



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

TITULACION DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito”

Trabajo de fin de Titulación

AUTORA:

Cazar González, Priscila Alexandra

DIRECTORA:

Sánchez León, Carmen Delia Mgs.

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO
2012**

CERTIFICACIÓN

Mgs. Carmen Delia Sánchez León
TUTOR DEL TRABAJO GRADO

CERTIFICA:

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

Mgs. Carmen Delia Sánchez León

C.I. 1102460142

Loja, Diciembre del 2012

ACTA DE CESION DE DERECHOS

Yo, Priscila Alexandra Cazar González, declaro ser la autora del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Priscila Alexandra Cazar González

C.I. 1705820437

AUTORÍA

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

Priscila Alexandra Cazar González

C.I. 1705820437

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado de manera especial a mi hijo Nicolás, porque su sola presencia me ha inspirado para cada día desear ser un mejor ser humano.

A mis padres, Marcelo y Tere por su amor y apoyo incondicional y por ser un ejemplo de perseverancia, disciplina y congruencia.

A mi hermana Jacky y mi sobrina Olivia por contagiarme el alegre impulso de crecer y a confiar en mi misma.

A mis abuelos, Luis Arsenio (†), José Miguel (†), Sara Beatriz (†) y María Piedad por todo el amor recibido siempre.

Con profundo cariño, Priscila

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo de fin de carrera es la síntesis de muchas personas comprometidas con el desarrollo de la ciencia y el conocimiento en nuestro país, en especial la Universidad Técnica Particular de Loja y su programa de estudio a distancia.

A la Mgs. Carmen Sánchez León, Mgs. Rocío Ramírez, Lic. Julio Alvarado, y todos los maestros que durante estos años han sido parte importante de mi formación profesional.

A los directivos y autoridades del Hospital Pablo Arturo Suárez de la ciudad de Quito por la apertura a la realización de este trabajo. Al Dr. Juan Barriga, Mgs, Sandra Aguilera, Dr. Patricio Toapanta, Lic. Martha Collahuaso, y a todos los funcionarios que gentilmente colaboraron y participaron para el desarrollo de este trabajo.

Un agradecimiento a mi familia, amigos, colegas por el apoyo, el cariño y la paciencia al acompañarme en este camino que elegido y que implicó robar momentos importantes para hacer realidad este sueño.

Un agradecimiento eterno al Creador por bendecirme con el privilegio y el regalo de la vida y las maravillosas oportunidades y experiencias que la colman.

Priscila

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CARÁTULA	i
CERFITICACIÓN	ii
ACTA DE SESIÓN DE DERECHOS	ii
AUTORÍA	iv
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTOS	vi
1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCIÓN	2
3. MARCO TEÓRICO	4
CAPÍTULO I: El estrés. Consideraciones Teórica	4
1.1. Identificación del estrés como condición médica y psicológica	4
1.1.1. Definición	4
1.1.2. Categorización del estrés: estímulo, respuesta, interacción	5
1.2. Mecanismos Neurobiológicos del estrés	7
1.2.1. La respuesta del organismo ante el estrés	7
1.2.2. Causas del estrés	8
1.2.3. Desencadenantes multifactoriales del estrés	8
1.2.4. Consecuencias fisiológicas al estrés prolongado	10
1.3. Estrés laboral	12
1.3.1. Una mirada al contexto de la modernidad	12
1.3.2. El estrés laboral	14
1.3.3. Motivación y satisfacción laboral	14
CAPÍTULO II: Conceptualización del Burnout	16
2.1. Consideraciones Teóricas	16
2.1.1. Definición	16
2.1.2. Delimitación Histórica	17
2.1.3. Categorización sectaria y de riesgo	20
2.2. Síndrome de Burnout	23
2.2.1. Identificación clínica del burnout	23
2.2.2. Modelos etiológicos del burnout	25
2.2.3. Causas y efectos del burnout	29
2.2.4. Prevención y tratamiento	30

CAPÍTULO III: Burnout: Síndrome de estar quemado en el trabajo	32
3.1. Burnout y salud mental	32
3.1.1. Salud mental. Consideraciones	33
3.1.2. Somatización y síntomas de alerta	34
3.1.3. Psicopatologías y burnout	36
3.2. Burnout y Afrontamiento	38
3.2.1. Teorías de Afrontamiento	38
3.2.2. Estrategias de Afrontamiento	40
3.2.3. Modelos e investigaciones	41
3.3. Burnout y Apoyo Social	43
3.3.1. Definición apoyo social	43
3.3.2. Modelos de apoyo social	44
3.4. Burnout y Factores de Personalidad	46
3.4.1. Factores de personalidad	47
3.4.2. Tipos de Personalidad	48
3.4.3. Patrones de conducta	50
3.4.4. Locus de control	51
4. METODOLOGÍA	53
5. RESULTADOS	56
5.1. Encuesta sociodemográfica y Laboral	56
5.2. Inventario de Burnout – Maslach Burnout Inventoy (MBI)	75
5.3. Cuestionario de Salud General GHQ-28	81
5.4. Cuestionario de Afrontamiento Brief COPE	85
5.5 Cuestionario MOS de Apoyo Social	88
5.6 Cuestionario de Personalidad EPQR-A	91
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	94
7. CONCLUSIONES Y RECOMNDACIONES	101
7.1. Conclusiones	101
7.2. Recomendaciones	102
8. BIBLIOGRAFÍA	104
9. ANEXOS	110

1. RESUMEN

“Identificación de Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”, investigación planteada por la Universidad Técnica Particular de Loja, fue desarrollada en el Hospital Pablo Arturo Suárez de Quito, se entrevistó a 15 médicos y 37 enfermeros(as). Los instrumentos que se aplicaron fueron Inventario Sociodemográfico y Laboral, Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario Mos de Apoyo Social y Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A), con los cuales se detectó que la incidencia del *burnout* fue del 1,9% del total de la población entrevistada y el 6,6% sobre la categoría de médicos. Resultado que fue relacionado con los promedios identificados para la región en donde, según las investigaciones, la prevalencia está entre el 2,5% y el 5,9% (Ramírez, R, 2012). Las relaciones entre la presencia o no del *síndrome de burnout* (SBO) y las variables relacionadas ubicó principalmente a los factores sociodemográficos, laborales, apoyo social, personalidad, como los más referentes en relación a este fenómeno psicosocial.

2. INTRODUCCIÓN

En 1974 Herbert Freudenberger define al *estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés en las actividades laborales* como *burnout* y más tarde para el año de 1981, la psicóloga Cristina Maslach, establece que el *síndrome de burnout (SBO)* puede categorizarse en base a tres dimensiones: *agotamiento emocional (AE)*, *despersonalización (DP)* y *realización personal (RP)*. Estos tres factores involucran actitudes y sentimientos negativos sobre el trabajo, la propia persona, su rol profesional y están vinculados al *estrés crónico* laboral.

La comunidad científica ha abordado el tema del *burnout* ampliamente llegando al reconocimiento en base a investigaciones que puede afectar a diversos grupos ocupacionales como médicos, personal de enfermería, profesionales de salud mental, profesores, entre profesionales relacionados con la asistencia directa a personas.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud Laboral ha establecido que la prevalencia del síndrome afecta al 28% de los trabajadores europeos y, específicamente en España, ha llegado al 17,83%. (Del Río y Perezagua, 2003).

Sobre las investigaciones realizadas en la región conocemos que se ha identificado una prevalencia del 11,4 % en personal sanitario en Hispanoamérica: 14,4% en Argentina, 7,9 % en Uruguay y entre el 5,9% y el 2,5% en países como México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador. (Grau, A. Fliechtentrei, D, Suñer, R. Prats M, Braga, F. 2007). Sin embargo otros países como Chile registran una prevalencia superior que rodea el 30% en profesionales de salud (Román, 2003).

En Ecuador, según la Federación Médica Ecuatoriana la prevalencia del *síndrome de burnout (SBO)* en Pichincha estaría entre el 18%, siendo una de las más altas de la región. Por otra parte, según cifras del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INNEC, en 2007 el Ecuador contaba con 75 mil trabajadores de la salud en el sector público en donde la tasa de 1,9 médicos y 0,6 enfermeras por cada 1000 habitantes se encontraba por debajo del promedio para la región en comparación con países como Argentina y Uruguay. (Lucio, R. 2011)

La Organización Mundial de la Salud ha puesto en manifiesto su preocupación por la situación mundial relacionada con el *estrés laboral* y las consecuencias de este sobre la población: enfermedades, trastornos psicológicos, absentismo, disminución del desempeño, altos índices de rotación. Estados Unidos habría invertido cerca de cincuenta billones de dólares al año en atender situaciones relacionadas con el *estrés*

laboral. (Wright y Smye 1996). Esto pone en evidencia que los trabajadores de salud laboran bajo una constante demanda de atención que puede determinar ciertas condiciones laborales que facilitan alteraciones de salud como el *estrés crónico* y el *síndrome de burnout* (SBO) especialmente por la alta demanda de atención potencialmente superior en nuestro país.

Desde esta perspectiva el trabajo de investigación tiene como objetivo identificar el *Síndrome de Burnout* (SBO) y los factores relacionados a este fenómeno como indicadores de la situación de los recursos humanos en los sistemas de salud en nuestro país, aplicando algunos instrumentos que permiten evaluar estas condiciones.

El trabajo de investigación fue diseñado desde una perspectiva, cuantitativa, descriptiva, transversal, no experimental en donde en base al instrumento tridimensional Maslach Burnout Inventory (MBI) que mide la incidencia del burnout en las subescalas de *agotamiento emocional* (CE), *despersonalización* (DP), *baja realización personal* (RP) además del índice de prevalencia. Sobre esta categorización inicial se aplican los resultados de otros 5 instrumentos de investigación: Encuesta Sociodemográfica y Laboral, Cuestionario de Salud Mental GHQ-28, Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (Brief-COPE), Cuestionario Mos de Poyo Social y finalmente Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).

En el hospital público Pablo Arturo Suárez se aplicó los instrumentos a 15 médicos y 37 enfermeras en cinco áreas del hospital (Unidad de Cuidados Intensivos, Neonatología, Ginecobstetricia, Cirugía, Emergencias) en donde se pudo comprobar que la prevalencia del burnout es del 1,9% de la población entrevistada, el 6,6% para la categoría de médicos y del 0% para el caso de enfermeros(as).

En el análisis de los resultados relacionados a los demás factores evaluados se pudo establecer que algunas variables sociodemográficas mantiene la tendencia expuesta en las investigaciones. El factor de apoyo social, personalidad y estilos de afrontamiento fueron los más relevantes. De igual forma, aun cuando el síndrome no estuvo presente en uno de los grupos analizados, se comprobó altos índices de ansiedad y síntomas psicósomáticos.

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO I: El estrés. Consideraciones teóricas

1.1. Identificación del estrés como condición médica y psicológica.

El término *estrés* deriva del uso de la física (tensión que ejerce un cuerpo sobre otro) y que hoy en día se ha adaptado a situaciones identificadas como una sobredemanda que el individuo percibe en sus actividades y que es tema de preocupación que comparten los diferentes sectores de la sociedad, la misma que ha volcado su mirada hacia la comprensión y prevención de este fenómeno que emerge como símbolo de la dinámica moderna.

1.1.1. Definición de estrés.

El término *estrés* fue utilizado por primera vez en el contexto sanitario por el médico austriaco – canadiense Hans Selye (1930). Selye siendo estudiante, pudo observar que la mayoría de enfermos a quienes atendía tenían cierta sintomatología común, como cansancio, bajo apetito, tendencia a pérdida de peso y decaimiento. Este conjunto de síntomas que eran independientes de la enfermedad presentada, Selye(1930) las denominó como síndrome de estar enfermo. A partir de allí se inicia una serie de investigaciones relacionadas al *estrés* que darían el primer marco referencial sobre el tema. Selye (1956) define el *estrés* como *“una respuesta no específica del organismo ante cualquier demanda que se le imponga ”*

La Organización Mundial de la Salud (OMS), recogiendo el interés y la importancia sobre el tema, establece un parámetro conceptual refiriéndose a entender el *estrés* como *“conjunto de reacciones fisiológicas que preparan el organismo para la acción”*.

En Psicología, aun cuando el Manual de Diagnóstico de Trastornos Mentales (DSM-IV) no considera al *estrés* como un trastorno diferenciado, si establece la relación del *estrés* a ciertos criterios en trastornos de ansiedad. Es así que el *estrés* puede identificarse como una situación en la cual un individuo puede ver debilitados sus recursos de afrontamiento cuando enfrenta situaciones o acontecimientos que implican una fuerte e intensa demanda para este. (Vindel, 2010).

Por su parte Walter Cannon (1934) considerando los efectos adversos que deviene del

estrés y categorizó la frase "*Respuesta de lucha y Huida*" al referirse a reacción refleja que el individuo experimenta a nivel neurofisiológico cuando enfrenta una situación amenazante. Sobre esta metáfora, se reconoce la identificación de los procesos neurofisiológicos que demanda el estresor y que es el campo de estudio de la psicología, ya que intervienen una serie de estructuras cerebrales que dan respuesta a la demanda.

Siguiendo sobre la misma perspectiva, Jean Benjamín Stora (1992) establece que "*el estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo*". Es decir la respuesta instintiva permite una respuesta de sobrevivencia fundamental para el organismo. Este instinto es positivo y necesario. Superada la demanda, éste puede causar síntomas físicos si continua por mucho tiempo, así como una respuesta a los retos de la vida diaria y los cambios que de ella se despliegan. (Stora 1992).

1.1.2. Categorización del estrés: Estímulo, Reacción, Interacción.

Al identificar al *estrés* como el *estímulo* (Cannon, 1929; Holmes y Rahe, 1967) se refiere a la situación externa que provoca la reacción adecuada y que busca una respuesta adaptativa y devolver al organismo a su equilibrio homeostático. Para Cannon (1934) la homeostasis es el proceso fisiológico encargados de regular las influencias del medio externo y las respuestas correspondientes del organismo. Los estímulos pueden ser acontecimientos cotidianos o especiales que dependiendo de su intensidad y duración pondrán en acción a la persona que los experimenta y tendrán relación directa con una interpretación subjetiva de los mismos. Algunos sucesos importantes como catástrofes, pérdidas, accidentes, enfermedades, pueden considerarse como situaciones traumáticas, pues demandan una fuerte necesidad de reajuste a una nueva situación que antes era ajena al individuo. Por su parte, situaciones menos intensas pero más frecuentes podrían de igual manera exigir una alta demanda de respuesta al individuo con un efecto similar a las identificadas en principio.

En el *estrés* como *respuesta*, Selye (1956) identifica por primera vez la respuesta fisiológica del individuo hacia una situación estresante. Identificado como *Síndrome de Adaptación General* (SAG), Selye propone tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Las tres fases constituyen un proceso que implica inicialmente una reacción inicial del organismo manifestando ciertos síntomas que gracias a la movilización de recursos pueden ser controlados logrando una respuesta inicial

adaptativa a la situación y, que en caso de modificarse en un lapso de tiempo considerable, dará como resultado el agotamiento, con la evidencia de otros síntomas más intensos y de consideración.

La consideración del *estrés* como *interacción* distingue la relación entre estímulo y respuesta. Los estresores externos o internos determinados por variables situacionales que se combinan activamente con las variables individuales de procesamiento cognitivo de la situación particular. Esta distinción enmarca el campo de estudio más interesante pues se establece las diferencias de afrontamiento que cada individuo pone en marcha dependiendo de la valoración cognitiva que la persona. Lazarus y Folkman (1986), proponen el estudio de los procesos cognitivos disponibles para la valoración de la situación estresante además de la evaluación de los recursos del propios para enfrentar adecuadamente las situaciones consideradas como negativas y amenazantes. Una identificación insuficiente de recursos para enfrentar la situación puede ser el detonante para el inicio de la sintomatología relacionada con el *estrés*.

Las cogniciones determinadas por Lazarus y Folkamn, (1986) pueden ser adaptativas o desadaptativas en base al criterio de control que identifique el sujeto para la situación. Así, las cogniciones de control tienen la propiedad de reducir el estado de alerta y de vigilancia y permiten que los parámetros fisiológicos recuperen su funcionalidad habitual. Cuando las cogniciones se plantean como amenazas, continua la activación neurofisiológica relacionada con el *estrés*.

- *Cognición de control*: La situación es manejable con los propios recursos.
- *Cognición de amenaza*: Respuesta de lucha y huida posibles desde las capacidades del individuo.
- *Cognición de derrota*: Apreciación de una situación incontrolable en donde no se identifica posibilidades.

El proceso de valoración implica la identificación de consecuencias negativas que podrían surgir en caso de no enfrentar adecuadamente la situación. Lo cual pone enmarca una serie de estrategias de afrontamiento que en el caso de ser insuficientes, agudizan la interpretación negativa del suceso y la percepción catastrófica de la misma. Según el modelo de Lazarus (1986) si las consecuencias son muy

amenazantes y los recursos escasos, surgirá una reacción de activación del *estrés*.

1.2. Mecanismos Neurobiológicos del *estrés*.

1.2.1. La respuesta del Organismo ante el *estrés*.

El sistema nervioso se puede identificar por dos apartados diferenciados por su funcionalidad. Así, el sistema nervioso central (SNC) constituido por el encéfalo y la médula espinal modulan la respuesta a una gran cantidad de estímulos externos en donde existe el individuo conscientemente participa. Por su parte, dentro del encéfalo localizamos también ciertas estructuras (región del diencefalo) que regulan sistema nervioso periférico (SNP) conocida como el hipotálamo. Esta estructura posee un centro que controla las emociones y ciertos impulsos básicos y autónomos como el apetito, la sed, el sueño, la temperatura y el metabolismo que no necesitan la participación consciente del individuo.

El hipotálamo estimula a la glándula pituitaria (hipófisis) para que secrete diversas hormonas, incluyendo la hormona adrenocorticotrofina (ACTH) que identifica que el organismo requiere de una reacción rápida y efectiva derivada de una situación amenazante. La liberación de adrenocorticotrofina en la sangre estimula a la corteza suprarrenal para que libere la hoy conocida como hormona del *estrés*, el cortisol (cortisona). El cortisol tiene como función incrementar la capacidad de respuesta de "*lucha y huida*" (Cannon 1936). Para acceder a una energía extra, el organismo promueve la producción de glucosa que implica también la transferencia de proteínas para el efecto. Así, los músculos pueden disponer de la glucosa y los nutrientes almacenados para proporcionar la energía necesaria requerida. Las glándulas adrenales inician la liberación de catecolaminas (adrenalina, epinefrina, norepinefrina) que en sí logran incrementar el flujo sanguíneo, el ritmo del corazón y aumentando la capacidad de respuesta del cerebro. La epinefrina prolonga las respuestas que producen el sistema simpático. La glándula tiroidea juega una función importante durante el *estrés* y, estimula a la producción de tiroxina de la glándula tiroidea. Esta hormona aumenta la tasa metabólica de los tejidos del cuerpo. Tales cambios afectan el humor, la energía, la irritabilidad nerviosa y el nivel de alerta mental. El flujo sanguíneo aumenta gradualmente, lo que ocasiona un aumento en la presión sanguínea y el flujo de oxígeno al cerebro.

En general podríamos decir que esta respuesta neurofisiológica del organismo a una

situación amenazante está diseñada para lograr la sobrevivencia. Es una reacción autónoma pues debe ser rápida y efectiva. De no contar con este tipo de respuestas no podríamos disponer de reacciones efectivas a la amenaza y el peligro y, la vulnerabilidad que podríamos identificar podría incluso ser un factor peligroso para el enfrentamiento de la situación.

1.2.2. Causas del estrés.

Para abordar el tema del *estrés* debemos involucrar las diferentes dimensiones sobre las cuales se desarrolla el *estrés crónico* o patológico logando así una perspectiva integral del origen y las consecuencias de su influencia.

En este sentido podemos identificar varios niveles sobre los cuales se puede iniciar una categorización de los causantes del *estrés* en general. Estos niveles son el contexto que origina la situación, la duración, la frecuencia y la intensidad.

Así tenemos que los estresores pueden ser *cotidianos, agudos, crónicos y desastres*.

El *estrés crónico* podríamos considerar más peligroso y es el tipo de *estrés* que no se llega a identificar cuándo empieza a intensificarse. Se mantiene durante un tiempo prolongado en donde la persona no puede volver a espacios de equilibrio y relajación. Contempla una alta o baja intensidad que fluctúa con la variabilidad de la frecuencia. Este es el tipo de *estrés* que no llega a percibirse como un acontecimiento determinado y que por tanto pasa a formar parte de la cotidianidad, en donde la persona está inmersa en la ambigüedad laboral que produce el *estrés desencadenante del burnout*.

Así, las consecuencias del *estrés* y en forma específica del *estrés* perjudicial para el bienestar de la persona, cumplen con un proceso que parte desde el desconocimiento, pues no es posible identificar claramente cuando inicia la situación hasta la etapa de identificación y ajuste en la cual se debe abordar el problema de forma profesional.

1.2.3. Desencadenantes multifactoriales del estrés.

El fenómeno del *estrés* al igual que otros objetos de estudios en diferentes áreas de la ciencia, han pasado a observarse de una manera integral, desde donde difícilmente se puede identificar causas particulares que den una explicación determinante.

Consideramos así que el *estrés* puede devenir de varios factores que interactúan de manera tal que facilitan el proceso que proponemos para el estudio.

Algunos de estos factores podríamos considerarlos como *factores internos*, propios de la persona y que tiene que ver con la valoración que el individuo pueda dar a la situación que enfrenta (Lazarus y Folkman, 1984), las *estrategias de afrontamiento*, en definitiva las *diferencias individuales* y por otra parte las consideraciones sociales y ambientales sobre las cuales interactúa la persona. Nos podríamos referir así a diversos factores biopsicosociales que influyen en el surgimiento del *estrés*.

Las condiciones sociales-ambientales pueden actuar como agentes estresantes (Thomas H. Holmes, 1967). El estudio que todavía está vigente para identificar situaciones o eventos sociales que provocan respuestas psicofisiológicas de ajuste significativas se vinculaban con cambios importantes del ciclo vital tales como el matrimonio, divorcio, cambios de trabajo, de residencia, viajes, muerte de familiares cercanos, accidentes, enfermedades, etc. Así Holmes (1956) diseñó el *Inventario de Experiencia Reciente* (SRE), cuya finalidad fue la dar una dimensión cualitativa (Holmes y Rahe, 1967), a los eventos sociales que podrían ser generadores de *estrés* intenso que podría llegar a considerarse incluso traumáticos.

Por su parte existe la consideración de sucesos extremos inesperados, en donde las demandas implican incluso un cambio de vida. Catástrofes naturales, guerras, enfermedades terminales o incurables podrían considerarse estresores intensos y de corta duración que implican un cambio radical de vida para el individuo (Cockerham, 2001). Estas situaciones podrían referir a la posibilidad de sufrir un *estrés crónico* que involucra a perturbaciones graves, tales como el *trastorno de estrés posttraumático* TEPT y otras patologías asociadas a situaciones estresantes extremas más cotidianas como violaciones, maltrato, discriminación, etc.

También resulta interesante la consideración del factor tiempo y planificación. Si bien una situación estresante puede ser planificada y controlada por el individuo, como un cambio de trabajo, matrimonio, viaje, etc., en ciertas circunstancias un cambio inesperado puede afectar en mayor proporción que aquel que se ha planificado con anticipación o se preveía como posibilidad en el futuro. (Pearlin, 1989, Thoits, 1983).

Sin embargo, el tema de las diferencias individuales como respuestas a las situaciones de *estrés*, es el eje central sobre el cual se trabaja como enfoque de

abordaje e intervención en situaciones de *estrés*. La valoración de una situación de crisis, cambios, está relacionada estrechamente con la capacidad que la persona cree que tiene para enfrentarla y superarla (Cockerham, 2001).

Como hemos mencionado Lazarus y Folkman (1984) propusieron que el *estrés psicológico* implica una relación del individuo con su entorno y que por tanto tiene un carácter subjetivo a la realidad que vive el individuo. La capacidad de afrontamiento, los recursos internos cognitivos, el apoyo social, las relaciones interpersonales pueden ser factores que en su momento determinen la vulnerabilidad o la *resiliencia* al *estrés* por parte del individuo. La vulnerabilidad genética puede estar estrechamente relacionada a la predisposición de afrontamiento de sucesos estresantes.

En consecuencia, cuando se aborda la temática de identificación de factores estresantes, la necesidad de realizar un estudio integral, podrá dar una evaluación más profunda de los factores involucrados en la situación estresante. Refiriéndose así, a un grupo de individuos puede pasar una situación de características similares con reacciones distintas y, que al considerar los factores biopsicosociales particulares de cada uno, se podrá identificar de mejor manera la situación y de esta manera la intervención más certera.

1.2.4. Consecuencias fisiológicas al *estrés* prolongado.

La *Psiconeuroinmunología* se ha interesado de manera profunda en la relación de los mecanismos inmunológicos que mantiene al organismo saludable con las relaciones del funcionamiento del cerebro (Dantzer, 2004), determinando al Sistema Inmunológico como un sistema propio pero con relación inversa al sistema simpático. Como se conoce, el cerebro utiliza los neurotransmisores como un modo de comunicar las necesidades y demandas del organismo en situaciones determinadas. Es así que el sistema nervioso central (SNC) y el sistema inmunológico se valen de un mismo lenguaje molecular dado por los neurotransmisores y hormonas (Weigent y Blalock, 1987).

Dantzer (2000) identifica al hipotálamo como la estructura esencial en los procesos de comunicación de los sistemas endocrino e inmunológico que buscan a través de la homeostasis, la conservación del organismo. Cuando el cerebro identifica una amenaza de atención inmediata, las proyecciones nerviosas van directamente desde

el tronco cerebral hasta el hipotálamo, sin necesidad de pasar por el sistema límbico y la amígdala, siendo así el modulador básico de la síntesis de neurohormonas del *estrés* como el cortisol. Por su parte, Toates (1995), pone en evidencia líneas de interacción entre el sistema nervioso, inmune y endócrino: Cuando el sistema nervioso simpático prepara al cuerpo para la acción se incrementa la frecuencia respiratoria, la presión arterial, la frecuencia cardíacas. El hígado libera mayores cantidades de glucosa (azúcar) además de la liberación de epinefrina (adrenalina) de la médula suprarrenal para la dilatación de las pupilas, la disminución de la circulación en los órganos abdominales (estómago, intestinos), riñones y piel y la reducción de la actividad digestiva. Como mencionamos anteriormente, este proceso está diseñado para ayudar al organismo a reaccionar efectivamente ante una situación amenazante. Sin embargo cuando la activación ante el *estrés* es constante, el resultado final sería un estado de sobrecarga evidente en la fase de agotamiento que describe Selye (1956) bajo el síndrome de estar enfermo y con consecuencias graves de deterioro de los órganos y estructuras involucradas.

Conocer la relación inversa que se produce en el organismo ante la situación de *estrés* y el sistema inmunológico (Moynihan, 2003) ha sido uno de los parámetros de investigación más significativos. El *estrés* funciona de maneras inversa al sistema inmunológico. Es decir, que inhibe de la activación o funcionamiento del sistema inmunológico. Un estudio meta analítico, (Seegerstrom y Miller, 2004) vinculan el *estrés* psicológico con determinados parámetros del sistema inmunológico determinando que los estresores agudos están asociados con incrementos adaptativos de la actividad inmunológica inespecífica (respuesta adaptativa) y decrementos en la inmunidad específica (respuesta inmunológica propiamente dicha), lo que podría explicar el por qué el *estrés* está siendo considerado como la causa de algunas enfermedades que no parecen tener una explicación médica tradicionalmente aceptada.

El estado de alerta sostenido prolongado toma las reservas que el organismo almacena para situaciones de emergencia. Es decir se pasa a un estado de alta vulnerabilidad en donde se identifica la ausencia de recursos del organismo para enfrentar los desbalances a los que está expuesto. Algunas patologías como cardiopatías coronarias, trombosis, diabetes, alto riesgo de infecciones y alergias podrían tener como causa el deterioro provocado por *estrés*. Más aun al referirnos a psicopatologías como trastornos de ansiedad, de estado de ánimo, alimentación,

sueño, atención, memoria, entre muchos otros.

Las consecuencias que el *estrés* produce puede identificarse significativamente desde varios contextos:

**CUADRO N. 1 – CONSECUENCIAS NEUROPSICOFISIOLÓGICAS
COMO RESPUESTA AL ESTRÉS**

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS	Incremento del ritmo cardíaco, presión sanguínea, tensión muscular, sudoración. Producción de adrenalina, insulina en la sangre. Respiración superficial y arrítmica.
RESPUESTAS EMOCIONALES	Temor intenso, irritabilidad, trastornos del estado de ánimo, trastornos relacionados a la ansiedad, enojo, ira, desmotivación y pensamientos negativos de minusvalía y autoeficacia.
RESPUESTAS COGNITIVAS	Disminución de atención en tareas específicas. reducción de campo de percepción, olvidos recurrentes, incapacidad de reducción en la capacidad de solución de problemas y toma de decisiones, reducción en la capacidad de aprendizaje y memoria.
RESPUESTAS CONDUCTUALES	Baja productividad, cansancio, aburrimiento, apatía. Aumento en el consumo de estimulantes o depresores como drogas, alcohol, tabaco. Deterioro de las relaciones interpersonales, irritabilidad, aislamiento. Reportarse enfermo.

Fuente: Mecanismos Neurobiológicos del estrés.
Elaborado por el autor. 2012.

1.3. El estrés en el contexto laboral.

1.3.1. Una mirada a la Modernidad.

Un espacio especial en el estudio sobre el *estrés* demanda la relación del *estrés* en situaciones laborales, dada la drástica transformación de los sistemas laborales que demandan una alta exigencia de recursos e inversión de tiempo.

El incremento de la actividad productiva mundial relacionada con la *globalización* implica la intensificación de actividades que tiene como objetivo que la dinámica productiva pueda abrir mercados cada vez más grandes y por tanto estar constantemente a la puerta de mayores retos de eficiencia y efectividad.

Rantanen (2000) hace una dura crítica a las consecuencias del fenómeno de

globalización asegurando que ha incrementado la brecha entre ricos y pobres y, en donde el trabajo reduce los espacios de relajación y calidad de vida necesarios para priorizar condiciones de salud adecuadas. (Rantanen, 2000).

Por su parte, el cambio tecnológico imperante además de la mayor profesionalización de los estándares laborales en términos de producción, competitividad, efectividad, *proactividad*, hacen que el trabajo sea uno de los espacios más vinculados al *estrés* hoy en día. Los trabajadores no solo deben ocuparse cumplir sus funciones, sino además de hacerlo bien y en el menor tiempo posible. La gestión por objetivos, implica que el empleado cumpla con las demandas exigidas independientemente del tiempo que conlleve el logro de resultados. Implica además una demanda de espacios de aprendizaje, pues la actualización de conocimientos se ha convertido en un factor sin ecuanon del desarrollo laboral. El trabajador sabe que es necesario emprender espacios de formación y aprendizaje para mantenerse a la vanguardia en el área de conocimientos en el que se desarrolla.

Es así, que algunas de estas consideraciones se vinculan de manera directa con los *factores estresantes* que pueden mantener a una persona en constantes situaciones asociadas al *estrés*, dando como resultado el surgimiento de trastornos médicos y psicológicos considerables. El *estrés* de las condiciones laborales puede interpretarse como un reto, un desafío y por lo tanto no se lo identifica como una situación de riesgo a prevenir. En términos generales, es necesaria una cierta demanda para movilizarnos de manera efectiva. Sin embargo cuando esta demanda sobrepasa la capacidad y recursos del individuo, se vincula con el contexto negativo de *estrés* que aborda el estudio.

Las investigaciones en relación al tema del *estrés laboral* y los costos que implica tanto para la empresa como para el sector de salud la atención de los individuos que lo padecen están ofreciendo un nuevo e importante enfoque sobre el tema. En este sentido, situaciones como ausentismo, desempeño y productividad disminuidos, tendencia a la rotación de personal, vulnerabilidad de los estándares de calidad y procesos productivos, violencia e insatisfacción de clientes, son las consecuencias que se observan de entornos laborales de alta demanda en donde las condiciones de *estrés* laboral son desfavorables. (Tenanat, 2001; Roos y Sluiter, 2004).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Internacional del Trabajo (OIT) establecen que , “*todos los trabajadores tienen el*

derecho a un trabajo seguro y saludable y a un ambiente de trabajo que les permita vivir una vida social y económicamente productiva” (OMS, 1994). Entendiendo que el trabajo pueda ofrecer no solo un espacio de oportunidades laborales determinadas sino además que garantice parámetros adecuados en relación a la calidad de vida, satisfacción y salud.

El detalle del *estrés laboral* cobrará importancia desde la identificación del término *burnout* o *estar quemado*, bajo el cual se identifica la sobredemanda laboral en relación a la capacidad de desempeño de un individuo, tema que ampliaremos a profundidad.

1.3.2. Estrés Laboral.

Tal como plantean Peiro y Salvador (1993) el *estrés laboral* surge a consecuencia del desequilibrio entre las demandas internas o externas (de la persona o del medio) con la capacidad que el individuo interpreta como efectivas para responder a estas y que en el ámbito profesional desencadena como consecuencia el *burnout*, tema que se amplía más adelante. Cuando la persona utiliza estrategias inadecuadas bajo las cuales no logra salir de la situación, no solo que invalida el sentido de sentirse satisfecho con su trabajo sino que además puede afectar seriamente su salud física y emocional.

Gil Monte y Peiro (1995) identifican el tema del *estrés laboral* como un proceso que inicia con la identificación de una sobredemanda y que en el caso de no contar con una estrategia de afrontamiento adecuada, desencadena en las diferentes fases del *burnout* .(Gil Monte 2005)

1.3.3. Motivación y satisfacción laboral

Según algunos trabajos desarrollados por Spector (1997) el tema de la satisfacción laboral ha despertado mayor interés en el campo del Desarrollo Organizacional (DO). Así, se define a la satisfacción en el trabajo como *“una disposición afectiva experimentada por el trabajador hacia su trabajo y como consecuencia del mismo”*. (Spector 1997)

Rodríguez Fernández (1999) por su parte asocia las actitudes del individuo frente a las variables que integran su sistema laboral en el cual se desempeñan y desde las cuales se puede valorar la satisfacción laboral. (Rodríguez Fernández, 1999). Algunas

de estas variables se identifican con la asistencia de supervisores, interacción adecuada con los compañeros de trabajo, oportunidades de mejora, reconocimiento, responsabilidad acorde a las capacidades, promoción y remuneración merecida y justa. (Fernández, 2002; Paravic, 2000 y Zúñiga, 2002).

El ejercicio profesional y la edad mantiene una relación directa con la satisfacción laboral según algunos estudios, es decir, ésta aumenta con la edad y la experiencia. De igual manera que la familia, las relaciones y vínculos de afecto consistentes. Personas que declaran altos niveles de conflicto familiar tienden a percibir escasa satisfacción laboral, pues la familia es tanto un soporte para enfrentar las actividades laborales así también como una fuente de motivación (Beatty, 1996; Gottlieb y col., 1996).

Frederick Herzberg (1956) desarrolló la teoría identificando los factores intrínsecos y extrínsecos de la satisfacción laboral. El conjunto de condiciones extrínsecas que son las que constituyen el contexto laboral en donde se identifican variables como salario, seguridad, condiciones laborales, calidad de las relaciones interpersonales, supervisión, estatus entre otras. La ausencia de varios factores externos y propios de la organización, provocan insatisfacción laboral. Herzberg los identificó como *factores higienizadores*. Ya que es factible abordarlos de manera más sencilla. Los factores intrínsecos, propios de la persona en su relación laboral, se refieren al contenido del trabajo, logro, reconocimiento, responsabilidad y posibilidades de desarrollo y promoción, más relacionados con la motivación propia del trabajador hacia su trabajo y que mantiene un nivel de satisfacción permanente. (Frederick Herzberg 1956)

Así, el exceso de trabajo tanto como la falta de éste, pueden estar relacionados con el deterioro de la satisfacción laboral. De inicio, el exceso de actividades a realizar en un determinado periodo de tiempo o, demandas que superan las competencias, conocimientos y habilidades del trabajador, abren un espacio de insatisfacción que puede ser determinante en el desempeño y rendimiento. De igual manera, el mantener actividades poco desafiantes, simples, rutinarias pueden ser causa de *estrés laboral* y sentimientos de sentirse insatisfecho.

2. CAPITULO II. Conceptualización del *burnout*

2.1. Consideraciones teóricas.

El fenómeno del *burnout*, “*estar quemado*” en el trabajo, emerge desde como un fenómeno psicosocial de la época moderna, en donde las actividades de los diferentes sectores laborales se intensifican tanto en parámetros de cantidad como de calidad. El ser humano del siglo XXI vive en una constante demanda de acciones eficientes, efectivas que algunas veces sobrepasan la capacidad del respuesta de la cual dependen los parámetros de bienestar salud emocional y física.

2.1.1. Definición de *burnout*.

El término *burnout* se ha introducido en la literatura científica desde hace más de 30 años y considera la situación de las personas que padecen consecuencias en los ámbitos sociales, físicos y emocionales debido a una demanda intensa en el campo laboral o de desempeño profesional. La traducción al español del término es la de “*estar quemado*”.

El psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger (1974) utilizó el término por primera a mediados de los años 70. Lo describe como un “*estado de agotamiento, decepción y pérdida de interés en las actividades laborales*”(Freudenberger 1974). Definición que inicialmente hace referencia a sujetos vinculados a la atención al público como actividad diaria y servicios a los clientes directamente.

Cristina Maslach (1976) ha sido quien más influencia sobre la conceptualización del *burnout* ha tenido dentro de la comunidad científica norteamericana. Maslach (1976) realizando estudios sobre las respuestas emocionales en profesionales de apoyo, identificó que existían una serie de síntomas relacionadas con la sobrecarga emocional de origen laboral. En un estudio realizado a abogados californianos identificó el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico entre compañeros de trabajo, para referirse a un conjunto de respuestas emocionales que afectaban a los profesionales de ayuda. En 1981 durante el Congreso Anual de la APA utilizó el término *burnout* para establecer los parámetros de agotamiento emocional en el trabajo: “*una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de las dimensiones conocidas como agotamiento, cinismo e ineficacia profesional*” (Maslach, 1981).

La definición establecida por Maslach (1981) extrae tres dimensiones de estudio: a

nivel personal, social y profesional. Estas dimensiones se establecen a nivel conceptual como subescalas de estudio del *Síndrome de Burnout (SBO)* y que mide el *MBI Maslach Burnout Inventory* (Maslach, Jackson 1982): *Cansancio Emocional (AE)*, agotamiento, sensación de no poder dar más; *Despersonalización (DP)*, sensación de ineficacia en las tareas y de incompetencia en el trabajo; y *Realización Personal (RP)*, actitud distante ante el trabajo, las personas relacionadas laboralmente, cinismo.

2.1.2. Delimitación histórica

El *estrés crónico* laboral con lo cual se identifica al *burnout*, es una situación clínica que seguramente habrá estado presente en ciertos profesionales desde hace mucho antes que se considerara al *burnout* dentro de la comunidad científica. Sin embargo la prevalencia que ha podido observarse en las últimas décadas lo ha identificado como un fenómeno social en donde los investigadores han puesto su interés activamente.

Como lo mencionamos anteriormente Freudenberger (1974) se refirió al *burnout* al considerar que voluntarios vinculados a la atención de adictos presentaron agotamiento, conductas hostiles, cínicas y tendencia a evitar la atención.

Paralelamente Maslach (1976) utiliza el término relacionado a conductas similares con un grupo de profesionales vinculados también a la atención de público de manera directa. Para el año de 1981 tras la participación de Maslach (1981) en la convención de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), el término se popularizó a nivel de la comunidad científica. Al año siguiente, continuando con las investigaciones, Maslach y Jackson presentan su *Maslach Burnout Inventory (MBI)*. El objetivo era medir el *burnout* en las áreas de servicios humanos y con el tiempo se ha convertido en la escala más aceptada. La tercera y última versión introducida en 1996 permitió el estudio a otras áreas que estaban fuera de las consideradas asistenciales. (Maslach, Jackson y Leiter, 1996).

El interés que despertó el fenómeno movilizó a muchos estudiosos que fueron delineando la conceptualización, el análisis, los modelos y técnicas de evaluación e intervención. Así, en 1984, Aime Brill propone como definición más precisa la de “*un estado disfuncional relacionado con el trabajo en una persona que no padece una alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa de*

ayuda o por un reajuste laboral y que está en relación con las expectativas previas” (Brill, 1984)

Maslach y Jackson (1986) avanzan en la conceptualización clínica estableciendo al *burnout* como un “*síndrome de agotamiento emocional con deshumanización e insatisfacción personal que aparece en individuos que trabajan con personas*” para el año de 1986. Y siguiendo la línea conceptual, Pines y Aronson (1988) proponen una definición más amplia, no restringida a los profesionales de ayuda: “*Estado de agotamiento mental, físico y emocional producido por el involucramiento crónico de trabajo en situaciones emocionalmente demandantes*”. Esto abre el debate hacia incluir en los estudios a personas que no trabajen específicamente en el áreas de asistencia. (Pines y Aronson 1988)

Loewenstein (1987) profundizó la investigación sobre las áreas laborales mas vulnerables a la presencia de *burnout* identificando 25 tipos de actividades vinculadas a la asistencia profesional como profesionales sanitarios, los maestros, profesores, abogados, sacerdotes, bomberos.

Las investigaciones de Fawzy y Pasnau (1991) introdujeron la variable del tiempo que los criterios diagnósticos sobre el *estrés crónico* deben perdurar para considerarlo como *burnout*. Y gracias a esta especificación el *burnout* se estableció como un situación grave que afectaba a las 10% de médicos, llegando incluso a considerarla una *pandemia*. (Fawzy y Pasnau, 1991).

Posteriormente en la Universidad de Murcia (García, 1992), se gestionan las investigaciones asociadas con la Universidad Autónoma de Madrid por el equipo del profesor Moreno Jiménez (1997), Gil Monte y Peiró (1999), quienes distinguen que el *burnout* se inicia a través de la baja realización personal en el trabajo y los altos niveles de agotamiento emocional. Se destaca dentro de este apartado el modelo propuesto por el psicólogo español Pedro Gil Monte. (Gil Monte, 1997) los cuales identifica los perfiles vinculados al *Síndrome de Quemarse en el trabajo (SQT)* (Gil Monte, 2005).

Durante la última década, el tema de *burnout* ha involucrado a organizaciones mundiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) que evalúan al *estrés* como uno problemas de salud grave, pues afecta las condiciones de salud de quien lo padece sobre todo derivando

problemas cardiovasculares, gastrointestinales, diabetes, trastornos de ansiedad, de conducta del estado de ánimo además de enfermedades de tipo autoinmunes. (Coopeer, 2006)

Gil Monte (1999) por su parte, ha vinculado sus trabajos de investigación hacia el ámbito de las organizaciones y la psicología social, aportando con una comprensión más amplia de la naturaleza del síndrome además de poder identificar de manera más clara tanto las causas, los efectos y la necesidad de intervenir de manera integral en las organizaciones.

CUADRO N. 2 – EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL BURNOUT

<p>HERBER FREUDENBERGER 1974</p>	<p>Identificación como <i>burnout</i> a ciertos síntomas observados en voluntarios de servicio y atención a adictos después de un tiempo considerable en el desempeño de las funciones. <i>“Estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo”</i>.</p>
<p>CHRISTINA MASLACH 1976</p>	<p>Definición del término <i>burnout</i> al estudiar las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Maslach decidió emplear esta misma expresión <i>burnout</i> la misma que era utilizada por abogados californianos para expresar su cansancio en el trabajo.</p>
<p>CARY CHERNISS 1980</p>	<p>Establece la variable del tiempo como consideración determinante para considerar el proceso de <i>burnout</i>. Proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral. Posteriormente propondrá el modelo desde la perspectiva socio-cognitiva basados en los trabajos de Bandura.</p>
<p>COX MACKAY 1981</p>	<p>Proponen la diferenciación entre estímulo, una respuesta, una percepción o una transacción desde la cual se establece uno de los modelos teóricos que tiene una relación más directa al campo organizacional, pues en esta donde se general el fenómeno y desde donde pueden darse las intervenciones de abordaje.</p>
<p>AIMME BRILL 1984</p>	<p>Propone una definición de <i>burnout</i> integrada más hacia las condiciones externas que generan el estado de <i>estrés crónico</i>. Para Brill <i>burnout</i> es <i>“un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral.”</i></p>
<p>MASLACH Y JACKSON 1986</p>	<p>Es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que ocurre entre individuos que trabajan con personas. <i>Agotamiento emocional</i> (AE) se refiere a la disminución y pérdida de recursos emocionales. <i>Despersonalización</i> (DP) consiste en actitudes negativas, de insensibilidad y cinismo hacia los receptores del servicio prestado. Por último, la falta de <i>realización personal</i> (RP) es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa.</p>

FAWZY Y PASNUA 1991	El <i>estrés crónico</i> y sus síntomas deben estar presentes por lo menos 6 meses para considerarse burnout. Se identifica que el 10% de médicos padecen burnout, por cuanto es un problema de salud pública que necesita ser controlado.
PINES Y ARONSON 1988	Proponen una definición no restringida a las profesiones vinculados a la asistencia directa a personas que presentan como principal característica el agotamiento emocional. El agotamiento emocional incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo además del desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma.
PEIRO 1993	Identifica 6 variables asociados a los modelos propuestos por Cox y Mackay los cuales asocian el estrés laboral a los factores propios de la organización. En su libro <i>Desencadenantes del estrés laboral</i> categoriza las diferentes variables y el ámbito de intervención para ellas.
MORENO JIMENEZ 1997	En las investigaciones emprendidas propone dos inventarios adiciones al MBI para la evaluación del burnout: <i>Cuestionario de Desgaste Profesional en Enfermería (CDPE)</i> y el <i>Cuestionario de burnout para Profesionales (CBP)</i> .
GIL MONTE 2005	Distingue dos <i>perfiles</i> en el proceso del <i>síndrome de quemarse en el trabajo (SQT)</i> que se caracterizan por el inicio las diferentes etapas de inicio, ambos relacionados con sentimientos de culpa y bajo sentimiento de autoeficacia. Propone además que los síntomas relacionados a los perfiles pueden medirse con <i>Cuestionario para Evaluación del Síndrome de Quemarse en Trabajo (CESQT)</i> (Gil Monte, 2005)

Cuadro Evolución histórica del *burnout* y sus principales representantes
Elaborado por el autor- 2012

2.1.3. Categorización sectoria y de riesgo

El estudio del *burnout* parte de las variables referentes a las condiciones de trabajo y sobrecarga laboral que algunos sectores de actividades profesionales vinculadas con la asistencia directa a personas. Sin embargo existen otro tipo de variables sociodemográficas que inciden el estudio del problema y que son un elementos importante a identificar al momento de abordar el *burnout* de una manera integral. Además de las variables relacionadas con *factores de personalidad* y *estrategias de afrontamiento*.

Gil Monte (1999) estableció su modelo de perfiles basado justamente en las variables sociodemográficas como la edad, sexo, nivel educativo y la correlación con las derivadas de estilos de afrontamiento y personalidad.

a. Variables sociodemográficas.

Las investigaciones muestran que sobre el factor de *despersonalización* (DP) los

varones marcan mayor incidencia que el grupo femenino. Sobre los factores de *cansancio emocional* (AE) y *realización personal* (RP) existen una variabilidad que fluctúa entre ambos grupos. (Gil Monte, 2005)

En referencia a la edad los estudios no establecen una diferenciación importante. Sin embargo, profesionales entre los 30 y 50 años presentan niveles más elevados que profesionales de menor y mayor edad al rango. El grupo de estudio tiene a una estabilidad laboral de donde se creen que la sobrecarga laboral tiene incidencia. Algunos estudios longitudinales seguramente darán mayor información a futuro sobre la variable relacionada con la edad.

Sobre el sistema familiar, las personas casadas y con hijos podrían ser más resistentes al *burnout* gracias a que la dinámica familiar aporta sustancialmente a la capacidad para afrontar los problemas y conflictos emocionales (Manzano, 1998). Sin embargo un número elevado de hijos puede incidir positivamente a un mayor nivel de *estrés* laboral.

El rol de la mujer es también identificado en numerosos estudios como más propenso al desgaste profesional en relación con los hombres. Se vincula al rol femenino el trabajo de casa que en un 60% recae en la mujer y que a su vez no siempre tiene las mismas oportunidades laborales y de remuneración que el hombre.

b. Variables de personalidad.

Las investigaciones relacionas muestran una relación inversa entre las variables de personalidad resistente y el *burnout*, entendiendo que el tipo de personalidad resistente, enfrenta de manera las positiva las situaciones de demanda que identifica y cuenta con las recursos para afrontarlas. El *locus de control* interno, permite reforzar los recursos del individuo, en donde el individuo puede estar más preparado para enfrentar las situaciones y tomar decisiones.

Las personas con una orientación de locus de control externo, según los estudios, están mas propensas a manifestar síntomas relacionados al *burnout*. El locus de control interno permite a la persona diferenciarse de su rol profesional y mantener la distancia emocional adecuada para reducir la vulnerabilidad a la *despersonalización* (DP) y el *cansancio emocional* (AE).

Por otra parte Edelwich y Brodsky (1980), consideran que los profesionales que se

vinculan a actividades de asistencia están orientadas inconscientemente hacia confirmar su sentido de poder. El entusiasmo y el altruismo iniciales pueden verse mermados por las condiciones de recompensas salariales y reconocimiento que se dispersan con el pasar del tiempo. Esto podría establecer que el *síndrome de burnout* sea más propenso para aquellas personas que logran un desarrollo profesional adecuado y se mantiene bajo condiciones laborales de escaso desarrollo. (Edelwich y Brodsky 1980)

Las *estrategias de afrontamiento*, el *apoyo social*, y los *factores de personalidad* se vinculan con la vulnerabilidad personal, sienta la personalidad resistente (Kobassa 1982), sentido de coherencia (Antonovsky 1987) en donde interviene formas de acción, compromiso y reto que modifican la interpretación de los eventos incluso transformándolos a oportunidades emocionalmente saludables.

c. Variables sociales

Al considerar las variables sociales que intervienen en el fenómeno de *burnout*, consideramos específicamente la calidad de vínculos con las que la persona cuenta y de los cuales deriva la identificación de *apoyo social* en el caso de problemas y dificultades.

Gracias a las investigaciones se ha podido establecer que estos vínculos de apoyo pueden amortiguar el efecto negativo del *estrés laboral* y brindar a la persona espacios saludables para transitar sus emociones y demandas de forma adecuada. Es así que el efectos positivo de las relaciones sociales que el sujeto mantiene a través de tiempo es un factor que modifica la respuesta hacia el *burnout* y que le permite canalizar el *estrés* en base a el acompañamiento social y afectivo que su sistema social le ofrece (Manassero & cols., 2003).

Según Repeti (1989) la falta de *apoyo social* puede ser un factor de *estrés* en sí mismo que sumado a las situaciones estresantes del trabajo van a profundizar las interpretaciones negativas que el sujeto elabora sobre las situaciones que está viviendo. El *apoyo social* incide en el estado de ánimo y emociones de la persona. El sentimiento de soledad y asilamiento recae sobre la percepción de incapacidad emocional que involucra los criterios de *agotamiento emocional* (AE) y *despersonalización* (DP) que además se vinculan a la percepción de valor personal en los entornos sociales.

d. Variables organizacionales.

Algunos autores han identificado que el sistema laboral es en si la fuente más significativa de *estrés crónico* generador de *burnout*. Algunas organizaciones mantiene una fuerte tendencia a establecer estrategias empresariales en donde aspectos como la demanda laboral, el control estricto de las actividades, el entorno físico espacial, los contenidos del puesto, y demás políticas poco orientadas hacia el bienestar del personal y privilegiando la producción y el desempeño, afectan profundamente sobre la percepción de los empleados y su capacidad laboral. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, intensifica los problemas de relaciones entre colaboradores y aumentan la reactividad fisiológica propia del *estrés*.

Los trabajos de alto impacto, (policías, guardias, bomberos, etc.) pueden estar expuestos a sistemas laborales desfavorables para enfrentar los estresores propios de la actividad. Por su parte el vínculo en actividades repetitivas y monótonas (manufactura y tareas industriales) deriva en un estado de insatisfacción, generando ansiedad además problemas somáticos. Los procesos de control de calidad, mejora continua, procesos estandarizados, son algunas de las causas para que el trabajador sienta que está bajo una presión acentuada que merma su capacidad laboral y especialmente su satisfacción laboral.

2.2. Síndrome de Burnout

Las consideraciones clínicas que se están estudiando sobre el *Síndrome de Burnout* (SBO) llevan a prever que en un futuro cercano podría ser considerado como una patología propia dentro de los estándares clínicos como el *Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales de la APA* y la *Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS (CIE)* y sobre la cual se podrán incluir políticas de prevención, diagnóstico y tratamiento incluidos en la planificación institucional del área de la salud en los diferentes países de la región.

2.2.1. Identificación clínica del Síndrome de Burnout (SBO)

El *Síndrome de Burnout* (SBO) podría considerarse como un trastorno adaptativo según el manual DSM-IV-R y, desde el CIE-10 sobre el Eje I relacionado a un problema laboral. Estos criterios diagnósticos serán esenciales en el futuro para

considerar los parámetros de intervención en el campo de las psicopatologías y la salud mental.

La expresión clínica de la reacción como *trastorno adaptativo* consiste en un acusado malestar que supera notablemente la naturaleza del estresor presente y que implica el deterioro significativo de la interacción personal, social y profesional /académica. La investigación científica nos presenta al *Síndrome de Burnout* (SBO) como patología que presenta un cuadro clínico grave e incapacitante para el individuo que merece ser tratado al más alto nivel profesional. (Gil Monte, 2007)

Gil Monte quién establece la terminología “*Síndrome de Quemarse en el Trabajo*” (SQT) (Gil Monte, 1997) la define como “*una experiencia subjetiva de carácter negativo compuesta por cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional*” (Gil Monte, 2007)

La reacción psicológica que el organismo manifiesta ante el *estrés crónico* en el área de desempeño laboral tiene mayor incidencia para quienes están vinculados a los servicios de atención directa a clientes. El deterioro cognitivo es la característica que implica una atención importante en las organizaciones pues podría considerar tareas que no alcanzan los estándares de calidad , responsabilidad y cuidado que en ciertas áreas como las de la salud pública son no negociables.

Por otra parte, considerando las definiciones del *estrés laboral* y la relación con el ambiente, el síndrome se diferencia de este, considerando al entorno como una variable que la persona mantiene durante un tiempo determinado que valida el criterio.

El *Síndrome de Burnout* (SBO) entonces debe entenderse como una patología psicosocial laboral donde el sujeto se declara impotente e incapaz de hacer enfrentar a las demandas impuestas y que le generan un deterioro significativo en su salud emocional y física (Gil Monte, 2005). Algunos criterios diagnósticos utilizados en los diferentes inventarios pueden considerar los indicados en el cuadro N.3 en un espacio de tiempo de por lo menos 6 meses y relacionados a los indicadores del *burnout*.

CUADRO N. 3 – CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO DEL BURNOUT

NIVEL	Agotamiento emocional (AE) Percepción constante de “no poder mas”
-------	--

PERSONAL	Falta de energía para realizar las tareas diarias. Deterioro cognitivo y falta de atención en sus actividades.
NIVEL SOCIAL	Despersonalización (DP) Cinismo Aislamiento Endurecimiento afectivo Indiferencia Sentimientos de culpa
NIVEL PROFESIONAL	Evaluación profesional negativa percibida por el sujeto o sus supervisores. Falta de habilidad para tratar a las personas que atienden. Insatisfechos con los resultados laborales. Bajo nivel de Realización Personal (RP)

Criterios para el diagnóstico de *burnout*. Elaborado por el autor 2012

2.2.2. Modelos etiológicos del Burnout

La temática del *burnout* ha podido concretizarse a lo largo de estos años en varios modelos teóricos enfocados desde diferentes perspectivas de abordaje a la situación del *burnout* lo que facilita la comprensión de la etiología que en algunos ha disparado polémica y enfrentamientos entre las diferentes posturas.

En primera instancia podemos considerar que los modelos desarrollados sobre el *burnout* parten de dos categorías principales: Modelos de comprensión y modelos de proceso.

Los modelos comprensivos se identifican por un sustento teórico que refiere a las teorías psicossistémicas identificadas con las variables sociales, personales y organizacionales (Schaufeli, Maslach y Marek, 1993). Por otra parte los modelos enfocados a los procesos se identifican más con las etapas y la sintomatología que genera el trastorno en la persona, también definidos desde la perspectiva estructuralista.

a. Modelos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo

Estos modelos identifican a las cogniciones y los modelos de percibir la realidad los cuales afectan a las situaciones que vive el sujeto. La percepción de autoeficacia determina el sentido de desempeño para la consecución de objetivos además de las consecuencias emocionales que surgen desde la percepción de autoconfianza del sujeto. Entre estos se encuentran las propuestas del 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 basados en las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos establecen los vínculos sociales de trabajo como desencadenante de las interpretaciones de amenaza o confianza que percibe la persona. Además plantean que las relaciones interpersonales en el trabajo tienden a establecer un sistema de comparación social, inequidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar la vulnerabilidad a sufrir *burnout*. Entre los modelos que establecen estos parámetros de evaluación están el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

c. Modelos basados en la Teoría Organizacional

Estos modelos se caracterizan por identificar las variables de funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional como determinantes para la construcción de sistemas laborales poco favorables para el trabajo satisfactorio y productivo. La relación de las presiones laborales del contexto organizacional y de las *estrategias de afrontamiento* que utilizan los trabajadores serán los que determinen la incidencia del *burnout*.

d. Modelos basados en la Teoría Estructural

Los modelos estructurales apoyan una concepción integracionista de los factores que influyen en la aparición del *burnout*. Estos modelos toman en consideración las variables personales, interpersonales y organizacionales para explicar la *etiología del burnout*. Estos modelos plantea que el *Síndrome de Burnout* (SBO) es una respuesta al *estrés* laboral percibido que surge como consecuencia de un proceso de evaluación de la situación cuando las estrategias y los recursos para afrontar se perciben de manera amenazante e inadecuada.

CUADRO N. 4 – MODELOS ETIOLÓGICOS DEL BURNOUT

MODELOS COMPRENSIVOS	
	Harrison basa su propuesta en el sentido de <i>autoeficacia</i> de la

TEORIA SOCIO COGNITIVA DEL YO	MODELO DE COMPETENCIA SOCIAL DE HARRISON 1983	<p>persona. A partir de una percepción interna de competencia y eficacia de la persona, estas logra ajustar sus respuesta a las demandas externas.</p> <p>Algunos factores que el autor identifica como indicadores de la percepción de <i>autoeficacia</i> están: Objetivos laborales realistas, ajuste entre los valores del sujeto y la institución, capacitación profesional, capacidad de tomar de decisiones y correr riesgos, identificación del rol profesional, disponibilidad y disposición de los recursos, retroalimentación recibida, carga laboral, etc.</p>
	MODELO DE PINES 1993	<p>Desarrollo del <i>burnout</i> con la relación directa del sentido existencialista con el desarrollo profesional. Así, la persona da una preponderancia profunda a su actividad laboral, cargada de altas expectativas que al no cumplirse lo dejan insatisfecho y desilusionado internamiento facilitando que las condiciones laborales que provocan el <i>estrés</i> puedan afectar a la persona.</p> <p>Desde esta <i>perspectiva motivacional</i> se plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas.</p>
	MODELO DE AUTOEFICACIA DE CHERNISS 1993	<p>Las experiencias de éxito del sujeto se vinculan con el sentido de autoeficacia, dejando de lado un alto grado de temor al fracaso que puede ser una barrera psicológica que genera tensión y ansiedad en las tareas laborales. Es decir, frente a situaciones que no cumplan las expectativas de éxito de la persona, estará las interpretará como un fracaso lo cual facilita el desarrollo del <i>burnout</i>.</p>
	MODELO DE THOMPSON PAGE Y COOPER 1993	<p>Thompson y colaboradores destacan que la autoconfianza es el pilar para mantener bajo control las situaciones de estrés laboral. Plantean 4 factores internos que tiene que ver con la interpretación de los fracasos en la consecución de las metas laborales, los altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, ser relacionan con los mecanismos de defensa del yo tomando como estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora, manifiesta a través de la despersonalización en donde el objetivo es reducir la percepción de peligro frente al fracaso laboral, propio del <i>burnout</i>.</p>
TEORIAS DEL INTER CAMBIO SOCIAL 1993	MODELO DE COMPARACION SOCIAL DE BUUNK Y SHAUFEI 1993	<p>Basado en el contexto de intercambio social con los pacientes y con los compañeras/os de trabajo. Así, identifican existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social. La incertidumbre interna, en cuanto a la confusión de sentimientos y pensamientos propios. La percepción de equidad social en cuanto a la necesidad de reconocimiento y apoyo parejo a lo ofrecido. Falta de control sobre sus actividades laborales y sus resultados. Finalmente los procesos de afiliación social relacionados con la comparación entre compañeros de trabajo.</p>
	MODELOS DE CONSERVACION Y RECURSOS	<p>La teoría COR es una teoría motivacional que plantea que la motivación básica del individuo aumentar los recursos propios de afrontamiento y así se reduce la vulnerabilidad percibida hacia la amenaza de perdida y descontrol. Así, La percepción</p>

	DE HOBFOLL Y FREEDY 1993	<p>interna de fortalecimiento de recursos puede disminuir los niveles de estrés percibido que puede desencadenar el <i>Síndrome de Burnout (SBO)</i>.</p> <p>La exposición prolongada a las situaciones de demandas profesional hace que el trabajador llegue a estados de agotamiento emocional y físico y que no cuente internamente con los recursos que necesita para transitar la situación.</p>
TEORIA ORGANIZACIONAL	MODELO DE FASES DE GOLEMBIENWSKI MUNZENRIDER Y CARTER 1988	<p>Este modelo se basa en el desarrollo de etapas secuenciales y causales de burnout. La <i>despersonalización (DP)</i> es la primera fase del <i>burnout</i>, seguida de la <i>realización profesional (RP)</i> disminuida y finalmente la etapa del <i>agotamiento emocional (AE)</i>.</p> <p>Golembiewski además estudia las disfunciones de los roles sociales relacionados a la pobreza, conflicto y ambigüedad. Cada etapa se vivencia como una percepción empobrecida del rol funcional que la persona desempeña y que se generaliza hacia los otros aspectos de su vida en donde el causal de cada etapa deviene de la anterior.</p>
	MODELO DE COX KUK Y LEITER 1993	<p>Para Cox y colaboradores el burnout es propio a la actividad laboral. El <i>agotamiento emocional (AE)</i> es la dimensión esencial del síndrome. Y la <i>despersonalización (DP)</i> es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento. La <i>realización profesional (RP)</i> viene a ser la consecuencia de la evolución cognitiva de fracaso ante las demandas.</p> <p>La salud de la organización se define como la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización de manera que el factor humano pueda vincularse satisfactoriamente a estos sistemas y ser parte constitutiva de ellos.</p>
	MODELO DE WINNUBST 1993	<p>El <i>burnout</i> tiene una relación directa con los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Dentro de la organización y tanto fuera de ella, el apoyo es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto a la estructura organizacional y que puede incidir en las tendencias a desarrollar <i>burnout</i>.</p> <p>Sobre los conceptos propuestos por Pines y Aronson (1988) se suma la Teoría de la Acción, definiendo al Burnout en términos de alteración de procesos de acción (Burisch, 1993) que relacionan al <i>burnout</i> con falta de estrategias de afrontamiento en donde las organizaciones deben intervenir.</p>
MODELOS ESTRUCTURALES O DE PROCESOS		
	MODELO DE GIL MONTE	El modelo distingue dos perfiles relacionados con el <i>burnout</i> : El perfil que se caracteriza por la presencia de baja ilusión en el

<p>Y PEIRO 1997</p>	<p>trabajo, junto con altos niveles de desgaste físico, psicológico y emocional. Generación de sentimientos de indolencia, despersonalización, culpa y baja autoestima.</p> <p>El perfil 2 identifica una sintomatología más profunda identificada propiamente con los casos clínicos de <i>Síndrome de Quemarse en el Trabajo</i> (SQT) .</p>
<p>MODELO TRIDIMENSIONAL DE MASLACH 1982</p>	<p>Considera que el <i>estrés</i> causado por la intensa demanda laboral, interviene en el desarrollo cognitivo y la actitud hacia las dinámicas laborales. Inicialmente se identifica <i>cansancio emocional</i> (AE) que implica poca disposición o nula para abordar las actividades laborales. Aislamiento y resistencia a los vínculos sociales propios de su entorno laboral, indiferencia ante las situaciones laborales con las personas con las que trabaja, o para las que trabaja. El estado de <i>despersonalización</i> (DP) surge como respuesta a la incapacidad realizar las actividades laborales de manera efectiva. Finalmente se evalúa la <i>realización personal</i> (RP) que carece de elementos para dar a la persona el entusiasmo y motivación cognitiva para realizar en trabajo, reforzado por problemas y conflictos causados.</p>
<p>MODELO DE PRICE Y MURPHY 1984</p>	<p>El modelo de Price- Murphy propone un modelo de adaptación que cuenta con 6 fases: Desorientación, labilidad emocional, culpa debido al fracaso profesional, soledad y tristeza, solicitud de ayuda y equilibrio.</p> <p>El modelo propone que el <i>burnout</i> deviene de un proceso secuencial que algunas veces solamente se identifica en la cuarta etapa. A partir de esta etapa el sujeto puede tomar dos opciones de enfrentamiento. En el caso de identificar que necesita asistencia y ayuda, la persona puede transitar por las siguientes etapas hasta recuperar el equilibrio que perdió.</p>

Fuente: Clasificación de los Modelos etiológicos del *burnout* (Gil Monte y Peiro, 1997)
Elaborado por el autor -2012

2.2.3. Causas y efectos del *burnout*.

Aun cuando algunos parámetros que podrían identificar las causas más determinantes para el desarrollo del *burnout* como causa del *estrés laboral crónico*, consideramos que los factores interactúan de manera dinámica y particular para cada caso.

Peiro (1997) identifica cuatro categorías relacionadas claramente con el *estrés laboral crónico* y el *síndrome de burnout* (SBO) además de otras variables de tipo individual que pueden sumarse a las posibilidades de padecer el síndrome o no (Gil Monte y Peiro 1997). Así, el ambiente físico, el desempeño del rol o puesto laboral, el uso de nuevas tecnologías y procedimientos estandarizados y, las interacciones del

empleado, podrían predecir altas posibilidades de sufrir *burnout* cuando estas se presentan adversas a la persona, sus recursos y capacidades.

Las variables sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, la profesión y la experiencia en el cargo se suman a las variables de personalidad, *estrategias de afrontamiento*, *apoyo social* y *locus de control* para determinar características internas que pueden predisponer a la persona a un alto riesgo de *estrés laboral* y *burnout*. Peiro (1997)

En cuanto a las consecuencias, algunos estudios han identificado que los efectos que produce el *burnout* en los empleados que lo padecen, tiene incidencia tanto a nivel de la persona y sus contextos intrarelaciones e interrelaciones más cercanos, así también como con el contexto laboral y de la organización.

Partiendo del nivel individual las consecuencias del *burnout* se manifiestan varios ámbitos. En el ámbito emocional (sentimientos de soledad, ansiedad, omnipotencia, aislamiento), cognitivos (apatía, cinismo, suspicacia, hostilidad), conductuales (agresividad, irritabilidad, humor, ambivalente) y finalmente físicos (hipertensión, fatiga, insomnio, palpitaciones, tendencia a infecciones y desordenes propios del estrés, ansiedad y depresión). (Gil Monte y Peiro, 1997)

Para la organización el costo de *burnout* es fácilmente medible y se vincula con situaciones como absentismo laboral, abandono del puesto y desvinculación, alto índice de rotación, baja implicación en el trabajo e interés en las actividades y proyectos de la organización, conflictos interpersonales, alta rotación laboral y frecuentes accidentes laborales. (Gil Monte Y Peiro 1997)

2.2.4. Prevención y modelos de tratamiento

Aun cuando las investigaciones y la postura de algunos modelos teóricos han dado énfasis al entorno laboral y las condiciones de trabajo como el factor más determinante en la prevención del *burnout* (Gil Monte, 2005), el enfoque preventivo integral del *síndrome de burnout* aborda tres ejes de intervención: Individual, Grupal y Organizacional.

A nivel individual se busca desarrollar *estrategias de afrontamiento*, control y conocimiento sobre las condiciones del *burnout*. El desconocimiento y la evitación pueden favorecer al desarrollo del *síndrome de burnout*. (Gil Monte, 2001)

El *apoyo social* al interior del contexto laboral por parte de supervisores, compañeros de trabajo y los mismos directivos, influyen directamente sobre la percepción a nivel de desempeño profesional y definición del rol, lo que esclarece las funciones y actividades laborales pues se conoce que la ambigüedad del cargo puede generar tipos de *estrés* que sumado a la falta de *apoyo social* y malestar en las relaciones interpersonales facilitan los proceso de *estrés crónico*, propio del *burnout*.

El clima laboral y las políticas relacionadas con la gestión humana alineada al bienestar de los trabajadores encaminan generalmente programas de prevención dirigidos a formar equipos de trabajo autodirigidos y enfocados en resultados que toman en cuenta la satisfacción laboral.

La prioridad en la intervención se orienta a políticas laborales preventivas a nivel organizacional pues este es un factor determinante que puede ser decisivo a la hora de enfrentar el fenómeno del *burnout* en las organizaciones. Además se identifica que los colaboradores requieren de habilidades especiales en referencia a áreas de *apoyo social* e interacción directa y frecuente con el usuario. Las habilidades sociales son fundamentales para conseguir una buena realización de la actividad laboral al tiempo que se previene la salud de las personas. (Gil Monte, 2005)

En el modelo propuesto por Zurriaga y Llorens (2007) AMIGO (*Análisis Multifacético para la Integración y Gestión Organizacional*) hace un distinción entre las competencias duras "*hard*" y suaves "*soft*" que intervienen dinámicamente en la organización. La idea está centrada en la búsqueda de en un diseño organizacional que vincule el ámbito estructural como psicosocial de organización y con base al logro de buenos resultados.

Los programas institucionales que buscan prevenir el *burnout* tiene como objetivo entrenar a la organización tanto a nivel estructural, es decir de la propia organización, a nivel interpersonal en redes sociales y de apoyo a finalmente a nivel individual respondiendo a las necesidades particulares de cada trabajador. (Gil Monte, 2005)

Munuera (2004) considera que existen ciertas conductas relacionadas con el *burnout* que se pueden adquirir al interior del sistema laboral y por tanto pueden ser contagiosas. Así, la intervención debe partir al interior de la organización tanto a nivel individual como colectivo. En el aspecto individual un sistema de prevención tiene que tener como objetivo el incrementar actividades de entretenimiento extralaborales

además del desarrollo de técnicas de autocontrol, habilidades sociales, sentimiento de autoeficacia. Fomentar la capacidad laboral del trabajador, mejorar las relaciones interpersonales entre compañeros, supervisores, subordinados, promover la rotación de puestos y actividades y brindar espacios de capacitación dentro de los períodos laborales. (Munuera, 2004).

Zurriaga (2007) por su parte identifica que el *burnout* se relaciona con aspectos desviados de las pautas normales de conducta de la persona. Es decir, las situaciones que generan el estrés laboral patológico, tiene como factor desencadenante la propia persona, no así los contextos laborales y de relaciones interpersonales: *“la desviación constituyen una manifestación de patología que reside en las personas, no en los contextos sociales, organizativos o comunitarios.* (Zurriaga, 2007)

Van der Klint (1996) cuya orientación parte también desde el ámbito individual, considera que el individuo puede *inmunizarse* ante los desencadenantes del *burnout*. Para esto Klint propone un entrenamiento que comprende tres aspectos: manejo de crisis, técnicas de afrontamiento efectivo y retomar la vida ordinaria asumiendo sus responsabilidades laborales positivamente. (Klint y Weiss, 1998)

Sin embargo, el entrenamiento personal orientado a reconocer los síntomas y afrontarlos efectivamente pierde eficacia si no se modifica la fuente del *estrés*. Las condiciones laborales que derivan de la sobrecarga del trabajo no son en sí, un factor en donde el individuo tiene el poder de intervenir. Así, el sistema de prevención a nivel personal no basta para prevenir y aborda la incidencia de *burnout*. (Gil Monte, 2005)

3. CAPITULO III Conceptualización de las variables de la investigación

3.1. *Burnout* y salud mental.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) al definir a la *salud mental* como “*el estado de bienestar que permite a los individuos realizar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades*” vincula dos elementos importantes al tema *burnout*: afrontamiento del estrés y la relación con el trabajo productivo, pues a partir de las situaciones laborales que provocan estrés laboral se van derivando múltiples afectaciones para la salud mental del individuo.

Así mismo, la OMS estima que alrededor de 450 millones de personas sufren de un trastorno mental o de la conducta, 1 millón de personas se suicidan cada año, cuatro de las 6 causas principales de la discapacidad se relacionan con psicopatologías como trastornos de estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos de personalidad, trastornos con abuso de sustancias, lo cual trae a discusión urgente la prevención del *estrés laboral crónico* como factor determinante para la salud mental de la población económicamente activa. (Garrido, 2001).

3.1.1. Salud Mental. Consideraciones Generales

La interrelación constante del individuo con su medio determina la funcionalidad mental que el sujeto va desarrollando a medida que las demandas del medio van generando las respuestas adaptativas que le permiten vincularse exitosamente a este. En términos generales podríamos decir que las respuestas adaptativas son procesos neuropsicobiológicos destinados a mantener a la persona funcional a su medio y a sus sistemas sociales de interacción. (Ursin y Eriksen, 2004).

Los mecanismos neurobiológicos del *estrés*, como hemos visto en apartados anteriores, involucran respuestas neuroendocrinas que se relacionan directamente con respuestas fisiológicas determinantes para la salud física del individuo (sistema cardiovascular, sistema simpático-adreno-medular, sistema hipotalámico pituitario adrenocortical, sistema inmunológico) . Sin embargo los indicadores psicobiológicos relacionados con la salud mental que responden al *estrés* desafían los procesos cognitivos, conductuales y emocionales desde los cuales pueden emerger las psicopatologías propias de origen desadaptativo.

Marulanda Ruiz (2007) considera que al *estrés* como el enemigo silencioso de la salud mental. Así, las patologías derivadas del *estrés* activan estados de ansiedad y variabilidad patológica de estados de ánimo derivando patologías clínicas como

trastornos depresivos, el trastorno de ansiedad generalizada (TAG), los trastornos de personalidad, además de otros trastornos relacionados con el *estrés* y la ansiedad como cardiopatías enfermedades cerebrovasculares, la hipertensión arterial, úlceras, colon irritable, diabetes, y trastornos somáticos en general. (Marulanda Ruiz, 2007).

Giltlow y Holland (2003) vinculan la salud mental con las emociones, la ansiedad, el temor, la culpa, generando conductas y comportamientos sociales perjudiciales para recuperar la afección sufrida. Por otra parte la respuesta normal ante una situación determinada pasa por un proceso transparente hasta considerarse anormal. El desarrollo entonces de una psicopatología es gradual por lo cual no es fácilmente identificable, negando su existencia tanto por desconocimiento o por falta de percepción de los síntomas que aparecen de manera paulatina en un lapso de tiempo considerable. (Giltlow y Holland, 2003)

La incidencia de trastornos mentales por abuso de sustancias, propio de los desordenes mentales de estado de ánimo y ansiedad, según Frank y Koss, (2005) confirman que la incidencia inicia en la adolescencia y continua hacia la edad adulta y productiva. En general la prevalencia de trastornos mentales en la población adulta es porcentualmente más alta que en otros sectores de la población y que se relacionan con la población que trabaja y mantiene una actividad laboral. (Marulanda Ruiz, 2007).

En términos generales podemos considerar que la salud mental tiene una relación directa con la situación laboral y que afecta de manera importante a las personas en el contexto laboral y su entorno social desde la percepción de demandas y exigencias que desencadenan procesos de *estrés* y ansiedad vinculados a otros trastornos y psicopatologías de mayor incidencia en los últimos años.

3.1.2. Somatización y Síntomas de Alerta.

Las sensaciones de malestar emocional y tensión que se generan desde las situaciones que el individuo enfrenta en su vida pueden ser la causa de lo que el DSM-IV denomina los trastornos *somatoformes* en donde no hay una condición médica que explique las dolencias físicas que la persona experimenta y que desde el punto de vista psicológico se vinculan más a situaciones de *estrés*, ansiedad y variabilidad de los estados de ánimo. (Trucco Burrows 2004)

Las patologías somáticas vinculadas con procesos intensos y frecuentes de *estrés* y

ansiedad, derivan en emociones y conductas disfuncionales que cuando no logran ser tratados de manera adecuada traen condiciones médicas inexplicables para los profesionales de la medicina. La característica de tiempo y frecuencia tiene relación directa con la sintomatología pues el organismo tiene a mantener la salud cuando la ansiedad y el *estrés* no prevalecen por espacios de tiempo prolongados. (Ursin y Eriksen, 2004).

Inicialmente las emociones que se generan como respuesta a situaciones de *estrés* son la ansiedad y el miedo. El organismo busca dar respuesta a las situaciones que el medio demanda. En caso de que la respuesta no sea satisfactoria, la persona puede empezar a sufrir estados de ánimo alterados como depresión y distimia. (Sandín, 1995). Posteriormente se podrán identificar otras alteraciones importantes a su salud física y emocional.

Las somatizaciones pueden vincularse con estilos de vida estresante, en donde la ansiedad y las emociones fuertes afectan los procesos cognitivos y perceptuales que pueden alterar la respuesta adaptativa del individuo. Sin embargo cuando hablamos de proceso largos, frecuentes e intensos, similares a las de las actividades laborales con alta demanda, las respuestas adaptativas de los individuos se desgastan y caen en un proceso ansioso y de *estrés* del cual no logran salir.

El efecto negativo de tensión corporal, temor, nerviosismo que la persona experimenta cuando esta un estado intenso de ansiedad, puede desembocar en conductas perturbadoras que son a su vez la causa de mayor ansiedad convirtiéndose en un círculo peligroso para la salud de la persona. (Barlow, 2002)

Las áreas del cerebro asociadas a procesos ansiosos están vinculados directamente con el *sistema límbico* que salvaguarda nuestra integridad en caso de peligros percibidos. Según Barlow (2002) una comprensión más profunda de los desencadenantes de la ansiedad podrían ser de tipo biológica y psicológica. La primera se refiere a las predisposición biológica hacia el nerviosos y la falta de control ante amenazas. La segunda tiene que ver tanto con las experiencias que generaron el modelo de percepción sobre los eventos estresantes como por la categorización específica que nuestro sistema de alerta hace sobre el evento y la relación con nuestras capacidades de afrontarlo. (Barlow, 2002)

En forma general podemos decir que los efectos que se experimentan por ansiedad y

estrés se pueden percibir inicialmente como pequeños síntomas que pueden pasar desapercibidos para la persona. Incremento ritmo cardíaco y presión sanguínea, tensión muscular temblores, sudoración, salivación que poco a poco van incrementándose o desarrollando alguna molestia específica que la persona considera como enfermedad pues como vimos anteriormente la respuesta inmunológica también se ve disminuida a causa del *estrés*. Broncoespasmos, úlceras, diabetes, cardiopatías coronarias, etc. (Cooper, 1984)

3.2.3. Psicopatologías y burnout

Basados en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV), la clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10- OMS, 1992), los criterios diagnósticos toman al *estrés* como un síntoma en varios grupos de trastornos cuya etiología está relacionada profundamente con el *estrés* y la ansiedad.

Considerando el *estrés* desde el punto de vista clínico algunas psicopatologías relacionadas con éste, podríamos considerar para este estudio los trastornos de ansiedad como agorafobia, trastorno de angustia, fobias, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno por *estrés* agudo, ansiedad generalizada (TAG) además de trastornos por abuso de sustancias, trastornos adaptativos y trastornos del estado de ánimo y personalidad.

CUADRO N. 6 – DELIMITACIONES CONCEPTUALES ENTRE BURNOUT, ANSIEDAD Y DEPRESIÓN.

	BURNOUT	ANSIEDAD	DEPRESION
DEFINICIÓN	Estrés crónico y severo que se traduce en la vivencia que experimenta el trabajador de las actividades que se derivan de la interacción de factores que son propios de la institución u organización.	Estado de reacción emocional que consiste en sentimientos de tensión, aprensión, nerviosismo, y preocupación, acompañado de activación o descarga del sistema nervioso autónomo.	Estado de ánimo transitorio o estable caracterizado por tristeza, pérdida de interés, o placer durante la mayor parte del día y casi a diario.

CARACTERÍSTICAS	<p>Agotamiento físico y mental, actitud de auto-sabotaje o indiferencia frente a las actividades y compromisos.</p> <p>Percepción de baja autoeficacia.</p>	<p>Hiperactividad fisiológica evidenciada por: miedo, pánico, nerviosismo, evitación, inestabilidad, alta actividad simpática, tensión muscular, hipervigilancia, percepción de amenaza y peligro.</p>	<p>Bajo afecto positivo derivado de los siguientes síntomas: tristeza, desesperanza, pérdida de interés, ideación suicida, baja activación simpática, alteraciones del sueño, apetito, sentimiento de inutilidad.</p>
TEORÍAS COGNITIVAS	<p>Percepción del individuo a ser incompetente para hacer frente a los eventos de la organización o institución.</p>	<p>Cogniciones centradas en la percepción de amenaza y de peligro anticipatorio e ilógico con una exageración de la vulnerabilidad propia.</p>	<p>Visión negativa del yo, del mundo y del futuro, prevaleciendo cogniciones centradas en la pérdida. Predomina la información negativa, auto-referente, y minimización del material positivo.</p>
PROMÓSTICO	<p>Interacción de factores que son propios de la organización y del individuo, dado por las demandas (institución) y por la percepción de ineficacia y el fracaso de las estrategias de afrontamiento (individuo) frente a los eventos estresantes.</p>	<p>Interacción de factores neuroquímicos, genéticos, ambientales y psicológicos dados por una configuración cognitiva centrada en la percepción de peligro y amenaza.</p>	<p>Interacción de los factores neuroquímicos, genéticos, ambientales, y psicológicos dado por una configuración cognitiva centrada en la pérdida que vulnera al sujeto a percibir de manera negativa los acontecimientos.</p>

Fuente: Agudelo, Boada-Casal & Spielbergm (2006) Elaborado por el autor 2012

La percepción de incapacidad que la persona empieza a identificar sobre los efectos ansiosos, traen sentimientos y pensamientos negativos relacionados con su sentido de autoeficacia y autovalía. Estas percepciones autofrustrantes se convierte en la paradoja que determina el proceso somático interpretando las situaciones de manera negativa y fuera de control. El locus de control que la persona haya desarrollado hasta entonces la ayudará o no, a transitar los efectos estresantes y los procesos ansiosos. (Prados, 2008).

La atención, memoria, planificación son procesos cognitivos que se ven afectados por la ansiedad incrementan la sensación de pérdida de control y vulnerabilidad. Estos pensamientos a su vez desencadenan trastornos de estado de ánimo que pueden presentar diagnósticos duales combinados con trastornos de personalidad y de

consumo de sustancias tóxicas. (Luengo, 2004)

3.3. ***Burnout* y Afrontamiento.**

El tema de *afrentamiento* como una condición adquirida y particular de cada individuo, trae la necesidad de revisar la dinámica que se vivencia en la constante interacción de la persona con su medio. En términos generales podemos considerar que el *afrentamiento* pasa por un espacio de valoración subjetiva en donde las condiciones y características objetivas del suceso se interpretan de manera diferente los sucesos, dependiendo de los marcos experienciales de la persona en donde tanto los factores situaciones como predisposiciones propias de la persona. (Lazarus 2000)

Considerando el *afrentamiento* en su relación con el *estrés* y en particular el *estrés laboral* Lazarus y Folkman (1984) consideran los modos de *afrentamiento* “*son un conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que median la experiencia de estrés y que tienen como finalidad reducir la respuesta fisiológica y emocional del mismo.*” (Lazarus y Folkman, 1984)

3.3.1. Teorías del Afrontamiento.

En 1984 Lazarus y Folkman (1984), proponen el modelo transaccional en donde consideran al *afrentamiento* o *coping* como el grupo de estrategias que surgen para atender las demandas que identifica el individuo. Estas estrategias podrían derivarse a dos categorías. La primera relacionada con la resolución del problema en donde la persona enfrenta la situación haciendo uso de sus recursos buscando solucionarla. La segunda enfocada a la regulación emocional necesaria cuando el individuo percibe que la situación es inmodificable. (Gil-Monte y Peiró, 1997).

Es así que el *afrentamiento* es una distinción considerada flexible, relacionada con el sistema de valoración y evaluación de la persona paralelo al *locus de control*, sistema de creencias y el concepto propio de autoeficacia. El proceso de evaluación de un suceso generalmente será diferente en cada situación en la misma persona, pues las variables que el individuo podría analizar en cada caso dependen de la situación y de los recursos que en el momento el individuo identifique como posibles para tal caso. (Lazarus y Folkman, 1986)

Entre las diferentes propuestas sobre *afrentamiento* Carver, Scheier y Weintraub (1989) clasifican los modos de *afrentamiento* además de establecer el *apoyo*

instrumental como una estrategia de regulación emocional en donde el *apoyo social* parte de las acciones exitosas en el proceso. (Carver, Scheier y Weintraub 1989). Autocuidado y desconexión mental también favorecen a la construcción de respuestas adaptativas. (Ripper, 1977; Vázquez y Ring, 1992)

Las experiencias previas de éxito o fracaso son también importantes a la hora de establecer *estrategias de afrontamiento*. Experiencias de éxito ante situaciones demandantes marcan un encuadre adaptativo adquirido que se suma al esfuerzo que el sujeto invierte en base a los nuevos recursos que pueda tener a mano para el afrontamiento (Brannon y Feist 2001) El *afrontamiento* además puede considerarse como esfuerzos cognitivos y conductuales para enfrentar las situación identificada y valorada como estresante y que demanda una respuesta concreta. (Gil-Monte y Peiró (1997).

Se han desarrollado dos enfoques teórica y metodológicamente distintos sobre el *afrontamiento*: El primero relacionado con las disposiciones personales para hacer frente a situación estresante o estilo personal de *afrontamiento*. La segunda identificado como el modelo procesal el cual es independiente de los resultados los cuales depende de la evaluación previa realizada por el sujeto. (Fernández Martínez, 2009)

El proceso de *afrontamiento* parten de considerar los propios esfuerzos son valorados como exitosos o no además de considerarlos modos de *afrontamiento* estables para abordar el problema. El *afrontamiento* además no es automático y puede considerarse un patrón de respuesta factible de ser aprendido. Finalmente el proceso requiere de un esfuerzo dirigido a manejar la situación o para adaptarse a ella en caso de no poder cambiarla. (Lazarus, 1993).

El proceso de evaluación esencial en la propuesta de Lazarus y Folkman (1987) inicia con la evaluación del impacto e importancia que la persona percibe de la situación. Si el resultado de esta evaluación se conceptualizarla como daño, amenaza y/o desafío, la situación podrá catalogarse como estresante y da lugar a que la persona elabore inmediatamente una respuesta potencial de *afrontamiento*, llevando efectos emocionales (Chang, 1998; Zohar y Brandt, 2002; Zohar y Dayan, 1999).

El segundo proceso de evaluación tiene relación con los factores internos de la persona. Se valoran las habilidades, los recursos que tiene la persona para resolver la

situación de manera efectiva.

La *estrategia de afrontamiento* entonces parte de la consolidación de estas dos condiciones en donde la percepción integral de la persona hacia la situación y su capacidad de hacerle frente de manera efectiva en un patrón básico mas o menos estable en cada persona particularmente. Finalmente se consideran las acciones concretas o respuestas específicas que son la parte final del proceso. (Lazarus y Folkman, 1984)

3.3.2. Estrategias de Afrontamiento

Siguiendo el modelo propuesto por Lazarus y Folkman (1984) el *afrontamiento* y las estrategias pueden diferenciarse dependiendo de los factores identificados como determinantes por la persona.

Primero las estrategias enfocadas en la resolución del problema en donde se involucran las conductas que modifiquen la fuente de *estrés*. La definición del problema, la generación de soluciones alternativas evaluando costos y beneficios del mismo.

El *afrontamiento* centrado en las emociones tiene como objetivo regular el estado emocional asociado a la situación, cambiando el modo en que se trata o interpreta lo que está ocurriendo, procurando modificar la estructura cognitiva que acompaña a las emociones asociadas al entorno amenazante. Implica además acciones como la búsqueda de apoyo social por razones emocionales, distanciamiento, escape-avoidance, autocontrol, aceptación de la responsabilidad y reevaluación positiva. (Lazarus y Folkman, 1984).

Finalmente el *afrontamiento* por evitación en donde se desplaza las acciones y el proceso de afrontamiento está enfocado en proteger a la persona de la situación estresante reduciendo la capacidad perceptual de la persona, evitando como proceso de *afrontamiento*.

Sobre el modelo de Lazarus y Folkman, (1984), Carver, Scheier y Weintraub (1989) construyeron el Cuestionario COPE que definen los distintos modos de *afrontamiento*, basados en los 3 modelos de *afrontamiento* antes mencionados:

- *Afrontamiento activo*. Consiste en llevar a cabo acciones, ejercer esfuerzos para

eliminar o paliar el estresor

- *Planificación.* Pensar cómo se va a hacer frente al estresor y planificar los esfuerzos de afrontamiento activo.
- *Búsqueda de apoyo social instrumental.* Buscar ayuda, información o consejo acerca de qué hacer.
- *Búsqueda de apoyo social emocional.* Obtener simpatía o apoyo emocional de alguien.
- *Supresión de actividades distractoras.* Quitar su atención de otras actividades en las que pueda estar implicado para concentrarse de forma más completa en el estresor.
- *Religión.* Aumentar su implicación en actividades religiosas.
- *Reinterpretación positiva y crecimiento personal.* Sacar lo mejor de la situación para desarrollarse como persona a partir de ella, o verla desde una perspectiva más favorable.
- *Refrenar el afrontamiento.* Afrontar la situación pasivamente, posponiendo cualquier tentativa de afrontamiento hasta que pueda ser útil.
- *Aceptación.* Aceptar el hecho de que el suceso ha ocurrido y es real.
- *Centrarse en las emociones y desahogarse.* Incremento de la atención hacia el propio malestar emocional, acompañado de una tendencia a expresar o descargar esos sentimientos.
- *Negación.* Intentar rechazar la realidad del suceso estresor.
- *Desconexión mental.* Desconectarse psicológicamente del objetivo con el que el estresor está interfiriendo mediante ensoñaciones, sueño o autodistracción.
- *Desconexión conductual.* Renunciar a cualquier esfuerzo o abandonar cualquier tentativa de alcanzar el objetivo con el que el estresor está interfiriendo.
- *Consumo de alcohol o drogas.* Tomar alcohol u otras sustancias para hacer frente al estresor.
- *Humor.* Hacer bromas sobre el estresor.

3.3.3. Modelos e investigaciones.

Como se ha visto la literatura científica identifica algunos modelos teóricos sobre el *afrontamiento* que han sido probados por los diferentes investigadores a fin proporcionar modelos teóricos validados empíricamente.

En este sentido es rescatable el trabajo realizado por Lazarus y Folkman(1984); Edler y Parker (1990);Folkman y Moskowitz (2004), quienes buscan inicialmente clasificar las estrategias de afrontamiento para considerar metodología con base científica que permita evaluar y dimensionar los estilos de *afrontamiento* y su incidencia en relación al *burnout*. (Moran 2009).

Inicialmente sobre el modelo propuesto por Lazarus y Folkman(1980) considerando las dos categorías relacionada al *afrontamiento*, resolución del problema y regulación emocional, se propone el inventario Ways of Coping (WOC) con 68 preguntas cerradas con respuestas de si o no. El WOP sería varias veces revisado hasta proponer la mas versión más reciente que consta de 50 preguntas y 8 dimensiones de *afrontamiento*: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de *apoyo social*, aceptación de la responsabilidad, escape-evitación, planificación y reevaluación positiva. Las versiones han podido ser traducidas al español, en donde algunos estudios factoriales como el de Alianga y Capafóns (1996), Sanchez y Canovas (1991) han puesto en duda la estabilidad de su estructura factorial. (Olmedo, Ibáñez y Hernández 2001)

Para 1989 Carver, Scheier y Weintraub proponen el COPE que innova en el número de áreas evaluar así también como proponer mayor especificidad en el formulación de los 60 ítems asociados a 15 escalas. Así el COPE como inventarios multidimensional que se centran en la medición de escalas como el *afrontamiento* centrado en el problema, *afrontamiento* centrado en la emoción y respuestas de *afrontamiento* relacionadas con la evitación. (Morán 2009).

La versión abreviada del COPE y orientada hacia las investigaciones relacionada a la de salud denominado Brief COPE (Carver 1997) orienta la evaluación hacia las estrategias efectivas o ineficaces de *afrontamiento*, recogiendo los 2 ítems de mayor incidencia en la validación del instrumentos original y que facilitaba el desarrollo del instrumento y que lamentable en algunas investigaciones su validez no es concluyente pues las escalas no siempre están adecuadas al contexto laboral en las que se aplican.(Morán 2009).

Adicionalmente surge el Inventario de *Estrategias de Afrontamiento* (CSI) elaborado por Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, (1989) el mismo que clasifica el *afrontamiento* en 8 escalas: Resolución de problemas (REP) Autocrítica (AUC) Expresión emocional (EEM) Pensamiento desiderativo (PSD) Apoyo social (APS) Reestructuración cognitiva

(REC) Evitación de problemas (EVP) Retirada social (RES), distribuidas en 40 ítems que están relacionados a la vida cotidiana como al trabajo. (Cano, Rodríguez y García, 2006)

3.3. *Burnout* y Apoyo Social.

Cassel (1976) considero al *apoyo social* y la construcción de redes sociales positivas son uno de los factor mas importantes para enfrentar el desarrollo del *burnout* a causa del estrés laboral. Las investigaciones concluyen que quienes cuentan con una red de *apoyo social* presentan evidentes efectos positivos medidos en la salud física y emocional, por tanto mas probabilidades de experiencias positivas en sus entorno laboral y consigo mismo. (Beltrán 2004)

3.3.1. Definición apoyo social.

El *apoyo social* puede entenderse como las configuraciones sistémicas que la persona mantiene en las diferente dinámicas de interacción que cumplen con la finalidad de dar sentido a la vida de la persona. Así los sentimientos de vínculo y apego son fundamentales para la construcción social de la persona y permiten en dar valor y significado a su vida en relación a sus interacciones con los otros. Transacciones que se llevan a cabo entre las personas y que brindan ayuda entre si (Cassel,1976; Rodríguez,1995, Barrón,1996) y que permite al individuo que goza de una solida red de apoyo el tener una fortaleza social que le permite enfrentarse a las situaciones de la vida de manera exitosa. Además se desacata la influencia que el *apoyo social* ejerce sobre el bienestar general de la persona y las respuestas ante el *estrés*, ya sea de forma directa o moduladora. (Cohen,1985; Gil-Monte,1997).

Los investigadores en el área del *apoyo social*, Hobfoll y Stokes (1988) definen al *apoyo social* como el conjunto de todas las interacciones sociales o relaciones provistas por individuos que forman parte de su vida o con sentimientos de apego a una persona o grupo que es percibida como amada y cuidada. (Duck, 1988)

Sin embargo la pregunta surge en conocer ¿cómo el *apoyo social* efectivamente es un factor que modifica el impacto de las situaciones estresantes para las personas? Así los estudios enfocados al *apoyo social* y su influencia en el contexto laboral y específicamente en su relación con el *burnout* .

Hobfoll y Stokes (1988) en base a algunas investigaciones concluyen que el *apoyo*

social ayuda a que las personas retroalimentando su valía y reconocimiento de por sus acciones lo que alimenta sus sentimientos de capacidad y poder frente a las demanda del medio. También habla de que el *apoyo social* es importante debido a que provee recursos materiales que las personas no podrían obtener de otra manera.

Así, las alteraciones metabólicas (Cassel 1974) derivadas de la reducción favorable de las relaciones sociales especialmente las más íntimas y de vínculos parentales y fraternos, pueden facilitar el origen de enfermedades. (Fernández 2005)

Otros autores como Caplan (1974); Gottlieb (1981) dirigen de igual manera la atención sobre los vínculos sociales y la relación de la salud y el bienestar de las personas. Sin embargo Faris y Dunham (1939) aportaron con mayor profundidad la relación existente entre ambos factores con un estudios en donde los trastornos mentales tenía una relación directa con zonas de desorganización social, donde existiría mayor confusión sobre las normas de conducta, escaso apoyo y reconocimiento de la comunidad. De igual manera Faris (1934) vincula la interacción social como elementos importante para el desarrollo de una personalidad normal. Es decir el riesgo para desarrollar un desorden mental puede devenir de estructuras sociales carentes de vínculos positivos que perjudican la capacidad de la persona para enfrentar situaciones de la vida de manera eficiente. (Fernández 2005)

El *apoyo social* y la estructura de su red social puede reducir los efectos de la ansiedad, incrementar la autoestima, mejorar el estado de salud y bienestar, es decir en términos generales la calidad de vida de la persona y por tanto es beneficio para la persona. De igual manera una red social negativa que genera tensión, conflicto e inseguridad tendrá el efecto adverso perjudicando la salud de la persona e incrementando la vulnerabilidad ante situaciones como el burnout y las demandas de la vida diaria. (Baltrán, 2008)

3.3.2. Modelos de apoyo social.

En base al modelo propuesto por Karasek de interacción entre demandas y control, Johnson y Hall (1987) introdujeron el *apoyo social* como la tercera dimensión de este modelo, estructurando un modelo triangular denominado *Modelo de interacción entre demandas, control y apoyo social*, en donde el apoyo social se considera como una variable independiente que modifica la percepción de la demanda y por lo tanto el control sobre las mismas. (Berasategui, 2006)

Este modelo centrado principalmente en el individuo propone que los efectos que refieren a la persona de manera directa deben aprovecharse mientras los resultados de intervenciones centradas en la organización puedan empezar a desarrollarse. (Maslach, 1984). Pues como hemos mencionado el *apoyo social* en sí no es un factor determinante para evitar el desarrollo del burnout sino más bien un factor de características amortiguadoras. Sobre este modelo se considera que las características del *apoyo social* frente a *burnout* se pueden entender de la siguiente manera:

- El *apoyo emocional* permite a la persona disfrutar de sentirse querido, apoyado y con confianza para enfrentar las situaciones de intensa demanda relacionadas con el *estrés*.
- El *apoyo social* le permite a la persona sentirse valorado y aceptado incrementando su autoestima.
- El *apoyo social* además le permite el vínculo de pertenencia a su grupo social.

Apoyo en la red social o integración social, permite la habilidad de sentirse parte de un grupo que tiene intereses comunes.

Schaufeli (1998) además proponen la creación de grupos de apoyo en donde se plantea que el reconocimiento, el confort, la ayuda, reflexión y compañerismo, puedan apoyar a las personas a transitar de manera efectiva sus actividades acompañados por el grupo al que pertenecen. (Fernández 2009).

Por su parte, Price y Murphy (1984), propone un modelo donde el *estrés* se identifica con un proceso de duelo en donde la persona pierde su vínculo saludable con la actividad laboral. Así, la persona percibe pérdida de ilusión y capacidad en el trabajo además de la pérdida de los beneficios que implican las relaciones interpersonales positivas, como sentirse respetado. Este proceso atraviesa seis fases sintomáticas consecutivas: Desorientación, inestabilidad, culpa, aislamiento, búsqueda de ayuda, finalmente restitución del equilibrio perdido.

La psicóloga A. Pines (1993) relaciona al *burnout* con la desilusión de personas con una alta motivación y altas expectativas que no logran ser cumplidas. Diferencia a las personas que podrían no alcanzar una motivación suficiente, pueden estar expuestas a *estrés* sin embargo serán menos vulnerables al *estrés* que quienes están altamente motivados. En el modelo elaborado por Pines (1993) la motivación laboral se entiende

sobre tres clases de expectativas:

- *Expectativas Universales*: son las que comparten todas las personas que trabajan, la más importante es realizar algo con significado.
- *Expectativas específicas del grupo*: Particularmente el caso de los profesionales de los servicios de ayuda, se comparte el deseo y responsabilidad de asistir a los demás.
- *Expectativas Personales*: Basadas en el ideal de la profesión, originada por alguna persona o evento relevante en la vida del individuo.

Las personas con altas expectativas necesitan un entorno de trabajo que apoye sus iniciativas y deseos profesionales. En caso contrario las fuertes demandas carentes de apoyo llevarán a la persona a estar altamente vulnerable al *estrés* y al *burnout*. (Fernández 2009).

Finalmente es interesante citar a González-Romá (1998) quien realizó una investigación entre 209 médicos y constataron que el *apoyo social* y la autonomía pueden frenar la evolución del *síndrome de burnout*. La investigación establece así que la mayoría de las conductas individuales tienen su origen en las normas y los valores del sistema social laboral al que pertenece la persona; de trabajo; las personas deben trabajar en equipo para realizar actividades que las vinculen tanto socialmente como con la actividad laboral de manera saludable; los equipos generan sinergia donde los resultados del equipo son mayores que la suma de los de los sujetos trabajando de manera aislada; por último, los equipos son una fuente de satisfacción laboral pues cubren una parte de las necesidades sociales del individuo (Gil-Monte, 2005).

3.4. Burnout y Factores de Personalidad.

La *personalidad* es un tema extenso y largamente estudiado en la literatura científica y en pocas palabras podríamos considerarla como las características de la persona que dan cuenta de los patrones consistentes en sentir, pensar y actuar con la función de adaptar a la persona al medio. (Allport, 1937, Mischel, 1979).

La *personalidad* hablan de las diferencias individuales, término que corresponde a la diferenciación de conductas entre personas sobre una misma situación o acontecimiento. (Pervin, 1996).

Allport (1937) desde el enfoque sistémico identifica a la *personalidad* como una

organización dinámica intraindividual relacionada con los sistemas que determinan su ajuste único a su ambiente. La funcionalidad del ser humano desde la interrelación de una serie de sistemas relevantes, está enfocada a un fin fundamental, la adaptación al ambiente personal, generando, así, lo único de cada individuo. Allport (1937)

Por su parte Eysenck (1985) define la *personalidad* como la suma total de los patrones de comportamiento del organismo, manifiestos o potenciales, determinados por la herencia y el ambiente. (Eysenck y Eysenck, 1985)

3.4.1 Factos de personalidad.

Como hemos mencionado abordar el tema de la *personalidad* refiere el abordaje de múltiples escuelas desde las cuales se conceptualiza el tema y sus variables. Sin embargo tomando un referente contemporáneo, podemos decir que la *personalidad* hace referencia las características o patrones de pensamiento y conducta que se mantiene a través del tiempo en una persona y gracias a las cuales podemos distinguir y predecir su conducta. (Morris, 1992).

Algunas de las teorías que explican la conducta vale rescatar las teorías cognitivo conductuales desde las cuales de forma más práctica podemos entender las variables que influyen en una persona para actuar de una manera determinada. Así, Skinner plantea que la *personalidad* es la estructura global encargada de organizar todas las conductas del sujeto. Manifiesta que la conducta está regida por leyes que sólo conociéndolas y estableciendo control sobre ellas pueden ser modificadas. (Labrador, 1985).

El estudio de la *personalidad* busca predecir el comportamiento en relación a las interacciones con su medio externo además de los núcleos específicos y relativamente independientes del córtex cerebral. Los rasgos que se dependen de la *personalidad* han sido útiles en la psicología científica para estudiar de manera más minuciosa el tema de la personalidad y la conducta. Catell afirma que la *personalidad* permite predecir lo que hará una persona en una determinada situación y los rasgos de personalidad son una estructura mental que se obtiene de la observación coherente de un determinado comportamiento y pueden dividirse en rasgos únicos (individuales) y comunes (poseídos por todos los que conviven ciertas experiencias), de rasgos superficiales y de rasgos originarios propios e identificados propiamente con la *personalidad*.

Algunos factores que interviene en la *personalidad* pueden marcar la diferencia entre unas teorías y otras sobre la condición de cual determinante puede ser un factor en la construcción de un tipo de *personalidad*.

Así, Allport afirma que la *personalidad* se desarrolla a partir de cierto número de elementos constitutivos: disposiciones afectivas, régimen emocional de tipos de actividad, influencia del medio, predisposición biológica, herencia, entre otros. Además de considerar a la experiencia o el vínculo con el medio parte fundamental del constructo de *personalidad*: conjunto de los acontecimientos y traumatismos que constituyen la historia del individuo.

Las condicionantes biológicas actúan de forma que predisponen al individuo a responder de cierta manera a la estimulación ambiental, pero el tipo de conducta que va a aparecer depende del medio en que se encuentra el sujeto y se estima que influyen en la persona en un porcentaje considerable el cual en la mayoría de casos contribuye como factor determinante.

3.5.2. Tipos de Personalidad.

Sobre la gran variedad de estudios y teorías de la *personalidad*, el enfoque de Eysenck, sobre los *tipos de personalidad* relacionado con las teorías del aprendizaje resulta de gran valor en el campo investigativo gracias a la factibilidad del análisis experimental de la conducta que se mide y correlaciona de manera efectiva y sencilla. Sin embargo en la teoría de Eysenck sobre la *personalidad* desafía a la predicción de otras teorías dando como interrogante la conducta fuera de la habitual que difícilmente se puede prever.

Existen varios patrones de conducta característicos y distintivos de pensamiento, emoción y acción: el patrón de conducta tipo A, el tipo B y tipo C. Que corresponde a los patrones diferentes al tipo A y B

El patrón de conducta de una persona presenta rasgos de *personalidad*, actitudes, creencias, conducta manifiesta y además una determinada activación psicofisiológica. Se plantea la relación entre las zonas activadas y su relación con los neurotransmisores noradrenérgica y serotoninérgica junto con la reacción del individuo y su conducta ante el estresor. Así, desde el punto de vista biológico, podríamos considerar que el perfil psicológico tipo A tienden a reaccionar con la vía

autonómica, es decir, por la activación del sistema simpático adrenal, mientras que aquellos que funcionan con la vía neuroendocrina corresponden a los sujetos con patrón de conducta tipo C. (Price, 1982)

CUADRO N. 7 – TIPOS DE PERSONALIDAD

<p>PERSONALIDAD TIPO A</p>	<p>Destaca a las personas competitivas e impacientes y tienden a la hostilidad. Buscan destacar, ambición buena posición social y valor a la autoridad. Viven con la impresión de que les falta el tiempo para hacer todo lo que quisieran. Les molestan los atascos y las colas y se sobrecargan de trabajo. De hecho, viven para trabajar, pues basan su identificación personal con el trabajo. Reaccionan con molestia a los obstáculos y a las opiniones divergentes de los demás</p>
<p>PERSONALIDAD TIPO B</p>	<p>Se posicionan ante las circunstancias como retos, no como amenazas. Los retos son oportunidades de desarrollar sus capacidades y aprender cosas nuevas. Se adaptan a los cambios. Son abiertos y flexibles de mente, toleran la ambigüedad.</p> <p>Se sienten comprometidas con lo que hacen, satisfechas de sí mismas, se valoran. Más resistentes a las enfermedades al no acumular una gran cantidad de estrés.</p>
<p>PERSONALIDAD TIPO C</p>	<p>Son muy dependientes emocionales. Se someten a las exigencias de los demás a costa de su propio bienestar e incluso ocultan signos de malestar y sus preocupaciones para que no se preocupen los que le rodean. Ceden a las exigencias de los demás para evitar conflictos y confrontaciones, se esfuerzan por mantener un clima de armonía, mostrándose cooperadores y pacientes.</p>

Tipos de Personalidad – Elaborado por el autor 2012

Los sujetos a los que presentan un patrón de conducta tipo A, corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia. Teniendo que los sujetos con patrón de conducta tipo A, con respuesta autonómica al estrés, poseen mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares por la activación de las catecolaminas. A su vez tienen con frecuencia elevado el colesterol LDL y disminuido el colesterol HDL y acumulan asimismo otros factores de riesgo, como obesidad e hipertensión.

Friedman y Rosenman (1959) resaltan la importancia del perfil psicológico de los individuos para la configuración del patrón de respuesta al estrés. Así, los perfiles sujetos a la conducta tipo A manifiestan mayor predisposición a padecer patologías cardiovasculares, con perfiles psicológicos donde predomina respuestas intensas: hiperactividad, irritabilidad, agresividad, hostilidad, impulsividad, competitividad, impaciencia, urgencia temporal; esfuerzo de logro, habla y gesticulación bruscas y compromiso excesivo de trabajo lo que provocaría deterioro de la salud y déficit en su rendimiento (Parkes, 1998).

El tipo B de *personalidad* refieren a personas tranquilas, confiadas, relajadas, abiertas a las emociones. Los mecanismos adaptativos hacia el *estrés* y que fracasan desencadenan procesos neuróticos y depresivos. En este tipo de conductas se resalta la importancia de los sistemas o vías de activación autonómica y neuroendocrina en la generación de los mismos y los trastornos de angustia según el DSM-IV. Sin embargo, los sujetos con patrón de conducta Tipo B también son más propensos a conductas tranquilas, confiadas, relajadas por cuanto no originan los trastornos que se dan en el modelo tipo A.

Por su parte el patrón de conducta tipo C, caracteriza a personas introvertidas, obsesivas, que interiorizan la respuesta al *estrés*, pasivos, resignados y apacibles, extremadamente cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseos de aprobación social. Finalmente los individuos con patrón de conducta tipo C tienen estadísticamente mayor predisposición a reumas, infecciones, alergias, afecciones dermatológicas variadas e incluso cáncer, este último asociado a la inhibición inmunitaria de la que padecen en general estos sujetos, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseos de aprobación social.

3.4.3 Patrones de conducta.

El modelo estructural PEN de Eysneck(1952) más importante desarrollado bajo una serie de concepciones teóricas previas. En el queda señalado que los correlatos biológicos pueden servir como elementos de contraste en el análisis de la validez de las taxonomías y antes de la obtención de los datos, Eysenck (1948) ya había postulado las principales dimensiones de la conducta humana.

En el campo de la psicología de la *personalidad* existen dos corrientes, una que afirma

que la *personalidad* consta de tres dimensiones básicas y otra que defiende que son cinco muy conocida como las 5 grandes.

Para Eysenck(1952) las tres dimensiones son la extraversión, el neurotismo, y el psicoticismo. Cada una de ellas está relacionada con lo que Eysenck consideró los motores de la conducta que son reproducción, conservación y autodefensa respectivamente. Además añadió un cuarto factor, la Inteligencia, aunque nunca lo vinculó a su teoría PEN.

CUADRO N.7 - MODELO PEN DE PERSONALIDAD DE EYSENCK

EXTRAVERSIÓN INTROVERSIÓN	Dimensión social: Se trata de una dimensión bipolar en la que en el extremo alto se encuentra la extraversión y en el otro extremo, el de las puntuaciones bajas, hallamos la introversión. Los nueve factores de esta dimensión son la sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, buscador de sensaciones, despreocupación, dominancia, espontaneidad y aventurero.
NEUROTISMO NORMALIDAD	Dimensión emotiva: Esta dimensión es tectónica, por lo que únicamente encontramos una patología en uno de los extremos de la misma. Alta emotividad mientras que en el polo opuesto se encuentra el control de las emociones, es decir, la normalidad. Los nueve factores de la dimensión son la ansiedad, la depresión, el sentimiento de culpa, la baja autoestima, la tensión, la irracionalidad, la timidez, la tristeza y la emotividad.
PSICOTISMO	Dimensión impulsiva: Esta dimensión se diseñó para detectar tendencias psicóticas en la población normal, sin embargo los resultados muestran que la inmensa mayoría de la gente puntúa extremadamente bajo en esta escala (normalidad) y que los que puntúan alto no son psicóticos, sino más bien psicópatas: Los nueve factores de esta dimensión son la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impersonalidad, la impulsividad, antisocial, la ausencia de empatía, la creatividad y la rigidez..

Fuente: Modelo Pen de Personalidad. (Eysenck 1942)
Elaborado por el autor

3.4.4. Locus de control.

Rotter (1966) diferenció los conceptos de *locus de control interno* para referirse a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta del individuo, y *locus de control externo* para la creencia de que esos acontecimientos no dependen de la conducta del individuo, sino de la suerte, la casualidad, el destino o el poder de los demás. Estos modelos de pensamiento suelen ser relativamente estables por tanto relacionadas con los factores de personalidad, y tienen importantes implicaciones en

el rendimiento y el bienestar en el trabajo.

El *locus de control interno* se vincula con expectativas de afrontamiento favorables, pues existe una percepción interna de poder controlar la situación y se enfrentan a los problemas tomando decisiones que contrarrestan los efectos negativos. La experiencia así, resulta menos amenazante ante los estresores que la de las personas con locus de control externo más vulnerables a las demandas del ambiente.

Las investigaciones sobre el tema han encontrado correlaciones significativas entre el *locus de control externo* y el desarrollo de procesos de *burnout*. Así, las investigaciones de Lunenburg y Cadavid (1992) validaron la relación entre las creencias de control y el síndrome de burnout en docentes, y hallaron que los profesores que se evaluaban a sí mismos como quemados, tendían a un locus de control externo. De esta manera, los profesores externos, experimentaban con mayor frecuencia sentimientos de despersonalización y falta de realización personal en el trabajo.

4. METODOLOGIA

La metodología diseñada para esta investigación parte de un proyecto propuesto por la Escuela de Psicología de Universidad Técnica Particular de Loja cuyo objetivo es medir la incidencia del *burnout* y los factores relacionados en profesionales de la salud a nivel nacional tanto del sector público como privado para lo cual se establece parámetros generales a fin de que las muestras puedan incorporarse en un solo modelo de investigación estandarizado. La investigación centra su atención en la evaluación de presencia o no del *síndrome del burnout* (SBO) en las subescalas de *agotamiento emocional* (CE), *despersonalización* (DP), *baja realización personal* (RP); *salud mental* en subescalas de síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión; estrategias de afrontamiento; *apoyo social* con subescalas de apoyo emocional, apoyo instrumental, redes sociales, amor y cariño; y los rasgos de *personalidad* expresados en neuroticismo, extroversión, psicoticismo y sinceridad.

A) Diseño de investigación

La investigación está diseñada de tal manera que se pueda entrevistar a un mínimo de 15 médicos y 15 enfermeras para aplicar los inventarios de *burnout* y de los factores relacionados en una institución de salud y obtener los resultados

Se distingue en la investigación las siguientes características:

- **Cuantitativa:** Se utiliza inventarios que nos proporciona información numérica que puede ser analizada estadísticamente.
- **No experimental:** No se trabaja con la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- **Transversal:** Pues se toma en cuenta otras variables dentro de la investigación del fenómeno.
- **Exploratorio:** La exploración que se realiza está delimitada a un momento determinado.
- **Descriptivo:** Se establecen criterios de relación entre las variables analizando y describiendo los datos que podemos obtener de la investigación.

B) Participantes:

La población que participa en la investigación corresponden a funcionarios del Hospital

Público Pablo Arturo Suárez, institución del Ministerio de Salud Pública, ubicado en el sector norte, parroquia de Cotocollao, de la ciudad de Quito, en donde se entrevista a 15 médicos y 37 enfermeros(as) de cinco áreas que son Unidad de Cuidados Intensivos, Ginecobstétrica, Emergencias, Cirugía General Mujeres y Hombre y, Neonatología.

C) Instrumentos:

El proceso de entrevista cuenta con 5 instrumentos entregados a los participantes en el siguiente orden:

- **Cuestionario Sociodemográficas y Laboral.** Este cuestionario está orientado a obtener información sociodemográfica como sexo, edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, remuneración salarial, jornada de trabajo, características de propias de su actividad laboral con pacientes, y percepción de la satisfacción laboral en general.
- **Maslach Burnout Inventory (MBI):** El inventario cuenta con 22 preguntas que son evaluadas en 3 escalas: *Agotamiento Emocional (AE)*, *Despersonalización (DP)*, y *Realización Profesional (RP)* en donde el criterio para poder identificar el *síndrome de burnout (SBO)* es necesario que por lo menos se identifique 2 de los 3 apartados en parámetros de alto riesgo.
- **Cuestionario de salud mental (GHC28):** El inventario de salud mental cuenta con 28 preguntas que miden síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión grave. Las diferentes subescalas determina la existencia o no del caso.
- **Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).** Este inventario evalúa las estrategias de afrontamiento en 28 preguntas relacionas al afrontamiento activo, planificación, auto-distracción, apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, autoinculpación, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias y humor.
- **Cuestionario MOS de apoyo social,** Mide las 4 dimensiones de apoyo percibido que son para conocer los mecanismos de apoyo emocional con los que cuenta la persona. Las subescalas de este inventario son: apoyo emocional, apoyo instrumental, relaciones sociales de ocio - distracción y apoyo afectivo.

- **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).** El inventario de personalidad evalúa los estilos de personalidad relacionados con el neurotismo, extraversión, psicotismo además del factor de sinceridad.

D) Recolección de Datos:

El proceso de recolección de datos se inició solicitando el permiso del Dr. Juan Barriga quien designó a la Mgs. Sandra Aguilera directora del departamento de Docencia e Investigación para coordinar las entrevistas. En el área de Gestión de Enfermería la Lic. Martha Collahuazo invitó a las jefes de las diferentes áreas del hospital que deseen participar en la investigación. Así, a cada jefe de área se le participó de la investigación entregándole en sobre cerrado individual una encuesta por cada enfermera en su área.

En el caso de los médicos, se participó al Dr. Patricio Toapanta para que coordine con los médicos de las diferentes áreas de cirugía, tanto los médicos tratantes como los residentes para colaborar con la investigación.

La recolección de datos tuvo un proceso mixto entre entrevistas personales con cada profesional médico o enfermera y, en otras ocasiones la entrega en sobre cerrado de los inventarios para retirarlos cuando hayan sido llenados, debido a las actividades propias del hospital y las consideraciones de tiempo disponible de los participantes.

Para la comprensión y análisis de los datos se inició el proceso mediante la valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI) para identificar las cuatro categorías posibles: médicos sin burnout, médicos con burnout, enfermeros(as) sin burnout y enfermeros(as) con burnout. A continuación los datos fueron procesados estadísticamente mediante tablas de ingreso de datos, tablas de evaluación de resultados y gráficos con los resúmenes estadísticos de los mismos, tanto en niveles de incidencia como en porcentajes.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Los resultados obtenidos de la investigación parten de un universo de 52 encuestados de los cuales 15 son médicos tratantes o residentes y 37 enfermeros(as) a los cuales se los ha distribuido de acuerdo a la presencia o no del *Síndrome de Burnout* (SBO). De la categoría de médicos, 14 no presentan el *síndrome de burnout* y solamente uno manifiesta la tipología. En el caso de los enfermeros(as) el 100% es decir en los 37 no se observa un indicador efectivo de la presencia del *síndrome de burnout*, por lo tanto no se registran datos de enfermeros(as) con burnout.

5.1. Encuesta Sociodemográfica Laboral

TABLA N. 1 – TABLA RESUMEN DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

DESCRIPCIÓN		MÉDICOS		ENFERMERAS	
		SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT
GÉNERO	MASCULINO	85,71%	100,00%	8,10%	NO REGISTRA DATOS
	FEMENINO	14,28%	0,00%	91,89%	
	EDAD PROMEDIO	39,5 AÑOS	31 AÑOS	33,2 AÑOS	
ÉTNIA	MEZTIZO	92,85%	100,00%	91,89%	
	BLANCO	0,00%	0,00%	5,40%	
	AFROECUATORIANO	0,00%	0,00%	2,70%	
	INDÍGENA	1,00%	0,00%	0,00%	
ESTADO CIVIL	SOLTERO	21,42%	100,00%	54,05%	
	CASADO	57,14%	0,00%	29,72%	
	VIUDO	7,14%	0,00%	2,70%	
	DIVORCIADO	7,14%	0,00%	5,40%	
	UNION LIBRE	7,14%	0,00%	8,10%	
	N. DE HIJOS	1,5 HIJOS	0 HIJOS	1,2 HIJOS	
ZONA	URBANA	100,00%	100,00%	100,00%	
	RURAL	0,00%	0,00%	0,00%	
TOTAL ENCUESTADOS		14	1	37	0

Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor
Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Los datos más relevantes de la tabla muestran que existe un 85,71% de médicos varones contra un 14,28% de médicos mujeres y, en el caso de casos con burnout el

100% corresponde al sexo masculino. Para la categoría de enfermeros(as) sin burnout el 91,89% por ciento son mujeres y el 8,10% son hombres.

La edad promedio de los médicos sin burnout es de 39,5 años mientras que el caso de burnout es más joven bordeando los 31 años de edad. La edad promedio de enfermeros(as) sin burnout es de 33, 2 años.

Los datos relacionado con la etnia muestran una mayoría de mestizos: 92,85% para el caso de médicos sin burnout, 100% para médicos con burnout y el 91, 89% para enfermeros(as) sin burnout.

El 57,14%, de los médicos sin burnout está casado mientras que el 21,42 es soltero y como minorías estarían los médicos en unión libre, viudos, divorciados con un 7,14% para cada caso. En la categoría de médicos con burnout el resultado absoluto es para el estado de soltero, es decir el 100%. En el caso de enfermeros(as) sin burnout el 54,05% se mantiene soltero mientras que 29,72% está casado y el 8,10% mantiene una relación libre, 5,4% divorciados.

El promedio de número de hijos para médicos sin burnout es de 1,5 hijos por entrevistado y de 1,2 para el caso de enfermeros(as) sin burnout. La categoría de médicos con burnout, el dato es cero.

Por la localización de la institución el 100% de los encuestados se ubican en la categoría de zona urbana.

TABLA N. 2 - TABLA RESUMEN DATOS SOCIO LABORALES

DESCRIPCIÓN		MEDICOS		ENFERMERAS	
		SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT
VALOR SALARIO	0 - 1000	14,28%	0,00%	54,05%	NO REGISTRA DATOS
	1001 - 2000	50,00%	100,00%	45,94%	
	2001 - 3000	35,71%	0,00%	0,00%	
	3001 - 4000	0,00%	0,00%	0,00%	
TIPO DE CONTRATO	EVENTUAL	7,14%	0,00%	0,00%	
	OCASIONAL	28,57%	0,00%	67,00%	
	PLAZO FIJO	21,42%	100,00%	2,70%	
	INDEFINIDO	28,57%	0,00%	18,91%	
	S. PROFESIONALES	0,00%	0,00%	10,81%	
	NINGUNO	2,00%	0,00%	0,00%	

HORAS DE JORNADA	DIARIA	10,57 Horas	8 Horas	8,22 Horas	
	SEMANAL	58, Horas	62 Horas	46,80 Horas	
	GUARDIA	23,5 Horas	24Horas	9,41 Horas	
	DIAS	4,5 Días	3 Días	4,71Días	
TURNOS	VESPERTINO	5,20%	0,00%	9,09%	
	MATUTINO	26,31%	0,00%	9,09%	
	NOCTURNO	5,26%	0,00%	2,27%	
	FIN DE SEMANA	15,78%	0,00%	4,54%	
	ROTATIVO	47,36%	100,00%	75,00%	
	TOTAL ENCUESTADOS	14	1	37	

Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Sobre las condiciones laborales y de contratación, podemos observar que solamente una minoría del 14,28% de médicos sin burnout tiene una remuneración inferior a U\$D 1000 dólares mensuales. El 50% supera ese rango y solamente el 35,71 recibe una remuneración entre los U\$D 2000 y 3000 dólares mensuales. Para la categoría de médicos con burnout, el 100% se encuentra en el segundo rango salarial. Para el caso de enfermeros(as) sin burnout el porcentaje más alto de 54,05% mantiene el primer nivel salarial de hasta U\$D 1000 dólares y en el siguiente rango está el 45,94%.

El tipo de contratación a los médicos está con mayores porcentajes el contrato ocasional e indefinido con un 28,57% para cada caso. El contrato indefinido es absoluto para los médicos con burnout, es decir 100% y, para el caso de enfermeros(as) prevalece el contrato ocasional con un 67% de los encuestados y un 18,91% define un tipo de contratación indefinida. Solamente el 2,7% declara una relación laboral de plazo fijo en esta categoría.

Los médicos sin burnout trabajan en promedio 10,57 horas diarias mientras que las enfermeras 8,22 horas. En la a categoría de médico con burnout, supera los datos de horas por semana con un promedio de 62 horas por semana comparado con las 58 horas promedio de médicos sin burnout y las 46,8 horas de enfermeros(as). De igual manera la categoría de médicos con burnout manifiesta mayor frecuencia en las guardias es decir cada 3 días.

En relación al tipo de turno, las tres categorías que registran datos, muestran una prevalencia hacia el trabajo en turnos rotativos, con un 47,36% para los médicos sin burnout, 100% para médicos con burnout y 75% para el caso de enfermeros(as)

TABLA N.3 – TABLA RESUMEN CONDICIONES LABORALES ESPECIFICAS

DESCRIPCIÓN		MEDICOS		ENFERMERAS	
		SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT
ATENCIÓN DIARIA A PACIENTES	MENOS 25%	7,14%	0,00%	2,70%	NO REGISTRA DATOS
	25 - 50%	0,00%	0,00%	0,00%	
	50 - 75%	28,57%	0,00%	16,21%	
	75 - 100%	64,28%	100,00%	81,08%	
	Nº DE PACIENTES	25,4 Pacientes	50 Pacientes	25 Pacientes	
TIPO DE PACIENTES	ONCOLOGICOS	0,00%	0,00%	4,34%	
	PSIQUIATRICOS	0,00%	0,00%	6,52%	
	REANLES	0,00%	0,00%	11,59%	
	QUIRURGICOS	25,00%	0,00%	15,94%	
	CARDIACOS	3,57%	0,00%	7,97%	
	NEUROLOGICOS	3,57%	0,00%	12,31%	
	DIABETICOS	3,57%	0,00%	10,44%	
	EMERGENCIAS	3,14%	50,00%	6,52%	
	INTENSIVOS	14,28%	0,00%	14,49%	
	OTROS	17,85%	50,00%	10,14%	
PACIENTES EN RIESGO	RIESGO DE MUERTE	71,42%	100,00%	62,61%	
	SIN RIESGO	28,57%	0,00%	37,83%	
	PROMEDIO FALLECIDOS	1,2 Fallecidos	0 Fallecidos	1,5 Pacientes	
PERMISOS	Nº DIAS AL AÑO	42,58%	0,00%	43,24%	
	SIN PERMISOS	57,14%	100,00%	56,75%	
	CAPACITACIÓN	40,00%	0,00%	6,66%	
	PROB. SALUD	20,00%	0,00%	20,00%	
	S. FAMILIAR	40,00%	0,00%	73,33%	
TOTAL ENCUESTADOS		14	1	37	0

Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Los datos de la Tabla N. 3 nos indica que principalmente los funcionarios pasan más del 75% del tiempo atendiendo a pacientes: el 100 % de los médicos con burnout, el 64,28% de médicos sin burnout y el 81% de enfermeros(as) con una diferencia significativa de la categoría de médicos con burnout del aproximadamente el doble de pacientes en relación a las otras categorías, es decir 50 pacientes contra 25 pacientes en promedio en las otras dos categorías.

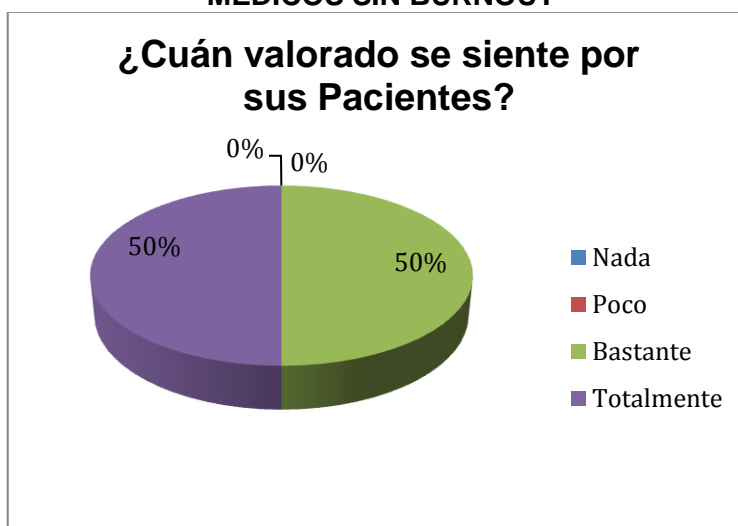
El mayor porcentaje de los médicos encuestados sin burnout atiende a pacientes quirúrgicos con el 25%, el 50% son pacientes de emergencias para la categoría de médicos con burnout.

El 71,42% de médicos son burnout declara trabajar con pacientes en riesgo de muerte, el 100% de médicos con burnout y el 62% de enfermeros(as) con un promedio de muertes de 1,5 fallecidos en el caso de enfermeros(as) y 1,2 en el caso de médicos. La categoría de médicos con burnout no identifica muertes en los últimos meses.

Tanto médicos como enfermeros sin burnout han solicitado permisos en el último año con porcentajes similares: 42,58% para los médicos y 43,24% para enfermeros(as). Por su parte los médicos con burnout no registran solicitudes de permisos. En el caso de los médicos las principales razones fueron capacitación y situaciones familiares con un 40% cada una. En el caso de los enfermeros(as) el 73,33% solicitó permiso por razones familiares, el 20% de problemas de salud y solamente un 6% para capacitación.

A continuación describimos los datos obtenidos en relación a los apartados relacionados con la percepción del encuestado sobre la valoración y satisfacción con diferentes aspectos de su actividad laboral:

**GRÁFICO N.1 - PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR EL PACIENTE
MÉDICOS SIN BURNOUT**



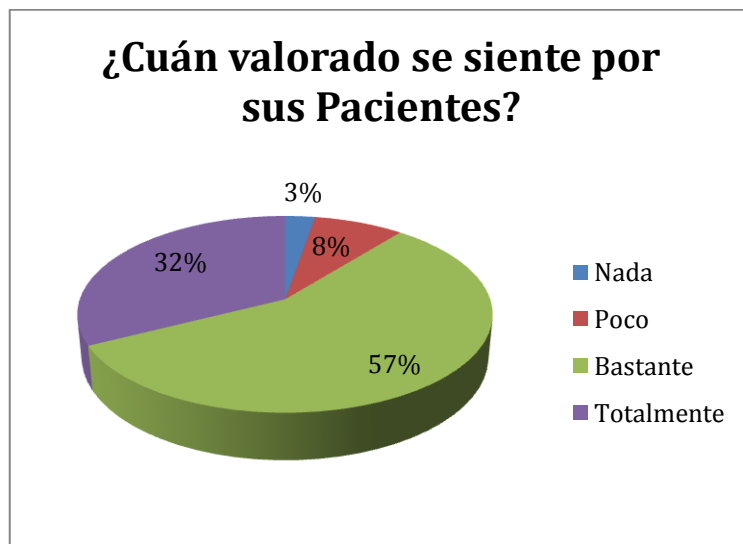
Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 2 - PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR EL PACIENTE
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 3 - PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR EL PACIENTE
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



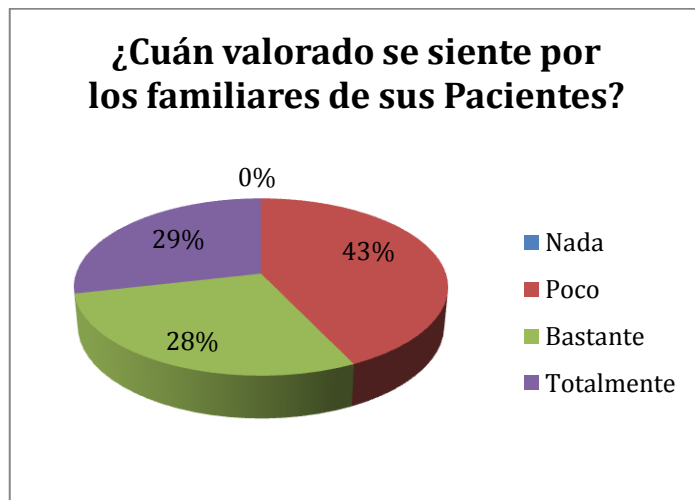
Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

A la pregunta *¿cuán valorado se siente por sus pacientes?* el 50% de los médicos son burnout confirma sentirse totalmente valorado mientras que el otro 50% de esta

categoría responde que bastante valorado. El 100% de los médicos con burnout declara sentirse totalmente valorado.

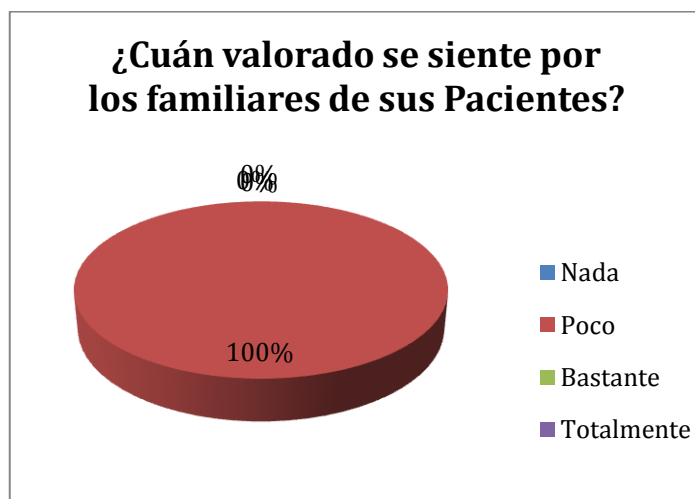
En el caso de enfermeros(as) sin burnout el 57% afirma sentirse bastante valorado y el 32% totalmente, observando apenas un 11% en escalas menores de poco y nada valorado.

GRÁFICO N.4- PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR FAMILIARES DEL PACIENTE - MÉDICOS SIN BURNOUT



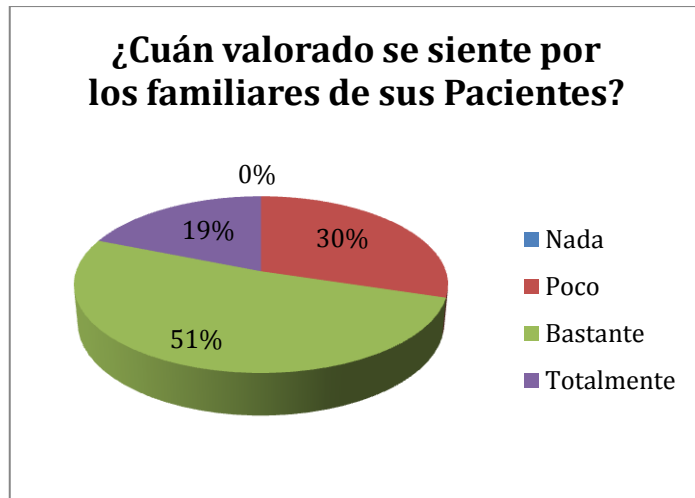
Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

GRÁFICO N.5 – PERCEPCIÓN DE VALORACION POR FAMILIARES DEL PACIENTE - MÉDICOS CON BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

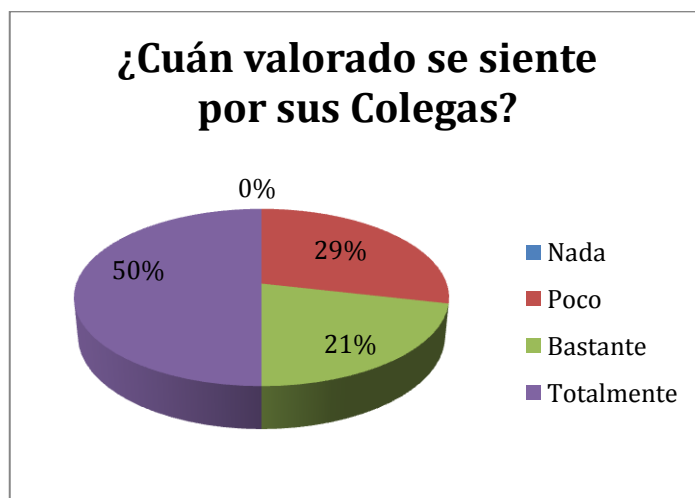
GRÁFICO N.6 – PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR LOS FAMILIARES DEL PACIENTE - ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

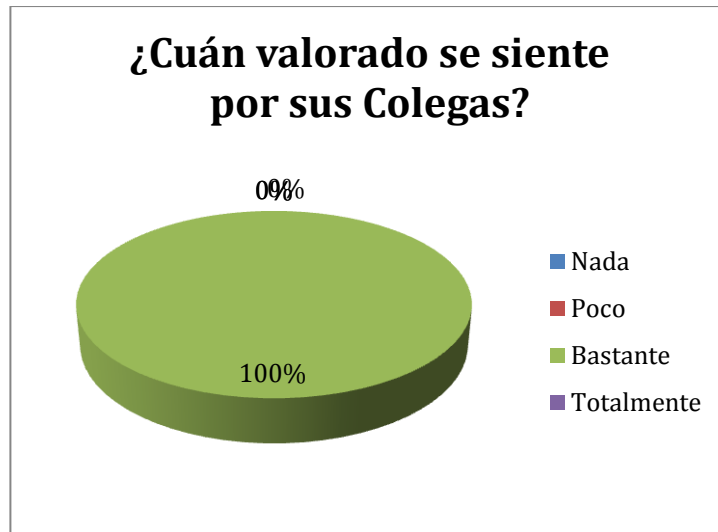
Los médicos sin burnout presentan un 43% en la percepción de sentirse poco valorados por los familiares de los pacientes contra el 29% y el 28% en donde la percepción es de totalmente valorado y bastante valorado respectivamente. Para la categoría de médicos con burnout el valor de poco valorado es absoluto. Para el caso de enfermeros(as) el 51% dice sentirse bastante valorado y el 30% poco valorado. Solamente el 19% en esta categoría declara una valoración total.

GRÁFICO N. 7 – PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR LOS COLEGAS MÉDICOS SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

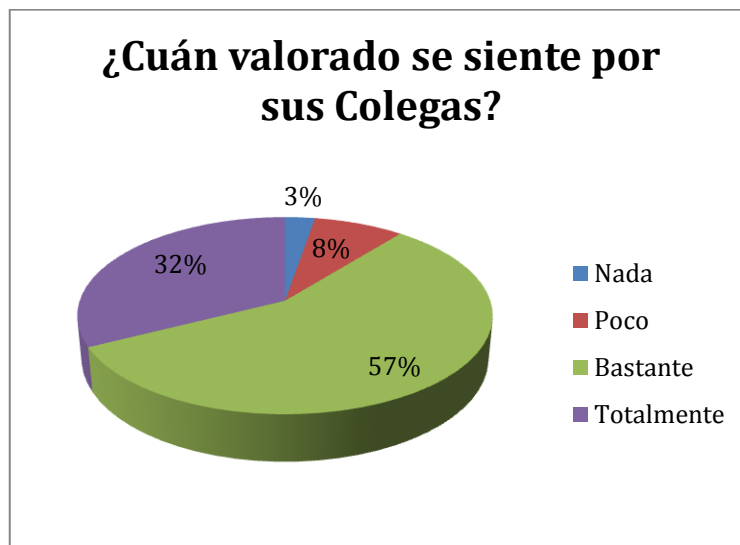
**GRÁFICO N. 8 – PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR LOS COLEGAS
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

El 50% de los médicos sin burnout se sienten totalmente valorados por sus colegas, un 21% bastante y un 29% poco valorados. En el caso de la categoría de médicos con burnout el 100% se siente bastante valorado por sus colegas.

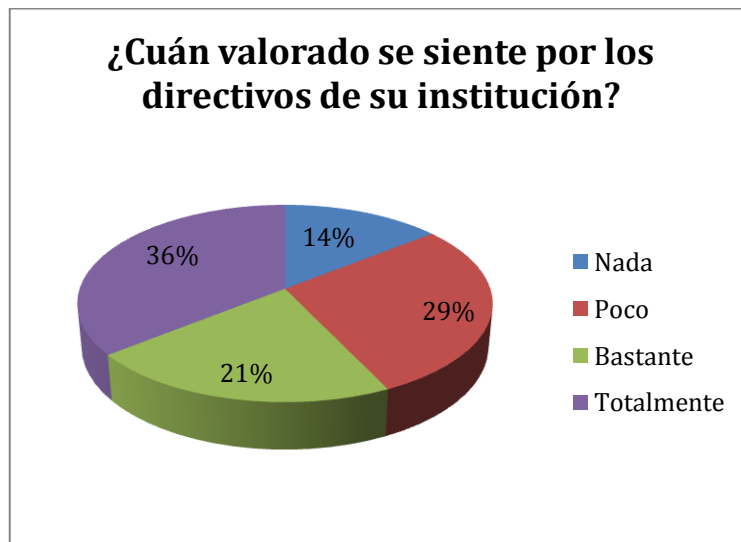
**GRÁFICO N. 9 – PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR COLEGAS
ENFERMERAS SIN BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

El 57% de los enfermeros(as) encuestadas afirma sentirse bastante valorados por sus colegas. El 32% totalmente valorados en cambio un 8% se siente poco valorados y el 3% nada valorados por sus colegas.

GRÁFICO N. 10 - PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR DIRECTIVOS DE LA INSTITUCIÓN - MÉDICOS SIN BURNOUT



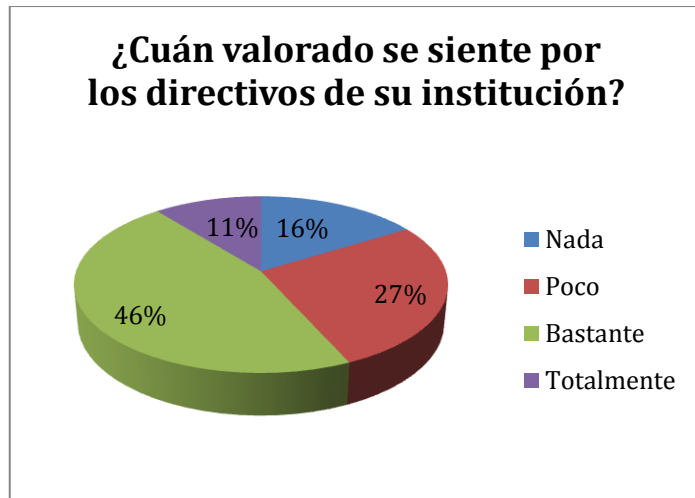
Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

GRÁFICO N .11 – PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR DIRECTIVOS DE LA INSTITUCIÓN - MÉDICOS CON BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

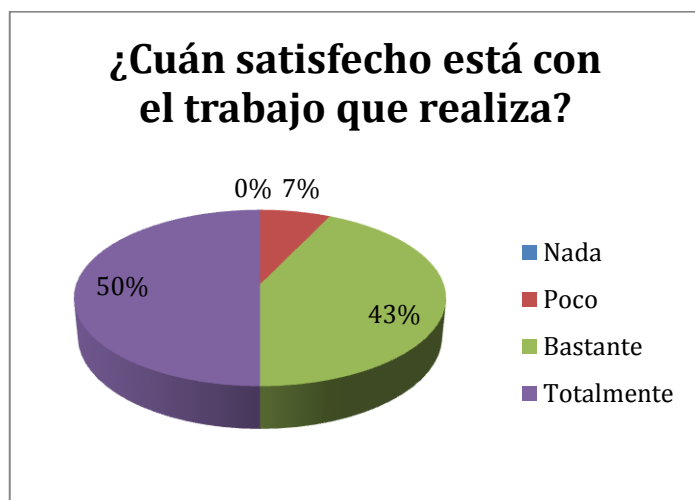
GRÁFICO N.12 - PERCEPCIÓN DE VALORACIÓN POR DIRECTIVOS DE LA INSTITUCIÓN - ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

La percepción sobre la valoración de directivos nos muestra que el 36% de los médicos sin burnout se siente totalmente valorado y el 29% poco valorado. En el caso de los médicos con burnout el 100% tiene una percepción de sentirse totalmente valorado. Los enfermeros(as) el 46% identifica sentirse bastante valorado, el 27% poco valorado y el 16% nada valorado. Solamente el 11% se considera totalmente valorado.

GRÁFICO N.13 - VALORACIÓN DE LA SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO MÉDICOS SIN BURNOUT



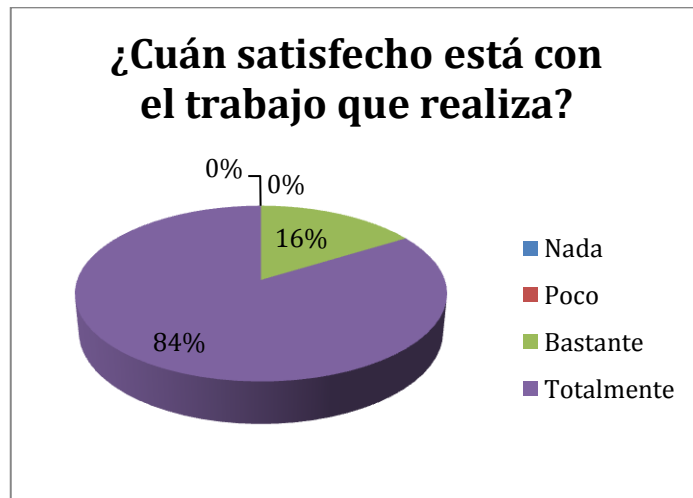
Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 14 – VALORACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

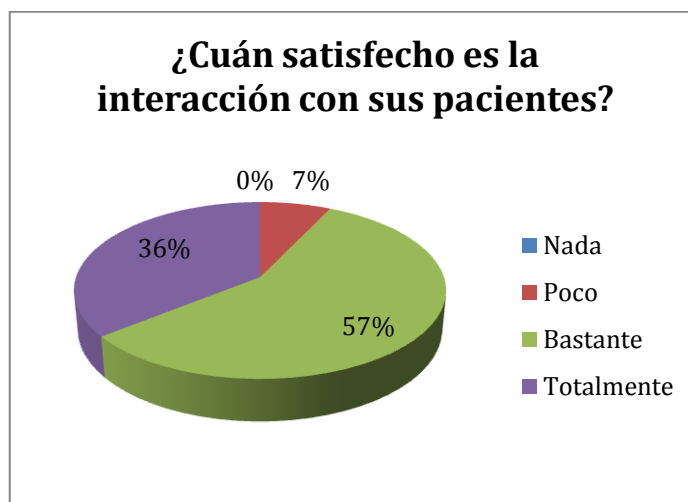
**GRÁFICO N.15 – VALORACIÓN CON LA SATISFACCIÓN CON EL TRABAJO
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

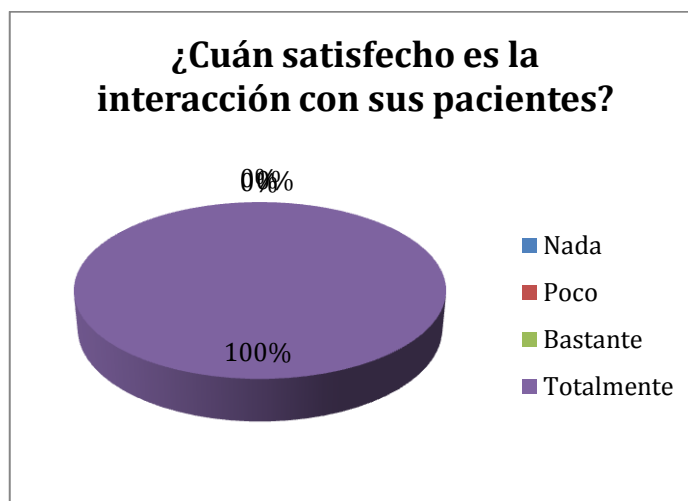
A la pregunta *¿Cuán satisfecho está con el trabajo que realiza?* el 50% de los médicos sin burnout manifiesta estar totalmente satisfecho, el 43% bastante satisfecho y solamente el 7% manifiesta estar poco satisfecho. En el caso de médicos con burnout el 100% manifiesta estar bastante satisfecho. Por su parte el 84% de enfermeros(as) sin burnout declara estar totalmente satisfecho con el trabajo que realiza.

GRAFICO N. 16 – EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE INTERACCIÓN CON PACIENTES - MÉDICOS SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

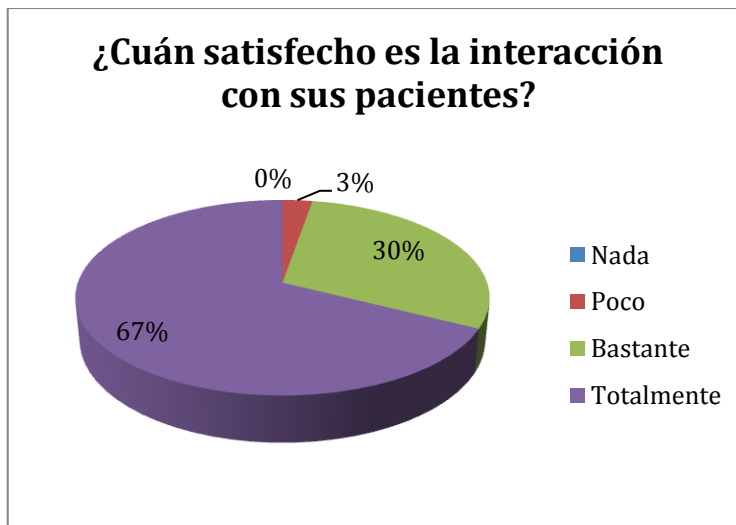
GRAFICO N. 17 – EVALUACION DE LA SATISFACION DE INTERACCIÓN CON PACIENTES - MÉDICOS CON BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

EL 57% de los médicos sin burnout manifiesta estar bastante satisfecho con la interacción con sus pacientes, el 36% totalmente satisfecho y solamente el 7% manifiesta poca satisfacción. El apartado para médicos con burnout manifiesta un 100% de total satisfacción.

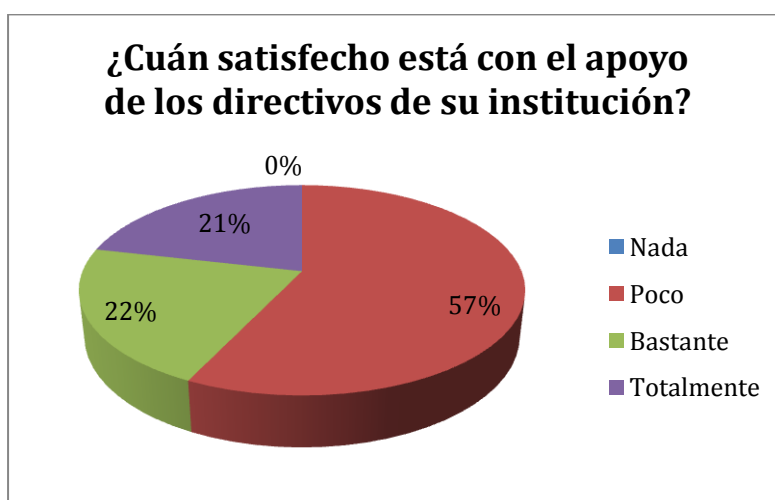
**GRAFICO N.18 – EVALUACIÓN DE LA INTERACCIÓN CON PACIENTES
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

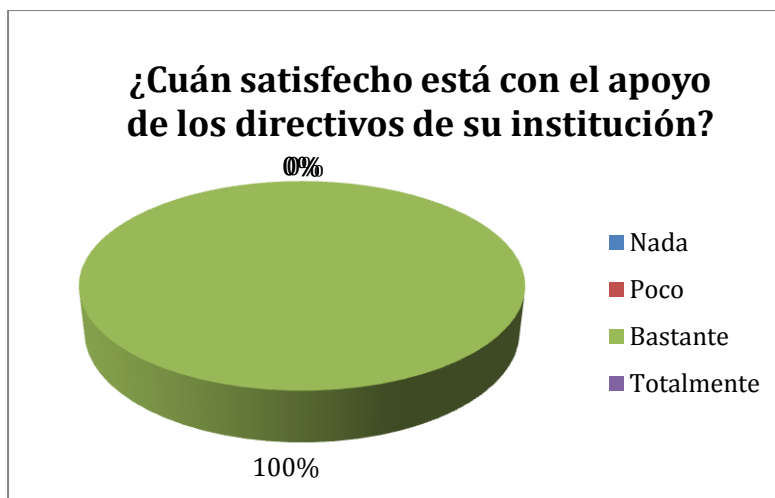
Los enfermeros(as) sin burnout manifiestan el 67% de estar totalmente satisfecho, el 30% bastante satisfecho y apenas el 3% muestra poca satisfacción en este apartado.

**GRÁFICO N.19 – EVALUACIÓN DEL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE LA
INSTITUCIÓN - MÉDICOS SIN BURNOUT**



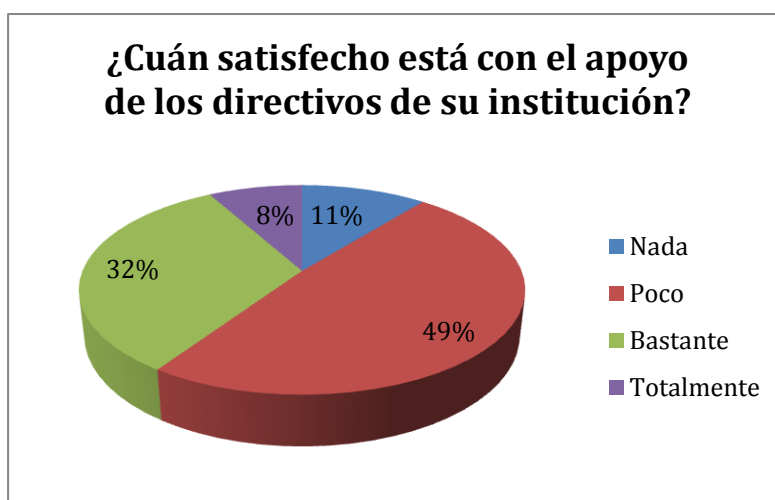
Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

GRÁFICO N. 20 – EVALUACIÓN DEL APOYO DE DIRECTIVOS DE LA INSTITUCIÓN - MÉDICOS CON BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

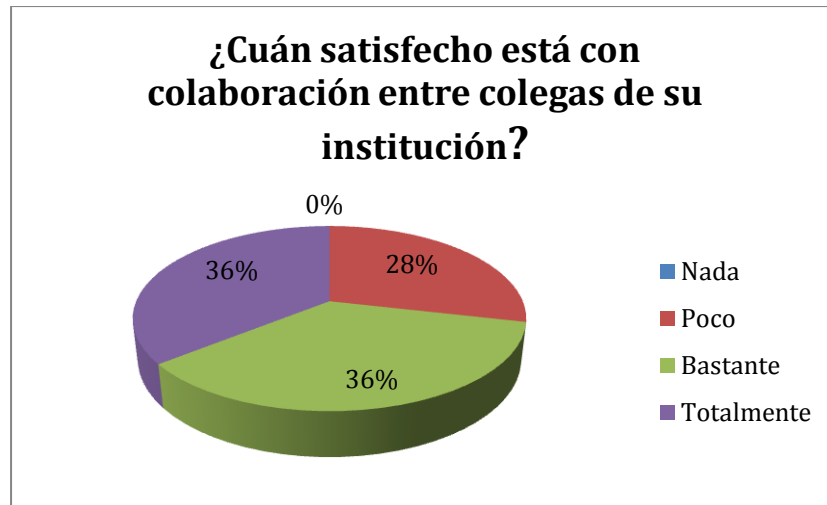
GRAFICO N. 21 – EVALUACIÓN DEL APOYO DE DIRECTIVOS DE LA INSTITUCIÓN – ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

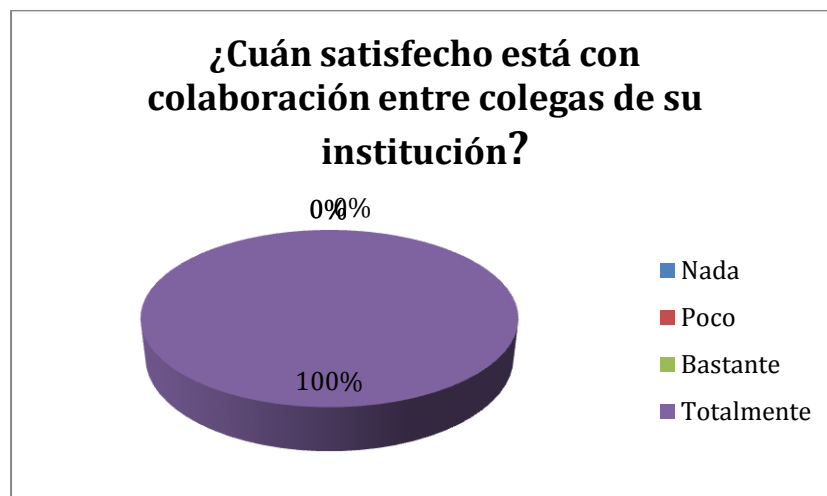
La valoración del apoyo de los directivos de la institución en el caso de médicos sin burnout es poco en un 57%, bastante el 22% y totalmente el 21%. En la categoría de médicos con burnout el 100% se percibe bastante apoyo. En referencia a enfermeros(as) sin burnout el 49% también manifiesta percibir poco apoyo de los directivos, contra un 32% que considera bastante, el 11% nada de apoyo y solamente el 8% considera que existe total apoyo de los directivos de la institución.

GRÁFICO N. 22 – PERCEPCIÓN DE COLABORACIÓN ENTRE COLEGAS - MÉDICOS SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

GRAFICO N. 23 – PERCEPCIÓN DE COLABORACIÓN ENTRE COLEGAS MÉDICOS CON BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

La categoría de médicos sin burnout mantiene una percepción de totalmente y bastante colaboración entre colegas con un 36% en cada categoría. Sin embargo un 28% considera que hay poca colaboración. Por su parte, la categoría de médicos con burnout el 100% manifiesta percibir total colaboración entre colegas.

GRÁFICO N. 24 – PERCEPCIÓN DE COLABORACIÓN ENTRE COLEGAS ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

El 47% de los enfermeros(as) encuestados consideran que existe total y bastante colaboración entre colegas en cada categoría. Solamente el 14% percibe poca colaboración.

GRÁFICO N. 25 – PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL MÉDICOS SIN BURNOUT



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 26 – PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 27 – PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN PROFESIONAL
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**

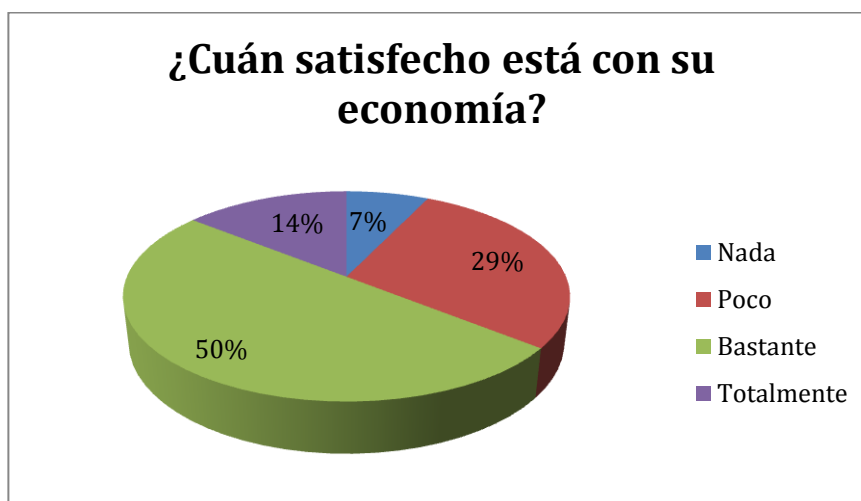


Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

En referencia a la satisfacción laboral el 43% de los médicos sin burnout manifiesta estar bastante satisfecho con su experiencia profesional, el 36% totalmente satisfecho, el 14% poco satisfecho. Un 7% declara no estar nada satisfecho en esta categoría. En el caso de los médicos con burnout el 100% declara sentirse totalmente satisfecho.

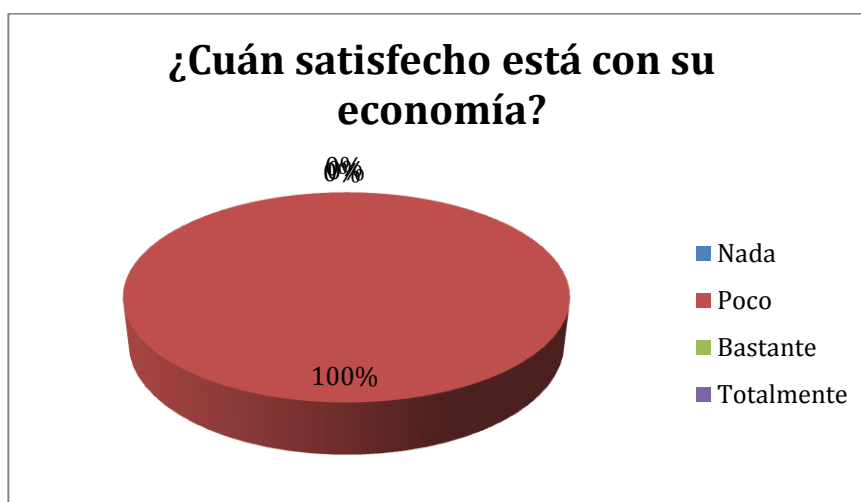
Para el caso de enfermeros(as) sin burnout el 49% se define como bastante satisfecho, el 35% totalmente, el 13% poco y el 3% nada satisfecho con su experiencia laboral.

**GRÁFICO N. 28 – PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN ECONÓMICA
MÉDICOS SIN BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 29 – PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN ECONÓMICA
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 30 – PERCEPCIÓN DE LA SATISFACCIÓN ECONÓMICA
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Encuesta Sociodemográfica y Laboral. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Sobre el apartado relacionado con la satisfacción económica el 50% de los médicos sin burnout manifiesta sentirse bastante satisfecho, el 29% poco satisfecho y el 7% nada satisfecho. Solamente el 14% manifiesta sentirse totalmente satisfecho. Por el contrario la categoría de médicos con burnout manifiesta un valor absoluto de poco satisfecho en su economía. Similar percepción en el caso de enfermeros(as) con un 49% con una percepción de poco satisfechos contra un 38% que considera sentirse bastante satisfecho y un 8% nada satisfecho. Solamente el 5% declara estar totalmente satisfecho en esta categoría.

5.2. Inventario de Burnout – Maslach Burnout Inventory (MBI)

Sobre el inventario de *burnout* el Maslach Burnout Inventory (MBI) se estableció la categorización de médicos con o sin burnout, enfermeras con o sin burnout, para lo cual se consideró caso cuando el entrevistado contaba con los puntajes altos en las dos primeras escalas *agotamiento emocional* (AE) o *despersonalización* (DP) o un puntaje bajo en la escala de *realización personal* (RP). Así tenemos la siguiente tabla resumen:

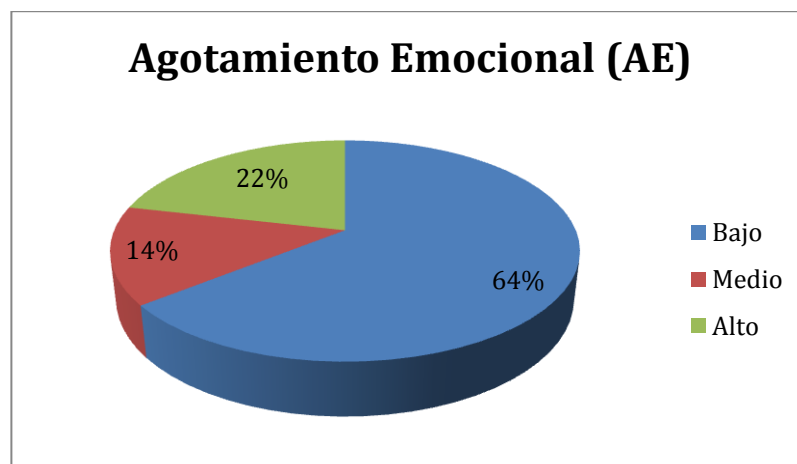
TABLA N. 4 – TABLA RESUMEN INVENTARIO DE BURNOUT

DESCRIPCIÓN		MÉDICOS		ENFERMERAS		
		SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	
AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)	BAJO	64,28%	0,00%	59,45%	NO REGISTRA DATOS	
	MEDIO	14,28%	0,00%	29,72%		
	ALTO	21,42%	100,00%	10,81%		
DESPERSONALIZACIÓN (DP)	BAJO	92,85%	0,00%	91,89%		
	MEDIO	7,14%	0,00%	5,40%		
	ALTO	0,00%	100,00%	2,70%		
REALIZACIÓN PERSONAL (RP)	BAJO	0%	0%	0%		
	MEDIO	0,00%	0,00%	5,40%		
	ALTO	100,00%	100,00%	94,59%		
TOTAL ENTREVISTADOS		14	1	37		

Fuente: Inventario de Burnout (MBI) Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

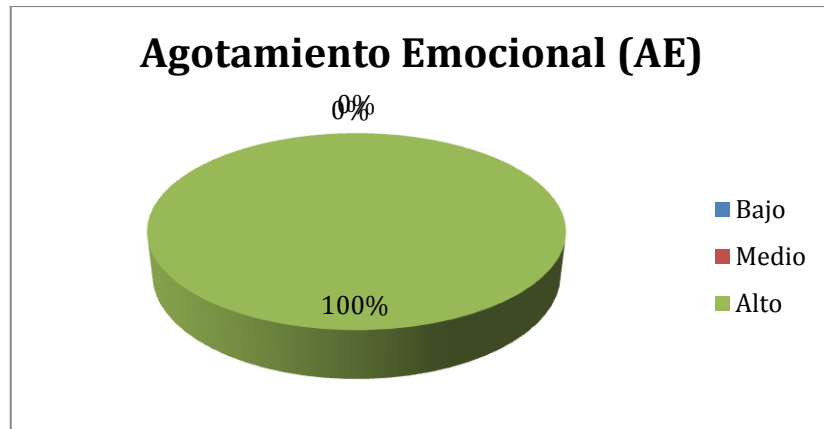
Sobre la tabla resumen se identificó que un solo caso presenta niveles altos en *agotamiento emocional (AE)* y *despersonalización (DP)*, por lo cual se considera como caso de *burnout*.

**GRÁFICO N. 31 – FACTOR DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)
MÉDICOS SIN BURNOUT**



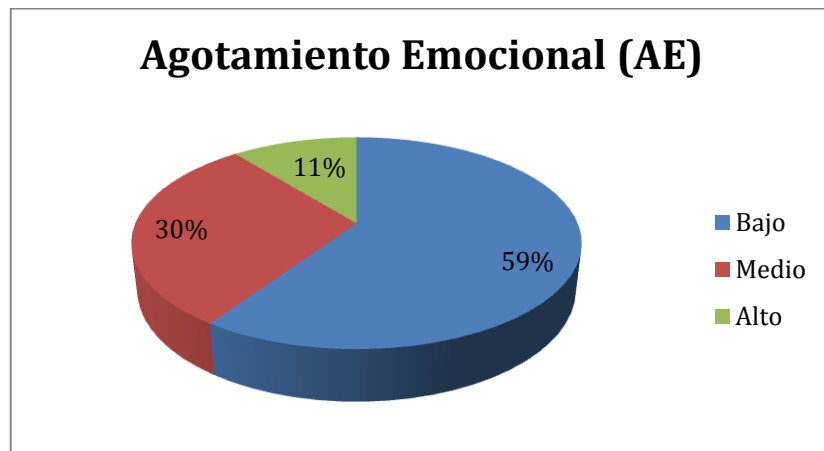
Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 32 – FACTOR DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

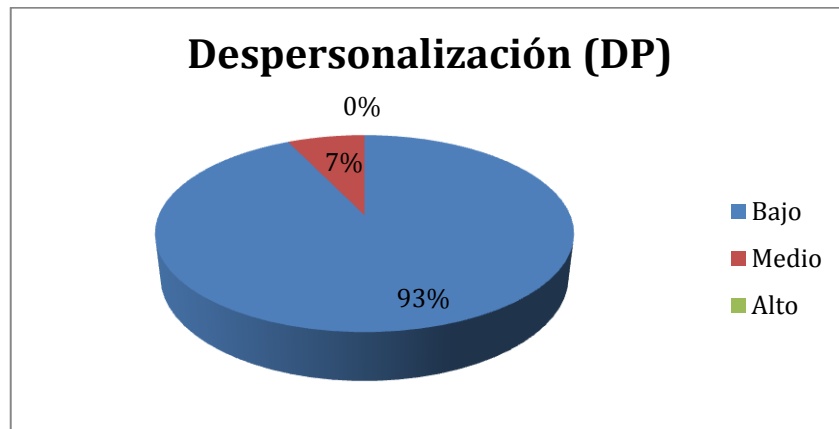
**GRÁFICO N. 33 – FACTOR DE AGOTAMIENTO EMOCIONAL (AE)
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

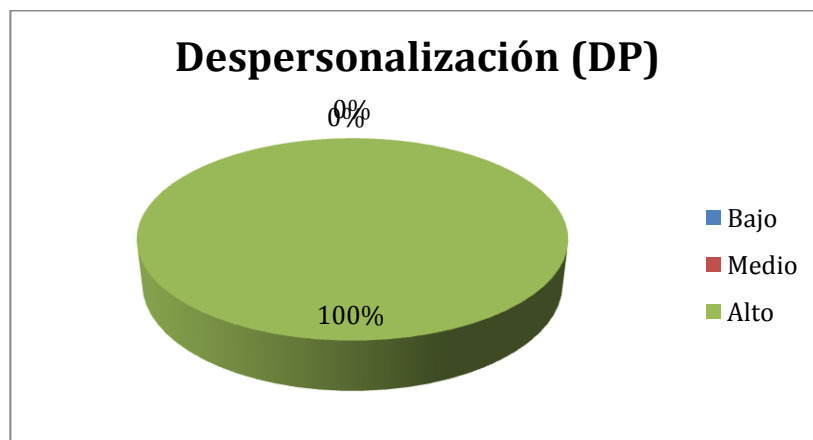
Para el factor de *agotamiento emocional* (AE) el 64% de los médicos presenta un nivel bajo, el 4% medio y un 22% en nivel alto. En el caso de los enfermeros(as) sin burnout el nivel de agotamiento emocional es superior a la media con un 59%, 30% en nivel medio y solamente un 11% en nivel alto. El caso del médico con burnout se da por se un factor en donde supera el nivel del rango medio y pasa a considerarse el nivel alto identificado como caso.

**GRÁFICO N. 34 – FACTOR DE DESPERSONALIZACIÓN (DP)
MÉDICOS SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

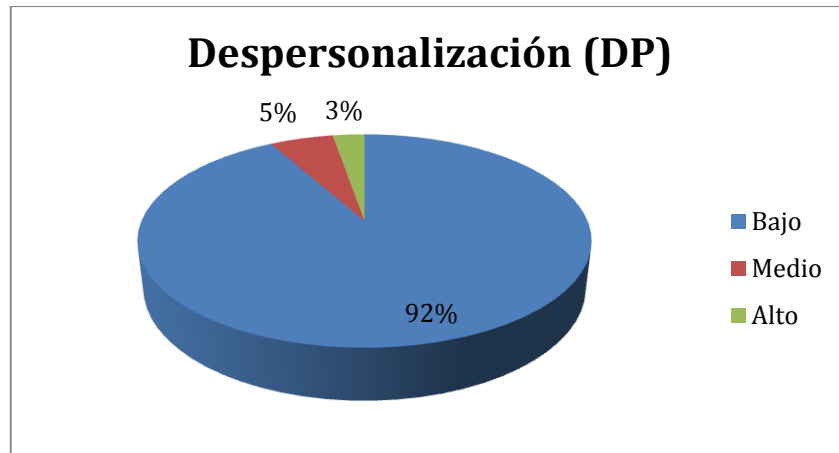
**GRÁFICO N. 35 – DESPERSONALIZACIÓN (DP)
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Los médicos sin burnout presentan un nivel bajo a la *despersonalización* (DP) en un 93% y apenas el 7% un nivel medio. El caso de *despersonalización* para el médico con burnout es el mismo que se identifica como caso para el factor anterior de *agotamiento emocional* (AE).

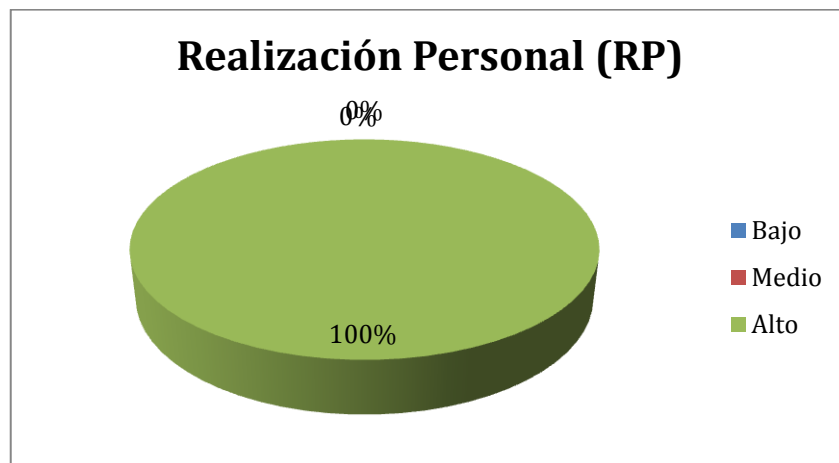
**GRÁFICO N. 36 – DESPERSONALIZACIÓN (DP)
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

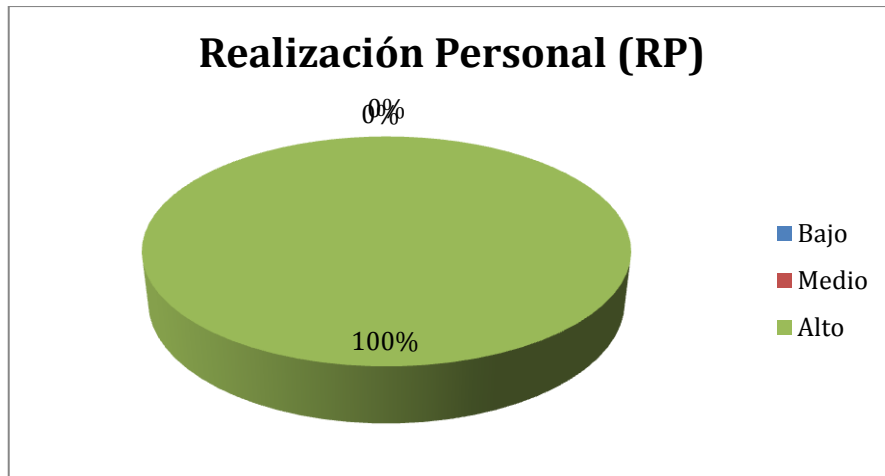
Los enfermeros(as) presentan en su mayoría un nivel bajo de *despersonalización* (DP) con el 92%, 5% en nivel medio y un 3% en nivel alto considerados como casos de *despersonalización* (DP).

**GRÁFICO N. 37 – REALIZACION PERSONAL (RP)
MÉDICOS SIN BURNOUT**



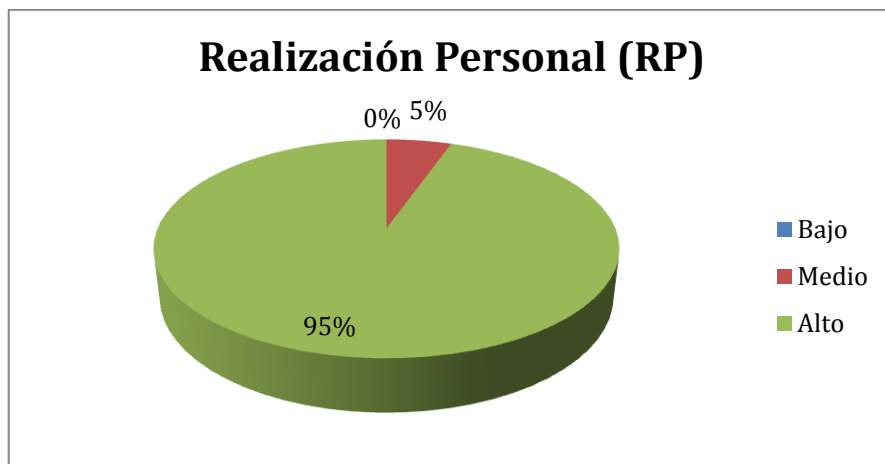
Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 38 – REALIZACION PERSONAL (RP)
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 39 – REALIZACION PERSONAL (RP)
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Burnout (MBI). Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

El 100% de los médicos sin burnout y con burnout presentan un nivel alto en *realización personal* (RP) con el 100%. Para el caso de las enfermeras el 95% se ubica en un nivel alto y el 5% en un nivel medio del factor de *realización personal* (RP).

5.3. Cuestionario de salud General (GHQ-28)

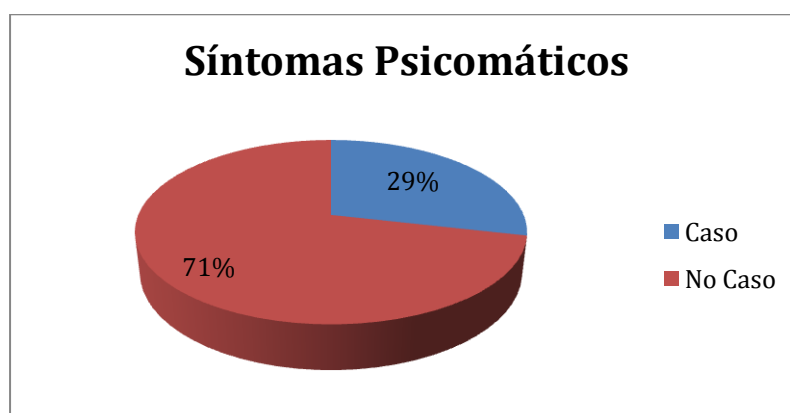
TABLA N. 5 – CUESTIONARIO CASOS GHQ-28

	DESCRIPCIÓN	MÉDICOS		ENFERMERAS			
		SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT		
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	CASO	4	1	20		NO REGISTRA INFORMACIÓN	
	NO CASO	10	0	17			
ANSIEDAD	CASO	5	1	22			
	NO CASO	9	0	15			
DISFUNCIÓN SOCIAL	CASO	0	0	3			
	NO CASO	14	1	34			
DEPRESIÓN	CASO	0	0	6			
	NO CASO	14	1	31			
TOTAL CASOS		14	1	37			0

Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

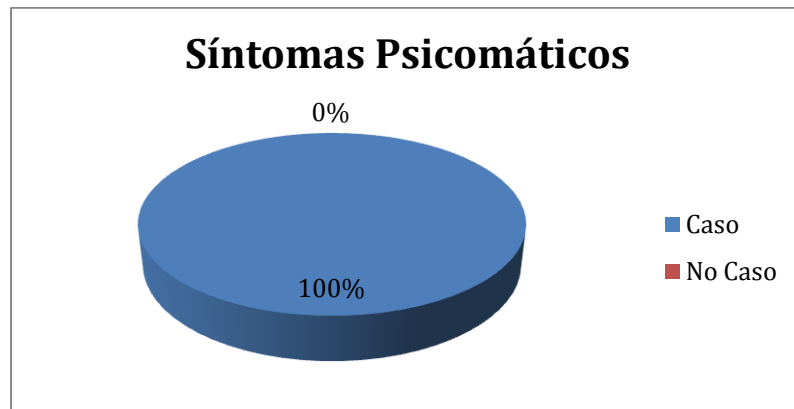
Observamos en la tabla resumen la presencia de 4 casos de síntomas somáticos y 5 de ansiedad en la categoría de médicos son burnout. De igual manera en el caso de médicos con burnout. No se observan casos de disfunción social y depresión en las dos categorías mencionadas, a diferencia de enfermeros(as) sin burnout en donde se aprecia que mayoría de casos de ansiedad con 22 casos, 20 de síntomas somáticos, 6 de depresión y 3 de disfunción social.

GRÁFICO N. 40 - GHQ-28 – FACTOR DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÉDICOS SIN BURNOUT



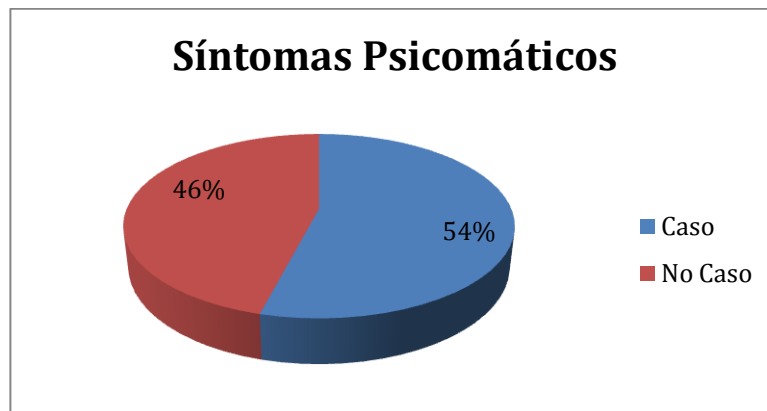
Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

GRÁFICO N. 41 - GHQ-28 – FACTOR DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS MÉDICOS CON BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

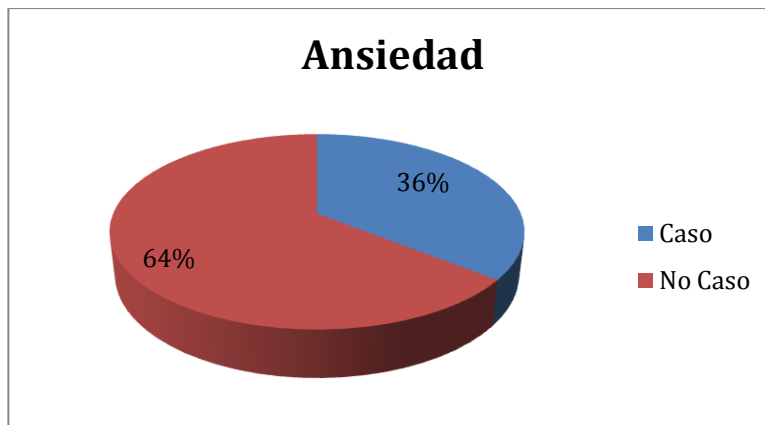
GRÁFICO N. 42 - GHQ-28 – FACTOR DE SÍNTOMAS SOMÁTICOS ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

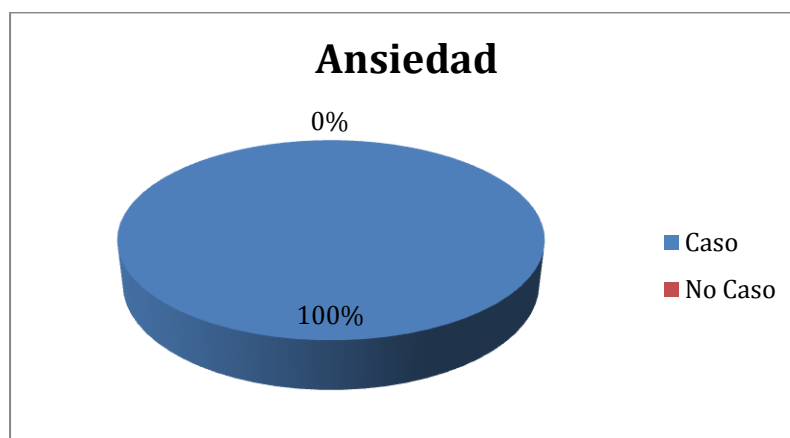
Sobre el factor de síntomas somáticos la categoría de médicos sin burnout observamos que el 71% no presenta la sintomatología contra un 29% que si presenta. De igual manera para la categoría de médicos con burnout la presencia del síntoma es absoluto es decir el 100%. En el caso de enfermeros(as) la presencia del síntomas somáticos está apenas debajo de la media con el 46%.

**GRÁFICO N. 43 - GHQ-28 – FACTOR DE ANSIEDAD
MÉDICOS SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

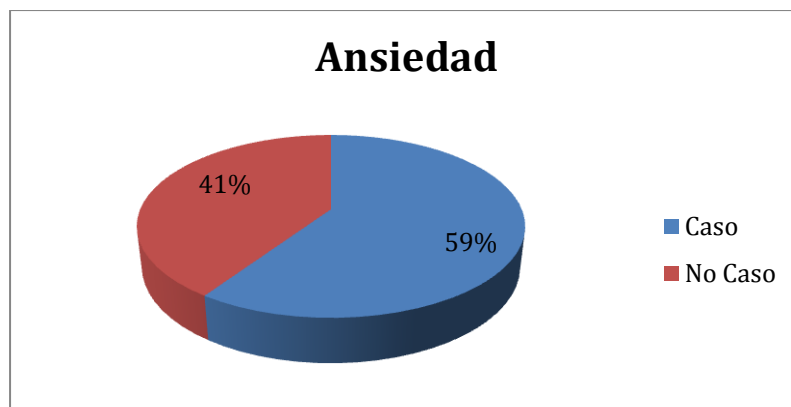
**GRÁFICO N. 44 - GHQ-28 – FACTOR DE ANSIEDAD
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

El factor de ansiedad está presente en las categorías de médicos sin burnout y médicos con burnout, en 36% y 100% respectivamente.

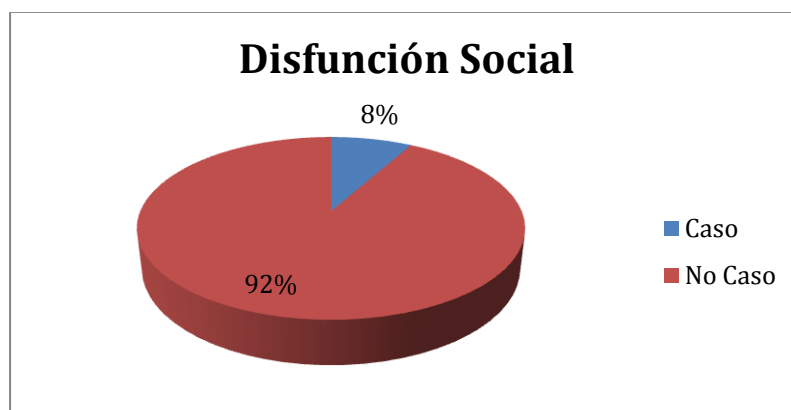
**GRÁFICO N. 45 - GHQ-28 – FACTOR DE ANSIEDAD
MÉDICOS SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

En el caso de enfermeros(as) sin burnout la prevalencia de casos de ansiedad es del 59% siendo este porcentaje el mayor de las categorías de estudio.

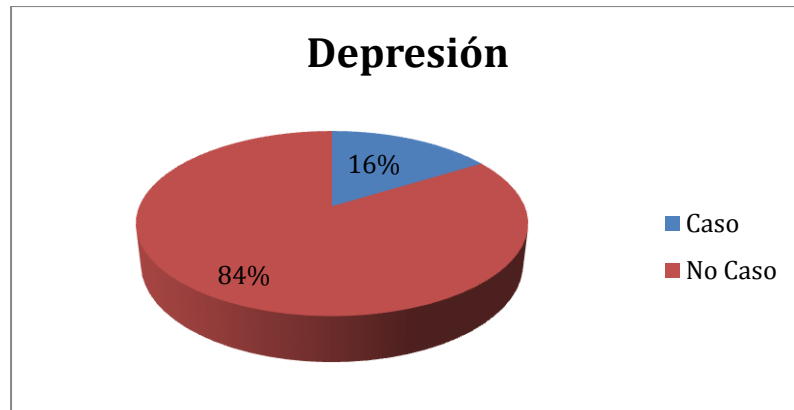
**GRÁFICO N. 46 - GHQ-28 – FACTOR DE DISFUNCIÓN SOCIAL
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

El factor de disfunción social solamente presente en la categoría de enfermeros(as) sin burnout es del 8% contra un 92% de los entrevistados que no presentan la sintomatología.

**GRÁFICO N. 47 - GHQ-28 – FACTOR DE DEPRESIÓN
MÉDICOS SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Salud General GHQ-28. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

El factor de depresión registra casos solamente en la categoría de enfermeros(as) sin burnout con un 16% de los entrevistados.

5.4. Cuestionario de Afrontamiento Brief- COPE

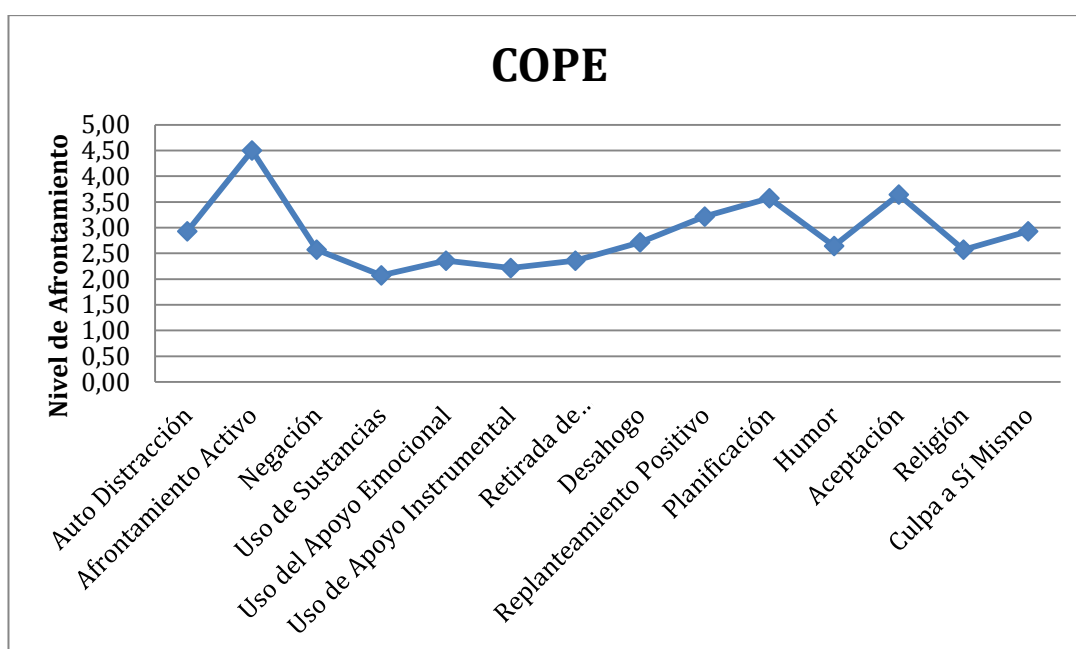
TABLA N.6 – RESUMEN CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF – COPE)

DESCRIPCIÓN	MÉDICOS		ENFERMERAS		NO REGISTRA DATOS
	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	
Auto Distracción	7,27%	8,06%	8,71%		
Afrontamiento Activo	11,17%	6,45%	9,05%		
Negación	6,38%	4,84%	5,69%		
Uso de Sustancias	5,14%	6,45%	4,67%		
Uso del Apoyo Emocional	5,85%	6,45%	6,72%		
Uso de Apoyo Instrumental	5,50%	6,45%	6,89%		
Retirada de Comportamiento	5,58%	6,45%	6,03%		
Desahogo	6,74%	6,45%	6,09%		
Replanteamiento Positivo	7,98%	9,67%	7,86%		
Planificación	8,87%	8,06%	9,00%		
Humor	6,56%	4,83%	5,69%		
Aceptación	9,04%	8,06%	8,37%		
Religión	6,38%	9,67%	8,54%		
Culpa a Sí Mismo	7,27%	8,06%	6,60%		
TOTAL ENTREVISTADOS	14	1	37		

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento Brief-Cope. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Los datos referidos del cuestionario de *afrentamiento* refieren niveles ubicados entre 0 y 7 con sus respectivos porcentajes. Así, en términos generales se observa que cada categoría mantiene criterios distintos de *afrentamiento*. Mientras los médicos sin burnout optan por el afrontamiento activo con un 11,17% seguido por la aceptación con un 9,04%, la categoría de médicos sin burnout prefiere como estrategias el replanteamiento positivo y la religión con 9,67% cada una. Para la categoría de enfermeros(as) sin burnout la preferencia está dirigida hacia el afrontamiento activo con el 9,05% y la planificación con el 9%.

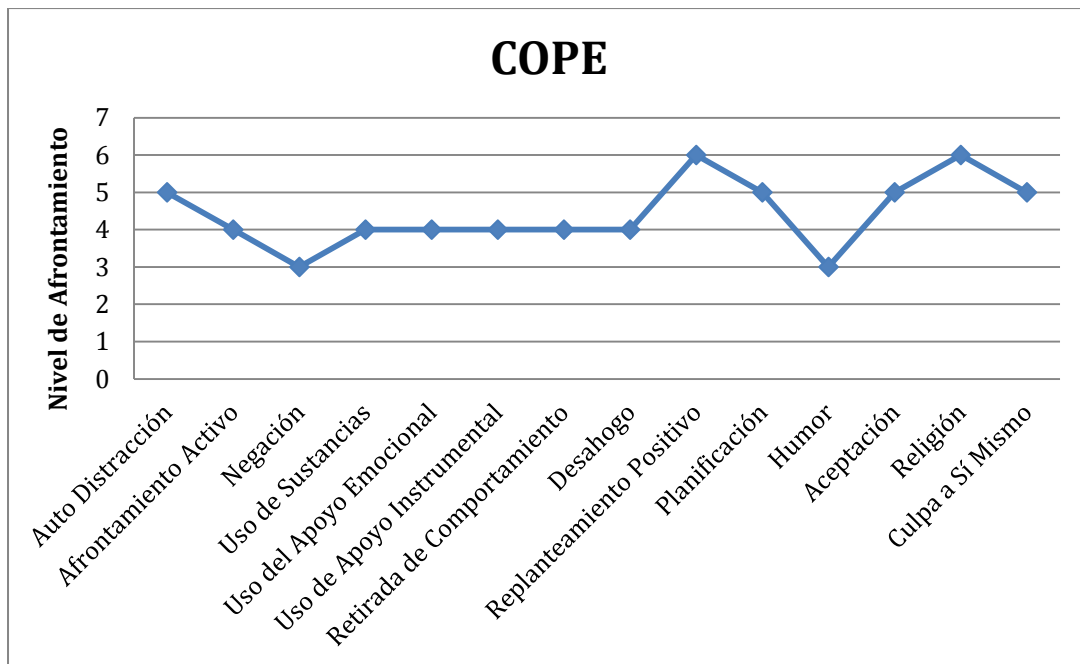
**GRÁFICO N. 48 – CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO BRIEF-COPE
MÉDICOS SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento Brief-Cope. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

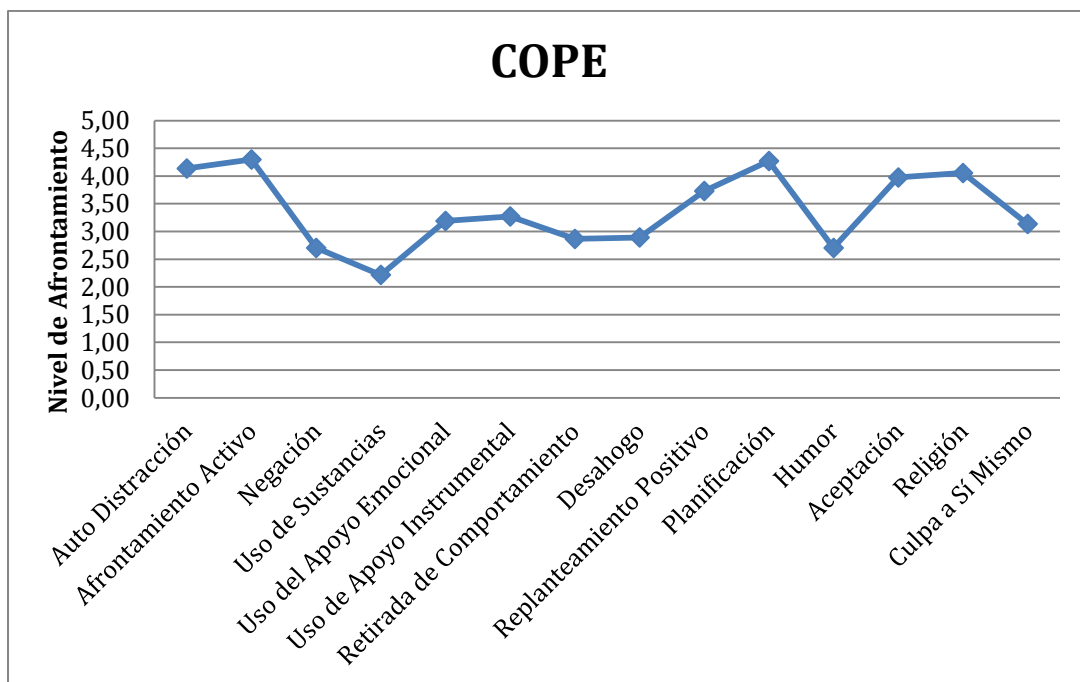
El nivel de preferente para los médicos sin burnout corresponde al afrontamiento activo con un nivel de 4,5, seguido por la aceptación y la planificación. Por su parte las estrategias menos frecuente en esta categoría son el uso de sustancias con un nivel de 2,07, el apoyo instrumental con 2,21, la retira de comportamiento y poyo emocional con niveles de 2,36 cada una. Las otras estrategias se observan con valores medios.

**GRÁFICO N. 49 – CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO BRIEF-COPE
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento Brief-Cope. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 50 – CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO BRIEF-COPE
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento Brief-Cope. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Los datos de la categoría de médicos con burnout muestran como estrategias preferentes el replanteamiento positivo y la religión con los valores máximos además de estrategias como autodistracción, planificación, aceptación y culpa a sí mismo como estrategias también relevantes con niveles altos de 5 cada una.

Por su parte las estrategias menos preferentes por la categoría refieren a las estrategias de negación y humor con niveles de 3 unidades cada una.

En la categoría de enfermeros(as) sin burnout refieren a afrontamiento activo con un nivel de 4,30 y planificación con 4,27. Otras estrategias preferentes son autodistracción, religión con 4.05 y replanteamiento positivo con 3.76. Uso de sustancias, negación y humor refieren niveles inferiores al 2,7 por tanto menos utilizadas por esta categoría.

5.5. Cuestionario Mos de Apoyo Social

TABLA N. 7 – TABLA RESUMEN CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

DESCRIPCIÓN	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT
APOYO EMOCIONAL	77,50%	47,50%	75,20%	NO REGISTRA DATOS
APOYO INSTRUMENTAL	81,78%	55,00%	70,94%	
REDES SOCIALES	84,64%	45,00%	78,64%	
AMOR Y CARIÑO	88,57%	40,00%	86,12%	
TOTAL ENCUESTADOS	14	1	37	-

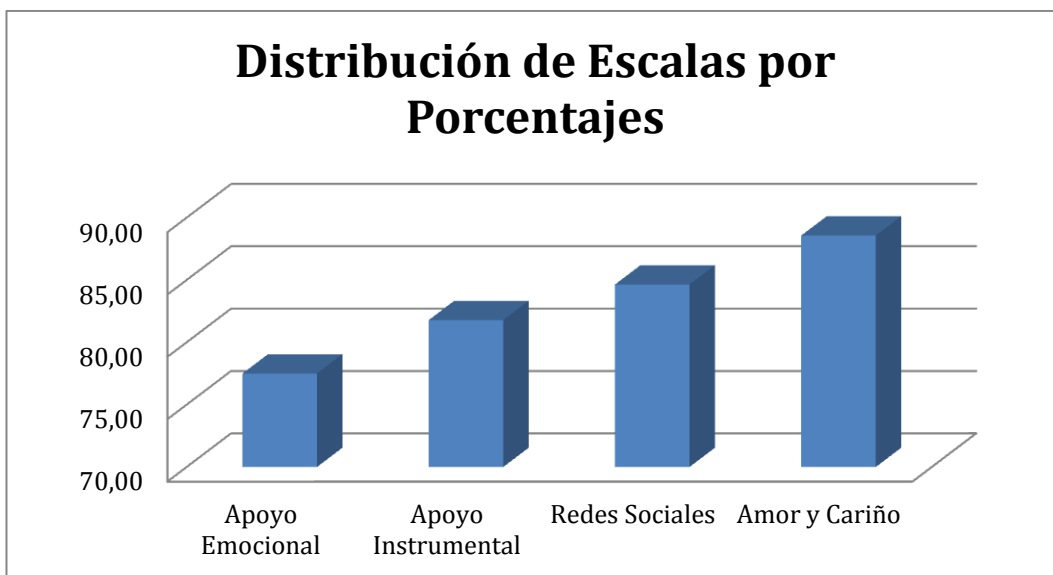
Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Mos. Elaborado por el autor
Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

La tabla muestra los datos evaluados sobre un porcentaje de 100 en cada subescalas. Así, tanto médicos sin burnout como enfermeros(as) sin burnout cuentan con condiciones de apoyo en mayor frecuencia referentes a la categoría de amor y cariño con un 88,58% y 86,12% respectivamente. Para el caso de la categoría de médicos con burnout, se identifica el apoyo instrumental como el factor de mayor incidencia con el 55%.

El factor que los encuestados identifican como de menor apoyo corresponde a apoyo emocional con el 77.50% para la categoría de médicos sin burnout, amor y cariño con

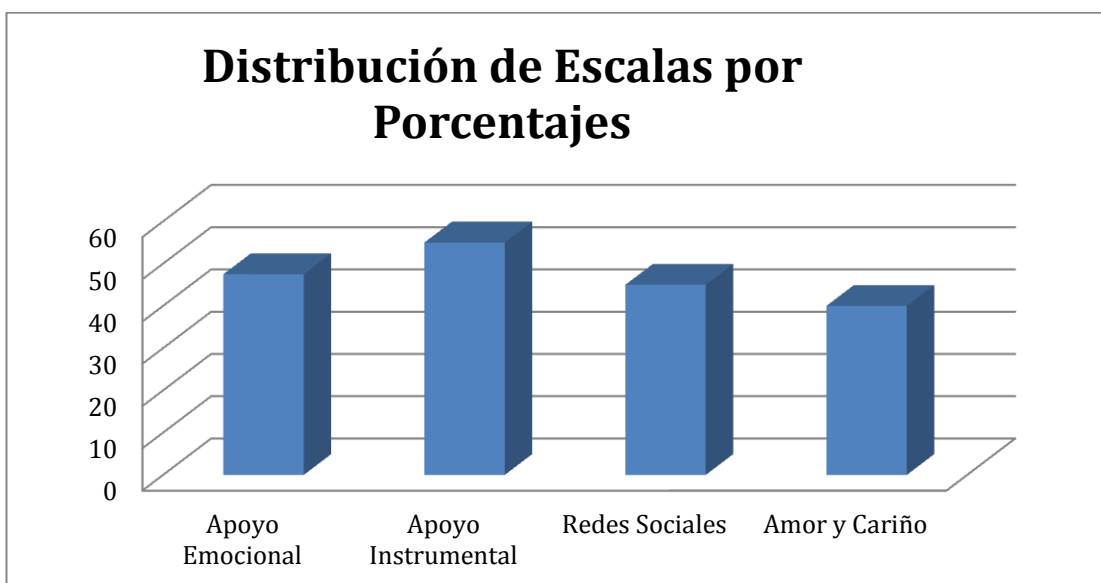
el 40% para médicos con burnout y para enfermeros(as) el apoyo instrumental con el 70,94%.

**GRÁFICO N. 51 – CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL
MÉDICOS SIN BURNOUT**



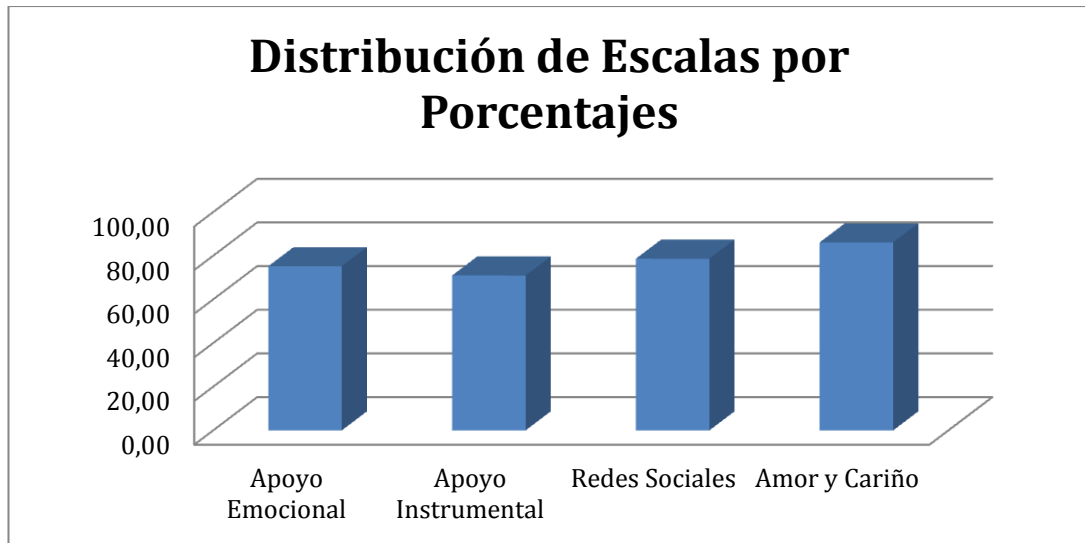
Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Mos. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 52 – CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS
MEDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Mos. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

**GRÁFICO N. 53 – CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL MOS
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Apoyo Social Mos. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Sobre los cuatro factores de medición los médicos sin burnout refieren mayor frecuencia en la categoría de amor y cariño con un 88,57%, seguido de redes sociales con el 84,64%, apoyo instrumental con 81,78% y finalmente apoyo emocional con un porcentaje del 77,50%.

La categoría de médicos con burnout se observa el 55% para apoyo instrumental, el 47% para apoyo social, redes sociales con el 45% y 40% para amor y cariño, que en el caso de enfermeros(as) sin burnout se identifica con la mayor frecuencia con el 86,12%, redes sociales con el 78,64%, apoyo social 75,20% y 70,94 para apoyo instrumental.

5.6. Cuestionario de Personalidad EPQR-A

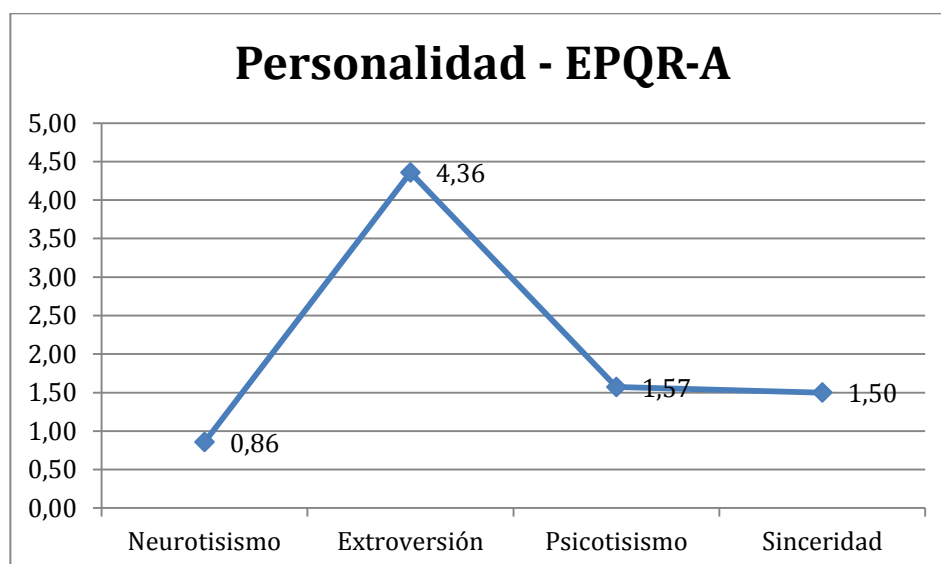
El cuestionario mide 4 subescalas relacionadas con neurotismo, extroversión, psicotismo y sinceridad evaluados en la suma de respuestas positivas y traspasado a porcentajes.

TABLA N. 8 – RESUMEN CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD – EPQR-A

DESCRIPCIÓN	MÉDICOS		ENFERMERAS	
	SIN BURNOUT	CON BURNOUT	SIN BURNOUT	CON BURNOUT
NEUROTISISMO	10,34%	20,83%	25,36%	NO REGISTRA DATOS
EXTROVERSION	52,58%	16,66%	42,93%	
PSICOTISISMO	18,96%	12,50%	14,98%	
SINCERIDAD	18,10%	4,16%	16,71%	
TOTAL ENCUESTADOS	14	1	37	0

Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR-A. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

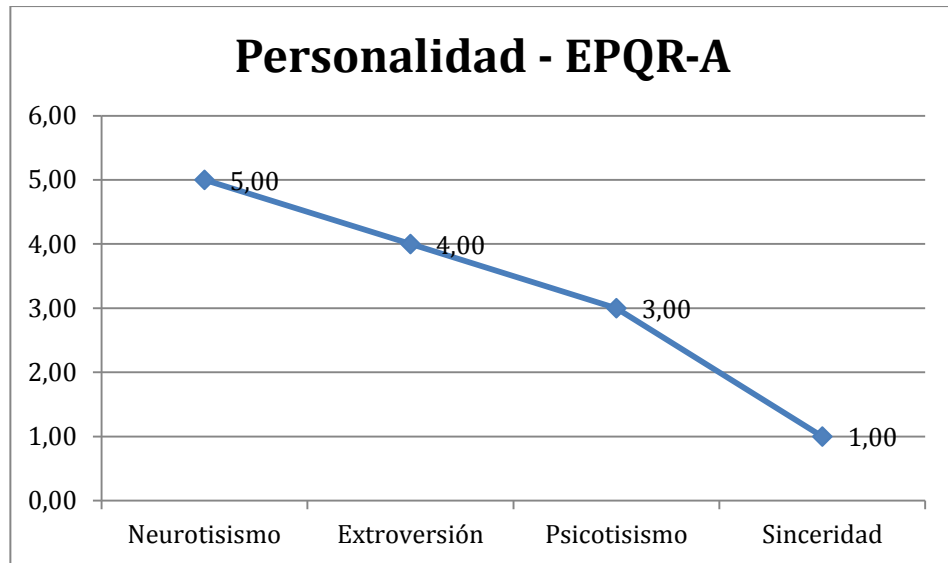
GRÁFICO N. 54 – CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD – EPQR MÉDICOS SIN BURNOUT



Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

La categoría de médicos sin burnout presente la extroversión como factor de personalidad de mayor relevancia con una frecuencia del 4,36 (52,58%), psicotisisimo con 1,57 (18,96%), sinceridad con 1,5 (16,10%) y finalmente neurotisisimo con un nivel de 0,86 (10,34%).

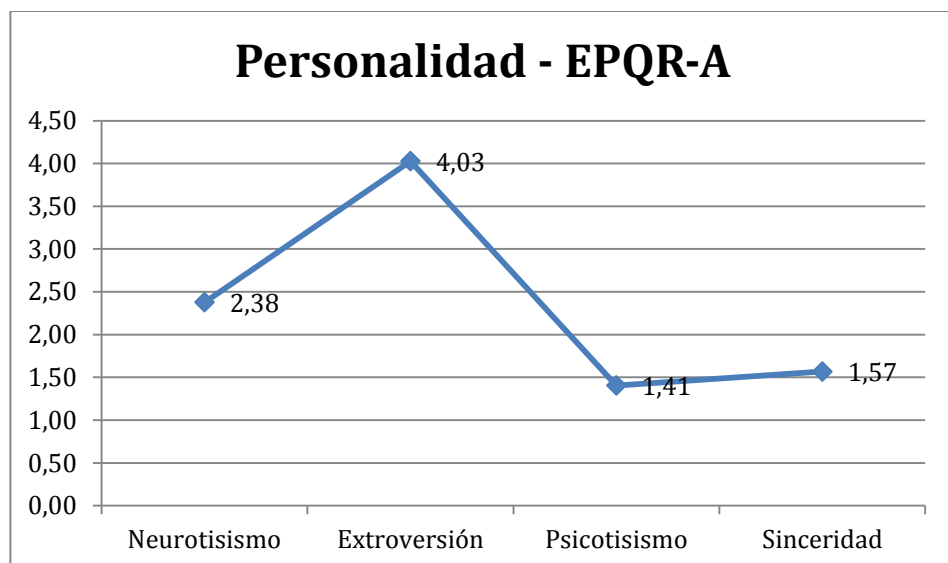
**GRÁFICO N. 51 – CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD – EPQR
MÉDICOS CON BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

Los datos de la categoría de médicos son burnout presente prevalece el factor de neurotismo con una frecuencia del 5,00 (20,83%), extroversión en nivel 4 (16,66%), psicotismo con 3 (12,50%) y sinceridad con un nivel menor de 1 (4,16%).

**GRÁFICO N. 51 – CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD – EPQR
ENFERMEROS(AS) SIN BURNOUT**



Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR. Elaborado por el autor Hospital Pablo Arturo Suárez(2012)

En la categoría de enfermeros(as) sin burnout el primer factor de personalidad que se destaca es la extroversión con 4,3(42,93%), seguido de neurotisismo con un nivel de 2,38 (25,36%), sinceridad en 1,57 (16,71%) y como valor menor el factor de psicotisisismo con 1,41 (14,98%)

6. DISCUSION DE RESULTADOS

Los resultados que a continuación se consideran derivaron de la identificación de los factores que determinan el *burnout*. Sobre el universo de los 52 casos encuestados, 15 médicos y 37 enfermeros(as) se presentó un caso de *burnout* dado por agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP).

El caso representa el 1,9% sobre el total de entrevistados y el 6,6% sobre la categoría de médicos, porcentajes que corresponden a las referencias observadas en la región: Prevalencia global para Hispanoamérica (11,4%), España, 14,9%, Argentina 14,4%, Uruguay 7,9% Ecuador, Colombia, Perú, Guatemala, El Salvador entre el 2,5% al 5,9%.(Armand Grau, 2007). La categoría de enfermeros(as) no presentó casos de *burnout*.

Las investigaciones de Armand Grau (2007) en relación al tipo de profesional sanitario establece que médicos tuvieron una mayor incidencia de *burnout* (12,1%) que el personal de enfermería (7,2%) con lo cual los datos obtenidos muestran una relación que confirma está tendencia al tener un 6,6% sobre la categoría de profesionales médicos y el 0% en enfermeros. Consideración socio cultural reafirmada por los roles de género tradicionalmente asignados a la mujer como encargada del cuidado de otras personas y que explica la predisposición a las funciones de enfermería y con la demanda de logro profesional que puede generarse desde el contexto socio laboral para el profesional. (Gil Monte, 2002).

Sobre las variables de género también se consideró que la incidencia de *burnout* representa el 7,5% sobre la categoría de médicos hombres y no se observa presencia de *burnout* en mujeres sin embargo solamente el 14,2 % de las entrevistadas corresponde a médicos del sexo femenino. La teoría en este caso no es concluyente pues establece una tendencia de mayor vulnerabilidad del sexo femenino que estaría entre el 12,9%. (Grau, 2007; Brofman, 2007) y, que de igual manera pudo reafirmarse con la categoría de enfermeros(as) en donde el 91,98% corresponden a mujeres y solamente el 10,02% al sexo masculino y en donde no se presentó casos de *burnout*.

En referencia a la edad y estado civil, el promedio de edad para la categoría de médicos con *burnout* es de 31 años y de estado civil soltero; los médicos sin *burnout* 39,5 años y el 57,14% están casados, lo que afirma la tenencia de que las personas

casadas y de mayor edad presentan mayor resistencia al desarrollo del *burnout* (Manzano 1998). Sin embargo para el caso de enfermeros(as) sin burnout el 29,72% está casado, 8,10% en unión libre y una mayoría son solteros con el 54,05%. Sumado a que la variable de tener hijos es un factor protector hacia la influencia del síndrome. La prevalencia identificada en la investigación no declara tener descendencia.

Los datos relacionados con las condiciones laborales muestran que efectivamente la remuneración de médicos es superior a la categoría de enfermeros(as). El 57% de los médicos reciben una remuneración entre los U\$D 1.000 y los U\$D 2.000 valor en el cual se encuentra el registro absoluto del caso de burnout identificado. Sin embargo solamente el 29% de la categoría de médicos sin burnout declara no sentirse satisfecho con su economía contra el 100% de la categoría de médicos con burnout lo cual podría considerarse un criterio de percepción relacionada con otros factores posteriormente analizados. En el caso de enfermeros(as) con burnout el 49% declara sentirse poco satisfecho con su economía relacionado con el 54,05% que recibe un salario inferior a los U\$D 1000 dólares mensuales y con el 67% de situación de trabajo ocasional. Por tanto podríamos considerar que para la categoría de enfermeros(as) con burnout la situación económica no es un factor determinante en el desarrollo del *burnout*.

Sobre los datos de jornada laboral se observa que los médicos trabajan más horas que el grupo de enfermeros(as) con una diferencia promedio de 2,35 horas más por día. La relación de horas de guardia es también un dato significativamente diferente entre las dos categorías de profesionales analizadas. Mientras las categorías de médicos con y sin burnout expresan realizar un promedio de horas de guardia de aproximadamente 24 horas, en el caso de enfermeros(as) el dato es de un promedio de 9,41 horas. Lo que podría ser relevante para el análisis además que la relación de datos expresados en la categoría de médicos con burnout presenta promedios superiores en cuanto a horas de trabajo por semana y frecuencia en los períodos de guardia.

El porcentaje general de atención al paciente en todas la categorías de estudios coincide entre el 75% y 100% de tiempo dedicado a esta función. Sin embargo existe una diferencia entre las categorías de médicos y enfermeros(as) sin burnout con la categoría que presenta el síndrome en donde ésta declara atender 50 pacientes diarios, que corresponde a doble en las otras dos categorías. Además de estar

vinculado a la atención de emergencias en el cual según las investigaciones el síndrome prevalece en un 17% (Grau, 2007).

La observación de datos relacionados con solicitud de permisos por diferentes motivos mantiene una relación equivalente entre los grupos que no presentan el síndrome: 42,59% de los médicos con burnout ha solicitado permisos principalmente para capacitación y situaciones familiares y, el 43,24% de las enfermeras para situaciones familiares con mayor frecuencia. El grupo de médicos con burnout no declara haber solicitado permisos en el último año, lo cual al relacionarlo con los factores de cansancio emocional y despersonalización podrían sugerir un sobre compromiso con su relación laboral entendidas desde las teorías socio-cognitivas del yo y la autoeficacia.

La percepción de la situación socio laboral mostró una tendencia hacia sentirse bastante y totalmente satisfecho en los tres grupos de estudios: 50% totalmente satisfecho, 100% bastante satisfecho , 84% totalmente satisfecho para médicos sin burnout, médicos con burnout y enfermeros(as) sin burnout respectivamente. Se correlaciona la información del factor de realización personal (RP) de cuestionario de burnout en donde el 100% del grupo de médicos y el 94,59% de enfermeros(as) sin burnout presentan altos niveles de realización personal (RP). Sin embargo la categoría de médicos con burnout presenta una percepción negativa hacia la valoración que podrían ofrecer los familiares de los pacientes factor que comparte la categoría de médicos sin burnout en un 43% y enfermeros(as) sin burnout en un 29%. En referencia al apoyo percibido desde la institución el grupo de médicos sin burnout estima que recibe poco apoyo en un 57% , además de 49% de enfermeros(as) . Solamente el 22% de médicos sin burnout y el 32% de enfermeras comparten el criterio de sentirse totalmente satisfechos sobre el apoyo recibido, al igual que el grupo médicos con burnout en valores absolutos (100%). Información que podría observarse como criterios interpretativos relacionados con factores de personalidad y al apoyo social percibido.

Sobre los datos anotados en referencia a la satisfacción laboral, vale la pena triangular la información con el modelo estructural del Gil Monte y Peiro (1997) en donde se establece que el perfil vulnerable para el desarrollo del burnout parte de los criterios relacionados con baja realización personal (RP) y agotamiento emocional (AE) como parámetros determinantes. Sin embargo el grupo de estudio presenta altos niveles de

realización personal (RP) y niveles moderados de agotamiento emocional (AE) que podrían a su vez relacionarse con estrategias de afrontamiento efectivas que permiten un afrontamiento activo a la presión percibida sobre las demandas laborales. (Gil Monte Y Peiro, 1997; Lazarus y Folkman,1984).

Los parámetros adicionales para diagnosticar el *síndrome de burnout* según el Maslach Burnout Inventory (MBI) muestran que el factor de cansancio o agotamiento emocional (AE) refiere a 21,42% de nivel alto en médicos sin burnout, al igual que el 10,81% de enfermeros(as) sin burnout . Niveles medios con el 14,28% para médicos sin burnout y 29,72% para enfermeros(as) sin burnout. El factor de despersonalización alto no presenta referencias para el grupo de médicos sin burnout mas para el grupo de enfermeros(as) sin burnout la incidencia del nivel alto se observó en 2.70%. En general los niveles de riesgo en las tres subescalas presentaron niveles bajos.

En este sentido las investigaciones demuestran que el grupo de mujeres tiene mayor incidencia a presentar niveles altos de agotamiento emocional (AE) y baja despersonalización (DP) y baja realización personal (RP) además de trastornos relacionados con la ansiedad y el estado de ánimo. A diferencia de los hombre en donde existe niveles altos de despersonalización (DP) con los de agotamiento emocional (AE) y altos niveles de realización personal (RP). (Grau, A. 2007). En este caso la teoría no es concluyente, pues el grupo de médicos sin burnout no presenta niveles altos de despersonalización (DP) y los niveles de agotamiento emocional (AE) son mayores en comparación con la categoría de enfermeros(as) en donde la mayoría de entrevistadas son mujeres.

Las mediciones en el Cuestionario de Salud General GHQ-28 han mostrado una tendencia hacia la presencia de casos de ansiedad que para el grupo de enfermeros(as) sin burnout supera la media con 22 casos de 37, que representan el 67%. La categoría de médicos sin burnout muestra un 29% en 5 casos de 14, y la médicos con burnout valor absoluto en este factor. Similar comportamiento se aprecia para el factor de síntomas somáticos en donde se observa 20 casos con el 54% en el grupo de enfermeros(as) sin burnout, 4 casos (29%) para el caso de médicos sin burnout y caso, valor absoluto para médicos con burnout. En este caso la tendencia se comprueba pues según las investigaciones las mujeres presentan mayor tendencia hacia desarrollar trastornos de ansiedad como habíamos especificado. (Grau, 2007)

El grupo de enfermeros(as) sin burnout presentan 6 casos de depresión (16%) y 3 de disfunción social (8%) diferenciándose de las categorías de médicos en donde se registra datos relacionados a estos factores. En este sentido, según la revisión de Cuadro N.5 referente a las delimitaciones conceptuales de ansiedad y depresión como trastornos asociados al *burnout*, se aprecia que alguna sintomatología en referencia a la ansiedad puede asociar el estado de agotamiento emocional (AE) y la depresión como un síntoma de baja realización personal (RP) relacionada con sentimientos baja autoeficacia en el *síndrome de burnout*. (Agudelo, Boada-Casal & Spielbergm, 2006).

Las *estrategias de afrontamiento* parten de evaluaciones subjetivas e interpretativas que también mostraron una diferenciación entre los grupos con y sin el síndrome. La estrategia preferente por el grupo de médicos y enfermeros(as) sin burnout fue el afrontamiento activo con el 11,17% que implica que el sujeto considera y emprende acciones para eliminar la situación. Seguido por aceptación con el 9,04% y planificación con el 9% en el caso de médicos y enfermeros(as) sin burnout respectivamente. Estrategias que las investigaciones sugieren son más efectivas para hacer frente al estrés. (Moran C, 2008). Por su parte el replanteamiento positivo y religión fue seleccionada como la principal estrategia en el caso de médicos con burnout con un 9,67%. Estos datos asocian las estrategias de afrontamiento propuestas por Lazarus y Folkman (1987) sobre la evaluación cognitiva como preliminar para el desarrollo de agotamiento emocional y baja realización personal. Sin embargo, los datos también mostraron que la categoría de médicos con burnout identificó la culpa como uno de los modos de afrontamiento y que están altamente relacionados con la despersonalización (DP) y baja realización personal (RP) propios de la prevalencia del *burnout* y que para el caso de estudio, ratifica. (Moran C. 2008)

La información sobre las dimensiones del factor de *apoyo social* establece que la relación de los entrevistados con el síndrome fue inversa a aquellos que no lo presentan. Tanto médicos como enfermeros(as) sin burnout expresaron basar sus estrategias de apoyo social en sus vínculos afectivos de amor y cariño con 88,57% y 86,12% respectivamente. Sin embargo para caso que presentó el síndrome, este factor fue el de menor reconocimiento con apenas el 40%. El valor identificado en la escala como máximo fue el de apoyo instrumental con el 55% el cual es considerablemente más bajo sobre los niveles inferiores de las otras dos categorías. La consideración en este caso se asocia con los altos niveles de valoración y

satisfacción consideradas por este grupo sobre su entorno socio laboral y que se podría asociar a la red de apoyo por excelencia interpretando como la más sólida de sus sistemas sociales vinculantes.

Asociando la información sobre la valoración y el apoyo percibidos desde los directivos de la institución, podemos ver que los grupos de médicos y enfermeros(as) sin burnout presentan porcentajes altos entre criterios de “poco” y “nada”: Los médicos sin burnout refieren sentirse nada valorados en un 29% y recibir poco apoyo en un 57%; los enfermeros(as) sin burnout refieren 27% como poco valorados y el 49% declara poca percepción de apoyo de los directivos. Estos datos, según las investigaciones de Alvar Marín (2003) hacen referencia a la ausencia de apoyo social percibido desde la organización desde jerarquías superiores tiene relación con el cansancio emocional (AE) mencionado anteriormente. Sin embargo la información referente al caso de burnout refiere un criterio positivo sobre el apoyo técnico en relación a directivos: 100% totalmente valorado por directivos de la institución y 100% bastante apoyado. En este sentido la teoría relacionada con los modelos del intercambio social y organizacionales, no es concluyente pues los datos refieren una situación inversa y el apoyo social íntimo es más efectivo para enfrentar el *burnout* en nuestro contexto.

Finalmente sobre los factores de *personalidad* la dimensión de extroversión/introversión destaca a la mayoría de entrevistados en los grupos de médicos y enfermeros(as) sin burnout con el 52,58% y 42,93% respectivamente, podrían considerarse como sociables, optimistas y menos sensibles. Caso contrario al grupo que presenta el síndrome en donde el puntaje de 16,66% se asocia con la introversión y características como ser reservados, tranquilos, retraídos.

En la escala de neuroticismo,- estabilidad los valores de los encuestados no son considerables; 10,34% en médicos sin burnout, 20,83% médicos con burnout y, 25,36% para enfermeros(as) sin burnout. El último grupo siendo el más representativo en la escala y que considera altos niveles de ansiedad, inestabilidad emocional y, que corresponden a los resultados obtenidos en el GHQ-28 en donde los casos de ansiedad fueron de mayor incidencia en este grupo (59%).

La dimensión orientada a la medición de Psicoticismo- Normalidad, refiere a atributos conflictivos como la despreocupación, la crueldad, falta de empatía, que para el caso de estudio refiere valores no referentes: Médicos sin burnout 18,96%, médicos con burnout, 12,50 y enfermeros(as) sin burnout 14,98%. El factor de psicoticismo podría

asociarse a los criterios de despersonalización (DP) que para el análisis no son concluyentes.

El factor de sinceridad-labilidad mostró datos relevantes con el 18,10% y el 16,71% para médicos y enfermeros(as) sin burnout. La categoría de médicos sin burnout presenta una 4,16% en donde se podría establecer criterios de buscar dar buena impresión al resolver los cuestionarios. Este factor podría ser referente al asociar las condiciones del contexto social laboral del sector público de nuestro país que se encuentra en un proceso de ajuste en donde la inestabilidad y la vulnerabilidad del sector de salud en relación a sus recursos humanos ha sido manifiesto.

Finalmente es interesante relacionar los criterios sobre las investigaciones de Armand Grau (2007) en donde las condiciones laborales y personales menos favorables, pueden ser percibidas como menos estresantes en países en donde los niveles de calidad de vida y bienestar están en desarrollo, debido seguramente a que las expectativas relacionadas a estos contextos laborales pueden ser menos demandantes que en otros países con mejores condiciones laborales. Esto explicaría el por qué países como España, Argentina, Chile y Uruguay presenten niveles de *burnout* mayores que otros países de Hispanoamérica. Y, sobre este análisis, retomar la información referente a las condiciones económicas del estudio en donde existe una relación inversa entre la satisfacción laboral y las condiciones laborales encontradas en la investigación como la categoría de enfermeros(as) sin burnout y en donde no se evidencia el síndrome.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones:

Como conclusiones de la investigación tenemos:

- Los factores sociodemográficos tiene una relación directa con el *estrés* y el *burnout*. Se confirma entonces que las personas más jóvenes, solteras y sin hijos podrían ser más vulnerables a desarrollar *síndrome de burnout*. El caso del género no fue concluyente, sin embargo las mujeres están más propensas a desarrollar agotamiento emocional(AE) y trastornos relacionados al estado de ánimo y ansiedad como consecuencias del *estrés laboral*.
- Las condiciones de trabajo relacionadas con frecuencia de guardias, carga horaria, porcentaje de pacientes atendidos, etc. Podrían ser un factor altamente relacionado con el desarrollo del *burnout* según los datos obtenidos en la investigación.
- La dimensión de realización personal (RP) está estrechamente relacionada con la satisfacción laboral y por tanto, este criterio fue fundamental para determinar la prevalencia del *burnout* en la investigación. Los niveles de realización personal que según los modelos etiológicos siguen al agotamiento emocional (AE) para el desarrollo del *burnout* no fueron concluyente en esta investigación.
- Las alteraciones de salud como síntomas psicosomáticos, ansiedad y depresión, fueron un dato relevante en la investigación y que tal como hemos visto en el desarrollo conceptual tiene una estrecha relación con el *estrés crónico* por demandas laborales que podría posteriormente dar lugar al *síndrome de quemarse en el trabajo*. Alteraciones que a su vez no suelen ser identificadas en etapas preventivas de desarrollo.
- Las *estrategias de afrontamiento* efectivas para la prevención del *burnout* como el afrontamiento activo, la aceptación , el replanteamiento positivo y la planificación, podrían ser un factor determinante para el índice de prevalencia del síndrome en esta investigación.
- Los vínculos de afecto y cariño identificados por los grupos no relacionados con el síndrome pueden ser un factor importante en la prevención del *burnout* que se diferencia del apoyo instrumental y las redes de apoyo propias de la organización que según la información no son influyentes en los factores de *apoyo social* en esta investigación.

- Los *factores de personalidad* establecen que las personas con tendencia a la extroversión se relacionan con los dos grupos en donde el síndrome no tuvo incidencia. La información de los otros factores no muestran una relación directa con el síndrome por los niveles referidos.
- Finalmente de manera subjetiva, se considerará que el Hospital Pablo Arturo Suarez presenta un sistema interno de apertura hacia el usuario a nivel general, lo cual puede ser percibido por la aceptación apoyo brindado a la investigación por la gran mayoría de funcionarios.

7.2. Recomendaciones:

En base a los resultados y el análisis, se propone las siguientes recomendaciones:

- Considerar programas de información y prevención del *síndrome de burnout* para los funcionarios del hospital especialmente el personal nuevo como internistas y residentes que podrían estar en el grupo vulnerable considerando la edad, género y situación social. Se considera que muchos médicos internista y residentes se encuentran bajo las condiciones de menor edad, solteros, sin hijos lo cual predispone como condiciones sociodemográficas de incidencia al *burnout*.
- Reestructurar las jornadas de trabajo para médicos internistas y residentes en donde las guardias sean menos frecuentes de tal suerte que la carga horaria pueda disminuir la demanda laboral que según los datos de la investigación está relacionada con el *estrés* y el *burnout*.
- Generar un plan institucional que mantenga altos niveles de satisfacción laboral en donde se genere oportunidades profesionales, mejora de salarios e incentivos laborales que permitan a los trabajadores, médicos y enfermeros(as) del hospital mantener, mejorar e incrementar los niveles de satisfacción laboral y *realización personal* (RP) como estrategia para prevenir el *burnout*.
- Diseñar programas de *apoyo social* instrumental para el personal orientados a informar, evaluar y tratar problemas de salud física y emocional relacionados con el *estrés*.
- Informar y promover la capacitación y entrenamiento en estrategias de *afrontamiento* positivas en programas de desarrollo personal para los trabajadores que les permita mantener y mejorar su capacidad de *afrontamiento* a situaciones laborales o personales de manera efectiva.

- Facilitar espacios de interacción familiar a fin de fortalecer y profundizar las relaciones individuo-familia-organización que permitan extender los beneficios encontrados en los vínculos de afecto y cariño de los funcionarios hacia su espacio de trabajo, además de solidificar el apoyo entre compañeros, supervisores y directivos.
- Reconocer a los funcionarios del Hospital Pablo Arturo Suárez por su labor e invitar a generar las mejoras vinculadas a las recomendaciones planteadas para que el personal pueda estar en las mejores condiciones psicosociales y laborales en su noble labor diaria de atender la salud de los más necesitados en nuestra ciudad.

8. BIBLIOGRAFIA

Álvarez Gallardo, L. Fernández, R. (1991). *El Síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional* Revista de la Asociación Española de Psiquiatría, 1991 Recuperado en <http://revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15231>

Asociación Psiquiátrica Estadounidense, APA. (1952). *Diagnostic and Staticial Manual of Mental Disorders* (DSM IV). California, Usa.

Avargues Navarro, M. L. Borda, M. (2010). *Estrés laboral y síndrome de burnout en la Universidad: análisis descriptivo de la situación actual y revisión de las principales líneas de investigación*. Universidad de Sevilla, Sevilla, España. Recuperado de: http://institucional.us.es/apcs/doc/APCS_6_esp_73-78.pdf

Aparicio García, M. (2001). *Evaluación de la Personalidad mediante el modelo de Theodore Millon en el ámbito laboral*. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Barbosa, R. C. Muñoz, O. M (2009). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en docentes universitarios*. Revista Iberoamericana de Psicología. Colombia, Ciencia y Tecnología. Pontificia Universidad Javeriana.

Barona Guerrero, E. (2002). *Modos de Afrontamiento de Estrés Laboral en una muestra de docentes Universitarios*. Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado. No 43, Abril 2002.

Barreiro González, G. (2006). *Las enfermedades del trabajo: nuevos riesgos psicosociales y su valoración en el derecho de la protección social*. Universidad de León, León, España.

Beltrán, C. A. Aldrete, Rodríguez M. G. Pando, Moreno M. (2008). *Las redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome de burnout en agentes de vialidad*. Instituto de Investigación en Salud Ocupacional, Universidad de Guadalajara, México.

Berasategui, C. (2010). *Factores de riesgo laboral y psicosocial y la salud de las enfermeras, Estudio a realizarse en los enfermeros/as del Hospital Pediátrico y del*

Hospital Río Tercero de la provincia de Córdoba. Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, España.

Bestard Ricoy, O. J. Chacón, O. L. (s/a). *Salud Mental y su relación con el estrés en las enfermeras de un Hospital Psiquiátrico, Hospital psiquiátrico provincial Comandante Gustavo Machin.* s/a.

Bittar, M. C. (2008). *Investigación sobre Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios.* Universitat de les Illes Balears, Mendoza.

Brofman J, (2009), *Síndrome Burnout y Ajuste marital en un organismo internacional,* Universidad Católica Boliviana "San Pablo" AJAYU, 2007, Vol V, No 2

Burrows, M. (2010). *El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo Documento de Trabajo de la Asociación Chilena.* Revista Ciencia y Trabajo Ciencia. V año 10, N.30 , Santiago, Chile.

Buendía, J. Ramos, F. (2001). *Estrategias de Afrontamiento Saludables frente al Estrés Ocupacional,* Madrid: Ediciones Pirámides.

Collantes Vilchez, Y. N. (2006). *Nivel de Burnout de los enfermeros, y sus mecanismos de afrontamiento, en el Hospital Regional de Huacho Universidad San Marcos.* Lima.

Fernández Peña, R. (2005). *Redes sociales, apoyo social y salud.* Antropología Social y Cultural. UAB Número 3, Diciembre 2005. Recuperado en www.periferia.name

Domínguez Fernández, J. M. (2010). *Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de burnout, y su relación con el autoconcepto, la adaptación de conducta y personalidad en los trabajadores de la salud.* Universidad de Granada. Granada, España. <http://www.jmdominguez.com/publicaciones/TESIS%20DOCTORAL.pdf>

Durand, M. Barlow, D. (2007) *Psicopatología Integral de Psicología Anormal.* México: Thomsonm.

Fernández Martínez, M. E. (2009). *Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional.* Universidad de León, León, España.

García Naveira, A. (2010). Diferencias Individuales en estilos de personalidad y rendimiento en deportistas. Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España.

Grau, A. Flichtentrei D. Suñer, R. Prats, M. Braga, F. (2009) *Influencias de factores de personalidad, profesionales y trasnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español*, Instituto de Investigación Biomédica de Girona, España.

Gil-Monte P, Piero J. M. (1997). *Desgaste Psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse*, Madrid.

Gil Monte, P. (2002). *Influencia de Genero sobre Proceso de Desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (Burnout) en profesionales de enfermería*. Madrid: Mringá.

Hernández Zamora, L. Olmedo Castejón, E. Ibáñez Fernández, I. (2003). *Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento*. Universidad de La Laguna, España. Recuperado en http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. *Registro de Camas Hospitalarias*. (2008). Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Registros institucionales. Ministerio de Salud Pública. Quito, Ecuador.

Laca Arocena, F. (2006). *Propuesta de un modelo para evaluar el bienestar laboral como un componente de la salud mental*. Universidad Veracruzana, México. Recuperado en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/291/29116110.pdf>

Maldonado, C. R. (2001). *Prevalencia del Síndrome de burnout en un hospital público de Conurbando Bonaerense*. Universidad Interamericana, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de: <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC104106.pdf>

Martínez Pérez, A. (2010), El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. no 112. Septiembre. 2010. Recuperado en <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Marulanda Ruiz, I. (2007). *Estrés laboral Enemigo Silencioso de la salud mental y la satisfacción con la vida*. Universidad de los Andes, Facultad de Ciencias Sociales. Recuperado en http://publicacionesfaciso.uniandes.edu.co/psi/Estr_s_Laboral.pdf

Martín Asuero, A. (2012). *Efectividad de un programa educativo en Conciencia Plena (Mindfulness) para reducir el Burnout y mejorar la Empatía, en profesionales de*

Atención Primaria. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona. Recuperado en <http://andresmartin.org/wp-content/uploads/2012/07/Resumen-tesis-2-AMA-2012.pdf>

Maslach C. Jackson S.E. (1997). *Maslach Burnout Inventory: Manual del Inventario Burnout de Maslach, Síndrome del quemado por Estrés Laboral Asistencial*. Madrid

Morán, C. Manga, D. (2009). *Satisfacción en el trabajo, autoestima y estrés: diferencias por ocupación y género*. Universidad de León, León, España.

Morán Consuelo, Landero René (2009) Cope-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE , *Universitas Psychologica*, V9, N2, Mayo Agosto 2009.

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

Moriana Elvira, J. A. (2012). *Estudio epidemiológico de la salud mental del profesorado Universidad de Córdoba*. Córdoba, España. Recuperado de: <http://helvia.uco.es/xmlui/bitstream/handle/10396/266/13208305.pdf?sequence=1>

Nava Quiroz, C. O. Méndez, P. (2010). Inventario de Estrategias de Afrontamiento: una replicación *Psicología y Salud*, Vol. 20, Núm. 2: 213-220. Recuperado en www.cienciaytrabajo.cl

Organización Mundial de la Salud. Ecuador. *Estadísticas sanitarias mundiales 2011. Cuentas nacionales de salud, Ecuador*. Ginebra. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/ecu/en>.

Ortega Ruiz, C. López Ríos, F. (2003). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. Universidad de Almería, España. Recuperado de: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-100.pdf

Parra Garrido, M. (2001). *Salud Mental y Trabajo*. Universidad de Santiago de Chile Facultad de Ciencias Médicas Unidad de Psiquiatría, Santiago. Recuperado en: <http://www.psiquiatriasur.cl/portal/uploads/saludmentaltrabajo.pdf>

Peiro, J.M. Salvador, A. (1993). *Control del Estrés Laboral*. Madrid: Editorial Udem.

Quaas, C. (s/a). *Diagnóstico de Burnout y Técnicas de Afrontamiento el estrés*

profesional en profesores universitarios de la Quinta región de Chile. Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Valparaíso, Chile.

Ramírez Zhindón, R. (2011). *Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relacionados con este Fenómeno, en el Ecuador.* Loja: Universidad Técnica Particular de Loja.

Rubio Jiménez, J. C. (2003). *Fuentes de estrés, Síndrome de Burnout y Actitudes disfuncionales en Orientadores de Instituto de Enseñanza Secundaria.* Universidad de Extremadura, España.

Trucco Torres, P. J. (2008). *Aspectos psicológicos en cuidadores formales de ancianos: carga y afrontamiento del estrés.* Universidad de Huelva, Colombia.

Useche Parada, M. (2008). *Actores de Personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad tipo a, b y c.* Pontificia Universidad Javeriana Facultad de Enfermería, Facultad de Medicina, Postgrado de Medicina Ocupacional, Bogotá, Colombia.

9. ANEXOS

ANEXO N.1. – CERTIFICACIÓN

 Ministerio
de Salud Pública
HOSPITAL PABLO ARTURO SUAREZ

COORDINACIÓN DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

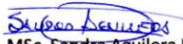
Quito, 08 de Octubre de 2012

CERTIFICADO

Certifico: que la Dra. **CAZAR GONZALEZ PRISCILA**, con C.I. 1705820437 estudiante de la UTPL; aplico las encuestas a los médicos y enfermeras de ésta casa de salud para el trabajo de Investigación del Estrés Laboral.

La Dra. Cazar puede hacer uso de este certificado las veces que sean necesarias.

Atentamente,


MSc. Sandra Aguilera L.

COORDINADORA DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN



Dirección Ángel Ludeña y Machala
Teléfono: 2292640 Ext: 110
www.msp.gob.ec

ANEXO N. 2 – INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

ANEXO 2.1. 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: Urbano Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ___

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: S N

Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lun Mart 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 Interacciones r ales Qu irgicos Car ccos
 Neurológico Diabéticos En rgencias Cuidados intensivos Otros
 indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? ____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poc Nada

¿Ha solicitado permiso (s) en la institución que labora durante el último año? N

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? ____

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

Marque la puntuación que crea más adecuada entre 1 y 4, considerando el valor 1 como "nada",

2 "poco", 3 "bastante" y 4 "totalmente valorado", de acuerdo a los enunciados que se presentan:

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

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

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

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

ANEXO N 2.2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

	0	1	2	3	4	5	6
1. Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.							
2. Al final de la jornada me siento agotado.							
3. Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.							
4. Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.							
5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos.							
6. Trabajar con pacientes todos los días es una tensión para mí.							
7. Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes.							
8. Me siento agobiado por el trabajo.							
9. Siento que mediante mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros.							
10. Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.							
11. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.							
12. Me encuentro con mucha vitalidad.							
13. Me siento frustrado por mi trabajo.							
14. Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro.							
15. Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.							
16. Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.							
17. Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.							
18. Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.							
19. He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.							
20. En el trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.							
21. Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.							
22. Siento que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.							

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

ANEXO N. 2. 3
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

ANEXO N. 2.4.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

ANEXO N. 2.5.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

ANEXO N. 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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