incompetentes, más bien adoptan

situaciones de “contagio” del síndrome (profesionales que adoptan los síntomas del síndrome que perciben en sus compañeros) (Die Trill, M 1997).

b) Modelo de Conservación de recursos de Hofoll y Fredy (1993): Afirman que el estrés surge cuando los individuos perciben que aquello que les motiva está amenazado o frustrado. Los estresores laborales amenazan los recursos de los trabajadores al generar inseguridad sobre sus habilidades para alcanzar el éxito profesional. Subrayan la importancia de las relaciones con los demás (supervisores, compañeros y personas hacia las que se dirige el trabajo) y de sus consecuencias como fuente de estrés en la percepción de situaciones de pérdida o ganancia. Según esta teoría, para reducir los niveles de Burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del Burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de Burnout son las de tipo "activo"(Martínez, Anabella 2010). En este modelo, los trabajadores se esfuerzan continuamente por protegerse de la pérdida de recursos, dado que es más importante tener unos niveles mínimos que conseguir recursos extras.

1.2.3. Modelos elaborados desde la teoría organizacional:

Estos modelos coinciden en sugerir que las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el síndrome de burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el síndrome por falta de apoyo social por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

a) Modelo de fases: Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988). Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del Burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. El estrés laboral, está generado básicamente por situaciones de sobrecarga laboral (cuando existe demasiada estimulación en el puesto de trabajo), y por pobreza de rol (cuando hay escasa estimulación en el puesto de trabajo). En ambos casos los trabajadores sienten una pérdida de autonomía y de control que conlleva una disminución de su autoimagen, y sentimientos de irritabilidad y fatiga. En una segunda fase, el sujeto desarrolla estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su

naturaleza (sin eliminar su empatía o con cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el síndrome de burnout. Las siguientes fases se caracterizan por baja realización personal, para desembocar en agotamiento emocional (Ciancaglini 2011).

b) Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993): Aborda el síndrome de burnout desde la perspectiva transaccional del estrés laboral que se da específicamente entre profesionales de los servicios humanos. Estos autores consideran el burnout como un episodio particular que se produce cuando las estrategias de afrontamiento no son eficaces, e incluyen variables como “sentirse gastado” que incluye cansancio, confusión y debilidad emocional; y, “ser miedoso tenso” por sentirse amenazado, con tensión y ansiedad. 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.

c) Modelo de Winnubst (1993): Considera que el síndrome de burnout afecta a todo tipo de profesionales y no sólo a los de organizaciones de servicios de ayuda, y resalta la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional como variables clave en la etiología del síndrome. Este autor señala además que los diferentes tipos de estructura dan lugar a culturas organizacionales diferentes. En las burocracias “mecánicas, el síndrome de burnout es causado por el agotamiento emocional diario consecuencia de la rutina, la monotonía o aburrimiento y la falta de control derivada de la estructura. Pero, en las burocracias “profesionalizadas” como en salud, el síndrome está causado por la relativa laxitud de esa estructura que conlleva una confrontación continua con los demás miembros de la organización, y origina disfunciones en el rol y conflictos interpersonales

d) Modelos etiológicos elaborados desde la teoría estructural: Toman en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del síndrome de burnout de manera integral. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas de la persona y la capacidad de respuesta del sujeto.

Gil-Monte, Peiró y Valcarcel (1995) elaboraron un modelo que explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, intención de abandono, etc.

1.3. DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL BURNOUT.

La primera referencia a la conceptualización del síndrome de burnout se puede encontrar en “Buddensbrooks”, una novela de Thomas Mann publicada (1901), allí se relata la decadencia personal y familiar de su protagonista principal, con la descripción de su estado de ánimo y comportamiento, muy similar a los descritos actualmente por diversos autores como síndrome de Burnout. En el año de 1961, Graham Greene escritor británico utiliza el término en su novela “A burnt-out case”. El término “quemarse trabajando” (burnout) nació en el mundo del deporte para referirse a la situación en la cual la persona no obtiene frutos por mucho que se esfuerce y entrene a fondo.

En Estados Unidos introduce este término el psiquiatra Herbert Freudenberger en 1974, al observar unas extrañas características sobre el estado físico y mental de un grupo de jóvenes voluntarios que trabajaban con toxicómanos, explicando lo siguiente: “La quemazón es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos”, y añade. “Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y tras muchos intentos, se vuelve inoperante”.

La psicóloga social e investigadora norteamericana Cristina Maslach (1977), lo presenta ante un Congreso de la American Psychological Association (APA), lo aplica al círculo psicológico, y lo define como un síndrome tridimensional. Esta misma autora en 1981 junto con otra investigadora Susan Jackson, definen el concepto de burnout en la forma hasta ahora más conocida, al mismo tiempo que realizaron el primer instrumento de evaluación, pero muy pronto se dieron cuenta de la insuficiencia del mismo; pero en 1986 desarrollan el Inventario de Burnout (MBI) para la medición de éste, instrumento de medición que se lo usa como base de cualquier investigación, personal o de grupo. En el año 1980 Freudenberger publica su libro titulado: “BURNOUT: THE HIGH COST OF HIGH ACHIEVEMENT. WHAT IT IS AND HOW TO SURVIVE IT. (Burnout: El alto costo de un alto logro. Qué es esto y cómo sobrevivirlo), texto que se ha transformado en un referente primordial para el abordaje primigenio del Síndrome de Burnout.

Diversos autores como Gil Monte, Peiró, Moreno, Farber, Gómez Sancho, Cherniss, Thompson, Buunk, Hobfoll, Golembiewski, Cox, Winnubst, Moreno, etc., en las décadas de los ochenta, noventa y en el nuevo milenio, realizan intensas investigaciones en este campo, realizando aproximaciones importantes a campos específicos en diferentes escenarios laborales.

1.4. POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT:

El origen del síndrome reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo, si bien, también algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal, pueden provocar evoluciones diferentes en el desarrollo del síndrome de estar quemado. No todo el mundo está expuesto en el mismo grado al Síndrome de Burnout, los primeros estudios ya daban cuenta de ciertos trabajos específicos. Los grupos que más riesgo tienen de padecer burnout son sobretodo aquellos con mayor carga emocional y contacto con sus clientes.

1.4.1. Burnout en Deportistas:

La investigación con deportistas se inició con los trabajos de Feigley (1984), siendo Fender (1989) quien definió el burnout en el deporte como una reacción al estrés de las competencias, cuyos síntomas principales eran agotamiento emocional, actitud impersonal hacia los demás y disminución del rendimiento. Ha sido bastante estudiado en el deporte, el síndrome de Burnout se puede tratar con técnicas cognoscitivas conductuales y con psicoterapias provenientes de diversas corrientes psicológicas.

Se plantean tres fases en el desarrollo de las consecuencias del síndrome. En primer lugar el sentimiento de entusiasmo y energía empieza a disminuir; en segundo lugar aparece el abandono y la angustia; y en tercer lugar la pérdida de confianza y autoestima, se manifiesta la depresión, alienación y abandono de la práctica deportiva. En el contexto deportivo, la mayor preocupación en el estudio sistemático del burnout ha sido la relación existente entre el padecimiento del síndrome y el abandono de la práctica deportiva, puesto de manifiesto desde la perspectiva motivacional por Garcés de los Fayos (2001).

1.4.2. Burnout en Educadores:

En lo referente con las variables sociodemográficas asociadas con el burnout en educadores, sobresalen el nivel al que imparten la enseñanza y el tipo de centro educativo donde realiza sus prácticas. Parece ser que a medida que se sube en complejidad y grado de instrucción, la incidencia del burnout se incrementa, es así que los profesores de segunda enseñanza son los más vulnerables especialmente en los aspectos de despersonalización y la realización personal. Los motivos son entre otros principalmente, problemas de conducta en jóvenes y adolescentes, que muchas veces se enfrentan con los maestros. Otra causa muy común son las falencias en los sistemas disciplinarios, no sólo en

la institución educativa, sino también en las legislaciones modernas muy sobreprotectoras (en algunos países) para los menores de edad. El tipo de centro educativo donde se realiza la labor de enseñanza, es otra variable muy importante para el desarrollo de esta entidad, pues, existen mayores niveles de desgaste en centros suburbanos o marginales, que en centros urbanos o rurales, porque los alumnos de estos centros pertenecen a minorías marginadas y a familias multiproblemáticas (Cáceres, G. 2006).

En cuanto a las variables inherentes al trabajo docente, destacan los conflictos disciplinarios en el aula, problemas con los superiores, directores de escuelas, vicerrectores rectores y demás autoridades educativas, además de conflictos interpersonales con colegas y compañeros maestros, dificultades en ascender y falta de autonomía en su práctica diaria, salarios extremadamente bajos, y falta de recursos para impartir su cátedra.

1.4.3. Burnout en Militares:

Otra de las “profesiones” que con toda la connotación de situaciones que implica su desarrollo, es la carrera militar, en la cual también se basaron los estudios iniciales que dieron forma al “síndrome de burnout”. Pero acaso la mayor identificación de este síndrome se observe no durante los conflictos bélicos cuanto en el desarrollo de la propia carrera militar. El conflicto y la ambigüedad de rol, factores identificados como causantes del burnout, también se han observado en los soldados profesionales de las Fuerzas Armadas.

El estrés de rol es un problema frecuente en situaciones de cambio organizativo, ya que en esos momentos los profesionales se deben enfrentar a nuevas demandas laborales sin la información y los recursos necesarios para ello (Cáceres. 2006). También se han obtenido resultados positivos en la correlación con las dimensiones del síndrome de burnout, de forma que la ambigüedad de rol permitiría predecir las tres dimensiones del síndrome, mientras que el conflicto, sólo el agotamiento emocional y la despersonalización.

1.4.4. Burnout en Profesionales de la Salud:

Las causas del burnout en estos profesionales las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

Las características de la personalidad que se han asociado con el síndrome de desgaste profesional en personal sanitario han sido fundamentalmente la personalidad neurótica, que

incluye ansiedad, hostilidad, depresión y vulnerabilidad, también se ha relacionado con el burnout a las personas con locus de control externo, el patrón de conducta tipo A, la extraversión, la rigidez, la dureza, independencia, afabilidad, estabilidad, autosuficiencia, perfeccionismo, tensión, etc. En lo que se refiere a los factores laborales que influyen en la aparición del síndrome de burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas. En primer lugar hay que citar la sobrecarga laboral como causa de burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional.

También hay que considerar el trato con pacientes y familiares como una causa importante de burnout en profesionales sanitarios. En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarlos.

1.5. FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

El burnout es un estado que se desarrolla secuencialmente, en lo referente a la aparición de rasgos y síntomas globales. Es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos. En cierta medida varía de una persona a otra. Puede ser que estas variaciones hayan influido en las discrepancias entre algunos autores en el momento de definir el síntoma que se presenta en primer lugar, la secuencia del proceso, el protagonismo que se esconde en cada síntoma, en el tiempo, en la explicación de los mecanismos explicativos (Ciancaglini 2011).

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

Según Edelwich y Borodsky (1980) existen 5 etapas:

- a. Etapa de entusiasmo: en la cual el trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos se interpretan como algo pasajero y con solución, el trabajador tiene muchas aspiraciones y energía.
- b. Etapa de estancamiento: continúan los conflictos y no se cumplen las expectativas sobre el trabajo, los objetivos no se pueden alcanzar.
- c. Etapa de frustración: aquí existe desmotivación y desilusión en su trabajo y aparecen dificultades físicas, conductuales y emocionales.
- d. Etapa de apatía: es el desinterés y resignación ante la imposibilidad de cambiar la situación.
- e. Etapa de burnout: aquí se alcanza la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo, con severo agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

En el lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobretodo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues se cree que a pesar de inadecuado, posee algunas compensaciones, como el sueldo y estabilidad.

Chernis (1982) propone que el síndrome se desarrolla en un proceso de adaptación psicológica entre el trabajador estresado y su trabajo generador de estrés, produciéndose una pérdida del compromiso:

- a. Fase de estrés: Consiste en un desequilibrio entre las demandas laborales y los recursos personales para afrontar esas situaciones.
- b. Fase de agotamiento: Se refiere a la respuesta emocional inmediata del trabajador ante aquello, como preocupación ansiedad, tensión y fatiga.
- c. Fase de afrontamiento: Se producen cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, como son un trato impersonal, frío y cínico con los clientes o pacientes.

Farber (1991) propone seis etapas:

- a. Entusiasmo y dedicación.
- b. Respuesta de ira y frustración.
- c. No hay correspondencia entre el esfuerzo y sus recompensas.
- d. Se anula el compromiso e implicación laboral.
- e. El trabajador se vuelve vulnerable ante síntomas físicos, emocionales y cognitivos.
- f. Agotamiento y descuido.

Gil-Monte (1995) postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus

conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el autoconcepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales.

1.6. CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT:

1.6.1. Características Demográficas:

Al analizar la edad, parece ser que la incidencia y la prevalencia del burnout es más alto entre los trabajadores más jóvenes. Con respecto al sexo o género, varios estudios muestran que esta entidad es más alta en entre las mujeres, otros que en los hombres, mientras que otros no encuentran relevancia estadística. En cuanto a las dimensiones del síndrome, el cinismo o despersonalización es más frecuente en los varones y en algunos estudios las mujeres puntúan más alto en cansancio emocional.

En relación al estado civil, las personas solitarias son más proclives a padecer el síndrome que las casadas o con pareja estable, al parecer, el soporte afectivo de la pareja sirve de bálsamo para las consecuencias del estrés en el trabajo y evita la sobreimplicación laboral. Relacionada con lo anterior se encuentra el tener hijos, cuya presencia disminuye la incidencia del burnout, incluso si los padres son divorciados, pues, se aprecia más madurez, son más realistas, con más estabilidad emocional y con mayor capacidad de afrontar problemas en cualquier circunstancia. En cuanto al nivel de estudios, se ha encontrado una cierta relación entre el burnout y las personas con un nivel de estudios superior. Sin embargo, hay que recordar que estas personas tienen puestos de trabajo con mayor responsabilidad o expectativas laborales más altas.

a) Variables Sociales: En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés, es básico que exista un apoyo social, que redunde en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores; ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

b) Variables Organizacionales: Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral,

los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Entre las características de las demandas laborales y el estrés se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales su naturaleza y complejidad de las demandas (Martinez 2010).

Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y la reactividad fisiológica. De las demandas cualitativas se ha estudiado los efectos estresantes de los trabajos de riesgo y peligros muy superiores a otros (bomberos, policías, etc.) y los efectos adversos de la monotonía y simplicidad del trabajo. El trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asociado con insatisfacción, ansiedad, y problemas somáticos. En síntesis, el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales. Uno de los temas laborales que más se han estudiado es la definición de roles laborales como el resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a una ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desemboca en estrés del rol. Dicho estrés causa tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo.

1.6.2. Causas del Burnout en profesionales de la Salud:

Es la profesión donde más estudios se han realizado y las causas las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

Los Factores de la Personalidad: han sido la personalidad neurótica, locus de control externo, patrón de conducta tipo A, extraversión, rigidez, independencia, estabilidad emocional, afabilidad, perfeccionismo, autosuficiencia, tensión, etc. Neuroticismo se asocia directamente con el síndrome de burnout, ya que son sujetos inestables en sus emociones y con frecuencia angustiados. En el Locus de Control Externo los profesionales tienden a la insatisfacción en el trabajo, y al estrés laboral especialmente en la despersonalización. En el patrón de conducta tipo A con sus tres factores, competitividad, impaciencia e implicación laboral, se asocia de manera importante con el burnout. En lo que se refiere a la rigidez, son personas estrictas consigo mismas en el trabajo, frecuentemente con actitudes elitistas y

principalismo social, esto es, sobrevaloración del funcionamiento de su sistema social y laboral. Analizando otros rasgos de la personalidad, como bajos niveles de afabilidad, estabilidad y atrevimiento y altos niveles de dureza, se asociaron con menores puntuaciones obtenidas en la dimensión de la realización personal (Cáceres 2006).

Otro elemento importante como desencadenante de Burnout en los profesionales de la salud, son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extras, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con calidad de sueño, ajuste cardíaco, quejas de salud, insatisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes (Martínez 2011).

En cuanto a la relación médico paciente, un aspecto clave es la cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, pues, puede ocasionar importantes demandas emocionales. En este sentido, en varios estudios se ha comprobado como este síndrome es más frecuente en los servicios de oncología y urgencias.

En lo referente al reconocimiento social se determina que los profesionales que hallan su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del síndrome. Ocurre lo mismo cuando hay un grado bajo de identificación con la institución de salud. Relacionado con lo anterior, los salarios bajos, así como condiciones laborales que no faciliten el desarrollo profesional son factores a tomar en cuenta para la aparición del burnout.

Influye también en el personal de salud la Imparcialidad y el Conflicto de Valores. Imparcialidad en cuanto al reparto de tareas, evaluaciones y promociones del personal. La carencia de parcialidad a nivel laboral se relaciona con la aparición de dos dimensiones del burnout, el cansancio emocional y el cinismo. En el conflicto de valores, a veces el personal se puede ver obligado a realizar actividades poco éticas por parte de la institución sanitaria, en desacuerdo con sus valores.

Otras causas de insatisfacción en la práctica de la medicina que pueden llevar a la aparición de burnout, son la burocratización del trabajo, la práctica de una medicina de escritorio, la aparición de expectativas dispares en los profesionales de la medicina y la falta de tiempo para el paciente. Todas estas discrepancias hacen que afloren sentimientos de culpabilidad en el médico y que se produzca un distanciamiento con sus compañeros de trabajo y con sus pacientes.

1.6.3. Consecuencias del Síndrome de Burnout:

Los estudios demuestran que las consecuencias de padecer el Síndrome de Burnout pueden ser bastante graves. Las experiencias de estrés provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales que ocasionan alteraciones en su adaptación. Estas son consideradas mediadores en la relación estresor - salud, tanto en términos de enfermedad como salud mental, aspectos relacionados con la vulnerabilidad a los accidentes y el absentismo laboral.

La mayoría de las consecuencias del burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach: 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, como ser los relacionados a la depresión, sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Las consecuencias del estrés laboral se pueden dividir desde distintos enfoques, nosotros desarrollaremos principalmente tres aspectos. En el primero de ellos se reflejarán las consecuencias del estrés asociadas al síndrome de quemarse por el trabajo que se derivan del propio individuo. En el segundo punto veremos las consecuencias que se derivan para la organización, y en un tercer punto se podrán ver las consecuencias en el contexto ambiental.

a) Consecuencias para el propio profesional: Las consecuencias individuales del síndrome de burnout afectan a todos los sistemas del organismo. Todas las investigaciones relacionan este síndrome con problemas psicosomáticos.

A nivel Fisiológico: Fatiga crónica, cefaleas tensionales, dolores cervicales y de espalda, alteraciones gastrointestinales, anorexia, asma, catarros frecuentes, alergias, mayor frecuencia de infecciones, alteraciones menstruales, hipertensión arterial, dolor precordial, palpitaciones, trastornos del sueño.

A nivel Cognitivo: Irritabilidad, suspicacia, cinismo, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de omnipotencia o impotencia, falta de concentración, indecisión, baja autoestima, frialdad emocional o distanciamiento, sobre implicación emocional, percepción negativa o despersonalizada, tristeza o pesimismo.

A nivel Conductual o motor: Agresividad, conductas de evitación, de aislamiento, consumo y abuso de drogas, tendencias suicidas, problemas de relación interpersonal, absentismo laboral.

b) Consecuencias para la Organización: Insatisfacción laboral, absentismo, accidentes laborales, mayor rotación de puestos, abandono de la organización, disminución en la

cantidad y calidad asistencial o de servicios, conflictos interpersonales entre compañeros y/o usuarios.

c) Consecuencias en el contexto Ambiental: Problemas de pareja, separaciones o divorcios, deterioro de relaciones con amigos o vecinos, aislamiento social, Anhedonismo. Pocos autores discuten que las consecuencias que produce el burnout se interrelacionan en las tres categorías, ya que resulta difícil comprender que una persona afectada en uno de sus planos vitales (personal, organizacional o ambiental) no esté también en los otros.

1.7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT.

Con frecuencia es difícil reconocer las primeras manifestaciones del síndrome de burnout, de ahí que la labor preventiva sea fundamental. No existe ningún tratamiento específico para el síndrome de "burnout", ni tampoco una estrategia simple de prevención. Las terapias que se utilizan van encaminadas a restablecer la salud psicológica del afectado y recuperar el rendimiento laboral y se basan en el control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. En ocasiones, es necesario un breve periodo de baja laboral y en los casos más graves hay que recurrir a los fármacos antidepresivos.

1.7.1. Prevención orientadas al individuo:

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo (Martínez 2011):

a) Instrumentales: (Resolución de Problemas): Facilita a la persona el reconocimiento del problema y su identificación, inhibiendo la tendencia a la impulsividad en las respuestas. También fomenta el desarrollo de alternativas a la situación y ofrece estrategias para analizarlas, escoger la más apropiada y ponerla en práctica. Esta intervención consta de siete fases, cada una con una duración aproximada de una hora, se pasa una vez a la semana (durante 6 o 7 semanas). Las discrepancias deben ser analizadas, evaluadas y corregidas.

b) De carácter Paliativo: (Manejo de las Emociones): Supone un entrenamiento en asertividad, es decir, en expresión directa, honesta y apropiada de los sentimientos, pensamientos deseos y necesidades. Ser asertivo implica tener derecho a equivocarse, considerar las propias necesidades tan importantes como las de los demás, decir no sin

sentirse culpable, expresarse sin sobrepasar los derechos de otros, saber juzgar las conductas propias, pensamientos y emociones, al tiempo que se asumen sus consecuencias. Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde esta perspectiva son:

- El aumento de la competencia profesional (formación continuada).
- Rediseño de la ejecución y organización personal,
- planificación de ocio y tiempo libre (distracción extralaboral: ejercicios, de relajación, deportes, hobby, etc.)
- Tomar descansos o pausas en el trabajo,
- Uso eficaz del tiempo.
- Plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación.
- Manejo del humor para adquirir el control de pensamientos y emociones.
- Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para que el individuo no llegue al abandono de la profesión.
- También hay que tener presente la posibilidad de tratamiento psicoterapéutico o farmacológico en caso necesario.

Ramos (1999) y Manassero & cols. (2003) complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del Burnout.

- Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
- Técnicas de Relajación, a relajación muscular induce a la relajación mental.
- Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas del estrés.
- Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas para afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
- Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad.

1.7.2. Prevención orientada al entorno Social:

A través del apoyo social en el trabajo los sujetos obtienen nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya tienen, obtienen refuerzo social y retroinformación

sobre la ejecución de tareas, y consiguen apoyo emocional, consejos u otros tipos de ayuda. Según Pines (1983) hay seis formas de ofrecer apoyo social en el trabajo:

- Escuchar al sujeto de forma activa, pero sin aconsejar ni juzgar sus acciones.
- Confirmar que está haciendo las cosas bien.
- Crear necesidades y pensamientos de reto, superación, creatividad, etc.
- Apoyo emocional incondicional.
- Apoyo emocional desafiante, que haga reflexionar al sujeto.
- Participa en la realidad social del sujeto, confirmando o cuestionándole las creencias sobre sí mismo, sobre autoeficacia, auto concepto y autoestima.

Según Sutherland y Cooper (1992): El profesional elige un compañero que le dé confianza, no puede darle órdenes. Luego se le expone un problema y se debe intentar mantener y construir una relación, incluso fuera de los momentos de crisis. Se revisará periódicamente la relación establecida para evaluar su efectividad. Cuando no sea suficientemente constructiva se buscará un nuevo compañero. El objetivo primordial de los grupos de apoyo es la reducción de los sentimientos de soledad y agotamiento emocional, el incremento del conocimiento de los resultados, la ayuda para desarrollar nuevas formas efectivas de tratar problemas y la facilitación de un trabajo más importante.

1.7.3. Prevención orientada a la Organización:

Cada día hay más acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, ésta ha sido la vertiente social, no individual, más estudiada, pues interesa a las empresas o instituciones sanitarias para mejorar el rendimiento de sus trabajadores o profesionales y disminuir el ausentismo y accidentes laborales tanto al individuo como a los clientes o mejorar la calidad de atención a los usuarios. Algunas soluciones que desde la organización podrían prever la aparición del síndrome de burnout son:

- Aumentar recursos materiales, humanos y mejorar la seguridad en el trabajo.
- Disminuir la burocracia.
- Turnos laborales racionales y rotación de puestos programada.
- Establecer objetivos claros, alcanzables y realistas.
- Rediseñar el lugar de trabajo.
- Mejorar las redes de comunicación dentro de la organización, en la planta, entre los servicios, con la autoridad, etc.

- Fomentar la participación y la autonomía.
- Equipos multidisciplinares de evaluación de personal en riesgo.
- Reuniones periódicas del equipo multidisciplinar y entre servicios interdependientes.
- Grupos de apoyo organizados por la institución, tiempo y autonomía de ejecución.
- Formación y capacitación continuas fuera de los períodos de trabajo o vacacionales.

1.8. MODELOS INTERVENCIONISTAS O DE TRATAMIENTO DEL BURNOUT:

Es importante analizar los programas de tratamiento teniendo en cuenta la base teórica que los sustenta, desde el modelo teórico del desarrollo del Burnout citado por Gil Monte y Peiró (1998), en él se exponen tres programas de intervención orientados a la persona. Por la importancia del tema y por considerarlo un programa muy completo, además que es citado en la mayoría de estudios, creo conveniente exponerlo en forma casi textual a pesar de su magnitud y extensión adicionando cortos aportes de otros autores y personales.

- Programas de Tratamiento del Síndrome de Burnout.
- La terapia está centrada en la persona, y no se realizan intervenciones a nivel organizacional, no intentan cambiar directamente las condiciones del trabajo.
- Ponen la responsabilidad del cambio en el individuo (no en la organización).
- Directa o Indirectamente intervienen en el interfaz individuo-organización; con el desarrollo de estrategias de afrontamiento a las situaciones de estrés. Por ejemplo, en el programa "trabajando sobre tu carrera" se desarrolla un plan de acción para cambiar la situación laboral; el programa "control del estrés laboral" enseña técnicas de solución de problemas; los programas "vitalidad" y "habilidades sociales" tienen un espacio de discusión grupal sobre asuntos relacionados con el trabajo y sesiones individuales con psicólogos para tratar temas sobre manejo del estrés.
- Intervienen en determinados aspectos psicosociales: el programa de Van Dierendonck y cols. (1998) aborda la equidad y relaciones interpersonales, el programa de Cano Videl (2002) entrena en asertividad y manejo de ira, y los de Hatinen y cols. (2004) intervienen en aspectos psicosociales.
- Utilizan técnicas cognitivo-conductual.
- Utilizan estrategias psicoeducativas; sobre el estrés laboral y tratamiento. Pero los formatos de cómo dan la información son diferentes.

Desde una perspectiva integrativa (Gil monte y Peiró, 1997) se entiende que hay muchas maneras de afrontar un problema; aunque hay ciertos elementos importantes a tomar en cuenta: las discrepancias entre las demandas y recursos, la evaluación del estrés, las

estrategias de afrontamiento (recursos) y las consecuencias individuales y organizacionales. Es decir, que se integran:

- Variables cognitivas relacionadas con el desempeño laboral (autoeficacia, autoconfianza, resistencia al estrés).
- Variables del contexto organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), el rol de los estresores derivados de las relaciones interpersonales (apoyo social en el trabajo).
- La función de las estrategias de afrontamiento.

Siguiendo esta línea, el programa "Trabajando sobre tu Carrera" interviene en el individuo, buscando cambios a nivel cognitivo principalmente. Para que a partir de allí, el sujeto actúe y cambie su situación laboral. EL modelo de Gil- Monte y Peiró al igual que el modelo de la equidad, plantea la importancia de la evaluación cognitiva y percepción del sujeto en el desarrollo del síndrome y su afrontamiento. Cabe recalcar que la percepción de las relaciones interpersonales en el trabajo son mediadoras en este proceso. Estos planteamientos se concretan en el programa con diferentes estrategias: la relación de las expectativas con los objetivos, la autoimagen, y el desarrollo y seguimiento de un plan de acción para cambiar la situación laboral actual (más equidad).

CAPÍTULO 2:

3.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE INVESTIGACIÓN.

Los autoinformes son los instrumentos más utilizados para la evaluación del Burnout, y de éstos los preferidos por los investigadores son el Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1981, 1986) y el Burnout Measure (BM, Pines y Aronson, 1988).

2.1. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS:

El estudio de las variables sociodemográficas implicadas en el desarrollo del síndrome de burnout no ha tenido el desarrollo suficiente en el ámbito científico. Como propone Gil-Monte (1997) el apoyo social es un factor muy importante para prevenir o tratar el burnout, pues, este autor demostró que atenúa el impacto de los estresores laborales, mejora la realización personal, disminuye la carga emocional además de conductas negativas hacia compañeros o usuarios. Gil-Monte y Peiró (2009) destacan que el estudio de estas variables se hace necesario para explicar la aparición del síndrome, pues poseen una función facilitadora o inhibidora, así como de desencadenantes del impacto que los estresores tienen sobre el individuo.

2.1.1. Variables de Riesgo y Protectoras:

Como facilitadores entendemos aquellas variables de carácter personal que tienen una función atenuante o inhibidora de la acción que los estresores ejercen sobre el trabajador o profesional. En la magnitud en que estos facilitadores estén presentes aumentará o disminuirá el grado de estrés laboral y consecuentemente incidirá en la aparición y posterior desarrollo del síndrome o no aparecerá. Estas variables facilitadoras son: Primeramente variables de carácter demográfico: Dentro de este grupo de variables se encuentran el sexo, la edad, el estado civil, la existencia o no de hijos, la antigüedad en el puesto y la antigüedad en la profesión.

En cuanto a la variable sexo, no hay un trabajo definitivo que presente diferencias concluyentes entre ambos sexos a la hora de desarrollar el síndrome, pues, existen estudios y argumentos a favor de uno o de otro para mayor o menor vulnerabilidad. Para la variable edad aunque los resultados tampoco son concluyentes, un alto porcentaje de estudios indican que a mayor edad los sujetos expresan menos sentimientos de quemarse por el trabajo, pues, su madurez los dotaría de mayores recursos de afrontamiento. En el caso de

la variable estado civil, la gran mayoría de autores han encontrado que los sujetos casados experimentan índices menores del síndrome que los no casados. Aunque no es el hecho de estar casado en si lo que influye, sino el apoyo socioemocional recibido por otra persona que habita en su hogar. También es importante la calidad de las relaciones conyugales. Por otro lado el hecho de que el sujeto tenga hijos o no, no parece afectar directamente en ninguna de las direcciones a la probabilidad de desarrollar en síndrome, aunque algunos autores afirman que se tiene importantes distractores y la persona por lo general adquiere mayor madurez emocional. En relación a las variables antigüedad en el trabajo y la antigüedad en la profesión los resultados obtenidos son equiparables a los logrados en la variable edad por idénticas razones.

Para las Variables de personalidad: Existe un cierto grado de acuerdo entre los investigadores al considerar que los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo son sujetos afables, sensibles, humanos, con dedicación profesional, idealistas, altruistas, obsesivos, entusiastas y susceptibles de implicarse emocionalmente con los demás. También indican que la personalidad de tipo A se relaciona significativamente con mayores sentimientos de agotamiento emocional y mayor despersonalización. Por otro lado se han hallado personalidades o maneras de afrontar los acontecimientos que hacen más resistentes a unas personas que a otras frente al desarrollo del burnout.

2.1.2. Motivación y Satisfacción Laboral:

Existe un acuerdo unánime en afirmar que, cuando un trabajador o profesional, empieza a laborar en una institución, ya sea porque es su primer trabajo remunerado o porque lo hace en una nueva organización, lo hace con mucha energía, emoción y motivación, para demostrar a los demás y asimismo su capacidad para desarrollar un trabajo adecuado. Esto se relaciona en un contexto integral de crecimiento personal, pues a partir de su nueva situación, se generan proyectos importantes a corto, mediano y largo plazo en muchos ámbitos de su vida.

La motivación laboral según Boada (2004), puede definirse como el nivel de esfuerzo que las personas están dispuestas a realizar en su trabajo, y, para medir esto se han ideado varias pruebas, pero, el Modelo de las Características del Puesto, es considerado ya como clásico y facilita determinar qué condiciones laborales permiten una alta motivación interna de los trabajadores. En este sentido un trabajador presentará una alta motivación interna cuando tenga tres tipos de experiencias denominadas Estados Psicológico Críticos: Significatividad del trabajo, la responsabilidad sobre los resultados de su trabajo y el

conocimiento de los resultados de su trabajo. El modelo contempla la existencia de tres tipos de variables moduladoras: las capacidades y conocimientos relevantes al puesto de trabajo, la intensidad de necesidad de autorrealización, y la satisfacción con los factores de contexto (supervisor, compañeros, paga y seguridad en el trabajo). Además de percibir la motivación interna, también predice la necesidad de autorrealización, la satisfacción general en el trabajo y la calidad del rendimiento.

2.1.3. Investigaciones realizadas:

Las primeras investigaciones realizadas sobre el síndrome de burnout, apuntaban a analizar sus características generales, es así que se realizaban estudios basados en autoinformes, inventarios, ciertos índices de satisfacción laboral, ausentismo o deserción en el trabajo etc., y, desde hace unas dos décadas la mayoría de autores tomaron como modelo el Inventario Maslach y Jackson, como la prueba de referencia y comparación con los demás estudios, es decir, como la prueba base, a la cual se han ido añadiendo otras pruebas para ampliar los elementos de juicio y valorar más globalmente esta entidad. Si nos centramos en los trabajos realizados sobre el síndrome de burnout en personal sanitario, y estudiamos los datos acumulados a nivel mundial, vemos como la producción bibliográfica se ha mantenido estable durante los primeros años de la década de los noventa (entre el 5% y el 7% de toda la productividad del período), a partir del año 1995 se inició un período más prolífico, presentando los picos más altos de producción en 1996, 1998 y 1999, para ir decayendo posteriormente. Un importante estudio realizado por Whippen y Canellos (2001), con una muestra al azar de 1.000 oncólogos, dio como resultado que la mayoría se describieron a sí mismos como quemados (56%), con sentimientos de frustración y sensación de fracaso. Un tercio de ellos se describieron como deprimidos. El 20% reconocieron desinterés por el trabajo y un 18 % se definieron a sí mismos como aburridos.

2.2. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD.

2.2.1. Definiciones de Salud:

Según la enciclopedia Salvat, Salud: Es el estado en que el ser orgánico ejerce normalmente todas sus funciones naturales.

El Diccionario Lexus de Medicina y Ciencias de la Salud, lo describe como el estado de bienestar físico, mental y social de un individuo, y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la salud es la condición de todo ser vivo que goza de un absoluto bienestar tanto a nivel físico como a nivel mental y social. Es decir, el concepto de salud no sólo da cuenta de la no aparición de enfermedades o afecciones sino que va más allá de eso. En otras palabras, la idea de salud puede ser explicada como el grado de eficiencia del metabolismo y las funciones de un ser vivo a escala micro (celular) y macro (social).

2.2.2. Síntomas Somáticos:

Todos los investigadores coinciden en el alto costo para la salud física de las personas que padecen el síndrome, lo que repercute a su vez en su salud mental y por supuesto en su rendimiento laboral y social. Muchos de los síntomas encontrados en esta entidad pueden simular enfermedades de diversa índole, algunas de ellas graves, lo que implica pérdidas de tiempo y gastos muchas veces altos en realización de exámenes y consultas médicas, e incluso en medicación. Entre los síntomas somáticos más frecuentes tenemos:

- Fatiga crónica y malestar general
- Cefaleas tensionales, sobretodo de región occipital y temporal
- Contracturas musculares de cuello y espalda
- Dolores cervicales y extremidades superiores
- Alteraciones gastrointestinales: dolor, úlceras, gastritis, estreñimiento, diarreas, etc.
- Anorexia con pérdida de peso
- Asma: Incremento en frecuencia o severidad de accesos asmáticos.
- Catarros frecuentes.
- Alergias: incrementos de episodios, más rinitis alérgica, urticarias etc.
- Mayor frecuencia de infecciones: por disminución de defensas, principalmente una alteración en la inmunidad celular.
- Alteraciones menstruales: retrasos, o amenorrea en casos severos.
- Hipertensión arterial, dolor precordial, palpitaciones, alteraciones cardiovasculares
- Trastornos del sueño
- Disfunciones sexuales: impotencia, frigidez, apatía
- Daños físicos por accidentes laborales, y consumo de alcohol o drogas.

2.2.3. Ansiedad e Insomnio:

La ansiedad es uno de los primeros trastornos emocionales en aparecer. Esta ansiedad se da al principio sólo en el momento o momentos estresantes de sus labores, para luego presentarse, con el sólo hecho de llegar al sitio de trabajo. Lógicamente con esta ansiedad constante, se producirán trastornos de sueño, en especial insomnio o sueños poco reparadores, y lo que es peor, estas personas sin un adecuado descanso rendirán menos o serán menos efectivos en sus labores, lo que a su vez traerá nuevos conflictos o agravarán los ya existentes para formarse un círculo vicioso o una espiral creciente de problemas.

Es importante diferenciar lo que se entiende por ansiedad o angustia normal y ansiedad patológica. La ansiedad, que es la emoción más experimentada universalmente, consiste en una situación fisiológica de defensa ante situaciones de estrés que suponen una amenaza para el individuo. En cambio la ansiedad patológica es una respuesta al estrés inadecuada, exagerada y persistente en el tiempo, por encima de los límites adaptativos, que afecta al rendimiento, al funcionamiento psicosocial y a la libertad personal (Cáceres 2006).

2.2.4. Disfunción Social en la actividad diaria:

En diferentes estudios los sujetos que experimentan sentimientos de quemarse por el trabajo han indicado que tienen un gran número de problemas familiares. Estas afirmaciones han sido confirmadas por sus parejas. De forma empírica aparecen altas puntuaciones en las escalas del Inventario (MBI) se asocian significativamente con un mayor número de tensiones en el entorno familiar tanto de carácter emocional como conductual. Maslach (1987) señala que esto no termina cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario afecta su vida privada, pues las actitudes cínicas y de desprecio impactan fuertemente sobre su familia y amigos. El sujeto se muestra en casa impaciente e irritable. Los conflictos constantes pueden derivar en enfrentamientos matrimoniales y en la separación de la pareja. Debido al agotamiento emocional los profesionales se encuentran más incapacitados para aislarse de los problemas al llegar a casa y desean estar solos, con el consiguiente deterioro de las relaciones interpersonales. Otra opción es que el sujeto se vuelque completamente en su trabajo desplazando las relaciones familiares y sociales a un segundo plano. El sujeto afectado tiene actitudes negativas hacia la vida en general lo que incluye a su familia, amigos, también se produce una disminución en su calidad de vida personal, aparece un deterioro de su bienestar personal y social.

2.2.5. Tipos de depresión:

La depresión, es un trastorno que afecta a todo el organismo, al estado de ánimo, al pensamiento y al comportamiento, y tiene unas repercusiones importantes en todos los ámbitos del individuo. La existencia de una relación entre el burnout y la depresión parece

estar clara, pero se sabe menos de la naturaleza de esa asociación, parece ser que una personalidad con mayor sensibilidad a la depresión tiene un riesgo mayor de desarrollar burnout, además se ha visto que existe una correlación positiva entre los síntomas depresivos y dos dimensiones del síndrome, el cansancio emocional y despersonalización.

De los tipos de depresión, los estudios apuntan que el estado ansioso depresivo se observa con mayor frecuencia, y es que, casi siempre el burnout empieza con un estado de estrés, cuya cronicidad llevaría a un estado depresivo, sin embargo, al persistir aquellos estresores, se mantendría aquel estado de ansiedad como un reflejo del estímulo negativo, para intercalarse con estados depresivos, estado que irá copando la mayoría del tiempo laboral y luego en su vida personal.

2.2.6. Investigaciones realizadas:

Ya Oswin (1978) y Maher (1983) plantearon un solapamiento entre Depresión y Burnout, que fue objeto de estudio en adelante. McKnight y Glass (1995), Leiter y Durup (1994), y Hallsten (1993) demostraron a partir de investigaciones empíricas que los patrones de desarrollo y etiología eran distintos, aunque los dos fenómenos pueden compartir algunas sintomatologías. Se ha confirmado que la depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia (Manassero y cols., 2003; Mingote, 1997; Pines, 1993; Warr 1987; Meier, 1984).

Aunque por otro lado, encontramos en Freudenberger (1974) considera que la depresión es uno de los síntomas más característicos del Burnout. La teoría de COR (Hobfoll y Shirom (2001) sugiere que los síntomas de la depresión pueden emerger en una etapa posterior al Burnout, es decir cuando las pérdidas ascienden (Manassero & cols., 2003). Apoyando la idea de éste último, Hättinen y cols. (2004) concluyen a partir de los diversos planteamientos revisados, que hay mayor aceptación en considerar a la depresión como una consecuencia negativa del Burnout (Burke, Greenglass, y Schwarzer, 1996; Cooper et al., 2001; Glass, McKnight, y Valdimarsdottir, 1993; Leiter & Durup, 1994; Schaufeli & Enzmann, 1998).

2.3. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO.

2.3.1. Definición de Afrontamiento:

Proceso mediante el cual el individuo hace frente a las tensiones, soluciona problemas y toma decisiones. El proceso tiene dos componentes, el cognitivo y el no cognitivo. El componente cognitivo incluye el pensamiento y el aprendizaje necesario para identificar la fuente responsable de la tensión. Los componentes no cognitivos son automáticos y se centran en aliviar las tensiones.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como: "los esfuerzo cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos que dispone la persona".

2.3.2. Teorías del Afrontamiento:

Los investigadores están de acuerdo en que el "afrontamiento" es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el Burnout. El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal ha sido criticado por simplista. Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés".

Una característica importante de la conceptualización de Lazarus y Folkman (1986) es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que resaltan dos: las englobadas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional. Las estrategias de afrontamiento dirigidas a las emociones tienen mayor probabilidad de aparecer cuando, según la evaluación del sujeto, no se puede modificar las condiciones amenazantes del ambiente; y cuando el sujeto evalúa que sí se pueden cambiar, entonces, hay más probabilidad que aparezcan las dirigidas al problema. Wylie (1979), postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de éste. Los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral son: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y resistencia al estrés. De éstos el patrón de conducta tipo A es particularmente vulnerable al estrés en contraste con los factores de personalidad como el de resistencia al estrés, locus control, autoestima y sentido de coherencia.

2.3.3. Estrategias de Afrontamiento:

A nivel individual la meta es mejorar su resistencia para lograr afrontar de manera más eficiente los estresores de su contexto laboral, al mismo tiempo de generar una sensación de control de la situación. Para lograr este objetivo se ha utilizado distintos tipo de técnicas, como las cognitivo conductuales. También se han utilizado técnicas de relajación, de autorregulación o de control, de gestión de tiempo, de mejora de habilidades sociales etc. Ya en el ámbito profesional especialmente en el personal sanitario, se debe incluir dentro de su malla curricular de formación programas especiales de afrontamiento del estrés laboral y además que proporcionen expectativas realistas en el desarrollo de su carrera.

2.3.4. Investigaciones realizadas:

Muchos autores han incursionado en el estudio de las conductas y su relación con el estrés y el Burnout. Describiremos:

Burke (1971) identifica, mediante entrevistas abiertas con personal directivo, cinco grupos de conductas de afrontamiento antes situaciones de estrés: 1) hablar con otros; 2) trabajar más duro y durante más tiempo; 3) cambiar a una actividad de tiempo libre; 4) adoptar una aproximación de solución de problemas; y 5) alejarse de la situación estresante.

Por otro lado, Dewe y cols. (1979) distinguen cuatro tipos de conductas realizadas por administrativos y trabajadores de oficina: 1) acciones dirigidas a la fuente de estrés; 2) expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo; 3) realización de actividades no laborales; y 4) intentos pasivos de esperar que pase la situación.

Parasuraman y Cleek (1984) clasificaron las respuestas de afrontamiento de los trabajadores como adaptativas y no adaptativas. Las adaptativas se refieren a planificar, organizar, priorizar tareas y conseguir apoyo de otros. Y las no adaptativas tienen relación con las variables: trabajar más duro pero realizando más errores, hacer promesas poco realistas y evitar la supervisión.

Cooper y cols. (1988) se 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

preparase para abordar en mejores condiciones el problema; 6) utilizar los recursos familiares y; 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés.

2.4. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL.

2.4.1. Definición de Apoyo Social:

El concepto de apoyo social surge alrededor de los años setenta cuando el resultado de varias investigaciones acerca de las diversas problemáticas sociales comienza a demostrar que la falta de apoyo es un elemento común a todas ellas. La investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta en forma diferente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo de la familia, amigos, pareja, etc., con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones. A continuación se presentan algunas definiciones dadas por diversos autores:

- “El apoyo social es definida por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico proveniente de otras personas significativas.
- La información que permite a la persona creer que: a) se preocupan por ellos y los quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligación mutuas”.
- “Transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia”.
- “La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas”.
- “El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros”.

2.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social:

Entre los modelos explicativos que más consensos han tenido destacamos:

El Apoyo Social posee una estructura que está definida por las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., así como las características de los contactos y los vínculos sociales que

tienen lugar dentro de ella (homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos de contactos, etc.)

El Apoyo Social también cuenta con una dimensión funcional donde se analizan los efectos o consecuencias que le producen al sujeto el apoyo, es decir, se refiere a la calidad de apoyo social existente y en este sentido se destacan la valoración subjetiva y la disponibilidad de este (apoyo percibido vs apoyo recibido) y el que se refiere a los diferentes tipos de apoyo, así como al grado de satisfacción con éste.

El Apoyo Social como proceso, es el que le da una connotación dinámica al constructo, se refiere a los diferentes elementos que influyen en la movilización y la efectividad de este en el tiempo, lo que está vinculado a su vez por la contextualización del proceso (etapa vital, tipo de problema al que se enfrente, condiciones socioeconómicas y culturales, etc.)

Dentro de otros modelos explicativos del Apoyo Social se destaca el de Peggy Thoits, la cual lo explica como ayuda o recurso para el afrontamiento del estrés. Por su parte Heller, Swindle y Dusenbury plantean que el Apoyo Social influye esencialmente en la salud a través de la percepción e interpretación del individuo del apoyo recibido, lo cual genera la distinción funcional de apoyo percibido y apoyo recibido (Roca 1999).

2.4.3. Apoyo Social Percibido:

Desde una perspectiva psicológica y funcional, la evaluación que realizan las personas del apoyo social, se encuentra condicionado por la percepción subjetiva de “ser apoyado” y por la experiencia vivida a través del apoyo real en situaciones específicas. De acuerdo a lo anterior, el apoyo social percibido hace referencia a dos tipos de informes subjetivos:

1. Apoyo Social Recibido: evaluación del receptor en relación al apoyo recibido.
2. Apoyo Social Previsto: evaluación del apoyo ofrecido por parte de quien lo provee.

En la literatura se proponen tres puntos a considerar como parte del apoyo social: la cantidad o calidad del apoyo, tipos de apoyo y fuentes o proveedores de apoyo. La calidad de apoyo, se refiere al equilibrio entre las necesidades del destinatario y como éstas son cubiertas. La mayoría de los autores, coinciden en que esta variable debe ser evaluada en términos de satisfacción de los sujetos que reciben el apoyo social. Los tipos de apoyo se dividen en tres categorías:

1. Apoyo emocional: apunta al apoyo como expresiones de afecto, cariño, empatía, etc.

2. Apoyo instrumental: tiene como fin resolver problemas prácticos, ya sea acciones, entrega de materiales o servicios.

3. Apoyo informacional: todas las intervenciones que implican aconsejar, informar o guiar.

Se considera fuentes de apoyo o proveedores de apoyo, a todas aquellas personas de quien el sujeto recibe apoyo, ya sea de parientes, vecinos, parejas, conocidos, compañeros de trabajo, profesionales de la salud o miembros de instituciones religiosas o asociaciones. Por lo tanto, cada uno de los diferentes miembros que componen la red de los sujetos sociales es un proveedor de soporte técnico en potencia, pero es posible que no todos sean parte de la red de apoyo real.

2.4.4. Apoyo Social Estructural:

Hace referencia tanto a las características cuantitativas u objetivas de la red de apoyo social, tales como tamaño, densidad, dispersión geográfica, etc., como a las características de los contactos que tienen lugar dentro de ella: homogeneidad, reciprocidad o multiplicidad de contactos, entre otras. Si se tiene en cuenta el abordaje estructural, se hace necesario diferenciar entre los aspectos propios de los vínculos o contactos, establecidos entre los componentes de la red, y las características estructurales de ésta. Es importante estudiar al apoyo social como variable dependiente, y buscar sus determinantes en todos los niveles de la realidad social. A un nivel estructural (Castro 1999), debe darse prioridad a las variables clase social y género, se ha documentado que los grupos sociales de nivel bajo tienen más acceso a relaciones de apoyo que los miembros de clases sociales altas. La atención también está determinada por la condición de género de los individuos: esta sociedad socializa a las mujeres para que brinden atención y a los hombres para que la reciban.

2.4.5. Investigaciones Realizadas:

En los últimos años, el ambiente social ha sido reconocido como un complejo sistema estructural, cultural, interpersonal y psicológico, de tal manera que conceptos como “redes sociales,” “sistemas de apoyo comunitario”, “apoyo social”, o “recursos del entorno”, han sido claves para el desarrollo de las líneas teóricas que han guiado las investigaciones que relacionan las redes sociales y la salud.

Son Innumerables los estudios realizados en muchos campos y ámbitos no sólo laborales, sino personales y de interrelación que avalan la importancia del apoyo social en sus diferentes modelos y vertientes. Muchos de estos estudios, se los ha realizado con enfoques de género, en niños y adolescentes, en ancianos, pacientes con enfermedades

crónicas o degenerativas, violencia doméstica, es decir, principalmente en conglomerados con cierta vulnerabilidad social.

2.5. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.

2.5.1. Definición de Personalidad:

Los psicólogos (Morris 2001) definen la personalidad como el patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas de un individuo que persisten a través del tiempo y de las situaciones. Esta definición consta de dos partes. Primero, la personalidad se refiere a un patrón único, que distinguen al individuo de todos los demás. Segundo, en patrón persiste a través del tiempo y las situaciones, es decir, la personalidad es relativamente estable y duradera.

Susan Cloninger (2003) define la personalidad como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona. Los psicólogos de la personalidad no están todos de acuerdo sobre cuáles son dichas causas.

2.5.2. Tipos de Personalidad:

Los investigadores de la personalidad han realizado muchos esfuerzos en identificar las formas en que las personas se diferencian entre sí, de tal manera que se podría clasificar a la gente en un número limitado de grupos separados, es decir un enfoque de tipo. Podemos también decir que los individuos varían en gradaciones, es decir, un enfoque de rasgo. El enfoque de tipo propone que la personalidad tiene un número limitado de categorías distintas. Tales tipos de personalidad son categorías de gente con características comunes. Un número pequeño de tipos es suficiente para describir a todos.

Carl Jung en (Cloninger 2003) distinguió entre introvertidos y extrovertidos y realizó su clasificación tipológica en 8 psiquetipos de la personalidad, basado en tres dimensiones: Introversión versus extraversión, pensamiento versus sentimiento y sensación versus intuición:

- Pensamiento introvertido: Interesado en las ideas en lugar de los hechos; interesado en la realidad interior; pone poca atención en la demás gente.
- Sentimiento introvertido: Superficialmente reservado, pero simpático y comprensivo con los amigos cercanos u otros que lo necesiten; amoroso pero no demostrativo.
- Sensación introvertida: Pone énfasis en la sensación que dispara los eventos, en lugar de los eventos por sí mismos; como los músicos y artistas.

- Intuición introvertida: Interesado con las posibilidades, más que en lo que actualmente está presente, en contacto con el inconsciente.
- Pensamiento extrovertido: Interesado en los hechos acerca de los objetos externos al sí mismo; lógico, reprime la emoción y los sentimientos, descuida a los amigos y las relaciones.
- Sentimiento extrovertido: Interesado en las relaciones humanas; ajustado al ambiente, especialmente frecuente entre las mujeres.
- Sensación extrovertida: Pone énfasis en los objetos que disparan la experiencia y con los hechos y detalles, y a veces con la búsqueda del placer.
- Interesado con las posibilidades para el cambio en el mundo externo, en lugar del familiar; un aventurero.

El enfoque de rasgo determina que hay ciertas características que distinguen a una persona de otra y que ocasiona que un individuo se comporte de manera más o menos consecuente. En contraste con los tipos, los rasgos cubren un horizonte más estrecho del comportamiento, además que los rasgos permiten una descripción más precisa de la personalidad que los tipos.

El DSM-IV (Barlow 2001) comprende 10 trastornos de personalidad que se dividen en tres grupos: El grupo A (raro o excéntrico) abarca los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica. El grupo B (“dramático emocional o errático”) incluye la personalidad antisocial, limítrofe, histriónica y narcisista. El grupo C (“ansioso o temeroso”) comprende la personalidad por evitación, dependiente y obsesivo-compulsivo.

2.5.3. Patrones de Conducta:

Los tipos de personalidad más relevantes en los estudios del estrés laboral son: neuroticismo, locus de control, patrón de conducta tipo A y resistencia al estrés. El patrón A de conducta es un hecho de observación, y se presenta como predisposición estable en los sujetos. Las características de este patrón son la impaciencia, la urgencia, la implicación laboral, la competitividad, la hostilidad, la lucha constante y contra reloj con la finalidad de obtener el mayor número de logros en el menor tiempo posible. El patrón A es un complejo acción-emoción. Con frecuencia su mayor esfuerzo es el reconocimiento social y por lo tanto el bienestar material. Como se puede ver, el patrón A nace vinculado al modelo médico y asociado al riesgo para la salud. El patrón de conducta tipo B fue también descrito por médicos clínicos, se aplica básicamente a personas que no tienen atributos tipo A.

2.5.4. Locus de Control:

El locus control se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Un extremo de ésta dimensión es “externo” y el otro “interno”. Los sujetos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, presentando insatisfacción, desamparo, síntomas de Burnout, etc. Los internos tienden a percibir menos amenazas, a orientarse hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos por la percepción de control de la situación, es decir que suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema (Cáceres 2011).

2.5.5. Investigaciones Realizadas:

El patrón de conducta tipo A fue identificado en primer lugar por dos cardiólogos, Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959, 1974), pero las pruebas más convincentes provienen de dos grandes estudios prospectivos en los que se dio seguimiento a miles de pacientes durante un largo período para determinar la relación de su comportamiento con las cardiopatías. El primer estudio fue el Western Collaborative incluyó 3154 hombres saludables entre 39 y 59 años y se les dio seguimiento durante 8 años. Se descubrió que los que manifestaban un patrón de conducta tipo A tenían al menos dos veces más probabilidades de desarrollar cardiopatías coronarias que los que tenían comportamiento tipo B. En el segundo estudio de Framingham Heart Study (1980) se clasificó a 1674 hombres y mujeres saludables con el patrón de conducta tipo A o tipo B y se les dio seguimiento por 8 años. Una vez más, tanto hombres como mujeres con el patrón tipo A tenían una probabilidad de más del doble de desarrollar cardiopatías coronarias que sus contrapartes tipo B. Los estudios de base poblacional realizados en Europa replicaron esencialmente estos resultados. Igualmente, los estudios realizados por Rotter (1966), Weiner (1979) (Manassero y cols. 2003; Buendía, 1998) en el campo de locus de control, corroboran ampliamente lo encontrado por otros autores, en que las personas con locus de control externo presentan mayor incidencia de desarrollar el síndrome de burnout.

4. METODOLOGÍA.

4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Se trata de un estudio multicéntrico dirigido a profesionales de la Salud, ámbito propicio para la aparición del Burnout, el cual cuenta con pocos estudios a nivel nacional, razón por la cuál es importante realizar investigación en este grupo poblacional.

Esta investigación tiene las siguientes características:

- Es cuantitativa: Se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados.
- Es no experimental: Se efectúa sin la manipulación de las variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para luego analizarlos.
- Es transversal: Se centró en investigar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en determinado momento.
- Es Exploratorio: Se realizó una exploración inicial en un momento específico.
- Es descriptivo: Se seleccionó una serie de variables y se midió y recolectó información sobre cada una de ellas para describir lo que se investiga.

4.2. PARTICIPANTES:

El grupo poblacional motivo de esta investigación, está dirigido a profesionales de las instituciones de salud, es decir, en este caso 30 médicos en servicio activo de cualquier especialidad y 30 enfermeras que se encuentren vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de los años de servicio, edad, género, ubicación geográfica (urbano – rural). En el Instituto de Cáncer de Cuenca, se escogió a profesionales que tengan relación directa con los pacientes, excluyendo a los que únicamente realizan labor administrativa.

En este trabajo en particular, lo he desarrollado en el Instituto del Cáncer SOLCA de la ciudad de Cuenca, se trata de una institución de salud especializada en atención de pacientes que tienen cáncer o se encuentran en riesgo de padecerlos.

4.3. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN:

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos, fueron seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación, y fueron aplicados en el orden que a continuación describimos:

4.3.1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral.- Es un cuestionario diseñado expresamente para realizar esta investigación, con la finalidad de recolectar datos personales y laborales concernientes al estudio del síndrome de burnout entre los profesionales de la salud encuestados, entre otros se solicita transcribir la edad, sexo o género, estado civil, número de hijo, experiencia laboral, nivel económico, carga horaria, satisfacción laboral y aspectos como complejidad de su trabajo y riesgos de mortalidad de sus enfermos.

4.3.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).- Este es el instrumento principal que se utiliza para medir y detectar el riesgo de padecer burnout. Este Inventario plantea al sujeto 22 enunciados para valorar tres tipos de dimensiones:

- Agotamiento emocional: Quienes obtienen puntuaciones altas en esta escala indican que el profesional tiene alto riesgo de padecer el síndrome, e indica que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia del estrés cotidiano en su trabajo.
- Despersonalización: De igual manera altas puntuaciones indican también alto riesgo, y reflejan el grado de cinismo, frialdad, alejamiento con respecto a sus labores.
- Realización personal: Al contrario de las dos dimensiones anteriores, altas puntuaciones significan, un alto grado de realización, de logro personal, y autoeficacia percibida por el individuo, es decir, que puntuaciones bajas más bien se relacionan con el síndrome de burnout.

4.3.3. Cuestionario de Salud Mental (GHC28).- Este instrumento es una versión abreviada del General Health Questionnaire propuesta por Goldberg (1970). Este cuestionario nos puede indicar una apreciación de la propia persona de su estado de salud mental, para determinar si está sano o con disturbios psiquiátricos menores. Se lo evalúa a través de cuatro subescalas:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- Ansiedad e insomnio: Trastornos del sueño en general, ansiedad, nerviosismo.
- Disfunción social: Mala interacción personal, problemas familiares, anhedonia.
- Depresión: Sentimientos de desvalía, pensamientos suicidas.

4.3.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).- Esta escala es una versión más amplia y precisa, modificada en 1989 del cuestionario Ways of Coping, y posteriormente abreviada para adaptarse a la población Española (Crespo y Cruzado1997). Se trata una escala con 28 ítems de tipo multidimensional, y nos sirve para evaluar los distintos tipos de respuesta de las personas

ante situaciones estresantes en cualquier ámbito de su vida. Las posibles respuestas o maneras de afrontar de un individuo son:

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés.
- Planificación: Pensar y analizar como hacer frente al estresor; planificar las estrategias a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto-distracción: Desviar la atención en el problema, mediante la distracción o realizando otras actividades o labores.
- Apoyo instrumental: Consiste en buscar personal idóneo para encontrar ayuda o consejo oportuno sobre como llevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otras personas, ayuda, comprensión, empatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresante como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación y desentenderse de ella.
- Religión: Aumento y/o mejoramiento de las prácticas religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: Es la liberación o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Consumo de drogas no permitidas, alcohol o medicamentos para desentenderse de la situación, sentirse mejor o relajado.
- Humor: Hacer bromas, burlas o reírse de la situación de estrés.

4.3.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social.- Creados por Sherbourne y cols. (1991). Es un instrumento de autoevaluación, de carácter multidimensional de 20 ítems que se emplea principalmente para investigar la amplitud de red social del individuo, es decir, el apoyo estructural; y, para evaluar cuatro dimensiones de apoyo social funcional o sea el apoyo percibido:

- Apoyo emocional: Suerte de tener alguien que le brinde asesoramiento, información, apoyo, consejo.
- Apoyo material o instrumental: Contar con ayuda y apoyo en su hogar.

- Relaciones Sociales de ocio y distracción: Alguien con quién contar para comunicarse.
- Apoyo efectivo: Demostraciones sinceras de amor, cariño y simpatía.

4.3.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A.- Cuestionario introducido en la práctica clínica por Eysenck (1981), y por lo extenso del mismo se crean versiones abreviadas como la EPQR-A que consta de sólo 24 ítems, para evaluar la personalidad mediante cuatro factores:

- Neuroticismo: Si se obtienen puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos. Mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta prueba indica si el individuo es neurótico o estable.
- Extraversión: Si puntúa alto indica que la persona es sociable, llevado por el impulso, optimista, que da apertura al cambio, por el contrario puntuaciones bajas, pueden indicar, desconfianza, retraimiento, son sujetos reservados, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicoticismo: Con un puntaje alto la persona denota despreocupación, cinismo, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

4.4. RECOLECCIÓN DE DATOS:

La institución seleccionada para realizar esta investigación fue el hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca por ser el lugar de labores del autor, y porque sus directivos brindaron amplia apertura y colaboración, además por tratarse de un hospital oncológico, en donde se esperaba encontrar con profesionales en riesgo de burnout

Se realizó la aplicación de los Inventarios a 120 profesionales, 48 médicos y 72 enfermeras por recomendaciones de los directivos, para que ninguno de ellos se sienta excluido. De éstos se excluyó aquellas encuestas que no fueron llenadas correctamente y de aquel personal de enfermería que no tenían el título registrado de licenciadas en enfermería, del número total se tomó al azar 60 profesionales, 30 médicos y 30 licenciadas en enfermería, por ser el número máximo que permite las plantillas elaboradas para el ingreso de datos.

Previa a la aplicación de las encuestas, se realizó 2 exposiciones una dirigida sólo a médicos y otra sólo al personal de enfermería, en donde se les dio información general sobre el Síndrome de Burnout, se aclararon las dudas y se les distribuyó el tríptico informativo. Mediante esta investigación les aclaré que se puede conocer la incidencia de esta entidad en dicha casa de salud, de acuerdo a los resultados obtenidos en las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal, la salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de la personalidad. Luego de la exposición se aplicó las encuestas a las enfermeras, con la ayuda de dos psicólogos de la institución, así como de la jefa de enfermeras de la misma y la secretaria de docencia, a quienes se les aplicó previamente y se les aleccionó sobre las posibles dudas y las reacciones emocionales de las participantes.

A los médicos no fue posible aplicarlos en forma personal, y después de la charla informativa se entregó las encuestas para que la llenen en los momentos libres de sus labores o en su hogar, recalcando la importancia de no continuar si tenían dudas para aclararlos oportunamente. En ambos grupos de profesionales, se detectó escasos errores y hubo adecuada colaboración.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

5.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral (# 1)

TABLA 1

Datos Personales

DATOS	MÉDICOS		ENFERMERAS			
Género	Masculino:	22	73,33%	Masculino:	0	0%
	Femenino:	8	26,66%	Femenino:	30	100%
Edad promedio	46,82		40,16			
Zona en que trabaja	Urbana:	30	100%	Urbana:	30	100%
	Rural:	0	0%	Rural:	0	0%
Etnia	Mestiza:	27	90%	Mestiza:	29	96,66
	Blanca:	3	10%	Blanca:	1	3,33
E. civil	Soltero	6	20%	Soltera:	8	26,66%
	Casado	22	73,33%	Casada	16	53,33%
	Viudo	0	0%	Viuda	0	0%
	Div/Sep	2	6,66%	Div/Sep	3	10%
	U. libre	0	0%	U. libre	3	10%
Nº hijos	1,95		1,76			
Vive Con:	Solo	3	10%	Sola:	3	10%
	Compañía	27	90%	Compañía	27	90%
Remuneración	0-1000	2	6,66%	0-1000	22	73,33%
	1001-2000	19	63,33%	1001-2000	8	26,66%
	2001-3000	4	13,33%	2001-3000	0	0%
	3001-4000	1	3,33%	3001-4000	0	0%
	4001-5000	2	6,66%	4001-5000	0	0%
	5001-6000	2	6,66%	5001-6000	0	0%

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

Para tener una idea global de los resultados obtenidos en la aplicación de las variables Sociodemográficas, bastaría con observar las tablas y gráficos correspondientes, sin embargo, únicamente haremos un análisis de los aspectos más relevantes para la presente investigación.

En el grupo de médicos, 8 de los 30 profesionales fueron mujeres, resalta el bajo número de profesionales del género femenino en relación a los hombres, lo cual supone un desequilibrio en cuanto a equidad de género para esta profesión y con especialización en oncología, lo que supone una gran cantidad de años de estudio, en desmedro de otras actividades de la persona, principalmente sociales. Este desequilibrio profesional en género llega a su máxima expresión para enfermería, pues, no existe en esta institución ningún hombre, esto demuestra que aún son muy arraigados los estereotipos de género para ciertas tareas y profesiones.

La edad promedio supera casi en 7 años de los médicos con respecto a las enfermeras, esta variable de mayor edad ha sido catalogada como protectora para el Burnout, pero no ha sido replicada en este y otros estudios.

Al analizar el estado civil de los médicos encuestados, observamos que 5 son solteros y 2 separados o divorciados, y, al revisar caso por caso, el género de estas 7 personas, 5 de ellas son mujeres esto nos llevaría a pensar, el costo social que significa para las mujeres el alcanzar estudios de cuarto nivel y luego optar por una carrera muy competitiva. En el grupo de enfermería un porcentaje importante son solteras lo que concuerda con los promedios de edad relativamente bajos, y es que varias profesionales tienen poco tiempo de ejercer la profesión.

En cuanto al valor salarial, sólo dos médicos afirmaron recibir una remuneración menor a 1000 dólares, y todos los demás superan esta suma, llegando en algunos casos al máximo nivel de ingresos. Lo contrario sucede con las enfermeras, esto demuestra la inequidad profesional, a pesar de realizar en ambos casos actividades muy complejas, lo que es percibido como una injusticia.

TABLA 2

Datos Laborales

DATOS	Estado	MÉDICOS		ENFERMERAS	
		Fr.	%	Fr.	%
Profesión		30		30	
Está estudiando	Si	3	10	2	6,66
	No	27	90	28	93,66
Años experiencia		20,31		14,1	
Tipo de trabajo	Tiempo completo	29	96,66	30	100
	Tiempo parcial	1	3,33	0	0
Sector de trabajo	Público	13	43,33	30	100
	Privado	0	0	0	0
	Ambos	17	56,66	0	0
Tipo de Contrato	Plazo fijo	1	3,33	0	0
	Indefinido	29	96,66	30	100
Lugares de trabajo		1,79		1	
Horas diarias		9,93		8	
Horas semanales		51,69		42,2	
Turnos rotativos	Si	2	6,66	15	50
	No	28	93,33	15	50
Atención otorgada a pacientes	Ninguno	2	6,66	0	0
	25%	3	10	0	0
	25-50	2	6,66	4	13,33
	50-75	21	70	21	70
	75-100	2	6,66	5	16
Nº pacientes diario		17,79		13,23	
Tipo de pacientes	Oncológicos	24	80	28	93,33
	No oncológicos	6	20	2	6,66
Pacientes en riesgo de morir- fallecidos	Si	23	76,66	28	93,33
	No	7	13,33	2	6,66
Provisión recursos por la institución	Totalmente	20	66,66	19	63,33
	Medianamente	10	33,33	8	26,66
	Poco	0	0	3	10
Permisos otorgados	Si	21	70	13	43,33
	No	9	30	17	56,33
Motivo de permisos	Capacitación	8	26,66	0	0
	Salud	4	13,33	9	69,23
	Familiares	5	16,66	4	30,77
	Otros	4	13,33	0	0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

De esta tabla es de destacar que todas las enfermeras trabajan en el sector público y a tiempo completo, es decir, sólo en la institución de estudio, y como muchas de ellas lo hacen en turnos rotativos, prácticamente no pueden laborar en otros lugares para mejorar sus ingresos, además que por su condición de madres y/o amas de casa les resulta difícil tener otras actividades remuneradas (otra injusticia de género).

Los médicos en cambio si bien laboran casi todos a tiempo completo en la institución, la mayoría afirmó tener también actividades remuneradas en el sector privado, lo que se refleja en el número de horas diarias y semanales trabajadas 10 y 52 respectivamente, frente a las 8 diarias y 42 semanales de las enfermeras. Esto concuerda también con el número de pacientes promedio atendidos por ambos grupos, 18 para los médicos y 13 para ellas.

En lo que respecta al tipo de pacientes atendidos, por ser SOLCA un hospital que atiende a personas con cáncer, el porcentaje de pacientes oncológicos es muy alto para los dos grupos, y la discreta diferencia en menor porcentaje para los médicos, es que éstos atienden también en el sector privado, en unidades no oncológicas con menor incidencia de dichas enfermedades. Esto se refleja fielmente en las variables de atender a personas con riesgo de muerte o fallecidas que siempre serán más altas en hospitales con especialidad en oncología.

Otra diferencia destacable es en cuanto a los permisos otorgados mientras que los médicos lo obtuvieron en 21 casos (70%), las enfermeras sólo en 13 (43%). Lo más importante es que mientras aquellos recibieron permisos para capacitación en un 26,66% ninguna enfermera recibió permiso para esta causa (más injusticias de género y laborales), y sólo recibieron permisos por enfermedad suya o de sus familiares.

TABLA 3

Valoración Laboral

Valorado por	Nombre	MÉDICOS		ENFERMERAS	
		Fr.	%	Fr.	%
PACIENTES	Nada	0	0	0	0
	Poco	6	20	12	40
	Bastante	16	53,33	13	43,33
	Totalmente	8	26,66	5	16,66
FAMILIARES	Nada	2	6,66	5	16,66
	Poco	3	10	9	30
	Bastante	18	60	10	33,33
	Totalmente	7	23,33	6	20
COLEGAS	Nada	1	3,33	4	13,33
	Poco	8	26,66	10	33,33
	Bastante	12	40	11	36,66
	Totalmente	9	30	5	16,66
DIRECTIVOS	Nada	1	3,33	8	26,66
	Poco	11	36,66	11	36,66
	Bastante	10	33,33	8	26,66
	Totalmente	8	26,66	3	10

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral aplicado a los médicos y enfermeras del hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

Lo destacable en este apartado es que en los dos grupos de profesionales se percibe una mejor valoración por parte de sus pacientes atendidos y de sus familiares en contraste a la valoración que reciben de sus propios colegas y de los directivos de la institución con una discreta percepción de mejor evaluación para los médicos que para el personal de enfermería. Una diferencia notable es la baja percepción de valoración de las enfermeras por parte de los directivos. En esta institución las pirámides de mando en enfermería son muy estrictas y verticales con respecto a otras instituciones de salud, lo que podría explicar

en parte esta baja percepción de evaluación con una frecuencia de 8 (26,66%) frente a 1 (3,33%) para los médicos, que afirmaron no sentirse “nada” valorados por los directivos.

TABLA 4
Nivel de Satisfacción

Nivel de Satisfacción	Nombre	MÉDICOS		ENFERMERAS	
		Fr.	%	Fr.	%
Con el trabajo que realiza	Nada	0	0	0	0
	Poco	2	6,66	1	3,33
	Bastante	11	36,66	10	33,33
	Totalmente	17	56,66	19	63,33
Con Interacción con sus pacientes	Nada	0	0	0	0
	Poco	4	13,33	0	0
	Bastante	11	36,66	12	40
	Totalmente	15	50	18	60
Con el apoyo de los directivos	Nada	3	10	3	10
	Poco	9	30	11	36,66
	Bastante	9	30	16	53,33
	Totalmente	9	30	0	0
Con la colaboración entre colegas	Nada	3	10	1	3,33
	Poco	10	33,33	6	20
	Bastante	10	33,33	18	60
	Totalmente	7	23,33	5	16,66
Con su experiencia profesional en general	Nada	1	3,33	0	0
	Poco	5	16,66	5	16,66
	Bastante	14	46,66	14	46,66
	Totalmente	10	33,33	11	36,66
Con su economía	Nada	0	0	4	13,33
	Poco	14	46,66	18	60
	Bastante	11	36,66	8	26,66
	Totalmente	5	16,66	0	0

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

Como en el apartado anterior, ambos grupos se sienten satisfechos con la interrelación con sus pacientes, además de la labor que realizan también encuentran ampliamente satisfactorio, pues, puntuar cero en estas dos variables puede relacionarse positivamente con la baja incidencia de Burnout encontradas en esta investigación, pero nuevamente la interrelación con los directivos de la institución demuestra que no es la mejor, especialmente con el grupo de enfermería, las cuales no otorgaron ningún puntaje para la condición de “totalmente” apoyadas por los directivos, en contraste con el puntaje de los galenos que es más homogéneo.

En contrapartida con lo anterior las enfermeras encuentran mayor satisfacción con la colaboración entre colegas, que puede traducirse en ayuda mutua, solidaridad y empatía entre ellas, podría pensarse, que esta profesión es mucho menos competitiva que la profesión de médicos, en donde siempre habrá rivalidad y celos profesionales sobre todo entre colegas de la misma especialidad.

También es notable la diferencia de satisfacción en relación con la economía como era de esperarse, debido a la gran desigualdad en sueldos y otros ingresos de los médicos con respecto a enfermería, ya que cerca del 75% respondieron que se sienten poco o nada satisfechas, frente a un 26 % de los médicos en las mismas variables. Sin embargo ambos grupos puntuaron como bastante o totalmente satisfechos con la labor que realizan, ciertamente que la motivación de ayudar a pacientes con cáncer es en sí misma un aliciente para los dos grupos de profesionales.

5.2. Cuestionario de MBI (# 2)

TABLA 1

Existencia de Burnout en Médicos

SUBESCALAS	Nivel	MÉDICOS SIN BURNOUT		MEDICOS CON BURNOUT	
		Fr.	%	Fr.	%
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Bajo	18	62,069	0	0
	Medio	5	17,241	0	0
	Alto	6	20,689	1	100
	Total	29	100	1	
DESPERSONALIZACIÓN	Bajo	26	89,655	0	0
	Medio	3	10,344	0	0
	Alto	0	0,000	1	100
	Total	29	100	1	
REALIZACIÓN PERSONAL	Bajo	0	0,000	1	100
	Medio	1	3,448	0	0
	Alto	28	96,551	0	0
	Total	29		1	

Fuente: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

Para investigar este fenómeno, en este estudio se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI), que consta de tres subescalas que mide: El agotamiento emocional, la despersonalización y la realización personal.

Se encontró que sólo un médico de los treinta investigados (3.3%), y ninguna enfermera calificaron como portadores del Síndrome de Burnout. Esta baja incidencia a pesar de que la institución donde se investigó es un hospital en el cual se atienden enfermos con cáncer en sus diferentes etapas de progresión, se debe a que los criterios de selección en este estudio son muy altos. Se utilizó el criterio de selección "2 de 3", es decir, tenían que calificar de alto riesgo en dos de las tres subescalas para diagnosticarse de padecer el síndrome, de allí que

sea necesario tomar con precaución dichos resultados, pues, hacen faltan más estudios tomando en cuenta este criterio. En otras investigaciones sólo se toma la subescala de Agotamiento Emocional, como factor determinante para identificar a las personas como víctimas del burnout.

En la tabla N° 1 podemos apreciar que 18 de los 29 (62%) médicos que no fueron catalogados como portadores del síndrome tuvieron un riesgo bajo de presentar burnout, lo que concuerda a lo encontrado en otras investigaciones; mientras que 5 sujetos (17%) tuvieron un riesgo intermedio, y 6 (21%) médicos presentaron un alto riesgo de presentarlo, lo que también tiene resultados equiparables para una entidad de salud con pacientes oncológicos.

En relación al fenómeno de Despersonalización, de los 29 médicos no portadores de esta entidad, curiosamente ninguno calificó como de riesgo elevado, únicamente 3 que corresponden al 10% presentó riesgo medio y 26 personas (90%) mostraron un riesgo bajo. Se debe tomar en cuenta que la sumatoria de los tres niveles, nos da un total de 23, esto se debe a que 6 médicos, no calificaron ni con un solo punto, que podría interpretarse como menos que un riesgo bajo, lo cual es catalogado en la calificación de la plantilla como FALSO, y no lo tabula ni lo grafica, pero lo incluimos como no portador para que no existan sesgos. Es importante hacer notar la baja incidencia en los tres niveles en esta subescala comparado con lo encontrado por otros autores, cuya interpretación será más pertinente cuando analicemos los demás cuestionarios, para tener mejores elementos de juicio.

Al analizar el apartado de Realización Personal en el MBI, también llama la atención en este trabajo el riesgo bajo de presentar el burnout, pues, 28 de los 29 calificaron alto en este apartado, y sólo uno (3%) con riesgo intermedio. Este puede considerarse como un factor importante de la baja incidencia en la aparición del síndrome de burnout, pues, como hemos anotado anteriormente esta subescala se correlaciona negativamente con la aparición de este problema, en otras palabras mientras más alto puntúen, menos riesgo habrán de presentarlo, pudiendo catalogarse como un factor protector a la hora de realizar un balance contra los factores de riesgo, y ésta es quizá la principal razón de los resultados obtenidos.

TABLA 2

Existencia de Burnout en Enfermeras

SUBESCALAS	Nivel	ENFERMERAS SIN BURNOUT		ENFERMERAS CON BURNOUT	
		Fr.	%	Fr.	%
AGOTAMIENTO EMOCIONAL	Bajo	19	63,33	0	
	Medio	4	13,33	0	
	Alto	7	23,33	0	
	Total	30	100		
DESPERSONALIZACIÓN	Bajo	27	90	0	
	Medio	3	10	0	
	Alto	0	0	0	
	Total	30	100		
REALIZACIÓN PERSONAL	Bajo	2	6,66	0	
	Medio	3	10	0	
	Alto	25	83,33	0	
	Total	30	100		

Fuente: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e interpretación:

Al analizar los resultados obtenidos con el grupo de enfermeras, podemos encontrar una tendencia similar en comparación con los médicos, con la única salvedad de que ninguna de ellas fue catalogada como portadora del síndrome de burnout, a pesar que en Agotamiento Emocional, 7 (23%) presentaron riesgo alto; 4 (13%) un riesgo intermedio, y 64% un riesgo bajo. En Despersonalización es de notar que ninguna puntuó como de riesgo elevado, y apenas 3 (13%) tuvo riesgo medio, y más del 87% riesgo bajo o no presentaron ningún puntaje.

En cuanto a la realización personal, el grupo de enfermeras tuvo un puntaje global algo menor que los médicos al ser consideradas como de alto nivel de realización personal, frecuencia de 25 (83,3%); puntaje de nivel medio presentaron 3 de ellas (10%) y bajo 2 (7%). Estos niveles de relativa baja realización personal comparada con los médicos, se

pueden relacionarse con los bajos niveles de ingresos, la capacitación y otras variables ya comentadas.

5.3. Cuestionario de Salud Mental GHQ-28 (# 3)

TABLA 1

Síntomas Psicosomáticos

ESTADO	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	Fr.	%	Fr.	%
Caso	9	30	10	33,33
No caso	21	70	20	66,66
Total	30	100	30	100

Fuente: Cuestionario de Salud Mental GHQ-28 aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e interpretación:

Al hacer el análisis de este grupo de variables, debemos hacer notar, que el hecho de puntuar alto o ser catalogado como positivo en cualquiera de las cuatro subescalas, no necesariamente puede afirmarse que padece tal o cual entidad, sino únicamente como caso probable.

De los 29 médicos que no presentaron burnout 9 (31%) presentaron síntomas psicosomáticos de diferente índole, principalmente dolores de cabeza y cuello. Tres de ellos calificaron alto en Agotamiento Emocional en el MBI. Con escasas diferencias la situación es muy similar para las enfermeras, con iguales quejas de sus síntomas.

TABLA 2
Ansiedad e Insomnio

ESTADO	MEDICOS		ENFERMERAS	
	Fr.	%	Fr.	%
Caso	15	50	18	60
No caso	15	50	12	40
Total	30	100	30	100

Fuente: Cuestionario de Salud Mental GHQ-28 aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

La incidencia de ansiedad fue aún mayor que en el apartado anterior con 15 casos, y de éstos 2 personas presentaron nivel alto de Agotamiento Emocional en el MBI, mientras que en las otras escalas fueron bajas. Los signos y síntomas más comunes fueron trastornos del sueño, tensión e irritabilidad; pero notamos más incidencia de ansiedad en ellas hasta de un 60% (18 casos). Estos niveles altos de ansiedad se corroboran con la percepción de poca valoración por parte de los directivos a este grupo de profesionales y a su rigidez para el trato con sus subordinadas como se mencionó anteriormente.

TABLA 3
Disfunción Social

ESTADO	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	Fr.	%	Fr.	%
Caso	0	0	0	0
No caso	30	100	30	100
Total	30	100	30	100

Fuente: Cuestionario de Salud Mental GHQ-28 aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

Llama la atención en este apartado que ninguno de los médicos ni enfermeras fue catalogado como caso probable en esta prueba, es decir, que ninguno de los profesionales presentó disfunción social, esto tiene una correlación positiva con lo encontrado en autovaloración a su desempeño revisado en las tablas sociodemográficas, lo que podría suponerse un factor protector contra la aparición del síndrome de burnout.

TABLA 4

Depresión

ESTADO	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	Fr.	%	Fr.	%
Caso	2	6,66	2	6,66
No caso	28	93,33	28	93,33
Total	30	100	30	100

Fuente: Cuestionario de Salud Mental GHQ-28 aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e interpretación:

En cuanto a la subescala de Depresión únicamente 2 de los 29 médicos (tabla y gráfico N° 50) fueron catalogados como casos probables, y uno de ellos, también presentó correlación positiva alta con la subescala de Agotamiento Emocional en el MBI, es la misma persona que presentó niveles altos en los síntomas psicósomáticos, pero al no presentar puntuaciones alta en despersonalización ni bajas en Realización Personal, no fue considerado portador del Burnout. Encontrándose como aspecto más importante, la desesperanza, tristeza y falta de energía. De igual manera 2 de ellas 7% presentó síntomas para ser considerada con depresión, nuevamente la misma persona que puntuó alto para Agotamiento Emocional en el MBI, también fue catalogada como caso probable para aspectos psicósomáticos, ansiedad y depresión, pero tampoco calificó como portadora del Burnout, por presentar bajo riesgo en las otras dos subescalas.

5.4. Escala Multidimensional de Afrontamiento (BIEFF-COPE) (# 4)

TABLA 1

MEDICOS (COPE)		
Estrategia	Sumatoria	Promedios
Auto Distracción	112	3.73
Afrontamiento Activo	128	4.26
Negación	70	2.33
Uso de Sustancias	74	2.46
Uso del Apoyo Emocional	84	2.80
Uso de Apoyo Instrumental	92	3.06
Retirada de Comportamiento	81	2.70
Desahogo	93	3.10
Replanteamiento Positivo	121	4.03
Planificación	111	3.70
Humor	89	2.96
Aceptación	128	4.26
Religión	104	3.46
Culpa a Sí Mismo	102	3.40

Fuente: Escala multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) aplicados a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

Igual como sucedió con las comparaciones anteriores, las sumatorias para los médicos muestran una clara similitud con enfermería, con diferencias poco apreciables en la mayoría de ítems que no permiten sacar conclusiones, aunque en ciertos apartados es pertinente emitir algunos criterios, pues en las subescalas de Auto distracción, Afrontamiento activo, Negación, Uso de Sustancias, Uso de Apoyo Emocional, Uso de Apoyo Instrumental, Retirada de Comportamiento, Desahogo, Replanteamiento Positivo Planificación y Culpa, por las mínimas diferencias encontradas no nos detendremos a analizarlas. Sin embargo, se puede apreciar diferencias algo más significativas en otros ítems, es así que los médicos utilizan como estrategia de afrontamiento más el Humor y la Aceptación del problema.

TABLA 2

ENFERMERAS (COPE)		
Estrategia	Sumatoria	Promedios
Auto Distracción	116	3.86
Afrontamiento Activo	124	4.13
Negación	77	2.56
Uso de Sustancias	63	2.10
Uso del Apoyo Emocional	87	2.90
Uso de Apoyo Instrumental	86	2.86
Retirada de Comportamiento	83	2.76
Desahogo	88	2.93
Replanteamiento Positivo	116	3.86
Planificación	108	3.60
Humor	83	2.76
Aceptación	110	3.66
Religión	124	4.13
Culpa a Sí Mismo	104	3.46

Fuente: Escala multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEFF-COPE) aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e interpretación:

En cuanto a las enfermeras, éstas se abocan con más dedicación a la Religión, como un refugio y descarga de sus situaciones de estrés cotidianas, aunque aparentemente no lo hacen expresamente para este fin. Estas elucubraciones no son consistentes y hacen falta estudios más extensos para aseverar los criterios emitidos.

Es notable observar que todos los médicos y enfermeras que no fueron catalogados como portadores del Burnout, puntúan bajo en casi todas las estrategias de afrontamiento, en otras palabras, podría interpretarse como que no realizan en forma al menos consciente actividades dirigidas expresamente a paliar el estrés de su carga laboral, es decir si bien realizan una cantidad aceptable de actividades distractoras, éstas no son realizadas expresamente con un fin terapéutico.

5.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social (# 5)

TABLA 1

Apoyo Social a Médicos y Enfermeras

TIPO DE APOYO	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	Sumatorias	Promedios	Sumatorias	Promedios
Apoyo Emocional	1780	59.33	1992,5	66.41
Apoyo Instrumental	1860	62.00	1860	62.00
Redes Sociales	2010	67.00	2015	67.16
Amor y Cariño	2313,33	77.11	2313,33	77.11

Fuente: Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

La tendencia igualitaria también continúa en este cuestionario, es así, que se aprecia que los valores comparados entre médicos y enfermeras, son iguales en las subescalas de Apoyo Instrumental: con un puntaje sumatorio de 1860 (promedio individual 62 puntos) para los médicos y 1860 (promedio 62) para las enfermeras. En Redes sociales suman un puntaje de 2010 (promedio individual 67) con los médicos y 2015 (promedio 67.16) para enfermería; y en Amor y Cariño 2313 (promedio para cada profesional de 77.1) para ambos grupos. Sin embargo se puede apreciar una importante diferencia en la subescala de Apoyo emocional con un puntaje de 1780 (promedio de 59.33) en los médicos y 1992 (promedio 66.40) para aquellas, lo que nos permite afirmar que estas profesionales reciben más apoyo de este tipo, y es más, por su condición de mujeres están más dispuestas a recibir y dar manifestaciones de ayuda emocional, en tanto que con los médicos en su mayoría hombres, tienen cierta resistencia a ese tipo de ayuda. Si estos valores y promedios que presentan las enfermeras hacemos un cruce de variables con los altos niveles de ansiedad que

manifestaron en la subescala de Salud en General, podemos deducir que a pesar de sufrir estos altos niveles de ansiedad, también reciben por otro lado el apoyo emocional suficiente como un mecanismo protector para evitar que su problema se acreciente.

5.6. Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

TABLA 1

Tipo	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	Fr.	%	Fr.	%
Neurotisisismo	52	20,07	73	24,25
Extroversión	110	42,47	112	37,21
Psicotisisismo	52	20,07	65	21,59
Sinceridad	45	17,37	51	16,94
TOTAL	259	100	301	100

Fuente: Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A, aplicado a médicos y enfermeras del Hospital de SOLCA de la ciudad de Cuenca.

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación:

En este apartado, los médicos en la subescala de Neurotisisismo obtuvieron un porcentaje de 20,07, lo que representa un valor bajo, y está acorde con lo encontrado en otros estudios similares para este grupo poblacional. La calificación porcentual de 42,51 en Extroversión indica que este grupo de médicos tienen una aceptable manera de llevar las dificultades, exteriorizándolas de manera adecuada, como una manera de encontrar soluciones a las situaciones de estrés. El porcentaje global en la subescala de Psicotisisismo, también habla de un alto índice de mentalidad sana, capaz de saber sobrellevar la mayoría de problemas

cotidianos a los cuales se enfrenta. Como ha sido la tendencia a lo largo de todo este análisis, los resultados obtenidos por el personal de enfermería son equiparables al de los médicos, sin encontrar diferencias significativas que nos permita realizar elucubraciones de otro tipo, de tal manera que lo expresado para los médicos en este apartado, también es válido para ellas, pues, basta con observar la tabla correspondiente para darnos cuenta de esta realidad.

5.7. Resumen de Resultados de Burnout

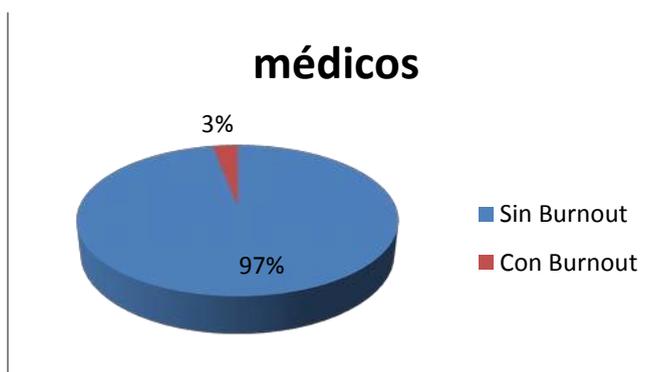
TABLA 1

Médicos

	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	Total
Fr.	29	1	30
%	96,66	3,33	100

GRÁFICO 1

Médicos



Fuente: Cuestionario MBI aplicado a médicos del hospital SOLCA de la ciudad de Cuenca

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e Interpretación: Como ya mencionamos, sólo un médico (3%) de los treinta investigados calificó de alto riesgo, en Agotamiento Emocional 40 puntos (puntuación máxima 54), que corresponde a un percentil de 74. En Despersonalización también fue catalogado de alto riesgo, ya que, obtuvo un puntaje de 16 de 30 posibles (percentil 53,3). Al obtener puntajes y percentiles de alto riesgo en dos de las tres subescalas del MBI, fue etiquetado como portador del Síndrome de Burnout, a pesar de puntuar muy alto en Realización Personal 47 de 48 para un percentil de 93,75.

TABLA 2

Enfermeras

	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	Totales
Fr.	30	0	30
%	100	0	100

GRÁFICO 2

Enfermeras



Fuente: Cuestionario MBI aplicado a las enfermeras hospital SOLCA de Ciudad de Cuenca

Elaborado por: Carlos Álvarez Ávila

Análisis e interpretación:

Como ya se dijo en más de una ocasión, la ausencia de personal de enfermería como portadoras de esta entidad, puede deberse a los criterios de selección utilizados en este estudio para catalogar a estas profesionales como tales, pues resulta poco entendible que en una institución de salud con especialización en oncología, no existan en esta muestra enfermeras que padezcan del síndrome de burnout, siendo ésta un patología muy frecuente en este grupo de personas.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Luego de la aplicación del cuestionario correspondiente, podemos afirmar que en lo que se refiere a las variables sociodemográficas de sexo en relación con la aparición del síndrome de burnout, en este estudio no se pueden realizar afirmaciones en uno u otro sentido como factor predisponente o protector, algo similar ocurre en innumerables investigaciones consultadas. En relación con la edad, hay que tener en cuenta la posibilidad de que los individuos “quemados” abandonen de forma prematura nuestra institución tanto los médicos como las enfermeras, y por tanto, los “Supervivientes” es decir, los más antiguos encuentren que trabajar para este grupo especial de enfermos sea altamente satisfactorio y presenten en consecuencia niveles menores de desgaste profesional.

Una variable destacable, es la diferencia de ingresos entre médicos y enfermeras, mientras éstas en su mayoría se encuentran poco o nada contentas, aquellos se sienten contentos o totalmente conformes con sus ingresos, pero eso tampoco es un factor determinante para que exista una correlación positiva con las tres subescalas del MBI. Otras variables como el número de horas trabajadas, la cantidad de pacientes atendidos y el porcentaje de tiempo dedicado, ellos tampoco muestran relevancia en uno u otro sentido, por las mismas razones a pesar de que varios estudios demuestran que los profesionales que atienden en promedio a 10 pacientes diarios y se dedican a otros menesteres en su jornada laboral, tienen menores posibilidades de presentar el burnout, nuestro médico con burnout afirma que sólo atiende a 8 pacientes al día, lo que estaría en desacuerdo con aquellos estudios, pero esos pocos pacientes además de recibir atención en la consulta médica, también se realizan con el mismo profesional exámenes de endoscopia, que muchas veces generan gran estrés y en ocasiones demandan una gran cantidad de tiempo y esfuerzo, sin poder concluir exitosamente el mismo, lo que puede explicar en parte la correlación con los altos valores en el MBI.

Empezaremos aclarando que existen tres versiones del MBI, y la que hemos aplicado en nuestro estudio, es el MBI – Human Services Survey (MBI-HSS) que está dirigida a los profesionales de la salud. Se han realizado varias adaptaciones al español, que han reproducido su estructura trifactorial, además se han llevado a cabo varios estudios que han comprobado su validez factorial y la consistencia interna del cuestionario Manso J. (2006). Para la primera subescala de Agotamiento Emocional los demás estudios confirman estas aseveraciones, sin embargo para la subescala de despersonalización algunos estudios encuentran problemas psicométricos, ya que los valores son relativamente bajos. Para Cebriá (2003), de las tres escalas de este cuestionario de medida, sólo la que mide el cansancio emocional ha demostrado tener buen rendimiento, de forma que las otras dos son

de aplicación más dudosa. Estas afirmaciones concuerdan con lo encontrado en esta investigación, pues, si ponemos atención para calificar de Burnout tomando en cuenta sólo la subescala de Agotamiento Emocional, tenemos que el porcentaje de casos positivos para este síndrome, se acerca más a lo encontrado en otros estudios en personal de salud.

Un hecho que ha podido influir en la tasa de respuesta es que a la mayor parte de los profesionales analizados, se entregó los cuestionarios para que lo realicen en su tiempo libre y más comúnmente en su hogar, en vez de realizar una entrevista personal. Se ha determinado que los estudios así realizados, han tenido tasas de respuesta más bajas. Un claro ejemplo es un trabajo llevado a cabo en médicos oncólogos, donde la tasa de respuesta ha sido muy baja (Tucundura et. al. 2006), lo que es replicable en nuestro trabajo.

En la aplicación del cuestionario del MBI, podemos afirmar que con los valores y porcentajes obtenidos sólo podemos hacer algunas aproximaciones o elucubraciones, que si bien no tienen significancia estadística, sí nos puede orientar a tendencias en el sentido de realizar ajustes necesarios para investigaciones futuras similares en nuestro medio. El porcentaje muy bajo (3,33%) obtenido en este estudio, no se ha encontrado en ningún otro realizado en condiciones parecidas, y esta cantidad aún desciende más al extrapolar a ambos grupos de profesionales, por lo que es importante revisar los criterios de selección para determinar la existencia o no de burnout con el MBI.

Con la aplicación del cuestionario de salud mental, hay que tomar en consideración que el hecho de calificar como positivo para presentar tales o cuales síntomas, no necesariamente adolece de tal patología y sólo son aproximaciones, además que con los bajos resultados obtenidos con la aplicación del MBI, no queda claro su real significado. Se destaca sin embargo que un 30% de médicos y enfermeras presentaron síntomas somáticos y que un porcentaje mayor se encuentran ansioso en su jornada laboral, a pesar de ello en ninguno de los dos grupos se encontró disfunción social.

En ambos grupos de profesionales se revela adecuados tipos de apoyo social en todas sus variantes y similitudes asombrosas, pero el grupo de enfermeras recibió, un mayor apoyo emocional, puntaje sumado a todo el grupo de 1992 (promedio para cada profesional de 66.40) frente a 1780 (promedio 59.33) para los médicos, condición muy importante para entender que en ellas no se encuentre a ninguna con el burnout.

Sobre las estrategias de afrontamiento, debemos mencionar que la interrelación informal en los dos grupos por separado o juntos, podría deducirse como excelente especialmente entre las enfermeras, que suelen encontrar válvulas de escape, no sólo en sus redes sociales, sino en los escasos momentos que pueden abstraerse de sus difíciles complejas y

emotivas situaciones al atender pacientes con enfermedades tan temidas como el cáncer, y es sobre todo en la religión, aquí ellas superan en más de 20 puntos a los médicos, en cuya fe encuentran su máxima expresión para alivianar su pesada carga, ya sea en el mágico momento del ritual de una misa o en los íntimos momentos de una oración o conversación con el Creador. Mientras que los médicos encuentran además otras formas como son la aceptación de la situación de estrés, 128 puntos frente a 110 de las enfermeras y en las situaciones relajantes del humor en sus diferentes manifestaciones 89 frente a 83 puntos.

Finalmente hay que decir que se deben tomar con precaución los demás resultados en su correlación positiva o negativa con lo obtenido en las subescalas del MBI, pues, algunas personas que califican alto para Neurotismo, Psicotismo, extraversión, ansiedad, depresión, etc. no puede concluirse que estas situaciones sean las generadoras del estrés laboral o viceversa, porque podría ser que ya tenían dicha condición previamente.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

7.1. Conclusiones:

1. Lo destacable de la aplicación del Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, es que un pequeño número de mujeres son médicas, en cambio todo el grupo de enfermeras son mujeres, encontrando en ambas situaciones un desequilibrio en la equidad y estereotipos de género.
2. Los permisos otorgados a las enfermeras así como sus ingresos económicos son muy inferiores al de los médicos, lo que se refleja en un descontento con su situación económica y la poca valoración por parte de los directivos de la institución.
3. En la aplicación del MBI, en este estudio, solamente un médico y ninguna de las enfermeras fue catalogado como portador del burnout, probablemente por los altos criterios de selección aplicados.
4. Según los resultados del cuestionario de Salud, un tercio de los encuestados tanto en el grupo de las enfermeras como en el de médicos presentaron síntomas somáticos, especialmente dolores de cabeza, cuello y espalda, pero no se puede asegurar que sea como consecuencia del estrés laboral, ya que no coinciden los porcentajes de los dos test.
5. Este mismo cuestionario evidencia que más de la mitad de los médicos y un porcentaje aún mayor de las enfermeras presentan ansiedad por su contexto laboral.
6. También en la aplicación del cuestionario de Afrontamiento de BRIEF-COPE se observa un equilibrio de puntajes en los dos grupos, con diferencias un tanto mayores para los médicos en aceptación y en humor, mientras que en las enfermeras puntuaron más alto en religión.
7. Según la aplicación del cuestionario de Apoyo Social de MOS, los dos grupos revelan similitud para todas las formas de apoyo social y en cantidad adecuada en ambos grupos excepto en apoyo emocional, en donde las enfermeras tienen un importante mayor apoyo.
8. La tendencia a la igualdad de puntuación para los dos grupos de profesionales sanitarios se mantuvo también para los resultados de la aplicación del cuestionario de Personalidad de Eysenck, los puntajes obtenidos y las mínimas diferencias no permiten concluir si los síntomas encontrados son una consecuencia o el resultado del burnout, ya que el único médico que se considera con burnout, califica muy bajo en todas las subescalas, incluida en sinceridad.

7.2. Recomendaciones:

En virtud de las conclusiones llegadas en esta investigación, nos permitimos hacer las siguientes recomendaciones, aclarando la importancia de hacer más estudios al respecto, para obtener resultados más cercanos a la realidad.

1. Hacer un análisis más profundo en ambos grupos de estudio para determinar las causas de este desequilibrio y estereotipos de género, que podrían aportar datos reveladores.
2. Buscar instancias y acuerdos tanto en la institución de estudio como a nivel político y dentro de los gremios profesionales para que exista un mayor equilibrio tanto en la valoración profesional como en el nivel de ingresos de los profesionales de la salud.
3. Realizar un estudio paralelo utilizando otros criterios de selección con los mismos datos obtenidos al aplicar el MBI para equiparar a otros estudios similares en personal de salud.
4. En el personal de salud que presenten síntomas como dolor de cabeza y de cuello, hacer exámenes para descartar padecimientos orgánicos, de lo contrario aplicar técnicas de relajación y otras formas no farmacológicas de tratamiento.
5. Para disminuir la ansiedad, sobretodo en enfermería, aplicar las mismas técnicas de relajación y pequeños espacios de distracción dentro de su jornada laboral, involucrando a los directivos como política de la institución.
6. Buscar espacios dentro de la agenda de conferencias del para realizar actividades informales como de humor, cultura general, deporte o enseñar a todo el personal de salud diferentes técnicas distractoras y/o de afrontamiento apoyados en el departamento de psicología y apoyo social del instituto.
7. Conformar redes de apoyo social en todas las dependencias del instituto para detectar casos que requieran su intervención canalizadas a través del mismo departamento.
8. Realizar una amplia aplicación sólo del cuestionario de personalidad a todos los profesionales de la institución, y a los futuros postulantes a un cargo dentro de la misma, para determinar si las posibles alteraciones son consecuencia o resultado del burnout.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

Textos:

- Barlow, David, y Durand, Mark. (2001). *En: Psicología Anormal (Un enfoque integral)*. 2ª ed. 430-460. México: Thomson Learning Ed.
- Die Trill, (2000) María y López, Eulalia. *Aspectos Psicológicos en CUIDADOS PALIATIVOS*. 3ª ed. 611-618 Madrid, Ed. Ades.
- Die Trill, M. (2002). Franco Mercedes. *El Síndrome del Desgaste en PSICO-ONCOLOGIA*, 713 – 725. Madrid, ADES Ed.
- Cloninger, Susan. (2003). *Teorías de la Personalidad*. 3º ed. 22-25. México. Pearson Educación Ed. ISBN
- Diccionario Internacional. Español-Inglés, Inglés-Español (1988). 605, New York. Langenscheidt Ed.
- Diccionario Lexus de Medicina y Ciencias de la Salud (2010). Lima. Lexus Ed. ISBN: 978-9972-209-81-9
- Enciclopedia SALVAT (2004). 13.802 Madrid. Salvat Editores.
- Gibson, Ch. Lichtenthal, W. Berg, A. y Breitbart, W. (2006). *Aspectos Psicológicos de los Cuidados Paliativos*. En Fleisher. Barcelona: Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica Vol. 24 N° 1. 61-80. Elsevier Masson Ed.
- Morris, Charles y Maisto, Albert. (2001). *Personalidad*. En: *Introducción a la Psicología*. Décima edición. México. (pp. 406 – 417). Pearson Educación Ed. ISBN: 970-26-0031-6
- Sutherland, M. J. y Cooper, C. L. (1992). *Entendiendo el estrés: Una perspectiva psicológica para profesionales de la salud*. 2ª ed. Londres: (pp 118 – 126) Champam and Hall, ED

Revistas:

- Cebira, Juan. (2003). *Distrés crónico y desgaste profesional: algunas hipótesis etiológicas y nosotáxicas*. México. Revista Atención Primaria; 31 (9): 572 – 574

- Edelwich, J. Brodsky, A. (1980). *Burnout: Etapas del desilucionamiento en las profesiones de ayuda*. Nueva York: Human Sciences Press ED.

- Farber, B. A. (1991). *Crisis en la educación. Estrés y burnout en profesores americanos*. San Francisco: Jossey-Bass ED.

- Manassero, M., Fornés, J., Fernández, M., Vásquez, A. & Ferrer, V. (1995). Burnout en la enseñanza: análisis de su incidencia y factores determinantes. *Revista de Educación*, 308, 241-266.

-Tucundura, Thomas. García, Ana. y Prudente, Farias. (2006). *Síndrome de Burnout en Médicos Oncólogos*. Rev. Asociación Médica Brasileira; 52 (2): 108-112

Direcciones web:

- Abert, Marine. (2003) ¿Quién se quema en el trabajo y porqué?. Rev. Informaciones Psiquiátricas. Segundo trimestre nº 172 Barcelona. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=3239

- Boada, Juan. et. all. (2004). El Burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuencia del clima organizacional y de la motivación laboral. *Psicothema*. Vol. 16, nº 1 125-131. Oviedo. Disponible en: www.psycothema.com

- Cáceres, G. (2006) *Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Militar*. (Monografía de licenciatura). Universidad Complutense. Madrid. ISBN: 978-84-692-0062-9.

- Castro, R. Campero, L. y Hernández, B. (1997) *La investigación sobre el Apoyo Social en Salud: Situación actual y nuevos desafíos*. Rev. Saúde Pública vol. 31 Nº 4. Sao Paulo. doi. Org/10.1590/S0034-89101997000400012.

- Catsicaris, Cristina. Eymann, Alfredo Cacchiarelli, Nicolás. y Usahlivaras, Ignacio. (2007) *“La persona del médico residente y el síndrome de desgaste profesional. Un modelo de prevención en la formación médica.* Archivos de pediatría vol. 105 mayo/junio. Buenos aires. Disponible en: ISSN. 1668-3501.
- Ciancaglini, Gina. (2010). *Síndrome de Burnout.* (Monografía de maestría). U. de Buenos Aires. <http://www.monografias.com/trabajos38/sindrome-burnout/sindrome-burnout2.shtml>.
- Chacón, Roger. y Grau, Jeremi. (2007). *“Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos”* La Habana Rev. Cubana de Oncología 13 (2) 118-125. Disponible en: bvs.sld.cu/cu/revistas/onc/vol/13_2_07/onc12297.htm
- El Apoyo Social (s. f.). *Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.* Ficha NTP 439 Madrid España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo. Recuperado en: www.seg-social.es/
- Feigley, D.A. (1984). Psychological burnout in high-level athletes. *Physician and Sportmedicine*, 12(10), 109-119.
- Fender, L.K. (1989). Athlete burnout: Potential for research and intervention strategies. *Sport Psychologist*, 3(1), 63-71.
- Flórez, Jairo. (2011). *Burnout en el contexto Deportivo.* Bucaramanga. Disponible en: <http://orientacionesdemeta.blogspot.com/2011/11/burnout-en-el-contexto-deportivo-2.html>
- Garcés de Los Fayos, E.J. y Jara, P. (2001). Agotamiento emocional y sobrentrenamiento: Burnout en deportistas. En A. Olmedilla, E.J. Garcés de Los Fayos y G. Nieto (Coord.), *Manual de psicología del deporte.* Murcia: Diego Marín.
- Garcés, E. (2004). *Burnout en Deportistas: Propuesta de un Sistema de Evaluación e Intervención Integral.* Madrid. EOS Ed. Disponible: www.efdeportes.com/efd74/burnout.htm

- Gil-Monte, Pedro. (2001). *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la investigación*. Valencia. Revista Psicología Científica.com, 3(5). Disponible en: [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%20de%20burnout).html)
- Hun, M. y Botella, M. (2011). *Análisis de las variables Sociodemográficas en relación con el Síndrome de Burnout en Médicos del Servicio de Urgencias de Hospital de Baza*. Andalucía. Disponible en: congresosemesandalucia2011.com/analisisde...
- López, Andreu. (2010). *El Síndrome de Burnout: El Deportista de élite como Víctima*. En Life Salud. Disponible en: <http://www.mybestchallenge.com/blog/el-sindrome-de-burnout-en-el-deporte.htm>
- Mansilla, F y Jacson, S. (1986). *The measurement of experienced burnout*: Journal of Occupational Behavior; 2, 99 – 113. Disponible en: <http://www.psicologiaonline.com/ebooks/riesgos/anexo13.shtml>
- Mansilla, F. (2009). *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo*. En Psicología Online. Valencia. Disponible en: http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_7.shtml
- Manso, J. (2006). *Confiabilidad factorial de Maslach Burnout Inventory*. Revista Psicología Científica; 8 (23). Disponible en: [http://wwwpsicologia científica.com/bv/psicología-128-1-confiabilidad-y-validez-factorial-del-maslach-burnout.inventory.html](http://wwwpsicologia%20cientifica.com/bv/psicologia-128-1-confiabilidad-y-validez-factorial-del-maslach-burnout.inventory.html)
- Martínez, A. (2010). *El Síndrome de Burnout: Evolución Conceptual y estado actual de la cuestión*. Nº 112 Sept. 2010. Recuperado de: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n12/DATOSSS.htm>
- Maslach, C. y Jackson, M. (1977) *SEMBI. Inventario "Burnout"*. Madrid. T.E.A. Ed.

- Moreno, A. (2010). *Burnout asistencial: identificación, prevención y mediación en factores precipitantes*. Vol. 10 N° 1 1-15. Recuperado en: psicolatina.org/11/burnout.html.
- Ramos, F. (1999): *El Síndrome de Burnout*. Madrid: Klinik, S.L. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Roca, M. y Pérez, M. (1999). *Apoyo Social: Su significado para la Salud Humana*. La Habana. Félix Varela Ed. Disponible en: [scielo.isciii.ec/scielo.php?pid=s1695-61412000200021scip=sci_arttext](http://scielo.isciii.ec/scielo.php?pid=S1695-61412000200021scip=sci_arttext).
- Rosas, S. (2008). *Síndrome de desgaste profesional (Burnout) en personal de enfermería del Hospital General de Pachuca*. Rev. Electrónica de Psicología icsa – UAEH N° 3. Recuperado de: dgsa.uaeh.edu.mx/revista/psicología/IMG/pdf/8-Nº.3.pdf

9. ANEXOS

ANEXO 1

Certificación de Directivos de la Institución de haber realizado la aplicación de encuestas al personal médico y de enfermería:

Ver página siguiente.



INSTITUTO DEL CANCER CUENCA

DIRECCION: AV. EL PARAISO Y AGUSTIN LANDIVAR • TELFS.: 4096566 - 4096567 - 4096565
FAX: 4096562 • APARTADO: 01.01.1601
CUENCA - ECUADOR

E-mail: bioinfo@institutodelcancer.med.ec • <http://www.institutodelcancer.med.ec>

**DR. HERNÁN VALDIVIESO M., JEFE DEL DEPARTAMENTO DE
DOCENCIA E INVESTIGACIÓN DEL INSTITUTO DEL CANCER
SOLCA, NUCLEO DE CUENCA**

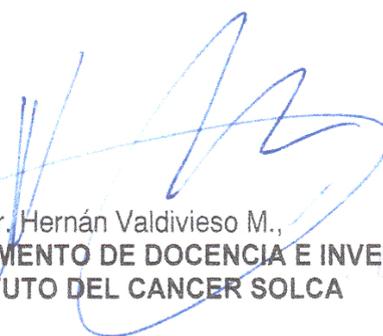
CERTIFICO:

Que, el Dr. Carlos Álvarez – Médico Anestesiólogo del Instituto del Cáncer, dictó dos conferencias científicas sobre el tema “Síndrome Burnout”, una al personal médico y otra al personal de enfermería que labora en esta casa de salud; a sí mismo realizó encuestas a este mismo personal, sobre el tema antes mencionado.

Es todo cuanto puedo informar.

Cuenca, 17 de abril de 2012




Dr. Hernán Valdivieso M.,
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN
INSTITUTO DEL CANCER SOLCA



ANEXO Nro. 2



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

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral # 1

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE MBI # 2

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>

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario (GHQ-28) # 3

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

<p>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p>

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

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

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

Cuestionario BRIEF-COPE # 4

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

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

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

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

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

CUESTIONARIO DE AS # 5

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

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

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

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

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

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

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

**CUESTIONARIO EPQR-
A # 6**

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 está 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 2° 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).