



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

TITULACION DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

TEMA: “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Provincial General docente de la ciudad de Riobamba”, año 2012

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Flor Castello, Lina Patricia

Director de Tesis:

Espinoza Iñiguez, Jhon Remigio, Lic.

Quito – Ecuador

Diciembre 2012

CERTIFICACIÓN

Espinoza Iñiguez, Jhon Remigio, Lic.
TUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICO:

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.

.....

Espinoza Iñiguez, Jhon Remigio, Lic.

Loja, Diciembre del 2012

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

Yo, Lina Patricia Flor Castello declaro ser 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 Técnica Particular de Loja que en su parte pertinente dice textualmente: "Forman parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigaciones, trabajos científicos o técnicos y tesis/trabajos de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad"

.....

Lina Patricia Flor Castello

0601095136

AUTORÍA

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

.....

Lina Patricia Flor Castello

0601095136

AGRADECIMIENTO

Mi agradecimiento a Dios, a mis entrañables padres Jaime y Margarita que con su infinito amor, dedicación y ejemplo sembraron en mi principios y valores para ser lo que soy, a mi esposo Mauro por su acompañamiento y apoyo al final de la jornada; a mis amados hijos Mauro Renato y Esteban Patricio, mis tesoros más preciados, con quienes fui bendecida grandemente por Dios y quienes fueron mi motivación principal para llegar a la meta; a mis queridos hermanas y hermanos con quienes tanto he compartido y quienes fueron un apoyo constante para hacer realidad este sueño; a mis queridas hijas políticas Ximena y Camila; a mi amado nieto Mateo con quien Dios me recompensó abundantemente al llegar a la edad madura; a la Universidad Técnica Particular de Loja, considerada una de las mejores del país y a mis apreciados maestros por sus valiosas asesorías, disposición y apoyo brindado.

.....

Lina Patricia Flor Castello

DEDICATORIA

A Dios Todopoderoso por estar junto a mí en todo momento iluminando mi mente y poniendo en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante esta etapa de mi vida

.....

Lina Patricia Flor Castello

INDICE	PÁGINA
CERTIFICACION	ii
ACTA DE CESION DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO	iii
AUTORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
INDICE	vii
I RESUMEN	1
II INTRODUCCION	3
III MARCO TEORICO	7
CAPITULO 1	
CONCEPTUALIZACION DEL ESTRÉS	8
1.1. Antecedentes del estrés	8
1.1.1. Origen	8
1.1.2. Definición	8
1.2. Desencadenantes del estrés	9
1.2.1. Factores medioambientales	9
1.2.2. Factores hormonales	9
1.2.3. Estrés alérgico	10
1.3. Tipos de estresores	10
1.3.1. Psicosociales	10
1.3.2. Biogénicos	10

1.3.3.	Internos	10
1.3.4.	Externos	10
1.4.	Estrés laboral	10
1.4.1.	Consecuencias directas	12
1.4.2.	Consecuencias Indirectas	12
1.5.	Moduladores del estrés	13
1.5.1.	Apoyo Social	14
1.5.2.	Situaciones positivas en la vida diaria	14
1.5.3.	Recursos utilitarios	14
1.6.	Consecuencias del estrés	14
1.6.1.	A nivel fisiológico	14
1.6.2.	A nivel cognitivo	14
1.6.3.	A nivel del sistema motor	15
1.7.	Medidas preventivas y control del estrés	15
	CAPITULO 2	
	CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT	18
2.1.	Conceptualización del burnout	18
2.1.1.	Definciones del burnout	18
2.2.	Delimitación histórica del síndrome de burnout	24
2.3.	Poblaciones propensas al burnout	26
2.4.	Fases y desarrollo del síndrome de burnout	28
2.4.1.	Fases del síndrome de burnout	28
2.4.1.1.	Primera fase o de entusiasmo idealista	28

2.4.1.2.	Segunda fase o de estancamiento	28
2.4.1.3.	Tercera fase o de apatía	28
2.4.1.4	Cuarta fase o de distanciamiento	29
2.4.1.5.	Quinta fase o del quemado	29
2.4.2.	Desarrollo del síndrome de burnout	29
2.5.	Características, causas y consecuencias del burnout	32
2.5.1.	Características	32
2.5.2.	Causas	32
2.5.3.	Consecuencias	32
2.6.	Modelos explicativos del síndrome de burnout	33
2.6.1	Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del YO	33
2.6.1.1.	Modelo de competencia social de Harrison	33
2.6.1.2	Modelo de Pines	33
2.6.1.3.	Modelo de auto eficacia de Cherniss	34
2.6.1.4.	Modelo de Thompson, Page & Cooper	34
2.6.2.	Modelos etiológicos basados en las teorías del intercambio so - social	34
2.6.2.1.	Modelo de comparación social de Buunk & Schaufeli	34
2.6.2.2.	Modelo de conservación de recursos de Hobfoll & Freddy	35
2.6.3.	Modelos etiológicos basados en la teoría Organizacional	35
2.6.3.1.	Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider & Carter	35
2.6.3.2.	Modelos de Cox, Kuk & Leiter	35

2.6.3.3.	Modelo de Winnubst	36
2.6.4.	Modelos etiológicos basados en la teoría estructural	36
2.6.5.	Modelo de Gil - Monte & Peiró	36
2.7.	Prevención y tratamiento del síndrome de burnout	37
CAPITULO 3		
CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACION		
		38
3.1.	Conceptualización de las variables de la investigación	38
3.1.1.	El burnout y la relación con las variables socio demográficas y laborales	38
3.1.2.	Variables de riesgo y protectoras	38
3.1.3.	Motivación y satisfacción laboral	38
3.1.3.1.	Esfuerzo	39
3.1.3.2.	Persistencia	39
3.1.3.3.	Dirección	39
3.1.4.	Investigaciones realizadas	39
3.2.	El burnout y la relación con la salud mental	40
3.2.1.	Definiciones de salud mental	40
3.2.2.	Salud mental y estrés	41
3.2.3.	Síntomas somáticos	43
3.2.4.	Ansiedad e insomnio	43
3.2.5.	Disfunción social en la actividad diaria	44

3.2.6.	Tipos de depresión	45
3.2.6.1.	3Trastorno depresivo mayor	45
3.2.6.2.	Trastorno distímico	46
3.2.6.3.	Trastorno bipolar o trastorno maníaco-depresivo	46
3.2.6.4.	Depresión post parto	46
3.2.6.5.	Desorden afectivo emocional	46
3.2.6.6.	Depresión doble	46
3.2.6.7.	Depresión atípica	47
3.2.7.	Investigaciones realizadas	47
3.3.	El burnout y el afrontamiento	47
3.3.1.	Definiciones de afrontamiento	47
3.3.2.	Teorías del afrontamiento	48
3.3.3.	Estrategias de afrontamiento	49
3.3.3.1.	Estrategias de afrontamiento individuales	49
3.3.3.2.	Estrategias de afrontamiento grupales	50
3.3.3.3.	Estrategias de afrontamiento organizacionales	50
3.3.4.	Investigaciones realizadas	51
3.4.	El burnout y la relación con el apoyo social	52
3.4.1.	Definiciones de apoyo social	52
3.4.2.	Modelos explicativos del apoyo social	52
3.4.3.	Apoyo social percibido	54
3.4.4.	Apoyo social estructural	54

3.4.5.	Investigaciones realizadas	55
3.5.	El burnout y la relación con la personalidad	55
3.5.1.	Definiciones de personalidad	56
3.5.2.	Tipos de personalidad	57
3.5.2.1.	Personalidad tipo “A”	58
3.5.2.2.	Personalidad tipo “B”	58
3.5.2.3.	Personalidad tipo “C”	58
3.5.3.	3.5.3. Patrones de conducta y personalidad	58
3.5.3.1.	3.5.3.1. Patrón de conducta tipo “A”	59
3.5.3.2.	3.5.3.2. Patrón de conducta tipo “B”	59
3.5.3.3.	3.5.3.3. Patrón de conducta tipo “C”	59
3.5.4.	3.5.4. Locus de control	59
3.5.5.	3.5.5. Investigaciones realizadas	60
	IV METODOLOGIA	61
4.1.	Diseño de la investigación	62
4.2.	Preguntas de la investigación	62
4.3.	Población	63
4.4.	Instrumentos	63
4.4.1.	Cuestionario socio demográfico y laboral	63
4.4.2.	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)	63
4.4.3.	Cuestionario de salud mental (GHQ-28)	64
4.4.4.	La escala multidimensional de evaluación de los estilos de -	

	Afrontamiento (BRIEF-COPE)	64
4.4.5.	Cuestionario MOS de apoyo social	65
4.4.6.	Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A)	66
4.5.	Guía de instrucciones para la aplicación de los instrumen - tos	66
4.5.1.	Cuestionario socio demográfico y laboral	66
4.5.2.	Maslach Burnout Inventory (MBI)	67
4.5.3.	Cuestionario de salud mental (GHQ-28)	67
4.5.4.	Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afron - tamiento (BRIEF-COPE)	68
4.5.5.	Cuestionario MOS de apoyo social	68
4.5.6.	Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A)	68
4.6.	Recolección de datos	69
V	RESULTADOS OBTENIDOS	70
5.1.	Cuestionario Socio demográfico y laboral	71
	Tablas 1 y 2	71
	Gráficos 1 - 2 – 3	72
	Gráficos 4 - 5 – 6	73
	Gráficos 7 - 8 - 9	74
	Gráficos 10 - 11 – 12	75
	Gráficos 13 - 14 – 15	76
	Gráficos 16 - 17	77

	Gráficos 18 - 19 – 20	78
	Gráficos 21 - 22 – 23	79
	Gráfico 24 - Tabla 3	80
	Gráficos 25 - 26	81
	Gráficos 27 - 28	82
	Gráficos 29 – 30 - 31	83
	Gráficos 32 - 33	84
	Gráficos 34 - 35	85
	Gráficos 36 - 37	86
	Gráficos 38 - 39	87
	Gráficos 40 - 41	88
	Gráficos 42 - 43	89
	Gráficos 44 - 45	90
	Gráfico 46	91
5.2.	Cuestionario de M. B. I.	91
	Gráfico 47	91
	Gráficos 48 - 49	92
	Gráficos 50 - 51	93
	Gráfico 52	94
5.3.	Cuestionario de salud general (GHQ-28)	94
	Gráfico 53	94
	Gráficos 54 - 55	95

	Gráficos 56 - 57	96
5.4.	Cuestionario de afrontamiento (BRIEP-COPE)	97
	Tabla N° 4 - Gráfico 58	97
	Tabla N° 5 - Gráfico 59	98
	Tabla N° 6 - Gráfico 60	99
5.5.	Cuestionario de Apoyo Social	100
	Tabla N° 7 - Gráfico 61	100
	Tabla N° 8 - Gráfico 62	101
	Tabla N° 9 - Gráfico 63	102
5.6.	Cuestionario EPQR - A	103
	Tabla N° 10 - Gráfico 64	103
	Tabla N° 11 - Gráfico 65	104
	Tabla N° 12 - Gráfico 66	105
	VI DISCUSION DE RESULTADOS	106
	VII CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	117
7.1.	Conclusiones	118
7.2.	Recomendaciones	120
	VIII BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA	121
8.1.	Bibliografía	122
8.2.	Web grafía	124
	IX ANEXOS	126
9.1.	Anexo 1	127

9.2.	Anexo 2	129
9.3.	Anexo 2 . 1	131
9.4.	Anexo 2 . 2	132
9.5.	Anexo 2 . 3	134
9.6.	Anexo 2 . 4	135
9.7.	Anexo 2 . 5	136

I. RESUMEN

El presente trabajo de investigación "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba" pretende determinar si existe el síndrome de burnout, analizando las sub escalas: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, en los trabajadores de esta institución sanitaria. La investigación tiene las siguientes características: Es cuantitativa: se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados. Es no experimental: se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Es transeccional (transversal): se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo. Es exploratoria: se trata de una exploración inicial en un momento específico. Es descriptiva: se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

La mayoría del personal investigado es una población sana desde el punto de vista del burnout.

II. INTRODUCCION

La Universidad Técnica Particular de Loja, en su modalidad de estudios a distancia y a través de la escuela de psicología, plantea para el presente período (**Mayo 2012-Diciembre 2012**) el programa de graduación “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”

Esta investigación recopila información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de burnout (desgaste profesional del trabajador), principales causas de enfermedad laboral, absentismo.

El término burnout fue introducido inicialmente por el psicólogo clínico austro-húngaro Herbert J. Freudenberger (1974) para definir el desgaste extremo de un empleado describiéndolo como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa o forma de vida que no produce la suficiente gratificación o refuerzo. Se diferencia del estrés común porque involucra también sentimientos de fracaso y su origen estaba inicialmente en los profesionales de la salud.

El síndrome de burnout se produce como una respuesta al estrés laboral crónico compuesto por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la sensación de encontrarse emocionalmente agotado. Este Síndrome se caracteriza, principalmente, por un marcado agotamiento emocional (primera fase del proceso), determinado por la progresiva pérdida de energías y la desproporción entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado, despersonalización (segunda fase de este proceso), que es la manera de responder a los sentimientos de desesperanza personal, impotencia e indefensión, el desarrollo de actitudes y respuesta cínicas hacia las personas a las que se ofrece los servicios, pérdida de la realización personal (tercera fase del síndrome), que consiste en un retiro progresivo de todas las actividades no laborales. En esta etapa hay un constante alejamiento de las actividades familiares y recreativas, pérdida de confianza y presencia de un auto concepto negativo como consecuencia de situaciones no agradables.

“Desde que Freudenberger introdujera el término burnout se han presentado distintas conceptualizaciones y modelos explicativos: algunos autores lo consideran como una forma particular de estrés laboral; pero, la mayoría lo interpreta como una respuesta al estrés ocupacional crónico con manifestaciones específicas. La revisión de estos conceptos nos indica que las explicaciones sobre el síndrome fueron desplazándose

desde del énfasis en los aspectos organizacionales hacia la perspectiva interaccionista propia de los actuales modelos transaccionales de estrés donde se enfatiza en la interacción persona-ambiente, alcanzando un lugar primordial las variables personológicas”, García Pérez, M. A. (2002).

En el congreso de la American Psychological Association, la Psicóloga Social Cristina Maslach (1976) presenta la definición del burnout como un síndrome tridimensional que consideraba como dimensiones del análisis los siguientes constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, y que ocurría en sujetos que trabajaban en contacto directo con pacientes o clientes.

Leiter & Schaufeli (1996) han señalado que el Síndrome de Quemarse por el Trabajo puede desarrollarse también en profesionales cuyas labores no tengan necesariamente contacto directo con personas.

Chacón Roger & Grau Abalo (1997), en Cuba realizaron un estudio sobre: “Burnout en enfermeros que brindan atención a pacientes Oncológicos”. La investigación fue aplicada en el Instituto Nacional de Oncología y tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de estos profesionales y su influencia en la calidad de atención que brindan, las conclusiones a las que llegaron fueron:

“La enfermería en general se ha caracterizado tradicionalmente por ser un trabajo potente y abnegado que exige amor y vocación. Todas las medidas que se tomen para manejar el burnout en las enfermeras oncológicas serán pocas para garantizar no solo la calidad de atención de los enfermos, sino la propia salud de estos profesionales. El afrontamiento en habilidades sociales y comunicativas junto a otras medidas, se vislumbra con un carácter prometedor. Consideramos que es necesario delimitar bien los conceptos de estrés y burnout cuando hablamos de que lo padece el personal de enfermería. El estrés es una característica de consecuencias dañinas para la salud. La presencia del amor y la motivación por la labor de enfermería no alimentan el burnout, siempre que sepamos canalizar adecuadamente nuestra entrega”

En Perú los estudios efectuados por Quiroz & Saco (1999) en la investigación “Factores asociados al síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Salud del Cuzco” determinaron que el síndrome se presenta en el 79.70% de médicos y en el 89% de enfermeras.

A nivel latinoamericano Chile registra una prevalencia del síndrome de burnout del 30% en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina. Román (2003.)

La incidencia del síndrome de burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa entre el 17.83% reportada en enfermeras españolas, Del Río & Perezagua (2003) hasta un 71.40% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico Martínez y Del Castillo. (2003.)

Según la Federación Médica Ecuatoriana (2012), en el Ecuador la prevalencia del síndrome del burnout en médicos de la provincia de Pichincha llega al 18%.

El contenido de esta tesis versa sobre la incidencia del síndrome de burnout en médicos y enfermeras del Hospital General Docente de la ciudad de Riobamba y los factores relacionados con este fenómeno en cada uno de los profesionales investigados, pues el mismo es un problema social y de salud pública ya que muchos profesionales se involucran durante muchas horas en las dificultades y preocupaciones de las personas, en su actividad laboral. El ejercicio continuado de la función de la medicina en tales condiciones va creando una acumulación de sensaciones, así como un desgaste personal, que puede conducir al estrés crónico y comporta el estado definido como agotado, quemado, o “Síndrome de Burnout”.

OBJETIVOS

General

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

Específicos

- ❖ Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias.
- ❖ Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- ❖ Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- ❖ Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de las instituciones sanitarias, que sean identificados con el síndrome de burnout.

III. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1

CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

1. 1. ANTECEDENTES DEL ESTRES

1.1.1. Origen La idea de estrés fue concebida en primer lugar por el medico y fisiólogo austro-húngaro Hans Seyle (1907-1982), quien publicó un artículo sobre un fenómeno al que llamó “Síndrome General de Adaptación” en el año de 1926. En esta época Seyle describió al estrés como la “respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga”. Esta definición involucra la integración del organismo con el medio, lo que definiría al estrés según el estímulo, según la respuesta o el concepto estímulo-respuesta.

- ❖ Estrés es la fuerza o el estímulo que actúa sobre la persona y que da lugar a una respuesta.
- ❖ Estrés es la respuesta psicológica o fisiológica del individuo ante un estresor ambiental.
- ❖ Estrés es una consecuencia de la interacción de los estímulos ambientales y la respuesta peculiar de la persona.

El estrés es una reacción natural y automática de nuestro cuerpo ante situaciones desagradables, amenazadoras o nocivas y consiste en la utilización de recursos tanto psicológicos como fisiológicos para hacer frente a tales demandas.

1.1.2. Definición A continuación las que consideramos más importantes:

Para Appley & Trunbull (1967) se trata de situaciones nuevas e intensas, rápidamente cambiantes e inesperadas.

Pepitone (1967) considera que son los motivos implicados en situaciones específicas como el logro.

Para Sells (1970) estrés es la falta de disponibilidad de respuestas adecuadas ante una situación que produce consecuencias importantes y graves.

Para McGrath (1970) el estrés es un importante desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad bajo condiciones en las que el fracaso en la solución de la situación tiene importantes consecuentes percibidas.

Holmes (1979) definió al estrés como un acontecimiento-estímulo que requiere una adaptación por parte del individuo.

Lazarus (1966) define al estrés como “el resultado de la relación entre el individuo y el entorno, evaluado por aquel como amenazante, que desborda sus recursos y pone en peligro su bienestar”.

La Organización Mundial de la Salud define al estrés como “el conjunto de reacciones fisiológicas que preparan al organismo para la acción”.

Según la cátedra, es una respuesta integral: (bio-psico-social) de la persona ante estímulos estresores que desbordan su capacidad de respuesta natural y demanda un esfuerzo adaptativo sostenido.

La Real Academia Española lo define como “una tensión provocada por situaciones agobiantes que origina reacciones psicósomáticas o trastornos psicológicos a veces graves”.

Resumiendo, el estrés es un proceso psicológico que se origina ante una exigencia del organismo, frente a la cual este no tiene recursos para dar una respuesta adecuada, activando un mecanismo de emergencia consistente en una reacción psicofisiológica que permite recoger más y mejor información, procesarla e interpretarla más rápida y eficientemente y así permitir al organismo actuar de una manera adecuada a la demanda.

1. 2. DESENCADENANTES DEL ESTRÉS

Son múltiples y muy variados, por lo tanto siempre estamos propensos a padecerlo, entre los más importantes desencadenantes mencionaremos:

1.2.1. Factores medioambientales Son poderosos estresores medioambientales la altitud de la ciudad, el clima demasiado frío o caliente, la contaminación: visual, por ruido, por plomo, por smog.

1.2.2. Factores hormonales A lo largo de nuestra existencia nos encontramos con causas severas de estrés como: los cambios hormonales de la pubertad, post parto (en el cual las hormonas cambian dramáticamente), la menopausia en la que el declive hormonal es leve pero constante.

1.2.3. Estrés alérgico Definitivamente la alergia es una fuente de estrés que requiere grandes cambios de energía por parte del sistema inmunológico para luchar contra aquello que considera peligroso. Las reacciones alérgicas son parte natural del mecanismo de defensa del organismo y cuando el cuerpo se encuentra con una sustancia que considera tóxica, trata por todos los medios de librarse de ella. Filippis (2008)

1. 3. TIPOS DE ESTRESORES

1.3.1. Psicosociales En este tipo de estresores lo que más cuenta es un elemento subjetivo, aquí prima la interpretación que la persona haga sobre determinadas situaciones o estímulos. La importancia está dada por la mirada del individuo sobre la situación o elemento.

1.3.2. Biogénicos Son situaciones susceptibles de producir estrés, independientemente de la interpretación cognitiva que se haga de ellas. En este tipo de estresores lo verdaderamente importante es la capacidad que determinada situación o estímulo tiene para producir cambios eléctricos o bioquímicos y desencadenar la respuesta de estrés.

1.3.3. Internos Entre los factores internos que generan estrés tenemos las enfermedades, el pesimismo, la falta de confianza, el perfeccionismo, un desengaño amoroso, el encontrarnos limitados en espacios pequeños.

1.3.4. Externos Entre los factores externos que más nos afectan están los cambios importantes de la vida, las relaciones personales o de pareja, las familiares, las laborales, las condiciones de seguridad, la calidad del medio ambiente en que vivimos, los problemas económicos y falta de tiempo. Bonomi (2007)

1. 4. ESTRÉS LABORAL

Preguntaremos ¿qué es el estrés laboral?, Cano (2002) señala que "hablamos de estrés cuando se produce una discrepancia entre las demandas del ambiente, y los recursos de la persona para hacerles frente". "Es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse y ajustarse a presiones internas y externas". El estrés laboral aparece cuando se presenta un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización.

"Los efectos del estrés varían según los individuos, la sintomatología e incluso las consecuencias del estrés son diferentes en distintas personas". Peiró (1993)

Nuestro cuerpo se prepara para un sobre esfuerzo, somos capaces de procesar más información sobre el asunto y actuamos de forma rápida y decidida, el problema es que nuestro cuerpo tiene unos recursos limitados y aparece el agotamiento.

Las dificultades interpersonales son una importante fuente de estrés en las organizaciones. El estrés laboral se presenta cuando por la intensidad de las demandas laborales o por problemas de índole organizacional, el trabajador comienza a experimentar vivencias negativas asociadas al contexto laboral. Doval. Moleiro & Rodríguez (2004).

En los diferentes ámbitos que se desarrolla el ser humano se presentan circunstancias que generan estrés, sin embargo una de las áreas que actualmente es perjudicada por este fenómeno es el aérea laboral, especialmente cuando los individuos no están preparados para cumplir con las demandas del medio, por lo que es urgente que las organizaciones tomen en cuenta que la mejor forma de evitar la presencia de estrés laboral es comenzar a implementar metodologías encaminadas a la prevención y manejo del mismo.

No todos los trabajadores reaccionan de la misma forma por lo que se puede decir que si la exigencia presentada en el lugar de trabajo es adecuada a la capacidad, el conocimiento y el estado de salud de un determinado empleado, el estrés tenderá a disminuir y podrá tener signos estimulantes que le permitirán hacer progresos en el ámbito laboral y tener mayor proyección en el mismo.

Entre los factores desencadenantes del estrés laboral mencionaremos: sobrecarga en el trabajo, que representa la asignación excesiva de actividades a un trabajador; relaciones interpersonales: en un empleado, es la interacción cotidiana que tiene lugar entre los miembros de un grupo de trabajo, miembros de un mismo departamento o miembros de una empresa; conflicto de roles: ocurre cuando una persona de su medio ambiente de trabajo le comunica unas ciertas expectativas de cómo él debería comportarse, y estas expectativas dificultan o imposibilitan cumplir con otra.

Como consecuencias del estrés laboral podemos indicar que si las situaciones

estresantes se presentan en forma frecuente e intensa en el ambiente del trabajador, entonces estas manifestaciones se presentarán en el individuo. La presencia del estrés varía de acuerdo a la persona y puede implicar consecuencias médicas, psicológicas y conductuales.

El estrés laboral individual, una vez que se hace presente en las diferentes áreas de una organización, tendrá consecuencias que afectarán negativamente a la misma. Se establecen dos tipos de consecuencias: directas e indirectas.

1.4.1. Consecuencias directas Ausentismo laboral, tardanzas y retraso en el trabajo, rotación de personal, poca participación.

1.4.2. Consecuencias indirectas Entre los aspectos organizacionales más afectados tenemos: cantidad y calidad de la productividad, accidentes, equipos y maquinarias averiadas, demoras en su reparación, desperdicio o sobre utilización de la iniciativa y la creatividad

Existe en la actualidad bibliografía en la que se describe el estudio del comportamiento de los trabajadores frente al estrés, basándose en los tipos de personalidad y de esta forma se puede inferir acerca de la actitud o respuesta de éstos frente a una circunstancia estresante y los posibles efectos de tratar inadecuadamente la situación a la que se enfrentan.

Peiró (1993), señala que existen en los individuos diferencias en características de personalidad, patrones de conducta y estilos cognitivos relevantes que permiten predecir las consecuencias posibles de determinados estresores del ambiente laboral.

El estrés es una respuesta adaptativa por parte del individuo, que en un primer momento nos ayuda a responder más rápida y eficazmente a situaciones que lo requieren.

Al hablar del estrés laboral podemos decir que es uno de los problemas de salud más graves que en la actualidad afectan a la sociedad en general, debido a que no sólo perjudica a los trabajadores al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a los empleadores y a los gobiernos, ya que

muchos investigadores al estudiar esta problemática han podido comprobar los efectos que en la economía causa el estrés.

Desde este punto de vista, puede considerarse al estrés laboral como el factor que desencadena o libera efectos tanto físicos como psicológicos en las personas, es un proceso complejo que surge cuando un desequilibrio entre las demandas del entorno y los recursos del individuo origina un cambio en su estado habitual de bienestar. Desencadena cambios en la percepción, las respuestas emocionales y afectivas, la apreciación primaria y secundaria, las respuestas de afrontamiento (Peiró, 1992).

El ritmo de vida de la sociedad actual ha generado un incremento del estrés laboral y de los problemas a él asociados. Estos problemas inciden de manera significativa en la tasa de accidentes laborales, en la tasa de ausentismo, abandono de los trabajadores, al mismo tiempo que disminuye su compromiso hacia la organización.

Conviene que sepamos distinguir entre estrés positivo y negativo. En nuestra vida, es necesario experimentar determinados niveles de estrés para que el organismo funcione de manera adecuada. La apatía en el entorno laboral puede originar un aumento de accidentes por la disminución de la atención del trabajador y la lentitud de sus reflejos, la adrenalina y otros neurotransmisores que se liberan en situaciones de estrés son beneficiosos siempre y cuando sus niveles sean moderados.

1. 5. MODULADORES DEL ESTRÉS

Los moduladores del estrés son una serie de paliativos para la persona que se encuentra afectada por las desagradables consecuencias del mismo. No constituyen recursos de reducción o afrontamiento directo de sus temidos efectos, solamente se caracterizan por articular los resultados de una respuesta fisiológica o emocional, una vez que esta ya se ha producido, evitando que el exceso de activación pueda llegar a generar un problema psicofisiológico, tienen la función de relajar las tensiones tanto físicas como emocionales.

Como es sabido, las situaciones de estrés además de generar una gran activación fisiológica, también originan una importante angustia emocional. Muy a menudo no sabemos como canalizar estas tensiones, resultando susceptibles de enfermar si no lo conseguimos.

La expresión de emoción resulta un recurso básico y fundamental para evitar importantes problemas psíquicos posteriores. De igual forma ocurre con la activación fisiológica excesiva, si no encontramos los mecanismos compensadores adecuados es probable que esas tensiones diarias terminen pasándonos factura, y es ahí donde entran este tipo de recursos paliativos anti estrés:

1.5.1. Apoyo social, es de los más poderosos moduladores anti estrés por la sensación de comprensión y apoyo que recibimos de nuestro grupo social. Aquí lo fundamental a nivel personal no es el apoyo social recibido sino el percibido por la persona. “El apoyo social reduce el estrés, mejora la salud y amortigua o modera el impacto del estrés”.

1.5.2. Situaciones positivas en la vida diaria, las situaciones positivas que acontecen en la vida diaria de alguna manera pueden modular o contrarrestar los efectos desencadenantes del estrés: aficiones placenteras, escuchar buena música, descansar cuando necesitamos, oír buenas noticias.

1.5.3. Recursos utilitarios, son más materiales que los anteriores y son capaces de reducir o amortiguar el estrés: económicos, mejor calidad de servicios sociales y sanitarios, asistencia legal oportuna; recursos que, llegado el momento, pueden contribuir decisivamente a resolver una situación de forma más rápida y satisfactoria. Peiró (1992).

1.6. CONSECUENCIAS DEL ESTRÉS

Si los estados estresantes se presentan de forma frecuente e intensa en el ambiente de la persona, entonces estas situaciones se presentarán en el individuo.

1.6.1. A nivel fisiológico Mencionaremos: taquicardia, aumento de la presión arterial, sudoración, alteraciones del ritmo respiratorio, aumento de la tensión muscular, aumento del metabolismo basal, aumento del colesterol, inhibición del sistema inmunológico, sensación de nudo en la garganta, dilatación de las pupilas.

1.6.2. A nivel cognitivo Se presenta: angustia, indecisión, desconcentración desorientación, mal humor, hipersensibilidad a la crítica, sentimientos de falta de control, olvidos frecuentes, bloqueos mentales.

1.6.3. A nivel del sistema motor Las consecuencias son: temblores, tartamudeo, voz entrecortada, imprecisión, hablar rápido, explosiones emocionales, consumo de drogas legales como tabaco y alcohol, exceso o falta de apetito, conductas impulsivas, risas nerviosas, bostezos.

El estrés genera además una serie de trastornos asociados que a veces se convierten en colaboradores: trastornos respiratorios: asma, hiperventilación, taquicardia; trastornos cardiovasculares: enfermedad coronaria, hipertensión arterial, alteraciones del ritmo cardíaco; trastornos inmunológicos: desarrollo de enfermedades infecciosas; trastornos endocrinos: hipertiroidismo, síndrome de Cushing; trastornos dermatológicos: prurito, sudoración excesiva, caída de cabello, rubor facial; trastornos sexuales: impotencia, eyaculación precoz, vaginismo, alteraciones de la libido; trastornos psicopatológicos: ansiedad, miedos, fobias, depresión, conductas adictivas, insomnio, alteraciones alimentarias, trastornos de la personalidad. McEwen (1998).

1.7. MEDIDAS PREVENTIVAS Y CONTROL DEL ESTRÉS

"La manera en que cada individuo, cada sector y en general la sociedad responde ante el estrés, identifica la complejidad del fenómeno y la necesidad de plantear ante sus efectos estrategias de confrontación en las diversas instancias". Santos (2004)

Existen variadas formas de prevenir el estrés y pueden ser aplicadas de diferente manera en cada individuo. Hay un aspecto muy importante que es necesario mencionar y es la necesidad de cambiar los estilos de vida rutinarios y la de incorporar nuevos hábitos que muchas veces son muy sencillos pero pueden dar solución a importantes problemas de salud física y mental originados por el estrés, sin embargo estos hábitos deben emplearse de manera recurrente para obtener buenos resultados.

En primer lugar mencionaremos las estrategias de intervención organizacionales, las mismas que se orientan para actuar sobre los estresores ambientales (físicos y psicosociales), modificando ciertos aspectos organizativos y teniendo como objetivo la eliminación de tantas causas como sea posible. Estas medidas de carácter global, organizativas y colectivas, pasan por mejorar las condiciones ambientales de carácter físico (iluminación, temperatura, ruido, contaminación), rediseñar y reorganizar

sistemas de trabajo, recursos y medios, mejorar la información y comunicación, los sistemas de regulación de conflictos y los estilos de mando y dirección.

En cuanto a las estrategias de intervención sobre la persona, hay que destacar las siguientes: **entrenamiento en habilidades de comunicación y asertividad**, dentro de este tipo de intervenciones destaca la conciliación de conflictos, pues el conflicto interpersonal en las organizaciones no es necesariamente negativo, en niveles moderados, puede incluso, aumentar la innovación al considerar mayor número de alternativas y aumentar el nivel de implicación y motivación de los equipos Walton. (1988). El objetivo sería conducir el conflicto mediante el incremento del control con la finalidad de mejorar la calidad de las relaciones de trabajo, es lo que Walton denominó como diálogo productivo en la resolución de conflictos. El entrenamiento en asertividad es una intervención clave para mejorar las habilidades de comunicación. Ante una situación interpersonal difícil las personas pueden reaccionar de diferente manera. Es importante aprender a diferenciar las respuestas agresivas y pasivas de las asertivas, siendo estas últimas las más adaptativas y socialmente competentes. En una reunión de trabajo una persona asertiva expresa con claridad sus puntos de vista, opiniones personales, sentimientos, deseos y necesidades de manera libre, clara e inequívoca ante los demás, consiguiendo que los otros piensen que entiende y valora sus opiniones y expresa su desacuerdo sin que los demás se sientan agraviados; **técnicas de control de la activación**, (relajación muscular progresiva, técnicas de control de la respiración, técnicas de visualización). Las técnicas de control de la activación otorgan a la persona una serie de recursos que van dirigidos a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos. Una de las más utilizadas es la Relajación Muscular Progresiva propuesta inicialmente por Jacobson (1929). Este procedimiento enseña al individuo a relajarse por medio de ejercicios en los que tensa y relaja de forma alternada los distintos grupos musculares, el objetivo es que la persona aprenda a identificar señales fisiológicas provenientes de sus músculos cuando están en tensión, y posteriormente cuando las identifique, ponga en marcha las habilidades aprendidas para reducirla y así modificar la tensión localizada en zonas específicas (mandíbula, frente, cuello,) o bien podrá reducir la tensión general del organismo. Las situaciones de estrés favorecen un patrón de respiración caracterizado por un ritmo acelerado y una escasa intensidad. Una respiración inadecuada provoca una menor oxigenación de los tejidos, mayor gasto cardíaco, mayor intoxicación general del organismo, lo cual favorece el incremento de las sensaciones de ansiedad

y fatiga. Por el contrario, una respiración caracterizada por bajas tasas de inspiración, con volúmenes elevados de aire y respiraciones predominantemente abdominales incrementan el control parasimpático, con descensos importantes en la tasa cardíaca.

El objetivo de las técnicas de control de la respiración consiste en un adecuado dominio de ésta, para que tras la práctica adecuada, el mismo sea eficaz incluso en situaciones ansiógenas. Por su parte, las técnicas de visualización consisten en evocar una imagen mental que la persona tenga asociada con estados de relajación; **inoculación de estrés**, fue presentada por Mainchembaum (1985) como una técnica aplicable a todos los trastornos y situaciones relacionadas con el estrés, y con utilidad en ámbitos inicialmente tan diversos como el deporte, el trabajo o la clínica. Desde el primer momento esta técnica se presentó como una estrategia preventiva, y unida a su fácil aplicación en grupos y en diversos ámbitos, es una de las más extensamente utilizadas. Básicamente, se trata de dotar a los individuos con diversas estrategias y habilidades que les permitan afrontar las situaciones futuras que supongan estrés. El entrenamiento se divide en tres fases diferenciadas: fase educativa o de conceptualización, le proporciona al sujeto un marco conceptual que le permite comprender cómo puede afectarle el estrés, y cómo hacerle frente de forma adaptativa a través de determinadas estrategias; fase de ensayo o adquisición de habilidades, se entrena a la persona en la utilización de las estrategias o habilidades de afrontamiento del estrés presentadas en la fase anterior. Dentro de las habilidades más utilizadas están la relajación muscular, la respiración diafragmática y la visualización; fase de aplicación y consolidación, el individuo pone en práctica estas estrategias aprendidas en situaciones reales de estrés; y, **entrenamiento en resolución de problemas**, no podemos dejar de mencionar el entrenamiento en resolución de problemas por su utilidad práctica en el ámbito laboral a través del cual los problemas pasan de ser circunstancias indefinidas y, en consecuencia, difícilmente abordables, suscitándose fácilmente una respuesta emocional negativa, a convertirse en situaciones acotadas y abordadas de una manera sistemática y con un menor coste emocional. En esta línea de trabajo, D'zurilla & Goldfried (1971), elaboraron un programa de solución de problemas que viene a caracterizarse por su condición práctica y por su facilidad de aplicación. Este tipo de entrenamiento consiste en preparar a la persona a afrontar los problemas de forma sistemática a través de una serie de pasos: definir el problema, describir todas las alternativas posibles para solucionarlo, anticipar escribiendo las

consecuencias de cada una de las alternativas, tomar una decisión en base a una de ellas, llevarla a cabo, interpretar y valorar los resultados.

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

Relacionado con el estrés laboral, aparece el Síndrome de Burnout o "estar quemado" que ha sido entendido como una respuesta emocional y cognitiva a ciertos factores laborales e institucionales, o como consecuencia del estrés (Cano, 2002).

CAPITULO 2

2. 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

2.1.1. Definiciones del burnout Luego de muchos estudios e investigaciones en los últimos cuarenta años:

McGrath (1970), define el burnout de una manera clásica como “un desequilibrio sustancial (percibido) entre la demanda y la capacidad de respuestas (del individuo) bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda posee importantes consecuencias (percibidas)”.

Freudenberger (1974) describe el burnout como una “sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador”, que situaban las emociones y sentimientos negativos producidos por el burnout en el contexto laboral, ya que es éste el que puede provocar dichas reacciones.

Pines y Kafry (1978) definen el burnout “como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal” que posteriormente tendría un desarrollo más completo.

Posteriormente Dale (1979) es uno de los que inicia la concepción teórica del burnout entendiéndolo como consecuencia del estrés laboral y con la que mantiene que el síndrome podría variar en relación a la intensidad y duración del mismo.

Freudenberger (1980) aporta otros términos a la definición, ya habla de un “vaciamiento de sí mismo” que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que o bien ha sido impuesta por él o bien por los valores propios de la sociedad.

Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como “cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas”. El autor precisa que el burnout es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos: **a.** desequilibrio entre las demandas en el trabajo y los recursos individuales, **b.** respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento, **c.** cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Edelwich & Brodsky (1980) lo definen “como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones del trabajo”

Guillespie (1980) intentando resolver la ambigüedad definicional, que según el autor existe, clasifica el burnout según dos tipos claramente diferenciados: burnout activo, caracterizado por el mantenimiento de una conducta asertiva; y, burnout pasivo en el que predominarían los sentimientos de retirada y apatía. El activo tendría que ver con factores organizacionales o elementos externos a la profesión, mientras que el pasivo se relacionaría con factores psicosociales internos.

En 1981 Maslach & Jackson entienden que el burnout se configura como un “síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal”. Esta definición, que no se aparta de la asunción de las variables del trabajo como condicionantes últimas de la aparición del burnout, tiene la importancia de no ser teórica, sino la consecuencia empírica del estudio que las autoras desarrollaron en el año de 1984.

Pines, Aronson & Kafry (1981) señalaron que el burnout es “el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes”.

Emener, Luck & Gohs (1982) manifiestan que todas las definiciones que se habían aportado del burnout hasta este momento lo que hacían era describir el “síndrome del carbonizado”, como ellos denominan a los individuos que padecen este problema.

Martín (1982) sugiere que el “burnout refleja una respuesta al estrés y secundariamente a la depresión como síndrome específico” abriendo la reflexión sobre la íntima relación que puede existir entre burnout y depresión, lo que supone un nuevo problema conceptual puesto que ya no es sólo la similitud entre los constructores burnout y estrés, sino también con depresión.

Perlman & Hartnab (1982) reuniendo las diversas conceptualizaciones utilizadas hasta este año para definir el burnout, encuentra los siguientes tópicos: fracasar y estar agotado, respuesta a un estrés crónico y síndrome con actitudes inapropiadas hacia los clientes y hacia sí mismo, asociado con síntomas físicos y emocionales, todo ello provocado por una estimulación negativa del trabajo y la organización hacia la persona que desempeña su labor profesional.

Cunningham (1983) reitera la misma definición que Pines et al (1981), encabezando una serie de autores que se inclinarían más hacia esta acepción del burnout, frente a los que se decantan por la definición de Maslach & Jackson (1981).

Elliot & Smith (1984), partiendo de que el burnout podría ser un rasgo de personalidad, entienden que en el proceso del síndrome hay que buscar el equilibrio que se ha perdido.

Farber (1984) define el burnout como “manifestaciones conductuales de agotamiento emocional y físico derivadas de eventos situacionales estresantes por no encontrar las estrategias de afrontamiento efectivas”, continuando con los planteamientos establecidos hasta ese momento; pero, añadiendo un aspecto importante para la comprensión del síndrome: las estrategias de afrontamiento inadecuadas actuarían como mediadoras entre los eventos estresantes y las manifestaciones de agotamiento emocional y físico.

Shinn, Rosario, March & Chestnust (1984) entienden el burnout como “tensión psicológica resultante del estrés en el trabajo de servicios humanos”, asentándose cada vez más el estrés laboral como antecedente necesario para la aparición del síndrome.

Nagy (1985) señala que “el burnout describe un gran número de manifestaciones psicológicas y físicas evidenciadas en trabajadores empleados en profesiones consideradas de interacción humana”, añadiendo que burnout y estrés podrían ser conceptos similares y que el burnout sería un tipo específico de estrés.

Walker (1986) que había señalado que el burnout “se caracteriza por la existencia de determinadas respuestas a un prolongado, inevitable y excesivo estrés en situaciones de trabajo”, dejaba abierta la posibilidad de que el síndrome pueda ser experimentado por cualquier trabajador, independientemente de su contexto laboral específico.

Garden (1987) expone la idea de que una definición de burnout es prematura pues existe ambigüedad en la realidad del síndrome que la investigación conocida hasta el momento no ha permitido aclarar. Un año antes, Smith, Watstein & Wuehler (1986) concluían que el burnout describía un sutil patrón de síntomas, conductas y actitudes que es único para cada persona, haciendo muy difícil que se pueda aceptar una definición global del síndrome.

Shirom (1989) que es más optimista que los autores anteriores ante el constructo, plantea que “el burnout es consecuencia de la disfunción de los esfuerzos de afrontamiento, con lo que al descender los recursos personales aumenta el síndrome”, retomando la variable afrontamiento como determinante en la comprensión del burnout.

Hiscott & Connop (1990) regresan a la línea clásica en cuanto a la definición del Burnout y lo entienden como “un indicador de problemas de estrés relacionados con el trabajo”. De hecho, a partir de finales de la década de los ochenta es cuando la definición de Maslach & Jackson (1981) reaparece con mucha más fuerza, desequilibrando las preferencias que los diversos autores repartían entre ésta y la definición de Pines et al (1981). Por otra parte, el estrés ocupacional adquiere el papel fundamental que en los años ochenta ya se había manifestado, Así Greenglass, Burke & Odrack (1990), tras diferenciar estrés vital (que se refiere al estrés acumulado por los cambios vitales en el hogar y/o en el trabajo) y estrés laboral (que se refiere al estrés específico generado en el trabajo o por los factores relacionados con el mismo), encuadra el burnout en este último. Starrin, Larsson & Styrborn (1990) manifiestan que mientras el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, el burnout es un fenómeno exclusivamente negativo. De ahí que

algunos autores planteen la relación entre ambos constructos en el sentido de que el burnout podría ser similar a un estrés negativo.

Oliver, Pastor, Aragonese & Moreno (1990) igualan burnout a estrés laboral asistencial, volviendo estos autores a circunscribirse en profesiones con determinadas interacciones humanas.

García Izquierdo (1991) señala el burnout como característico de profesiones de “servicios humanos”, y lo entiende como consecuencia de un prolongado y creciente estrés laboral y, por tanto, sería equiparable a la tensión que un individuo siente como consecuencia de las demandas físicas y psicológicas que el propio puesto de trabajo genera, o como resultado de un desajuste entre el trabajador y su entorno laboral.

Grebert (1992) entiende el Burnout “como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades”, llegando a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo de la profesión.

Ayuso & López (1993) siguiendo la definición de Pines et al (1981), definen el burnout como “un estado de debilitamiento psicológico causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivo-afectivos”, precisando que “el síndrome de desgaste sería una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energías de las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, debido a la difícil realidad del trabajo”, concepción que deducen de la definición de Edelwich & Brodsky (1980).

De todo este recorrido podemos consensuar varios aspectos que nos ayudan a delimitar el concepto de burnout y, por tanto, a comprenderlo mejor: **a.** está claro que el burnout es consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo. Estos eventos son de carácter laboral fundamentalmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del mismo; **b.** se necesita la presencia de “interacciones humanas” trabajador-cliente, intensas y/o duraderas para que el síndrome aparezca.

En este sentido, se conceptualiza el burnout como un proceso continuo que va surgiendo de una manera paulatina. (Arthur, 1990; Ayuso & López, 1993), y que se va “instaurando” en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome; **c.** no existe acuerdo unánime en estandarizar los términos burnout y estrés

laboral, pero sí cierto consenso en asumir la similitud de ambos conceptos; sin embargo, definiciones como la de Freudenberger (1974), Maslach & Jackson (1981) o Pines, Aronson & Kafry (1981) parecen indicar que existen matices que les hace difícilmente iguales. De hecho, recientemente, Singh, Goolsby & Rhoads (1994) concluían que burnout y estrés laborales son constructos claramente diferentes; **d.** luego de la definición de Freudenberger (1974) en la que planteaba una “existencia gastada”, y tras las aportaciones de Maslach & Jackson (1981) con la tridimensionalidad del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal, o las que hacen Pines et al (1981) con el triple agotamiento: emocional, mental y físico, pocas han sido las aportaciones originales a la definición del burnout, girando todas las aportadas sobre estas tres, incluyendo matices propios del contexto en el que se iban desarrollando las investigaciones y no alterando sustancialmente las originales; **e.** aunque algunos autores han señalado la falta de consenso a la hora de dar una definición de burnout, el hecho de que el Maslach Burnout Inventory, planteamiento empírico que justifica la definición de Maslach & Jackson (1981), haya sido utilizado de forma casi unánime por los distintos autores para la realización de sus investigaciones, nos hace pensar que si existe cierto consenso en afirmar que la conceptualización más aceptada de burnout es la que frecen estas autoras.

El síndrome de burnout o quemarse por el trabajo se define como una respuesta al estrés laboral crónico compuesto por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Este síndrome encontramos con mucha frecuencia en los profesionales de la salud y en profesionales de servicios sociales que trabajan en contacto directo con los usuarios que acuden a las organizaciones. Se trata de un conjunto de conductas en las que se incluyen tanto factores internos (valores individuales y sociales, rasgos de personalidad), como externos (organizacionales, laborales, grupales).

Tiene consecuencias no sólo desde el punto de vista personal sino también institucional con la aparición de ausentismo laboral, disminución del nivel de satisfacción tanto de profesionales como de pacientes, riesgo de conductas adictivas, alta movilidad laboral y repercusiones en otras esferas como la familiar.

Desde el enfoque psicosocial el fenómeno ha sido conceptualizado como un síndrome de baja realización personal en el trabajo, agotamiento emocional y

despersonalización. Por baja realización personal en el trabajo se entiende la tendencia de los profesionales a evaluarse negativamente, y de forma especial esa evaluación negativa afecta a la habilidad en la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden. El agotamiento emocional hace referencia a la situación en la que los trabajadores sienten que ya no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, es una situación de agotamiento de la energía o los recursos emocionales propios, una experiencia de estar emocionalmente agotado debido al contacto “diario” y continuo con personas a las que hay que atender como objeto de trabajo. La despersonalización se define como el desarrollo de sentimientos negativos, de actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, pues ven a éstas de manera deshumanizada debido a un endurecimiento afectivo de los profesionales.

2. 2. DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El primer antecedente histórico del Síndrome de Burnout se encuentra en el estudio realizado por Schwartz & Mill en 1953, quienes describían un sentimiento de baja moral y distanciamiento de los pacientes, en enfermeras que trabajaban en un hospital psiquiátrico, Alarcón, Vaz & Guisado. (2002).

Freudenberger en 1974 conceptualizó el Síndrome de Burnout como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en quienes se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo, Ortega Ruiz & López Ríos (2004).

A principios de los ochenta, el fenómeno del Burnout es estudiado casi exclusivamente en los Estados Unidos y paulatinamente se incorporan a su estudio varios países de habla inglesa como Gran Bretaña y Canadá, hasta la actualidad, donde podemos encontrar estudios a nivel mundial (Gomero & Herruzo) 2005.

Encomo, Paz & Liebster (2004), en Venezuela en su investigación titulada “Rasgos de Personalidad, Ajuste Psicológico y Síndrome de Agotamiento en personal de Enfermería”, determinaron que: el síndrome de agotamiento no está relacionado con una personalidad tipo “A”, se trata de rasgos de personalidad particulares asociados con la capacidad que tiene una persona para utilizar los recursos materiales y psicológicos disponibles para generar respuestas adaptativas entre las necesidades internas y las exigencias del ambiente.

Aranda, Pando & Torres (2005), en México sugieren que quienes ya manifiestan signos y síntomas del síndrome sean derivados para atención médica y/o psicológica, con el fin de mejorar el bienestar y la salud de los trabajadores así como la calidad de atención y de vida de los derechohabientes.

Ramos & Domínguez (2006), en España evaluaron el burnout y las disfunciones organizativas que lo producen para idear intervenciones formativas destinadas a toda la organización y analizar el bienestar de la misma, pero cada país tendrá que desarrollar instrumentos según su cultura, lo que llevará a alcanzar resultados positivos en relación a las condiciones de los trabajadores y a la productividad de las empresas.

Luego de una investigación realizada entre profesionales sanitarios de diferentes países de habla hispana, residentes en España y América Latina, se pudo obtener como resultado que la mayor incidencia del burnout en este tipo de profesionales fue en España y Argentina, Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats & Braga (2007).

Orozco Estrella (2008), refiere que sufrir episodios de estrés de alta intensidad, de forma prolongada, de manera permanente, amenaza nuestro equilibrio biológico con alto impacto sobre nuestra salud. Inicialmente se manifiesta a través de actitudes cínicas y despreocupadas por el trabajo, mayor consumo de tabaco, alcohol o medicamentos y abandono de hábitos saludables, tardíamente se pueden presentar enfermedades crónicas principalmente las cardiovasculares y músculo esqueléticas.

En sus comienzos este síndrome estaba adjudicado de forma exclusiva a aquellas profesiones que mantienen un contacto directo con sus beneficiarios –usuarios para el ejercicio de su actividad laboral- (profesores, enfermeras, médicos, etc.), sin embargo Leiter & Schaufeli (1996), Demerouti, Bakker, De Jorge, Janssen & Schaufeli (2001), Gil-Monte (2003), han señalado que el síndrome de quemarse por el trabajo (de la traducción realizada al castellano), puede desarrollarse en profesiones cuyo trabajo no conlleve necesariamente el contacto directo con personas.

La definición del síndrome de burnout más aceptada entre los investigadores, es la que ofrecen Maslach & Jackson, (1986) quienes lo conceptualizaron como un síndrome de tres dimensiones: **1.** agotamiento o cansancio emocional, definido como el cansancio y fatiga que puede manifestarse física y/o psíquicamente, con una sensación descrita como no poder dar más de si mismo a los demás; **2.**

despersonalización, como desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo; **3.** baja realización personal o logro, que se caracteriza por una dolorosa desilusión para dar sentido a la propia vida y hacia los logros personales, con sentimientos de fracaso y baja autoestima Maslach, Schaufeli & Leiter, (2001); Durán, Extremera, Montalbán & Rey, (2005); Sánchez, Guillén & León, (2006); Extremera, Durán & Rey, (2007).

Según Favara- Scacco, Di Cataldo & Russo, (2008) una de las principales características que presenta el síndrome es la reacción emocionalmente negativa activada en las personas, en respuesta a dificultades encontradas dentro del lugar de trabajo. Según Ramírez & Zurita (2009) si estas respuestas negativas se enfrentan con un incremento en hábitos dañinos para la salud, eleva las posibilidades de presentar el síndrome.

Según Gil-Monte & Peiró, (2007) la necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la exigencia de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al reciente interés que las organizaciones han hecho sobre la obligatoriedad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. Existe evidencia que sugiere que las personas que presentan una visión más positiva hacia el trabajo que realizan, es decir, como carrera o como vocación, presentan menos probabilidad de padecer el síndrome, mientras que los trabajadores que consideran su trabajo sólo como un trabajo, exhiben un mayor número de sujetos que presentan el síndrome o están en riesgo de experimentarlo, Ramírez & Zurita, (2009)

Pese al creciente volumen de investigación desarrollado en torno al síndrome de burnout en los últimos años, la comprensión del fenómeno es aún limitada, su complejidad procesual tanto como la diversidad de dilemas y ambigüedades que han de afrontar los investigadores favorecen esta situación, Burke & Richardson, (1996).

El síndrome de Burnout es sin duda un fenómeno que afecta al rendimiento laboral, a la esencia de la profesión y a los objetivos planteados tanto a nivel personal como profesional.

2. 3. POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT

El burnout es un problema que surgió primero en las profesiones de cuidado y servicios humanos tales como: cuidado de salud física y mental, servicios sociales,

sistema de justicia criminal, profesiones religiosas, orientación y educación, Maslach (1982). Todas estas ocupaciones comparten un punto central de proporcionar servicio y ayuda a gente necesitada. Actualmente, en la medida en que otras profesiones se han vuelto más orientadas al servicio personal del cliente, el fenómeno del burnout se ha hecho cada vez más pertinente para estos trabajos, Maslach & Leiter, (1997).

Muchos autores han planteado, en los últimos años, que los médicos y enfermeras constituyen una de las poblaciones más afectadas por el denominado síndrome de agotamiento profesional, y particularmente se ha estudiado la situación de los médicos especialista y de los médicos residentes.

En estos profesionales, este síndrome puede provocar un importante deterioro físico y mental hasta el extremo de interferir notablemente en el trabajo cotidiano, por lo que es de crucial importancia saber acerca de su existencia y plantear los mecanismos de prevención, diagnóstico y tratamiento para poder actuar sobre el mismo. El cuadro fue descrito en 1974 por el psicoanalista alemán Freudenberger en una clínica para toxicómanos en Nueva York, donde observó una progresiva pérdida de energía en el personal de salud, con la consecuente desmotivación en el trabajo y agresividad hacia los pacientes. Este autor definía al “síndrome de estar quemado” como el desgaste y el sentimiento de estar exhausto debido a las demandas excesivas, falta de fuerza, energía y recursos, además afirmaba que el mismo estaba vinculado con la adicción al trabajo.

Afecta a individuos involucrados en situaciones emocionalmente demandantes durante un tiempo prolongado. Las personas más expuestas son las que trabajan en profesiones que se encuentran en íntima relación con el sufrimiento humano y en las que la empatía con la gente que sufre es esencial en el desempeño profesional. Estas observaciones fueron avaladas por la psicóloga social norteamericana Cristina Maslach, investigadora especializada en este campo, quien trabajó con grupos de psicólogos, docentes, asistentes sociales, policías y enfermeros en busca de la correlación entre los profesionales, los factores sociales y los organizacionales.

Maslach & Jackson establecieron en 1981 que el burnout es consecuencia de un sobre esfuerzo laboral, lo que puede implicar una pérdida de energía y/o un descenso de la calidad y cantidad del rendimiento, lo que conlleva un desajuste entre el trabajo y el puesto que se ocupa. Básicamente es un trastorno que provocan aquellas

actividades que requieren un contacto directo y continuado con personas, y que mantienen una relación de ayuda y/o servicio.

También las personas víctimas de violencia intrafamiliar generalmente adoptan una conducta dependiente y demandante, hacia quienes tienen a su cargo la atención médica, psicológica, legal o social; por lo tanto, es una de las actividades que vuelven más vulnerables a las personas que tienen a su cargo dicha tarea asistencial.

2. 4. FASES Y DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT

2.4.1. Fases del Síndrome de Burnout

2.4.1.1. Primera fase o de entusiasmo idealista Se presenta esta fase cuando nos ofrecen un nuevo puesto de trabajo (que deseamos y en el que hemos puesto nuestras mejores expectativas). En este momento experimentamos un gran entusiasmo, parece que estamos llenos de energía e incluso no nos importa quedarnos más tiempo del habitual en el trabajo.

2.4.1.2. Segunda fase o de estancamiento Con pesar nos damos cuenta que aquellas perspectivas de futuro tan positivas que teníamos no se cumplen, empezamos a dar vuelta a las cosas hasta llegar al punto en el que sentimos que la relación que existe entre el esfuerzo que realizamos y la recompensa que tenemos no está equilibrada, se produce un desequilibrio entre las demandas y los recursos, aparece irremediamente un problema de estrés psicosocial, así que nos sentiremos incapaces de dar una respuesta eficaz cuando se nos planteen los problemas cotidianos del trabajo. Asoman los primeros síntomas (dolores de cabeza, estomacales, aburrimiento).

2.4.1.3. Tercera fase o de apatía Como cada vez nos sentimos más desmotivados con nuestro trabajo y el entorno que nos rodea, aparece irremediamente en nosotros un sentimiento desagradable, mezcla de frustración, desilusión y desmoralización. El trabajo que nos parecía maravilloso ya nada tiene que ver con lo que experimentamos ahora de él, no tiene ningún sentido para nosotros, nos irritamos fácilmente y aparecen los problemas con el resto de compañeros. Las cosas comienzan a ponerse mal, puede empezar a fallar nuestra salud, estamos emocionalmente mal, nos comportamos de forma diferente a lo que realmente somos, incluso pueden surgir problemas fisiológicos, es la fase central del síndrome de burnout.

2.4.1.4. Cuarta fase o de distanciamiento Hay frustración crónica en el trabajo, sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. La situación llega a ser casi insostenible y como una especie de defensa cambiamos nuestras actitudes y conductas, si trabajábamos de cara al público nos comportamos distantes con los clientes, mecánicamente. Evitamos las tareas estresantes, simplemente no las hacemos. Cada vez aguantamos menos por eso utilizamos los mecanismos de defensa.

2.4.1.5. Quinta fase o de quemado Se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas, tocamos fondo, nuestro cuerpo decide que ya no sigue más y se produce un colapso emocional y cognitivo que conlleva importantes consecuencias para nuestra salud. El punto negativo que tiene esta evolución, es que el síndrome de estar quemado tiene carácter cíclico, de forma que se puede repetir en el mismo trabajo o en otros.

2.4.2. Desarrollo del Síndrome de Burnout

En general, se admite que el burnout es un proceso de respuesta a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales. El hecho de que la sintomatología varíe mucho de una persona a otra ha influido en ahondar las discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo, pues depende a qué se le dé más importancia: al síntoma que se presenta en primer lugar o a la secuencia completa del proceso. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de burnout, aunque ninguno de ellos ha sido absolutamente aceptable y satisfactorio. Algunos de los autores que han intentado una visión global son: Manzano (1998), Gil-Monte, Peiró & Valcárcel (1995), Golembiewski, Sun, Lin & Boudreau (1995), Farber (1991), Leiter & Maslach (1988), Pines & Aronson (1988), Cherniss (1982), Edelwich & Brodsky (1980), entre otros.

Cherniss (1982) postula que el burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. Lo describe en las siguientes fases: de estrés, de agotamiento y de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el

individuo para hacer frente a esos acontecimientos; la fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento; la fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

El modelo de Farber (1991) describe seis estadios sucesivos: **a.** entusiasmo y dedicación; **b.** respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales; **c.** no hay una correspondencia entre el esfuerzo, los resultados y recompensas; **d.** se abandona el compromiso e implicación en el trabajo; **e.** aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales; **f.** agotamiento y descuido.

El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter & Maslach (1988) y plantea que la aparición del burnout se da a través de un desarrollo que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría cansancio emocional en el trabajador, para luego experimentar la despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja realización personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales. Como se puede observar, son tres las dimensiones que explican la evolución del síndrome. De éstas, el agotamiento emocional es el aspecto clave en este modelo, alude a la fatiga y pérdida progresiva de energía. La despersonalización experimentada por el trabajador se refiere a una forma de afrontamiento que protege al trabajador de la desilusión y agotamiento. Esta implica sentimientos negativos sobre los propios clientes, que se manifiestan por irritabilidad y respuestas impersonales hacia las personas que prestan sus servicios. Por último la dificultad para la realización personal en el trabajo son respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo, es el deterioro del auto concepto acompañado de sensaciones de insuficiencia y de desconfianza en sus habilidades.

Golembiewski et al. plantean otro modelo en el que destaca que el síndrome no es exclusivo de las profesiones asistenciales, sino que puede darse en profesionales de otros ámbitos, como vendedores o directivos. También explican que el burnout es un proceso progresivo y secuencial en el que el trabajador pierde el compromiso que tenía con sus funciones como reacción al estrés laboral.

Este modelo acepta la secuencia despersonalización, bajo logro personal y cansancio emocional. A partir de éste se plantean ocho fases que combinan las tres dimensiones en categorías de bajo-alto, y que permite clasificar al trabajador en relación con la virulencia del síndrome. Por ejemplo, la primera fase incluye la combinación de baja despersonalización, baja dificultad en relación personal y bajo cansancio emocional, y en la octava fase se combina alta despersonalización, alta dificultad en realización personal y alto cansancio emocional. Este diseño permite clasificar a cada caso particular y a los grupos en función de la intensidad del síndrome, tomando en cuenta que las fases varían de un sujeto a otro y que no todos pasan por todas las fases.

Otros modelos de carácter integrador a destacar son los de Gil-Monte & Cols (1995) & Manzano (1998). El primero postula que las cogniciones de los sujetos influyen en sus percepciones y conductas, y a su vez estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus conductas y por la acumulación de consecuencias observadas. Por lo tanto, el auto concepto de las capacidades del sujeto determinará el esfuerzo y empeño para conseguir sus objetivos y sus reacciones emocionales. A partir de estos planteamientos, Gil-Monte & Cols. apoyan la tridimensionalidad del burnout, pero sugieren otra relación entre los mismos. Estos autores proponen que los profesionales experimentan una falta de "realización personal" y el incremento del "cansancio emocional". De ambos se deriva el manejo de la estrategia denominada "despersonalización".

Manzano también apoya la tridimensionalidad del burnout, pero plantea otra secuencia, donde primero aparece la baja realización personal para evolucionar acompañada del cansancio emocional. Ante la cronicidad de estas dos dimensiones, el sujeto desarrolla actitudes de despersonalización. Es importante señalar que en este modelo, siguiendo un continuo temporal, la segunda fase del proceso está muy cercana a la tercera, y por lo tanto, pueden presentarse juntas o alternativamente, tal y como han observado otros autores Manassero & Cols. (2003); Ramos. (1999), Hatinen Cols. (2004) proponen, por el contrario, una secuencia más rígida, en la que los sentimientos de baja eficacia profesional representan las tempranas fases del Burnout, mientras que el cansancio emocional y el cinismo representarían las fases más avanzadas.

2. 5. CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

2.5.1. Características

El síndrome de burnout se caracteriza por los siguientes síntomas: **a.** crisis de ansiedad y angustia, **b.** actitud de cansancio, debilidad, fatiga, agotamiento, **c.** hipersensibilidad, **d.** insomnio, **e.** desórdenes metabólicos, desequilibrios de la presión arterial, **f.** sentimientos de persecución, **g.** pérdida de concentración en el trabajo, **h.** fijación en la parte oscura y conflictiva de la vida, **i.** depresión, **j.** falta de realización personal, autoevaluación negativa, baja autoestima, **k.** manifestación física del estrés (dolores de espalda, malestar general), disminución del rendimiento laboral.

2.5.2. Causas

Entre las principales causas que lo provocan tenemos: **a.** exceso de demanda laboral, **b.** sobre esfuerzo con respuesta emocional de ansiedad, **c.** fatiga, **d.** manifestaciones de desmoralización y pérdida de ilusiones, **e.** escasez de personal y por tanto sobrecarga laboral, **f.** turnicidad, **g.** trato con usuarios o compañeros problemáticos, **h.** falta de definición de funciones y tareas (conflicto y ambigüedad de roles), **i.** falta de autonomía y autoridad para tomar decisiones, **j.** rápidos cambios tecnológicos, **k.** pérdida de vocación por las limitaciones de la infraestructura o la manera en que la autoridad considera los valores profesionales.

2.5.3. Consecuencias

En los siguientes aspectos: **a.** psicosomáticos: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras y otros desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares. **b.** conductuales: ausentismo laboral, abuso de drogas permitidas (café, tabaco, alcohol), comportamientos de alto riesgo, aumento de conductas violentas. **c.** emocionales: distanciamiento afectivo como forma de protección, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, sentimientos depresivos. **d.** en el ambiente laboral: perjuicio de la calidad de los servicios que se presta a los clientes, aumento de interacciones hostiles, comunicaciones deficientes. **e.** despersonalización o deshumanización: desarrollo de actitudes negativas, de inestabilidad y de cinismo hacia los receptores del servicio prestado. **f.** falta de realización personal: con tendencias a evaluar el propio trabajo de forma negativa, con vivencias de insuficiencia profesional y baja autoestima personal. **g.** manifestaciones mentales: sentimientos de

vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, pobre realización personal, nerviosismo, inquietud, dificultad para la concentración y una baja tolerancia a la frustración, con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los clientes, compañeros y la propia familia.

2. 6. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Al síndrome de burnout se le han atribuido causas muy variadas y esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte & Peiró, (1997) de la que destacaremos:

2.6.1. Modelo etiológico basado en la Teoría Socio Cognitiva del Yo

En este modelo las causas más importantes son: **a.** Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad pero a la vez éstas se modifican por los efectos y consecuencias observadas, **b.** El empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la auto confianza del sujeto.

2.6.1.1. Modelo de Competencia Social de Harrison (1983) Basado en la competencia y eficacia percibida para explicar la “Competencia Percibida” como función del síndrome de burnout. Manifiesta que la mayoría de profesionales que comienza sus labores en servicios de asistencia tienen un alto grado de altruismo y motivación para ayudar a los demás. En la práctica se encuentran con factores de apoyo o de barrera que determinarán su eficacia en el trabajo; si existen factores de ayuda y una alta motivación, los resultados serán positivos porque aumenta la eficacia percibida y los sentimientos de competencia social; si se encuentran con factores de barrera que dificultan el logro de metas en su contexto laboral, el sentimiento de auto eficacia disminuirá. Si las condiciones arriba descritas se prolongan en el tiempo puede aparecer el síndrome de burnout.

2.6.1.2. Modelo de Pines (1993) Este modelo es motivacional y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con altas motivación y expectativas. Pines señala que el burnout se desarrolla cuando el trabajador busca el sentido existencial en el trabajo y fracasa en su labor. Estos sujetos dan sentido a su existencia por medio de tareas laborales humanitarias. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar burnout. Este sería

el resultado de un proceso de desilusión donde la capacidad de adaptación del trabajador ha quedado disminuida severamente.

2.6.1.3. Modelo de auto eficacia de Cherniss (1993) La consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto. Sin embargo, la no obtención de esas metas lleva al fracaso psicológico, es decir, a una disminución de la auto eficacia percibida; y por último, al desarrollo del síndrome de burnout. Además, los trabajadores con fuertes sentimientos de auto eficacia percibida tienen menos probabilidad de desarrollar burnout porque experimentan menos estrés en situaciones amenazadoras ya que creen que pueden afrontarlas de forma exitosa.

2.6.1.4. Modelo de Thompson, Page & Cooper (1993) Thompson et al. destacan cuatro factores implicados en la aparición del síndrome de burnout y señalan que la auto confianza juega un papel fundamental en el proceso. Estos factores son: **a.** las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto, **b.** el nivel de autoconciencia, **c.** las expectativas de éxito personal, **d.** los sentimientos de auto confianza. Estos autores plantean que tras variados fracasos en la consecución de las metas laborales junto a altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se suele utilizar la estrategia de afrontamiento de “retirada mental o conductual” de la situación amenazadora. (un patrón de retirada sería la conducta de despersonalización). Estas estrategias tienen como objetivo reducir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales.

2.6.2. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social y a partir de esa comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o de ganancia, lo que conduciría a aumentar el riesgo de padecer el síndrome de burnout.

2.6.2.1. Modelo de Comparación Social de Buunk & Schaufeli (1993) Fue desarrollado para explicar la aparición del síndrome en enfermeras, a partir de este contexto se plantea la etiología del síndrome de burnout que se refiere a la evolución de intercambio social con los pacientes y pone énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Según Buunk & Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de

intercambio social: **1.** la incertidumbre que es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos de cómo actuar, **2.** la percepción de equidad que se refiere al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones, **3.** la falta de control explicada como la posibilidad-capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

2.6.2.2. Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll & Freedy (1993) Es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada conduce al estrés que a su vez puede producir síndrome de burnout. De acuerdo a esta teoría para reducir los niveles de burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y de esta forma eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y por consecuencia el burnout. Las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de síndrome de burnout son las de tipo activo.

2.6.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional

Se basa en función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el burnout. De acuerdo a estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome.

2.6.3.1. Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider & Carter (1988) Propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. En esta secuencia, la despersonalización es la primera fase del burnout, sigue la realización personal disminuida y por último el aumento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), recalca la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral.

2.6.3.2. Modelos de Cox, Kuk & Leiter (1993) Este modelo sugiere que el burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias y que el agotamiento emocional es la dimensión esencial del síndrome. La despersonalización se considera una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento,

y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador. Otro antecedente del síndrome de burnout es lo que Cox & Cols (1993) denominan “Salud de la Organización”, éste se refiere al ajuste entre la coherencia e integración de los sistemas psicosociales de la organización: estructuras, políticas, procedimientos, cultura.

2.6.3.3. Modelo de Winnubst (1993)

Adopta la definición de burnout propuesta por Pines & Aronson (1988). Plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura organizacional. Según lo anterior, la etiología del burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993), la cultura de las organizaciones está determinada por su estructura y por lo tanto, los antecedentes del burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto a la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de burnout.

2.6.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural

Tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar las causas del burnout de manera integral. Se basan en los modelos transaccionales. Estos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del trabajador.

2.6.5 Modelo de Gil-Monte & Peiró (1997)

Explica el síndrome de burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que el síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, ejemplo: falta de salud, baja satisfacción laboral, evitación, pasividad.

2. 7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Sabemos que no existe ningún tratamiento específico para el síndrome de burnout, tampoco una estrategia simple de prevención. Las terapias que se utilizan están encaminadas a restablecer la salud psicológica del afectado y recuperar el rendimiento laboral y se basan en el control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. Debido a que se ha observado un aumento en la incidencia del síndrome de burnout en personas que se dedican a la intervención social (profesionales de la salud, médicos y no médicos, trabajadores sociales, docentes), y al creciente riesgo que existe por el contexto cultural social y económico en el que se desenvuelven, se han planificado varios mecanismos de prevención entre los que tenemos:

1. Apoyo emocional: relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta, proveniente de otro.
2. Apoyo instrumental: son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
3. Apoyo informativo: le permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
4. Apoyo evaluativo: es un feedback de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad.

El tratamiento se basa principalmente en el control del estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol. Entre los mejores antídotos para contrarrestar el síndrome de burnout mencionaremos:

1. Realizar actividad física
2. Reservar tiempo y espacio para el juego y la recreación
3. Revalorizar las relaciones personales y familiares
4. Planificar y desarrollar actividades sociales y de ocio
5. Hacer uso de las vacaciones anuales
6. Implicarse en actividades ajenas a las laborales

CAPITULO 3

3. 1. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1.1. Burnout y la relación con variables socio demográficas y laborales

Algunas variables de tipo socio demográficas y/o laborales pueden intervenir e influir en la aparición del síndrome de burnout, entre las principales tenemos:

3.1.2. Variables de riesgo y protectoras Actúan de forma negativa o positiva según la respuesta del individuo ante los factores estresantes. Las variables de riesgo, en general, pueden concebirse como la existencia de elementos, fenómenos, ambiente y acciones humanas que encierran una capacidad potencial de producir lesiones o daños y cuya probabilidad de ocurrencia depende de la eliminación o control del elemento agresivo. Entre las variables de riesgo que influyen en la salud mental del individuo y provocan, en última instancia resultados nocivos en la salud, en el ambiente laboral y en general en el progreso de la organización tenemos: el género, la edad, el estado civil, el diseño del entorno, las condiciones de trabajo, los salarios, las oportunidades de ascensos, la estabilidad laboral, las horas de trabajo, la turnicidad, el tiempo de servicio, las áreas de desempeño, el descanso y recreación, la motivación. Dentro de las variables protectoras podemos mencionar: compatibilidad entre la persona y el puesto, condiciones favorables de trabajo, apoyo de pares y superiores, trabajo mentalmente desafiante, recompensas justas, el género, la edad, el entorno social, la preparación académica, el apoyo familiar, el apoyo social, la satisfacción laboral, la remuneración de acuerdo a la capacidad, la satisfacción en el trabajo, poca o nula rotación.

3.1.3. Motivación y satisfacción laboral Motivación y satisfacción son dos elementos fundamentales en el ámbito de las organizaciones. Para motivar y tender a la satisfacción del personal se debe, en primer lugar reconocer los aportes individuales que cada persona realiza en la empresa, por lo que es necesario evaluar al trabajador en su actividad laboral, ya que esto permitirá conocer su desempeño y comportamiento y como consecuencia de ello recibir una retribución consistente con el resultado de esta evaluación. A continuación un pequeño aporte por separado tanto de motivación como de satisfacción laboral.

Motivación proviene de los términos latinos: motus “movido” y motio “movimiento”. Para la psicología y la filosofía la motivación encierra aquellas cosas que impulsan a

una persona a realizar determinadas acciones y a persistir en ellas hasta el cumplimiento de sus objetivos. El concepto también se encuentra vinculado a la voluntad y al interés, en otras palabras la motivación es la voluntad para hacer un esfuerzo y alcanzar ciertas metas, y para alcanzar esas metas debemos establecer varios elementos:

3.1.3.1. Esfuerzo Se refiere a la magnitud o intensidad de la conducta que se exhibe para alcanzar una meta o un objetivo ya sea personal o laboral.

3.1.3.2. Persistencia Se refiere al esfuerzo sostenido para alcanzar esa meta u objetivo.

3.1.3.3. Dirección Se refiere a si el esfuerzo y la persistencia van en la vía correcta.

Sabemos que la motivación laboral arranca de una serie de necesidades personales y que se orienta a la satisfacción de éstas a través de realizaciones externas concretas de naturaleza laboral.

La satisfacción laboral según Locke (1976) es el estado emocional, placentero resultante de la percepción subjetiva de las experiencias laborales de la persona. Es la actitud que facilita y hace menos penoso el proceso de satisfacción de las necesidades a las que orienta la motivación. Por ende la satisfacción dependerá de lo que una persona quiere y busca en su trabajo y lo que reportará. Entre las razones específicas de la satisfacción laboral podemos destacar: el gusto por el trabajo, el compañerismo, una buena remuneración.

3.1.4. Investigaciones realizadas

Los modelos de análisis del Síndrome de Burnout han tenido en cuenta las variables de investigación. Para encontrar resultados se hace necesario el estudio de los estresores (el problema causante del estrés) a los que se enfrentan los individuos en el ámbito tanto laboral como social.

En su modelo McLean (1995) se refiere al contexto, la vulnerabilidad y el factor estresante: Pearson (2009) utiliza el modelo de ajuste ambiental donde da más importancia a las percepciones objetivas y/o subjetivas del yo y del ambiente, Baker

plantea su modelo sobre el ambiente de trabajo, otros modelos se basan en las decisiones y Kalmó en los factores psicosociales.

3. 2. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD MENTAL

3.2.1. Definiciones de salud mental

La salud mental ha sido definida de variadas formas por los estudiosos de diferentes culturas. Al hablar de salud mental, los conceptos incluyen el bienestar subjetivo, la autonomía, la competitividad y el potencial emocional entre otros.

La salud mental abarca, en términos generales, el estado de equilibrio entre una persona y su entorno socio-cultural lo que garantiza su participación laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar el bienestar y calidad de vida.

Según Trucco & Horwitz (2003), para algunos científicos la salud mental es equivalente a la madurez emocional, abarcando la capacidad de enfrentar con éxito los problemas de la vida cotidiana, incluyendo los de la familia, el trabajo y la sociedad.

Para otros científicos, la salud mental es equivalente a normalidad, donde este concepto puede ser entendido desde varias perspectivas: **a.** como la ausencia de patología, **b.** como ideal, **c.** como promedio, **d.** como un proceso de interacción entre diferentes sistemas.

Según el profesor García Badaracco, la definición de salud mental es “la capacidad para poder ser, para poder realizarnos como seres humanos, para poder enfrentarnos con los problemas, los conflictos, las dificultades, los avatares de la vida”. Es decir que salud mental sería la capacidad potencial de realizarnos, en nuestra propia vida.

Para el Profesor Miguel Ángel Materazzi la salud mental se parece a una tríada que está formada por: **a.** plasticidad psicológica, **b.** aporte creativo, **c.** participación

Menninger, define la salud mental como la adaptación de los seres humanos a su mundo y entre sí con un máximo de eficiencia y felicidad, entendiendo como la capacidad de mantener siempre un mismo humor, una inteligencia alerta, una conducta social considerada y una disposición feliz.

English, salud mental es una condición suficientemente estable por la cual una persona se encuentra bien ajustada, tiene ganas de vivir y logra la propia actualización

de sí mismo o su autorrealización. Es un estado positivo y no una mera ausencia de trastornos mentales

Bohem, la salud mental es una condición y nivel de funcionamiento grupal que es socialmente aceptable y satisfactorio para uno mismo.

En general la persona que goza de buena salud mental se siente bien, tolera grados razonables de presión, se adapta a las circunstancias que cambian, disfruta de buenas relaciones personales y es capaz de trabajar de acuerdo con su capacidad. Trucco & Horwitz, (2003).

La Organización Mundial de la Salud establece que no existe una definición oficial sobre lo que es salud mental y que cualquier definición al respecto estará siempre influenciada por diferencias culturales, asunciones subjetivas, disputas entre teorías profesionales y demás; pero enuncian que: “es el estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad o dolencia”

“Salud Mental, es el estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

3.2.2. Salud Mental y Estrés

Todos nos hemos sentido estresados en algún momento de nuestra vida. El estrés es una respuesta normal del organismo a circunstancias que presentan algún desafío por motivos tanto felices como tristes. Estamos seguros que un poco de estrés es algo positivo e incluso necesario en nuestro diario vivir.

Los problemas de salud mental son comunes en la población en general. Sabemos que una de cada cinco personas puede presentar síntomas de algún trastorno mental durante un año de trabajo. Las enfermedades mentales son una de las causas del ausentismo laboral y por lo tanto de costos y pérdidas de productividad de las empresas.

El estrés es un fenómeno frecuente en todos los grupos humanos. En el ámbito laboral y debido a sus repercusiones sobre la productividad y bienestar de los trabajadores, adquiere mucha relevancia.

Algunas de las condiciones laborales que permiten promover la salud mental de los trabajadores y facilitar el desarrollo del potencial humano son: **a.** el trabajo proporciona el sustento necesario para la satisfacción de las necesidades básicas del trabajador y de su grupo familiar, **b.** existe preocupación por la seguridad física y psicológica, incluyendo condiciones seguras en cuanto a ambiente, carga y jornada, especial atención en la prevención de accidentes y enfermedades profesionales, **c.** ofrece un clima de trabajo adecuado, facilitando confianza, respeto y apoyo en las relaciones interpersonales, **d.** se reconoce el trabajo bien realizado, contribuyendo de este modo a que el trabajador se auto valore y se dignifique en su auto estima, **e.** proporciona oportunidades para que las personas puedan desarrollar sus potencialidades aumentando la autonomía en los puestos de trabajo.

Los principales factores de riesgo para la salud mental son diversos, las características de dichos factores pueden resultar de las condiciones de trabajo por una parte y por otra, de la vulnerabilidad de ciertas personas o grupos de personas.

La relación entre las diversas dimensiones de la vida laboral que pudieran influir sobre la salud mental de las personas en el trabajo es dinámica e interactiva. A la relación entre aquellos factores propios del trabajo y la salud se debe agregar aquella que se produce entre el trabajo y la vida personal, familiar y social del trabajador, así como aquella entre el ambiente y las vulnerabilidades psicológicas y genéticas de cada individuo.

El estrés se ha propuesto como uno de los principales factores que explican la relación entre las condiciones de vida, incluyendo el trabajo y la salud de las personas. Este se produce cuando existe una discrepancia importante entre las capacidades del individuo y las demandas o exigencias de su medio ambiente, de la misma forma puede producirse estrés cuando la discrepancia que existe entre las expectativas que la persona tiene y lo que su realidad ofrece es significativa.

Una de las dimensiones importantes en la vida de la mayoría de las personas adultas es el trabajo y en ese escenario laboral también ocurren hechos, existen situaciones y se generan riesgos que pueden manifestarse por síntomas de estrés.

El estrés ocupacional es consecuencia de múltiples factores causales incluyendo el ambiente físico, trastornos de las funciones biológicas, la carga, el contenido y la organización del trabajo en interacción con todos aquellos otros componentes o

dimensiones de la vida de cada individuo que no dependen necesariamente del trabajo.

La relación entre el trabajo y las enfermedades mentales puede plantearse desde dos perspectivas: **a.** los problemas de las personas que presentan alguna enfermedad mental, que forman parte de la fuerza laboral y los efectos de la enfermedad sobre el desempeño laboral. Las enfermedades psiquiátricas y trastornos emocionales tienen una elevada prevalencia en la población y varía considerablemente en diferentes tipos de ocupación, **b.** las enfermedades mentales asociadas a factores de riesgo en el ambiente de trabajo. Dado que se desconoce la etiología precisa de la mayoría de enfermedades mentales, es difícil asignar al trabajo un papel causal específico. La prevalencia diferenciada de ciertos trastornos según ocupaciones y la evidencia de su asociación con factores de estrés ocupacional sugieren un rol patogénico para ciertas variables de origen laboral

3.2.3. Síntomas somáticos

Desde la aparición del síndrome de burnout, es normal que el trabajador reaccione ante cualquier agente estresante, con síntomas tales como: frecuentes dolores de cabeza, de cuello, de espalda, dolores musculares, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, cansancio, fatiga crónica, hipertensión arterial, trastornos digestivos, ansiedad e insomnio, como un proceso adaptativo caracterizado por una reacción de alarma seguida de una fase de resistencia, para concluir en un agotamiento.

3.2.4. Ansiedad e insomnio

La ansiedad es una de las principales causas de los problemas de insomnio, especialmente del llamado insomnio de conciliación en el que la persona tarda mucho tiempo en poder conciliar el sueño.

Casi todos vamos a experimentar ansiedad e insomnio en algún momento de nuestra existencia, en razón del estilo de vida moderno no estamos a salvo de algunas preocupaciones o presiones.

Se considera insomnio a la incapacidad para dormir o dormir poco durante varios días consecutivos, por eso se descarta que un día y de forma aislada una persona no haya podido dormir. Junto a esta sintomatología la persona afectada debe sentir una

disminución física, psíquica o psicológica que le impida realizar sus actividades con normalidad, presentarse a trabajar, asistir a clases y en general realizar sus tareas de forma continuada en el tiempo. Entre los diferentes tipos de insomnio mencionaremos: **a.** insomnio de conciliación que es la incapacidad para dormir una vez que nos hemos acostado con esa intención, tardando varias horas hasta que finalmente logramos dormir, **b.** insomnio de mantenimiento o despertares múltiples que consiste en que la persona se duerme con facilidad pero al poco tiempo se despierta, a lo largo de la noche tiene varios despertares que impiden un sueño reparador, **c.** insomnio de despertar precoz en el que la persona duerme poco tiempo, despertándose muy temprano por la mañana y siendo incapaz de volver a conciliar el sueño, sin haber descansado lo suficiente razón por la que durante todo el día pasará somnolienta.

Cabe la pregunta ¿qué papel juega la ansiedad?, ¿qué tipos de insomnio están relacionados con la misma?, ¿qué podemos hacer para dormir? A nivel fisiológico la ansiedad supone una sobre valoración de nuestro sistema de alarma lo que genera completa incapacidad para poder dormir.

Principalmente la ansiedad afecta al insomnio de conciliación y al de despertar precoz. El insomnio de despertares nocturnos está más asociado a estados depresivos que a problemas de ansiedad.

En el insomnio de despertar precoz ocurre que pese a que el cuerpo se ha dormido, el nivel de activación basal está muy elevado razón por la que no se puede mantener el sueño por mucho tiempo. En estos casos se recomienda realizar alguna actividad relajante antes de acostarse: ejercicios de respiración, relajación, un baño caliente, un masaje delicado.

3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria

Quienes padecen burnout, a más del estrés presentan sintomatologías muy relevantes como la baja autoestima y ausencia de apoyo social mostrando que esos síntomas, al parecer, están relacionados y son consecuencia de complejas interacciones entre la persona y su entorno.

Suele relacionarse la baja autoestima con la disfunción social, pero no en todos los casos. La disfunción social también se asocia con sucesos y cambios laborales experimentados por cada persona, Alvarez et al. (1991).

La disfunción social es el factor más importante cuando de medir la gravedad de los síntomas y el tratamiento hablamos, pues el rechazo social causa gran daño en la personalidad de los sujetos.

Los resultados de una disfunción social persistente son: **a.** angustia, que es el estado anímico de extrema inquietud ante un peligro no definido; **b.** ansiedad, que es el temor anticipado de un peligro futuro, de origen desconocido o no reconocido; **c.** tristeza, que es la falta de ánimo, estado de depresión.

3.2.6. Tipos de depresión

La depresión es un pesar que adormece, interrumpe o anula la acción, desborda en una sensación de angustia que puede resultar difícil de contener, tendiendo a veces a extenderse inexorablemente en una psique que parece dotada de una inagotable capacidad de experimentar sufrimiento mental, reapareciendo con frecuencia, aún después de una aparente cura.

Entre los signos y síntomas que acompañan a la depresión (ininterrumpidamente, por más de catorce días), tenemos: **a.** tristeza o ánimo deprimido la mayor parte del día, **b.** disminución importante del interés en la mayor parte de las actividades diarias, **c.** aumento o disminución importante del apetito, **d.** insomnio o sueño excesivo, **e.** lentitud de movimientos o agitación, **f.** cansancio inexplicable o pérdida de energía, **g.** sentimientos de inutilidad o culpabilidad, **h.** llanto más frecuente de lo normal, **i.** indecisión o capacidad disminuida para pensar o concentrarse, **j.** pensamientos recurrentes de abandono, suicidio o muerte.

La depresión se presenta de diferentes formas, las mismas que son clasificadas de acuerdo a los síntomas, la severidad y persistencia de los mismos:

3.2.6.1. Trastorno depresivo mayor, es el grado más alto de la enfermedad y se traduce en la incapacidad absoluta para trabajar, estudiar, dormir, comer, realizar cualquier tipo de actividad cotidiana, abandono de las aficiones y el esparcimiento. Generalmente existe cierta predisposición a padecerla y si bien es cierto que un caso de depresión severa puede ocurrir una sola vez en la vida, también se corre el riesgo de que se repita y que la persona afectada necesite continuar con el tratamiento durante toda su vida.

3.2.6.2. Trastorno distímico, es un nivel menos grave de depresión que incluye síntomas crónicos a largo plazo (dos años como mínimo) y que interfiere en el desenvolvimiento y en el bienestar de la persona. Se puede confundir fácilmente con estrés o cansancio. Los efectos de la distimia no incapacitan pero impiden el normal desarrollo de las actividades más comunes. Las personas afectadas con este tipo de depresión no muestran cambios aparentes en el comportamiento diario, aunque se quejan de tener menos energía, negatividad general y un sentido de insatisfacción y desesperanza.

3.2.6.3. Trastorno bipolar o trastorno maníaco-depresivo, es menos frecuente pero no por eso menos grave. Se caracteriza por cambios cíclicos en el estado de ánimo: fases de ánimo elevado o eufórico (manía) y fases de ánimo bajo (depresión). Los cambios anímicos generalmente son lentos razón por la que hay que poner especial atención a cada uno de ellos. Cuando la persona atraviesa el período depresivo, es común observar todas las características de una depresión severa. Cuando se manifiesta el ciclo maníaco es posible que en la euforia e hiperactividad de esta fase la persona se vea involucrada en problemas o emprendimientos tanto económicos como personales que luego se le pueden ir de las manos. Si el trastorno bipolar no es tratado con mucha responsabilidad, puede convertirse en un estado psicótico (pérdida temporal de la razón)

3.2.6.4. Depresión post parto, caracterizada por la sensación de tristeza, repentino llanto y dificultades de concentración. Generalmente se presenta luego de cuatro días de haber dado a luz y desaparece después de transcurridos los diez días. En ocasiones, sin embargo pueden llegar a intensificarse y perdurar por lo que será necesario solicitar asistencia profesional para superar esta condición.

3.2.6.5. Desorden afectivo emocional, es la depresión que ocurre en la misma temporada, cada año, generalmente durante los meses de invierno u otoño. También existe una fase menos conocida que se presenta a comienzos del verano y termina en el otoño. Esta no es una tristeza normal ya que persiste por mucho tiempo y precisa de ayuda médica.

3.2.6.6. Depresión doble, la mayor parte de los pacientes con distimia sufrieron en algún momento, como mínimo, un episodio de depresión mayor (denominada a veces

como depresión doble) en algún momento de su vida. Los expertos creen que estas depresiones dobles deben ser consideradas como parte del curso natural de la distimia siendo las mujeres más propensas a la depresión doble.

3.2.6.7. Depresión atípica las personas que padecen depresión atípica generalmente comen y duermen en exceso, tiene un sentido general de pesadez y un sentimiento fuerte de rechazo.

3.2.7. Investigaciones realizadas

Investigación realizada por seis miembros del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud de la Universidad de Guadalajara (2004). El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout, sus manifestaciones clínicas y la relación entre ellas, en los médicos familiares del Instituto Mexicano de Seguridad Social de Guadalajara, México.

Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos socio demográfico y laboral, además de la escala Maslach Burnout Inventory y se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero la dimensión que se comportó como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional.

3.3. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO

3.3.1. Definición de afrontamiento

Todo esfuerzo que hagamos por reducir, controlar o manejar las amenazas que nos conducen al estrés se conocen con el nombre de afrontamiento.

El afrontamiento es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes, aunque la puesta en marcha de este proceso no garantiza el éxito del mismo, Fernández-Abascal (1997).

Lazarus & Flokman (1986) definieron el afrontamiento como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Esta definición ha

sido adoptada en la mayoría de trabajos referidos al afrontamiento, sobre todo en el ámbito de la Psicología de la Salud.

3.3.2. Teorías de afrontamiento

Pese a las controversias acerca de la definición de estrés, los investigadores están de acuerdo en que el afrontamiento es un importante moderador de los procesos de estrés, incluido el burnout.

El afrontamiento se deriva por un lado de la experimentación tradicional con animales, y por otro de la teoría psicoanalítica del ego. Según el modelo animal el afrontamiento es la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar. Este planteamiento ha sido criticado por muy simplista ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se sostienen solo en conductas de evitación y huida. Por otro lado el modelo psicoanalítico de la Psicología del Ego manifiesta que el afrontamiento es el “conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por lo tanto, reducen el estrés” Lazarus & Folkman, (1986). Por supuesto, este modelo está cerca de la Psicología Cognitiva que es la que ha aportado más soluciones al problema poniendo énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno.

Una de las formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger (1963), que identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

A partir del análisis de estos modelos tradicionales, Lazarus & Folkman (1986) manifiestan del afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. Así pues, el afrontamiento viene a ser un proceso y no un rasgo. Una característica importante de la conceptualización de Lazarus & Folkman (1986) es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre las que resaltan: las incluidas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional. El tipo de afrontamiento

dirigido al problema engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: las que se refieren al entorno y las que se refieren al sujeto. Las primeras tratan de solucionar el conflicto definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), como son los obstáculos, los recursos y los procedimientos. Las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo y desarrollo de nuevas pautas de conducta. El afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se puede hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

Wylie (1979) postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de éste.

La teoría del afrontamiento propuesta por Lazarus todavía representa el punto de vista predominante para estudiar las relaciones entre el ser humano, los estresores y la conducta.

3.3.3. Estrategias de afrontamiento

Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar y si es posible anular los efectos de las situaciones amenazantes.

Burke, (1998) luego de innumerables trabajos menciona cinco grupos de estrategias de afrontamiento ante potenciales situaciones de estrés: hablar con otros, trabajar más duro durante más tiempo, cambiar a una actividad de tiempo libre, adoptar una aproximación de solución de problemas y alejarse de la situación estresante. Las principales estrategias de afrontamiento en función del nivel en que se producen, podemos agruparlas en tres categorías: individuales, grupales y organizacionales.

3.3.3.1. Estrategias de afrontamiento individuales, a nivel individual, el empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previenen el desarrollo del síndrome de burnout; por el contrario, el empleo de estrategias de evitación o de escape facilitan su aparición. Dentro de las primeras tenemos el

entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad y el entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo. También podemos incluir como estrategias eficaces el olvidar los problemas laborales al concluir la jornada diaria, tomar pequeños momentos de descanso durante las horas de trabajo, plantearse objetivos reales y factibles de conseguir, desarrollo de conductas que eliminen las fuentes de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo, conservar y aumentar las amistades con interacciones satisfactorias y emotivas, no creerse indispensable, delegar responsabilidades, solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o cuando no se está preparado para afrontarlo, compartir los problemas laborales, las dudas y opiniones con los compañeros.

3.3.3.2. Estrategias de afrontamiento grupales, el apoyo familiar, la pareja, los amigos y los compañeros constituyen la mejor protección frente a la tensión emocional y sobrecarga diaria. Las relaciones positivas dentro de la organización (superiores, equipo técnico y trabajadores) propiciarán un clima laboral favorable y la comunicación efectiva entre sus miembros, estimulando la colaboración en el cumplimiento de las tareas.

En este nivel el empleo de estrategias de prevención e intervención proporciona a los individuos nueva información, adquieren nuevas habilidades o mejoran las que ya poseen, obtienen refuerzo social y retro información sobre la ejecución de las tareas y consiguen apoyo emocional, consejos u otro tipo de ayuda.

Pines (1993) define seis formas de ofrecer apoyo: escuchar de forma activa, dar apoyo técnico, crear necesidades y pensamiento de reto, desafío y creatividad, apoyo emocional desafiante, participar en la realidad social de la persona confirmando o cuestionando las creencias sobre sí mismo: auto concepto, auto eficacia y autoestima.

3.3.3.3. Estrategias de afrontamiento organizacionales, desde la administración se plantea la necesidad de intentar articular estrategias de prevención y de intervención que mitiguen el malestar de los trabajadores. En este sentido la dirección de la organización debe desarrollar programas de prevención dirigidos a manejar el ambiente y el clima de la organización puesto que los desencadenantes del síndrome de burnout son estresores percibidos con carácter crónico, cuyas variables están en gran medida, con relación al contenido del puesto, disfunciones en el desempeño de roles y el clima laboral. Por tanto, es conveniente que los directivos establezcan

políticas de gestión que integren programas en las siguientes líneas: programas de socialización anticipada, que son de carácter preventivo y pretenden que el choque con la realidad se experimente antes de que el profesional comience su vida laboral, adquiriendo habilidades para desarrollar su actividad; programas de evaluación y retro información, pretenden proporcionar retro información desde la dirección de la organización y desde cada departamento, no presentando la información como juicio sino como parte de los programas de desarrollo organizacional; programas de desarrollo organizacional, que buscan mejorar las organizaciones a través de esfuerzos sistemáticos y planificados a largo plazo, focalizados en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la misma, entendiendo que la mayor parte de las personas están motivadas hacia el crecimiento y desarrollo personal si se encuentran en un ambiente propicio.

En resumen, las estrategias que utilizemos para afrontar el estrés serán definitivas para su superación y para nuestro bienestar. Ahora bien, esas estrategias están mediatizadas por nuestros moldes mentales habituales; es más, la generación de mayor o menor número de situaciones estresantes están influenciadas por cuales sean nuestros moldes cognitivo-afectivos, que vienen a ser como un conjunto de estrategias o hábitos mentales pertenecientes a la inteligencia emocional.

3.3.4. Investigaciones realizadas

Fernández-Abascal (1997) ha realizado un listado pormenorizado de las diferentes estrategias de afrontamiento que han sido definidas en la literatura científica. Se identificaron como tales dieciocho estrategias diferentes y se construyó la “Escala de Estilos y Estrategias de Afrontamiento”

Investigación realizada en el año 2009 por Lucía Carolina Barbosa Ramírez, María Liliana Muñoz Ortega, Paola Ximena Rueda Villamizar, Karen Giselle Suárez Leiton de la Pontificia Universidad Javeriana. Objetivo: determinar el nivel del síndrome de burnout existente en docentes universitarios pertenecientes a la facultad de Educación de una universidad privada de la ciudad de Bogotá y las relaciones existentes entre dicho nivel con variables de género y antigüedad laboral y con las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente por ellos. Se contó con la colaboración voluntaria de treinta docentes. El nivel del síndrome fue bajo para las categorías de cansancio emocional y despersonalización; y, medio para realización personal. Las

relaciones estadísticas no fueron significativas para género, antigüedad en el cargo y estrategias de afrontamiento. Se establecieron como estilos de afrontamiento más utilizados: desarrollo personal, resolución del problema, planificación y reevaluación positiva y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres.

3.4. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

3.4.1. Definiciones de apoyo social

Lieberman, Menaghan & Hullan (1981), citado por Barrón & otros, (1988) define al apoyo social como el acceso a y uso de individuos, grupos y organizaciones para tratar con las vicisitudes vitales.

Kahn & Antonucci (1981), lo definen como aquellas transacciones interpersonales que implican ayuda, afecto y afirmación.

Lin (1986) concibe el apoyo social como provisiones instrumentales o expresivas, reales o percibidas, dadas por la comunidad, redes sociales y amigos íntimos.

Gottlieb, citado por Barrón, Lozano & Chacón, (1988) define el apoyo social como “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos para el receptor”

A continuación se presentan varias definiciones que los investigadores han dado al apoyo social: **a.** “el apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas”, **b.** “información que permite a las personas creer que: **1.** se preocupan de ellas y les quieren, **2.** son estimadas y valoradas, **3.** pertenecen a una red de comunicación y de obligaciones mutuas”, **c.** “transacciones interpersonales que implican la expresión de afecto positivo, la afirmación o respaldo de los valores y creencias de la persona y/o la provisión de ayuda o asistencia”, **d.** “la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas”, **e.** “el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros”.

3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Las principales teorías propuestas para explicar los efectos positivos que el apoyo social tiene sobre la salud y el bienestar son: una afirma que el apoyo social actúa sobre estas variables de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que esté sometida la persona, Barrón. (1996). Thoits (1985), desde el Interaccionismo Simbólico establece tres mecanismos de actuación dentro de estos efectos directos: **a.** incremento de la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas al desempeñar sus diferentes roles sociales, **b.** incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento, **c.** un aumento de la percepción de control, auto eficacia y dominio sobre el ambiente, lo que incrementa su bienestar.

Todo ello protege a la persona frente a los efectos perjudiciales de los posibles acontecimientos vitales estresantes.

La teoría denominada del “Efecto Buffer” o “Amortiguador”, postula la existencia de un efecto amortiguador del apoyo social en la respuesta fisiológica del organismo ante situaciones de estrés, Cohen. (1988).

Heller & Swindle (1983) han desarrollado un modelo de apoyo social en el que, basándose en la hipótesis original del modelo de Buffer, incorporan otros aspectos: la historia previa del aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, los estilos de afrontamiento que presenta cada persona. Todos estos elementos junto con la provisión o disponibilidad subjetiva de apoyo proveniente de la red social van a influir en la valoración cognitiva de la situación de estrés así como en las respuestas de afrontamiento

Según el modelo transaccional de Lazarus & Folkman (1986), el apoyo social actuaría tanto sobre la evaluación primaria como la secundaria. Sobre la primaria, la provisión de soporte de otras personas ayudaría a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante; sobre la secundaria, el disponer de los recursos aportados por su red (emocionales, instrumentales, de información) aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación, promoviendo conductas saludables en el sujeto que le ayudan a reducir las reacciones negativas ante el estrés, Cutrona. (1986).

Barrera (1988) ha reformulado la conexión entre estrés, apoyo social y salud, proponiendo una relación curvilínea: el apoyo social no da lugar a un decremento del estrés cuando la persona se ve expuesta a unos niveles intensos de estrés. Será en situaciones de estrés moderado cuando se apreciarán diferencias en la aparición de síntomas entre aquellas personas que cuentan con un alto apoyo social y las que no.

Lin & Ensel (1989) proponen un paradigma integrador, en el que incorporan tanto el ambiente social como el puramente fisiológico, así como el psicológico. Cada uno de estos ámbitos, según los autores, viene determinado por la presencia de estresores y de recursos que facilitan su afrontamiento. El apoyo social representa el recurso social más importante con el que superar las adversidades que acompañan a los acontecimientos vitales estresantes. Todos los elementos en conjunto van a ejercer su influencia sobre el bienestar de la persona.

3.4.3. Apoyo Social Percibido

Desde una perspectiva psicológica y funcional, la evaluación que realizan las personas del apoyo social, se encuentra condicionada por la percepción subjetiva de ser apoyado y por la experiencia vivida a través del apoyo real, el apoyo social percibido hace referencia a dos tipos de informes subjetivos: apoyo social recibido, evaluación que realiza el receptor de apoyo en relación al apoyo recibido; apoyo social previsto, evaluación del apoyo ofrecido por parte de quien lo provee.

Bowling sitúa el apoyo social como uno de los determinantes de la salud en general, aunque la eficacia del apoyo se encuentra directamente relacionada con la percepción de los beneficios que tenga el sujeto receptor. Así, cada una de las dimensiones del apoyo social ha sido evaluada en función de los beneficios que aportan a distintos fenómenos psicosociales como son las enfermedades psiquiátricas, la adherencia a tratamientos, enfermedades crónicas, etc.

3.4.4. Apoyo Social Estructural

Las redes sociales proporcionan el marco estructural y los recursos necesarios para que el apoyo social se haga accesible al individuo desde un marco funcional. El apoyo social estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo. Este tipo de apoyo subraya la importancia de los aspectos estructurales de las relaciones entre las personas, sin tener en cuenta la función que cumplen, su unidad de análisis es la red social. Se asume que los

beneficios de las redes sociales son directamente proporcionales a su tamaño y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma, lo cual obviamente es cuestionable ya que olvida entre otras cosas, la existencia de conflictos asociados a las redes. La importancia de esta perspectiva radica en que ofrece datos completos acerca de la potencialidad del ambiente social para ofrecer funciones de apoyo a sus miembros y es imprescindible para comprender los contextos en que puede surgir el apoyo.

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

3.4.5. Investigaciones realizadas

Investigación realizada por Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno y María Berenice Reyes Pérez de la universidad Veracruzana en Xalapa, México (2004). En este estudio “se aborda el papel que desempeña el apoyo social en la prevención de enfermedades, considerando que hace referencia a las relaciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo y mantienen ciertas conductas que se relacionan entre sí. Cuando el apoyo social es inadecuado o no se proporciona, puede contribuir o facilitar el desarrollo de enfermedades, en particular el síndrome de burnout”. El presente trabajo estudia la incidencia de los efectos del apoyo social en el síndrome mencionado. Se establece como conclusión, en cuanto al apoyo social, que cuando el individuo recibe y percibe un adecuado apoyo por parte de su red, independientemente de que este sea técnico, emocional, económico, moral, etc., llega a ser tan benéfico que puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo e incrementar la autoestima, mejorar el estado de salud y bienestar y por lo tanto la calidad de vida. El grado de integración social tiene sus determinadas consecuencias para el ser humano en lo biológico, lo psicológico y lo social.

3.5. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD

Se han expresado múltiples definiciones de la personalidad, la mayoría de ellas consideran la estructura psicológica total del individuo, que se manifiesta a través de

su forma de pensar, de expresarse, de actuar y en sus actitudes e intereses. La personalidad incluye aspectos intelectuales, afectivos, impulsivos, volitivos, fisiológicos y morfológicos.

3.5.1. Definiciones de personalidad

Derivado del latín persona: máscara utilizada por los actores en las obras teatrales de la civilización greco-romana. El término extendió su significación, en tiempos de Cicerón, para designar retórica y metafóricamente el rol de todo ser humano en la vida social.

Freud (1917). “La personalidad humana es el producto de la lucha entre tres fuerzas en interacción, que determinan el comportamiento humano: id (ello), ego (yo) y súper ego (súper yo)”.

Guilford (1959). “La personalidad de un individuo es, por tanto su patrón único de rasgos”.

Pinillos (1966). “La personalidad representa la estructura intermedia que la psicología necesita interponer entre la estimulación del medio y la conducta con que los sujetos responde a ella, justamente para dar razón del modo individualizado en que lo hacen”.

Mischel (1968). “Personalidad designa los patrones típicos de conducta (incluidos los pensamientos y las emociones) que caracterizan la adaptación del individuo a las situaciones de su vida”.

Allport (1977). “Personalidad es la organización dinámica, en el interior del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan su conducta y su pensamiento característicos”.

Eysenck (1987). “La personalidad es la suma total de los patrones de conducta actuales o potencial de un organismo en tanto que determinados por la herencia y el ambiente y que se originan y desarrollan mediante la interacción de las siguientes áreas: cognitiva (inteligencia), conativa (carácter), afectiva (temperamento) y somática (constitución)”.

Brody (1992) “La personalidad venía constituida por aquellas características de las personas que son más esenciales para el propósito de entender y predecir sus conductas idiosincrásicas”.

Resumiendo, sostenemos que: personalidad es el conjunto de modalidades adaptativas que el individuo utiliza en su contacto cotidiano con el ambiente en que se desenvuelve, es la agrupación relativamente durable de rasgos y patrones de conducta que presiden el grupo de situaciones interpersonales características de la vida humana, (temperamento y carácter).

3.5.2. Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud)

En términos generales las múltiples causas que generan estrés pueden ser las mismas en todas las personas, las diferencias se presentan cuando tomamos en cuenta la forma de interpretar las situaciones estresantes y las consiguientes respuestas adaptativas. Las reacciones al estrés son dependientes, entre otros factores, de la personalidad.

El análisis nos permite distinguir los diferentes perfiles psicológicos, comúnmente llamados patrones de conducta. Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, actitudes, creencias y una determinada activación fisiológica.

Hablando de personalidad psicológicamente sana y equilibrada describiremos las siguientes características: son personas que saben reaccionar ante diferentes situaciones de forma muy variada, es decir poseen un amplio repertorio de conductas las mismas que las utilizan de acuerdo a las exigencias de la vida, en lugar de reaccionar de forma rígida e inflexible, tienen múltiples y diferentes actividades en lugar de centrar su vida y su atención alrededor de un mismo tema, son capaces de tolerar las situaciones de presión y enfrentarse a ellas venciendo las dificultades y contratiempos, la forma de verse a sí mismas, a los demás y al mundo en general se ajusta bastante a la realidad, poseen una mayor capacidad de afrontamiento ante las enfermedades o situaciones negativas, son optimistas, poseen una autoestima elevada y disfrutan de la vida.

Habitualmente se han definido tres tipos de personalidad relacionados con los diferentes trastornos de salud: tipo “A”, tipo “B” y tipo “C”, Meyer Friedman & Ray Rosenman, (1959).

3.5.2.1. Personalidad tipo “A”. A los sujetos con personalidad tipo A se los puede describir como personas impacientes, muy competitivas, ambiciosas, agresivas en los negocios, con dificultades para relajarse o tomar vacaciones. Generalmente a las personas con este tipo de personalidad no les gusta relacionarse con los sujetos de personalidad tipo B. La personalidad tipo A impulsa a los individuos a estar apresurados todo el tiempo, generalmente son personas que trabajan por largas y extenuantes jornadas realizando varias actividades a la vez, se impacientan mucho cuando no salen las cosas de acuerdo a lo previsto, siempre están estresadas y casi todo el tiempo se encuentran de mal humor.

3.5.2.2. Personalidad tipo “B”. Los individuos de personalidad tipo B, por el contrario, son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de conducir, mantiene un perfil bajo, no sobresalen en los negocios, posponen sus tareas o las dejan de lado para retomarlas cuando se sientan con deseos de completarlas, son personas un tanto apáticas, no se fijan metas difíciles ni a largo plazo, les gusta llevar las cosas con calma y no permiten que les gane el estrés.

3.5.2.3. Personalidad tipo “C”. Se trata de personas poco asertivas que se someten a los deseos de los demás y rara vez tienen en cuenta sus propias necesidades, preferencias y decisiones, tienden a ocultar sus emociones negativas y tratan de mantener una apariencia calmada y positiva ante los demás aunque en su interior puedan estar experimentando tristeza y desesperanza. Son personas incapaces de expresar la ira, pueden sentirla pero la suprimen de inmediato, la ignoran o la refrenan, tampoco expresan o experimentan otras emociones negativas como el miedo, la tristeza, la ansiedad; lo que suelen hacer, es reprimirlas o suprimirlas. Entre otros rasgos, en este tipo de personalidad podemos mencionar que: son pacientes, amables, extremadamente preocupadas por complacer a los demás y ser aceptadas por ellos, no suelen quejarse y tienden a sacrificarse por los otros de forma excesiva.

3.5.3. Patrones de conducta y personalidad

Los patrones de conducta de una persona reúnen rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta manifiesta y una determinada activación psicofisiológica. Los seres humanos, desde que nacemos desarrollamos patrones de conducta, por esta razón nuestro comportamiento es el resultado de nuestra experiencia. Los patrones de conducta han sido catalogados como las predisposiciones de las personas en

cuanto a sus actitudes y el modo de afrontar situaciones condicionadas por la escala de valor utilizada por una sociedad determinada.

Tanto la personalidad como los trastornos de la misma se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta, estos esquemas permanecen inactivos hasta que ciertas situaciones los activan, generando en la persona ciertos patrones de conducta. A continuación más destacados:

3.5.3.1. Patrón de conducta tipo A. Se evidencia el Patrón de Conducta tipo A por la acción-emoción creada en un ambiente de demandas desafiantes en el que los sujetos muestran impaciencia, son apresurados, agresivos, estresados, hostiles, competitivos, muy exigentes, irritables, con excesiva actividad laboral y compromiso, irritables, con gran orientación hacia el logro, estatus social elevado y éxito.

3.5.3.2. Patrón de conducta tipo B. Este Patrón de Conducta se presenta en las personas de una manera relajada y tranquila, tienen confianza en sus potencialidades, están pendientes de alcanzar la satisfacción y el bienestar personal, sus relaciones interpersonales se llevan a cabo de una manera relajada, son abiertos a las emociones tanto positivas como negativas

3.5.3.3. Patrón de conducta tipo C. Las personas con un Patrón de Conducta tipo C son: extraordinariamente colaboradoras, con un estilo de vida pasivo, no asertivas, con actitudes de sumisión y resignación, introvertidas, obsesivas, resignadas, apacibles, conformistas, deseosas de obtener aprobación social. Price (1982)

3.5.4. Locus de Control

El Locus de Control hace referencia a la creencia de que los sucesos de la vida diaria y sus efectos son controlables por decisiones propias. Esta dimensión tiene dos extremos: en el uno el locus de control externo y en el otro el locus de control interno.

Según Rotter, (1996) los individuos que atribuyen los resultados de sus actividades a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral mostrando: insatisfacción, desamparo, síntomas del síndrome de burnout; y, las personas con

locus de control interno suelen percibir menos amenazas, se orientan hacia las metas en su actividad laboral, suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema.

Weiner, (1979) subdivide el concepto de Locus de Control en "lugar de causalidad" y "controlabilidad". Según el autor existen causas internas que son incontrolables pero también causas externas controlables

3.5.5. Investigaciones realizadas

Investigación realizada sobre el Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de la Paz (2010) elaborado por Eric Roth doctor en Psicología, Vicerrector de la Universidad Católica Boliviana y Bismarck Pinto, doctor en Psicología, Coordinador del Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento, con una muestra de doscientas quince enfermeras de siete hospitales en la ciudad de La Paz en la que se establece la relación entre el "Burnout", la satisfacción laboral y los rasgos de personalidad. Una de las consecuencias del enfoque desde la Psicología Laboral y Social que Maslach & Jackson (1981) le dieron al síndrome de burnout es que no se había realizado muchos estudios e investigaciones sobre las variables de personalidad y las diferencias individuales que entran en juego en el síndrome de estar quemado o síndrome de burnout. Entre las conclusiones a las que llegaron estos autores tenemos que las enfermeras con personalidad resistente, presentan las mejores características de afrontamiento ante el síndrome de Burnout, de igual manera las profesionales con un locus de control de tipo interno son las más capacitadas para tolerar y superar la dolencia.

IV. METODOLOGIA

4. 1. DISEÑO DE LA INVESTIGACION

Mediante la presente investigación “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba”: podemos conocer si existe el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de instituciones sanitarias, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad. Esta investigación posee las siguientes características:

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

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

Es transeccional (transversal): centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

Es exploratoria: Se trata de una exploración inicial en un momento específico.

Es descriptiva: Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

4. 2. PREGUNTAS DE INVESTIGACION

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

4.2.2. ¿Qué características socio demográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout?

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

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

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

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

4.3. POBLACION

La población voluntaria que intervino en este estudio está compuesta por quince (15) médicos/as de diferente especialidad y quince (15) enfermeros/as en servicio activo, del Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba, independientemente de los años de servicio, edad, género y ubicación geográfica (urbano-rural).

Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: **variables socio demográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad**, los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentre vinculado a instituciones de salud.

4.4. INSTRUMENTOS:

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación, los cuales detallamos a continuación:

4.4.1. Cuestionario Socio demográfico y laboral. Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad de recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

4.4.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI). Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta a la persona a nivel personal, social y laboral.

La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los evalúa por medio de tres escalas que son:

- Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.

- Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización Personal: Indica el grado de realización, logro y auto eficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

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

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- Ansiedad e insomnio: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.
- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

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

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- Auto - distracción: Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.

- Apoyo instrumental: La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre como sobrellevar la situación.
- Apoyo emocional: Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- Reinterpretación positiva: Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- Aceptación: Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- Negación: Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- Religión: El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- Desahogo: La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- Desconexión conductual: Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- Humor: Hacer burlas y reírse de la situación estresante.

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

- Apoyo emocional: Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- Apoyo material o instrumental: Contar con ayuda doméstica.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Incluye contar con otras personas para comunicarse.
- Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

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

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

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

4. 5. Guía de instrucciones para la aplicación de los instrumentos

4.5.1. Cuestionario Sociodemográfico y laboral. Es una encuesta auto administrada, busca recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados.

La forma de responder en la primera y segunda parte de la encuesta (datos personales y datos laborales) es mediante la colocación de un visto o una cruz en la casilla correspondiente a la respuesta que el encuestado considere pertinente; en la última parte de la encuesta se busca recabar datos sobre la percepción de valoración y satisfacción en el trabajo por lo que se le presenta al profesional la posibilidad de escoger su repuesta marcando la numeración correspondiente en una escala de likert donde el valor 1 equivale a “nada valorado”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado” . Además en este cuestionario existen preguntas en las cuales se mostrará

una línea como esta: _____, cuya finalidad es que el encuestado llene el espacio según sea su respuesta.

4.5.2. Maslach Burnout Inventory (MBI). El MBI es un cuestionario auto administrado que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. En este instrumento se presentará al sujeto 22 afirmaciones que permitirán valorar sus sentimientos y pensamientos acerca del trabajo y que deberán ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de likert que presenta 7 opciones de frecuencia.

A continuación se presenta un ejemplo con la escala que indica el la frecuencia y el número que corresponde.

Nunca	Alguna vez al año o menos	Alguna vez al mes o menos	Alguna vez 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. Mi trabajo tiene demasiadas demandas físicas.							

4.5.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28). El GHC28 es un cuestionario de tipo auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general. Este instrumento presenta al individuo 28 preguntas y cada una de ellas 4 tipos de opciones de respuesta que varían desde afirmar que lo que se pregunta sucede mucho, bastante, no más de lo habitual o nunca; al lado izquierdo de cada una de las opciones de respuesta se encuentra una casilla o recuadro en la que el encuestado deberá marcar la opción que más se ajuste a su situación. A continuación se presenta como ejemplo una de las preguntas de este cuestionario:

A4. ¿Está siempre muy cansado a pesar de haber dormido bien en la noche?

1. No, en absoluto.
2. No más de lo habitual.
3. Bastante más que lo habitual.
4. Mucho más que lo habitual.

4.5.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento. (BRIEF-COPE) Este inventario busca conocer la manera en la que individuo responde ante el estrés o situaciones difíciles, presenta 22 afirmaciones en las que el tipo de respuesta se encuentra en una escala de likert que varía desde el número 1 hasta el 4, tal como se presenta a continuación:

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. He estado culpando a los demás de todos mis problemas.	1	2	3	4
---	---	---	---	---

4.5.5. Cuestionario MOS de apoyo social. El cuestionario MOS de apoyo social es un instrumento auto-administrado, que consta de un total de 20 ítems, dividido en dos partes:

La **primera parte** corresponde a la **primera pregunta** donde se pide al individuo que coloque una **cantidad en números** de cuantos amigos íntimos tiene y cuantos familiares cercanos posee.

La **segunda parte** comprende los ítems 2 hasta el 20 en donde el encuestado hará un visto o una cruz en la casilla correspondiente según la **frecuencia** con la que tiene el tipo de apoyo mencionado en los ítems. Ejemplo:

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

	1	2	3	4	5
1. Alguien a quien pueda contarle sus preocupaciones.					

4.5.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQ-R. Este instrumento es también auto administrado y propone una serie que consta de 24 preguntas cuya finalidad es conocer el tipo de personalidad del encuestado. El tipo de

respuesta es de carácter dicotómico, es decir solo puede escoger entre dos opciones que este caso son: “sí” o “no”. Ejemplo:

Descripción	Si	No
1 ¿Considera que las personas a su alrededor están siempre en su contra?		

4. 6. RECOLECCION DE DATOS

Los datos de la presente investigación fueron obtenidos por medio de la aplicación de los cuestionarios arriba descritos y que fueron entregados en persona, en sobre cerrado, a cada uno de los participantes, luego de la correspondiente explicación del uso de cada uno de los ellos y el objeto de la investigación; a partir de la aceptación y autorización por parte del Director del Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba para la recolección de la información; y, la aprobación del centro de prácticas por parte de las autoridades de la UTPL encargadas de dirigir la presente investigación.

Los instrumentos fueron recogidos en cada lugar de trabajo, luego de las diferentes visitas realizadas al Hospital Provincial General Docente. El área de estudio correspondió a un hospital de la zona urbana de la ciudad de Riobamba.

Obtener la autorización para realizar la investigación y lograr la colaboración de los médicos y enfermeras fue una tarea cuesta arriba ya que en los meses de mayo y junio del presente año el personal de médicos y enfermeras se encontraban en la transición de cambio de su horario de trabajo de cuatro a ocho diarias y suponían que esta investigación formaba parte del proceso implementado por el gobierno central.

Los sobres con la información correspondiente, tanto de médicos como de enfermeras, fueron retirados de forma escalonada.

El Hospital Provincial General Docente se encuentra ubicado en la Avenida Juan Félix Proaño s/n y calle Chile de la ciudad de Riobamba. Es líder en servicios de salud y docencia en la provincia y recibe pacientes de todo el país. Su modelo organizacional le permite prestar asistencia especializada logrando la excelencia en sus servicios con el uso racional de los recursos de los que dispone.

V. RESULTADOS OBTENIDOS

5. 1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRAFICO Y LABORAL

TABLA N° 1

CUADRO RESUMEN

Género	Médicos sin Burnout				Médico con Burnout			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
	11	78.57	3	21.43	1	100		
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
	14	100			1	100		
Con quién vive	solo	%	más personas	%	Solo	%	más personas	%
	3	21.42	11	78.58	1	100		
Tipo de trabajo	t. completo	%	t. parcial	%	t. completo	%	t. parcial	%
	12	85.71	2	14.29	1	100		
Pacientes con riesgo de muerte	si	%	no	%	Si	%	no	%
	2	15.38	11	84.62			1	100
Pacientes fallecidos	si	%	no	%	Si	%	no	%
	5	35.71	9	64.29			1	100
Permisos	si	%	no	%	Si	%	no	%
	6	46.15	7	53.85	1	100		

Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

TABLA N° 2

CUADRO RESUMEN

Genero	Enfermeras/os sin Burnout			
	Masculino	%	Femenino	%
	1	6.67	14	93.33
Zona de vivienda	Urbano	%	Rural	%
	14	93.33	1	6.67
Con quién vive	solo	%	más personas	%
	1	6.67	14	93.33
Tipo de trabajo	t. completo	%	t. parcial	%
	11	73.33	4	26.37
Pacientes con riesgo de muerte	si	%	No	%
	9	60	6	40
Pacientes fallecidos	si	%	No	%
	3	20	12	80
Permisos	si	%	No	%
	6	40	9	60

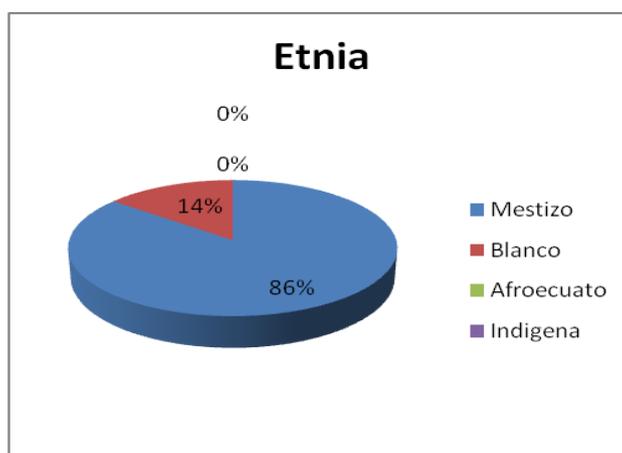
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

En la tabla N° 1 se aprecia claramente que hay un mayor porcentaje que pertenece al género masculino, el 78,57%; mientras que, en la tabla N° 2 el 93,33% corresponde

al género femenino. En la tabla N° 2 en lo concerniente a la zona de vivienda, mientras que ambos grupos de médicos manifiesta vivir en el sector urbano, existe un 6.67% de enfermeras/os que vive en el sector rural. Hay que señalar que el galeno en el que se presenta el burnout informa trabajar con pacientes sin riesgo de muerte, no haber tenido pacientes fallecidos y haber solicitado permisos en el último año.

Gráfico N° 1

Médicos sin Burnout

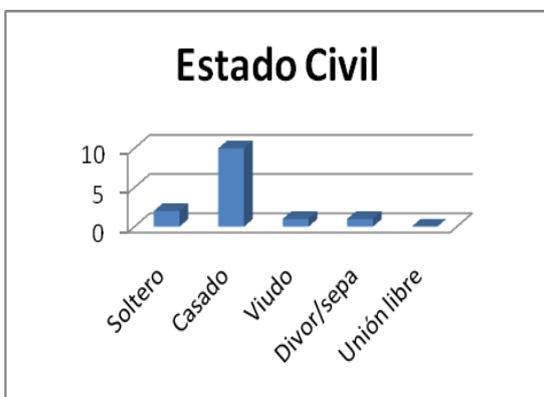


Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

De los tres grupos estudiados, la mayor parte de población es mestiza, solo el 14% de médicos sin burnout se reconocen como blancos.

Gráfico N° 2

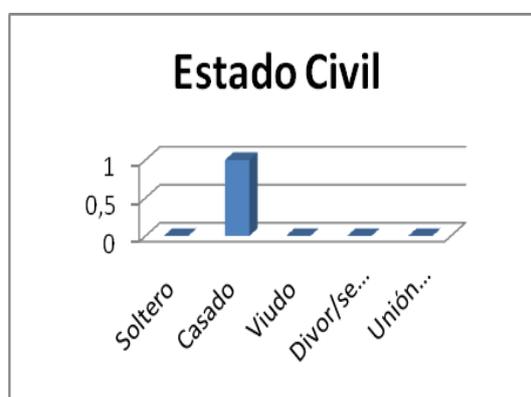
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 3

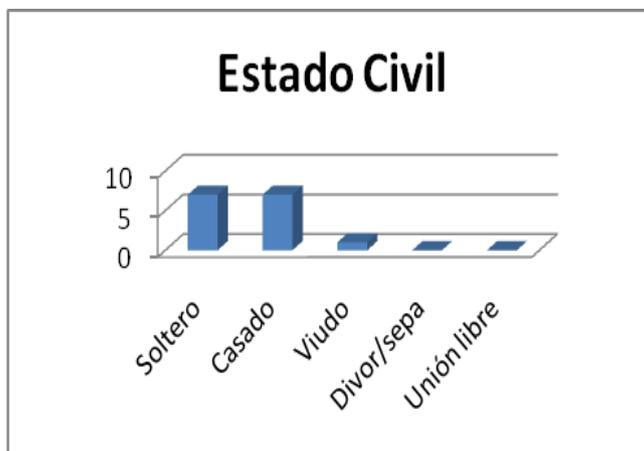
Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 4

Enfermeras/os sin Burnout

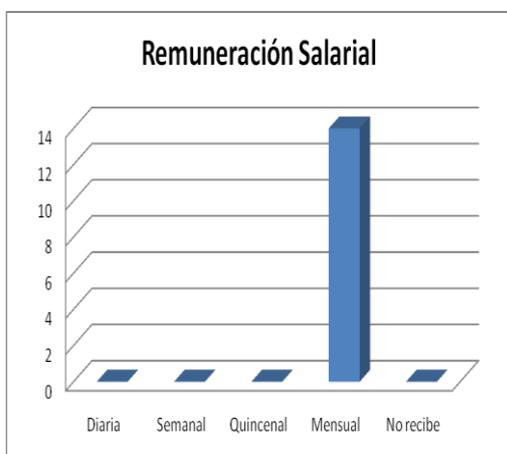


Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable podemos observar, en el gráfico N° 3, que corresponde al estado civil casado; de los grupos de solteros, separados, divorciados o viudos ninguno presenta el síndrome.

Gráfico N° 5

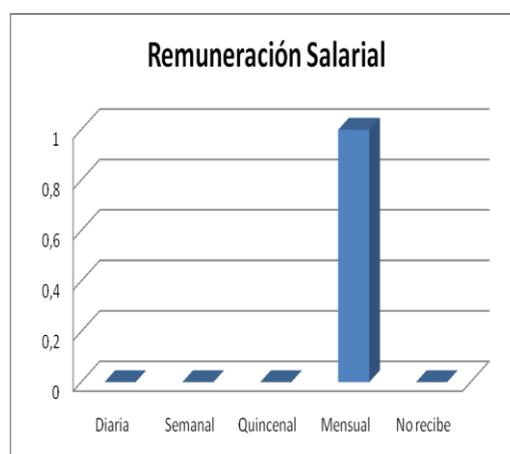
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 6

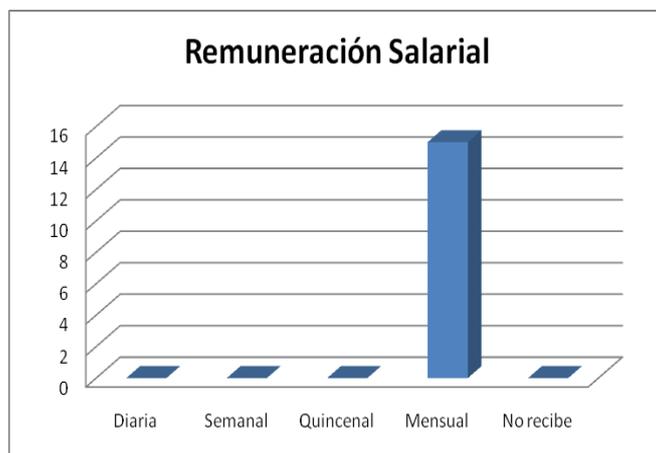
Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 7

Enfermeras/os sin Burnout

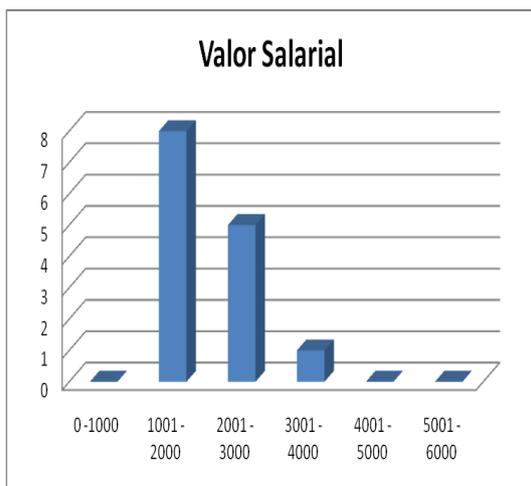


Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

El 100% de los participantes de los tres grupos recibe remuneración mensual.

Gráfico N° 8

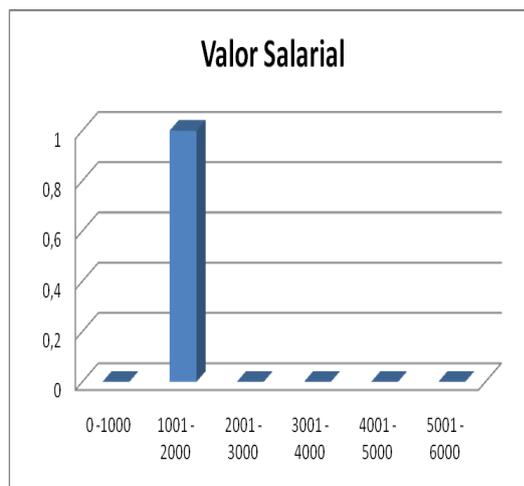
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

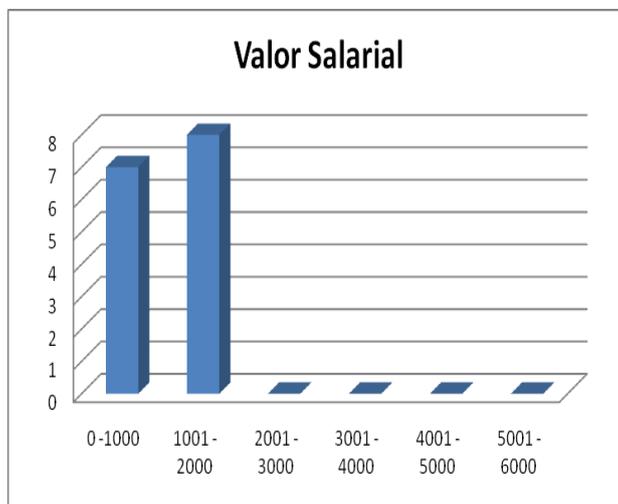
Gráfico N° 9

Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 10
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

El valor salarial predominante según los gráficos N° 8 y 9 se encuentra entre 1000 y 2000 USD mensuales, al igual que en el gráfico N° 10. Un considerable porcentaje de médicos está en el rango entre 2000 y 3000 USD y un menor porcentaje de galenos percibe ingresos entre 3000 y 4000 USD.

Gráfico N° 11
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 12
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En el gráfico N° 11 se puede observar que el 36% de los médicos sin burnout trabajan tanto en el sector público como en el privado. El médico con el síndrome trabaja únicamente en el sector público y según el gráfico N° 12 el 7% de enfermeras/os sin burnout trabajan en el sector privado.

Gráfico N° 13

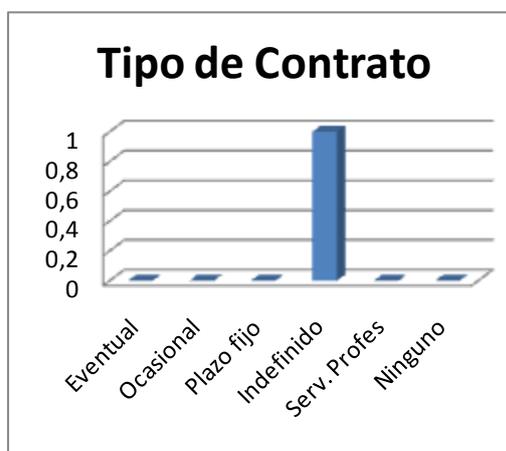
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 14

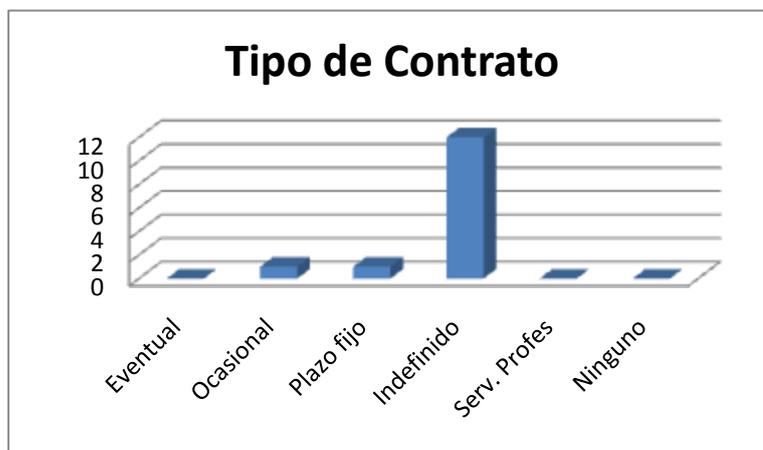
Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 15

Enfermeras/os sin Burnout

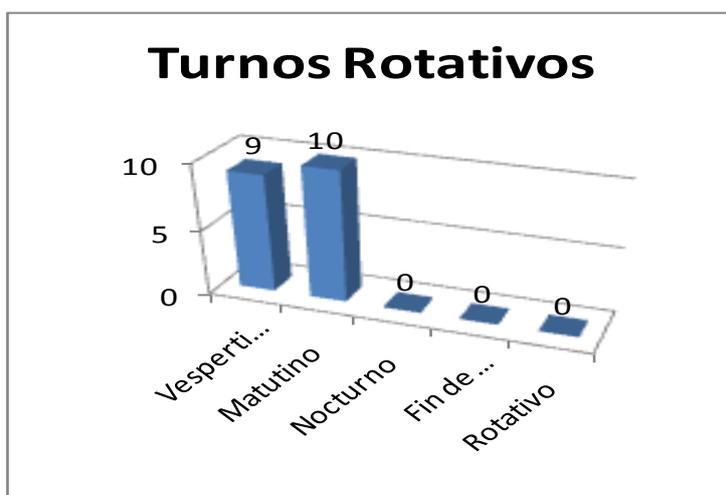


Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En los tres grupos prevalece el contrato indefinido de trabajo, un porcentaje menor de médicos manifiesta tener un contrato ocasional y un porcentaje mínimo de enfermeras/os informa encontrarse bajo la modalidad de contrato ocasional y de plazo fijo.

Gráfico N° 16

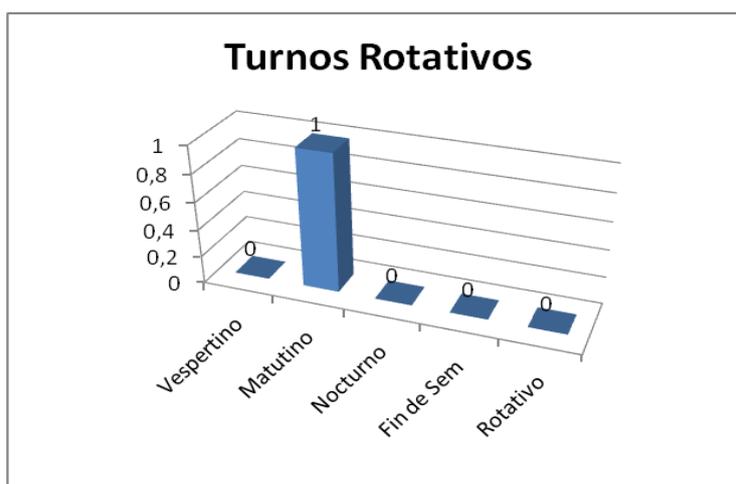
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 17

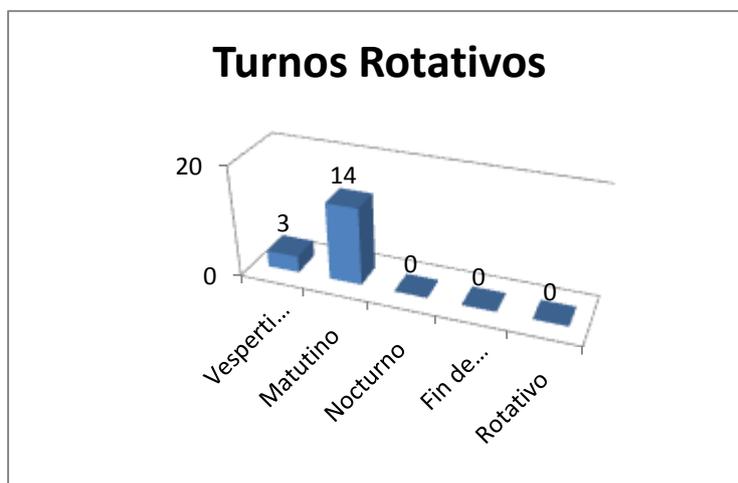
Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 18

Enfermeras/os sin Burnout

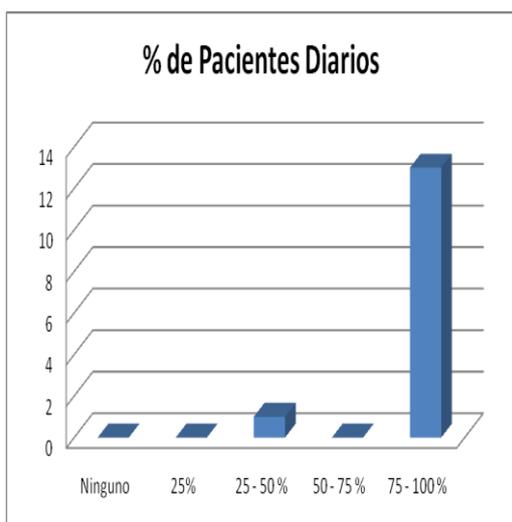


Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En el gráfico N° 16 tenemos un porcentaje muy similar de turnos tanto vespertinos como matutinos, en el gráfico N° 17 únicamente existen turnos matutinos, en el gráfico 18 (enfermeras/os sin burnout) se puede apreciar una baja incidencia de turnos vespertinos.

Gráfico N° 19

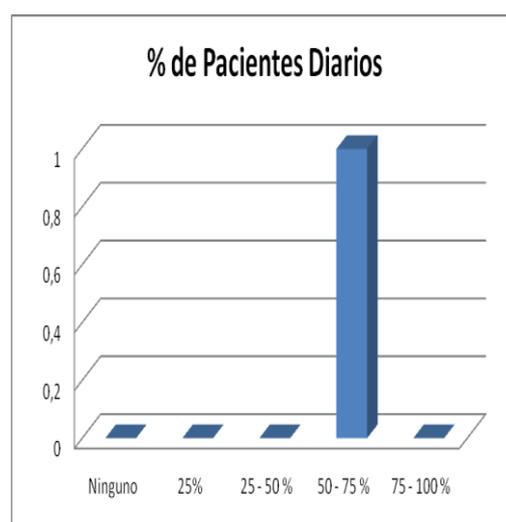
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

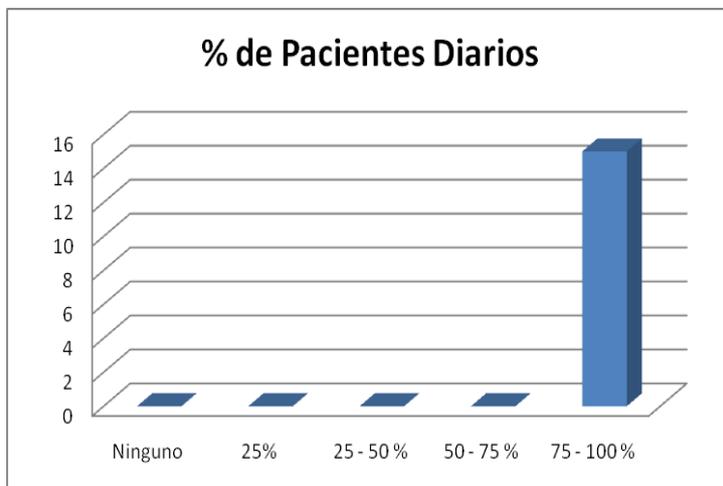
Gráfico N° 20

Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

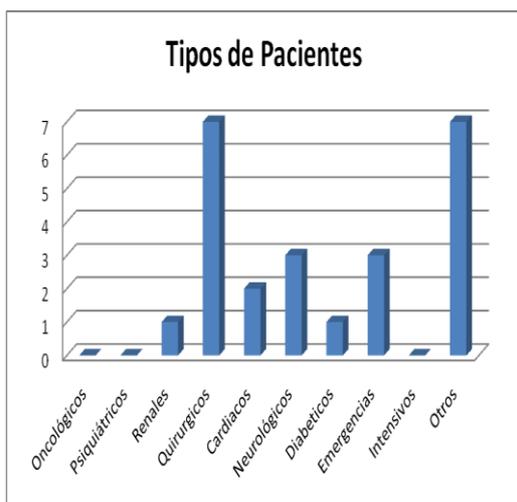
Gráfico N° 21
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

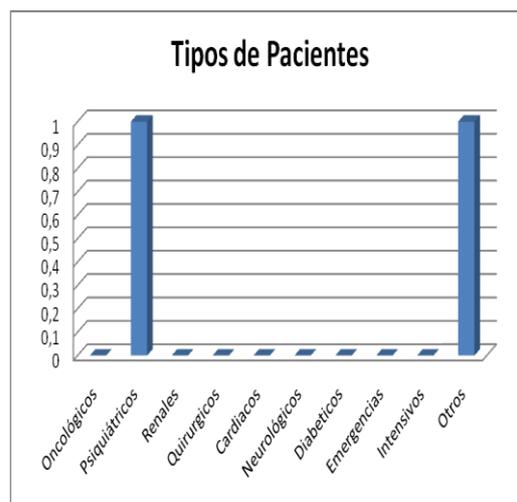
Según los gráficos N° 19 y 21 coinciden los porcentajes entre 75% a 100% del tiempo empleado en la atención de pacientes y según el gráfico N° 20 el porcentaje está entre el 50% y el 75% del tiempo empleado en atención a pacientes.

Gráfico N° 22
Médicos sin Burnout



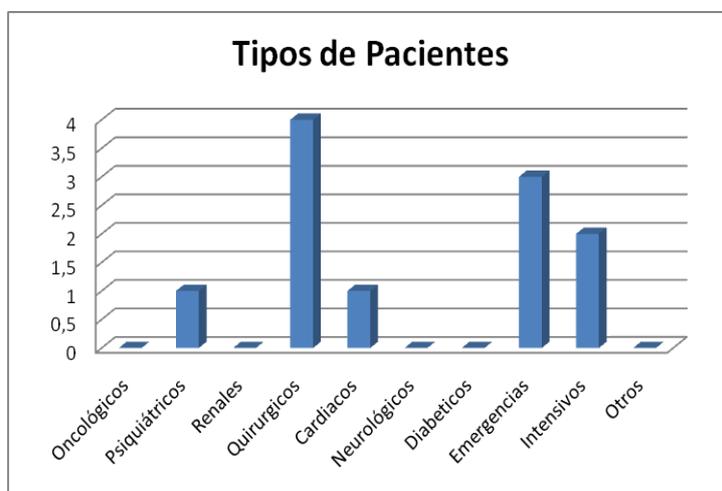
Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 23
Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 24
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

Comparado los gráficos N° 22 y N° 24 notamos que los dos grupos atienden a una serie diversa de pacientes, en el caso del gráfico N° 23, la atención se da en iguales porcentajes entre pacientes psiquiátricos y otros.

TABLA N° 3
CUADRO RESUMEN DE PROMEDIOS

Promedio	Médicos sin Burnout	Médico con Burnout	Enfermeras/os sin burnout
Edad	48.71	51	43.46
Hijos	2.36	4	1.64
Años de trabajo	20.93	20	17
Instituciones trabajadas	1.57	1	1.13
Horas diarias	8.86	8	7.73
Horas semanales	45.71	40	40.33
Pacientes por día	13	12	9.53
Pacientes fallecidos	1.8		1.33
Días de permiso	7.4	3	1.33

Fuente: médicos y enfermeros a través de cuestionario socio demográfico

Todas las variables se encuentran más o menos cercanas a excepción de la variable pacientes fallecidos que en el caso del médico con burnout no existe ninguno.

Gráfico N° 25
Médicos sin Burnout

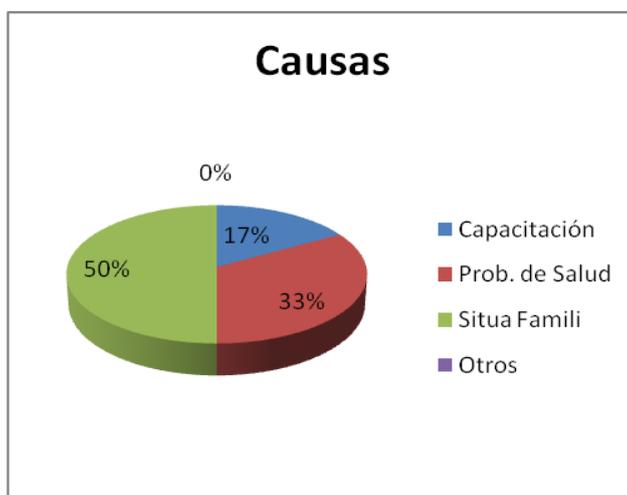


Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Tanto el médico con burnout como las enfermeras/os sin el síndrome la percepción de recibir recursos necesarios es medianamente satisfactoria en un 100%, en tanto que según el gráfico N° 25 esta apreciación se reparte entre un 64% medianamente satisfactoria, 22% poco satisfactoria y 14% totalmente satisfactoria.

Permisos

Gráfico N° 26
Médicos sin Burnout

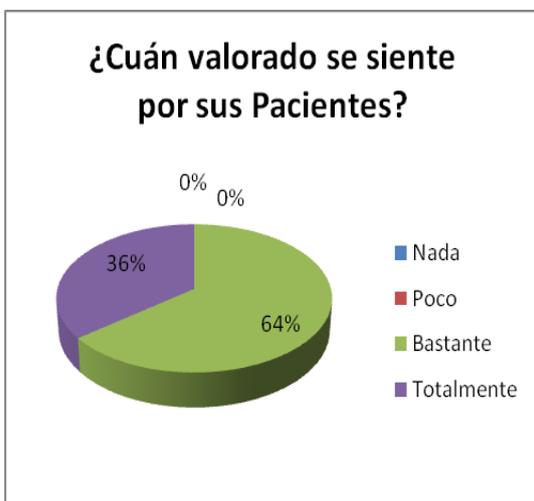


Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Según el gráfico N° 26 el 50% de los médicos solicitaron permisos por situaciones familiares, el 33% solicitó permisos por problemas de salud y en el 17% de los médicos sin burnout los permisos solicitados fueron por situaciones de capacitación el último año. El médico con burnout solicitó permiso por problemas de salud y las/os enfermeras/os solicitaron permisos en un 100% por situaciones familiares.

Gráfico N° 27

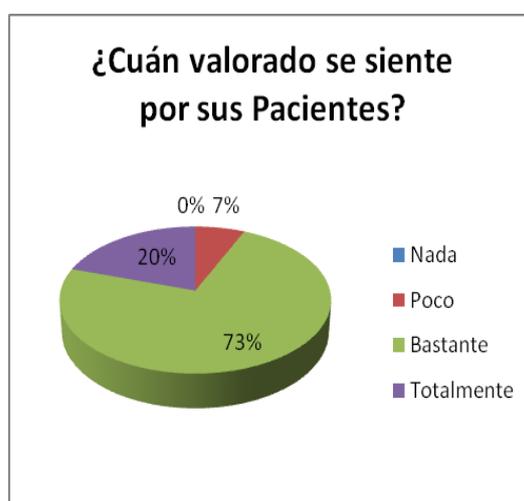
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 28

Enfermeras/os sin Burnout

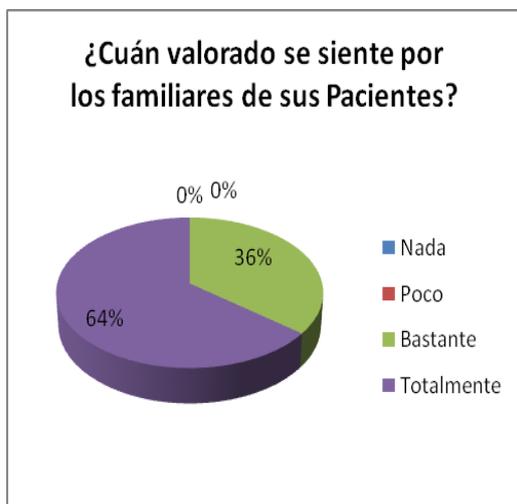


Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En esta variable el 64% de los médicos sin burnout y el 73% de las/os enfermeras/os sin burnout se sienten bastante valorados por sus pacientes, el 36% de los médicos sin burnout, y el 20% las/os enfermeras/os sin burnout se sienten totalmente valorados por sus pacientes y apenas el 7% de las/os enfermeras/os sin burnout se sienten poco valorados por sus pacientes. El médico con burnout se siente totalmente valorado por sus pacientes

Gráfico N° 29

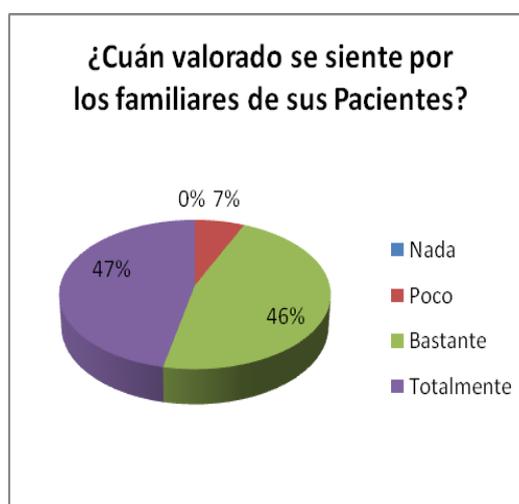
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 30

Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En cuanto a la valoración por parte de los familiares de los pacientes el 64% de los médicos sin burnout, y el 47% de las/os enfermeras/os se sienten totalmente valorados, el 36% de los médicos sin burnout y el 46% de las/os enfermeras/os sin burnout se sienten bastante valorados y solo el 7% de las/os enfermeras/os sin burnout se sienten poco valorados por sus pacientes. El médico con burnout se siente totalmente valorado por sus pacientes.

Gráfico N° 31

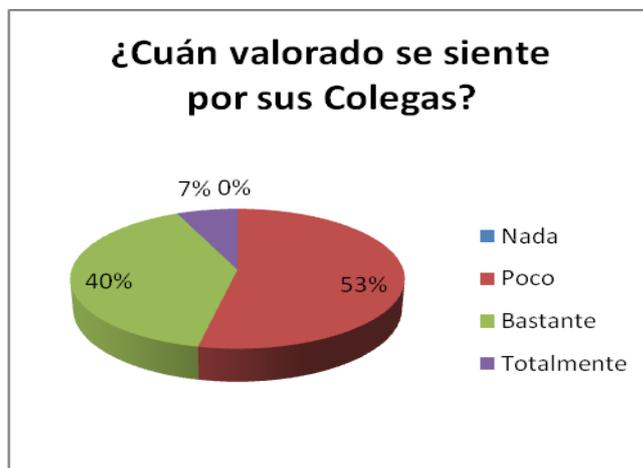
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 32

Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En relación a esta variable el 57% de los médicos sin burnout y el 40% de las/os enfermeras/os se sienten bastante valorados por sus colegas, el 7% de los médicos y de las/os enfermeras/os sin burnout se sienten totalmente valorados por sus colegas, el 36% de los médicos sin burnout y el 53% de las/os enfermeras/os se sienten poco valorados por sus colegas. El médico con burnout se siente totalmente valorado por sus colegas

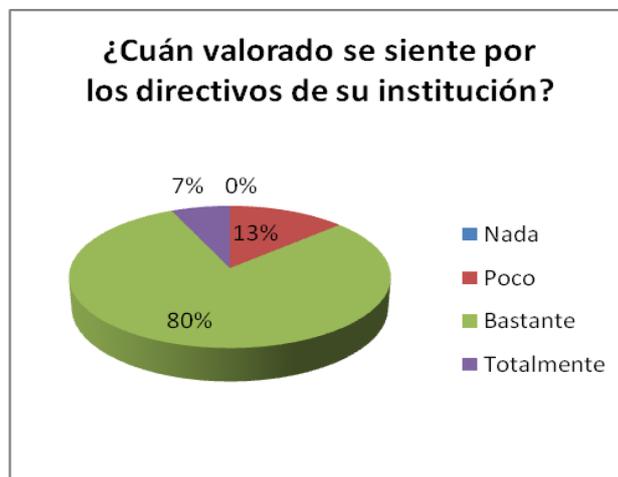
Gráfico N° 33

Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 34
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En cuanto a la valoración por parte de los directivos de la institución el 22% de los médicos sin burnout, y el 7% de las/os enfermeras/os se sienten totalmente valorados, el 64% de los médicos sin burnout y el 80% de las/os enfermeras/os sin burnout se sienten bastante valorados, el 14% de los médicos y el 13% de las/os enfermeras/os sin burnout se sienten poco valorados por los directivos de la institución en la que prestan sus servicios. El médico con burnout siente totalmente valorado.

Gráfico N° 35
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico Nº 36

Enfermeras/os sin Burnout



Los dos grupos coinciden con un nivel de satisfacción totalmente alto. El 14% de los médicos sin burnout, y el 7% de las/os enfermeras/os tiene un nivel de satisfacción bastante alto con su trabajo. El médico con burnout se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza.

Gráfico Nº 37

Médicos sin Burnout

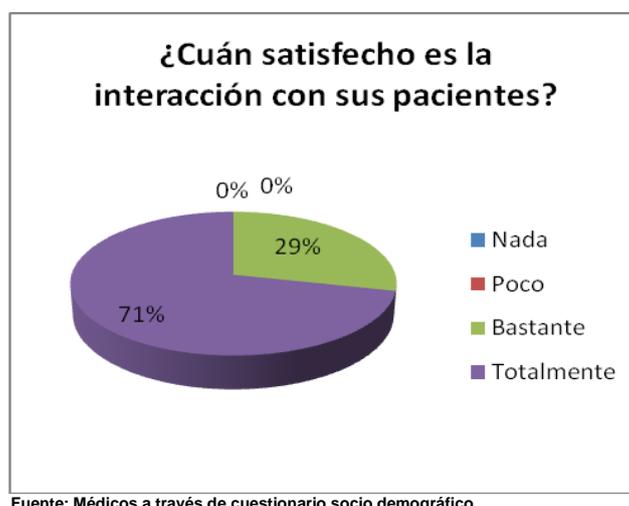
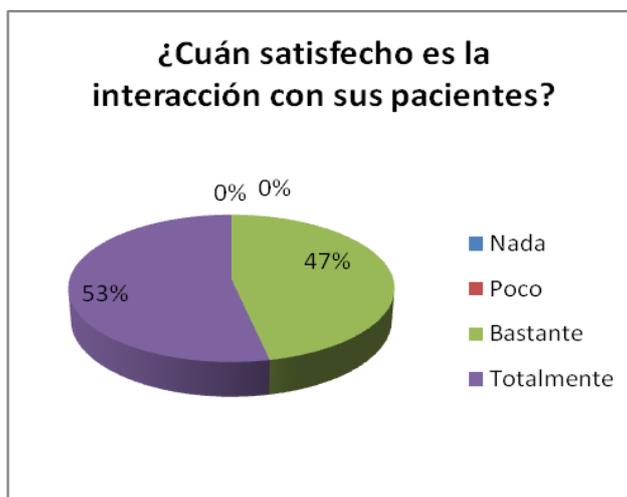


Gráfico Nº 38
Enfermeras/os sin Burnout

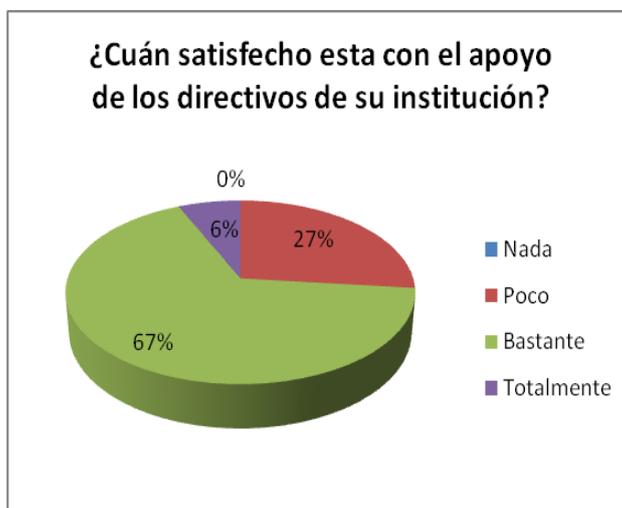


Los dos grupos muestran puntuaciones altas en cuanto a la interacción con sus pacientes; 71% y 53% se sienten totalmente satisfechos y el 29% y 47% de los integrantes de estos grupos consideran que la interacción con sus pacientes es bastante satisfactoria. El médico con burnout se siente totalmente satisfecho en la interacción con sus pacientes.

Gráfico Nº 39
Médicos sin Burnout



Gráfico Nº 40
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

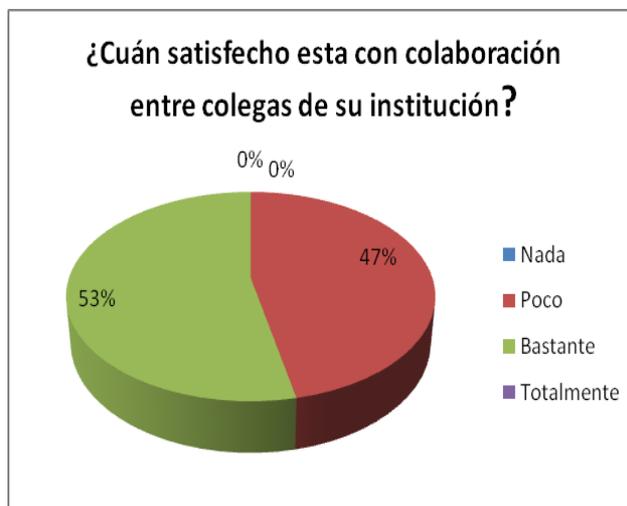
En lo que tiene que ver con la satisfacción por el apoyo recibido por parte de los directivos de la institución vemos que: el 50% de los médicos sin burnout y el 67% de las/os enfermeras/os se sienten bastante satisfechos, mientras que el 29% y 27% de los mismos se sienten poco satisfechos con dicho apoyo, el 14% de los médicos sin burnout, y el 6% de las/os enfermeras/os se sienten totalmente satisfechos y solo el 7% de los médicos sin burnout manifiestan no tener ningún tipo de apoyo por parte de los directivos de la institución. El médico con burnout se siente totalmente satisfecho con el apoyo de los directivos de la institución.

Gráfico Nº 41
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 42
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

El médico con burnout se siente totalmente satisfecho con la colaboración de sus colegas mientras que el 43% de los médicos sin burnout y el 53% de las/os enfermeras/os se sienten bastante satisfechos con la colaboración de sus compañeros, en tanto que hay un porcentaje del 43% y 47% tanto en médicos como en enfermeras/os sin burnout que dice de la poca colaboración de sus compañeros.

Gráfico N° 43
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

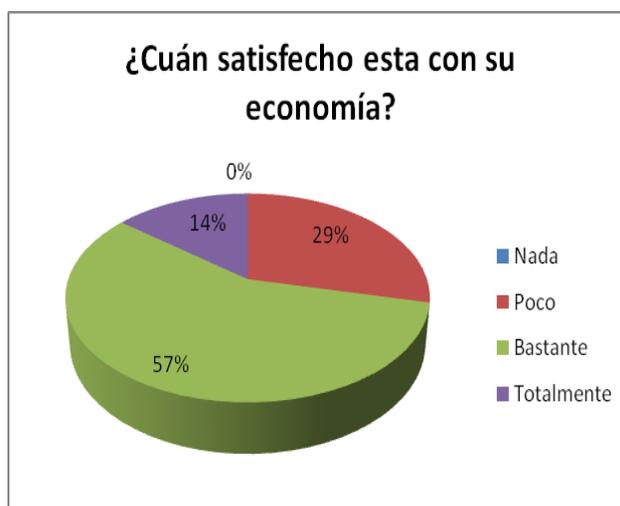
Gráfico N° 44
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

En cuanto a la satisfacción con la experiencia profesional encontramos que el médico con burnout se siente totalmente satisfecho, los médicos y enfermeras/os sin burnout tienen un porcentaje similar de satisfacción con un 50% y un 47% respectivamente, los médicos y enfermeras/os sin burnout dicen estar bastante satisfechos con su experiencia profesional con porcentajes del 29% y 53% respectivamente, en tanto que el 21% de los médicos sin burnout se siente poco satisfechos con su experiencia profesional.

Gráfico N° 45
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario socio demográfico

Gráfico N° 46
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario socio demográfico

El médico con burnout se encuentra totalmente satisfecho con su economía, en médicos y enfermeras/os sin burnout hay un porcentaje muy similar que se encuentra bastante satisfecho con su economía, también de los médicos y enfermeras/os sin burnout un 29% y un 40% se sienten poco satisfechos y de los médicos sin burnout solo el 14% se siente totalmente satisfecho en esta variable y el 7% de enfermeras/os se siente nada satisfecha/o con su economía.

5. 2. CUESTIONARIO DE M. B. I.

Gráfico N° 47
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 48
Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario MBI

En médicos y enfermeras/os sin burnout, el agotamiento emocional bajo está entre un 64% y 73% respectivamente, el agotamiento emocional medio es del 14% para los dos grupos y el agotamiento emocional alto se encuentra en el rango de 22% para médicos sin burnout y 13% para enfermeras/os sin burnout. En tanto que el agotamiento emocional es 100% alto en el médico con burnout.

Gráfico N° 49
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico Nº 50

Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario MBI

En médicos y enfermeras/os sin burnout la despersonalización baja es del 93% para los dos grupos y del 7% para despersonalización media tanto en médicos como en enfermeras sin burnout, mientras que la despersonalización es 100% alta en el médico con burnout.

Gráfico Nº 51

Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico N° 52

Enfermeras/os sin Burnout



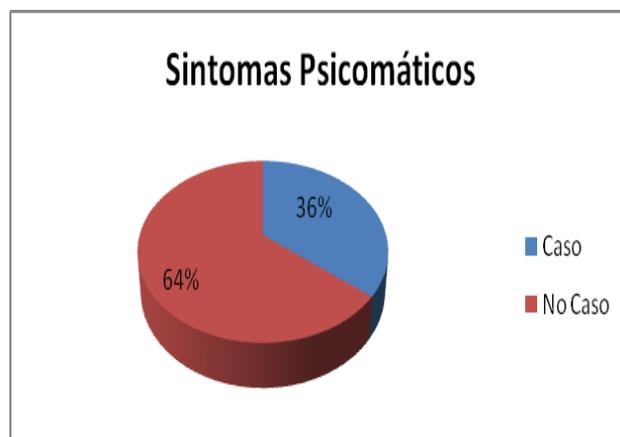
Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario MBI

En médicos y enfermeras/os sin burnout el porcentaje de realización personal alto es bastante similar es decir 86% para médicos y 93% para enfermeras/os y el nivel medio está entre el 14% para los primeros y el 7% para los segundos; en tanto que el nivel de realización personal alto para el médico con burnout es del 100%.

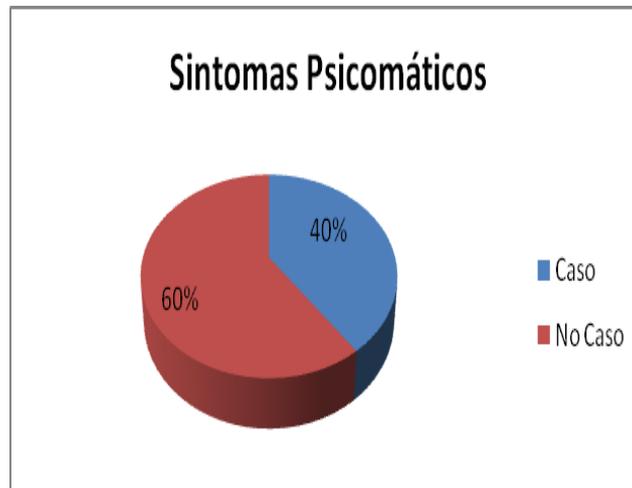
5. 3. CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

Gráfico N° 53

Médicos sin Burnout

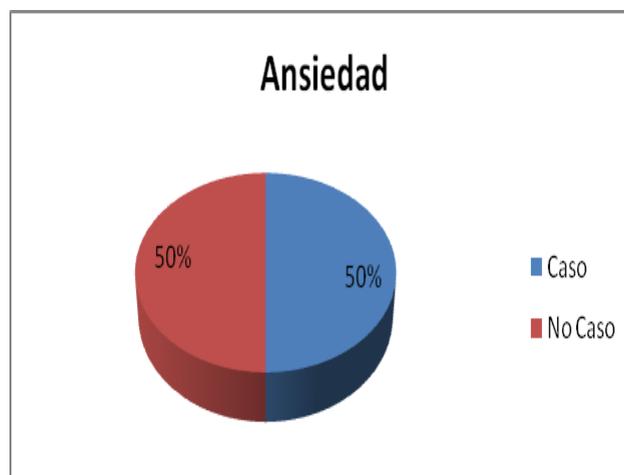


Fuente: Médicos a través de cuestionario GHQ-28

Gráfico N° 54**Enfermeras/os sin Burnout**

Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario GHQ-28

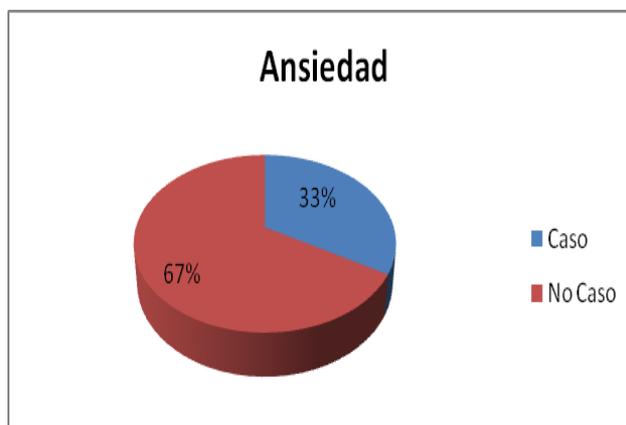
En médicos y enfermeras/os sin burnout el porcentaje tanto de caso como de no caso para síntomas psicósomáticos es muy similar mientras tanto para el médico con burnout los síntomas psicósomáticos en un 100% presentan caso.

Gráfico N° 55**Médicos sin Burnout**

Fuente: Médicos a través de cuestionario GHQ-28

Gráfico Nº 56

Enfermeras/os sin Burnout



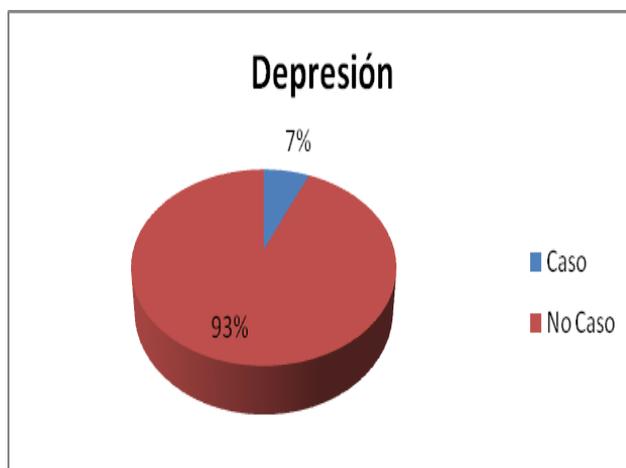
Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario GHQ-28

En lo correspondiente a esta variable para médicos sin burnout se presenta exactamente igual en un 50% tanto para caso como para no caso, para el médico con burnout el porcentaje para ansiedad es del 100%, en tanto que para enfermeras/os sin burnout el porcentaje para no caso es del 67% y para caso de ansiedad es del 33%.

En lo relacionado a la variable disfunción social los tres grupos presentan no caso

Gráfico Nº 57

Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario GHQ-28

En cuanto a la depresión el 100% de los médicos sin burnout presentan no caso, el médico con burnout presentan caso, el 93% de las/os enfermeras/os sin burnout presentan no caso y solo un 7% presentan caso.

5. 4. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

TABLA Nº 4

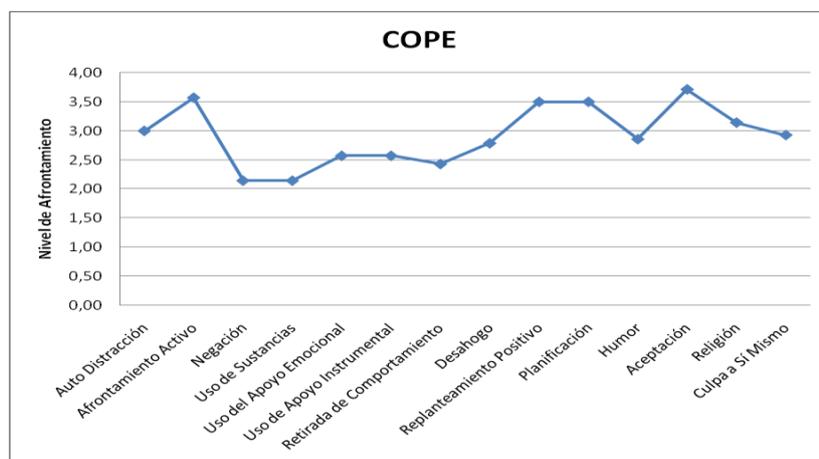
RESUMEN DE PROMEDIOS MEDICOS SIN BURNOUT

COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	3,00	7,34
Afrontamiento Activo	3,57	8,74
Negación	2,14	5,24
Uso de Sustancias	2,14	5,24
Uso del Apoyo Emocional	2,57	6,29
Uso de Apoyo Instrumental	2,57	6,29
Retirada de Comportamiento	2,43	5,94
Desahogo	2,79	6,82
Replanteamiento Positivo	3,50	8,57
Planificación	3,50	8,57
Humor	2,86	6,99
Aceptación	3,71	9,09
Religión	3,14	7,69
Culpa a Sí Mismo	2,93	7,17
TOTAL	40,86	100,00

Nº encuestados

14

Gráfico Nº 58
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

TABLA Nº 5

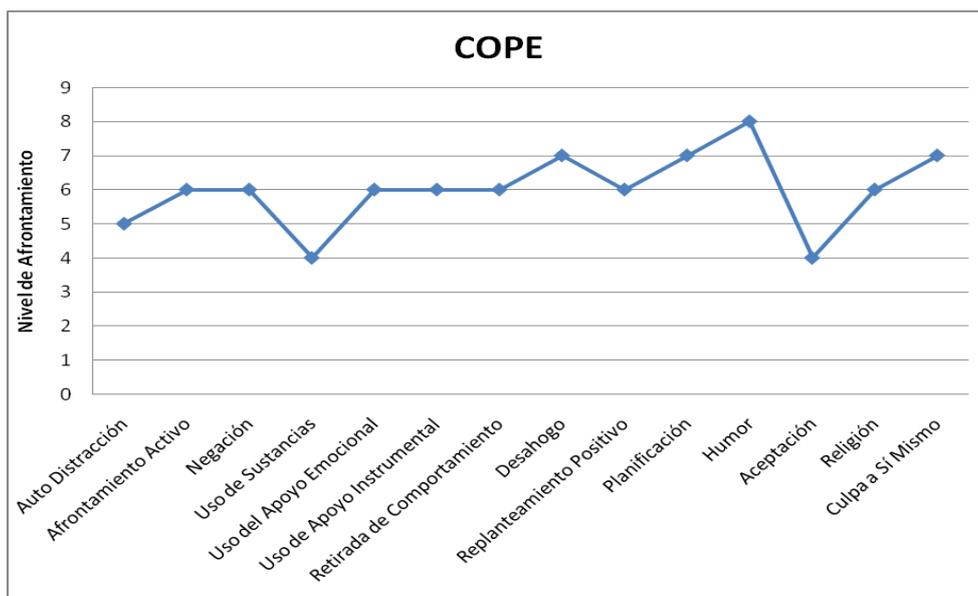
RESUMEN DE PROMEDIOS MEDICO CON BURNOUT

COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	5	5,95
Afrontamiento Activo	6	7,14
Negación	6	7,14
Uso de Sustancias	4	4,76
Uso del Apoyo Emocional	6	7,14
Uso de Apoyo Instrumental	6	7,14
Retirada de Comportamiento	6	7,14
Desahogo	7	8,33
Replanteamiento Positivo	6	7,14
Planificación	7	8,33
Humor	8	9,52
Aceptación	4	4,76
Religión	6	7,14
Culpa a Sí Mismo	7	8,33
TOTAL	84,00	100,00

Nº encuestados

1

Gráfico Nº 59
Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

TABLA N° 6

RESUMEN DE PROMEDIOS ENFERMERAS/OS SIN BURNOUT

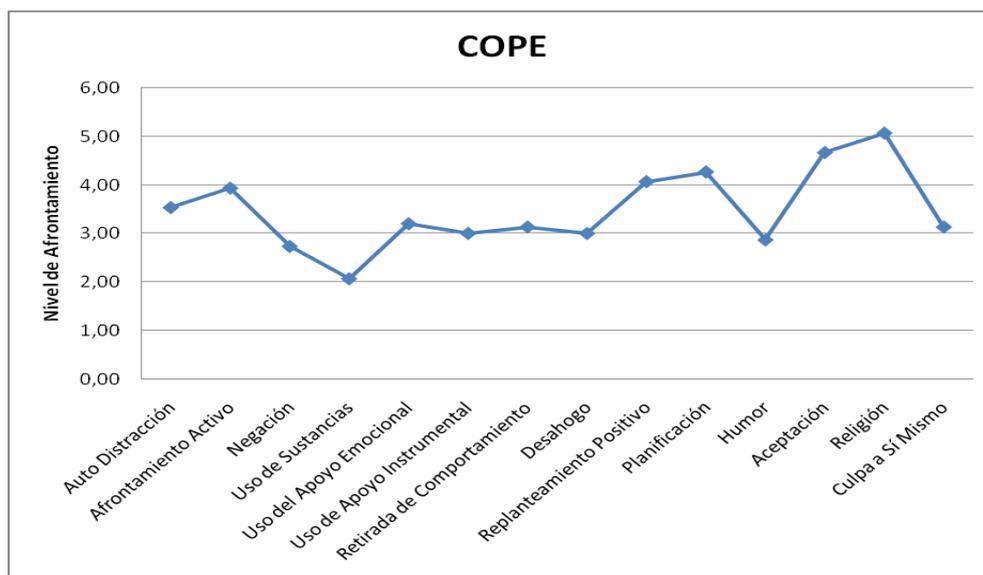
COPE		
Estrategia	Sumatoria	%
Auto Distracción	3,53	7,26
Afrontamiento Activo	3,93	8,08
Negación	2,73	5,62
Uso de Sustancias	2,07	4,25
Uso del Apoyo Emocional	3,20	6,58
Uso de Apoyo Instrumental	3,00	6,16
Retirada de Comportamiento	3,13	6,44
Desahogo	3,00	6,16
Replanteamiento Positivo	4,07	8,36
Planificación	4,27	8,77
Humor	2,87	5,89
Aceptación	4,67	9,59
Religión	5,07	10,41
Culpa a Sí Mismo	3,13	6,44
TOTAL	48,67	100,00

N° encuestados

15

Gráfico N° 60

Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través del cuestionario BRIEF-COPE

En lo concerniente a los tipos de afrontamiento más utilizados por los médicos sin burnout mencionamos: aceptación con un 9.09%, afrontamiento activo con un 8.74% y planificación con un 8.57%, y los menos utilizados: negación y uso de sustancias con un 5.24%; entre los tipos de afrontamiento más utilizados por el médico con burnout tenemos: humor con un 9.52%, desahogo, planificación y culpa así mismo con un 8.33%, y entre los menos utilizados uso de sustancias y aceptación con un 4.76%; los tipos de afrontamiento más utilizados por las/os enfermeras/os sin burnout, de acuerdo a los resultados arrojados en el cuestionario BRIEF-COPE tenemos: religión con un 10.41%, aceptación con un 9.59% y planificación con 8.77%, y de los menos utilizados: el uso de sustancias con un 4.25%

5. 5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

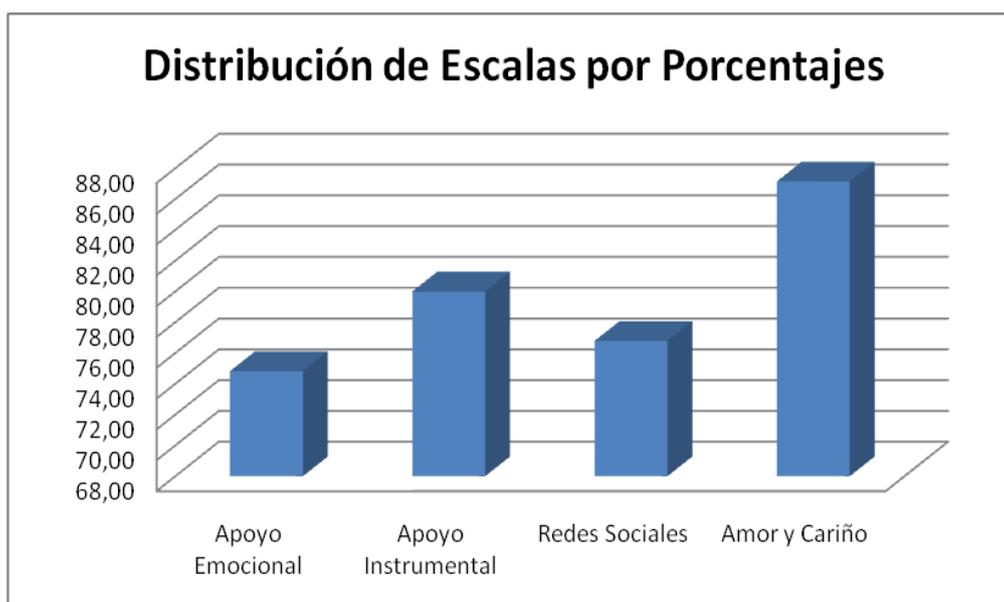
TABLA N° 7

RESUMEN DE PROMEDIOS MEDICOS SIN BURNOUT

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	1047,50	74,82
Apoyo Instrumental	1120,00	80,00
Redes Sociales	1075,00	76,79
Amor y Cariño	1220,00	87,14
N° encuestados	14	

Gráfico N° 61

Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través del cuestionario de Apoyo Social

TABLA N° 8

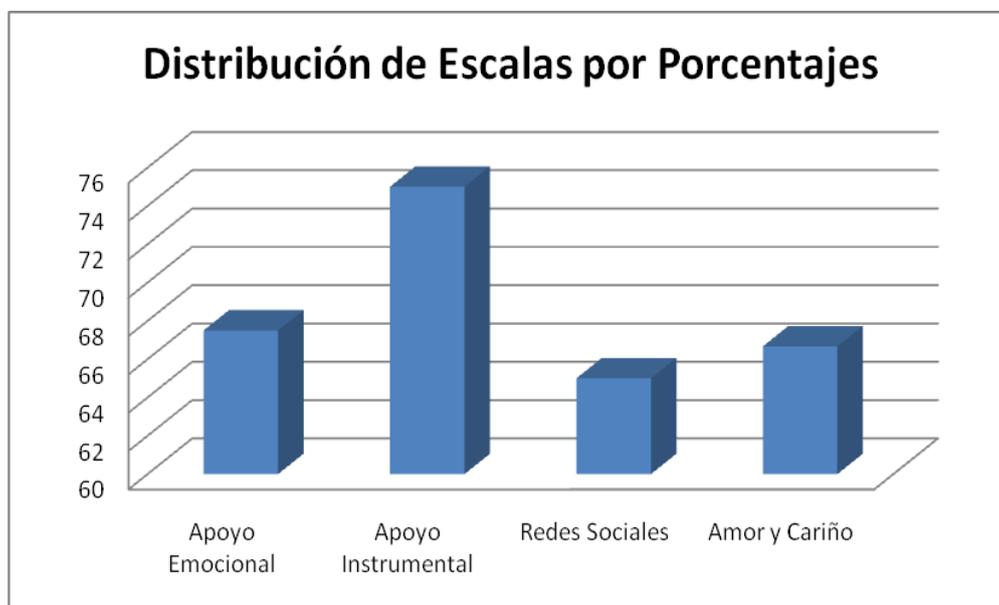
RESUMEN DE PROMEDIOS MEDICO CON BURNOUT

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	67,50	67,5
Apoyo Instrumental	75,00	75
Redes Sociales	65,00	65
Amor y Cariño	66,67	66,666667

N° encuestados 1

Gráfico N° 62

Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través del cuestionario de Apoyo Social

TABLA N° 9

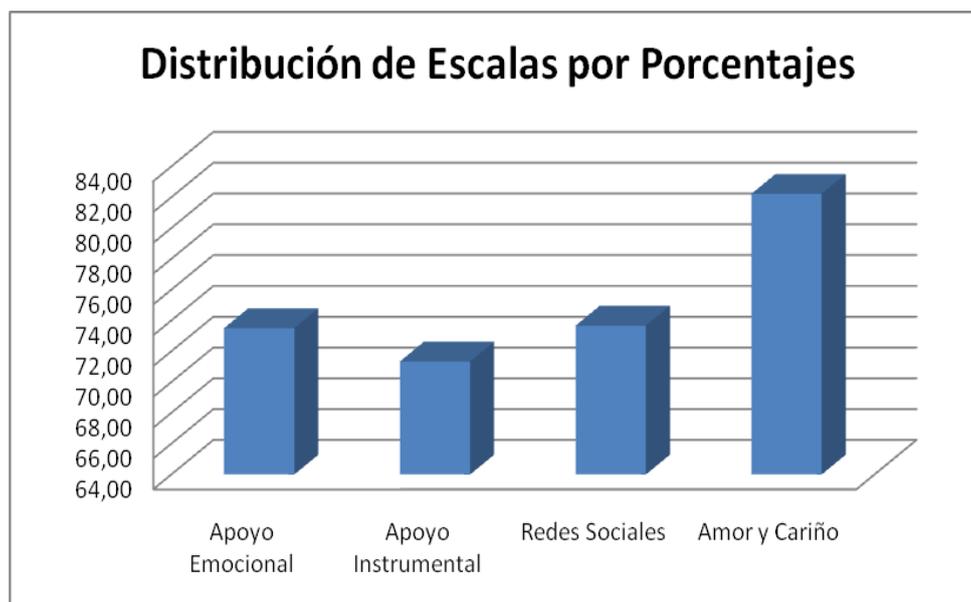
RESUMEN DE PROMEDIOS ENFERMERAS/OS SIN BURNOUT

Apoyo Social		
Tipo de Apoyo	Fr	%
Apoyo Emocional	1102,50	73,50
Apoyo Instrumental	1070,00	71,33
Redes Sociales	1105,00	73,67
Amor y Cariño	1233,33	82,22

N° encuestados 15

Gráfico N° 63

Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través del cuestionario de Apoyo Social

En relación al apoyo social los médicos sin burnout reciben amor y cariño en un 87.14% seguido del apoyo Instrumental con un 80%. El médico con burnout recibe en primer lugar apoyo instrumental con un 75% y apoyo emocional con un porcentaje del 67.50%. Las/os enfermeras/os sin burnout reciben amor y cariño en un 82.22% y se apoyan en las redes sociales con un porcentaje de 73.67%.

5. 6. CUESTIONARIO EPQR-A

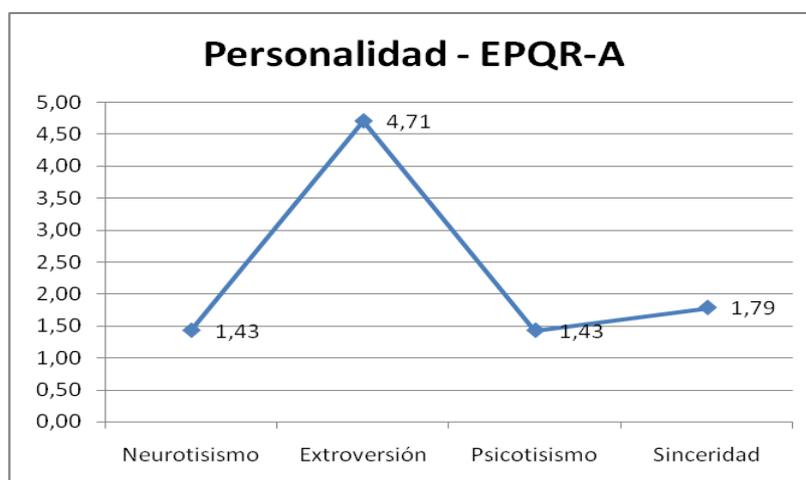
TABLA Nº 10

RESUMEN DE PROMEDIOS MEDICOS SIN BURNOUT

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	1,43	15,27
Extroversión	4,71	50,38
Psicotismo	1,43	15,27
Sinceridad	1,79	19,08
TOTAL	9,36	100,00

Nº encuestados 14

Gráfico Nº 64
Médicos sin Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario EPQR-A

TABLA Nº 11

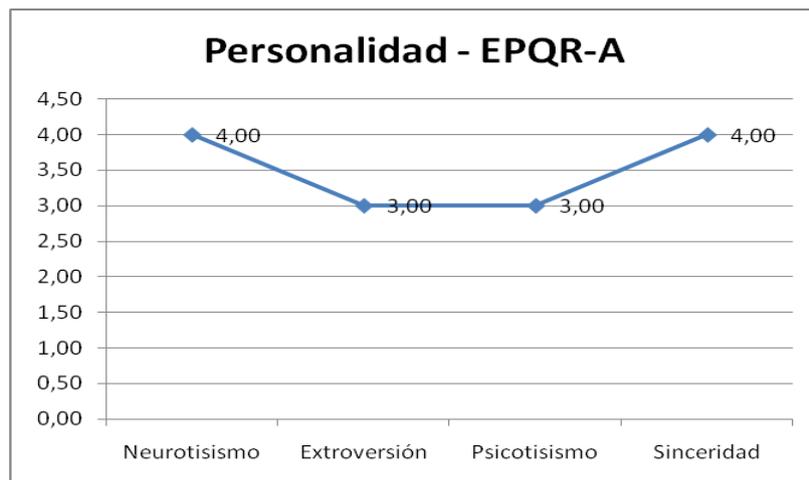
RESUMEN DE PROMEDIOS MEDICO CON BURNOUT

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotisisimo	4,00	16,67
Extroversión	3,00	12,50
Psicotisisimo	3,00	12,50
Sinceridad	4,00	16,67
TOTAL	14,00	58,33

Nº encuestados 1

Gráfico Nº 65

Médico con Burnout



Fuente: Médicos a través de cuestionario EPQR-A

TABLA Nº 12

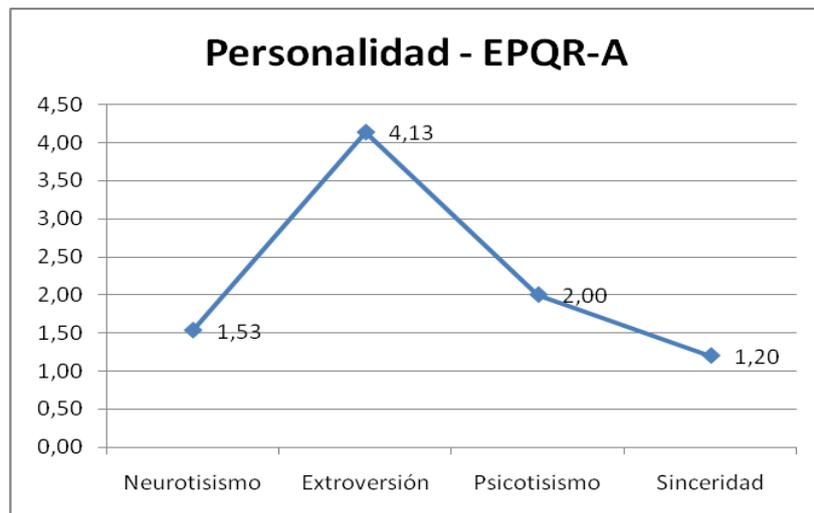
RESUMEN DE PROMEDIOS ENFERMERAS/OS SIN BURNOUT

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neurotismo	1,53	17,29
Extroversión	4,13	46,62
Psicotismo	2,00	22,56
Sinceridad	1,20	13,53
TOTAL	8,87	100,00

Nº encuestados 15

Gráfico Nº 66

Enfermeras/os sin Burnout



Fuente: Enfermeras/os a través de cuestionario EPQR-A

El nivel significativamente mayor en los médicos sin burnout es la extroversión, en el médico con burnout es el neuroticismo y la sinceridad y en las/os enfermeras/os sin burnout es la extroversión.

VI. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Al proceder con el análisis de los resultados obtenidos en el Cuestionario Socio Demográfico y Laboral demostramos lo siguiente: de los 14 médicos investigados que no presentan el síndrome de burnout el 78.57% corresponde al género masculino, tienen una edad promedio de 48 años, viven en la zona urbana, pertenecen a la etnia mestiza, de estado civil casados, tienen un promedio de 2 hijos, viven con más de una persona, su remuneración salarial es mensual en un 100% y se encuentra en el rango entre \$1000-2000, con un promedio de 21 años de servicio a tiempo completo en dos instituciones: 65% del sector público y 36% tanto del sector público como privado, laborando con contratos de tipo indefinido, con un promedio de 9 horas diarias y 46 semanales repartidas en turnos rotativos tanto matutinos como vespertinos de lunes a viernes, atendiendo un promedio de 13 pacientes por día en su mayoría quirúrgicos, neurológicos emergencias y otros, con mínimo riesgo de muerte y 1.8 de pacientes fallecidos, los galenos indican que la institución les provee medianamente en un 64% los recursos necesarios. En el último año han solicitado un promedio de 7.4 días de permiso para atender mayoritariamente asuntos familiares y problemas de salud.

En el ítem cuan valorado se siente por sus pacientes la respuesta mayoritaria fue bastante valorados, por los familiares de sus pacientes totalmente valorados en un porcentaje del 64%, en la valoración por sus colegas bastante en un 57%, y por los directivos de la institución 64% respondió sentirse bastante valorados. Los médicos que se sienten totalmente satisfechos con el trabajo que realizan y con la interacción con sus pacientes constituyen el mayor porcentaje. Se sienten bastante satisfechos con el apoyo de los directivos de la institución y con la colaboración entre colegas de la misma, su experiencia profesional en general es totalmente satisfactoria en un 50% y bastante satisfactoria en un 29%, mientras que el 57% se encuentra bastante satisfecho con su economía y únicamente el 14% se encuentra totalmente satisfecho con su situación económica.

Analizando los resultados obtenidos en el cuestionario socio demográfico y laboral del médico investigado que presenta el síndrome de burnout sabemos que corresponde al género masculino, tienen 51 años, viven en la zona urbana, pertenece a la etnia mestiza, de estado civil casado, tiene 4 hijos, vive solo, su remuneración salarial es mensual y se encuentra en el rango entre \$1000-2000, con un promedio de 20 años de servicio a tiempo completo en una institución perteneciente al sector público, con contrato de tipo indefinido, un promedio de 8 horas diarias y 40 horas semanales

repartidas en turnos rotativos matutinos de lunes a viernes, atendiendo un promedio de 12 pacientes por día entre psiquiátricos y otros, sin riesgo de muerte. El galeno manifiesta que la institución le provee medianamente los recursos necesarios. En el último año ha solicitado un promedio de 3 días de permiso para atender problemas de salud.

En los ítems cuan valorado se siente por sus pacientes, por los familiares de sus pacientes, por sus colegas y por los directivos de la institución contesta totalmente valorado al igual que se siente totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, con la interacción con sus pacientes, con el apoyo de los directivos de la institución, con la colaboración entre colegas de la misma, con su experiencia profesional en general y con su economía.

Al realizar el análisis de los resultados obtenidos en el cuestionario socio demográfico y laboral de las/os 15 enfermeras/os tenemos que: del grupo investigado ninguno presenta el síndrome de burnout, el 93.33 % es de género femenino, tienen una edad promedio de 43 años, viven mayoritariamente en la zona urbana, pertenecen a la etnia mestiza, de estado civil solteros y casados en un 50% cada grupo, tienen un promedio de 2 hijos, viven con más de una persona, su remuneración salarial es mensual en un 100% y se encuentra en el rango entre \$0-1000 y en mayor porcentaje entre \$1000-2000, con un promedio de 17 años de trabajo a tiempo completo en una institución del sector público, laborando con contratos de tipo indefinido, con un promedio de 8 horas diarias y 40 semanales repartidas en turnos rotativos mayormente matutinos de lunes a viernes, atendiendo un promedio de 10 pacientes por día en su mayoría quirúrgicos, emergencias e intensivos, con alto riesgo de muerte, un promedio de 1 paciente fallecido, las enfermeras/os indican que la institución les provee medianamente los recursos necesarios. En el último año han solicitado un promedio de 1 día de permiso para atender mayoritariamente situaciones familiares.

En el ítem cuan valoradas/os se siente por sus pacientes la respuesta mayoritaria fue bastante valoradas/os, por los familiares de sus pacientes en porcentajes similares totalmente y bastante valorados, en lo referente a la pregunta ¿cuán valorado se siente por sus colegas?, la respuesta fue poco valoradas/os en un 53% y bastante valorados en un 40%, por los directivos de la institución 80% respondió sentirse bastante valorados. La gran mayoría de enfermeras/os se sienten totalmente satisfechas/os con el trabajo que realizan, no así en la interacción con sus pacientes

ya que el porcentaje se divide tanto en totalmente satisfechas/os como bastante satisfechas/os. Se sienten bastante satisfechas/os con el apoyo de los directivos de la institución y en relación a la colaboración entre colegas de la misma los porcentajes son similares tanto para bastante como para poco satisfechas/os, en lo referente a la satisfacción con su experiencia profesional en general los porcentajes son similares tanto para bastante satisfechas/os como para totalmente satisfechas/os, mientras que un 53% se encuentra bastante satisfecha/o con su economía, el 40% se encuentra poco satisfecha/o con su situación económica.

Gil-Monte & Peiró (1997), y Valcárcel (1998) han señalado que el estrés laboral aparece cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen utilizar los profesionales de la salud y que la respuesta a esta situación son los sentimientos de agotamiento emocional y baja realización personal; no se puede dejar de mencionar que el personal de servicios sanitarios es muy vulnerable a sufrir un desgaste creciente debido a la rutina laboral, lo que puede desembocar en la posterior aparición de este tipo de trastorno.

De los diferentes estudios de las variables socio demográficas y laborales se manifiesta que los médicos jóvenes están más expuestos a sufrir síndrome de burnout ya que carecen de estrategias de afrontamiento adecuadas ante los estresores cotidianos. En el presente estudio no se cumple la premisa ya que el galeno afectado supera los cincuenta años. De igual forma muchos análisis demuestran que el sexo femenino enfrenta de mejor manera las circunstancias desfavorables, hecho que se cumple en el presente estudio ya que ninguna fémina está afectada por el síndrome.

Entre las posibles causas que han influido en el desarrollo del síndrome de burnout en este profesional tenemos el hecho de atender pacientes psiquiátricos (lo cual le resulta muy demandante) y vivir solo a pesar de ser casado.

Los resultados obtenidos mediante la aplicación del Cuestionario de Burnout (MBI), señalan que: los 14 médicos investigados que no presentan el síndrome tienen baja puntuación para las sub escalas de agotamiento emocional y despersonalización; y, puntuación alta con un promedio del 86% para realización personal.

Examinando los resultados obtenidos en el Cuestionario de Burnout (MBI) del médico investigado que presenta este síndrome encontramos que en las sub escalas de agotamiento emocional y despersonalización arroja una puntuación de 3 (alta) razón

por la que presenta una creciente pérdida de energías y una desproporción entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado perdiendo de esta forma la posibilidad de disfrutar de las tareas cotidianas; además, se determina que existe un distanciamiento hacia los demás, con un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia sus pacientes y la motivación hacia su trabajo. La puntuación para realización personal es favorable lo que demuestra que se siente satisfecho con sus logros obtenidos.

Con la observación de los resultados obtenidos en el Cuestionario de Burnout (MBI) de las/os 15 enfermeras/os vemos que: tienen baja puntuación tanto para agotamiento emocional como para despersonalización lo que se traduce en tranquilidad en sus labores habituales, actitudes positivas hacia los demás tanto en el ámbito laboral como personal, resultado de un trabajo gratificante; en tanto que, tienen puntuación alta para realización personal lo que demuestra que tienen mucha vitalidad y se sienten bastante satisfechas/os con el trabajo realizado.

Vale mencionar que sin importar zona de vivienda, estado civil, género, cuan valorados se sienten por sus pacientes, familiares, colegas o directivos de la institución en la cual prestan sus servicios, incluso la inconformidad en relación a sus salarios, la gran mayoría de los profesionales investigados obtuvieron un puntaje muy elevado en realización personal lo que demuestra que se sienten muy satisfechos con ellos mismos gracias al buen desempeño de sus carreras, cumpliendo las expectativas de su profesión.

De acuerdo a la literatura consultada autoras como Maslach y Jackson plantean que el Síndrome de Burnout es considerado como tridimensional ya que se caracteriza por el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal que produce un estado de estrés laboral crónico que afecta todas las áreas de la vida del profesional que lo padece. Por eso la trascendencia de una intervención rápida con el fin de lograr restablecer las capacidades habituales de la persona afectada.

De los resultados obtenidos se desprende que con puntuaciones altas para dos de las tres sub escalas de este cuestionario el participante desarrolla el Síndrome de Burnout.

Al revisar los productos del Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), evidenciamos a continuación: el 64% de los médicos sin burnout no presenta síntomas psicosomáticos, pero el restante 36% arroja caso para dichos síntomas entre los que destacan: constantes dolores de cabeza, escalofríos y cansancio que pueden estar desembocando en estrés y depresión, descartando una afección biológica.

Del mismo modo, exactamente en un 50%, tanto para caso como para no caso se presentan los síntomas de ansiedad en los médicos sin burnout mostrando manifestaciones tales como: dificultades para conciliar el sueño, irritabilidad, sentirse en constante tensión, nerviosismo y preocupación.

En lo que se refiere a disfunción social en las actividades diarias el 100% de médicos y enfermeras investigados/as presenta no caso para este apartado lo que demuestra que se sienten satisfechos con las actividades que realizan a diario ya que no les cuesta concentrarse en hacer su trabajo.

En el inciso correspondiente a la depresión ninguno de médicos sin burnout manifiesta síntoma alguno relacionado con este trastorno.

El médico al que se le diagnosticó con burnout muestra el 100% de síntomas tanto psicosomáticos como de ansiedad y depresión: impresión de estar enfermo, insomnio, falta de apetito, sensación de que la cabeza le va a estallar, dificultades para dormir de corrido, sentirse mal humorado y con los nervios a flor de piel, percepción de que todo se le viene encima, nervioso y a punto de explotar, asustado y con pánico sin motivo aparente, sentimientos de culpabilidad, agotado y sin fuerzas, con pensamientos de que no vale para nada; únicamente para disfunción social no presenta ningún síntoma.

En el grupo correspondiente a las/os enfermeras/os tenemos que: un 60% corresponde a no caso para síntomas psicosomáticos lo que se traduce en que las/os enfermeras/os no sienten cansancio o dolor de cabeza por lo tanto no hay estrés; el 67% presenta no caso para ansiedad, mientras que un 93% de las/os enfermeras/os encuestadas/os muestra no caso para depresión.

El síndrome de Burnout es considerado en algunos países como una consecuencia laboral incapacitante que guarda muy estrecha relación con la salud mental de los trabajadores. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como: “un

estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades”.

Cuando el estrés laboral trasciende los límites de la normalidad, deteriora la salud de los trabajadores apareciendo, como consecuencia de esto, una gama de síntomas psicosomáticos, ansiedad, depresión, pérdida de energía, insomnio, fatiga, lo que se traduce en mayor o menor medida en el deterioro de la salud integral de las personas, llegando a ser inhabilitante en unos casos, y en otros más severos, incluso desembocar en suicidios debido a que la capacidad de adaptación de los trabajadores a su medio ha quedado disminuida a límites que por sí mismo no pueden superar.

En lo que concierne a los tipos de afrontamiento más utilizados por los médicos sin burnout según el Cuestionario (BRIEF-COPE), mencionamos: aceptación con un 9.09% seguida de afrontamiento activo con 8.74%, planificación y replanteamiento positivo con 8.57% y religión con un 7.69% realizando diferentes actividades con el fin de eliminar la fuente de estrés.

En relación al médico que presenta burnout utiliza el humor como la mejor estrategia para enfrentar al estrés con un 9.52% haciendo burlas y riéndose de la situación estresante; desahogo, planificación y culpa a sí mismo con un 8.33% y afrontamiento activo, negación, apoyo emocional, apoyo instrumental, replanteamiento positivo y religión con un 7.14%. En resumidas cuentas manifestamos que el médico afectado por el síndrome de burnout utiliza casi todas las estrategias de afrontamiento para hacer frente a las consecuencias del estrés evidenciando que el producto no es el esperado.

En cuanto a los estilos más utilizados por las/os enfermeras/os sin burnout mencionamos: religión con un 10.41%, aceptación con un 9.59% y planificación con un 8.77%. Cuando tienen alguna situación que les causa estrés realizan actividades religiosas que les ayudan a sentirse bien, con la aceptación toman conciencia de la realidad de la situación que están atravesando y con la planificación tienden a pensar y analizar como hacer frente al estrés que sienten en determinado momento.

El concepto de afrontamiento se deriva por un lado de la experimentación tradicional con animales y por otro de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento “como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar”. Por

otro lado el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define el afrontamiento como el “conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y por tanto reducen el estrés”

Según Kobasa, Maddi & Kahn (1982), los individuos con personalidad resistente se enfrentan de forma activa y optimista a los estímulos estresantes, percibiéndoles como menos amenazantes.

Existe una serie de síntomas molestos que cuando aparecen pueden afectar el bienestar, la tranquilidad y la calidad de vida de las personas, incluyendo el área laboral, desarrollando el temido síndrome de burnout. Si el trabajador expuesto a las condiciones estresantes tiene la capacidad de utilizar estrategias que le permitan hacer frente a las mismas, verá dichas situaciones como estímulos y oportunidades de crecimiento y es muy posible que se reduzcan las probabilidades de aparición de la enfermedad.

Hay muchas maneras y variadas características personales de afrontar el estrés, que agrupadas influyen directamente en el bienestar particular. Se sostiene que el empleo de estrategias centradas en el problema previene el desarrollo del síndrome de burnout, mientras que otras lo facilitan. Esto no pretende afirmar que la persona que maneje la dificultad lo esté afrontando de forma efectiva ya que puede causarle un alto costo emocional. Por otro lado, no se es efectivo cuando una persona maneja sus emociones pero no se centra en el problema; esto, a largo plazo se traduce en el desarrollo de trastornos.

El estudio de los resultados del Cuestionario de Apoyo Social (MOS), aplicado a los médicos sin burnout refleja que el principal apoyo que utilizan es el amor y cariño con un 87,14% seguido del apoyo instrumental con un 80%, a continuación en menor escala la utilización de las redes sociales con un 76,79% lo que significa que este grupo cuenta con un buen círculo de apoyo social que les permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad; y por último, el apoyo emocional con un 74.82% demostrando que prefieren afrontar sus problemas de manera un tanto más personal.

El médico con burnout tiene como principal apoyo social el instrumental, seguido del apoyo emocional, amor y cariño y en último lugar las redes sociales, confirmando que

no cuenta con el principal medio funcional que actúa como mecanismo protector para no desarrollar el síndrome, esto es el amor y cariño.

En cuanto al tipo de apoyo social más utilizado por las/os enfermeras/os sin burnout detallamos: en primer lugar con un determinante 82.22% el amor y cariño, seguido de un 73.67% de apoyo en las redes sociales lo que corrobora que las personas que tienen un buen soporte familiar y apoyo de sus redes sociales, pueden modificar los efectos negativos del estrés sobre la salud, desarrollando empatía, confianza y amor, recurriendo a personal capacitado en busca de ayuda para solventar una situación estresante.

Buunk & Schaufeli (1993), dicen que “el síndrome de quemarse por el trabajo tiene una doble etiología: los procesos de intercambio social con las personas a las que se atiende y los procesos de afiliación y comparación social con los compañeros de trabajo”.

Según Schaufeli & Bakker (2007), existen diferentes factores para el surgimiento del burnout y entre los principales está la falta de apoyo social. Es lógico suponer que los efectos negativos que produce el síndrome pueden mitigarse si el afectado ha logrado establecer relaciones interpersonales sobre la base del intercambio y la cooperación, si ha conseguido adaptar su estilo de vida con sus compromisos sociales y si ha conseguido el apoyo emocional necesario a nivel familiar que se constituya en el soporte imprescindible en momentos de gran demanda de este tipo de recursos.

Sabemos que hay variados tipos de apoyo social, entre los más importantes está el emocional que se traduce en amor, cuidado, empatía y confianza; el apoyo instrumental que consiste en brindar ayuda oportuna a quien lo necesite, contribuir a que termine una tarea o a cuidar de alguien sin que esto quiera decir que la persona a la que se asiste no sea capaz de realizar sus funciones o crearle un sentimiento de insuficiencia pues esa sensación podría producirle estrés.

En cuanto al Cuestionario de Personalidad (EPQR-A), según Price (1982) “el patrón de conducta de una persona reúne rasgos de personalidad, actitudes, creencias, conducta evidente y una determinada activación psicofisiológica”; el nivel significativamente superior en los médicos sin burnout es la Extroversión con un 50.38%, seguido de la sinceridad con un 19.08%, lo que demuestra que son asertivos,

arriesgados, aficionados a las bromas, muy animados, con una respuesta oportuna ante cualquier circunstancia, despreocupados, condescendientes, optimistas, divertidos, les gusta estar siempre ocupados, en ocasiones agresivos y con tendencia a perder los estribos fácilmente, gustan disfrutar del esparcimiento. De acuerdo a la teoría de Eysenck tienen una baja excitación crónica, se aburren y por tanto, necesitan estimulación externa para llegar a un nivel óptimo de desempeño.

El apartado de Sinceridad arroja un porcentaje del 19.08% lo que nos indica que la gran mayoría de médicos investigados no respondió adecuadamente a este cuestionario, teniendo como resultado un nivel bajo de sinceridad

En menor porcentaje, con un promedio exactamente igual tanto para Neuroticismo como para Psicoticismo (15.27%) tenemos indicios de que hay unas personas calmadas y controladas, otras solitarias a las que no les preocupa la gente, un tanto problemáticas, que a veces pueden llegar a ser crueles, insensibles, inhumanas, hostiles hasta con los miembros de su familia. Las personas que califican alto en Psicoticismo son poco sociables, la empatía, los sentimientos de culpa o la sensibilidad hacia los demás no les son familiares; como punto a su favor podemos señalar que son bastante creativos.

En cuanto al médico con burnout tanto Sinceridad como Neuroticismo puntúan alto, es más sincero que los médicos que no presentan el síndrome y se confirma que se trata de una persona nerviosa, ansiosa, preocupada, con tendencia a los cambios bruscos de humor y a la depresión, probablemente no duerme bien y sufre de trastornos psicósomáticos, es emotivo y reacciona con intensidad ante cualquier tipo de estímulos. En lo referente a Extroversión y Psicoticismo la puntuación más bien es baja.

En lo que respecta al grupo de las/os enfermeras/os investigadas/os el rasgo más sobresaliente es la Extroversión confirmando que son personas sociables que disfrutan de las fiestas, que necesitan compartir constantemente con otras personas, no son afectos a leer o estudiar solos, son bastante arriesgados e impulsivos. La puntuación en Psicoticismo es más baja, pues se trata de profesionales altruistas, altamente sociables, empáticas y convencionales, reflexivas y responsables, poco agresivas.

La base fisiológica sugerida por Eysenk para el psicoticismo es la testosterona. En una categoría más baja se presenta el neuroticismo caracterizado por la incapacidad de inhibir o controlar sus reacciones emocionales, es decir experimentan efectos negativos. El 100% de los encuestados presenta un nivel bajo en sinceridad.

De acuerdo a la literatura consultada, podemos afirmar que del grupo investigado, quienes desarrollan una personalidad tipo "A" son más propensos a padecer el síndrome de burnout. Los médicos con este tipo de personalidad tienen un patrón de conducta que se refleja en comportamientos de impaciencia, agresividad, hostilidad, irritabilidad, alta competitividad, baja estabilidad emocional, locus de control externo y por tanto están más expuestos a desarrollar el síndrome.

Si en algún momento los rasgos de personalidad no permiten lograr una buena adaptación a las situaciones de estrés generado por la práctica de la profesión, puede contribuir al desarrollo de complicaciones exteriorizando la tendencia al burnout.

VII. CONCLUSIONES

Y

RECOMENDACIONES

7. 1. CONCLUSIONES

El principal objetivo de la presente investigación fue “Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”, para lo que se realizó la respectiva indagación.

Luego de proceder con el análisis de los datos y la correspondiente sustentación pasamos a establecer las siguientes conclusiones:

- ❖ De los resultados obtenidos en la presente investigación se deduce que la mayor parte de la población de médicos y enfermeras que labora en el Hospital Provincial General Docente de la ciudad de Riobamba y que participó en esta investigación, es un grupo sano desde el punto de vista del burnout ya que la puntuación obtenida tanto para las escalas de agotamiento emocional como para despersonalización es baja; únicamente el médico diagnosticado con burnout presenta un porcentaje elevado para la escala de agotamiento emocional y despersonalización. Sin embargo todo el grupo estudiado tiene un elevado nivel de realización personal que se traduce en satisfacción y vitalidad en las actividades laborales.
- ❖ La salud mental de los investigados es satisfactoria ya que los resultados del cuestionario de salud general tanto para las sub escalas de síntomas somáticos, como ansiedad, disfunción social y depresión son relativamente bajos o nulos. Únicamente el médico diagnosticado con burnout puntúa alto tanto para la sub escala de síntomas somáticos como la de ansiedad y depresión lo que nos permite concluir que presenta rasgos de leves disturbios psiquiátricos que perjudican su estado de salud mental.
- ❖ Considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud de las personas, toda la población investigada hecha mano de los medios que les ofrecen las redes sociales, lo que es un buen indicador de que este grupo cuenta con un gran círculo de apoyo social, tienen una valoración muy positiva de estas redes sociales y de los recursos que fluyen de ellas. Dentro de las dimensiones más utilizadas tanto por médicos como por enfermeras/os sin burnout mencionamos: amor y cariño y apoyo instrumental y en menor medida

redes sociales y apoyo emocional. La escala más utilizada por el médico con burnout es el apoyo instrumental seguido de apoyo emocional y amor y cariño.

- ❖ Del análisis de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal sanitario que intervino en la presente investigación concluimos que: los médicos sin burnout utilizan mayoritariamente la aceptación seguida del afrontamiento activo; las/os enfermeras/os sin burnout aprovechan la religión en primer lugar seguida de la aceptación. El médico con burnout emplea primero el humor, riéndose de las situaciones estresantes; y luego, en la misma proporción el desahogo, la planificación y la culpa a sí mismo. Esto constituye un fiel reflejo de que las personas estudiadas presentan un afrontamiento positivo centrado en el problema y en la emoción ante las situaciones estresantes ya que tratan de contrarrestar el estrés realizando actividades y acciones adecuadas al efecto.
- ❖ Con relación a los rasgos de personalidad de los galenos que participaron en esta investigación deducimos lo siguiente: el factor predominante en médicos y enfermeras/os sin burnout es la extroversión, factor que nos induce a concluir que la mayor parte de los investigados tienen un buen círculo de amigos, son muy sociables, comunicativos, afectuosos, optimistas, necesitan interactuar con otras personas, son impulsivos, amantes de los cambios, tratan de estar siempre ocupados en distintas actividades, además de que se descontrolan fácilmente. El médico diagnosticado con burnout muestra en mayor grado los factores neuroticismo y sinceridad, presenta rasgos de ansiedad, es incapaz de controlar sus reacciones emocionales, experimenta afectos negativos al evitar o enfrentar situaciones estresantes, se disgusta con facilidad; pero a pesar de lo anteriormente expuesto prevalece en él la sinceridad.

7. 2. RECOMENDACIONES

- ❖ Proseguir con investigaciones relacionadas con el tema del burnout y de acuerdo con los resultados obtenidos implementar programas de promoción de estilos de vida saludables en el ambiente laboral con el fin de contribuir al mejoramiento del bienestar y calidad de vida del personal sanitario y prevenir factores de riesgo que contribuyan al desarrollo del síndrome de burnout.
- ❖ Planificar e implementar el entrenamiento en técnicas de relajación para modificar las reacciones ante situaciones emocionalmente estresantes.
- ❖ Realizar nuevos y más profundos análisis para determinar si el apoyo social realmente actúa como un factor protector ante la presencia de los síntomas del burnout.
- ❖ Realizar estudios enfocados a investigar si los tipos de afrontamiento más utilizados por médicos y enfermeras realmente llegan a protegerlos de los efectos negativos desencadenantes del burnout.
- ❖ Sabemos que el tipo de personalidad influye en gran manera en nuestros pensamientos, emociones y actitudes por lo que se debe realizar estudios para prevenir que el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal contribuyan al desarrollo del síndrome en el personal de médicos y enfermeras.

VIII. BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

8. 1. BIBLIOGRAFÍA

Albadejo, R. Villanueva, R. (2004). Síndrome de Burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*.

Albar M., Romero M., González M., Carballo E., García A., Gutiérrez I., et al. (2010). Apoyo social, características socio demográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. *Revista Costarricense de Salud Pública. Enfermería Clínica*

Allport, G. W. (1977). *Psicología de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós (original 1937).

Alvarez, A. Arce, M. (2005). Síndrome de Burnout en médicos de hospitales públicos de la ciudad de Corrientes. *Revista de Postgrado de la VI Cátedra de Medicina*.

Aranda, C., Pando, M., Pérez, M. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout. *Revista cubana de salud pública*. Guadalajara, México.

Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar J. & Franco, S. (2005). Factores psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia. *Anales de la Facultad de Medicina Universidad Nacional Mayor de San Marcos*.

Calíbrese, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anesthesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*.

Carr Alan. (2007). *Psicología Positiva. La ciencia de la felicidad*. España. Editorial Paidós Ibérica S. A.

Cloninger, Susan C. Ortiz Salinas, María Elena (2003). *Teorías de la Personalidad*. 3ª Edición. México. Editorial Pearson.

Davoine, L., Erhel, C., Guergoat, M. (2008). La calidad del trabajo según los indicadores europeos y otros más. *Revista Internacional del Trabajo*.

De Lisa, P. (2004). *Insatisfacción Laboral, percepción del grupo familiar y estilos de afrontamiento*. Universidad Adventista de la Plata. Libertador San Martín, Entre Ríos.

Duque Ramírez, Luis Guillermo, Vanegas, Humberto. (2006). *Semiología Médica Integral*. Medellín Colombia. Universidad de Antioquia.

Fernández Besada, Rebeca. (2007). Técnicas de Apoyo Psicológico y Social al Paciente y Familiares. 1ª Edición. España. Editorial Ideas propias.

Gálvez, M., Moreno, B. & Mingote J. c. (2011). El desgaste profesional del Médico. Ediciones Días de Santos S. A. Madrid.

Gil-Monte, Pedro (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout). España: Editorial Pirámide.

González, P. H. (2007). Síndrome de Burnout y modos de afrontamiento en docentes. Universidad Adventista de la Plata. Libertador San Martín, Entre Ríos.

Guevara, C. A., Henao, D. P. & Herrera, J. A. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. Hospital Universitario del Valle, Cali. Colombia Médica.

Hernández Zamora, G. L. & Olmedo Castejón, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad. España. Universidad de La Laguna.

Jofré, V. & Valenzuela, S. (2005). Burnout en personal de enfermería de La Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Chile. Universidad de la Sabana

Mingote Adán, J. C. & Pérez García, S. (2003). Estrés en la Enfermería. El Cuidado del Cuidador. Madrid<. Días de Santos.

Morán Astorga, C. (2008). Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos. España. Universidad de León.

Pinillos, J. L., López-Piñeiro, J. M. y García Ballesteros, L. (1966). Constitución y Personalidad. Madrid: Consejo Superior de Investigaciones Científicas.

Slipak, O. E. (2003). Estrés Laboral. Argentina. Revista ALCMEON de Clínica Neuropsiquiátrica.

Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional: una mirada del síndrome de Burnout. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Useche Parada, M. J. (2008). Factores de personalidad relacionados con el Síndrome de Burnout a partir de los tipos de personalidad A, B y C. Colombia. Facultad de Enfermería - Facultad de Medicina.

8. 2. WEBGRAFÍA

Anasti (2008). El síndrome de burnout y el estrés laboral, [acceso 5 de junio del 2012], disponible en: <http://www.igooh.com/notas/el-sindrome-de-burnout-y-el-estres-laboral/>.

Apiquian, A. (2007). El Síndrome de Burnout en las Empresas, [acceso 13 de julio del 2012], disponible en: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>

Bittar (2008). Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios, [acceso 15 de agosto del 2012], disponible en: http://www.uib.es/catedra_iberamericana/investigaciones/.../bittar.pdf

Campos (2006). Causas y efectos del estrés laboral [acceso 15 de agosto de 2012], disponible en: <http://www.monografías.com/trabajos34/causas-estres-laboral/causas-estres-laboral.shtml>

Carrasco, D. (2003). Un fallo dice que el “burnout” del médico es accidente laboral, Diario Médico, [acceso el 9 de junio del 2012], disponible en: <http://www.diariomedio.com/edición/noticia/0,2458,305281,00.html>.

D'Anello (2003). Investigación en estrés y síndrome de desgaste profesional (burnout) en profesionales de la salud [acceso 13 de julio del 2012], disponible en: www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/14891/1/capitulo17.pdf

Escala, S. E. (2004). Cómo enfrentarse al estrés laboral, [acceso el 20 de junio del 2012], disponible en: <http://www.ondasalud.com/edición/noticia/0,2458,235850,00.html>.

Etxala (2010). El estrés: cómo afecta a nuestro cuerpo [acceso 5 de mayo del 2012], disponible en: <http://wonalixia.blogspot.com/2010/04/el-estres-como-afecta-nuestro-cuerpo.html>

Escobar & otros (2009). Síndrome de Burnout y personal de enfermería de cuidados intensivos. Revista Médica Electrónica 31(3) [acceso 3 de septiembre del 2012], disponible en: <http://www.revmatanzas.sld.cu/revista%20medica/ano%02009/vol3%202009/tema09.html>.

Fonseca González (2008). Frecuencia de Síndrome de Agotamiento Profesional en personal médico y paramédico del hospital general de Campeche "Dr. Álvaro Vidal Vera" [acceso 15 de agosto de 2012], disponible en: www.slideshare.net/.../síndrome-de-agotamiento-profesional.

Gil-Monte, P. R. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. Revista Electrónica Inter Acao Psy, [acceso el 18 de junio del 2012], disponible en: <http://www.portalpsicología.org>.

Gil-Monte, P. R. (2006). El síndrome de quemarse por el trabajo (SQT): desarrollo y estrategias de intervención, [acceso el 9 de agosto del 2012], disponible en: http://www.gencat.cat/justicia/temes/reinsercio_i_serveis_penitenciaris/centres/congres_penitenciar/index.html.

Gil-Monte, P. R. & Marucco, M. (2006). Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout) en médicos. Medicina y Sociedad, [acceso el 15 de agosto del 2012], disponible en: http://www.medicinaysociedad.org.ar/publicaciones/20_junio2006/20_junio.html.

Medina, M. (2002). Medicina de Emergencia Pre hospitalaria. México [acceso 12 de septiembre del 2012], disponible en: www.medigraphic.com/.../e.../er-ur022d.htm.

Organización Mundial de la Salud (2010). La organización del trabajo y el estrés [acceso 20 de mayo de 2012], disponible en: www.who.int/entity/occupational_health/publications/.../es

IX. ANEXOS

9. 1. ANEXO 1



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Loja, 28 de abril de 2012
OF-PSC-072

Señor (a)
Director(a) de la Institución de Salud
En su despacho.-

De mi consideración:

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de su carrera de Psicología ha desarrollado desde 1998, varias líneas de investigación en el ámbito psicológico, en cooperación interinstitucional con diferentes Universidades Nacionales e Internacionales; con el fin de aportar al proceso de investigación y desarrollo del país.

Es importante en el momento actual, promover el desarrollo de entornos favorables para la salud y la vida, política que también es prioridad del actual gobierno del Ecuador, por ello, participo que en el ámbito de la Psicología de la Salud Ocupacional, se lleva a cabo el proyecto de investigación: "Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador".

Conocedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr.(a) Director (a) se autorice a
....., egresado (a) de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para realizar la recolección de información dirigida a 30 funcionarios (15 médicos y 15 enfermeras) de la salud de la Institución que usted tan acertadamente dirige.

Es importante indicar que los datos recogidos serán utilizados con fines netamente académicos e investigativos, salvaguardando la identidad de los profesionales e instituciones participantes. Una vez obtenidos los resultados se entregará el respectivo informe a cada evaluado, certificado por psicólogos de esta institución calificados.

Seguro de contar con la favorable atención al presente, anticipo mis sinceros agradecimientos.

Atentamente,

Mg. Silvia Vaca Gallegos
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



11 de junio / 2012
Acetos, 2012
[Handwritten signature]

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA****DIRECCION**

Av. Juan Felix Proaño s/n y Chile

Telf.: (03) 2 628 071 - 2 628 102

Nro. 0275-WNM-DHPGDR - 2012
Riobamba junio 12 de 2012

Magister
Silvia Vaca Gallegos
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
Presente

De mi consideración

Dr. Wilson Nina , Director del Hospital Provincial General Docente Riobamba, me dirijo a usted con el fin de comunicarle que la solicitud de la señora Lina Patricia Flor Castelo, egresada de la escuela de Psicología de la UTPL, con el fin de realizar la recolección de información para el proyecto de investigación sobre "Identificación de Síndrome Burnout en profesionales de la Salud" ha sido aceptada por la administración de esta institución.

Particular que comunico a usted a usted para los fines pertinentes

Atentamente

Dr. Wilson Nina Mayancela
DIRECTOR DEL HOSPITAL PROVINCIAL
GENERAL DOCENTE RIOBAMBA
C/C / Archivo
WNM- mam.



9. 2. ANEXO 2



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario Socio demográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: Sí No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO Sí ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

9. 3. ANEXO 2.1

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.							

9. 4. ANEXO 2. 2

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

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

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

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

9. 5. ANEXO 2.3.

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>

9. 6. ANEXO 2.4.

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.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

9. 7. ANEXO 2.5.

**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).