



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, período mayo - diciembre 2012.

Trabajo de fin de titulación.

Autor:

Camacho Loján, Dora Elisa

Directora:

Vivanco Vivanco, María Elizabeth; Mgs.

Centro Universitario Quito - Villaflora

2012

CERTIFICACIÓN

Magister
Vivanco Vivanco, María Elizabeth
DIRECTORA DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: “ **Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, período mayo-diciembre 2012**” realizado por el profesional en formación: **Camacho Loján; Dora Elisa (alumno)**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, diciembre de 2012

f)

Cl:

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Camacho Loján; Dora Elisa, con C.I. 1713031738, declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

.....

Camacho Loján, Dora Elisa

1713031738

AUTORÍA

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

.....
Camacho Loján, Dora Elisa
1713031738

AGRADECIMIENTO

“Si confieres un beneficio, nunca lo recuerdes; si lo recibes, nunca lo olvides”

Un profundo agradecimiento a todas y cada una de las personas que contribuyeron con la realización del presente Programa de Grado.

En primer lugar dar gracias a Dios, el dador de todas las cosas y quien permite que todo ocurra, por permitirme llegar a este momento.

A mí familia, quienes con su apoyo, han hecho posible la realización de esta Tesis y que por ende se constituye en un triunfo para ellos y el mío propio.

Una mención de gratitud quiero extender a las autoridades y docentes de la Titulación de Psicología y de manera especial a la Mgs. Ramírez Rocío, al Lic. Alvarado Julio, coordinadora académica y coordinador operativo, por su valioso aporte.

De igual manera, expreso un agradecimiento efusivo a la Mgs. Vivanco Vivanco María Elizabeth, mi Directora de trabajo de titulación, por toda su colaboración y entrega para guiarme a la feliz culminación de este proyecto.

Finalmente, pero no menos importante, a cada uno de los integrantes de este Programa de Graduación, quienes conformábamos un equipo de trabajo excelente y más que nada, fuimos amigos siempre.

Muchas Gracias.

DEDICATORIA

*“Ser agradecido no significa devolver favor con favor,
ni regalo con regalo sino más bien reconocer la calidad humana
de las personas que nos honran con su DON”*

*Dedico este trabajo de fin de titulación a Dios,
a mi Madre Carmita , a mis hermanas Adelita , Tanita
y principalmente a mis hijos Alejandro y Gabriel.*

*A Dios porque ha estado conmigo a cada paso que doy,
cuidándome y dándome fortaleza para continuar.
A mi Mami quien ha sido pilar fundamental en mi vida.
Sin ella, jamás hubiese podido conseguir lo que hasta ahora.
Su tenacidad y lucha insaciable han sido nuestro gran ejemplo a seguir
no solo para mí,
para mis hermanas y mi familia en general.*

*A mis hijos que con su amor y alegría
han sido mi fuerza para seguir adelante
en la culminación de mi formación profesional.*

A ellos mi trabajo y realización de esta titulación, que sin ellos, no hubiese podido ser.

Camacho Loján Dora Elisa

ÍNDICE

ORIENTACIONES GENERALES	PAG.
Certificación.....	ii
Acta de cesión de derechos.....	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 estrés.....	4
3.1.1. Antecedentes del estrés.....	4
3.1.2. Desencadenantes del estrés.....	5
3.1.3. Tipos de estresores.....	6
3.1.4. Estrés laboral.....	7
3.1.5. Moduladores del Estrés.....	9
3.1.6. Consecuencias del estrés.....	11
3.1.7. Medidas preventivas y control del estrés.....	12
3.2. Capítulo 2. Conceptualización del Buronut.....	13
3.2.1. Definiciones del Burnout.....	13
3.2.2. Delimitación histórica del síndrome de Burnout.....	13
3.2.3. Poblaciones propensas al Burnout.....	16
3.2.4. Fases y desarrollo del Síndrome deBurnout.....	16
3.2.5. Características, causas y consecuencias del Burnout.....	18

RESUMEN

El Burnout es la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, un estrés emocional crónico que produce sentimientos de inadecuación para las tareas, pérdida de motivación y suele progresar hacia sentimiento de fracaso que hace a las personas menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso un trato distante.

En la investigación que se la llevó a cabo con 15 médicos y 15 enfermeras del HG-1, se aplicó ocho cuestionarios: variables sociodemográficas, Burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad con el objetivo de identificar el nivel de Burnout, determinar el estado de la salud mental, identificar el apoyo social, conocer los modos y de afrontamiento e identificar los rasgos de personalidad en los profesionales de la salud, por estar expuestos a una gran cantidad de estresores diarios como es enfrentar situaciones de vida y muerte pueden presentar el síndrome.

Los resultados obtenidos fueron que el personal profesional de la salud, no presentan casos de Burnout, los perfiles de personalidad no presentan diferencias significativas, se evidencia factores protectores.

1. INTRODUCCIÓN

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

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

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

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

El objetivo de este proyecto, es identificar el nivel del Burnout en los profesionales de la salud, 15 médicos y 15 enfermeras del Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, con una metodología descriptiva mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables sociodemográficas, Burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad.

Los profesionales por enfrentarse diariamente a situaciones de vida y muerte en el trabajo que realizan, pueden desarrollar problemas de salud, psicológicos y conductuales.

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

En estudios realizados respecto a esta temática en lo referente a la prevalencia de Burnout en a nivel de Iberoamérica podemos indicar los siguiente datos: en los médicos residentes en España fue de 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Por profesiones, Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%. Entre los médicos el Burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%). (Grau, A, Flichtentrei, D, Suñer, R, Prats, M, y Braga, F, 2007)

Actualmente el Ecuador a través del Código de Trabajo solicita conocer los factores de riesgos psicosociales entre ellos el Burnout en el diseño del perfil del puesto. Por tal razón la Universidad Técnica Particular de Loja quiere contribuir a la temática iniciando con la identificación del desgaste profesional en los trabajadores de la salud y de esta forma poder identificar los condicionantes protectores o de riesgo que puedan influir en el desarrollo del síndrome, entre ellos están: el apoyo social, afrontamiento, rasgos de personalidad. Dependiendo de estas variables se podrá identificar el síndrome.

2. MARCO TEÓRICO

3.1. CAPÍTULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

3.1.1. Antecedentes del estrés

A finales del siglo XVII se plantea el término del “estrés” con un acento “técnico” debido a que el físico inglés Robert Hooke a través de su “ley de elasticidad” explica y proporciona el concepto de carga, por lo cual el estrés es entendido como la situación en la cual una experiencia externa actúa sobre un cuerpo, por este motivo los científicos relacionaron inicialmente el estrés a un “desgaste de la energía nerviosa”. A partir de este momento ya en el siglo XVIII los médicos plantean que la tercera parte de las enfermedades se debían a orígenes nerviosos.

Lo que nos da ya una definición en la que la persona puede pasar por situaciones que “sobrecargan” sus recursos físicos de tal manera que se dé una saturación que su sistema nervioso pueda no sobrellevar.

En el siglo XIX, se constituye muy especial para la Psicología, ya que comienza a aparecer como ciencia, alentando así la capacidad de adaptación del ser humano en su perspectiva pragmática en la vida moderna.

En las primeras décadas del siglo XX el cuadro de neurastenia cambió totalmente de un diagnóstico somático a un diagnóstico psicológico y paso a formar parte del nuevo lenguaje de la neurosis. (Mora, 2008).

El neurólogo Walter Cannon fue el primer investigador moderno que aplicó el concepto de “estrés”. Su hipótesis de que toda vida humana requiere mantener un equilibrio interior al cual llamaría “homeostasis”, lo llevó a formular su teoría en la cual los hechos y las situaciones son los que generan el estrés: si una situación considerada como estímulo provoca alteraciones emocionales, agotamiento psicológico, debilitamiento físico o deterioro, entonces se califica dicha situación como estresante o estresor.

Selye es considerado por muchos como el “padre del concepto moderno del estrés”. Dando pie a un nuevo e importante campo de investigación en la medicina y aportando argumentos para postular que un estímulo psicológico puede provocar una respuesta fisiológica y al mismo tiempo un marco teórico que posibilitó las investigaciones sobre el estrés en las ciencias de la salud. (Mora, 2008)

Actualmente el psicólogo Seldon Cohen (1997) quien ha realizado durante 25 años investigaciones sobre la relación entre el estrés y la salud, plantea un modelo que incluye los tres acentos en el desarrollo del concepto de estrés hasta la actualidad, los mismos que son:

- Experiencias de demandas del ambiente, estresores o eventos de vida.
- Percepción subjetiva de sentirse estresado.
- Activación de condiciones físicas y fisiológicas.

Para Seldon las demandas del ambiente son traducidas en cambios psicológicos y biológicos que ponen a la persona en riesgo de enfermarse.

La riqueza científica de la psicología contemporánea necesita tomar en cuenta siempre las intuiciones y hallazgos anteriores a la época, de la valoración científica y estadística para lograr un cuadro integral que realmente ayude al ser humano.

El problema del estrés abarca elementos físicos y psicológicos y afecta la dimensión espiritual de la persona, presentando como característica principal la percepción subjetiva de la propia falta de capacidad para responder al desafío que se le presenta.

La vida misma implica un dinamismo de conquista, de combate y de logro de metas según los propios ideales, la vivencia de experiencias estresantes e intensas, si son de corto plazo y adecuadamente afrontadas, fortalece y prepara al sujeto para nuevas luchas. (Muchinsky, 2002)

3.1.2. Desencadenantes del estrés

Los llamados estresores o factores estresantes son las situaciones desencadenantes del estrés y pueden ser cualquier estímulo, externo o interno (tanto físico, químico, acústico o somático como sociocultural) que de manera directa o indirecta, propicia la

desestabilización en el equilibrio dinámico del organismo. Lo que indica un cambio importante o sea percibido como amenaza, daño o desafío.

Entre los más comunes tenemos los siguientes:

Factores Medioambientales.- Representan un elemento clave entre los determinantes que condicionan los estados de salud de las poblaciones. La presión a la que se someten los recursos naturales amenaza la salud pública y al desarrollo.

Factores Hormonales.- Cuando las cosas no andan bien con nuestro cuerpo, esto lo hace notar de alguna manera, presentando algunos síntomas que no son cotidianos para nuestro diario vivir.

Estrés alérgico.- Las reacciones alérgicas son parte natural del mecanismo de defensa del cuerpo. Cuando el cuerpo es confrontado con una sustancia que el cuerpo considera que es tóxica, tratará de librarse de ella, ya sea atacándola o neutralizándola de alguna manera.

Para lograr un estado de salud integral es importante tener un balance, y lograremos este balance cuando sepamos reconocer los momentos en que estamos ansiosos, deprimidos, inseguros. (Sarason 2006)

3.1.3. Tipos de estresores

Estresores Psicosociales: son el conjunto de aspectos psicológicos y sociales que influyen en el ser humano. Implican aspectos internos y externos del individuo que interactúan produciendo depresión y la persistencia de estos factores contribuirían a su recurrencia, cobrando de esta forma fuerza la prevención dirigida a combatir estos aspectos disparadores.

Estresores Internos: están relacionados con aspectos específicos del individuo como relaciones interpersonales conflictivas, cambio afectivo denominado estrés emocional que puede desencadenar diversas patologías en función de la predisposición del individuo.

Estresores Externos: son las condiciones medioambientales como el ruido, tráfico desordenado, inseguridad, la inflación, todo lo que restringe nuestra capacidad de movimiento, el medio social representado por la familia, la vida comunitaria, la moda, la cultura, los cambios y varían de acuerdo con las diferentes etapas de la vida.

Estresores biogénicos: son mecanismos físicos y químicos que disparan directamente la respuesta de estrés sin la mediación de los procesos psicológicos. Trabajan directamente en los núcleos elicitors neurológicos y afectivos, son características de este tipo de estresores las sustancias químicas (anfetaminas, nicotinas) y los factores físicos como los estímulos que provocan el dolor, calor o frío extremo.

Estos estresores pueden estar presentes de manera aguda o crónica, también pueden ser resultado de la anticipación mental acerca de lo que puede ocurrir en el futuro. (González, 2010)

3.1.4. Estrés Laboral

El estrés es un trastorno psicosocial que afecta actualmente a la población mundial, la cual se encuentra inmersa en una sociedad globalizada que exige y demanda cada día individuos aptos y capacitados para enfrentar y resolver cada uno de los problemas de índole laboral, social y emocional que se presenten.

Es uno de los problemas de salud más graves que en la actualidad afecta a la sociedad en general, debido a que no solo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales sino también a los empleadores y a los gobiernos.

Las causas y efectos del estrés en el área laboral son variados, lo importante es motivar y preparar a los miembros de las organizaciones laborales para afrontar la tenacidad y valentía los retos planteados a nivel laboral, sin descuidar su salud ocupacional para obtener excelentes resultados en el logro de metas que se propongan.

El estrés laboral aparece cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral.

El trabajador ante una situación de estrés intenta desarrollar una o varias estrategias de afrontamiento que persiguen eliminar la fuente de estrés. También pueden tratar de evitar la experiencia incidiendo en la situación estresante, en sus propios deseos e inclusive en las expectativas en relación con esa situación.

En muchas ocasiones el estrés laboral puede ser originado por varias causas, una muy importante es el temor a lo desconocido, ya que muchas veces el trabajador se enfrenta a situaciones inciertas que le generan desconfianza y la sensación de no estar preparado para enfrentar un problema en la organización, por lo que este tipo de situaciones no permiten que exista un desarrollo pleno de la persona por el miedo a equivocarse. (Peiró, 2011)

a. Principales efectos del estrés laboral

- Aumento de la tasa cardíaca
- Tensión muscular
- Dificultades para respirar
- Preocupaciones
- Dificultad para la toma de decisiones
- Sensación de confusión
- Temblores
- Tartamudeo (Peiró, 2011)

Las empresas deben ser conscientes que los miembros de su organización son seres humanos que sienten, sufren enfermedades y tienen un límite, por lo que debe de ponerse atención especial a sus demandas e insatisfacciones ya que esto permitirá mejorar el clima organizacional y esto llevará a obtener mejores resultados en el aspecto social y económico.

Un trabajador al que se le cumplen las demandas da lo mejor de sí en su trabajo y es responsable de sus actos, trabaja para mejorar las condiciones de la organización por lo que siempre debe de buscarse la satisfacción de los trabajadores así como promover iniciativas encaminadas al logro de la misma. (Peiró, 2011)

La mejor técnica para evitar caer en situaciones estresantes es evitar de manera eficaz todo aquello que nos conlleva a desequilibrios emocionales o laborales con el fin de prevenir los efectos agudos ocasionados por el estrés.

Es importante cambiar los estilos de vida rutinaria y la de incorporar nuevos hábitos, que muchas veces son muy sencillos pero pueden dar solución a importantes problemas de salud física y mental originados por el estrés, de igual forma mejorar los hábitos alimenticios, ejercicio físico moderado, ritmo de sueños adecuados, propiciar actividades recreativas.

El afrontamiento del estrés laboral radica muchas veces en la posibilidad de controlar los agentes estresores externos aunque generalmente estos no dependen exclusivamente de un solo individuo por lo que la mejor forma de enfrentarse al estrés laboral requiere de una lucha conjunta entre los miembros de la organización la cual permitirá la solución más rápida de este trastorno de adaptación a los individuos. (Peiró, 2011)

3.1.5. Moduladores del estrés

Los siguientes moduladores nos ayudaran a tomar medidas preventivas en caso de caer en un factor de estrés.

Vulnerabilidad del estrés.-Hay individuos que son más vulnerables que otros. En la misma situación, unos se estresan y otros no. Hay dos aspectos de la vulnerabilidad: la heredada y la aprendida.

Vulnerabilidad heredada: tiene relación con una cierta hipersensibilidad que hace que la persona perciba como una amenaza lo que es un simple problema (tendencia a dramatizar) y entonces reaccione en forma exagerada (desadaptada, estresada).

Vulnerabilidad aprendida: tiene que ver con cierta impotencia agresiva que se llama "inhibición de la acción" o agresividad defensiva.

Autoestima.- Es el sentimiento valorativo de nuestro ser, de nuestra manera de ser, de quienes somos nosotros, del conjunto de rasgos corporales, mentales y espirituales que configuran nuestra personalidad. Esta se aprende, cambia y la podemos mejorar.

Según como se encuentre nuestra autoestima, ésta es responsable de muchos fracasos y éxitos, ya que una autoestima adecuada, vinculada a un concepto positivo de sí mismo, potenciara la capacidad de las personas para desarrollar sus habilidades y aumentará el nivel de seguridad personal, mientras que una autoestima baja enfocará a la persona hacia la derrota y el fracaso.

Personalidad.- Se refiere a los patrones de pensamientos característicos que persisten a través del tiempo y de las situaciones, y que distinguen a una persona de otra, la personalidad está íntimamente relacionado con el temperamento y el carácter.

La persona, va creciendo y formando su personalidad dentro del ambiente familiar, que es el principal factor que influye en la formación de la misma, ya que le incorpora a ésta los valores, reglas y costumbres que a veces suelen ser contraproducentes. Algunos de los aspectos ya mencionados son incorporados, a la familia, por medio del "modelo" que la sociedad nos presenta, y éste es asimilado por todos los grupos sociales. Pero, la personalidad de cada uno, no sólo se forma a través de la familia, sino también, con lo que ésta cree que los demás piensan de ella y con lo que piensa de sí misma, al salir de este ambiente y relacionarse con personas de otro grupo diferente

Apoyo social.- Es la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas, la información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren, b) son estimados y valorados y c) pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas brindándoles 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.

Estilo de afrontamiento.-Aunque en teoría se pueden emplear multitud de estrategias para manejar una situación estresante, cada individuo tiene una propensión a utilizar una serie determinada de estrategias en situaciones diversas.

El uso de estrategias de afrontamiento ayuda al individuo a manejar una situación estresante. (Peiró, 2011)

3.1.6. Consecuencias del estrés

El estrés puede activar la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de recursos (atención, memoria, activación fisiológica, rendimiento, etc.) que hace aumentar la productividad. Sin embargo, cuando este proceso de activación es muy intenso o duro mucho tiempo, los recursos se agotan y llega el cansancio, así como la pérdida de rendimiento.

Las consecuencias negativas del estrés son múltiples, pero a grandes rasgos, cabe señalar su influencia negativa sobre la salud, así como el deterioro en diferentes niveles como son:

Fisiológicos.- Manifestaciones somáticas o corporales, sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estómago, otras molestias gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dificultades para tragar, dolores de cabeza, mareo, náuseas, molestias en el estómago, tiritar, etc. A su vez, el estrés puede producir cambios en otros sistemas, en especial puede producir una inmunodepresión que hace aumentar el riesgo de infecciones (como la gripe) y puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas, como el cáncer.

Cognitivas.- Preocupación, temor, inseguridad, dificultad para decidir, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo, temor a la pérdida del control, dificultades para pensar, estudiar, o concentrarse, etc.

Motoras.- Intranquilidad motora, movimientos repetitivos, rascarse, tocarse, ir de un lado para otro sin una finalidad concreta, tartamudear, llorar, quedarse paralizado, etc.

Hábitos relacionados con la salud.- Con las prisas, la falta de tiempo, la tensión, etc., Aumentan las conductas no saludables, tales como fumar, beber, o comer en exceso, y se reducen conductas saludables, como hacer ejercicio físico, guardar una dieta, dormir suficientemente, conductas preventivas de higiene, etc. Estos cambios de hábitos pueden afectar negativamente a la salud y, por supuesto, pueden desarrollarse una serie de adicciones, con consecuencias muy negativas para el individuo en las principales áreas de su vida, como son la familia, las relaciones sociales, el trabajo, la salud, etc. (Serrano, 2002)

3.1.7. Medidas preventivas y control del estrés

Las estrategias para afrontar el estrés buscan prevenir o controlar los excesos en las demandas procedentes del entorno o bien de nosotros mismos. En los casos en que la situación que nos genera estrés es inevitable, el desafío consiste en hacer frente a la situación de la manera más saludable posible. Para ello se sugiere algunas estrategias para hacer frente a situaciones de mucha tensión:

- Relajación. Realizar actividades que permitan renovar física y psicológicamente: descanso, vacaciones, deportes y actividades de ocio, técnicas de relajación.
- Hacer ejercicio. Las actividades físicas como caminar, nadar, o incluso limpiar el cuarto, reparan nuestras fuerzas y nos reaniman.
- Dieta saludable. Evitar la automedicación y el abuso de cafeína, alcohol y comidas.
- Ser Asertivo. Establecer límites, aprender a decir que "no". Suspender las actividades que son menos prioritaria.
- Organizar el tiempo. Prioriza y estructurar las actividades y expectativas.
- Mantener expectativas realistas. Esperar demasiado de uno mismo o de los demás, exigirte perfección o ser inflexible con las prioridades puede generar mucha frustración.
- Compartir emociones. Buscar alguien con quien conversar y expresar tus emociones, tanto la risa como la pena y la rabia.
- Anticipar las situaciones estresantes y prepararse. Imaginar la situación (el examen o la entrevista) y practicar respuestas y reacciones para estar preparado.
- Cambiar el ambiente físico de manera que le ayude a trabajar y descansar mejor. (Serrano, 2002)

2.2. CAPÍTULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

2.2.1. Definición del Burnout

El Síndrome del Burnout también llamado síndrome de “estar quemado” o de desgaste profesional, se considera como la fase avanzada de estrés profesional, y se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario.

Caracterizado por el agotamiento, decepción y pérdida de interés, en los profesionales dedicados a las denominadas profesiones de servicios.

Este síndrome es un mal invisible que afecta y repercute directamente en la calidad de vida del individuo, los factores personales, familiares y organizacionales se hallan implicados en el surgimiento de este Síndrome.

Muchos expertos dicen que es una enfermedad de la sociedad moderna, donde el trabajo deja de ser una fuente generadora de bienestar, para transformarse en un causal de desilusión y que es la sociedad quien debe deshacer el camino mal transitado. (Bosqued, 2008)

2.2.2. Delimitación histórica del Síndrome del Burnout

Recién en la década de los 70 comenzaron a construirse modelos teóricos e instrumentos capaces de registrar este sentimiento crónico de desánimo, apatía y despersonalización.

A pesar de que es un concepto nuevo, en cierto sentido el Burnout tiene la edad de la Psicología, en los primeros años de la década de los 70, un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de usuarios de drogas mostró que, después de algunos meses de trabajo, estos profesionales compartían algunos síntomas que ya habían sido observados y estudiados.

Fue Herbert Freudenberger en 1974, quien lo describió como un síndrome clínico, ya que podía observar el sufrimiento en los profesionales y utilizó el término por primera vez en 1974.

En 1983 Fischer, consideró al Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de las personas, mientras que Pines

y Arosón lo conceptualizaban como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima.

Brill en 1984 conceptúa un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor. Cronin-Stubbs y Rooks en 1985 proponen una respuesta inadecuada, emocional y conductual a los estresores ocupacionales. Smith, Watstein y Wuehler en 1986 concluyen que el Burnout describe un frágil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

Garden en 1987 muestra la idea de que una definición de Burnout es prematura pues existe una ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación hasta el momento no ha permitido esclarecer. Shirom (1989) lo define como consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, de manera que al descender los recursos personales aumenta el síndrome, por lo que la variable de afrontamiento sería determinante en la comprensión del Burnout.

Hiscott y Connop sencillamente entienden el Burnout como un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo. Moreno, Oliver y Aragonés en 1991 hablan de un tipo de estrés laboral que se da principalmente en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficios del propio trabajo. Leiter en 1992 lo asemeja a una crisis de autoeficacia. Distanciando así el Burnout del estrés laboral.

En 1993 Burke y Richarsen proponen un proceso que ocurre a nivel individual como una experiencia psicológica envuelta de sensaciones, actitudes, motivos y expectativas, y es una experiencia negativa que da lugar a problemas de discomfort.

Leal Rubio resalta una sintomatología depresiva que surge ante lo que el individuo siente como fracaso de sus intervenciones, pérdida de autoestima por la vivencia de que su trabajo y esfuerzo que no son útiles. Garcés de Los Fayos (1994) señala que el Burnout puede ser similar al estrés laboral o consecuencia de éste.

Schaufeli y Buunk en 1996 interpretan el Burnout en términos de comportamiento negativo en la organización, que afectaría no solamente al individuo, sino también a

ésta. Gil-Monte y Peiró defienden una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución.

Gil-Monte y Peiró en el año 2000, desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización).

En el 2002, Peris enfatiza un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana.

Más recientemente, el burnout se ha descrito como un síndrome defensivo (mecanismo de defensa) que se manifiesta en las profesiones de ayuda. El riesgo en estas profesiones es que suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. La confrontación entre los ideales (conscientes o no) y la realidad laboral pueden conducir a Burnout(Jaoul, Kovess y Mugen, 2004).

Según Aranda (2006) la palabra Burnout es un término anglosajón que significa estar quemado, desgastado, exhausto, donde se pierde la ilusión por el trabajo. Actualmente, Molina Linde y Avalos Martínez, definen el síndrome como la paradoja de la atención en salud: el profesional de salud se enferma en la misma medida que éste sana a los pacientes.

Maslach y Leiter en el 2008 relacionan el Burnout especialmente con las características del trabajo, incluyendo alto volumen de trabajo, conflicto y ambigüedad de rol, baja previsibilidad, falta de participación y apoyo social, y experiencia de injusticia.

El Burnout sería consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos podrán ser de carácter laboral, fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del síndrome. (Martínez, 2010).

3.2.3 Poblaciones propensas al Burnout

El síndrome del Burnout por ser una sobrecarga emocional, afecta diferentes áreas en la persona que lo padece, presentando síntomas de cansancio, agotamiento, malestar general, disminución de los recursos emocionales entre otros.

El síndrome se ha convertido en una patología que acompaña a gran parte de la población trabajadora, siendo las más comunes las escuelas, universidades, hospitales centros de salud y corporaciones policíacas.

En este ámbito se da más en trabajadores o profesionales de la enseñanza (escuelas, colegios y universidades), en profesionales de la salud, médicos, psiquiatras y psicólogos (clínicas, hospitales, centros de salud), policías que trabajan en organismos de seguridad pública y profesionales de agencias de servicio público

Como un síndrome de agotamiento profesional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre los individuos que trabajan en contacto directo con otras personas suelen tener manifestaciones conductuales adictivas y evitativas, consumo aumentado de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo de los clientes y compañeros, frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito del trabajo y dentro de la propia familia. (Martínez, 2010).

3.2.4 Fases y desarrollo del Síndrome del Burnout

El síndrome de Burnout, se considera como la fase avanzada del estrés laboral, profesional, como consecuencia del estrés laboral crónico.

El Burnout se produce especialmente en organizaciones de servicios y afecta a profesionales contrato con clientes o usuarios. Se produce cuando se desequilibran las expectativas en el ámbito profesional y la realidad del trabajo diario. (Martínez, 2010).

Es un proceso en las que las actitudes y las conductas profesionales cambian de forma negativa dado al estrés laboral. Este consta de cinco fases evolutivas:

Fase inicial de entusiasmo.- En esta etapa inicial la persona experimenta ante un nuevo puesto de trabajo o asignación de actividades, un gran entusiasmo, energía y la persona posee expectativas positivas de la nueva responsabilidad.

Fase de estancamiento.- No se cumple las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés), por tanto definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración.- Se puede percibir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Fase de apatía.- En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (afrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes o compañeros de forma distante y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por la evasión de las tareas estresantes.

Fase de agotamiento severo.- Colapso emocional y cognitivo, con importantes consecuencias para la salud. Además puede llevar al trabajador al abandono del empleo por la frustración insatisfacción.

Estas fases se deben a la vez al desarrollo del síndrome de Burnout que dependen prácticamente de tres tipos de factores:

Variables individuales: el género parece ser una variable que diferencia las puntuaciones en Burnout entre hombres y mujeres, sobre todo en las dimensiones de agotamiento e ineficacia profesional. Las mujeres puntúan más alto en agotamiento y en ineficiencia profesional que los hombres, los hombres en cambio muestran más actitudes negativas de trabajo.

Variables sociales: la variable de carácter social como el apoyo social hace manifiesta, ya que el apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales (compañeros, amigos, familiares, etc.)

Variables organizacionales: las variables personales y sociales pueden afectar a la aparición del Burnout, las variables organizacionales vinculadas al desempeño del puesto de trabajo lo desencadenan. Factores como el contenido del puesto o el clima organizacional, pueden convertirse en desencadenantes del síndrome del Burnout. (Martínez, 2010).

3.2.5 Características, causas y consecuencias del Burnout

El síndrome del Burnout es un mal invisible que afecta y repercute en la calidad de vida de los profesionales, entre las principales características tenemos:

Es insidioso: se impregna poco a poco hasta que en un punto se sufre el desgaste propio de la profesión.

Se tiende a negar: ya que se vive como un fracaso profesional y personal. Son los compañeros los que primero notan.

Existe una fase irreversible: entre un 5% y 10% de los médicos y docentes, el síndrome adquiere tan virulencia que resulta irreversible. La única solución es el abandono de la asistencia.

A nivel de patologías del cuadro evolutivo que presenta el paciente que padece Burnout son los siguientes:

1er nivel - Falta de ganas de ir a trabajar. Dolor de espaldas y cuello. Ante la pregunta ¿Qué te pasa?, la respuesta es "No sé; no me siento bien".

2do nivel - Empieza a molestar la relación con otros. Comienza una sensación de persecución ("Todos están en contra mío"); se incrementa el ausentismo y la rotación.

3er nivel - Disminución notable en la capacidad laboral. Pueden comenzar a aparecer enfermedades psicosomáticas (alergias, soriasis, picos de hipertensión, etc.). En esta etapa se comienza la automedicación. En este nivel, se ha verificado el comienzo de la ingesta alcohólica.

4to nivel.- Esta etapa se caracteriza por el alcoholismo, drogadicción, intentos de suicidio (en cualquiera de sus formas); suelen aparecer enfermedades graves tales como cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Durante esta etapa, en los períodos previos, se tiende a abandonar el trabajo.

Entre las respuestas emocionales que repercuten en los profesionales que padecen del Síndrome tenemos:

Manifestaciones mentales: Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamiento paranoides y /o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia.

Manifestaciones físicas: Cefaleas, insomnio, algias osteo musculares, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.

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

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

Síntomas Conductuales: Evitación de responsabilidades, absentismo laboral e intenciones de abandonar la organización, desvalorización, auto sabotaje, desconsideración hacia el propio trabajo, conductas inadaptadas, desorganización, sobre implicación, evitación de decisiones, aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.

Síntomas Sociales: Aislamiento y sentimientos de fracaso, evitación de contactos, conflictos interpersonales, mal-humor familiar, formación de grupos críticos, evitación profesional.

Síntomas Psicosomáticos: Cefaleas, quejas psicosomáticas, pérdida de apetito, cambios de peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales.

Por otro lado, la vida de la pareja sufre un enorme deterioro, siendo la responsable de un importante número de divorcios dentro de este tipo de profesiones. (Bosqued, 2008).

3.2.6. Modelos explicativos del Burnout

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos.

a. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.

En estos modelos las causas más importantes son:

Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas.

El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinados por la autoconfianza del sujeto. Es evidente que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto., etc. entre ellos se encuentra el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), el Modelo de Pines (1993), el Modelo de Cherniss (1993) y el Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).

b. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer Burnout. Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

c. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el Burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social.

d. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto. (Hernández Tirso, Terán Omar, Navarrete Dolores, León Andrea, 2007)

3.2.7 Prevención y tratamiento del Síndrome del Burnout

Se basa en el control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. En ocasiones, es necesario un breve período de baja laboral.

A continuación enumeramos los mejores “antídotos” contra el síndrome del Burnout:

- Implicarse en actividades externas al trabajo.
- Intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares.
- Planificar y desarrollar actividades de ocio y sociales.
- Tener tiempo y espacio para el juego y la recreación.
- No saltar períodos de vacaciones
- Desarrollar actividad física.
- Formación en emociones.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso, trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- Minimizar la burocracia con apoyo de personal auxiliar.

- Formación continuada reglada, dentro de la jornada laboral.
- Espacios comunes, objetivos compartidos.
- Diálogo efectivo con las Direcciones.

Dado que una de las causas del síndrome es la existencia de problemas organizativos en las empresas que se traducen en falta de comunicación vertical (directivo a empleado) y horizontal (entre los propios compañeros). Para afrontar esta situación, es conveniente analizar sobre qué valores se asientan las relaciones dentro de la empresa. En una compañía moderna, es fundamental que desaparezca la cultura de control del jefe sobre el subordinado y sustituirla por una cultura de confianza.

Al mismo tiempo resulta básico valorar el trabajo por los resultados y no por factores tradicionales como las horas de presencia en la oficina, además, uno de los factores de valoración de los directivos debe ser el grado de desarrollo profesional de sus empleados, lo que redundará en una mejora de resultados de todo el grupo.

Otras estrategias son establecer objetivos claros para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional. (Bosqued, 2008).

3.3 CAPITULO 2.1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

a. Variables sociodemográficas

Variable en función del género.-Resulta controversial afirmar si los hombres o las mujeres son más susceptibles al Burnout. Por lo general, la mujer combina varios tipos de estrés, lo cual la hace más susceptible a padecer el Burnout. Los hombres tienen mayor riesgo de agotarse emocionalmente debido al contenido y características de la tarea.

Variable en función de los años de trabajo.-En cuanto a los años de ejercicio profesional, durante los primeros diez años son los más estresados, por su dedicación y compromiso con su trabajo y desempeño.

Variable en función del estado civil.-Las personas con hijos y familia pueden ser una fuente de desahogo emocional, ya que cuentan con el apoyo de la familia, y pueden sobrellevar las situaciones estresantes, mientras las personas solas tienden a tener situaciones estresantes lo que puede llegar a desencadenar la iniciación del síndrome en ellos.

b. Variables protectoras

Optimismo.-Es una característica de personalidad que media entre los acontecimientos externos y la interpretación personal de los mismos. Es la tendencia a esperar que el futuro depare resultados favorables. El optimismo es el valor que nos ayuda a enfrentar las dificultades con buen ánimo y perseverancia, descubriendo lo positivo que tienen las personas y las circunstancias, confiando en nuestras capacidades y posibilidades junto con la ayuda que podemos recibir. En general, las personas más optimistas tienden a tener mejor humor, a ser más perseverantes y exitosas e, incluso, a tener mejor estado de salud física y fortalecimiento a encontrar beneficio en situaciones traumáticas y estresantes

Sentirse valorado.-Toda persona necesita en algún momento de su vida sentirse importante para una sociedad y sentirse que es valorado por lo que es y por lo que hace, pero la primera medida para sentirse valorado por los demás es valorarse y quererse a sí mismo, solo así los demás aprenderán a querer y valorar a la otra persona.

Satisfacción laboral.-La satisfacción laboral es el resultado de varias actitudes que tiene un trabajador hacia su empleo, los factores concretos (como la compañía, el supervisor, compañeros de trabajo, salarios, ascensos, condiciones de trabajo, etc.)

La satisfacción laboral y el compromiso con el puesto (el grado en que uno se identifica con su trabajo y participa activamente en él) y con la organización (indicador de lealtad y la identificación con la empresa) da una satisfacción laboral.

Valoración económica.-Toda sociedad enfrenta la necesidad de optar entre diferentes usos de sus recursos y así obtener un determinado beneficio que en este caso sería una buena remuneración económica por su labor.

La motivación.-Son los estímulos que mueven a la persona a realizar determinadas acciones y persistir en ellas para su culminación, la voluntad para hacer un esfuerzo, por alcanzar las metas de la organización, condicionado por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad personal.

c. Investigaciones realizadas

- SÍNDROME DE BURNOUT, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES EN MÉDICOS ESPECIALISTAS DEL HOSPITAL VALENTÍN GÓMEZ FARIAS, MÉXICO.

El Síndrome de Burnout es considerado una respuesta al estrés crónico laboral. Algunas variables de tipo sociodemográficas y/o laborales pueden intervenir e influir en la aparición de dicho síndrome. El objetivo fue el de analizar la relación entre los factores sociodemográficos y laborales con el Síndrome de Burnout en los médicos especialistas del Hospital Valentín Gómez Farias, México. *Metodología:* el estudio fue descriptivo y transversal. Se aplicó tanto el cuestionario de datos sociodemográficos y laborales como la Escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HS). Los análisis estadísticos fueron descriptivos (medias y porcentajes) e inferenciales (asociaciones entre las variables de estudio). *Resultados:* de los 119 médicos, 64.7% eran hombres y 35.3% mujeres, con un promedio de edad de 34 años. La prevalencia para el Síndrome de Burnout fue del 51.3%, para la dimensión agotamiento emocional de 31.1%, para la de baja realización personal del 35.3% y en despersonalización el 18.5%. Se encontraron asociaciones entre tener menor edad que la del promedio con agotamiento emocional, menos tiempo de labor y trabajar en un turno mixto con despersonalización y como variables protectoras el pertenecer al servicio de urgencias y clínicas hacia la dimensión despersonalización. (Aranda Carolina, Zárate Viviana, Pando Manuel, Sahún José, 2010).

- PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN RESIDENTES DE ESPECIALIDADES MÉDICO QUIRÚRGICAS, SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

El Síndrome de Burnout es una de las manifestaciones que más afecta a los profesionales de la salud, con diversas consecuencias para ellos y para quienes los rodean. Es también, una de las causas más reconocidas de ausentismo en el trabajo, de baja calidad en la atención y de demandas laborales. El objetivo del trabajo fue conocer la prevalencia del síndrome entre los residentes de las especialidades médico quirúrgica de hospitales universitarios, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. El estudio de prevalencia analítica contó con una muestra de 138 residentes a quienes se les aplicó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), que evalúa tres dimensiones de sus condiciones de trabajo: causas del Burnout (CBO) , síndrome (SBO) y consecuencias (CON). El 12,6% de los residentes presentó un alto nivel de Burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación

negativa entre el Burnout y el bienestar psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y laborales. (Paredes Olga, Sanabria Pablo, 2008).

- BURNOUT Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SOCIOLABORALES Y ORGANIZACIONALES EN PROFESORES UNIVERSITARIOS CHILENOS

Esta investigación tiene como objetivo determinar la relación entre variables sociodemográficas, sociolaborales y organizacionales con las dimensiones del síndrome de Burnout en profesores universitarios chilenos y compararlos con una muestra y baremos españoles. La muestra está compuesta por 119 profesores universitarios que tienen jornada completa y exclusividad. Se les aplicó MBI G-S y la escala de Despersonalización del MBI-HSS, además de los instrumentos asociados al Modelo de Demandas-Recursos Laborales. Se realizaron pruebas no paramétricas, para el análisis de varianza y para correlaciones bivariadas. 17.6% de los profesores universitarios presentaron Burnout y 26% Despersonalización. Se presenta una caracterización de los profesores universitarios con mayor vulnerabilidad padecer alguna de las dimensiones del síndrome de Burnout de acuerdo a las variables medidas. (Salanova M., Llorens S. 2008).

- VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL SÍNDROME DE BURNOUT O DE QUEMARSE EN PROFESORES DE ENSEÑANZA MEDIA BÁSICA (SECUNDARIA) DE LA ZONA METROPOLITANA DE GUADALAJARA.

Analizar la relación entre las variables sociodemográficos y la presencia del síndrome de *burnout* en los profesores del nivel Medio Básico de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Material y métodos: se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal, en una muestra de 360 maestros que laboraban frente a grupo; probabilística y representativa. Se captaron los datos por medio de una encuesta auto aplicado que contenía datos sociodemográficos, laborales y la escala de Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) Para el análisis y proceso de datos se utilizó el paquete estadístico Epi.Info 6. Resultados: 80% de los docentes tenía alguna dimensión de la escala "quemada". Se identificó 43.7% con agotamiento emocional; 40.3%, con baja realización personal, y 13.3%, con despersonalización. Tienen más riesgo de presentar el síndrome *burnout*: las mujeres, los docentes que no tienen pareja y quien tiene estudios de posgrado ($P = .000$). Conclusión: La prevalencia de síndrome de quemarse en profesores es alta, se asocia al género y cuando no se tiene pareja, así

como a tener mayor preparación académica. (Aldrete María, González Jaqueline, Preciado María, Pando Manuel, 2009).

- BURNOUT, VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES PERCIBIDA EN PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE CUIDADOS INTENSIVOS

De un total de 56 cuestionarios administrados, se obtuvieron 42 válidos, lo que supone una tasa de respuesta del 75%. Destaca la puntuación media obtenida en la dimensión de agotamiento emocional (25,45 _ 11,15). El 42,9% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada. Resultó significativa la asociación burnout-salud general percibida ($r = 0,536$; $p < 0,001$), destacando sobre todo la asociación agotamiento emocional-escala B de síntomas de ansiedad ($r = 0,648$; $p = 0,000$). Los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 11,9% de la muestra estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de *burnout*: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Los niveles de *burnout* salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral. (Rout U., 2008)

3.3.2. El Burnout y la relación con la salud mental

La salud mental, el equilibrio que un individuo experimenta respecto a aquello que lo rodea. Cuando se consigue este estado, la persona puede participar de la vida social sin problemas, alcanzando su propio bienestar, es un estado de bienestar psicológico y emocional que permite al sujeto emplear sus habilidades mentales, sociales y sentimentales para desempeñarse con éxito en las interacciones cotidianas.

Hay una serie de factores que indudablemente ayudarán a cualquier individuo a tener una buena salud mental. Entre ellos se encuentran el relajarse, el hallar siempre tiempo para cuidarse a uno mismo, contar con el respaldo y apoyo de amigos y familiares, y tener una vida saludable donde el ejercicio esté muy presente.

Para la psicología, la salud mental debe impulsarse desde la perspectiva de la persona (estimulando su autoestima) pero también teniendo en cuenta lo social (a partir de comunidades cohesionadas) y con apoyo del Estado (garantizando la disponibilidad de la salud pública para todas las personas). (Pérez, 2010).

a. Salud Mental y el Estrés

Los problemas de salud mental son comunes en la población general, estimándose que hasta una de cada cinco personas puede presentar síntomas de algún trastorno mental en el curso de un año. Las enfermedades mentales dan cuenta de una proporción significativa del ausentismo laboral, y su costo las ubica entre las más importantes causas de pérdidas de productividad y de años de vida perdidos por incapacidad. El estrés, como factor de riesgo, está relacionado con la relación mental, pero también con otras enfermedades y con las dificultades que se presentan tanto en el trabajo como en la vida diaria.

Dado el impacto que el estrés y la salud mental tienen sobre la seguridad, salud y productividad en el individuo. Las acciones de prevención pueden estar enfocadas sobre el individuo, la organización, dando como resultado una interacción entre el individuo y su medio ambiente, estilo de vida, relaciones interpersonales, temperamento, vulnerabilidades, lo que se asocia a diferentes situaciones, conflictos, pérdidas o amenazas que lo impactan en determinados momentos o períodos de su vida. (Pérez, 2010)

b. Síntomas somáticos

Los síntomas somáticos son aquellos que corresponden a situaciones en las que el cuerpo asume y carga con un malestar de origen emocional. Cuando el malestar emocional no puede ser reconocido o expresado aparece una disfunción de tipo biológico que, en su proceso evolutivo, ha perdido el contacto y la conciencia con el dolor mental correspondiente. Los síntomas somáticos son:

- Trastorno de la personalidad y del comportamiento.
- Enfermedad o incapacidad física, debido al estado en el que se desarrolla el punto de estrés.
- Incluye quejas o incapacidad física, produciendo malestar o preocupación en el cual puede ser un dolor progresivo prolongado. (Pérez, 2010).

c. Ansiedad e insomnio

La ansiedad es uno de los principales responsables de los problemas de insomnio, especialmente el llamado insomnio de conciliación, en el cual la persona tarda mucho tiempo en poder conciliar el sueño.

Se considera insomnio a la incapacidad para dormir o dormir poco durante varios días consecutivos.

Principalmente la ansiedad afecta al insomnio de conciliación y al de despertar precoz, el insomnio de despertares nocturnos diversos estudios lo han asociado a estados depresivos más que a problemas de ansiedad. Dentro del insomnio de conciliación es el principal inconveniente es darle vueltas a la cabeza pensando en un tema de forma repetitiva.

Por muchas vueltas que le demos no conseguiremos dar solución al tema que nos preocupa, por lo que lo más recomendable es intentar pensar en otro tema completamente diferente de forma que dejemos de darle vueltas a la cabeza, si fuera necesario salir de la cama para hacer otra actividad que distraiga a la mente.

En estos casos lo recomendable es realizar alguna actividad relajante antes de acostarse, como pueden ser ejercicios de respiración, relajación, yoga, un baño caliente y perfumado, todos estos elementos van a favorecer la conciliación del sueño y que éste sea más prolongado y sin despertares nocturnos o precoces.

Existen múltiples técnicas psicológicas para combatir la ansiedad y eliminar los problemas de insomnio, y así poder llevar una vida más tranquila y satisfactoria. (Pérez, 2010).

d. Disfunción social en la actividad diaria

Las condiciones de vida, la participación de la familia, la fuente y la cuantía de los ingresos, la situación legal y las relaciones con personas significativas pueden ser situaciones tanto estresantes como protectoras. Los síntomas de la disfunción social que se pueden presentar en el individuo es por el fracaso en cuanto a alcanzar el nivel esperado de rendimiento interpersonal, laboral y con su entorno ocasiona el rechazo que causa un gran daño a la personalidad.

Entre los síntomas que una persona con disfunción social tiene están:

- Angustia

- Ansiedad
- Tristeza
- Pérdida de autoestima
- Soledad
- Alteraciones en el desarrollo de la funcionalidad del individuos, estas pueden ser leves, moderadas y graves. (Pérez, 2010).

e. Tipos de depresión

La depresión se presenta en varias formas, existen diferentes tipos de depresiones, entre las más comunes por su severidad y persistencia tenemos:

Depresión mayor: se manifiesta con una combinación de síntomas, que interfieren con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes eran placenteras. Un episodio depresivo mayor puede ocurrir una sola vez, pero con frecuencia ocurren varios episodios durante el transcurso de la vida. En el caso de depresión mayor crónica, es posible que la persona afectada necesite continuar con el tratamiento indefinidamente.

Distimia: se manifiesta con síntomas duraderos que no incapacitan seriamente, pero impiden que la persona afectada funcione bien o se sienta bien. Muchas personas con distimia también sufren episodios depresivos mayores en algunas etapas de la vida.

Trastorno bipolar: se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: estados de euforia (manía) y de decaimiento (depresión) severos, a menudo con períodos de estado de ánimo normal entre éstos. Algunas veces los cambios en el estado de ánimo son drásticos y rápidos, pero generalmente son graduales. Una persona, cuando está en el ciclo depresivo, puede tener uno o todos los síntomas de depresión. En el ciclo de manía, la persona puede presentar síntomas de hiperactividad, hablar demasiado y tener mucha energía.

Manía: generalmente afecta el pensamiento, el criterio y el comportamiento social en maneras que causan problemas graves y vergüenza. Por ejemplo, una persona en la fase de manía puede sentirse entusiasmada, llena de grandes proyectos que pueden incluir desde decisiones de negocio imprudentes hasta escapadas románticas y

relaciones sexuales riesgosas. La manía, si no se trata, puede empeorar y convertirse en un estado psicótico. (Insel, 2009)

f. Investigaciones realizadas

- ESTADO DE SALUD Y ESTRÉS LABORAL EN MÉDICOS INTERNOS DEL IMSS EN TEPIC, NAYARIT.

La mayoría pertenecen al sexo masculino, promedio de 23 años, en un 96% son solteros, poco más de la mitad obtiene un aporte económico por parte de la Institución en la cual laboran. Las horas que laboran por turno son muy variables, revisan en promedio 20 pacientes. La mayoría considera existe una sobrecarga de trabajo y por esta se sienten presionados. Un 28% de los internos padecen probable trastorno mental y respecto al Burnout, en Agotamiento Emocional (EE) un 56% nivel alto y con nivel medio un 40%, mientras que para Baja Realización Personal (PA) un 20% obtuvo nivel alto y nivel medio un 28% con sentimiento de baja realización personal, mientras que para Despersonalización (D), un 28% manifestó un nivel alto y un 36% nivel medio.

Ante los resultados obtenidos, nos damos cuenta que los médicos internos se encuentran con un alto grado de Burnout y aunado a que un 28% padezca de probable trastorno mental, se convierte en foco rojo para elaborar programas de prevención y tratamiento a estas patologías. Existen aspectos propios del individuo que contribuyen a la formación el Burnout, al respecto la Doctora Godoy (2002), nos dice: existen expectativas propias de los médicos, las que aumentan el riesgo del Burnout, como: deseos de superación; ser fuerte, no mostrar sentimientos; saberlo todo; no equivocarse; complacerlos a todos (casa, trabajo, placeres); tener mucho dinero. Además los médicos tenemos características que nos hacen proclives a este síndrome y que son: perfeccionismo; necesidad de controlar; exagerado sentido de la responsabilidad; dificultad para pedir ayuda; excesiva e irreal sensación de culpa; negación de sentimientos; dificultad para tomar vacaciones y tiempo para divertirse. Por otro lado, se encuentran aquellos aspectos del contexto laboral que igual contribuyen al desarrollo de dicho síndrome. Es importante preparar con los conocimientos necesarios al futuro médico a fin de que una vez en el ejercicio pleno de su profesión pueda hacer uso de herramientas que le permitan prevenir o combatir las enfermedades propias de los profesionistas de la salud, que son vulnerables al

estrés, ansiedad, depresión y enfermedades psicosomáticas. (Barruza José, Romero José, Flores Luís, 2009).

- SÍNDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS Y PERSONAL PARAMÉDICO

Existen numerosos estudios sobre la prevalencia de este síndrome en diferentes profesionales de la salud, pero en el presente trabajo se incorpora a las asistentes médicas, ya que son quienes tienen un primer contacto con los pacientes en nuestra institución.

Las cifras de prevalencia del síndrome de burnout reportadas por otros estudios realizados en México entre el personal médico van desde el 42.3% y 44% hasta 50%; en esta investigación la prevalencia fue menor y la dimensión de cansancio emocional es la más afectada. Entre las variables que se consideraron factores de riesgo en nuestro estudio se encuentra el estado civil. Asimismo, el trabajar en el turno vespertino y ofrecer sus servicio en la consulta externa también estuvieron relacionados con mayor predisposición al síndrome de burnout.

Al igual que otros estudios, en esta investigación se encontró un mayor nivel de Burnout en profesionales con mayor edad. En lo que respecta a la DP y RP, éstas se presentaron en trabajadores cuya antigüedad laboral era mayor.

En conclusión, la prevalencia del síndrome de burnout entre las asistentes médicas es muy alta y es necesario adoptar medidas para evitar el desarrollo de esta patología. (PeredaLuis, Márquez Celedonio, Félix Guillermo, Hoyos María, Yáñez Marco, 2009).

- LA SALUD MENTAL EN LOS MÉDICOS DE FAMILIA: EFECTOS DE LA SATISFACCIÓN Y EL ESTRÉS EN EL TRABAJO

En este estudio hemos querido evaluar la relación entre la morbilidad psiquiátrica y el desgaste profesional En los médicos de Atención Primaria con la satisfacción y estrés en el trabajo. Es probable que la personalidad también desempeñe cierto papel como se ha podido apreciar algunos estudios 17,18, pero nuestra intención era concentrarnos en factores del entorno laboral.

La situación de los profesionales médicos sujetos a responsabilidades y a presión en el trabajo debe llevar a las organizaciones a buscar un equilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, modelo propugnado por Sigerist 37. Según este autor, los beneficios asociados con el trabajo dependen de una relación recíproca donde los esfuerzos individuales invertidos en el trabajo sean parejos a las compensaciones (dinero, estima y carrera profesional). Los problemas de comunicación con los pacientes como fuente

de estrés también reflejan esta situación de desequilibrio entre esfuerzos y recompensas, ya que tales incidentes niegan el estatus y la estima que con tantos esfuerzos de formación y trabajo se han ganado. Las dificultades en la comunicación con enfermos graves y la resolución de problemas con pacientes difíciles deben tener una salida en la formación en habilidades para mejorar las relaciones interpersonales. La salud mental de los médicos de atención primaria parece estar protegida por una mayor satisfacción laboral; sin embargo, es más precaria entre los que presentan mayor estrés laboral. Estos hechos deben ser asumidos no tanto como un problema individual de los médicos, sino como un problema de toda organización sanitaria. (Esteva M, Larraz C, Jiménez F., 2006).

- EL SINDROME DE BURNOUT. UN DESAFIO ETICO PARA ALCANZAR LA EXCELENCIA EN ENFERMERIA

La presencia del Síndrome del Burnout constituye una verdadera amenaza no sólo para la salud del personal de Enfermería como elemento significativo, sino también para la atención que se le brinda a la población. Además, a veces, constituye un verdadero obstáculo para lograr la excelencia en los servicios de salud, por la que tanto estamos luchando en estos días, sin olvidar que existen elementos en la relación enfermero(a)-paciente como: comunicación inadecuada, características personales del profesional, condiciones físicas y sociales en que se realiza el trabajo, empleo de avances científico-técnicos y proceso de formación profesional, que propician su aparición.

Al aparecer este Síndrome, el personal afectado deja de tener en cuenta las armas de sensibilidad y humanismo con las que debe respetar la capacidad de decisión, además de la integridad física y psíquica del paciente, por lo que se genera un distanciamiento afectivo que puede engendrar una actitud que corroe los elementos éticos esenciales. El Síndrome del Burnout en el enfermero genera alteraciones en el bienestar de la población atendida y opaca el reconocimiento social de estos profesionales de la salud, por lo cual luchar contra este Síndrome significa para la Escuela de Enfermería cubana luchar a favor de una eterna sonrisa y de la vida. (González Adamara, OramasArlene, Alvarez Santiago, OlivaElizabeth, 2006).

- RIESGO Y AFRONTAMIENTO DEL BURNOUT DE LA ENFERMERA DE SALUD MENTAL

El propósito de este artículo es analizar la importancia del cuidado de la salud mental de los profesionales que trabajan en esta área, centrándose principalmente en la

enfermera especialista de Salud Mental. Este colectivo tiene riesgo de padecer el llamado síndrome de burnout o estar quemado, un tipo específico de estrés laboral. En el desarrollo de este artículo se define, en primer lugar, el significado del término burnout y los factores predisponentes, junto con las consecuencias para la persona y su entorno. En segundo lugar, se analiza la relación entre burnout y la práctica de Enfermería y, a continuación, entre burnout y la enfermera de Salud Mental. Finalmente, se proponen estrategias de afrontamiento tanto de tipo organizacional como personal. (Pedreño, 2005).

3.3.3 El Burnout y el afrontamiento

El afrontamiento es el esfuerzo, tanto cognitivo como conductual, que hace el individuo para hacer frente al estrés, para manejar las demandas tanto externas como internas y los conflictos entre ambas.

Para manejar el estrés incluiría no sólo el dominio sino la aceptación, la tolerancia la evitación o la reducción de las condiciones estresantes. No sólo importaría el resultado sino que englobaría todos los intentos para manejar estas situaciones. (Martínez, 2010).

a. Teorías de afrontamiento

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 define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar. Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida.

El modelo psicoanalítico de la psicología del ego y define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. (Martínez, 2010).

b. Estrategias de afrontamiento

Entre las estrategias de afrontamiento utilizadas para las situaciones estresantes tenemos las siguientes:

Estrategias centradas en el problema: la persona se centra en hacer frente a la situación, buscando soluciones al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Busca la solución de recomposición del equilibrio roto por la presencia de la situación estresante. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.

Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: la persona busca la regulación de las consecuencias emocionales activadas por la presencia de la situación estresante como son:

- Confrontación
- Distanciamiento
- Autocontrol
- Buscar apoyo
- Aceptación de la responsabilidad
- Escape. Evitación
- Planificar soluciones
- Reevaluación positiva
- Pensamientos positivos (Esfuerzos activos, cognitivos, visualizar el problema)
- Búsqueda de apoyo social
- Búsqueda de soluciones
- Contabilizar las ventajas (se aproxima al problema comparándolo con una situación peor). (Martínez, 2010).

c. Investigaciones realizadas

- DIAGNÓSTICO DE BURNOUTY TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PROFESORES UNIVERSITARIOS DE LA QUINTA REGIÓN DE CHILE.

El trabajo realizado se orientó a diagnosticar el síndrome de Burnout en los docentes universitarios de la quinta región del país (Chile), así como identificar las técnicas de afrontamiento más utilizadas por ese colectivo.

Se utilizó una metodología cuantitativa con una perspectiva descriptiva relacional. La población aceptante a participar en el estudio alcanzó a 615 sujetos de una población de 880, siendo finalmente la población productora de datos útiles 576 sujetos.

Se administró un cuestionario sociodemográfico motivacional para caracterizar a la población y determinar aquellos factores que pudiesen estar asociados al síndrome, el Maslach Burnout Inventory (M.B.I.) para determinar la presencia – ausencia de Burnout y la Escala de Carver (C.O.P.E.) para identificar las técnicas de afrontamiento más utilizadas por los docentes universitarios.

Por su parte, los resultados de M.B.I. permitieron determinar que el 72% del colectivo no presenta Burnout, mientras que del 28% restante, el 16,1% presenta un nivel reducido de Burnout, un 10,2% presenta Burnout moderado y sólo el 1,5% está en los niveles altos de Burnout.

En relación a los resultados del C.O.P.E. se identificaron como técnicas de afrontamiento más utilizadas la planificación, la reinterpretación positiva, el afrontamiento activo y la búsqueda de apoyo social instrumental. En tanto, entre las técnicas menos utilizadas figuran el consumo de drogas, la negación y la desconexión conductual.

Finalmente, se pudo establecer que las personas que padecían algún grado de Burnout, utilizaban con mayor frecuencia la negación como estrategia de afrontamiento al estrés, diferenciándose de los sujetos que no presentaban el síndrome, quienes se caracterizaban por utilizar la reinterpretación positiva. (Cecilia Quass, 2006).

- SATISFACCIÓN EN EL EMPLEO, BURNOUT Y AFRONTAMIENTO EN SERVICIOS HUMANOS

Hemos hallado en los resultados del estudio que aparecen los modos de afrontamiento organizados en dos grupos. En el primer grupo, aparecen siete modos de afrontamiento positivos, puesto que se relacionan con menor *Burnout*, mayor satisfacción en el empleo y menor disfunción social. En este grupo destacan tres modos de afrontamiento que más se relacionan con menor *Burnout* mayor satisfacción en el trabajo, son el afrontamiento activo o el hecho de enfrentarse activamente a las causas o a quienes causan el problema, la planificación, esto es, intentar solucionar el problema a través del análisis del mismo y la búsqueda planificada de soluciones, y la reinterpretación positiva o hallar lo que el problema puede enseñarnos y relanzar desde ello nuestro crecimiento personal. Son estos tres

modos de afrontamiento los que más consenso han obtenido en el reconocimiento de que son los más adecuados para hacer frente al estrés.

En el segundo grupo, se unen los modos de afrontamiento negativos a la hora de resolver los problemas porque se asocian con más *Burnout* y menor satisfacción laboral. Son esas estrategias de afrontamiento centradas en la emoción, esas que, según Lazarus y Folkman, son adecuadas cuando el problema no tiene solución, como son la desconexión conductual, evitando y desconectando del problema, el desahogo emocional expresando nuestros sentimientos negativos y la autoinculpación, aunque en un principio pueden ser estrategias que minimizan el estrés, a más largo plazo hacen que no se elaboren las estrategias adecuadas para eliminar el problema, por lo que estas estrategias han sido consideradas como disfuncionales en la mayoría de los estudios de laboratorio, así como en estudios de campo son los modos que más se hallan relacionados con mayores niveles de *Burnout*. (Morán, 2005).

- SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN DOCENTES UNIVERSITARIOS

El objetivo de este estudio aplicado de tipo descriptivo y correlacionar fue determinar el nivel de Síndrome de *Burnout* existente en docentes universitarios pertenecientes a la facultad de educación, de una universidad privada de Bogotá, y las relaciones existentes entre dicho nivel con variables de género y antigüedad laboral y con las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente por ellos. Se contó con la colaboración voluntaria de 30 docentes, a quienes se aplicaron dos instrumentos: Maslach *Burnout Inventory* (MBI) desarrollado por Maslach y Jackson en 1981, y la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos Generales de Afrontamiento (COPE) elaborada por Carver, Scheier y Weintraub, en 1989. El nivel del síndrome es bajo para las categorías de cansancio emocional y despersonalización, y medio para realización personal. Las relaciones estadísticas no fueron significativas para género, antigüedad en el cargo y estrategias de afrontamiento. Se establecieron como estilos de afrontamiento más utilizados: desarrollo personal, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva; y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres. (Barbosa Lucia, Ramírez María, Muñoz Paola, Rueda Karen, 2009).

- SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE APRONTAMIENTO EN DOCENTES DE PRIMARIA Y BACHILLERATO

El objetivo de esta investigación fue identificar la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de Burnout en docentes de primaria y bachillerato de un colegio distrital de la ciudad de Bogotá (Colombia). Para esto se utilizó un diseño descriptivo correlacional y se trabajó con una muestra de 47 docentes de primaria y bachillerato. Se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Estrategias de Coping Modificada. Los resultados indican niveles medios del síndrome de Burnout en los participantes, con diferencias mayores en los docentes de grados sexto, séptimo y octavo. Las estrategias de afrontamiento que están relacionadas positivamente con el síndrome son: a) espera; b) evitación emocional; y c) expresión de la dificultad de afrontamiento. Las que están relacionadas negativamente son: a) solución de problemas y b) reevaluación positiva

Como estrategias preventivas en el nivel organizacional se considera importante combatir las fuentes de estrés que genera el trabajo mediante la variedad y flexibilidad de la tarea, realizando además programas educativos donde se resalte la conformación de equipos de trabajo de modo que el personal participe en los procesos organizacionales y que, a su vez, tenga un adecuado reconocimiento por la labor que desempeñan mediante refuerzos sociales, buscando con ello aumentar su nivel de compromiso con la institución, lo que eventualmente podría verse reflejado en una mayor productividad y una mejor calidad en la prestación de los servicios. De esta manera, todas las estrategias deben apuntar a evitar y disminuir el estrés laboral y con ello la probabilidad de que se desarrolle el síndrome del Burnout. (Gantiva Carlos, Jaimes Steffany, Villa María, 2010).

- SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN ACOMPAÑANTES TERAPÉUTICOS

El objetivo central de este estudio fue analizar las manifestaciones de Síndrome de Burnout en un colectivo particular de agentes de salud, los acompañantes terapéuticos. Asimismo, se indagó acerca de las estrategias de afrontamiento empleadas, tanto en términos generales como específicas de la profesión, y su relación con los síntomas del síndrome. La muestra estuvo compuesta por 17 profesionales de Córdoba (Argentina) de ambos sexos (41.2% varones), con edades comprendidas entre los 22 y 53 años ($M = 29.53$ años, $DT = 7.43$). La prevalencia de los distintos síntomas del síndrome se examinó considerando distintos criterios de

corte, con resultados dispares; mientras que las relaciones con las estrategias de afrontamiento sólo se manifestaron entre algunas dimensiones.

Se observa la relación positiva entre la ejecución de acciones tendientes a resolver el problema y la realización personal, aunque en este estudio las relaciones fueron marginalmente significativas. La ejecución de tareas se trata de una estrategia funcional respecto al Síndrome, su uso disminuye los niveles de algunas de las dimensiones del síndrome. Se destaca la reinterpretación positiva dentro de la reestructuración cognitiva, con mayores niveles de realización personal asociados a mayor planificación, búsqueda de apoyo instrumental y búsqueda de apoyo social. (Bracco Constanza, Reyna Cecilia, 2011).

3.3.4. El Burnout y la relación con el apoyo social

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis (enfermedad, malas condiciones económicas, rupturas familiares, etc.).

Los sistemas de apoyo social se pueden constituir en forma de organizaciones interconectadas entre sí, lo que favorece su eficacia y rentabilidad. Por ello hablamos de redes de apoyo social. (Genero, 2011). Las principales son:

Redes de apoyo social natural: La familia, amigos y allegados, compañeros de trabajo, vecinos.

Estas redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata, y, dada la afinidad de sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente. El inconveniente radica en que estas redes son improvisadas: dependen básicamente de la cercanía de sus miembros y del tipo de relación afectiva previa.

Un sujeto que viva solo, sin familia cercana y que se lleve mal con sus vecinos, contará con un apoyo social natural precario o inexistente que además propiciará un mal afrontamiento de su enfermedad. (Genero, 2011)

Redes de apoyo social organizado: son empresas de seguridad social, instituciones de acogida u organizaciones voluntarias.

A diferencia de las redes de apoyo natural, el apoyo organizado tiene como ventajas la solidez de sus estructuras y funcionamiento, no depende de relaciones afectivas

previas y son accesibles para casi todos los individuos. Los inconvenientes son: la posible lentitud de su actuación (precisa estudios previos, trámites burocráticos), la obligada relación con personas ajenas al entorno del enfermo, y, en muchos casos, el escaso desarrollo de tales recursos. (Genero, 2011)

a. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Dos han sido los principales modelos para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar.

(Barron, 1996). Afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometido el sujeto. Si aumentamos el apoyo social se incrementan igualmente la salud y el bienestar personal, sin que esa relación se vea mediada por las condiciones estresantes que pueda padecer. Según esto, la disposición de apoyo supone una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, lo que se traduce en un incremento en su capacidad para predecir experiencias negativas y poder evitarlas con anticipación suficiente. (Blanco, 2004).

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes. A su vez, este aumento de la seguridad auto percibida tiene un reflejo en el estado anímico del sujeto, que, de esta manera, se ve incrementado.

La segunda de las teorías, denominada del Efecto Buffer o Amortiguador, defiende que es precisamente en aquellas condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social ejerce su influencia sobre su estado anímico, de salud y bienestar generales. (Blanco, 2004).

b. Apoyo Social Percibido

El apoyo social percibido hace referencia a la percepción de que en situaciones problemáticas hay en quien confiar y a quien pedir apoyo. La percepción de que existe ayuda disponible por parte de otros, puede hacer que la magnitud estresora de un evento aversivo se perciba en menor dimensión de lo que el individuo se expone en una condición estresora. (Blanco, 2004).

c. Apoyo Social Estructural

El apoyo social estructural es el que está inmerso el sujeto siendo la red social la unidad de análisis del individuo. Desde este enfoque se asume que: los beneficios de las redes son directamente proporcionales al tamaño de las mismas y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. En su definición, reflejan los tres niveles de análisis necesarios para su estudio, si bien a la hora de obtener apoyo, los tres niveles están interconectados entre ellos.

En el primer nivel estaría ocupado por la comunidad, haciendo referencia a la integración social, regulación normativa y orden social que ésta ofrece dando significado a la propia existencia y protegiendo a la persona contra la incertidumbre, que en último extremo daría lugar a un funcionamiento desordenado.

El segundo nivel de análisis lo constituyen las redes sociales, que aportaría un sentido de relaciones y de unión con los demás.

El tercer nivel de análisis sería el correspondiente al más íntimo, al que proporciona un sentimiento de vínculo más estrecho, en el cual se esperan intercambios recíprocos y mutuos y también en el que se comparte una responsabilidad por el bienestar de los otros. (Blanco, 2004).

d. Investigaciones realizadas

- BURNOUT Y APOYO SOCIAL EN PERSONAL DEL SERVICIO DE PSIQUIATRÍA DE UN HOSPITAL PÚBLICO

Este artículo presenta resultados de un estudio descriptivo-correlacional que tuvo como objetivos identificar la presencia de Burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Los participantes constituyen el 71% del personal profesional y de apoyo del servicio. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presenta estrés laboral crónico o Burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional. Destaca una mayor despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes judicializados, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante

de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Por último, la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores. El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio. (Avendaño Cecilia, Bustos Patricia, Espinoza Paula, García Felipe, Pierart Tamara, 2009).

- BURNOUT E INTENCIONES DE JUBILACIÓN ANTICIPADA ENTRE EMPLEADOS MAYORES

El tema central de este artículo es la jubilación y el Burnout de los empleados mayores. Analizamos si existe una relación entre las dimensiones de agotamiento emocional y despersonalización características del Burnout y las intenciones de jubilación de los empleados mayores. Asimismo, se investiga si existe una relación entre las intenciones de jubilación y las características del puesto de trabajo, el apoyo social y la autoeficacia, así como con las citadas dimensiones del Burnout. Los datos proceden de una investigación con empleados holandeses y sus parejas (N=2.892). Los resultados permiten ver que la carga laboral excesiva, un trabajo duro desde el punto de vista físico y una ausencia demasiado grande de desafíos están relacionados con los sentimientos de agotamiento emocional. La despersonalización se explica por la escasez de desafíos en el trabajo, la carga laboral excesiva, una falta de apoyo social por parte de los compañeros y una baja autoeficacia. El agotamiento emocional, la despersonalización y las relaciones conyugales explican en gran medida las intenciones de jubilación. El Burnout y el proceso de jubilación están muy relacionados, pero parecen ser hasta cierto punto dos procesos diferentes. Mientras que el Burnout se determina esencialmente dentro del entorno laboral, los factores externos al trabajo son cruciales en la comprensión de la jubilación. (Leenders Monique, Henkens Kene, 2008).

- APOYO SOCIAL, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y BURNOUT EN ENFERMERAS Y AUXILIARES DE HOSPITAL.

Este estudio explora la relación entre síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y apoyo procedente de la red social: vínculos informales (familia y amigos) y vínculos del lugar de trabajo

(supervisores y compañeros). En una muestra de enfermeras de un hospital general. Se obtuvieron los siguientes resultados: a) el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros, y b) la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada a la realización personal. Para futuras investigaciones se debe considerar la importancia de valorar qué necesidades de apoyo social específicas requieren diferentes vínculos sociales y el rol que los vínculos informales tienen en la prevención del síndrome. Finalmente, se discuten algunas implicaciones que nuestros hallazgos tienen en el diseño y la implementación de programas de prevención. (Albar María, Romero Manuel, González María, Carbayo Elena, García Amparo, Gutiérrez Inmaculada, Algaba Silvia, 2004).

- APOYO SOCIAL COMO FACTOR PROTECTOR A LA SALUD FRENTE AL SÍNDROME DE BURNOUT EN AGENTES DE VIALIDAD.

Las investigaciones realizadas en este tema muestran cifras prevalentes del síndrome que oscilan entre el 21,6 % al 44 % en médicos y personal de enfermería específicamente, mientras que en nuestro estudio se observaron con gran preocupación porcentajes por arriba de estos, alcanzando hasta el 54,9 %. Es probable que debido a la gran exigencia que requiere cada una de sus funciones, que nos atrevemos a mencionar que la probabilidad de que estos trabajadores desarrollen el Síndrome de Burnout o de quemarse por el trabajo es demasiado factible. Ahora bien, se sabe que cuando el individuo recibe y percibe un adecuado apoyo por parte de su red, independientemente del tipo de apoyo brindado, éste llega a ser tan benéfico que puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo, mejorando el estado de salud y bienestar de los individuos, su autoestima y por consiguiente su calidad de vida. En cuanto a ello, diversos estudios registran que el contar con una adecuada red de apoyo previene los efectos negativos en la salud de las personas como por ejemplo ante problemas de tipo cardiovascular, cánceres, en enfermedades crónico- degenerativas, metabólicas, psicológicas, neurológicas, en la muerte, ante el rol desempeñado, el género, en la jubilación, etc., o aquellos en donde el apoyo social influye en una mejor calidad de vida. Las fuentes de apoyo social sean provenientes de familiares o de su área de trabajo (hijos, cónyuge, amigos, vecinos, compañeros de trabajo, supervisores, directivos) son de gran relevancia en la integridad bio-psicosocial de todo individuo. En este estudio, se observó que la mayoría de los agentes contaba con un buen apoyo social contrario a lo que reportaba una minoría, sin embargo con estos últimos se demostró que el tener un bajo o malo apoyo social,

influyó ante la presencia del síndrome de Burnout. Unos autores concluyen que toda persona que cuenta con una red de apoyo numeroso y sólido será más saludable y tendrá mejores estrategias de afrontamiento. Mientras que otros por el contrario, refieren que el mantener una red de apoyo reducida y no sentirse satisfechos con ella, son predictores de un inadecuado estado de salud. En conclusión, es importante que todo individuo reconozca la importancia de contar con una red de apoyo, así como que conozca la existencia de éste síndrome y de su gravedad. Identificar la ausencia de apoyo o su deficiencia, así como la presencia de esta patología es necesaria para establecer estrategias de intervención, prevención y/o de tratamiento, las cuales aminorarían las consecuencias asociadas no sólo en la salud del propio trabajador, sino las de la propia institución y de toda persona que rodea al trabajador, retribuyendo en menos percances, menores costos, mejor calidad y mayor productividad. (Aranda Carolina, Pando Manuel, Salazar José, Torres Teresa, Aldrete María, 2010).

- EL SÍNDROME DE BURNOUT EN ENFERMEROS BÁSICOS DEL SEGUNDO AÑO DE LA CARRERA

El personal de enfermería presenta una alta predisposición a padecer el Síndrome de Burnout, pues su desempeño se realiza con individuos sanos o enfermos que demandan de él cada vez más. Aunque no se diagnosticó el Síndrome de Burnout en ningún compañero, sí encontramos un grupo importante con predisposición a padecerlo, sobre todo en dos del sexo femenino que tienen mayores posibilidades, por lo que hacemos una propuesta de intervención para prevenirlo y tratarlo; solo 4 compañeros no mostraron afectación en ninguna de las dimensiones que comprende este síndrome.

Existen técnicas eficaces de apoyo social como son: buscar información y apoyo técnico, estrategias de autocontrol, técnicas centradas en la solución de problemas y percepción positiva, técnicas de relajación, clasificación de valores, modificación de las redes de apoyo, ejercicios, reordenamiento del trabajo, vacaciones programadas, socio grama, mayor reconocimiento social para la profesión y estímulos morales y materiales. (Barco Vladimir, Miranda Yusumi, Herrera Dinora, Álvarez Caridad, 2008).

3.3.5. El Burnout y la relación con la personalidad

La personalidad es un conjunto de rasgos externos personales que nos definen, la imagen que ofrecemos ante los demás. De esta manera es la estructura en la que se

integran todos los elementos físicos, psíquicos y somáticos. Donde están situados todos los estímulos procedentes del exterior, los estímulos hereditarios y una serie de patrones de respuestas posibles que se activan hacia dicho estímulos.

Es nuestro patrón de pensamientos, sentimientos y conducta que presentamos hacia las persona y que persiste a lo largo de nuestra vida, a través de diferentes situaciones, lo que nos da como un sello en nuestro comportamiento.

La personalidad no es algo estático o quieto, sino que por definición es dinámica, oscilante, variable que se mueve constantemente por las diversas influencias a las que es susceptible y receptiva. (Polaino Aquilino, Cabanyes Javier, Del Pozo Araceli, 2003).

Cuando uno mantiene una personalidad positiva toda nuestra vida puede cambiar, nuestra actitud ante la vida puede generar éxito, seguridad, vivir la vida a plenitud, y si se presenta alguna adversidad poderla combatir para no dejarnos agobiar por los factores estresantes que podemos tener en nuestro entorno.

En la salud, la personalidad es una facultad de adaptación humana al medio ambiente, de ajuste del organismo a su medio, el individuo busca, no solamente no estar enfermo, sino además encontrar un sentido de felicidad y bienestar que está relacionado con otros factores tales como la familia, la educación y la calidad de vida en general ya que engloban la participación de condiciones biológicas, psicológicas, sociales, ambientales, culturales y ecológicas.

La personalidad es un agente activo en la búsqueda de la salud, el desarrollo de las conductas de salud pasa previamente por el desarrollo de la persona y de sus recursos, así como de la creación de contextos de interacción. No es posible pensar en el desarrollo de conductas saludables al margen del contexto del desarrollo de la persona. (Flóres, 2005).

Un patrón de conducta se establece mediante la repetición de un cierto tipo de comportamiento como forma de resolver situaciones similares. Hay personas cuyos patrones de conducta se han estructurado utilizando exageradamente los mecanismos psicológicos de huida o evitación. Si tienen que enfrentarse a una situación en la que no se saben desenvolver adecuadamente, o que les va a generar ansiedad (una situación social, ambiental, etc.), reaccionan evitándola, aun a sabiendas de que, a medio o largo plazo, les ocasionará un perjuicio personal.

Si se ven envueltos en una de estas situaciones pueden reaccionar mediante mecanismos de huida, escapando de esa situación, con lo que a corto plazo se sienten aliviados. (Polaino Aquilino, Cabanyes Javier, Del Pozo Araceli, 2003).

El locus de control es un rasgo de personalidad propuesto a partir de la teoría del aprendizaje social, factor de gran importancia en la personalidad y habilidad de cada individuo, el cual se refiere a la ubicación que cada persona da a la causa o control interno y externo de su experiencia o forma de vida, la capacidad de control y autocontrol, ante eventos sociales o como son influenciados por estos en su actuar.(Polaino Aquilino, CabanyesJavier, Del Pozo Araceli, 2003)

a. Investigaciones realizadas

- INVESTIGACIÓN SOBRE BURNOUT Y ESTILOS DE PERSONALIDAD EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

El síndrome de burnout, como respuesta al estrés laboral crónico, es el resultado de una combinación de estresores originados en el entorno social, laboral y en el propio sujeto. Si bien las diferentes investigaciones resaltan que es un síndrome que se presenta con mayor frecuencia en las profesiones de ayuda, estudios actuales, señalan que el Burnout y sus tres dimensiones es también aplicable al colectivo de los estudiantes.

El objetivo del presente trabajo es analizar si los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de Burnout, y en qué medida los estilos de personalidad pueden incidir en la aparición del mismo. La investigación se ha llevado a cabo en una universidad de gestión privada y se ha trabajado con una muestra de 144 alumnos. Desde una metodología descriptiva, exploratoria e inferencia de tipo transversal y no experimental, se han aplicado y correlacionado el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Inventario de Estilos de Personalidad de Millon (MIPS).Entre los resultados hallados, podemos destacar que los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de Burnout y que, si bien los perfiles de personalidad no presentan diferencias significativas entre el grupo que padece el síndrome y el que no lo presenta, se evidencian rasgos que pueden ser considerados como factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo. (Biltar, 2008).

- SÍNDROME DE BURNOUT, PERSONALIDAD Y SATISFACCIÓN LABORAL EN ENFERMERAS DE LA CIUDAD DE LA PAZ.

Se establece la relación entre el “Burnout”, la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad en 215 enfermeras de 7 hospitales en la La Paz. Se determina el nivel de confiabilidad y la validez factorial del MBI, del Minitest de los Cinco Grandes de Brody y Ehrlichman y del Cuestionario de Satisfacción Laboral de Travers y Cooper. La satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la “realización personal”, negativamente con “despersonalización” y “agotamiento emocional”. La consistencia interna del MBI es óptima. El Mini test BFT no es un instrumento confiable. El cuestionario de Satisfacción Laboral posee consistencia interna adecuada. La satisfacción laboral se relaciona con el estilo de gerencia y el interés que se les da a las sugerencias. El 8% de la muestra presenta el síndrome de Burnout.

A partir del análisis estadístico fue posible identificar las relaciones existentes entre las variables de estudio, permitiendo concluir que se hallaron asociaciones entre los componentes del síndrome del Burnout con algunos factores de la personalidad: el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización lo hace negativamente con la amabilidad y positivamente con el neuroticismo; finalmente, la realización personal se correlaciona positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad, no correlaciona con el neuroticismo. (Roth Erick, Pinto Bismark, 2010).

- PERSONALIDAD, AFRONTAMIENTO Y BURNOUT EN PROFESIONALES DA ATENCIÓN A PERSONAS CON DISCAPACIDAD INTELECTUAL

Con respecto a 10 objetivos de este estudio podemos concluir que las personas con menos riesgo de padecer el síndrome de Burnout, de quemarse en el 26 trabajo, son las que tienen más estabilidad emocional (neuroticismo bajo). Nos encontramos que la estabilidad emocional viene potenciada en 10 extravertidos, o en quienes gustan del trato con la gente, para que la personalidad pueda considerarse verdaderamente resistente al Burnout. A la vista de nuestros resultados, la personalidad del profesional de servicios humanos es sin más resistente al Burnout si a estabilidad emocional y extraversión añade una alta dosis de responsabilidad y de amabilidad. Por fin, la utilización de estrategias activas de resolución de problemas, como puede ser el modo de afrontamiento planificación, buscando soluciones al estrés mediante Un planteamiento racional, caracteriza a las personas más resistentes a padecer el

síndrome de Burnout. Sin utilizar, por supuesto, como modo de afrontamiento el escape-evitación. (Morán, 2008).

- RASGOS DE PERSONALIDAD Y BURNOUT EN MÉDICOS DE FAMILIA

Objetivo. Investigar los rasgos de personalidad que podrían asociarse con puntuaciones altas en las escalas de burnout (Maslach Burnout Inventory) en médicos de atención primaria. Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal. Emplazamiento. Noventa y tres centros de atención primaria de la ciudad de Barcelona y las comarcas del norte de la provincia: Vallès Oriental, Vallès Occidental, Maresme, Osona, Bages y Berguedà (región sanitaria centro). Método. Encuesta directa por entrevista personal o grupal a 528 médicos de atención primaria. Se administraron 3 cuestionarios: uno de datos sociodemográficos generales, el Maslach Burnout Inventory (MBI) y el test de personalidad de Cattell 16 PF-5. Resultados. Un 40% de los encuestados presentaba algún síntoma de burnout sin diferencia entre sexos. De éstos, un 12,4% manifestaba niveles muy altos de «quemazón» profesional. Los sujetos con criterios de burnout obtuvieron puntuaciones significativamente diferentes en los rasgos de estabilidad, tensión y vigilancia y en la dimensión ansiedad. Conclusiones. Algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout. Existen algunas diferencias entre estos factores internos por sexo. (Rodríguez, 2001).

- PERSONALIDAD Y SIGNOS DEL BURNOUT EN ENFERMERÍA

En las últimas décadas el estrés laboral y el dominando Síndrome de Burnout se han convertido en uno de los temas de mayor interés, ha generado entre la comunidad científica. Numerosos trabajos han enfatizado el papel desempeñado por las variables de tipo organizacional como factores explicativos de este síndrome. En cambio, las variables individuales y de personalidad han resultado ser menos estudiadas. Los resultados de la presente investigación ponen de manifiesto que determinadas variables de personalidad se relacionan con el síndrome de Burnout, explicando la aparición de sintomatología psíquica y una menor satisfacción laboral en los profesionales analizados. Con estos resultados podemos concluir que las variables de personalidad constituyen un importante factor a tener en cuenta en la comprensión de este complejo proceso de desgaste profesional y que los programas de prevención/intervención dentro de los distintos contextos laborales deben contemplar

su relevancia tratando de asumir un enfoque más integral que no se centre exclusivamente en la influencia de las variables tipo organizacional. (Ríos Ma. Isabel, Godoy Carmen, Sánchez Julio, 2011).

4. METODOLOGÍA

La realización del Programa de Graduación, Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, se lo desarrollo en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas en el mes de Agosto 2012, se encuentra situado en el centro de la ciudad, Av. Colombia 521 y Queseras del Medio, en la ciudad de Quito-Ecuador.

Es uno de los Hospitales referentes del Ecuador, gracias a su mejoramiento continuo constituye uno de los mejores centros de atención de tercer nivel. Ofrece servicios médicos respaldados por un óptimo nivel tecnológico, cumpliendo con indicadores internacionales, dando importancia a la prevención y al diagnóstico adecuado y oportuno.

Esta prestigiosa Casa de Salud, ofrece los servicios de Emergencias, Hospitalización, Unidad de Cuidados Intensivos, Consulta Externa en 36 especialidades médicas, Centro de Imagen, Laboratorios, Chequeo Médico Ejecutivo, con el respaldo de profesionales médicos, enfermeras y personal administrativo que permite atender, a diario, a más de 800 pacientes.

Asimismo, cuenta con clínicas quirúrgicas en todos los campos de la medicina, un Banco de Sangre, un Departamento de Enfermería y Trabajo Social, implementados para garantizar que la salud del pueblo ecuatoriano se mantenga en óptimas condiciones.

Experiencia y tecnología al servicio de la salud de los ecuatorianos, este es un ideal que guía el trabajo del Hospital General de las Fuerzas Armadas, desde sus inicios, hace ya 93 años que está sirviendo al país, forjando así el establecimiento de su Misión "Asegurar el apoyo de sanidad a las operaciones militares y proporcionar atención integral de salud de tercer nivel, con calidad y calidez, dentro del sistema de referencia, a todo el personal militar, dependiente, derecho habiente y civil, en el marco del Sistema Nacional de Salud".

Su Visión "Ser un hospital Militar, universitario, de especialidades, referente a nivel nacional, con un sistema de gestión de calidad, administrado por procesos automatizados e integrados; con recurso humano comprometido, altamente

capacitado; equipamiento e infraestructura modernos y especializados; con financiamiento sostenible y sustentable; que priorice el apoyo adecuado a las operaciones militares y brinde atención médica efectiva y cálida, al personal militar y a la ciudadanía en general".

Con los objetivos enfocados en el desarrollo, implementación de un sistema de gestión de calidad, mejorar la capacitación de los profesionales que se encuentran dentro de la institución, disponer de tecnología y sistemas apropiados que permitan integrar, estandarizar y regular las diferentes áreas y servicios y así mantener la normatividad y actualización de los procedimientos asistenciales, administrativos y financieros para satisfacción del cliente interno y externo.

Debido a su continuo mejoramiento es hoy en día uno de los mejores Hospitales a nivel nacional.

4.1. Diseño de investigación

El diseño de investigación constituye en el plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación, el diseño debe responder a las preguntas de investigación. Mediante la investigación podemos conocer si existe el síndrome del Burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de instituciones sanitarias, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

4.2. Objetivos

a. Generales

- Identificar el nivel del Burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas, en el mes de Agosto 2012.

b. Específicos

- Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de la entidad de salud.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.

- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el Burnout.

4.3. Participantes

Los participantes para la realización de esta investigación son 15 médicos de cualquier especialidad y 15 enfermeras que trabajen en la institución de salud y así poder determinar si existe la presencia del síndrome en ellos.

4.4. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizarán en el proceso de recolección de datos son ocho cuestionarios que han sido seleccionados con la finalidad de cumplir con los objetivos planificados en esta investigación, los cuales se detallan a continuación y deben de ser aplicados en el orden que se presentan a continuación:

- **Cuestionario Sociodemográfico y laboral.-** Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.
- **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).-** Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala MBI plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:
 Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.

Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.

Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

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

Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.

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

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

Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

- **La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)**.-Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 Crespo y Cruzado publican una versión abreviada adaptada y validada en la población Española la cual la utilizaremos. Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

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

Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.

Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.

Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.

Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.

Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.

Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.

Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.

Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.

Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.

Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.

Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.

Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.

Humor: hacer burlas y reírse de la situación estresante.

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

Apoyo emocional: Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.

Apoyo material o instrumental: Contar con ayuda doméstica.

Relaciones sociales de ocio y distracción: Incluye contar con otras personas para comunicarse.

Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

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

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

Neuroticismo: Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si es sujeto es neurótico o estable.

Extraversión: Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto a la cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

Psicoticismo: El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.

Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

4.5. Recolección de datos

Los datos de esta investigación serán recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: variables sociodemográfias y laborales, Burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad, los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentre vinculado al Hospital de Especialidades de las Fuerzas Armadas.

Se realizó la presentación de la solicitud al señor Director del HG-1, General de Brigada. Javier Albuja, a fin de que conozca en que se basaba la investigación que como egresada de la Titulación de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja iba a realizar en el personal de sanidad de su digna Institución.

Una vez dada la autorización se realizó la coordinación con el Crnl. E.M.T. AVC. Eduardo Castillo, Director de Docencia e Investigación y Tcrn. E.M Ramiro Terán Jefe de Desarrollo Institucional, con quien se procedió a visitar los diferentes pisos presentándome a los médicos y licenciadas en enfermería, a fin de explicarles en qué consistían los cuestionarios que se les iba a aplicar y principalmente que es el síndrome del Burnout, como tema central de nuestra investigación.

La realización de los cuestionarios por parte del personal médico como de enfermería duró aproximadamente 15 min con cada uno, por el tiempo que es primordial en la atención de los pacientes se procedió a dejar los cuestionarios en sobres sellado a fin de que los mismos sean llenados en el tiempo que los doctores como las enfermeras creyeran necesario para que luego de unos días se los pasara retirando.

La colaboración de cada uno de los médicos y enfermeras fue un aporte muy importante para la realización de esta investigación. Algunos médicos se portaron rehaceos en llenar los cuestionarios, en vista que no deseaban que aparezcan sus datos personales, pero los profesionales que me colaboraron lo hicieron de con la mejor predisposición para le realización de la investigación.

Una vez realizados los cuestionarios se procedió a ingresar los datos en las plantillas de Excel que fueron remitidas por el equipo investigador del CEP.

Con el ingreso de los datos a las plantillas se obtiene los resultados del personal médico que presenta o no el síndrome del Burnout, con esto se procede a realizar el análisis de los resultados obtenidos a fin de realizar por cada una de las personas aplicadas un informe psicológico que se entregará personalmente al médico y enfermeras que realizaron los cuestionarios.

Con la obtención y el análisis de resultados procedemos a realizar la discusión del tema, con las conclusiones y bibliografía respectiva.

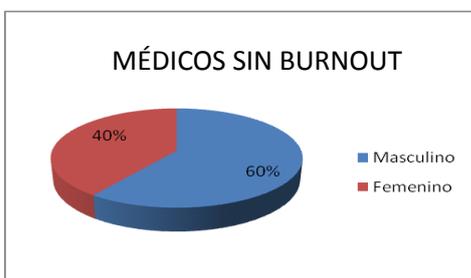
5. RESULTADOS OBTENIDOS

Para el análisis de los resultados obtenidos lo he realizado sobre dos variables, médicos y enfermeras sin Burnout, con la aplicación de los cuestionarios no se encontró la presencia del síndrome en ninguno de los dos grupos, por lo cual se realiza el siguiente análisis.

• CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

GÉNERO

GRÁFICO No. 1



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 2

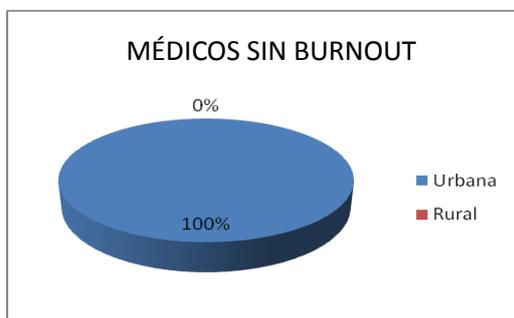


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Se puede apreciar que en médicos existe el 60% de género masculino y en lo que respecta a enfermeros (as) existe el 100% en género femenino.

ZONA DE VIVIENDA

GRÁFICO No. 3



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 4

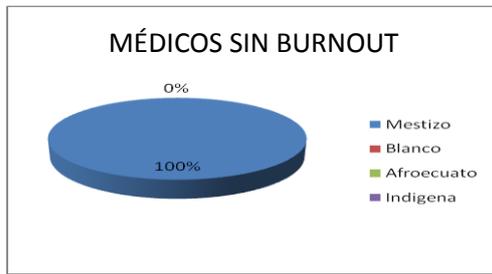


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Se puede apreciar que los médicos como enfermeras mantienen una zona de vivienda urbana en un 100% total.

ETNIA

GRÁFICO No. 5



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 6

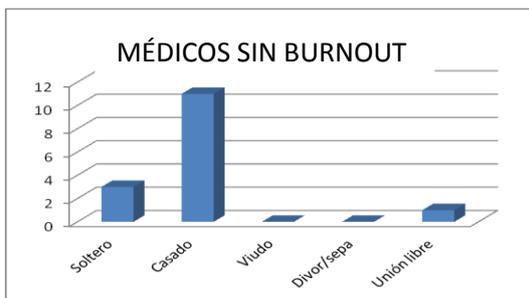


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Tanto los médicos como enfermeras son de etnia mestiza, en su totalidad 100%.

ESTADO CIVIL

GRÁFICO No. 7



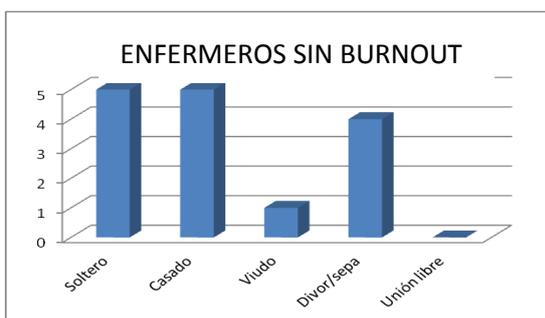
Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 1

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	20,00
Casado	11	73,33
Viudo	0	0,00
Divor/sepa	0	0,00
Unión libre	1	6,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 8



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 2

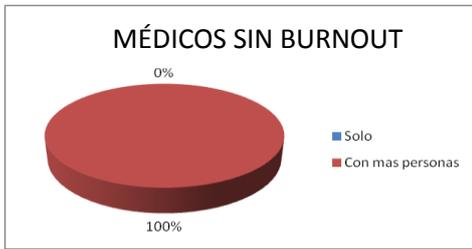
ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	5	33,33
Casado	5	33,33
Viudo	1	6,67
Divor/sepa	4	26,67
Unión libre	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Se puede apreciar que el 73.33 % de los médicos son casados, un porcentaje menor 20% son solteros y un 6.67 en unión libre, mientras que en las enfermeras existe una semejanza entre solteras y casadas 33.33 %, el 26.67% son divorciadas o separadas y en un 6.67% hay enfermeras viudas.

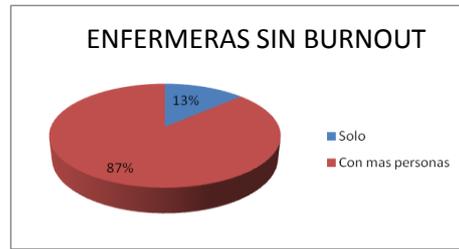
CON QUIEN VIVE

GRÁFICO No. 9



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 10

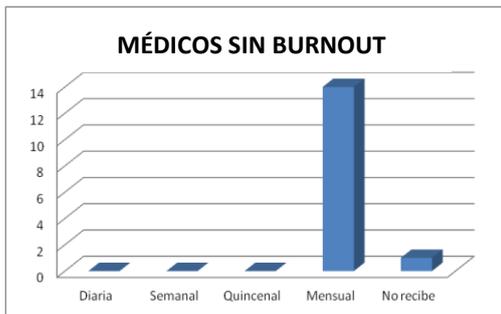


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En su mayoría las enfermeras viven con más personas 100%, en los médicos existe el 87% que vive con otras personas y solo un 13% vive solo.

REMUNERACIÓN SALARIAL

GRÁFICO No. 11



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 3

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0,00
Semanal	0	0,00
Quincenal	0	0,00
Mensual	14	93,33
No recibe	1	6,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 12



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 4

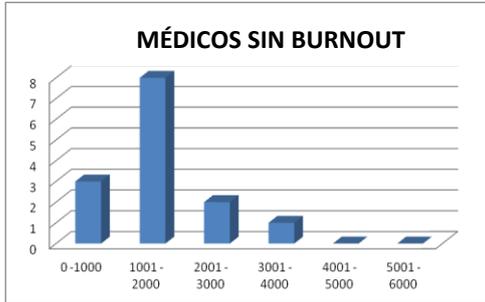
REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0,00
Semanal	0	0,00
Quincenal	0	0,00
Mensual	15	100,00
No recibe	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Mediante las siguientes variables podemos observar que tanto médicos como enfermeras perciben una remuneración salarial mensual promedio del 96.66% en un porcentaje muy bajo 6.67% de los médicos no lo perciben remuneración salarial debido a que realizan pasantías.

VALOR SALARIAL

GRÁFICO No. 13



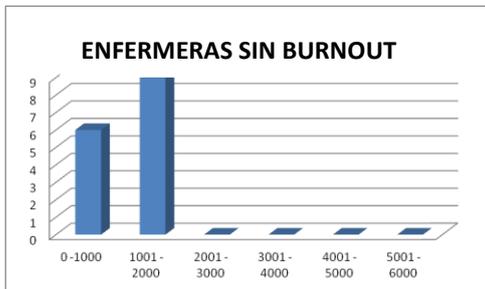
Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 5

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	3	21,43
1001 -2000	8	57,14
2001 - 3000	2	14,29
3001 - 4000	1	7,14
4001 - 5000	0	0,00
5001 - 6000	0	0,00
TOTAL	14	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 14



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 6

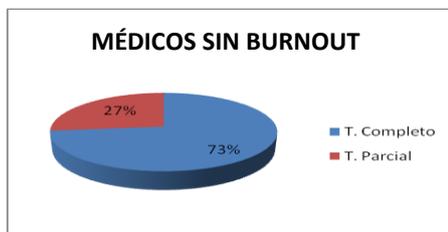
VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	6	40,00
1001 -2000	9	60,00
2001 - 3000	0	0,00
3001 - 4000	0	0,00
4001 - 5000	0	0,00
5001 - 6000	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En los siguientes gráficos podemos observar que en su mayoría, médicos y enfermeras perciben una remuneración salarial entre los 1000 – 2000 USD (58.57% valor promedio), seguidos por el valor de 0 – 1000 USD (30.72% valor promedio), en los médicos vemos que existe una variación entre el monto salarial.

TIPO DE TRABAJO

GRÁFICO No. 15



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 16



Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En las siguientes variables podemos observar según un valor promedio que un gran porcentaje de médicos como enfermeras trabajan en tiempo completo 83%, y un mínimo en tiempo parcial 17%.

SECTOR DE TRABAJO

GRÁFICO No. 17



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 18

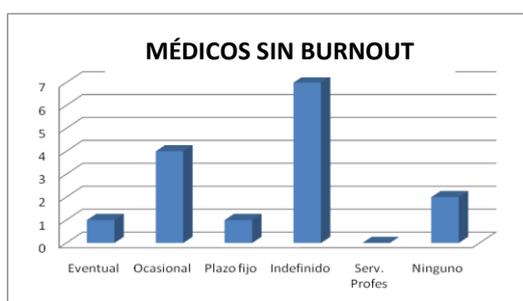


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En el siguiente gráfico según valores promedio se observa que la mayoría 85% de médicos y enfermeras laboran en el Sector Público y en poco porcentaje 16.5% en los dos sectores tanto público como privado.

TIPO DE CONTRATO

GRÁFICO No. 19



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 7

Nombre	Fr	%
Eventual	1	6,67
Ocasional	4	26,67
Plazo fijo	1	6,67
Indefinido	7	46,67
Serv. Profes	0	0,00
Ninguno	2	13,33
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 20



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 8

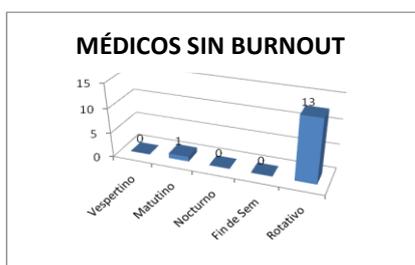
Nombre	Fr	%
Eventual	0	0,00
Ocasional	5	33,33
Plazo fijo	0	0,00
Indefinido	10	66,67
Serv. Profes	0	0,00
Ninguno	0	0,00
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En el siguiente gráfico según valores promedio se observa que el 56.57% de médicos y enfermeras mantienen un contrato indefinido con la Institución, en un porcentaje medio 30% un contrato ocasional, en médicos existe un porcentaje del 13.33% que no mantiene contrato.

TURNOS

GRÁFICO No. 21



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 9

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	0	0,00
Matutino	1	7,14
Nocturno	0	0,00
Fin de Sem	0	0,00
Rotativo	13	92,86
TOTAL	14	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 22



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 10

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	3	15,00
Matutino	2	10,00
Nocturno	1	5,00
Fin de Sem	1	5,00
Rotativo	13	65,00
TOTAL	20	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según las siguientes variables tanto médicos y enfermeras en un 78.93% (valor promedio) trabajan en turnos rotativos.

PORCENTAJE DE PACIENTES DIARIOS

TABLA No. 11

MÉDICOS SIN BURNOUT

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0,00
25%	1	6,67
25 - 50 %	6	40,00
50 - 75 %	1	6,67
75 - 100 %	7	46,67
TOTAL	15	100,00

Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 12

ENFERMERAS SIN BURNOUT

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0,00
25%	0	0,00
25 - 50 %	0	0,00
50 - 75 %	4	26,67
75 - 100 %	11	73,33
TOTAL	15	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En los siguientes gráficos podemos observar que los médicos como enfermeras tienen un alto porcentaje de atención a pacientes de un 75-100%, en médicos se observa que tienen una atención significativa de 25-50% en atención a pacientes, y en enfermeras en un porcentaje pequeño atienden a 50-75% de pacientes.

TIPOS DE PACIENTE

TABLA No. 13

MÉDICOS SIN BURNOUT

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	0	0,00
Psiquiátricos	0	0,00
Renales	1	6,25
Quirúrgicos	6	37,50
Cardiacos	0	0,00
Neurológicos	0	0,00
Diabéticos	0	0,00
Emergencias	4	25,00
Intensivos	0	0,00
Otros	5	31,25
TOTAL	16	100,00

Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

TABLA No. 14

ENFERMERAS SIN BURNOUT

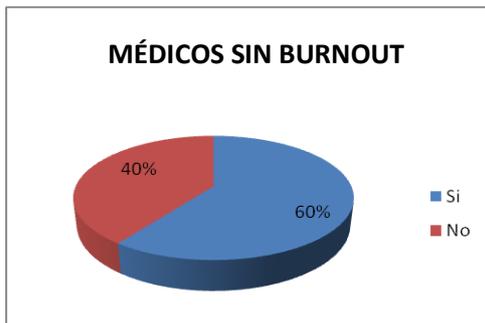
TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	1	3,23
Psiquiátricos	1	3,23
Renales	2	6,45
Quirúrgicos	8	25,81
Cardiacos	3	9,68
Neurológicos	4	12,90
Diabéticos	4	12,90
Emergencias	2	6,45
Intensivos	3	9,68
Otros	3	9,68
TOTAL	31	100,00

Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En los siguientes gráficos observamos que las enfermeras atienden a más pacientes de todas las áreas, en un alto porcentaje 95% tanto médicos como enfermeras a pacientes quirúrgicos.

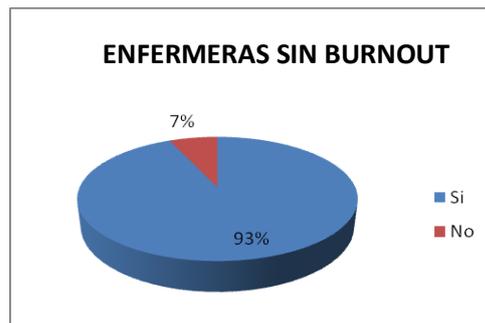
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE

GRÁFICO No. 27



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 28

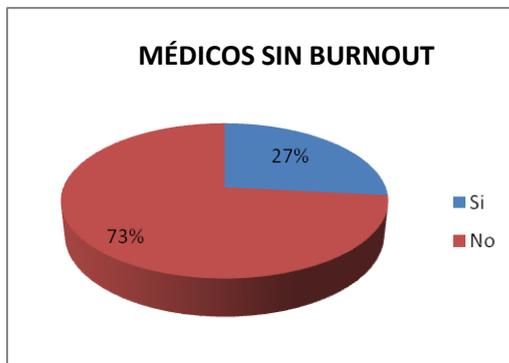


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

En los siguientes gráficos podemos observar que el personal de enfermeras atiende en mayor porcentaje 93% a pacientes con riesgo de muerte, mientras que el personal de médicos atiende en un 60%.

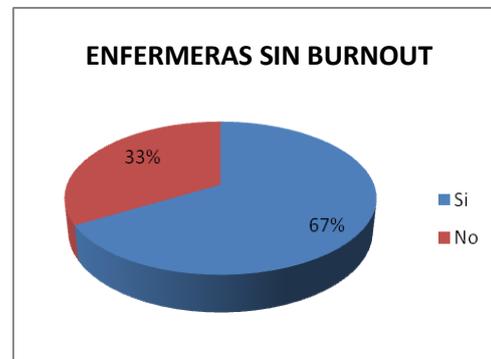
PACIENTES FALLECIDOS

GRÁFICO No. 29



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 30

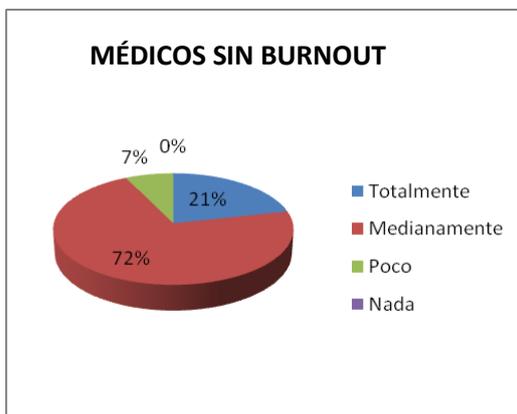


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Podemos observar que el personal de enfermeras tiene mayor porcentaje 67% de pacientes que han fallecido que los médicos que tienen el 27%.

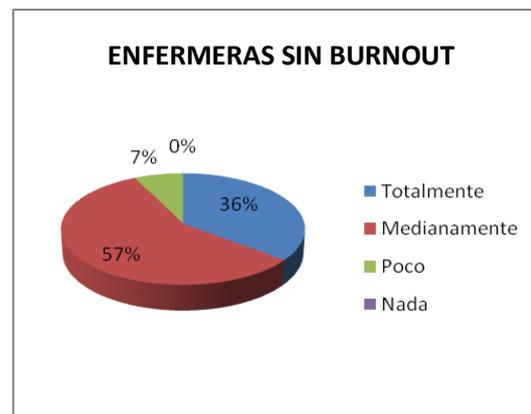
RECURSOS NECESARIOS

GRÁFICO No. 31



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 32

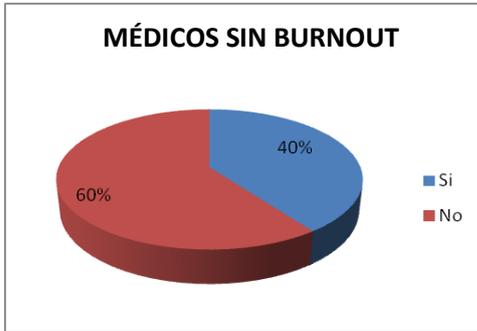


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según los siguientes gráficos observamos que la mayoría tanto de médicos como enfermeras están medianamente satisfechos con los recursos necesarios que da la Institución en un 65%, que un 46.5% están totalmente satisfecho con los recursos necesarios y un 7% poco satisfecho.

PERMISOS

GRÁFICO No. 33



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 34

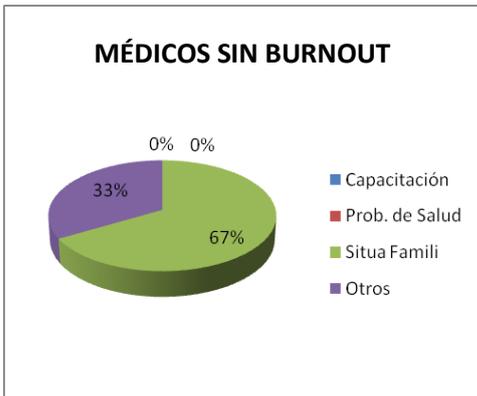


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Se puede constatar que las enfermeras han solicitado más permisos en un 53%, mientras que los médicos en un 40%.

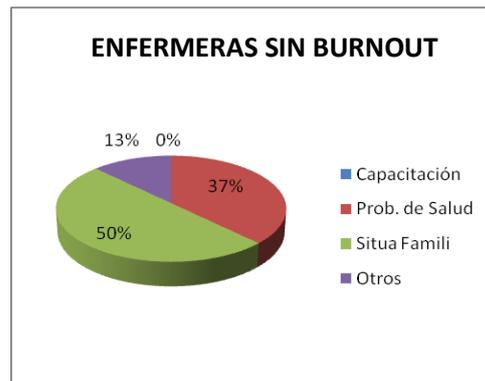
CAUSAS DE LOS PERMISOS

GRÁFICO No. 35



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 36

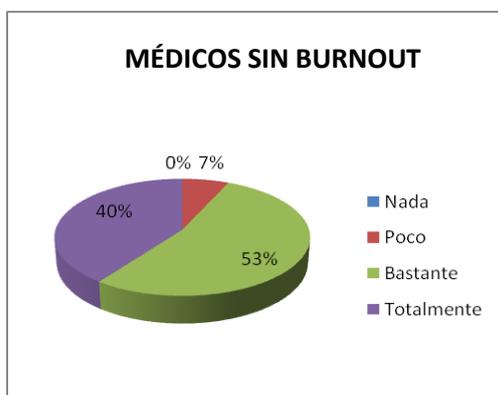


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según las siguientes variables la mayoría de médicos y enfermeras han solicitado permiso por asuntos familiares en un 58.5%, en las enfermeras el 37% por problemas de salud, y en un 23% por otros motivos.

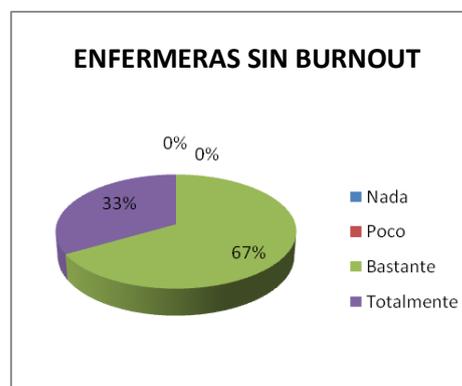
VALORACIÓN DE SUS PACIENTES

GRÁFICO No. 37



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 38

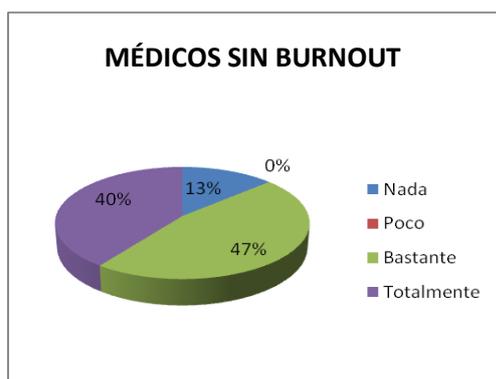


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según las siguientes variables la mayoría de médicos y enfermeras se sienten valorados por los pacientes en un 60%, en un 36.5% se sienten totalmente valorados y en los médicos solo un 7% sienten que son poco valorados por los pacientes.

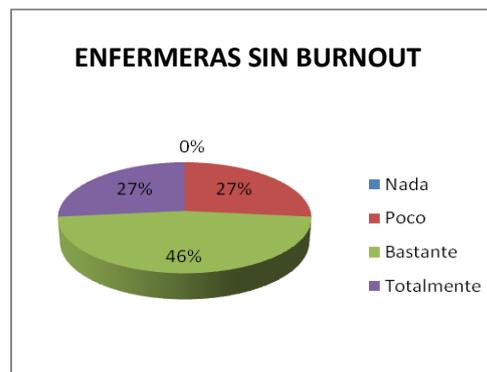
VALORACIÓN POR LOS FAMILIARES DE SUS PACIENTES

GRÁFICO No. 39



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 40

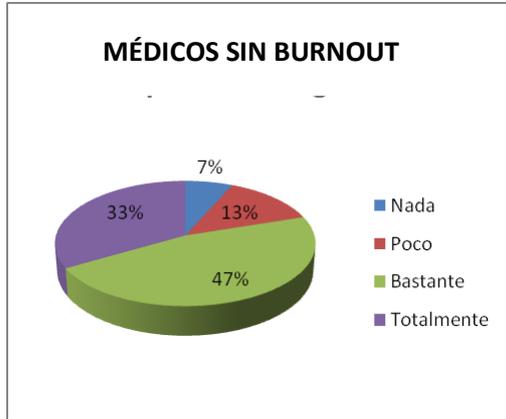


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según las siguientes variables la mayoría de médicos y enfermeras se sienten valorados por los familiares de sus pacientes en un 46.5%, en un 33.5% se sienten totalmente valoradas, en las enfermeras hay un 27% que se sienten poco valoradas y en los médicos existe un 13% que no son valorados por los familiares de los pacientes.

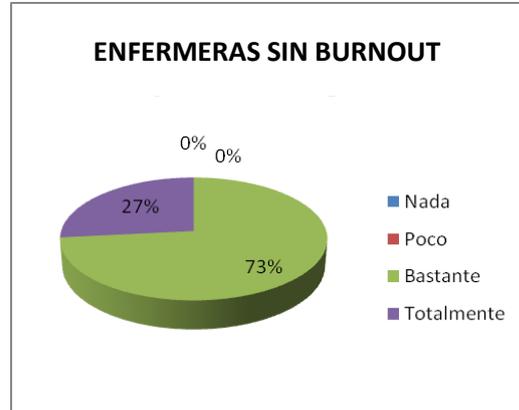
VALORACIÓN POR SUS COLEGAS

GRÁFICO No. 41



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 42

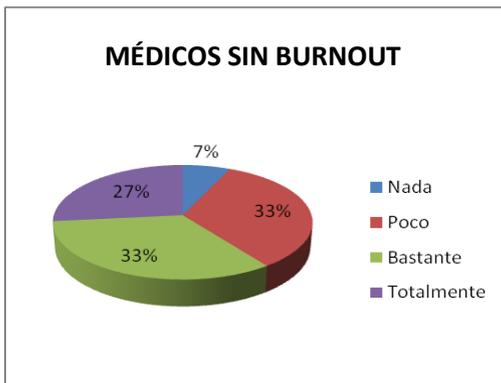


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según las siguientes variables las enfermeras se sienten bastante valoradas por sus colegas en un 73% mientras que los médicos en un 47%, en un 30% tanto médicos como enfermeras se sienten totalmente valoradas, un 13% de médicos se sienten poco valorados y un 7% de médicos no se sienten valorados.

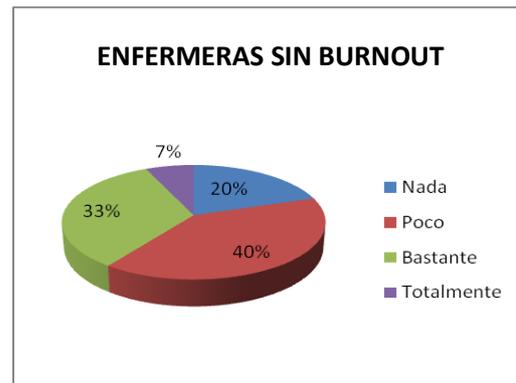
VALORACIÓN POR LOS DIRECTIVOS DE LA INSTITUCIÓN

GRÁFICO No. 43



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 44

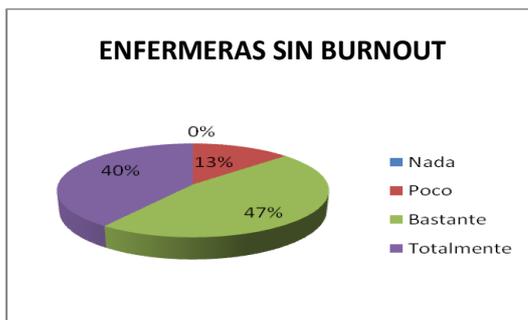


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según las siguientes variables las enfermeras se sienten poco valoradas en un 40% por los directivos de la institución, mientras que en los médicos presenta un porcentaje parecido entre poco 33% y bastante 33% valorado por los directivos.

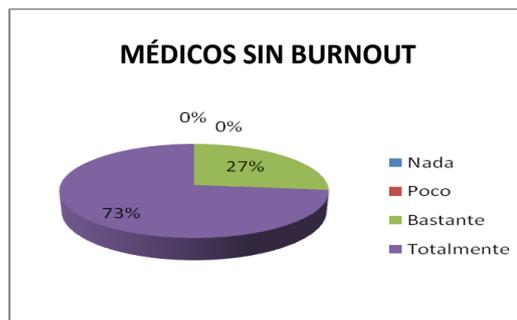
SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO QUE REALIZA

GRÁFICO No. 45



Fuente: Médicos a través de cuestionario Sociodemográfico

GRÁFICO No. 46



Fuente: Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico

Según los siguientes gráficos las enfermeras se encuentran totalmente más satisfechas en un 73% con el trabajo que realizan, mientras que los médicos se sienten en un 40% totalmente satisfecho, encontramos que existe un 13% que se encuentra poco satisfecho.

SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO QUE REALIZA

TABLA No. 15

MÉDICOS /ENFERMERAS	PORCENTAJE %			
	NADA	POCO	BASTANTE	TOTALMENTE
¿CUÁN SATISFECHO ES LA INTERACCIÓN CON SUS PACIENTES?				
MÉDICOS SIN BURNOUT			40%	60%
ENFERMERAS SIN BURNOUT			33%	67%
¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE LA INSTITUCION				
MÉDICOS SIN BURNOUT		33%	47%	20%
ENFERMERAS SIN BURNOUT	33%	53%	7%	7%
¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON LA COLABORACIÓN ENTRE COLEGAS DE SU INSTITUCIÓN				
MÉDICOS SIN BURNOUT		7%	53%	40%
ENFERMERAS SIN BURNOUT	7%	7%	40%	46%
¿CUÁN SATISFACTORIA ES SU EXPERIENCIA PROFESIONAL EN GENERAL?				
MÉDICOS SIN BURNOUT		7%	53%	40%
ENFERMERAS SIN BURNOUT		7%	46%	47%
¿CUÁN SATISFECHO ESTÁ CON SU ECONOMÍA?				
MÉDICOS SIN BURNOUT	7%	46%	27%	20%
ENFERMERAS SIN BURNOUT	7%	33%	40%	20%

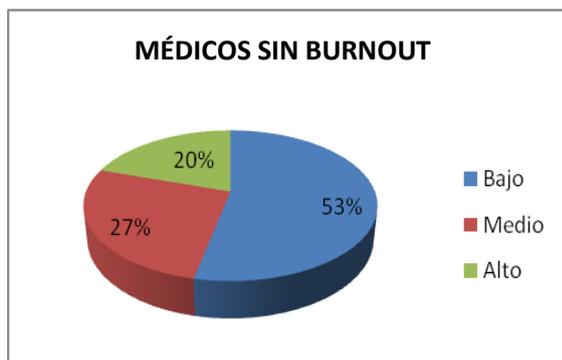
Fuente: Médicos y Enfermeras a través de cuestionario Sociodemográfico
Elaborado por: Dora Elisa Camacho Lojan

En la siguiente tabla resumen, podemos apreciar en cuanto a la satisfacción de interacción con los pacientes tanto médicos como enfermeras se encuentran en un alto porcentaje satisfechos 64%, con respecto al apoyo de los directivos las enfermeras se encuentran poco satisfechas con el apoyo 53%, en relación a la colaboración entre colegas podemos apreciar que entre médicos hay mayor colaboración en un 53%, con la satisfacción de experiencia profesional los médicos mantienen mayor satisfacción 53% que las enfermeras en un 46% y con relación a la economía, los médicos se encuentran en mayor porcentaje poco satisfecho 46% con su remuneración y las enfermeras solo en un 33%, la mayoría se sienten bastantes satisfechas 40%.

- INVENTARIO DE BURNOUT (MBI)

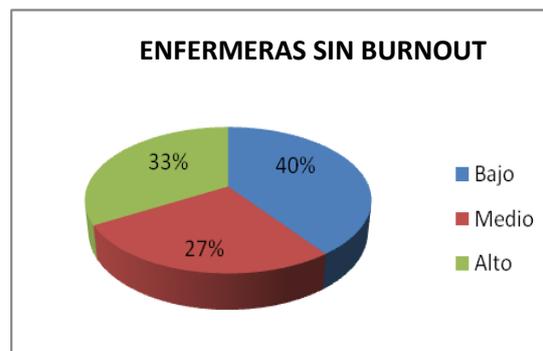
AGOTAMIENTO EMOCIONAL

GRÁFICO No. 47



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI

GRÁFICO No. 48

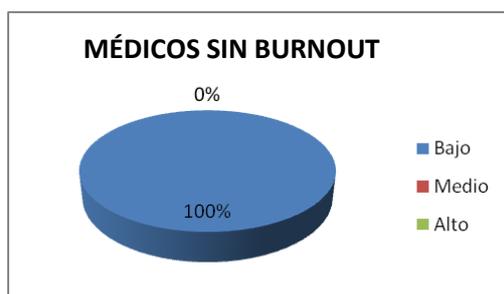


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Mediante los gráficos podemos observar que los médicos tienen un 53% de bajo agotamiento emocional, mientras que las enfermeras un 40%, mantienen un 27% medio de agotamiento los dos grupos, las enfermeras tienen un 33% y los médicos un 20% de alto agotamiento, por lo cual existe un alto riesgo de que las enfermeras puedan presentar un cuadro de Burnout.

DESPERSONALIZACIÓN

GRÁFICO No. 49



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI

GRÁFICO No. 50

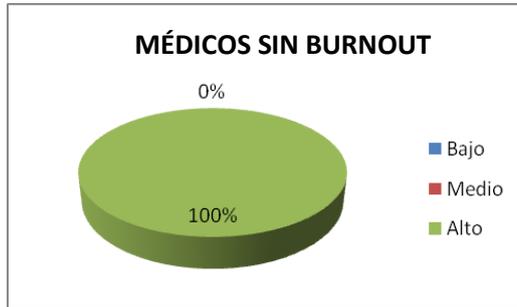


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Mediante el gráfico podemos observar que tanto los médicos como las enfermeras presentan actitudes positivas hacia los demás, ya que su trabajo le resulta bastante motivador, no existe una despersonalización.

REALIZACIÓN PERSONAL

GRÁFICO No. 51



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI

GRÁFICO No. 52



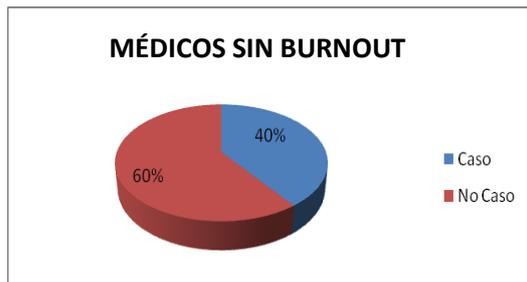
Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Podemos observar que los médicos y enfermeras se sienten muy satisfechos sobre el trabajo realizado, además sienten ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

- **SALUD GENERAL (GHQ-28)**

SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

GRÁFICO No. 53



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI

GRÁFICO No. 54

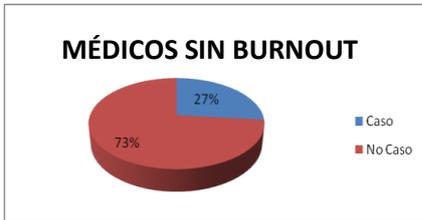


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Se puede observar que tanto los médicos como las enfermeras carecen de síntomas psicossomáticos. Ya que presentan un 63.5% de no caso.

ANSIEDAD

GRÁFICO No. 55



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI

GRÁFICO No. 56

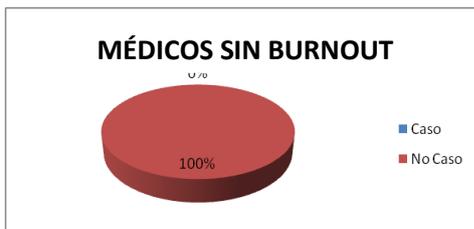


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Según los gráficos podemos observar que tanto los médicos como las enfermeras no presentan indicios que muestren una posible ansiedad.

DISFUNCIÓN SOCIAL EN LA ACTIVIDAD DIARIA

GRÁFICO No. 57



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI

GRÁFICO No. 58

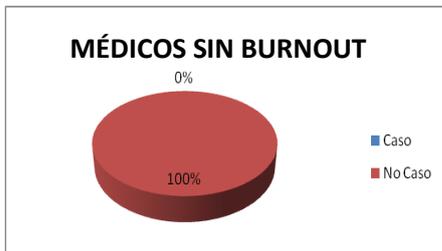


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Según los gráficos tanto los médicos y enfermeras no presentan disfunción social, su desempeño en la vida diaria es bueno.

DEPRESIÓN

GRÁFICO No. 59



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI

GRÁFICO No. 60

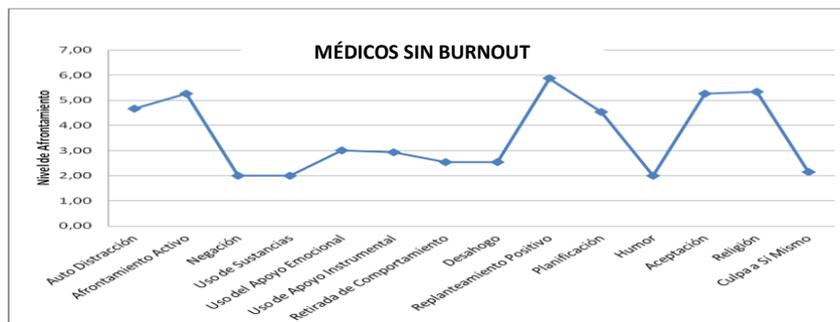


Fuente: Enfermeras a través de cuestionario de MBI

Mediante los siguientes gráficos podemos observar que los médicos y enfermeras no muestran una posible depresión.

- **CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)**

GRÁFICO No. 61



Fuente: Médicos a través de cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE)

TABLA No. 16

Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	4,67	9,32
Afrontamiento Activo	5,27	10,52
Negación	2,00	3,99
Uso de Sustancias	2,00	3,99
Uso del Apoyo Emocional	3,00	5,99
Uso de Apoyo Instrumental	2,93	5,86
Retirada de Comportamiento	2,53	5,06
Desahogo	2,53	5,06
Replanteamiento Positivo	5,87	11,72
Planificación	4,53	9,05
Humor	2,00	3,99
Aceptación	5,27	10,52
Religión	5,33	10,65
Culpa a Sí Mismo	2,13	4,26
TOTAL	50,07	100,00

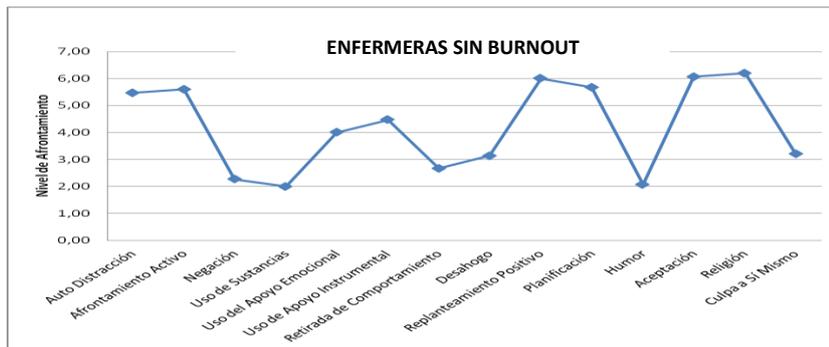
N° encuestados

15

Fuente: Médicos a través de cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE)

Según el siguiente gráfico podemos observar que los médicos poseen un alto replanteamiento positivo 11.72%, un afrontamiento activo 10.52%, una aceptación del 10.52% y en religión 10.65%, es decir consideran la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejora, realizan actividades para eliminar o reducir su estrés, consideran a las situaciones estresantes como una oportunidad para crecer y mejorar, toman conciencia y acepta la situación que está viviendo, acude a realizar actividades religiosas ya que les ayudan a sentirse mejor.

GRÁFICO No. 62



Fuente: Médicos a través de cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE)

TABLA No. 17

Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	5,47	9,30
Afrontamiento Activo	5,60	9,52
Negación	2,27	3,85
Uso de Sustancias	2,00	3,40
Uso del Apoyo Emocional	4,00	6,80
Uso de Apoyo Instrumental	4,47	7,60
Retirada de Comportamiento	2,67	4,54
Desahogo	3,13	5,33
Replanteamiento Positivo	6,00	10,20
Planificación	5,67	9,64
Humor	2,07	3,51
Aceptación	6,07	10,32
Religión	6,20	10,54
Culpa a Sí Mismo	3,20	5,44
TOTAL	58,80	100,00

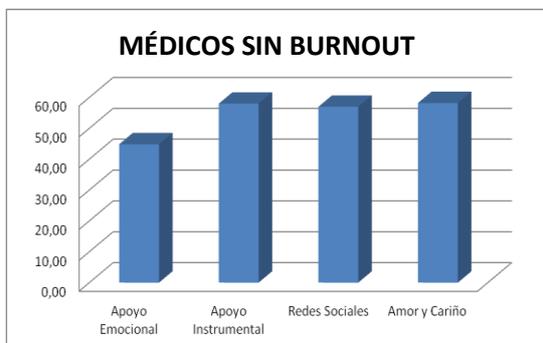
N° encuestados

15

Fuente: Médicos a través de cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE)

Mediante el siguiente gráfico podemos observar que las enfermeras presentan un alto porcentaje en religión 10.54%, aceptación 10.32%, replanteamiento positivo 10.20%, planificación 9.6% y en afrontamiento activo 9.52% es decir, se sienten mejor cuando realizan actividades religiosas en una situación que les causa estrés, toman conciencia y aceptan la realidad que están viviendo, consideran a la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar, planeando los pasos que van a seguir para realizar un afrontamiento activo que les lleve a realizar actividades y acciones para eliminar o reducir la fuente de estrés por la misma persona.

- **CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL DE MOS (AP)**

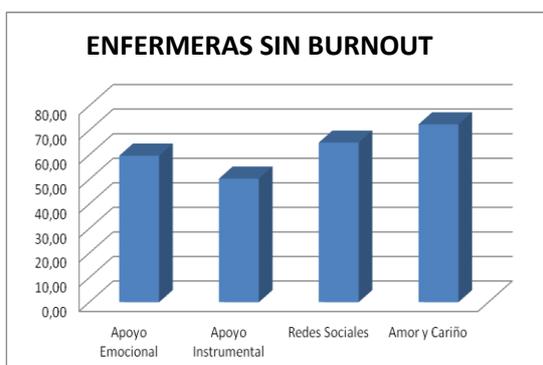
GRÁFICO No. 63

Fuente: Médicos a través de cuestionario de MOS de apoyo social

Según el siguiente gráfico los médicos cuentan con un buen círculo de apoyo social, amor y cariño 58.22%, apoyo instrumental 58%, redes sociales 57% y apoyo emocional 44.83%, lo cual permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe excelente comunicación interpersonal, puede modular los efectos negativos del estrés como sobre la salud.

TABLA No. 18

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	672,50	44,83
Apoyo Instrumental	870,00	58,00
Redes Sociales	855,00	57,00
Amor y Cariño	873,33	58,22
Nº encuestados	15	

GRÁFICO No. 64

Fuente: Médicos a través de cuestionario de MOS de apoyo social

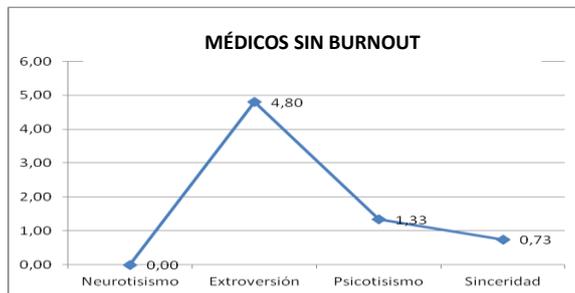
TABLA No. 19

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	895,00	59,67
Apoyo Instrumental	755,00	50,33
Redes Sociales	975,00	65,00
Amor y Cariño	1086,67	72,44
Nº encuestados	15	

Según el siguiente gráfico podemos observar que las enfermeras poseen un buen círculo de apoyo social, amor y cariño 72.44%, redes sociales 65%, apoyo emocional 59.67% y apoyo instrumental 50.33%, lo cual permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe excelente comunicación interpersonal, puede modular los efectos negativos del estrés como sobre la salud.

- **CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK EPQ-R**

GRÁFICO No. 65



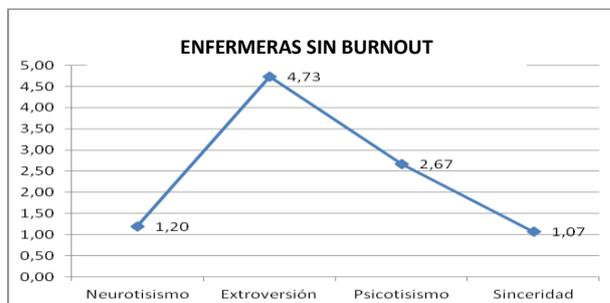
Fuente: Médicos a través de cuestionario de MOS de apoyo social

Según el siguiente gráfico los médicos tienen una personalidad de extroversión alta del 69.90% lo que hace que sean personas sociables, les gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesitan hablar con la gente y no les gusta leer o estudiar solo. Anhelan la animación, son arriesgados, actúan improvisadamente y generalmente es son personas impulsivas. Aficionados a las bromas, siempre con una respuesta a punto y generalmente les gustan los cambios. Despreocupados, condescendientes, optimistas, tienen gusto por reír y divertirse. Prefieren mantenerse ocupados, tienden a ser agresivos y perder los nervios rápidamente.

TABLA No. 20

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	0,00	0,00
Extroversión	4,80	69,90
Psicotismo	1,33	19,42
Sinceridad	0,73	10,68
TOTAL	6,87	100,00
N° encuestados	15	

GRÁFICO No. 66



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MOS de apoyo social

TABLA No. 21

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	1,20	12,41
Extroversión	4,73	48,97
Psicotismo	2,67	27,59
Sinceridad	1,07	11,03
TOTAL	9,67	100,00
N° encuestados	15	

Según el siguiente gráfico las enfermeras tienen una personalidad de extroversión del 48.97%, lo que hace que sean personas sociables, les gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesitan hablar con la gente y no les gusta leer o estudiar solas. Anhelan la animación, son arriesgadas, actúan improvisadamente y generalmente son personas impulsivas. Aficionadas a las bromas, siempre con una respuesta a punto y generalmente les gustan los cambios. Despreocupadas, condescendientes, optimistas, tienen gusto por reír y divertirse. Prefieren mantenerse ocupados, tienden a ser agresivas y perder los nervios rápidamente.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Se determinó que tanto los médicos como las enfermeras no presentan Burnout, en relación al agotamiento emocional está presente en un 20% en los médicos y en un 33% en las enfermeras, este porcentaje representa que los profesionales de la salud algunas veces pueden sentirse tensionados o frustrados debido al trabajo que realizan, y generar un riesgo de llegar a padecer el síndrome del Burnout.

En cuanto a la despersonalización es totalmente nulo el porcentaje que presentan los profesionales de la salud, lo cual es un indicador protector del Burnout ya que presentan actitudes positivas hacia los demás y el trabajo que realizan es motivador para ellos. Por ello su realización personal es totalmente alta del 100% y esto hace que su satisfacción por la labor que desempeñan sea completa y que sientan el deseo de seguir trabajando por el cuidado y protección de sus pacientes, y cada día con más fuerza y vitalidad para enfrentar un nuevo reto en sus vidas.

Dentro de las variables sociodemográficas y laborales de los profesionales de la salud a los cuales se les aplicó los cuestionarios, se estableció que en un 60% son de género masculino y en un 40% femenino, mientras que en la profesión de enfermería el 100% se desempeña en mayor porcentaje por mujeres; sin embargo independientemente del género y profesión el Burnout está ausente en este lugar de trabajo.

Se establece que la etnia a la que pertenecen los profesionales es la mestiza, manteniendo una zona de vivienda urbana, esto se relaciona por el sector donde se encuentra el Hospital, en este caso, si la investigación se la realizara en otra zona posiblemente podríamos ubicar que existen profesionales de otras etnias y que su situación de vivienda variaría y se establecerían diferentes variables.

Predomina el estado civil casado tanto en los médicos como enfermeras, lo que esto nos hace deducir que los profesionales mantienen un lazo sentimental que ayuda a que no se presente el síndrome, por la afectividad y el tener con quien desahogar alguna situación estresante que se mantenga en el aspecto laboral como personal. La mayoría vive con otras personas ya sean solteros, viudos, divorciados o separados, lo

que hace que en su entorno estén rodeados de familiares con los que puedan contar en algún problema que se presente.

Por trabajar en una Institución Pública cuyos fondos provienen del Estado y por su labor como institución los profesionales reciben su remuneración salarial mensualmente con todas las obligaciones que la Institución tiene que asumir, por tal motivo la remuneración salarial está establecida según los parámetros que rige la ley, lo que hace que los profesionales estén de acuerdo con el valor salarial que se les asigna cada mes. Este es un factor importante que influye como protector del síndrome en vista que la satisfacción de la remuneración salarial sería un factor estresante que contribuiría a que el síndrome se desarrolle en los profesionales, cuando la persona no se siente respaldada económicamente por la institución, cae en una situación estresante por ser el sustento de sus familias.

Otro factor de riesgo que puede desencadenar la aparición del síndrome es el frecuente contacto a situaciones de vida y muerte a los que se enfrentan los profesionales de la salud, el 80% de los pacientes tienen riesgo de muerte y esto puede producir una afectación física, emocional, psicológica y conductual a su vida profesional, personal y social, sin embargo en esta muestra de profesionales no sucede. Como se observa en los Gráficos No. 51 y 52, su realización profesional es del 100% tanto en médicos como enfermeras, están muy satisfechos con su trabajo y tienen vitalidad para seguir en sus tareas diarias que como profesionales desempeñan. Cabe recalcar que las enfermeras están más en contacto con pacientes que pueden fallecer según Gráfico No. 30 están expuestas en un 67% más que los médicos a tener a su cargo pacientes con estas condiciones.

Un estresor fundamental que tiene relación con el Burnout es la relación laboral que se presenta entre la institución y los profesionales, como observamos en los Gráficos No. 43 y 44, los profesionales mantienen una buena relación con los directivos de la institución, el apoyo que la institución les brindan es el adecuado y la relación laboral no se encuentra en mal estado, por lo que la satisfacción de trabajar en esta casa de salud hace que la convivencia sea llevadera y se sientan satisfechos con el trabajo.

El estado actual de la salud mental de los profesionales de la Institución, según el instrumento aplicado GHQ-28, da a conocer que tanto médicos como enfermeras presentan un porcentaje promedio del 35% (más de la cuarta parte de la muestra) de síntomas psicosomáticos, como son dolores de cabeza, cansancio, escalofríos, etc., que pueden ser propicios de alguna situación que estén atravesando, pero esto no afecta al desarrollo normal de sus actividades. En lo que se refiere a la ansiedad el personal de enfermería tienen un porcentaje del 40% que estaría afectando a su salud como son dificultad para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad, esto se puede observar en los Gráficos No. 56.

Su realización personal es muy alta, por tal motivo no existe una disfunción social en la actividad diaria que realizan los profesionales de la salud, su desempeño social es muy bueno. Esto se ha podido constatar con el análisis de las variables sociodemográficas y la estabilidad que sienten los profesionales de la salud con su Institución

Todo esto genera que los profesionales de la salud tengan un buen afrontamiento ante situaciones adversas. Según las tablas No. 16 y 17, podemos observar que los médicos poseen un alto replanteamiento positivo 11.72%, un afrontamiento activo del 10.52%, una aceptación del 10.52% y en religión 10.65%, es decir consideran la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejora, realizan actividades para eliminar o reducir su estrés, consideran a las situaciones estresantes como una oportunidad para crecer y mejorar, toman conciencia y acepta la situación que está viviendo, acuden a realizar actividades religiosas que les ayuden a sentirse mejor.

En relación al personal de enfermería, podemos observar que hay un alto porcentaje en lo que se refiere a la religión 10.54%, es decir, que a diferencia del personal de médicos, se sienten mejor cuando realizan actividades religiosas en una situación que les causa estrés, tienen una aceptación del 10.32%, un replanteamiento positivo del 10.20%, planificación 9.6% y un afrontamiento activo 9.52%, por tal motivo, toman conciencia y aceptan la realidad que están viviendo, considerando a la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar, planean los pasos que van a seguir para realizar un afrontamiento activo, el mismo que genera que se realicen actividades y acciones para eliminar o reducir la fuente de estrés por ellas mismas.

El afrontamiento activo y positivo hace que los profesionales no presenten negación ni uso de sustancias como son drogas, alcohol o medicamentos que puedan afectar su salud tanto emocional, física o psicológica, ya que viven la realidad del problema y buscan afrontar los problemas sin escapar de ellos.

Según las Tablas No. 18 y 19, las enfermeras mantienen un porcentaje mayor 14.84% más que los médicos al uso de apoyo emocional, buscando apoyo, comprensión, simpatía, consejo de como sobrellevar una situación, de esta manera descargan los sentimientos que se producen cuando tienen malestar emocional por la situación estresante que estén pasando.

La interpretación positiva de las situación o acción estresante a los que los profesionales se ven expuestos les da la oportunidad para crecer y mejorar, de esta forma piensan, analizan como hacer frente al estresor, planear los pasos que puedan seguir para solucionar el problema hace que tomen conciencia y acepten la situación que están viviendo, tanto médicos como enfermeras realizan actividades religiosas ya que las mismas les ayudan a sentirse mejor, somos una sociedad católica, la cual influye mucho en nuestro entorno, por lo que la religión está presente en nuestras vidas. De esta forma se presenta en un nivel muy bajo 9.7% el sentir autoinculpación por la situación que se esté presentando.

El apoyo social es considerado uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas, una especie de fondo al cual recurrir en caso de necesidad. Su ausencia es en sí misma una fuente de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud y el bienestar y tiene relaciones significativas con la depresión.

La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas y el agrado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con las demás personas dan como resultado una afirmación de respaldo de afecto positivo, por tal razón se convierte en un factor de riesgo o protector en la investigación realizada, según los Gráficos No. 63 y 64, los médicos y enfermeras están comprometidos con la empatía hacia los demás, tienen un buen círculo de apoyo social que les permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad por su buena comunicación, en este caso el recurrir a la ayuda o consejo que les puedan dar familiares, amigos,

esposos, vecinos, compañeros de trabajo, ayuda a sobrellevar la situación o el problema que estén enfrentando.

EL apoyo social en el trabajo, permite afirmar que es el recurso más investigado en su relación al Burnout y que la evidencia en relación con la importancia de la falta de apoyo es fuertemente consistente, especialmente en la falta de apoyo que brindan los jefes o supervisores más que en la falta de apoyo de los compañeros de trabajo, como se pudo constatar en el instrumento sociodemográfico, la relación con los directivos y colegas dentro de la Institución es satisfactoria.

La influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización que presentan los médicos y enfermeras como se puede observar en los Gráficos No. 47-48-49 y 50, por la comunicación y el compañerismo que mantienen dentro de la Institución la realización personal es del 100%, cabe recalcar que es de suma importancia el apoyo social que proviene de los Directivos, Supervisores, Jefes de área, para de esta forma favorezca la eficacia y rentabilidad dentro de la Institución de Salud.

El estudio de la personalidad se ha beneficiado con la teoría de los rasgos, iniciada por Allport al exponer su modelo de la personalidad fundamentado en la presencia de rasgos centrales y secundarios. Donde están situados todos los estímulos procedentes del exterior, los estímulos hereditarios y una serie de patrones de respuestas posibles que se activan hacia dicho estímulos, el instrumento utilizado es de Eysenck EPQ-R el mismo nos da a conocer los rasgos de personalidad que se presentan, en lo que se refiere a los médicos según la Tabla No. 20 nos da a conocer que existe un 69.90% de extraversión lo que significa que son personas sociables, que tienen amigos, les gusta hablar con las demás personas, no les gusta la soledad. Son personas que anhelan la animación, les gusta los cambios, son personas optimistas, les gusta la diversión. Un punto negativo es que las personas tienden a ser agresivos y a perder los nervios rápidamente, esto en el caso que se presente una situación sumamente estresante y que no puedan superar.

No existe el rasgo de neuroticismo, lo que nos indica que los médicos son emocionalmente equilibrados y controlan las situaciones que se les puede presentar.

Tenemos un 19.42% de psicoticismo y un 10.68% en sinceridad, lo que nos da como resultado que son personas empáticas, reflexivas, amables poco agresivas que logran la aceptación de la realidad. Estos porcentajes nos dan a conocer que los médicos tienen una personalidad positiva, capacidad para percibir el significado del mundo que les rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que éstas tienen sobre su entorno. El comportamiento saludable del ser humano es todavía más significativo cuando se presenta en entornos o circunstancias adversas de la vida.

En relación a las enfermeras podemos observar según la Tabla No. 21 que al igual que los médicos presentan un alto porcentaje 48.97 % de rasgos de extroversión, son sociables, tienen amigos, les gusta hablar con las demás personas, no les gusta la soledad. Son personas que anhelan la animación, les gusta los cambios, son personas optimistas, les gusta la diversión.

En neuroticimos presentan un 12.41% lo que es un porcentaje bajo, representa que tienen reacciones calmadas y equilibradas en la presentación de alguna situación o problema que pueda generarse, en lo que se refiere a psicoticismo presentan un 27.59% es un porcentaje medio, que nos da conocer que pueden llegar a tener una personalidad problemática, cruel e inhumana hacia los demás, en el caso que el porcentaje de rasgo sigue aumentando.

A nivel de sinceridad analizamos que es un porcentaje bajo del 11.03% lo que nos da como resultado que puede construir elementos a partir de lista de temas socialmente deseables, que llega a cumplir deseos o metas que están dentro de los parámetros normales del entorno.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Dentro de los estudios realizados con relación al Burnout a nivel de América Latina el Ecuador se encuentra en un 4.3% tienen la prevalencia del síndrome, por las investigaciones realizadas se sigue manteniendo este porcentaje. En la Institución de Salud a los profesionales que se les aplicó los diferentes instrumentos, en ningún caso se encontró presencia del síndrome en una muestra de 30 (15 médicos y 15 enfermeras).
- Por los porcentajes medios y altos encontrados en el MBI de agotamiento emocional, existe un riesgo alto de que el personal de la salud pueda presentar un cuadro de Burnout en un futuro.
- La salud mental de los médicos como enfermeras es estable, no se encontró un porcentaje alto de ansiedad, depresión, síntomas somáticos o disfunción social.
- La estabilidad en el trabajo, el desempeño laboral, la empatía hacia los pacientes y entre los profesionales dan un alto porcentaje en la realización personal de cada uno, lo que hace que cada día se presenten nuevos retos que enfrentar y se los realice de forma positiva.
- Las estrategias de afrontamiento centradas en el problema como en la emoción que son ejecutadas por los profesionales al trabajar con pacientes terminales es uno de los principales factores que evita mayores consecuencias tanto en la salud de los profesionales como en la calidad de asistencia brindada a los pacientes.
- El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo social de directores, supervisores y jefes de área al personal tanto médico como de enfermería tienen un efecto altamente positivo en este tipo de servicio, así se contribuye a aminorar los efectos estresantes del trabajo.

- Las redes de apoyo tienen como ventaja el hecho de que la ayuda que prestan es inmediata y dada la afinidad con sus componentes, ofrecen un apoyo emocional y solidario muy positivo para el paciente.
- La personalidad positiva de los médicos y enfermeras facilita un control y autocontrol de las situaciones en función de su consistencia, ajuste a las demandas ambientales y expectativas personales, lo que hace que su actitud ante la vida genere éxito, seguridad, responsabilidad, constancia, bienestar y así combatir una situación adversa o estresante que se pueda presentar.
- La institución tiene altos niveles de atención por lo que la prevención del desgaste laboral es un arma poderosa para evitar posibles incidentes y eventos adversos que deterioren la calidad de los cuidados al paciente y garanticen una vigilancia eficaz y segura.

RECOMENDACIONES

- Se debe realizar programas de prevención y promoción de la salud, esto guiaría a los profesionales a adoptar un mejor manejo de situaciones o conflictos estresantes que se puedan presentar en su entorno y así mejorar su calidad de vida tanto profesional, personal y social.
- Realizar con equidad la distribución de los horarios a nivel de enfermeras en los turnos que tienen que cumplir, de igual manera el trato interpersonal.
- Promover y mantener en forma permanente sistemas de evaluación del personal, y crear grupos terapéuticos de contención emocional dirigidos a todo el personal de trabajo, con el fin de promover mayor solidaridad, diálogo y respeto por las opiniones de los otros, mejorando los canales de comunicación entre los compañeros de trabajo.
- Las actividades del personal sanitario son esencialmente asistenciales, lo que demanda una estructura cuidadosamente diseñada, para lo cual se recomienda

que se fomente la organización, la distribución efectiva de tiempos de atención, la formación continua y la motivación. La carencia de éstos puede generar problemas en la calidad de servicios lo que puede generar un ambiente psicosocial capaz de potenciar un sentimiento de insatisfacción laboral al interior de las Instituciones de Salud.

- Todos los estamentos sociales deben estar involucrados en el desarrollo de competencias psicosociales que aporten el enriquecimiento necesario de la personalidad individual así como el desarrollo de las conductas de salud, ya que estas pasan previamente por el desarrollo de la persona y de sus recursos.

8. BIBLIOGRAFÍA

Albar, M., Romero M., González, M., Carbayo P. E., García, G. A., Gutiérrez, M. I. y Algaba, P. S. (2005). *Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital*. España: Revista de Enfermería Clínica. Sep. 14(5).

Aldrete, R. Ma., González, S. J., Preciado, S. Ma. y Pando, M. M. (2009). *Variables sociodemográficas y el síndrome de Burnout de quemarse en profesores de enseñanza media básica (secundaria) de la zona metropolitana de Guadalajara*. Guadalajara: Revista de educación y desarrollo. Abril-Junio.

Aranda, B. C., Pando, M. M., Salazar, E. J., Torres, L. T. y Aldrete, R. Ma. (2010). *Apoyo social como factor protector a la salud frente al síndrome de burnout en agentes de vialidad*. Costa Rica: Revista Salud pública. VOL.19, No.01. Junio.

Arenda, B. C., Zárate, M. V., Pando, M. M. y Sahún F. J. (2010). *Salud Ocupacional*. Colombia: Andes Estudios Ltda.

Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P. y García, F. (2009). *Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público*. Brasil: Artículo Revista ciencia y enfermería XV.(2): 55-68.

Barbosa, R. L., Muñoz, O. Ma., Rueda, V. P. y Suárez, K. (2009). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios*. México: Revista Iberoamericana de psicología: ciencia y tecnología 2(1): 21-30.

Barc, D. V., Miranda, P. Y., Herrera, C. D. y Álvarez F. C. (2008). *El síndrome de Burnout en enfermeros básicos del segundo año de la carrera*. Cuba: Revista Cubana de enfermería. VOL.24, No.3-4. Jul.-Dic.

Barruza, S. J., Romero, P. J. y Flores P. L. (2009). *Coordinación de educación e investigación en salud*. México: revista Biomédica Latinoamericana Waxapa. VOL, 1.

- Blanco, A. (2004). *Psicología y Derechos Humanos*. Barcelona: Icaria Editorial.
- Brill, P. L. (1984). *La necesidad de una definición operativa de agotamiento*. *Salud Familiar y Comunitaria*. 6, 12-24.
- Biltar, Ma. y Morán A. C. (2008). *Investigación sobre Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios*. España: Revista sobre discapacidad intelectual. VOL. 36, No. 213. Julio.
- Bosqued, M. (2008). *Quemados: El síndrome del Burnout ¿Qué es y cómo superarlo?*. España: Editorial Paidós.
- Bracco, C. y Reyna C. (2011). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en acompañantes terapéuticos*. Lima. Revista de investigación psicológica. Vol. 14
- Burke, R. J. y Richardsen, A. M. (1993). *Agotamiento psicológico en las organizaciones*. En *RT Golembiewski: Manual de comportamiento organizacional*. (pp. 263-299). New York: Marcel Dekker.
- Díaz, G., Jaimes, T. S. y Villa, O. M. (2010). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato*. Colombia: *Psicol. Caribe* No.26 Barranquilla Julio-Diciembre.
- Esteva, M., Larraz, C. y Jiménez F. (2006). *La salud mental en los médicos de familia: efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo*. España: *Revista clínica*. Esp.206.
- Freudenberger, H. (1974). *Tratado De Psiquiatría*. New York. 30(1), 159-165 vol 12 (1) 5/22
- Ferran, S. L. (2004). *El síndrome del sobre entrenamiento: una visión desde la psicobiología del deporte*. Barcelona: Editorial Paidotribo.
- Fischer, H. (1983). *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. Madrid.1ª ed. Síntesis.

Flores, A.I., Botero, M. y Moreno, J. B. (2005). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en latinoamérica*. Bogotá. Editorial Alapsa.

Gantiva, C., Jaimes, S. y Villa, M. (2010). *Psicología desde el Caribe*. Barranquilla-Colombia. Revista Científica de América Latina. No. 26

Genero, J. (2011). *En mobbin, burnout y apoyo social*. Argentina: Documento IP.001. Agosto 2008. Recuperado de <http://www.slideshare.net>

Godoy, R. M. (2002). *Síndrome de Burnout*. Revista Chilena de Pediatría. Santiago de Chile, 73(3).

González, M. A., Oramas, V. A., Álvarez, P. S. y Oliva, O. E. (2006). *El síndrome de Burnout un desafío ético para alcanzar la excelencia en enfermería*. Cuba: Revista Habanera de Ciencias Médicas. VOL, 5.Núm. 4.Octubre-Diciembre.

González, M. A. (2008). *Salud de los trabajadores (INSAT)*. Cuba: Revista de la Salud. VOL. 3. No. 1.

González, L. F. (2010). *Psicología Clínica: Trastornos neurológicos, hormonas y psicológicos*. México: Lascuráis de Retana. Primera edición.

Hernández, G.T., Terán, V. O., Navarrete, Z. D. y León, O. A. (2007). *El síndrome del Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición*. México: Revista ICEA No.5 Julio-Diciembre.

Insel, T. (2009). *Depresión*. Estados Unidos: Instituto Nacional de la Salud Mental. Recuperado de <http://www.nimh.nih.gov>

Leenders, M. y Henkens, K. (2008). *Burnout e intenciones de jubilación anticipada entre empleados mayores*. Madrid: Revista Psicológica del Trabajo Organizacional. VOL.24, No.3.

Martínez, P. A. (2010). *El síndrome del Burnout: Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. España: Vivat Academia No. 112.

- Mora, Ch. H. (2008). *Manual del Escolta Privado*. Ecuador: Editorial Club Universitario.
- Morán, A. C. (2006). *Psicoperspectivas: individuo y sociedad*. Chile: Universidad de león. Revista 9/9210, VOL. 5, no. 1.
- Muchinsky, P. M. (2002). *Psicología aplicada al trabajo*. Arizona: CengageLearning Editores.
- Paredes, O. L. y Sanabria, F. P. (2008). Revista MED de la facultad de medicina. España: ISSN-E 0121-5256, VOL. 16
- Pedreño, A. M. (2005). *Metas de enfermería*. España: Artículo de la ISSN 1138-7262. VOL. 8, No. 9.
- Peiró, S. J. (2011). *Estrés laboral y riesgos psicosociales*. España: Universitat de Valencia.
- Pereda, T. L., Márquez, C. F., Hoyos, V. M. y Yáñez, Z. M. (2009). *Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico*. España: Salud Mental, Vol. 32, Núm. 5, septiembre-octubre.
- Pérez, B. I. (2010). *Burnout: ansiedad y estrés en la salud mental*. Artículo publicado el 13 de agosto. Recuperado de <http://suite101.net>
- Polaino, L. A., Cabanyes, J. y Del Pozo A. (2003). *Fundamentos de la Psicología de la Personalidad*. España: Ediciones Rialp.
- Quass, C. (2006). *Psicoperspectivas: Individuo y Sociedad*. Chile: Revista de psicología. VOL. 5, No. 1.
- Ríos, Ma., Godoy, C. y Sánchez, J. (2011). *Personalidad y síndrome de Burnout en profesionales de enfermería*. España: Editorial Academia Española. Marzo.

Rodríguez, C. (2001). *Rasgos de personalidad y Burnout en médicos de familia*. Barcelona: Grupo comunicación y salud facultad de Psicología Blanquerna. VOL.27, No. 07.

Roth, E. y Pinto, B. (2010). *Síndrome de Burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de la Paz*. Bolivia: Editorial ISSN 2077-2161. Agosto.

Rout, U. (2008). *Estrés laboral en profesionales de la salud*. Madrid: Editores empleo, estrés y salud. Cap. 5.

Salanova, M. y Llorens, S. (2008). *Estado actual y retos futuros en el estudio del Burnout: Papeles del psicólogo*. España: Universitat Jaume I de Castellón.

Sarason, I. G. y Sarason, B. R. (2006). *Psicopatología: Psicología anormal: El problema de la conducta inadaptada*. México: Pearson Educación.

Seldon, C., Kessler, C. y Gordon, L. (1997), *Medición del estrés: Una guía para la salud y las ciencias sociales*. New York:Oxford University Press.

Serrano, G. Ma. (2002). *La Educación para la salud del Siglo XXI*. España: Editorial Díaz de Santos, 2da edición.

9.

ANEXOS



Queseras del Medio 521 y Av
Colombia
Teléfono: 2568009
www.hospitalmilitar.mil.ec

COMANDO CONJUNTO DE LAS FF.AA.
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES FUERZAS ARMADAS No. 1
DESARROLLO INSTITUCIONAL

Quito, D.M., 20 de Septiembre de 2012

CERTIFICADO:

A quien corresponda:

Certifico que la señorita Dora Elisa Camacho Lojan, portador de la cédula de ciudadanía No. 1713031738, realizó las encuestas en esta Casa de Salud.

Es todo cuanto puedo mencionar en honor a la verdad, por lo cual la interesada puede hacer uso del presente como a bien tuviere.

Atentamente,

Ramiro Terán V.

TCRN. EM.

JEFE DE DESARROLLO INSTITUCIONAL



Teléfono: 2520180



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

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

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.							



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

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

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

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

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

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

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

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

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). López, J. (2005). Entrenamiento en manejo del estrés en cuidadores de familiares mayores dependientes: desarrollo y evaluación de la eficacia de un programa.401-402.

Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

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

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

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