



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador, en el Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1, en el periodo Mayo-Diciembre 2012”.

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Marthinez Lupera, Hitler Odín

Director:

Jiménez Gaona Marco Antonio, Lic.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciado.

Marco Antonio Jiménez Gaona

TUTOR DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador, en el Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1, Mayo-Diciembre 2012”**. Realizado por el profesional en formación: **Hitler Odín Marthinez Lupera**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, diciembre del 2012

f) _____

CC. 1104414014

CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, Hitler Odín Marthínez Lupera declaro ser autor del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

Adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad 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”

f).....

Hitler Odín Marthínez Lupera

1710170927

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimientos y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de su autor

.....

Hitler Odín Marthínez Lupera

1710170927

DEDICATORIA

Esta tesis la dedico a Dios, a mi madre, a mi esposa e hijos.

Al Gran Arquitecto del Universo por haberme dado salud, fortaleza, paciencia e inteligencia, y porque siempre está presente en cada uno de los momentos de mi vida.

A mi querida madre, por haberme dado la vida, ejemplo de tenacidad y superación, por ser el apoyo y un pilar fundamental de mi formación personal y profesional.

A mi abnegada esposa, por estar a mi lado en mis triunfos y momentos difíciles.

A mis hijos para que sirva de ejemplo de esfuerzo y superación

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios por guiar e iluminar mi vida, por bendecirme en cada uno de los pasos de mi existir, por iluminarme, fortalecer mi alma y mi corazón; por haber puesto en mi camino a todas aquellas personas que de una u otra manera han aportado para mi engrandecimiento. A mi madre por darme la vida y el ejemplo de una mujer luchadora y por el apoyo incondicional durante toda mi vida. A mi esposa por ser parte de mi vida, por ser mi soporte y estar junto a mí en todos los momentos de mi vida.

A la UTPL y a sus docentes que supieron impartir todos sus conocimientos y valores permitiendo así una formación integral.

Al Hospital Quito N°1 "Policía Nacional" y en especial al Departamento de Salud Mental, por ser generosos al compartir ese cúmulo de experiencia y conocimientos.

Para todos ustedes mi gratitud y respeto.

¡Muchas Gracias!

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Página

Portada.....	i
Certificación.....	ii
Acta de cesión de derechos de tesis de grado.....	iii
Autoría.....	iv
Agradecimientos.....	v
Dedicatoria	vi
Índice	vii
1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	4
CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS.....	4
1.1. Antecedentes del estrés.	4
1.1.1. Origen.....	4
1.1.2. Definición.....	4
1.2. Desencadenantes del estrés.....	5
1.2.1. Factores Medio-Ambientales.....	6
1.2.2. Factores Hormonales.....	6
1.2.3. Estrés Alérgico.....	6
1.3. Tipos de estresores.....	6
1.3.1. Psicosociales.....	6
1.3.2. Biogenicos.....	6
1.3.3. Internos.	7
1.3.4. Externos.	7
1.4. Estrés laboral.	7
1.5. Moduladores del Estrés.	7
1.6. Consecuencias del estrés.....	8
1.6.1. Fisiológicas.....	8
1.6.2. Cognitivas.....	9
1.6.3. Motoras.....	9
1.7. Medidas preventivas y control del estrés.....	9

CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT	11
2.1. Definiciones del Burnout.....	11
2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout.....	13
2.3. Poblaciones propensas al Burnout.....	17
2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout.....	19
2.5. Características, causas y consecuencias del burnout.....	23
2.5.1. Características del síndrome de burnout.....	23
2.5.2. Causas del síndrome de burnout.....	23
2.5.3. Consecuencias.....	25
2.6. Modelos explicativos del burnout.....	27
2.6.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.....	28
2.6.2. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social.....	28
2.6.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.....	29
2.6.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructura.....	30
2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	30
CAPITULO 3 CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	33
3.1.1. Variables de riesgo y protectoras.....	33
3.1.2. Motivación y satisfacción laboral.....	34
3.1.3. Investigaciones realizadas.....	34
3.2. El burnout y la relación con la salud mental.....	34
3.2.1. Definiciones de salud mental.....	35
3.2.2. Salud Mental y el Estrés.....	35
3.2.3. Síntomas somáticos.....	36
3.2.4. Ansiedad e insomnio.....	36
3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria.....	37
3.2.6. Tipos de depresión.....	37
3.2.7. Investigaciones realizadas.....	38
3.3. El burnout y el afrontamiento.....	39

3.3.1. Definición de afrontamiento.....	39
3.3.2. Teorías de afrontamiento.....	39
3.3.3. Estrategias de afrontamiento.....	40
3.3.3.1. Estrategias individuales.....	40
3.3.3.2. Estrategias grupales.....	41
3.3.3.3. Estrategias organizacionales.....	41
3.3.4. Investigaciones realizadas.....	41
3.4. El burnout y la relación con el apoyo social.....	42
3.4.1. Definición de apoyo social.....	42
3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social.....	43
3.4.3. Apoyo Social Percibido.....	43
3.4.4. Apoyo Social Estructural.....	44
3.4.5. Investigaciones realizadas.....	44
3.5. El burnout y la relación con la personalidad.....	45
3.5.1. Definición de personalidad.....	45
3.5.2. Tipos de personalidad.....	46
3.5.2.1. Personalidad tipo A.....	47
3.5.2.2. Personalidad tipo B.....	48
3.5.3. Patrones de conducta y personalidad.....	48
3.5.3.1. Patrón de conducta tipo A.....	48
3.5.3.2. Patrón de conducta tipo B.....	49
3.5.3.3. Patrón de conducta tipo C.....	49
3.5.4. Locus de control.....	50
3.5.5. Investigaciones realizadas.....	51
4. METODOLOGÍA.....	52
4.1. Contexto.....	52
4.2. Diseño de Investigación.....	53
4.3. Población.....	54
4.4. Instrumentos.....	54
4.5. Recolección de datos.....	58
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	60
5.1. Cuestionario sociodemográfica y laboral.....	60
5.2. Cuestionario MBI / Inventario Burnout.....	78
5.3. Cuestionario Salud mental GHQ-28.....	83
5.4. Cuestionario de afrontamiento BRIEF COPE.....	89

5.5. Cuestionario Apoyo social AP.....	91
5.6. Cuestionario Personalidad.....	92
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	94
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	99
7.1 Conclusiones.....	99
7.2. Recomendaciones.....	100
8. BIBLIOGRAFÍA.....	101
9. ANEXOS.....	105

1. RESUMEN

El síndrome de Burnout se considera como respuesta al estrés laboral crónico. El personal de profesionales de la salud, se enfrenta frecuentemente a situaciones de diferentes niveles adoptando diferentes grados de responsabilidad y es más susceptible de atacar en personas altamente calificadas y comprometidas.

El presente trabajo tiene como finalidad identificar el síndrome de Burnout en profesionales de la salud, médicos y enfermeras del Hospital de la Policía Quito N° 1.

Esta investigación recopilará información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de burnout; la metodología utilizada tiene características de corte transversal, exploratorio, descriptivo, no experimental, y de tipo cuantitativo. Se utilizaron cuestionarios como: Socio demográfico y Laboral, de Maslach Burnout Inventory, de Salud General, Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento, y de Apoyo Social.

Los resultados que se obtuvieron fue la identificación de una mínima presencia del síndrome de burnout para su análisis y desarrollo; pese a estos resultados permitieron identificar datos estadísticos reales de prevalencia y ocurrencia del síndrome, y la alternativa de buscar una serie estrategias de intervención y prevención.

2. INTRODUCCIÓN

Con el desarrollo y evolución de las sociedades modernas en las que se desenvuelven nuestras formas de vida, altamente tecnificadas y con una baja tolerancia a la frustración, nacen y se acrecientan una serie de valores que hacen que las expectativas de los trabajadores sean muy elevados, idealistas y poco realistas; cuando estas expectativas no se cumplen, se crea un terreno fértil para el desencanto y para que desarrolle el síndrome de Burnout o “quemado profesional”, un síndrome de fatiga emocional que se da entre individuos que interactúan constantemente con otras personas; es común en aquellas profesiones en las que se precisan cuidados como es en el ámbito de la salud ya que se enfrenta constantemente a situaciones de vida y muerte teniendo demandas excesivas tanto física y emocionalmente convirtiéndose en una carga de estrés mental en el desarrollo de las actividades.

Esta investigación recopilará información acerca de los riesgos laborales de carácter psicosocial como es el síndrome de Burnout (desgaste profesional), que es una de las principales causas de enfermedad laboral, absentismo.

La Fundación Europea para Mejoras de Condiciones de Vida y Trabajo llegó a afirmar en 1999, que un 20% de la población trabajadora sufría burnout (Pérez Bilbao, 2001).

También se ha destacado en distintos estudios que del 10% al 12% de los médicos en activo están emocionalmente perturbados (GonÇalves Estella y otros, 2002) y que sufrirán problemas mentales o conductas adictivas a lo largo de su vida profesional (Gracia, 2004).

En un estudio con enfermeras se observó que entre un 27% y un 39% presentó puntuaciones indicativas de burnout en alguna de las tres subescalas. El 6,09% presentó puntuaciones indicativas de burnout en las tres subescalas conjuntamente (Molina Linde, Ávalos Martínez y Giménez Cervantes, 2005).

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

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

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

El presente trabajo tiene como finalidad identificar el síndrome de Burnout en el personal de profesionales de la salud, específicamente con una población de 15 médicos y 15 enfermeras de distintas áreas del Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1, a través de seis cuestionarios: Socio demográfico, Burnout de Maslach MBI, de salud general GHQ-28, de afrontamiento COPE, de Apoyo social AP y de personalidad EPQR-A. Esta población se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte, el trabajo puede ser física y emocionalmente agotador.

Como metodología se utilizó un plan estratégico para obtener información de las características socio demográficas y laborales más frecuentes y comorbilidad existente de quienes experimentan el burnout, la actuación del apoyo social como mecanismo protector, los mecanismos de afrontamiento y los rasgos de personalidad de quienes lo experimentan; se caracteriza por ser cuantitativo, no experimental, transeccional (transversal), exploratorio y descriptivo.

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

1.1. Antecedentes del estrés.

1.1.1. Origen.- La palabra estrés deriva del griego "stringere" que significa provocar tensión, se utilizó por primera vez, por el siglo XIV, a partir de entonces durante muchos años se empleó textos en inglés y surgieron numerosas variantes como "stress, stresse, strest e inclusive straisse (Ivancevich y Mattesin, 1989).

En física, "estrés" significa la fuerza que produce la tensión en un cuerpo, por lo que este término fue tomado prestado por uno de los pioneros en la investigación sobre este tema, el estudiante de medicina Hans Selye (1920), y utilizó el término estrés por primera vez al completar sus estudios de medicina en la Universidad de Montreal, ya que se percató que todos los pacientes, independientemente de la enfermedad que sufrían, tenían algo en común: todos ellos tenían un aspecto enfermo: cansancio, pérdida del apetito, bajada de peso y astenia entre otras. Según él, todos se sometieron a estrés físico debido a una enfermedad. Por ello llamó a este conjunto de síntomas *el síndrome de estar enfermo*. Esto se sugiere como la primera definición de estrés: un estrés no específico en el cuerpo causado por irregularidades en su estado normal (no específico para cualquier enfermedad que puede causar estrés). (Selye, H., 1950)

1.1.2. Definición.- El estrés (del inglés stress, 'tensión') es una respuesta automática y natural, una reacción fisiológica del organismo en el que entran en juego diversos mecanismos de defensa para afrontar una situación que se percibe como amenazante, desafiante o de demanda incrementada.

Hans Selye (1936) decía que el Estrés "es la respuesta no específica del organismo a toda demanda que se le haga". Durante el transcurso de la vida se presentan cambios constantes que exigen múltiples adaptaciones que inician un proceso de interacción entre los diversos eventos del entorno y las respuestas cognitivas emocionales y físicas, y cuando estas respuestas se intensifican o se prolongan afectan el normal desempeño de la persona.

El estrés es una respuesta natural para la supervivencia, este mecanismo de defensa puede acabar, bajo determinadas circunstancias frecuentes en ciertos modos de vida, desencadenando problemas graves de salud. Cuando esta respuesta natural se da en exceso se produce una sobrecarga de tensión que repercute en el organismo y provoca la aparición de enfermedades y anomalías patológicas que impiden el normal desarrollo y funcionamiento del cuerpo humano.

Según el psicoanalista-psicoterapeuta del hospital del instituto psicosomático de Paris Jean Benjamín Stora (1991) "el estrés es causado por el instinto del cuerpo de protegerse a sí mismo", por lo que es una respuesta natural y automática ante situaciones adversas, que en situaciones propias puede ser de gran utilidad, ya que al contrario cuando se intensifican o se prolongan se torna nocivo para el organismo.

El estrés es una respuesta adaptativa del organismo que produce cambios en el sistema de defensa, pero que cuando es muy agudo o prolongado en el tiempo conlleva la supresión de la respuesta o un desarrollo desmesurado de la misma, lo que puede desequilibrar al resto de sistemas fisiológicos y desencadenar el desarrollo de enfermedad. (Ellis, 1981).

Lazarus y Folkman (1984) definen el estrés como un conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo está valorada por la persona como algo que grava o excede sus propios recursos y que pone en peligro su propio bienestar personal. Es una relación dinámica y bidireccional entre la persona y el entorno.

El estrés puede ser causado por cualquier evento que altere el normal desenvolvimiento de la persona, ya sea positivo (nacimiento de un hijo) o negativo (muerte de un ser querido), irritaciones menores (tráfico en la ciudad, clima) o mayores (pérdida de empleo) pueden ser las causas para desencadenar el estrés.

1.2. Desencadenantes del estrés.

Aunque el estrés es un estado del organismo, los desencadenantes pueden ser procesos biológicos propios de la especie o factores externos que altere el normal

desenvolvimiento de la persona en su vida cotidiana y más aun cuando se intensifican o se prolongan.

1.2.1. Factores Medio-Ambientales.- Es un desencadenante externo que puede darse por el transporte, manejo, cambios bruscos de temperatura, alta densidad de población, inadecuados niveles de oxígeno, niveles subletales de materiales tóxicos, mala calidad de agua, etc. (Zapata 1985, Fletcher 1986, Zapata y cols. 1992, Maule y cols. 1996).

1.2.2. Factores Hormonales.- Los cambios hormonales en la pubertad y los que se generan en las mujeres en los diferentes periodos premenstrual, post parto y menopausia, el aumento o disminución de hormonas puede ser también un desencadenante del estrés. . (Zapata *et al* 1985)

1.2.3. Estrés Alérgico.- El cuerpo actúa naturalmente mediante un mecanismo de defensa frente a una reacción alérgica para neutralizarla, mediante el sistema inmunológico el cual genera cambios de energía en el cuerpo. (Zapata *et al* 1985)

1.3. Tipos de estresores.

Los estresores son situaciones desencadenantes del estrés que producen cambios en la condición de vida de una persona. Pueden ser positivos o negativos.

1.3.1. Psicosociales.- De acuerdo a lo que menciona los autores Gil Montes y Peiro (1999) es un conjunto comprendido por aspectos psicológicos y sociales y que implican aspectos internos y externos del individuo. (Vargas, P., Latorre, D., y Parra, S., 2011)

Los estresores psicosociales son situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresores a través de la interpretación cognitiva o del significado que la persona le asigna. (Everly, 1978)

1.3.2. Biogenicos.- Son mecanismos físicos y químicos que accionan la respuesta de estrés, ocurren independientemente de los procesos psicológicos.

Actúan directamente sobre el organismo desencadenando la respuesta de estrés. Son característicos entre este tipo de estresores las sustancias químicas (anfetaminas, nicotina, etc.) y los factores físicos, como los estímulos que provocan el dolor, el calor o frío extremo. (Everly, 1978)

1.3.3. Internos.- Producidos al interior del individuo como una mala digestión, es un proceso biológico propio del individuo. (Zapata *et al.* 1985).

1.3.4. Externos.- Producidos en el entorno que rodea al individuo, como la temperatura ambiente, factor externo. (Zapata *et al.* 1985)

1.4. Estrés laboral.

El estrés es un trastorno biopsicosocial que afecta a las personas y su entorno, aplicado al ámbito laboral existiría un descompensación o desequilibrio entre las demandas y responsabilidades profesionales y la capacidad del individuo para poder sobrellevarlas. De acuerdo al modelo formulado por Karasek (1979), establece que el estrés surge cuando las demandas del trabajo son altas y la capacidad de control de las mismas es baja.

El estrés laboral responde a estímulos en el empleo que conllevan a consecuencias negativas, físicas o psicológicas, para los individuos que se encuentran expuestos a ellas. Psicología aplicada al trabajo. (Muchinsky P., 1994)

1.5. Moduladores del Estrés.

Los moduladores del estrés son ayudas paliativas para el individuo que se encuentra afectado con el estrés, tienen la función de relajar o modular las tensiones físicas y emocionales.

El apoyo social es un poderoso modulador puesto que provisiona afecto, comprensión, reafirmación y ayuda al individuo por parte de su grupo social. Se ha publicado recientemente abundante evidencia que relaciona el apoyo social con la salud física y

psicológica y se ha señalado que favorece la salud bien porque se relaciona negativamente con el comienzo de enfermedades o bien porque facilita la recuperación de pacientes con algún tipo de trastorno (Adler y Matthews, 1994).

Las situaciones positivas que ocurren en el diario transcurrir y contribuyen a mejorar la calidad de vida; son de fácil acceso y que por razones de tiempo, sobrecargas, etc., no nos permitimos disfrutar. Nos referimos a actividades de ocio y tiempo libre tan sencillas como: pasear, descansar, oír buenas noticias, recibir sesiones de masaje, ir al teatro, etc. Todas estas situaciones modularían la respuesta de estrés (Labrador, 1993).

Los recursos utilitarios que se constituyen positivamente a la resolución de una situación de forma rápida y satisfactoria, contribuyendo a que el individuo se sienta seguro, como el dinero, el acceso a información, acceso a los servicios sociales y a programas de entrenamiento, van a facilitar la resolución de una situación estresante.

Crear que podemos manejar la situación y que ésta depende mucho de nuestros esfuerzos, estrategias y habilidades nos ayudará a salir ilesos de ella. (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

1.6. Consecuencias del estrés.

Las consecuencias del estrés se pueden dar en tres áreas: fisiológicas, cognitivas y motoras.

1.6.1. Fisiológicas.- El estrés produce una alta activación fisiológica que puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicosomáticas, puede producir alteraciones orgánicas, como problemas cardiovasculares, dolores de cabeza tensionales, problemas digestivos, entre otros. (Labrador y Crespo, 1993).

Actualmente existe evidencia suficiente de que mecanismos neurales y endocrinos están implicados en la respuesta de estrés (Everly, 1989).

1.6.2. Cognitivas.- A nivel cognitivo el individuo puede desarrollar errores cognitivos en la interpretación de la activación fisiológica, de conducta, pensamientos, perturbaciones sobre procesos cognitivos superiores y deterioro en rendimiento laboral o académico. (Labrador y Crespo, 1993)

1.6.3. Motoras.- Se ve implicado las respuestas motoras básicas en los mecanismo de supervivencia, enfrentamiento, ataque, huida o evitación. El tipo de conducta utilizada determina la forma de activación del organismo. (Mathews, 1977)

1.7. Medidas preventivas y control del estrés.

La vida hay que llevarla de manera que se vea un panorama sin preocupaciones y que todo tiene solución, hay que ser optimista, positivos y mantener hábitos conductuales sanos, o sea hábitos sanos de conducta como una dieta equilibrada, no fumar ni beber en exceso y no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos mejoraría nuestro estado de salud y sistema inmunológico al mismo tiempo que modularía la respuesta de estrés. (Marthinez, 2012)

También se ha apuntado, la importancia del ejercicio físico, con lo cual moviliza el organismo mejorando su funcionamiento y la capacidad física a nivel de los sistemas circulatorio, muscular y respiratorio. Se ha comprobado que en estados de estrés movilizan recursos orgánicos como ácidos grasos, colesterol, glucógeno que rara vez se van a utilizar ya que la vida moderna no exige respuestas físicas intensas. Estos recursos movilizados y no utilizados pueden llegar a depositarse en el sistema vascular tapizando paredes y vasos, disminuyendo así el paso de la sangre dando lugar a un aumento de la presión arterial, hipertensión y propensión a infartos. Con el ejercicio físico podemos utilizar y consumir estos recursos movilizados por la respuesta de estrés antes de ser depositadas e impedir deterioros en el sistema cardiovascular. Los ejercicios recomendables son los aeróbicos como correr, montar en bicicleta, nadar, practicados tres o cuatro días semanales, unos treinta, cuarenta minutos y de una intensidad moderada (Labrador, 1993).

Se pueden realizar ejercicios respiratorios, controlando voluntariamente la respiración, realizar ejercicios físicos, mantener una vida sana sin vicios como tabaco o alcohol, una alimentación sana y equilibrada, liberación de endorfinas a través de la risa, evitar preocupaciones, tiempo para relajarse, respetar las horas de sueño, dedicar tiempo a la familia, amigos y el ocio. (Labrador, 1993)

CAPITULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

2.1. Definiciones del Burnout.

En la actualidad no existe una definición aceptada y única sobre el síndrome de burnout, por el contrario sí hay un consenso general en considerar que aparece en el individuo como respuesta al estrés laboral crónico. Según los estudios que han tratado de explicar el concepto del burnout, a pesar de haberse incrementado a partir de los años 80, ninguno ha sido abordado siguiendo un marco común, debido a la variedad de perspectivas y criterios. Además, estos estudios han analizado distintos niveles académicos desde diferentes disciplinas científicas, múltiples perspectivas teóricas y las problemáticas estudiadas también han sido variadas (Moreno, Oliver y Aragonés, 1991).

La traducción del término anglosajón Burnout, es “estar quemado”, desgastado, perder la ilusión por el trabajo, El término evoca un problema psicológico que afecta y altera la capacidad laboral de un sujeto. En el desarrollo del trabajo se utiliza de forma indiferenciada: síndrome de burnout (Maslach y Jackson, 1981), burnout (Freudenberg, 1974; Moreno y col., 1991 y Oliver, 1993, Manassero y col., 1996, Martínez, 1997) y desgaste psíquico profesional (Álvarez y Fernández, 1991 y Daniel, 1995), y se ha identificado como característico de aquellas profesiones y situaciones laborales en la cual se existe una relación continua de ayuda hacia el cliente: médicos, enfermeras, policías, psicólogos, psiquiatras, etc., y como característica del síndrome es el “desgaste emocional que dicha interacción va produciendo en el trabajador”.

Tal vez, la definición más aceptada es la que ofrecen Maslach y Jackson (1982), que lo conceptualizan como cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.

Maslach y Jackson (1981) definen que el burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en profesionales en contacto con usuarios en tres dimensiones: **Agotamiento emocional** existe cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o ambas; **Despersonalización** se da un desarrollo de sentimientos, actitudes y respuestas negativas, distantes y frías hacia otros individuos, acompañado de irritabilidad y pérdida de motivación hacia sí mismo, trata de hacer sentir culpables

de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral a los usuarios; **Bajo logro o no realización profesional y/o personal** surge cuando las demandas que se le hacen al sujeto, exceden la capacidad para atenderlas de forma competente, respuestas negativas hacia el individuo y hacia su trabajo, evita relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, no soporta la presión y baja autoestima.

Pines y cols. (1981) describen el burnout como un estado de decaimiento físico, emocional y mental, caracterizado por un cansancio, sentimiento de desamparo, desesperanza, vacío emocional y por el desarrollo de una serie de actitudes negativas hacia el trabajo, la vida y la gente.

Brill (1984), propuso una definición de *Burnout* menos conocida y más precisa: Es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente.

El burnout es una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, actitudes y comportamientos de aspecto negativo e implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para el individuo y su entorno organizacional. Se puede diferenciar una perspectiva clínica como un estado del individuo producto del estrés laboral; y la perspectiva psicosocial como producto de la interacción del entorno laboral y personal. La despersonalización es el desarrollo de actitudes negativas e insensibles hacia los destinatarios de los servicios que se prestan, y el sentimiento de realización personal, el cual supone una serie de respuestas negativas hacia uno mismo y a su trabajo típicas de la depresión, moral baja, evitación de las relaciones interpersonales-profesionales, baja productividad, incapacidad para soportar la presión y una pobre autoestima. (Buendía, 1993)

La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por desilusión, se experimentan sentimientos de fracaso personal como falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos, carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una

insatisfacción generalizada; y como consecuencias se da impuntualidad, interrupciones, evitación del trabajo, ausentismo y abandono de la profesión. Así podemos decir que el burnout en el enfoque psicosocial es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el entorno laboral, o como el “síndrome de estar quemado por el trabajo”; lo que nos permite entender que se trata de un conjunto sintomático que se debe identificar y evaluar para diagnosticar, centra su atención en la causa del fenómeno (el trabajo) y no estigmatiza al individuo, lo que permite distinguirlo de otros fenómenos como el estrés, fatiga, ansiedad, desgaste emocional, etc.(Gil-Monte y Peiro, 1997).

El burnout es consecuencia de la exposición a estresores laborales. La interacción del trabajador con determinadas condiciones laborales de riesgo puede provocar el síndrome.

Al burnout que se lo define como una fatiga emocional que se da entre individuos que interactúan constantemente con otras personas, es común en aquellas profesiones en las que se precisan cuidados como es en el ámbito de trabajo sanitario ya que se enfrenta constantemente a situaciones de vida y muerte teniendo demandas excesivas tanto física y emocionalmente convirtiéndose en una carga de estrés y mental en el desarrollo de las actividades.

Se manifiesta por una sintomatología multidimensional en el ámbito cognitivo, somático y emocional se puede decir que en una primera fase se produce una falta de balance entre demandas y recursos, en la segunda se produce un estado de tensión psicofísica y en la tercera se visualizan una serie de cambios conductuales como son: distanciamiento de los compañeros, evitación de tareas estresantes.

2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout.

La historia sobre burnout es joven, el fenómeno llega a estudiarse entre finales de año 1970 y entrados los años 80, aunque desde entonces han sido múltiples las líneas de investigación surgidas.

Freudenberger (1974) definió el burnout o estar quemado como una "sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador".

Cristina Maslach (1976) describía al síndrome con demandas excesivas emocionales externas e internas difíciles e imposibles de satisfacer, que producían hordas de fracaso personal, cargando emocionalmente al ámbito laboral.

Pines y Kafry (1978) lo identifican como una experiencia general de agotamiento físico, emocional y actitudinal.

Dale (1979) es uno de los iniciadores de 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.

Cherniss (1980) enfatiza la importancia del trabajo como antecedente en la aparición del burnout y menciona cambios negativos en trabajadores. El trabajo como detonante fundamental del burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. Este concepto estaría vinculado a un triple proceso: Desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés); Respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento; Cambios en actitudes y conductas (afrontamiento defensivo).

Edelwich y 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". Proponen cuatro fases: **Entusiasmo** elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro. **Estancamiento** surge tras no cumplirse las expectativas trazadas, aparece la frustración. **Frustración** aparecen problemas emocionales, físicos y conductuales. **Apatía** constituye un mecanismo de defensa ante la frustración.

Desde la perspectiva psicosocial, Maslach y Jackson (1981), lo conceptualizan como un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo que puede desarrollarse en aquellos sujetos cuyo objeto de trabajo son personas en cualquier tipo de actividad, los autores establecen diferencias

al considerar el orden secuencial en que aparecen estos síntomas (relación antecedentes-consecuentes) en el desarrollo del proceso de “quemarse”, es decir, cual síntoma actúa como determinante de los demás apareciendo con anterioridad.

Cox y Mackay (1981), para estos autores, este concepto se diferencia principalmente en relación a si es conceptualizado como un estímulo, una respuesta, una percepción o una transacción.

Brill (1984), propuso una definición de *Burnout* menos conocida y más precisa: Es un estado disfuncional relacionado con el trabajo, en una persona que no padece alteración mental mayor, más que un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, si no es por una intervención externa, o por un cambio laboral. En consecuencia, es el malestar relacionado con un salario insuficiente, con las dificultades físicas, con la incompetencia por falta de conocimientos, o con cualquier otro trastorno mental existente.

Etzion (1987), dice que es un proceso latente, solapado y silencioso, que se desarrolla lentamente desde su comienzo, sin haber señales notorias y que evoluciona casi siempre de forma escondida hasta que hace su aparición repentina e inesperada, como experiencia devastadora de agotamiento personal, sin que se pueda decir por qué sucedió.

Pines y Aronson (1988), proponen una definición más amplia, no restringida a las profesiones de ayuda: "Es el estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes." El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimientos de incapacidad, desesperanza y de alienación con el trabajo. El desarrollo de *Burnout* puede llevar a dejar el trabajo o cambiar de profesión para evitar el contacto con personas. Por último, agotamiento emocional se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y a la vida misma.

Leiter (1992), distancia el Burnout del estrés laboral y lo define "como una crisis de autoeficacia".

Nagy y Nagy (1992) señalan, por otra parte, que el concepto Burnout se ha convertido en un llamativo descriptor del estrés laboral, señalando que se ha popularizado tanto que quizás se ha perdido el origen del mismo.

Moreno y Oliver (1993) retoman la relevancia del afrontamiento e indican que el Burnout "sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él.

Peiró (1993), en su libro *Desencadenantes del estrés laboral*, apuesta por una concepción interaccionista o transaccional que hace referencia a la persona, sus características; a los estresores laborales, intra y extra organizacionales, a sus estrategias de afrontamiento y a las consecuencias resultantes de las experiencias del estrés.

Gil-Monte y Peiró (1997) afirman que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas: *clínica y psicosocial*, y en el Gil Monte (2005) diferencia cuatro dimensiones: **Ilusión por el trabajo** deseo de lograr metas en relación a su trabajo, acarrea satisfacciones personales; **Desgaste psíquico** agotamiento emocional y físico en relación al contacto diario con personas que presentan problemas; **Indolencia** indiferencia hacia usuarios que reciben el servicio, insensibilidad hacia problemas de las personas; **Culpa** este sentimiento se ha identificado como característico de quienes desarrollan el burnout. (Gil Monte 2003).

Guerrero Barona (2003) identifica al agotamiento, como un cansancio y la fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como ambos. Este agotamiento de recursos emocionales propios, se debe al contacto con personas destinatarias de esta prestación en condiciones no ajustadas al trabajador los cuales pueden expresar disgusto y hartazgo en su tarea, o de otro modo, sentirse agobiados por la misma.

2.3. Poblaciones propensas al Burnout.

El burnout incide sobre todo en profesiones que exigen entrega, implicación, idealismo, vocación, servicio a los demás, personalidad perfeccionista con un alto grado de autoexigencia. Se lo puede localizar sobre todo en trabajadores sociales, profesionales de alto riesgo y penitenciarios, también afecta a otras profesiones como la de empresario, alto directivo ó en empleos rutinarios y monótonos.

La OMS (1992) tomó la decisión de incluir al Burnout como un factor de riesgo para la salud, optando por definir que el Burnout es un tipo de estrés laboral que afecta específicamente en los profesionales que mantienen un contacto constante y directo con los beneficiarios de su trabajo, cuando entre ambos media una relación de ayuda o servicio. Por lo tanto, el personal sanitario (médicos y enfermeras) y los que trabajan en servicios sociales de cara al público, tales como las fuerzas del orden (Policía) son los más susceptibles de padecerlo. (Guerrero, 2006)

Según investigaciones, realizadas en España, el síndrome de burnout frecuente en: Administrativos y auxiliares administrativos, Auxiliares de Clínica, Cirujanos dentistas, Cuidadores de pacientes geriátricos, Deportistas, Docentes, Médicos de atención especializada, Médicos de atención primaria y especial, Monitores de educación especial, Profesionales de enfermería, Profesionales de salud mental, Psicólogos, Trabajadores en centros ocupacionales, Trabajadores sociales, Vigilantes de instituciones penitenciarias, Voluntarios. (Ortega & López, 2003)

Francisco Alonso Fernández (1993), clasifica a los trabajadores que sufren burnout según el estrés de la competitividad (empresariado, directivos/as); de la creatividad (escritores/as, artistas, investigadores/as); de la responsabilidad y entrega (médicos/as, enfermeras/os); de las relaciones (servicios en contacto directo con las personas: profesorado, funcionarios/as, vendedoras/es); de la prisa (periodistas); del miedo (trabajadores de alto riesgo, fuerzas del orden) y del aburrimiento (trabajos parcelarios, mecánicos, rutinarios y monótonos).

Existen estudios realizados con información sobre la influencia del Burnout según la profesión, a continuación se incluye una tabla con estadísticas de estos estudios:

TABLA 1. INCIDENCIA DEL BURNOUT POR PROFESIONES

PROFESIÓN	BURNOUT	ESTUDIO	AÑO
Profesores	25%	Kyriacou	1980
Diversas profesiones	45%	Pines, Arason y Kafry	1981
Enfermeros/as	20-35%	Maslach y Jackson	1982
Médicos/as	30-40%	Henderson	1984
Bibliotecarios	12-40%	Smith, Birch y Marchant	1984
Policías y personal sanitario	20%	Rosse, Jonson y Crow	1991
Enfermeros/as	17%	García Izquierdo	1991
Estudiantes de enfermería	39%	Jorgesen	1992
Policías y personal sanitario	20%	Price y Spence	1994
Médicos/as	50%	Deckard, Meterko y Field	1994

Fuente: Todos los autores

El perfil del personal de profesionales de la salud, médicos y enfermeras, es una población de riesgo del burnout. A continuación las causas de Burnout en estos profesionales.

TABLA 2. CAUSAS DEL BURNOUT EN:

MÉDICOS	ENFERMERAS
Responsabilidad profesional. Sobrecarga de trabajo. El continuo trato con personas deprimidas. La impotencia ante la enfermedad. Los turnos rotativos. Los trabajos mixtos. Las cargas familiares.	Sobrecarga de trabajo. El continuo trato con personas deprimidas. La impotencia ante la enfermedad. Los turnos rotativos que perturban el ritmo biológico. Los trabajos nocturnos. El alto índice de contratación temporal.

<p>Alta responsabilidad de las tareas.</p> <p>La sobrecarga asistencial.</p> <p>La ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración</p> <p>Excesiva toma de decisiones.</p> <p>La falta de coordinación y de comunicación entre profesionales.</p> <p>El liderazgo y la supervisión inadecuados, ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea.</p> <p>Los escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo.</p> <p>La sobrecarga de trabajo administrativo.</p>	<p>Las cargas de trabajo familiares.</p> <p>Alta responsabilidad de las tareas.</p> <p>La sobrecarga asistencial.</p> <p>La ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración</p> <p>La falta de participación en la toma de decisiones.</p> <p>La falta de coordinación y de comunicación entre profesionales.</p> <p>El liderazgo y la supervisión inadecuados, la ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea.</p> <p>Los escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo.</p> <p>La sobrecarga de trabajo administrativo.</p>
--	---

Fuente: Todos los autores

2.4. Fases y desarrollo del Síndrome de burnout.

El Burnout es un proceso de respuesta a la experiencia de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas. El hecho de que la sintomatología varíe mucho 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, a la secuencia completa del proceso, etc. Por lo tanto, hay una variedad de modelos procesuales que tratan de explicar el desarrollo del síndrome de Burnout.

- **Cherniss (1982)** define al síndrome de burnout como un proceso transaccional de acomodación psicológica progresiva entre un profesional estresado y un trabajo estresante; en el proceso de desarrollo del síntoma podemos distinguir varias etapas:

a. Fase Inicial o de Entusiasmo.- Inicia cuando existe un estímulo positivo con buenas expectativas en el futuro. En este momento experimentamos un gran entusiasmo, llenos de energía, sentido de pertenencia momentánea. Al principio el trabajo se siente como algo estimulante. Existe una fuerte identificación las personas del entorno laboral, con el equipo de trabajo y, en general con toda la organización, se aporta un valor agregado propio. Una persona que se encuentre en esta fase y que se comporta de esta manera puede ser considerada como una amenaza. (Cherniss, 1982)

b. Fase de estancamiento.- Las perspectivas planteadas no se están cumpliendo, el panorama laboral es más real que ideal. Comienza a nacer un sentimiento de desigualdad e injusticia, mucho esfuerzo - poca recompensa, desequilibrio entre las demandas y los recursos, generando un problema de estrés psicosocial, y degradando la respuesta para un problema cotidiano laboral, comienza a nacer la duda y aparece una sensación de derrota, sin saber el motivo, comienza a contagiarnos una ola de negativismo de los compañeros de trabajo, intención de aislamiento para protección de los engaños y del negativismo. La salud empieza a fallar. (Cherniss, 1982)

c. Fase de Frustración.- Aparece una mezcla de sentimientos desagradables de frustración, desilusión y desmoralización. El trabajo ideal se ha convertido en una cruda realidad no esperada, irritación fácil al menor movimiento, problemas con el círculo laboral. Hay fallas en la salud, en lo emocional, cambio de comportamiento a lo normal, problemas fisiológicos. El trabajo carece de sentido, sentimientos de equivocación y culpa por no escoger bien la profesión, miedo de que la situación empeore mas hasta que llegue la jubilación, si llega, predominancia de lo negativo y aparecen trabas para el individuo y su entorno, impotencia, cualquier cosa irrita y provoca conflictos. Los síntomas psicosomáticos se vuelven crónicos. (Cherniss, 1982)

d. Fase de Hiperactividad y Apatía. Esta fase tiene dos etapas: **Reacción de hiperactividad** Exceso de trabajo, olvidamos al yo como persona, despreocupación, la palabra si gana espacio a todo, no se escucha, se acelera el ritmo de vida, y no se hace nada productivo, y después se produce el colapso; y **Reacción de apatía** La apatía surge a partir de un sentimiento

creciente de distanciamiento de lo laboral, que conlleva evitación e incluso inhibición de la actividad profesional. Resignación al trabajo, estancamiento, distanciamiento con el usuario, automatización de tareas laborales y familiares. Existe inseguridad, despreocupación laboral, quemimportismo, apatía total. (Cherniss, 1982)

e. “Quemado”.- La persona está crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos de vacío total que pueden manifestarse en la forma de distanciamiento emocional y de desvalorización profesional. En lugar del entusiasmo e idealismo profesional la persona pasa a evitar desafíos y clientes de forma bastante frecuente y trata sobre todo de no arriesgar la seguridad del puesto de trabajo, pues cree que a pesar de inadecuado, posee compensaciones (económicas) que justifican la pérdida de satisfacción. Se produce un colapso físico e intelectual de no poder más, y es donde la enfermedad se manifiesta en sus características más comunes y acentuadas. (Cherniss, 1982)

Si se tiene en cuenta la propuesta tridimensional de Maslach y Jackson (1981) al establecer la secuencia de los tres componentes cansancio emocional, despersonalización, falta de realización personal tiene especial relevancia en la planificación de medidas de intervención y prevención.

➤ **Farber (1991)** describe seis estadios sucesivos en el desarrollo del síndrome de Burnout:

- a. Entusiasmo y dedicación.
- b. Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales.
- c. No hay una correspondencia entre el esfuerzo y 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.

➤ **Jörg-Peter Schröder (2011)**, en su libro “Desgaste Laboral”, manifiesta el modelo de las siete fases del desgaste laboral:

a. Incremento del entusiasmo idealista.- Ambivalencia procedente de un compromiso hiperactivo y un flamante entusiasmo por un proyecto o una meta, acompañado por la necesidad absoluta, la falta de tiempo, agotamiento, cansancio y falta de energía. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

b. Distanciamiento.- Desilusión y disgusto, pérdida de actitud positiva, del gusto y compromiso por el trabajo, se reduce las ganas de trabajar a pesar de su esfuerzo. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

c. Emocional.- Reproches, irritabilidad, rabia, melancolía y recriminación; acompañado de debilidad, tristeza, vacío, autocompasión, enfado depresivo y miedo. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

d. Reducción.- Disminución en rendimiento del trabajo, así como iniciativa y creatividad reducida, pierde energías, baja la motivación, trabaja lo necesario. En ciertas ocasiones no reconocen lo problema y los pasan por alto. No diferencian entre lo importante y lo significativo, dando paso a la confusión. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

e. Indiferencia desinteresada.- Emociones afectadas. Interés por actividades privadas y de ocio se paralizan, desinterés, intolerancia y cinismo aumentan. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

f. Despersonalización y síntomas corporales.- Se pierde el entendimiento y lógica de la personalidad. La abnegación lleva a una negación del propio cuerpo causando resfríos duraderos, ruidos en el oído, dificultad para descansar, pesadillas, mareos, cambios de peso, problemas estomacales, problemas cardíacos, alteración en los hábitos de alimentación. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

g. Rien ne va plus (no va mas).- Domina la máxima actitud negativa hacia la vida propia con graves depresiones, sentimientos e insensatez, pérdida de

esperanza, miedo, confusión absoluta y amenaza existencial. No encuentra salida e este agotamiento, pierde el sentido a la vida, aumenta el consumo de drogas, alcohol y fármacos. Esta fase puede llevar a pensamientos suicidas. (Jörg-Peter Schröder, 2011).

2.5. Características, causas y consecuencias del burnout.

2.5.1. Características del síndrome de burnout.- Según Karwowski, W., (2001) las principales características se asocian a: Impotencia a desarrollar las actividades diarias, agitación mental que impide llegar al objetivo de su labor, constante estrés laboral, sentimiento de fracaso profesional y personal, desconfianza y desorganización para llevar a cabo su tarea, mismas que aparecen de forma repentina y la persona se niega aceptar que padece el síndrome.

Las diferentes características del burnout nos dan la pauta del porque la preocupación del estudio de este síndrome, romper un ambiente laboral, salir del esquema tradicional y la no superación de metas y objetivos planteados, con sus consecuencias en el ámbito organizacional y personal. (Marthinez Odín, 2012)

2.5.2. Causas del síndrome de burnout.- El síndrome del burnout reside en el entorno laboral y en las condiciones de trabajo, sin descartar la influencia de algunas variables de personalidad, sociodemográficas individuales o de entorno personal. La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas, a variables como carga excesiva de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones laborales, falta de apoyo social, falta de formación, recursos y autonomía en trabajos en los que su contenido tiene demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede desencadenar un proceso de estrés crónico que desemboque en el burnout, provocando un serio daño en la salud.

➤ **Factores de riesgo.-** En general, se pueden identificar tres grupos de estresores susceptibles de desencadenar el burnout: Factores de riesgo a

nivel de la organización; Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo y Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales.

✓ **Factores de riesgo a nivel de la organización.-** Podemos encontrar en la organización una estructura jerarquizada y rígida, estilos de dirección inadecuado, desigualdad en la gestión de Recursos Humanos, relaciones conflictivas, falta de apoyo instrumental, exceso de burocracia, falta de: participación, coordinación, formación en nuevas tecnologías, refuerzo o recompensa, desarrollo profesional.(Fidalgo Vega M, 2005)

✓ **Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo.-** Sobrecarga de trabajo, carga emocional excesiva y exigencias emocionales en la interacción con el usuario, descompensación entre responsabilidad y autonomía, disfunciones del rol: conflicto-ambigüedad-sobrecarga del rol, falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.), falta de control en los resultados, estresores económicos e insatisfacción en el trabajo. (Fidalgo Vega M, 2005)

✓ **Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales.-** Encontramos relaciones tensas, competitivas, conflictivas entre compañeros y con usuarios, falta de apoyo social, falta de colaboración, contagio social del síndrome, ausencia de reciprocidad en intercambios sociales, usuarios difíciles o problemáticos, negativa dinámica de trabajo. (Fidalgo Vega M, 2005)

Hay que tener en cuenta los elementos asociados el momento de gestionar el riesgo: características individuales y cambios supraorganizativos, así:

a. Características personales.- Alta motivación, alto grado de altruismo, idealismo, empatía, perfeccionismo, constancia en la acción; y por otro lado baja autoestima, reducidas habilidades sociales, tendencia a la sobre implicación emocional, patrón de

conducta de tipo A, locus de control externo y baja autoeficacia. (Buendía J., y Ramos F., 2001)

b. Variables Organizacionales.- Sobrecarga asistencial, ausencia de espacios estructurados de aprendizaje, de reflexión y elaboración, falta de toma de decisiones, falta de coordinación y de comunicación entre profesionales, liderazgo y la supervisión inadecuados, ausencia de entrenamiento y de orientación frente a la problemática o tarea, escasos espacios de interacción social y de apoyo mutuo, sobrecarga de trabajo administrativo. (Gil-Monte y Peiro, 1997)

2.5.3. Consecuencias.- La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach (1981), en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. (Buendía J., y Ramos F., 2001)

En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en: la pérdida de acción preactiva, y las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicósomáticos y la fatiga crónica.

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales. Véanse en los siguientes cuadros los principales síntomas:

TABLA 3. SÍNTOMAS DESCRIPTIVOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión. Indefensión. Desesperanza. Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo. Hostilidad. Falta de tolerancia.	Pérdida de significado. Pérdida de valores. Desaparición de expectativas. Modificación autoconcepto Desorientación cognitiva. Pérdida de la creatividad. Distracción. Cinismo. Criticismo Generalizado.	Evitación de responsabilidades. Absentismo. Conductas inadaptativas. Desorganización. Sobreimplicación. Evitación de decisiones. Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación profesional.

Fuente: Buendía y Ramos, 2001

La siguiente tabla indica la clasificación de las dimensiones y consecuencias del síndrome de Burnout

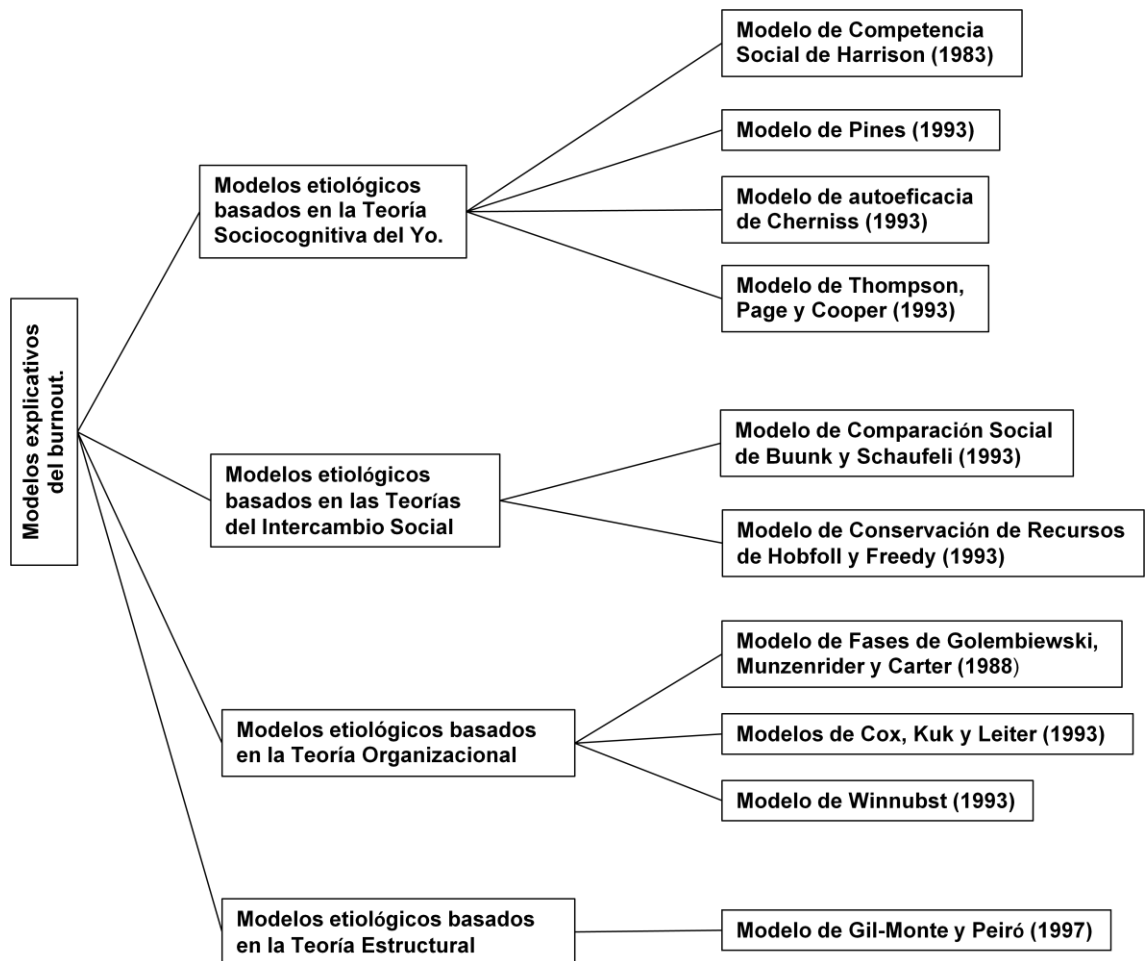
TABLA 4. CLASIFICACIÓN DE LAS DIMENSIONES Y CONSECUENCIAS DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

Dimensiones	Cansancio físico Despersonalización Baja realización personal
Consecuencias.	Desmotivación Negativismo Pasividad Pasotismo Indiferencia Indecisión Consumo abusivo de alcohol, fármacos y drogas Ausentismo, absentismo Accidentes Descenso de rendimiento Baja productividad Trabajo de poca calidad Insatisfacción laboral

Fuente: Ramos, 1999

2.6. Modelos explicativos del burnout.-

TABLA 5. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT



Fuente: Todos los autores

La etiología del Burnout ha suscitado mucha polémica, ya que, como hemos visto, se le han atribuido causas muy diversas, diferente grado de importancia de las variables antecedentes - consecuentes, y distintos factores implicados. Esto ha dado lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos. Aquí se destaca sólo aquellos modelos más relevantes para la investigación. (Gálvez, Moreno & Mingote, 2009).

Una de las clasificaciones más utilizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Estos categorizan los modelos etiológicos en cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural:

2.6.1. Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.- Se da importancia a las variables del self, como ser, la autoconfianza, autoeficacia, autoconcepto, etc. Las causas más importantes son la influencia de las cogniciones en percibir la realidad, modificados por sus efectos y consecuencias; y el empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones. Entre ellos tenemos:

➤ **Modelo de Competencia Social de Harrison (1983).**- Basado en la competencia y eficacia, lo que explica que los profesionales que empiezan a trabajar en servicios de asistencia tienen un grado alto de motivación y de altruismo para ayudar a los demás, pero ya en el lugar de trabajo habrá factores que serán de ayuda o de barrera que determinarán la eficacia del trabajador. (Gálvez, *et al*, 2009)

➤ **Modelo de Pines (1993).**- El individuo focaliza su sentido existencial en el trabajo y fracasa en su objetivo. Este modelo es motivacional, y plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Un trabajador con baja motivación inicial puede experimentar estrés, alienación, depresión o fatiga, pero no llegará a desarrollar el síndrome. (Gálvez, *et al*, 2009)

➤ **Modelo de autoeficacia de Cherniss (1993).**- La consecución independiente y exitosa de las metas aumenta la eficacia del sujeto, la no consecución de las mismas lleva al fracaso psicológico. (Gálvez, *et al*, 2009)

➤ **Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993).**- Cuatro factores inciden en la aparición del Burnout: **las discrepancias entre las demandas de la tarea y los recursos del sujeto; el nivel de autoconciencia; las expectativas de éxito personal y los sentimientos de autoconfianza.** Señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en ese proceso. (Gálvez, *et al*, 2009)

2.6.2. Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social.- Plantea el proceso de comparación social cuando interactúa, por lo que puede generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia. Y tenemos:

➤ **Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993).**- Se desarrolla para explicar la aparición del Burnout en enfermeras, y plantea dos tipos de etiología del Burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo.

➤ **Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993).**- Es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés. Esta teoría define cuatro categorías básicas de recursos: propósitos, (capacidad intrínseca para afrontar), condiciones, características personales, capacidad física (Hatinen, M & cols, 2004).

2.6.3. Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional.- En lo referente a la teoría organizacional se destaca los estresores del contexto de la organización y las estrategias de afrontamiento, que se traduce como una respuesta al estrés laboral, y como variables podemos considerar la estructura, clima y cultura organizacional, funciones del rol y el apoyo social percibido. Podemos destacar tres modelos:

➤ **Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988).**- Propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro.

➤ **Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993).**- Se basa en un enfoque transaccional del estrés laboral, que el Burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el Agotamiento Emocional es la dimensión esencial de este síndrome.

➤ **Modelo de Winnubst (1993).**- Adopta la definición de Burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización.

2.6.4. Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural.- Para explicar la etiología del Burnout se toma en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales de manera integral. Se caracterizan, porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto.

➤ **Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997).-** Este modelo explica el Burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento, y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. (Gálvez, *et al*, 2009)

2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.- Existe diversidad de métodos para afrontar y manejar el Burnout, la mayoría se centran en la prevención de los factores de riesgo. En cuanto a la prevención y tratamiento del individuo se utiliza técnicas cognitivo conductuales, de relajación y autorregulación con el objetivo de eliminar o neutralizar las consecuencias del burnout, logrando como resultado de esto, que el individuo afronte los estresores laborales, desarrolle habilidades para el manejo de emociones asociadas y administre su tiempo correctamente y a su vez mejore las relaciones interpersonales. (Buendía y Ramos, 2001)

➤ **Prevención.-** La falta de comunicación vertical y horizontal en el entorno laboral, nos da un parámetro sobre qué valores se asientan las relaciones dentro de la empresa. Hoy en día es fundamental que se cree una cultura de confianza laboral. Hay que saber liderar creando equipos de trabajo y orientar las acciones del grupo. Esta cultura se consigue construyendo un clima de puertas abiertas y comunicación. Se debe valorar el trabajo por resultados, por el grado de desarrollo profesional.

Para evitar el síndrome se debe formar al personal para conocer sus manifestaciones a nivel individual, grupal o interpersonal y organizacional.

✓ **Individual.-** Hay que abordar un proceso adaptativo entre expectativas iniciales con la realidad que se impone, marcando objetivos más realistas, que permita mantener un ideal sin caer en el escepticismo. Hay que aprender a equilibrar los objetivos organizacionales con los objetivos personales y profesionales. Aprender a manejar las emociones. Equilibrar áreas vitales de familia, amigos, descanso, trabajo, evitando que la profesión las absorba estas. Estas áreas vitales son protectores básicos del síndrome. Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimientos de culpa (Matteson e Ivancevich, 1987).

✓ **Grupal e interpersonal.-** Pocos son los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout (Grau, 1996). Hay que fomentar el apoyo social en el entorno laboral, (Matteson e Ivancevich, 1997) debe ofrecer apoyo emocional, y evaluación periódica con retroinformación.

✓ **Organizacional.-** Se debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral, desarrollar procesos de retroalimentación sobre el desempeño del rol, dar retroinformación desde la dirección de la organización y desde la unidad o el servicio en el que se ubica el trabajador, establecer objetivos claros, aumentar estímulos positivos como recompensas, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional, acortar distancia entre los niveles organizacionales, eliminar la ambigüedad de rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo, la falta de equidad o justicia organizacional, las relaciones tensas y/o conflictivas con clientes internos y externos.

➤ **Tratamiento.-** Hay que saber controlar y administrar el estrés, el ensayo conductual y la potenciación del autocontrol, implicarse en actividades externas al trabajo, intensificar y revalorizar las relaciones personales y familiares, desarrollar actividades de ocio y sociales, no dejar de tomar las vacaciones que por ley le corresponden, desarrollar actividad física por su efecto tranquilizante y por su

efecto ansiolítico, técnicas de relajación(relajación muscular induce a la relajación mental), biofeedback (técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales), Técnicas Cognitivas(reevaluar y reestructurar situaciones estresantes o problemáticas para afrontarlas), Inoculación del estrés(ejercicio simulado y progresivo, para soportar situaciones de estrés), Desensibilización Sistemática (para superar la ansiedad ante situaciones). Ramos (1999) y Manassero & cols. (2003)

CAPITULO 3

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.- El síndrome de Burnout puede ser tanto el producto de las relaciones interpersonales entre el profesional que presenta el servicio y el que lo recibe, como el resultado de la interacción entre sujeto y su ambiente laboral.

3.1.1. Variables de riesgo y protectoras.- Las variables del ambiente laboral y en las condiciones de trabajo (funciones y necesidades) interactúan entre la organización y la gestión del trabajo y según Velásquez (2003) “pueden originar una influencia nociva en la salud de los trabajadores a través de sus percepciones y experiencia.”

➤ **Variables de riesgo.-** Las variables de riesgo asociadas al síndrome de Burnout, enmarcadas a profesionales de la salud, las podemos enmarcar en:

Edad. La edad y desgaste profesional crean una relación negativa, mientras más años ejerciendo la profesión es menos probable la aparición del burnout, en virtud los profesionales más jóvenes tienden a experimentar mayores niveles de cansancio emocional, que los trabajadores con mayor experiencia.

Estado civil. Los empleados con familia que se encuentran casados experimentan menos burnout que una persona soltera, viuda y divorciada.

Genero. Las mujeres puntúan significativamente de forma elevada en cansancio emocional y baja realización personal, los varones puntúan en despersonalización y muestra de actitudes hacia los clientes o pacientes. Esto se debe a las diferencias biológicas y psicológicas de género. Así tenemos que la mujer es más emotiva y menos pragmática que el varón. El varón soluciona momentáneamente la sensación de estar quemado por medio de la despersonalización como estrategia de afrontamiento resuelve así el problema a corto plazo, pero dicha estrategia es nociva con el paso del tiempo. (Buendía J., y Ramos F., 2001)

Nivel académico cuando el nivel de formación es alto se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional, y los años de ejercicio profesional con cansancio emocional y despersonalización; **Sector de trabajo** áreas que no le correspondan o sectores de afluencia masiva de usuarios; **Horas de trabajo** cuando no existe un equilibrio y predomina el número de horas de trabajo en la vida de una persona presentan mayor grado de burnout, un número moderado de horas de ocio al día se asocia en un menor desgaste profesional; **Turno laboral y guardias** horarios y turnos rotativos, **Sobrecarga de trabajo** exceso de trabajo, **el salario** esfuerzo laboral contra remuneración económica.

➤ **Variables de protectoras.**- La edad en etapa joven adulta, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y satisfacción económica, son variables protectoras de burnout. (Grau *et al*, 2007).

3.1.2. Motivación y satisfacción laboral.- La motivación es el impulso, para lograr un objetivo con un determinado comportamiento en una situación concreta, con lo cual va a aportar un valor agregado por estar motivado. En este sentido, las organizaciones buscan motivar a sus empleados para que inviertan esfuerzo e interés en la realización de su trabajo; ya que si el trabajador se encuentra satisfecho, se implicará más aún en sus tareas, generando un buen clima laboral a su alrededor. (Muchinsky, 2002).

3.1.3. Investigaciones realizadas.- La Universidad de Salamanca (2007) España, evaluó la presencia del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por 64 profesionales de acogimiento residencial de menores que trabajan en diversas provincias españolas, en la cual se confirmaron la existencia de una tasa de síndrome en la muestra estudiada, en el que influyó algunas variables sociodemográficas y factores relacionados con las demandas del puesto. Los investigadores fueron Cristina Jenaro-Rio, Noelia Flores-Robaina y Francisca González-Gil de (2007).

3.2. El burnout y la relación con la salud mental.- La salud mental tiene tres grandes condiciones: la neurobiología, la personalidad y los factores ambientales.

Entre los cuales hay una marcada interacción multidireccional. Cada uno de ellos ejerce grados variables de condicionamiento sobre salud mental; y lo hacen en diferente medida a lo largo del ciclo vital y en distintas situaciones en las que se encuentra el sujeto. Al mismo tiempo, en cada persona, el condicionamiento sobre su salud mental es diferente. Así por ejemplo, algunas personas, uno de esos factores pueden ser marcadamente determinista sobre su salud mental, mientras que para otros es poco relevante. CABANYES. M, MONGE M, "La Salud Mental y sus Cuidados", Segunda Edición España 2010, Edición Universidad Navarra. España.

3.2.1. Definiciones de salud mental.- La salud mental hace referencia a un supuesto equilibrio funcional de la actividad psíquica que lleva al "estado de Bienestar Psicológico, de completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad" que señala la OMS (1948) en su definición global de la salud, en esta definición, se incluye al factor social como un elemento determinante de la calidad de vida y el bienestar de las personas.

La salud es un "proceso continuo de restablecimiento del equilibrio", es decir que cuando alguno de los factores implicados cambia y éste se mantiene en el tiempo, el individuo adopta una respuesta fija, que en su momento fue adecuada para mantener el equilibrio; pero al volverse inflexible, lleva a un estado catastrófico que puede ser incompatible con la vida. (Canguilhem, 1982).

La salud mental es un equilibrio biopsicosocial del individuo, que para mantenerse debe tener un adecuado control interno y externo del cuerpo.

3.2.2. Salud Mental y el Estrés.- Los problemas de salud mental son comunes, constituyendo una de las principales causas de incapacidad e improductividad. El trabajo permite desarrollar la salud mental, pero también puede presentar riesgos. Salud mental y Burnout (patología), son las dos caras de una misma moneda, presencia y ausencia. El estar sano sin una patología como es el Burnout equivaldría a poder desarrollar las actividades cotidianas. Trabajos sociales que demandan buenas cualidades interpersonales, tienden a inducir este estado emocional si no se toman precauciones.

3.2.3. Síntomas somáticos.- Los aspectos afectivos estarían constituidos por el estado de ánimo, los impulsos, los sentimientos y las emociones de donde se derivan elaboraciones más complejas como la autoestima y la empatía. Se han descrito diversos mecanismos por los que pueden producirse estos síntomas en ausencia de enfermedad física o lesión estructural persistente de los tejidos. Los aspectos cognitivos representaría el conjunto de funciones neuropsicológicas que permiten el manejo de la información y sería el sustrato de abstracciones más complejas como el autoconcepto o las atribuciones.

El cuestionario general de salud de Goldberg (GHQ-28), es un instrumento de screening utilizado para estudios epidemiológicos de salud mental, y para evaluar malestar psicológico y síntomas no psicóticos en la población general, relacionándolo con los acontecimientos vitales estresantes, la utilización de servicios y las variables individuales como edad, sexo, actividad, nivel socioeconómico y cultural. En este cuestionario se hallan 4 subescalas, entre ellas una subescala A que mide los síntomas somáticos. (De la Revilla, De los Ríos y Luna del Castillo, 2003).

3.2.4. Ansiedad e insomnio.- Uno de los síntomas que se presentan en el síndrome de Burnout son la ansiedad e insomnio. Cuando la persona se vuelve irritable, cansada e inquieta constantemente significa que está sufriendo desordenes de insomnio y ansiedad, estos dos desordenes interactúan entre sí, y se generan el uno al otro, así la ansiedad es uno de los principales responsables de los problemas de insomnio, especialmente el llamado insomnio de conciliación, en el cual la persona tarda mucho tiempo en poder conciliar el sueño. Se puede decir que insomnio es la incapacidad para dormir o dormir poco durante varios días consecutivos. Asociado a esta sintomatología la persona debe sentir alguna merma física, psíquica o psicológica que le impida realizar su día con normalidad, acudir al trabajo, o realizar sus tareas de forma continuada en el tiempo. (Lobo y Muñoz, 1996)

A nivel fisiológico la ansiedad supone una sobre activación del sistema de alarma lo que genera una completa incapacidad para poder dormir, es directamente lo opuesto.

La ansiedad y el insomnio se relacionan estrechamente ya que el uno puede provocar el otro. Cuando nuestra mente no descansa lo necesario, nuestro cerebro inteligentemente batalla para pensar claramente; y es cuando en este proceso la persona sufre ataques tanto de ansiedad como de pánico, y en sentido contrario la persona sufre ataques de ansiedad como resultado a problemas en su patrón del sueño, generando el insomnio.

En el DSM-IV (Manual de Clasificación de Trastornos Psicopatológicos), el trastorno de ansiedad se denomina trastorno de angustia en la que se incluye características como la presencia de crisis de angustia recidivantes e inesperadas (American Psychiatric Association, 1994). La ansiedad se origina cuando el individuo se siente impotente para afrontar una situación, mientras que el burnout es un sobredimensionamiento de las exigencias sobre las habilidades del individuo.

3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria.- Una o más áreas importantes como son el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado de uno mismo, están por debajo del nivel previo, alterándose y no alcanzan los niveles óptimos de rendimiento interpersonal o laboral. Las personas que padecen el síndrome de Burnout, presentan sintomatologías que a más del estrés y su afrontamiento, aparecen sintomatologías relevantes como la baja autoestima y la ausencia de apoyo social, demostrando que tales síntomas al parecer están relacionados y son fruto de complejas interacciones entre la persona y su entorno. La baja autoestima se asocia con disfunción social. La disfunción social se asocia con los sucesos y cambios laborales experimentados en cada persona. (Álvarez *et al.*, 1991).

3.2.6. Tipos de depresión.- La depresión tiene una correlación significativa con el cansancio emocional, pero no con las otras dos dimensiones del Burnout como son la baja realización personal y la despersonalización o cinismo. Uno de los síntomas más destacados de la depresión es el sentimiento de culpa, mientras que en el Burnout los sentimientos que predominan son la cólera o la rabia. (Martínez, 2010).

De acuerdo a la Clasificación Internacional de Enfermedades, decima edición CIE 10 (1992), la depresión es un trastorno del estado de ánimo, los tres tipos más comunes

son: **Trastorno depresivo mayor episodio único o recidivante** CIE-10: F32, F33, conocida como depresión mayor, depresión unipolar o depresión clínica, se da en el paciente que tiene uno o más episodios depresivos mayores. Si el episodio es único, el diagnóstico es trastorno depresivo mayor de episodio único, mientras si ha habido más de un episodio, se diagnostica trastorno depresivo mayor recurrente; **Distimia** CIE-10: F34.1, es un trastorno afectivo de carácter depresivo crónico, que se caracteriza por baja autoestima y aparición de un estado de ánimo melancólico, triste y apesadumbrado, pero no cumple con todos los patrones diagnósticos de la depresión; y **trastorno bipolar** que describe un trastorno del estado de ánimo que se caracteriza por la presencia de uno o más episodios con niveles anormalmente elevados de energía, cognición y del estado de ánimo, implica períodos de maní o hipomanía con períodos de depresión mayor. Son cambios extremos en el estado de ánimo entre los cuales, normalmente, suele haber una relativa estabilidad anímica. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían.

3.2.7. Investigaciones realizadas.- El Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, (2004), investigo determinar la prevalencia de Burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala de Maslach Burnout Inventory, y se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero las dimensiones que se comportaron como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional.

La Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de Morelos (2009) investigo determinar la relación existente entre el estrés, el agotamiento profesional (burnout), y la salud de los profesores, así como detectar los niveles de estrés y de agotamiento profesional y salud en los profesores de tiempo completo, medio tiempo y por horas de tres niveles educativos (preescolar, primaria y secundaria). (Bazán Ramírez A., 2009)

3.3. El burnout y el afrontamiento.- El afrontamiento es un moderador importante en los procesos de estrés, incluido el burnout.

3.3.1. Definición de afrontamiento.- Es un proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes, de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación, están formados por pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

El concepto de afrontamiento se deriva de la experimentación tradicional con animales y de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés. (Lazarus & Folkman, 1986).

Los esfuerzos por contrarlar, reducir o saber cómo manejar o tolerar las amenazas que nos lleva al estrés se denomina afrontamiento. Los mecanismos de defensa ayudan a defendernos del estrés el cual actúa inconscientemente en nuestro organismo. (Feldman, 2002).

3.3.2. Teorías de afrontamiento.- El afrontamiento se deriva de la teoría de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. (Lazarus & Folkman, 1986) 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; y ha generado la concepción de simplista, por tratarse de un afrontamiento como constructo unidimensional dado que sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida. (Martínez, 2010).

Lazarus y Folkman (1986) definen al afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que manejan las demandas internas y externas. Una característica importante que mencionan Lazarus y Folkman (1986) es que el afrontamiento tiene múltiples funciones, entre

ellas las englobadas bajo el afrontamiento dirigido a alterar el problema dirigido y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular la respuesta emocional.

3.3.3. Estrategias de afrontamiento.- Como vimos anteriormente las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías de acuerdo a Gil-Monte y Peiró (1997): Estrategias individuales, estrategias grupales y estrategias organizacionales; pero podemos mencionar también dos tipos de estrategias de afrontamiento generales: Estrategias de afrontamiento centradas en el problema, y Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción.

3.3.3.1. Estrategias individuales.- Se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir en dos tipos de programas de intervención: programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución del problema y los dirigidos a estrategias paliativas con el objetivo de adquirir y desarrollar habilidades para el manejo de las emociones asociadas. (Matteson e Ivancevich, 1987)

Las estrategias de afrontamiento de control, previenen el síndrome de Burnout, ya que los sujetos que emplean habitualmente estrategias de carácter activo o centrados en el problema, aumentan sentimientos de realización de personal en el trabajo, que aquellas estrategias que algunos sujetos emplean de evitación/escape o centradas en la emoción. (Matteson e Ivancevich, 1987).

El burnout se origina y desarrolla en aquellas estrategias de evitación/escape y centradas en la emoción, y previene su apareamiento cuando se empleas estrategias de control o centradas en el problema. (Ceslowitz, 1989).

Algunos autores como Ramos (1999) y Manassero (2003), destacan algunas técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del burnout tales como: Ejercicio físico, técnicas de relajación, biofeedback, técnicas cognitivas, inoculación del estrés y desensibilización sistemática.

Es recomendable el manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y emociones. (Poter, 1987)

3.3.3.2. Estrategias grupales.- Son de gran importancia el desarrollo de las habilidades sociales, el apoyo social, la comprensión del entorno y las estrategias relacionales del individuo. (Gil Monte, 1997, y Leiter 1998). Las estrategias de carácter grupal, fomentan y desarrollan el apoyo social entre compañeros y supervisores, potenciando sus habilidades, adquirir nuevos conocimientos, obtener refuerzo social y retroalimentación sobre la ejecución de sus tareas, generando apoyo emocional entre todos los involucrados, por eso se recomienda fomentar el apoyo social del individuo y su grupo (Matteson e Ivancevich, 1997).

En la prevención del burnout se considera el apoyo social formal e informal; el formal incrementa el Burnout, debido a una mayor carga laboral, mientras que el informal lo previene. El objetivo de los grupos de apoyo es disminuir los sentimientos de soledad y agotamiento emocional de los individuos, el potenciar sus conocimientos, crea estrategias para tratar los problemas. (Porras A., 2000).

3.3.3.3. Estrategias organizacionales.- Autores como Folkman, 1984; Everly, 1989; Holahan y Moos, 1987, 1990; McCain & Smith, 1994 y Zeidner & Endler, 1996; señalan que una de las estrategias para la prevención del síndrome de Burnout, es desarrollar programas para mejorar el clima organizacional; ya que los principales estresores percibidos de carácter crónico en cuanto al síndrome son las variables en relación al contenido del puesto, inequidad en cuanto a funciones y el clima laboral. Es importante tomar en consideración las siguientes estrategias de afrontamiento efectiva: Convertir la amenaza en un reto, disminuir la intensidad de la amenaza de la situación, modificar las metas personales, optar por acciones que incidan en aspectos físicos; y, prepararse para el estrés antes de que ocurra. (Martínez, A., 2010).

3.3.4. Investigaciones realizadas.- Investigación sobre el constructo de “estar quemado”. El objetivo de la investigación fue “centrarse en la relación que el constructo tiene con el afrontamiento. Con una muestra de personal sanitario de 222 participantes, de los cuales 187 fueron mujeres y 35 fueron varones. Los resultados de los análisis correlacionales, de regresión múltiples y los efectuados para grupos criterio (“altos” frente a “bajos” en los factores de “estar quemado”)

indicaron pocas relaciones y de escasa magnitud entre los dos constructos, realizada en el año 2003 por G. Lastenia Hernández Zamora del Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología; Encarnación Olmedo Castejón e Ignacio Ibáñez Fernández, Campus de Guajara de la Universidad de La Laguna – España.

Investigación para determinar el nivel de Síndrome de Burnout existente en docentes universitarios pertenecientes a la facultad de educación, de una universidad privada de Bogotá, y las relaciones existentes entre dicho nivel con variables de género y antigüedad laboral y con las estrategias de afrontamiento utilizadas habitualmente por ellos. Se conto con la colaboración voluntaria de 30 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, resolver el problema, planificación y reevaluación positiva; y un mayor número de puntajes altos en cansancio emocional y realización profesional en mujeres, realizada en el año 2009 por la investigadora principal Lucía Carolina Barbosa Ramírez y María Liliana Muñoz Ortega, Paola Ximena Rueda Villamizar, Karen Giselle Suárez Leiton, de la Pontificia Universidad Javeriana.

3.4. El burnout y la relación con el apoyo social.

3.4.1. Definición de apoyo social.- La importancia de variables de carácter social como el apoyo social es manifiesta, ya que el apoyo social hace referencia a la ayuda real o percibida que el trabajador obtiene de las redes sociales. El apoyo social permite sentirse querido, valorado y apreciado en el puesto de trabajo así como en la organización. Además, es importante la percepción del apoyo social porque la realidad para el individuo es fundamentalmente la realidad percibida.

El apoyo social sería “todo proceso de transacciones interpersonales, basado en los recursos emocionales, instrumentales e informativos, pertenecientes a las redes sociales, dirigidos a potenciar, mantener o restituir el bienestar, el cual es

percibido como transacción de ayuda tanto por el receptor como por el proveedor” según Martínez, García y Mendoza (1995). Entre sus funciones están: apoyo informativo, instrumental, emocional y empático (auto-afirmación, auto-validación).

El apoyo social se define por la presencia o ausencia de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas; se sienten valoradas, apoyadas, queridas o consideradas; así como el grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros, y la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas. También se lo define como “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”. (Pérez y Martín, 2000).

3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social.- El apoyo social protege de la aparición de trastornos físicos y psicológicos. No obstante el impacto del apoyo social sobre los síntomas psíquicos puede ser diferente impacto en los síntomas físicos. Se trabaja dos teorías explicativas para la relación positiva entre apoyo social y salud:

- a. El apoyo social fomenta la salud independiente del nivel de estrés.
- b. Protege a las personas de los efectos perjudiciales de los eventos vitales estresantes.

3.4.3. Apoyo Social Percibido.- Se refiere a la valoración que hace un individuo sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que obtiene del apoyo disponible (Gracia, 1997).

Según Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social es la forma en que el individuo evalúa las interacciones que ocurren en sus relaciones sociales. No es igual tener un determinado entramado social que obtener apoyo del mismo. (Ribera, Cartagena de la Peña, Reig, Roma, Sans, Caruana, 1993). Que el individuo tenga alguien con quien pueda contar es muy importante, puesto que va a tener alguien con quien interactuar y compartir su esfera íntima, se va a sentir apoyado.

3.4.4. Apoyo Social Estructural.- Brindar apoyo es revertir los factores que inhiben la disposición a prestar ayuda. Podemos tomar acciones para reducir la ambigüedad de una situación de emergencia o para tomar los sentimientos de responsabilidad. Cualquier acto que personalice a los observadores, aumenta la disposición para ayudar. Podemos enseñar el altruismo. El primer paso para la socialización del altruismo es contrarrestar el sesgo natural hacia el endogrupo que favorece a los parientes, ampliando el rango de personas cuyo bienestar nos concierne. Es muy útil educar a los niños con seguridad en sí mismos, puesto que les permite aceptar la diversidad social sin sentirse amenazados.

3.4.5. Investigaciones realizadas.- Las investigaciones sugieren que las personas con un nivel relativamente alto de apoyo social presenta síntomas psicológicos y físicos menores e índices de mortalidad también menores que las personas con bajos niveles de apoyo social. (Buendía, 1990)

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 brinda, puede intervenir o facilitar el desarrollo de enfermedades, en particular el síndrome de quemarse por el trabajo, también conocido como burnout. El presente trabajo revisa los efectos de apoyo social en el mencionado síndrome”. Investigación realizada por Carolina Aranda Beltrán, Manuel Pando Moreno, y María Berenice Reyes Pérez, de la Universidad Veracruzana en Xalapa, México (2004).

Investigación cuyo objetivo fue “identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Los resultados mostraron que la mayoría de los participantes presentaron estrés laboral crónico o burnout. Los resultados señalaron la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Por último, la influencia del apoyo social y el reforzamiento de la capacidad de

entregar apoyo fue notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores”, realizado por Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza, Felipe García, Tamara Pierart de del Departamento de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Concepción (Chile, 2009)

3.5. El burnout y la relación con la personalidad.

3.5.1. Definición de personalidad.- La personalidad es un constructo psicológico, con el que nos referimos a un conjunto dinámico de características de una persona. La personalidad es un conjunto de características que tiene una persona o alguna manera de comportarse de ese individuo, y puede ser definida como un conjunto organizado de características que posee una persona que influye en forma única sobre su cognición, su motivación, y comportamiento en diferentes situaciones.

La personalidad es el conjunto dinámico de características emocionales, de pensamiento y de conducta que son únicas de cada persona, es una construcción hipotética, un artefacto conceptual que pretende exponer explicaciones de la psicología del sujeto desde un marco teórico preestablecido, de tal manera que cada individuo tiende a comportarse de una manera congruente con lo que suponemos su modo de ser.

La personalidad es un mundo único, un universo individual e integral de la conducta de un individuo, y será incidido por factores internos o externos, es un conjunto de características o patrones que definen a una persona, es decir, los pensamientos, sentimientos, actitudes y hábitos y la conducta de cada individuo, lo que le hace único y diferente del resto. Existen varios autores con diferentes conceptualizaciones entre otros tenemos.

Según Gordon Allport (1932), la personalidad es "la organización dinámica de los sistemas psicofísicos que determina una forma de pensar y de actuar, única en cada sujeto en su proceso de adaptación al medio".

Henry Murray (1960) desarrolla una teoría basada en el constructo psicológico de la personalidad basada en la necesidad y la presión.

Hans Eysenck (1952) propuso un modelo de la personalidad estructurado en tres dimensiones y que tiene una fundamentación psicométrica (análisis factorial).

Raymond Cattell (1960) teorizó sobre la inteligencia y la personalidad, proponiendo la existencia de una inteligencia fluida y una inteligencia cristalizada.

3.5.2. Tipos de Personalidad.- Los conceptos de personalidad y salud han sufrido una evolución en sus definiciones y aproximaciones teórico prácticas que tienen gran importancia en el estudio de la relación entre ambos.

Existen varios autores como Gordon Allport (1932), con la teoría de los rasgos y los divide en: Rasgo cardinal, una característica única que dirige buena parte de las actividades de una persona; Rasgos centrales: Como la honestidad y la sociabilidad; y Rasgos secundarios, que inciden en el comportamiento en muchas menos situaciones y ejercen menos influencia que los rasgos centrales o cardinales.

Henry Murray (1960) apostó por la vertiente integradora y desarrolla una teoría basada en el constructo psicológico de la personalidad basada en la necesidad y la presión.

Hans Eysenck (1952) propuso un modelo de la personalidad estructurado en tres dimensiones (Extraversión, Neuroticismo y Psicoticismo) o modelo PEN: **Extraversión** que se trata de una dimensión bipolar en la que en el extremo alto se encuentra la extraversión y en el otro extremo, el de las puntuaciones bajas, hallamos la introversión. Los nueve factores de esta dimensión son la sociabilidad, vivacidad, actividad, asertividad, buscador de sensaciones, despreocupación, dominancia, surgencia (espontaneidad) y aventurero. **Neuroticismo (ansiedad)** es tectónica, por lo que únicamente encontramos una patología en uno de los extremos de la misma, el polo alto en neuroticismo, mientras que en el polo opuesto se encuentra el control de las emociones, es decir, la normalidad. Los nueve factores de la dimensión son la ansiedad, la depresión, el sentimiento de

culpa, la baja autoestima, la tensión, la irracionalidad, la timidez, la tristeza y la emotividad; y por último el **Psicoticismo** que fue última dimensión en aparecer, los nueve factores de esta dimensión son la agresividad, la frialdad, el egocentrismo, la impersonalidad, la impulsividad, antisocial, la ausencia de empatía, la creatividad y la rigidez.

Raymond Cattell (1960) propuso un modelo estructural a partir del análisis léxico del idioma inglés. Recogió más de 4000 vocablos relativos a disposiciones estables de la conducta (en su mayoría formaba pares de antónimos). Una vez recogidos, los agrupó en 160 grupos, añadiendo 11 más correspondientes a términos derivados de la literatura psicológica previa. A partir de ellos, llegó a 16 rasgos fuente, con los que elaboró el cuestionario 16 PF.

Teoría de enfoques cognitivos-sociales de la personalidad (Bandura Albert, 1960) destaca la influencia de las cogniciones de la persona pensamientos, sentimientos, expectativa y valores en la determinación de la personalidad.

La personalidad positiva planteamos partir de un modelo procesual que se interrelaciona con ese concepto de salud, que se compone de múltiples facetas, no de rasgos inamovibles y que actúa modulando las situaciones de estrés desde las perspectivas cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales del sujeto en relación con su ambiente (modelo transaccional, no interactivo).

Con la finalidad de determinar cuáles eran los rasgos de personalidad de personas que habían sido afectados por un infarto de miocardio, los doctores Meyer Friedman y Ray Rosenman (1959), cardiólogos en San Francisco, California, observaron la existencia de un intenso deseo de tener éxito y una competitividad elevada. Entonces, pusieron un conjunto de características de comportamiento para intentar describir la forma en la que estos pacientes se comportaban y a este tipo de personalidad le dieron el nombre de tipo A. Fueron los creadores de la teoría de personalidades de tipo A y de tipo B.

3.5.2.1. Personalidad tipo A.- Se describen como personas impacientes, sugestionadas, competitivas, ambiciosos, mal humorados, agresivos en los

negocios, estresados, evitan el relajamiento, sienten rechazo hacia los individuos de personalidad tipo B.

Diversos estudios muestran que los sujetos que exhibe un patrón de conducta tipo A, alto neurotismo y locus de control externo son vulnerables a sufrir el síndrome de burnout, mientras que los sujetos con personalidad resistente al estrés y que habitualmente emplean estrategias de afrontamiento de carácter activo lo experimentan con menos frecuencia. (Buendía. J, y Ramos. F, 2001)

3.5.2.2. Personalidad tipo B.- Son descritos como personas pacientes, relajadas y fáciles de llevar. No son grandes triunfadores en los negocios y la mayoría de las veces ponen las cosas a un lado para terminarlas cuando ellos buenamente se sienten con deseos de completar sus metas. Son apáticas y no se envuelven en metas difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma antes que llenarse de estrés.

En la tabla seis observamos las variables de la personalidad.

TABLA 6.- Variables de Personalidad

Locus de control (LOC+LOCextremo) -locus interno	
+ P.tipo A - Personalidad resistente - Sentido de coherencia + Perfeccionismo -Optimismo	- P. Tipo B - Autoconfianza + Relación positiva - Relajación Negativa

Fuente: Cuadro 3, "Empleo, Estrés y Salud"

3.5.3. Patrones de conducta y personalidad.- El ser humano desde su nacimiento desarrolla patrones de conducta, nuestro comportamiento actual es resultado de las experiencias y nuestro cerebro solo absorbe información. De manera consciente, pero de modo subconsciente, creamos en nuestra vida patrones que reflejan nuestra experiencia desde el inicio de nuestra vida. A continuación se destacan tres patrones generales de conducta: (Coon D., 1999)

3.5.3.1. Patrón de conducta tipo A.- Se manifiesta por la acción-emoción creado en un ambiente de demandas desafiantes, en que los sujetos manifiestan conductas de impaciencia, apresuradas, estresantes, agresivas,

hostiles, competitivas y de urgencia; sumado a esto al irritabilidad, implicación y compromiso excesivo laboral, gran necesidad, orientación al logro, estatus social, y éxito.

3.5.3.2. Patrón de conducta tipo B.- Se manifiesta en los sujetos de manera relajada y tranquila, existe confianza en sus potencialidades, pendiente de alcanzar satisfacción y bienestar personal; mantiene relaciones interpersonales relajadas, abierto a las emociones tanto hostiles como amables.

3.5.3.3. Patrón de conducta tipo C.- Conformado por personas de un estilo pasivo en su comunicación verbal, no asertivo, extraordinariamente colaborador, que manifiesta conductas de resignación, sumisión y bloqueo o contención emocional.

La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos ligados a determinados patrones de conducta. Los esquemas permanecen inactivos hasta que ciertos eventos lo activan presentando el sujeto ciertos patrones de conducta específicos como: (Freeman A. 1988)

PARANOIDE: Desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva. (Freeman A. 1988)

ESQUIZOIDE: Dificultad para establecer relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos, indiferencia a la aprobación o crítica. (Freeman A. 1988).

HISTRIÓNICO: Conducta teatral, reactiva y expresada intensamente, con relaciones interpersonales marcadas por la superficialidad, el egocentrismo, la hipocresía y la manipulación. (Freeman A. 1988)

NARCISISTA: Sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasías de éxito, necesidad exhibicionista de atención y admiración, explotación interpersonal. (Freeman A. 1988)

ANTISOCIAL: Conducta antisocial continua y crónica, en la que se violan los derechos de los demás. Se presenta antes de los 15 años y persiste en la edad adulta. (Freeman A. 1988)

LÍMITE (BORDERLINE): Inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal. (Freeman A. 1988)

DE EVITACIÓN: Hipersensibilidad al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto, y baja autoestima. (Freeman A. 1988)

DE DEPENDENCIA: Pasividad para que los demás asuman las responsabilidades y decisiones propias. Subordinación e incapacidad para valerse solo. Falta de autoconfianza. (Freeman A. 1988)

OBSESIVO-COMPULSIVO DE LA PERSONALIDAD: Perfeccionismo, obstinación, indecisión, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento. Dificultad para expresar emociones cálidas y tiernas. (Freeman A. 1988)

Actualmente, y debido a una larga investigación y acumulación de conocimientos durante años, se acepta como modelo más cercano al constructo de Personalidad el Modelo de los Cinco Grandes, en el cual se considera que los factores que subyacen a la personalidad son la Extraversión, Neuroticismo, Amabilidad, Apertura a la Experiencia y la Responsabilidad. El modelo de los cinco grandes se puede explicar como extraversión: Sociable, alegre, activo, asertivo, en búsqueda de sensaciones. Neuroticismo: Ansioso, Depresivo, Con sentimientos de culpa, Baja autoestima, Tenso. Psicoticismo: Agresivo, Frío, Egocéntrico, Impersonal, Impulsivo.

3.5.4. Locus de control.- Es el grado en que un sujeto percibe que el origen de eventos, conductas y de su propio comportamiento es interno o externo a él. Es la emoción de una persona de lo que determina (controla) el rumbo de su vida. El locus de control se refiere a la atribución que hace el individuo de los resultados. Podemos mencionar el locus de control interno (percepción del individuo que los eventos ocurren por él) y el locus de control externo (percepción del individuo que

los eventos ocurren como resultado del azar, el destino, la suerte o el poder y decisiones de otros). El autor Weiner (1979), subdividió el concepto de "locus control en "lugar de causalidad" y "controlabilidad", ya que existen causas internas que son incontrolables, y causas externas que son controlables.

Los individuos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, los internos tienden a percibir menos amenazas, a orientarse hacia metas y a ser más activos en la percepción de control de la situación, suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema (Rotter, 1966)

3.5.5. Investigaciones realizadas.- Investigación sobre "burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios llevada a cabo en una universidad de gestión privada con una muestra de 144 alumnos. Entre los resultados hallados, se destacan que los estudiantes universitarios que trabajan desarrollan el síndrome de burnout y que, si bien los perfiles de personalidad no presentan diferencias significativas entre el grupo que padece el síndrome y el que no lo presenta, se evidencian rasgos que pueden ser considerados como factores protectores o condicionantes en la aparición del mismo, realizada por la Lic. y Prof. María Cristina Bittar, (Mendoza, 2008).

Investigación en donde se identifica los niveles de Burnout por componentes y su relación con variables de personalidad (locus de control interno, autoeficacia laboral, falta de control emocional) y organizacionales (supervisión controlante, reconocimiento e inseguridad laboral en trabajadores de Salud del Distrito Federal, realizada por Hernández-Vargas Clara Ivette, Juárez García Arturo, Arias Galicia Fernando, Dickinson Bannack Ma. Eloísa, (2008).

Investigación sobre el Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz con una muestra de 215 enfermeras de 7 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, elaborado por Eric Roth, (2010), Doctor en Psicología, Vicerrector de la Universidad Católica Boliviana y Bismarck Pinto (2010), Doctor en Psicología, Coordinador del Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento.

4. METODOLOGÍA

4.1. CONTEXTO.

El Hospital Quito N° 1 “Policía Nacional” HQ1PN, es una institución de salud de especialidades de tercer nivel. Se encuentra ubicada en la Ciudad de Quito. Los servicios que presta son hospitalización, emergencia y consulta externa a personal de policía, y sus derecho habientes, (servicio activo, pasivo y montepío). .

El Sistema de Salud de la Policía, se encuentra en un proceso de cambio, como una alternativa de servicio al Policía en servicio activo, pasivo, familiares y derecho habientes. El HQ1PN con su contingente de médicos, tecnólogos, enfermeras, auxiliares, directivos y personal administrativo, han hecho de su profesión un sinónimo de humanismo y responsabilidad. Treinta y ocho especialidades médicas, han hecho un Hospital de nivel tres, donde con conocimiento, experiencia y nueva tecnología de punta, se atienden diariamente un sin número de dolencias y enfermedades, buscando siempre su bienestar.

MISIÓN.- Prestación de servicios de salud de calidad y calidez en las áreas de atención ambulatoria, internación y emergencia, a los titulares beneficiarios y derechohabientes del Seguro de Enfermedad y Maternidad del ISSPOL y otro, mejorando permanentemente las condiciones de salud del personal activo, pasivo, montepío y derechohabientes, ofreciendo servicios integrales con calidad y calidez; a través de una instancia de gestión y administración de la red de servicios de salud por niveles de complejidad.

VISIÓN.- Ser la primera elección en soluciones a problemas complejos de salud, utilizando estándares de vigencia internacional, a través de una estructura organizacional y tecnológica orientada a desarrollar productos y servicios innovadores, con un equipo humano profesional altamente capacitado, creativo, permanentemente motivado y comprometido con la Institución.

Su objetivo es contribuir al mejoramiento del nivel de salud y vida de los miembros de la Policía Nacional, titulares beneficiarios y derechohabientes, basados en valores como la responsabilidad, sensibilidad social, dignidad humana, humanismo cristiano, liderazgo, servicio, pasión, acción proactiva, innovación y visión integradora.

El HQ1PN, brindan los siguientes servicios en Consulta Externa: ALERGOLOGÍA, CARDIOLOGÍA, CARDIOTORÁCICA, CIRUGÍA (GENERAL, MAXILO FACIAL, PEDIÁTRICA, PLÁSTICA, VASCULAR), DERMATOLOGÍA, ENDOCRINOLOGÍA, GASTROENTEROLOGÍA, GERIATRÍA, GINECOLOGÍA, HEMATOLOGÍA, MEDICINA INTERNA, NEFROLOGÍA, NEUROCIRUGÍA, NEUROLOGÍA, PSICOLOGÍA CLÍNICA Y NEUROPSICOLOGÍA, NUTRICIÓN, ONCOLOGÍA CLÍNICA, ODONTOLOGÍA, OFTALMOLOGÍA, OTORRINOLARINGOLOGÍA, PEDIATRÍA, REUMATOLOGÍA, TRAUMATOLOGÍA, UROLOGÍA y REHABILITACIÓN. Las citas se sacan mediante llamada telefónica o presencialmente. La consulta externa es de 08:00 a 18:00 de lunes a viernes, en EMERGENCIA el horario es de 24:00 ININTERRUMPIDO. El HQ1PN está integrado por 570 personas en total, entre Oficiales Superiores, Subalternos, Clases, Policías y Empleados Civiles.

La atención en el HQ1, debe obedecer a un proceso de referencia y Contra referencia desde los Centros y Subcentros de Salud. La familia policial debe acudir al Subcentral más cercano a su lugar de residencia, donde se le brinda atención en promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación, rehabilitación; la medicación se entrega en forma gratuita, para solucionar su problema de salud y las atenciones de mayor complejidad, son transferidas a los hospitales en donde recibirá atención más especializada.

4.2. Diseño de Investigación.

El diseño de esta investigación constituye “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación”. (Hernández. 2006).

En esta investigación se va a poder identificar la existencia del síndrome del Burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los profesionales de la salud del HPNQ1, salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad. Esta investigación posee las siguientes características:

- Cuantitativa: Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.

- No experimental: Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- 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.
- Exploratorio: Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- Descriptivo: 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).

4.3. Población.

La población que participó y fue objeto de estudio de esta investigación fueron 30 individuos de género masculino y femenino del personal de profesionales de la salud del Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1, es decir 15 médicos en servicio activo de varias especialidades y 15 enfermeras que se encuentran vinculados con la institución, con una edad promedio de 37 años, en su mayor parte mestizos y todos habitan en zona urbana (Quito).

4.4. Instrumentos.

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos son los cuestionarios que son uno de los instrumentos que más se utiliza en investigación social. De hecho, Hernández & otros (2006), expresan que “(...) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.”; y que han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados, en esta investigación los cuales detallamos a continuación y deben de ser aplicados en el orden que se presentan a continuación:

- **Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.-** Es un cuestionario ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de

experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo entre otros que serán de utilidad en esta investigación.

➤ **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).**- Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral. La escala **MBI** plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas que son:

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

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

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

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

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

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

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

d. Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

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

- a. **Afrontamiento activo:** Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- b. **Planificación: Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor;** planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- c. **Auto - distracción:** Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- d. **Apoyo instrumental:** La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.
- e. **Apoyo emocional:** Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- f. **Reinterpretación positiva:** Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- g. **Aceptación:** Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.
- h. **Negación:** Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- i. **Religión:** El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- j. **Autoinculpación:** Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- k. **Desahogo:** La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- l. **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.
- m. **Uso de sustancias:** Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- n. **Humor:** hacer burlas y reírse de la situación estresante.

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

- a. Apoyo emocional:** Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- b. Apoyo material o instrumental:** Contar con ayuda doméstica.
- c. Redes sociales:** Incluye contar con otras personas para comunicarse.
- d. Apoyo afectivo:** Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

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

➤ **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.**- “La construcción de una teoría de la personalidad implica el estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta; tales son el cognoscitivo, el conativo, el afectivo y el constitucional” (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:

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

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

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

4.5. Recolección de datos.

El presente estudio se efectuó bajo la dirección y coordinación académica de la Universidad Técnica Particular de Loja, y la colaboración de directivos y profesionales del Hospital Quito de la Policía Nacional No. 1.

Con la respectiva carta de autorización de la UTPL, se realizaron los trámites legales correspondientes ante la Dirección Nacional de Salud y la dirección del Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1, realizando una breve introducción del síndrome de Burnout y el objetivo de la investigación, se obtuvo la respectiva autorización por parte del Coronel de Policía de Estado Mayor Luis Enrique Lara Alvarado, Director del HQ1PN, previa el respectivo análisis de la Dirección Académica y el área de salud mental del HQ1PN, y bajo supervisión de profesionales del área de salud mental del HQ1PN, se procedió a socializar el objetivo de mi presencia indicando los propósitos, tiempos de aplicación y requerimientos para el trabajo de recolección y beneficios que el profesional de la salud adquirirá con el conocimiento del informe psicológico que será entregado.

Posteriormente se procedió a entregar personalmente en algunos casos y en otros se entregó a los jefes de área, los diferentes cuestionarios a 15 médicos y 15 enfermeras de diferentes áreas del HQ1PN, dándoles un tiempo prudencial para la recolección de las mismas; posterior a lo cual con la ayuda y colaboración de los señores Dr. Ricardo Tixi, Oncólogo del HQ1PN y Presidente de la Asociación de Médicos del HQ1PN, y conjuntamente con la Dra. Nathaly López Psicóloga del área de salud mental, se procedió a la recolección de las mismas y fueron entregadas para su respectivo análisis, esta recolección se la hizo en diferentes fechas puesto que por necesidades del servicio se encontraban en diferentes días.

Los datos de esta investigación serán recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: **variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad**, los cuales están diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentre vinculado al HQ1PN.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

5.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

TABLA 7. CUADRO RESUMEN MÉDICOS SIN BURNOUT

Genero	Masculino 7	% 50	Femenino 7	% 50
zona de vivienda	Urbano 14	% 100	Rural 0	% 0
Etnia	Mestizo 14	% 100		
Con quién vive	Más personas 14	% 100	Solo 0	% 0
Tipo de trabajo	T. completo 8	% 57	t. parcial 6	% 43
Remuneración salarial	Mensual 14	% 100	0	0

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

En este cuadro resumen podemos apreciar que los resultados obtenidos referente a la caracterización socio demográfica y laboral en cuanto a los médicos sin burnout fueron los siguientes: Equiparidad en género del 50% masculino y 50% femenino equivalente a 7 sexo masculino y 7 sexo femenino; el 100% de los 14 médicos viven en zonas urbanas, son mestizos, viven con más de una persona y su remuneración salarial la reciben mensualmente; 8 médicos equivalentes al 57% trabajan tiempo completo y 6 médicos equivalentes al 43% trabajan tiempo parcial.

TABLA 8. CUADRO RESUMEN MÉDICOS CON BURNOUT

Genero	Masculino 1	% 100	Femenino 0	% 0
zona de vivienda	Urbano 1	% 100	Rural 0	% 0
Etnia	Mestizo 1	% 100		
Con quién vive	más personas 1	% 100	Solo 0	% 0
Tipo de trabajo	t. completo 1	% 100	t. parcial 0	% 0
Remuneración salarial	Mensual 1	% 100	0	0

Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

En este cuadro resumen podemos apreciar que los resultados obtenidos referente a la caracterización sociodemografica y laboral en cuanto a los médicos con burnout fueron los siguientes: el 100% (1 medico) es de sexo masculino, viven en zona urbana, es mestizo, vive con más de una persona, trabaja tiempo completo y su remuneración salarial la recibe mensualmente.

TABLA 9. CUADRO RESUMEN ENFERMERAS SIN BURNOUT

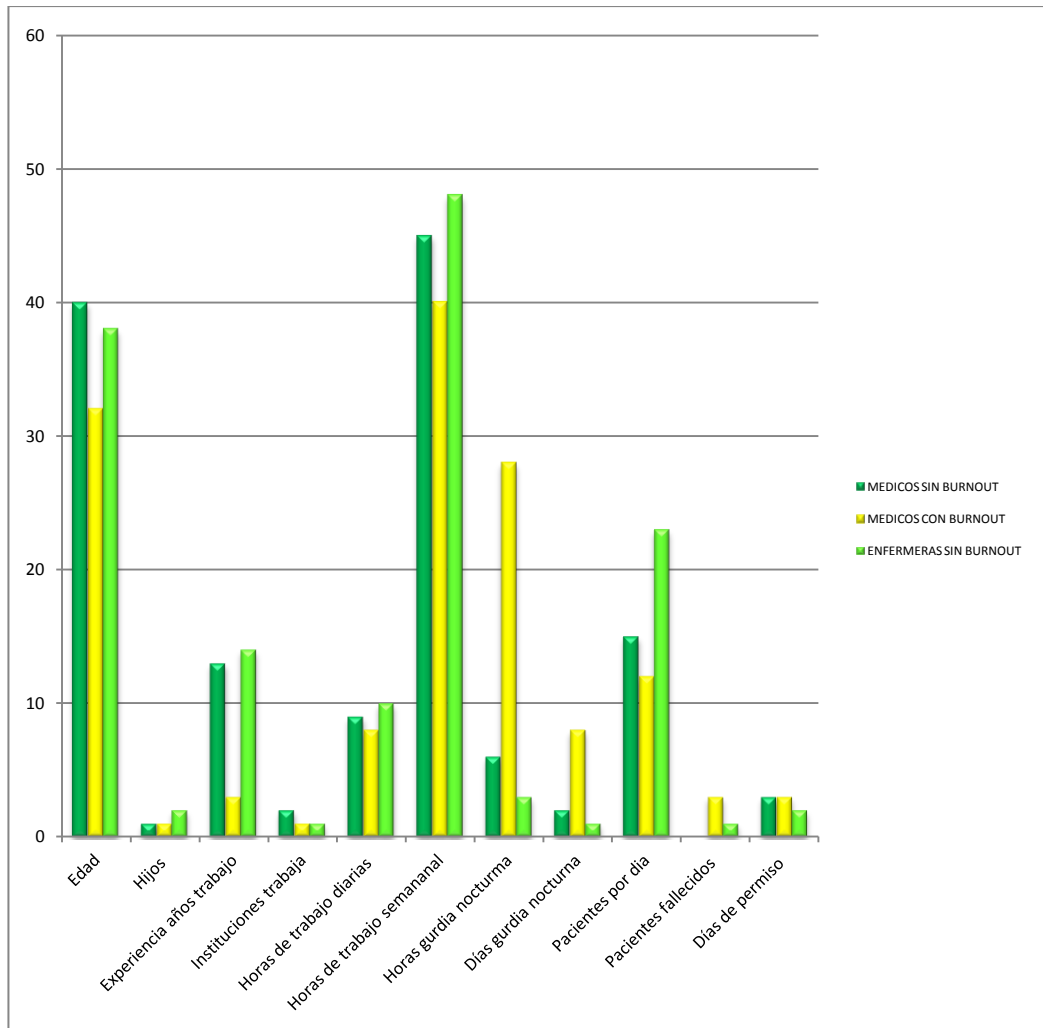
Genero	Masculino 0	% 0	Femenino 15	% 100
zona de vivienda	Urbano 15	% 100	Rural 0	% 0
Etnia	Mestizo 14	% 93	Blanco 1	% 7
Con quién vive	más personas 14	% 93	Solo 1	% 7
Tipo de trabajo	t. completo 15	% 100	t. parcial 0	% 0
Remuneración salarial	Mensual 15	% 100	0	0

Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

En este cuadro resumen podemos apreciar que los resultados obtenidos referente a la caracterización sociodemografica y laboral en cuanto a las enfermeras sin burnout fueron los siguientes: hubo un predominio en genero del 100% femenino equivalente a 15 enfermeras; el 100% de las 15 enfermeras viven en zonas urbanas, trabajan en tiempo completo y su remuneración salarial la reciben mensualmente; el 93% son mestizas que equivale a 14 enfermeras, el 7% blancos que equivale a 1 enfermera; el 93% viven con más de una personas que equivale a 14 enfermeras y el 7% vive sola que equivale a 1 enfermera.

Gráfico N° 1

RESUMEN MÉDICOS SIN Y CON BURNOUT, ENFERMERAS SIN BURNOUT



Fuente: médicos y enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Se destaca una diferencia importante en el promedio de edad, el médico con burnout que equivale al 6,7% es relativamente más joven que los médicos con un promedio de 39 años y que equivalen al 93.3%; los médicos y enfermeras sin burnout tienen más años de experiencia el 79% más que el médico con burnout que equivale al 21%; de igual forma destaca en el médico con burnout realiza 85,7% más horas y días de guardia nocturna; el médico con Burnout tiene el 100% pacientes fallecidos, los médicos sin burnout el 14% de pacientes fallecidos y las enfermeras sin burnout el 33%. Las demás variables se muestran cercanas en el promedio sin indicar diferencias importantes.

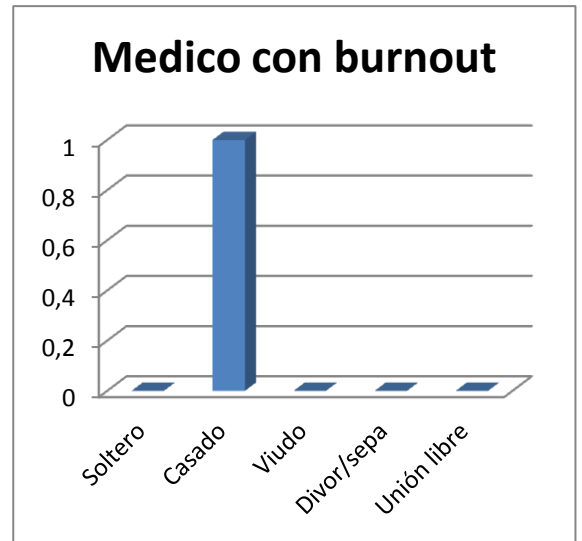
ESTADO CIVIL

Gráfico N° 2



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 3



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 4



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable podemos observar que en médicos sin burnout existen solteros y casados en un 50% cada uno, el médico con burnout tiene el estado civil de casado; y en enfermeras sin burnout existen solteros, casados y divorciados.

VALOR SALARIAL

Gráfico N° 5

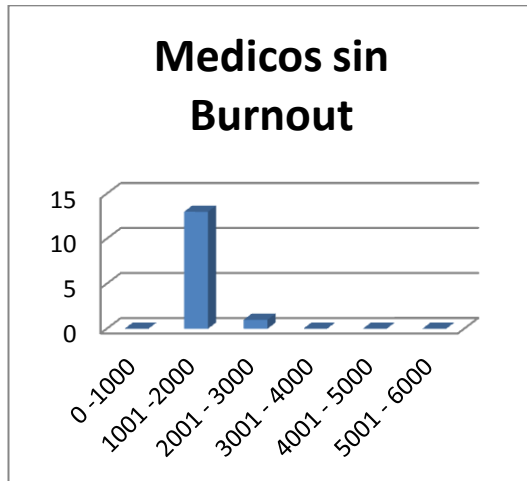
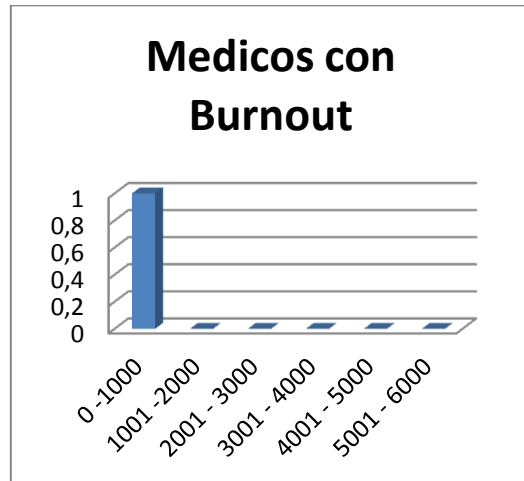
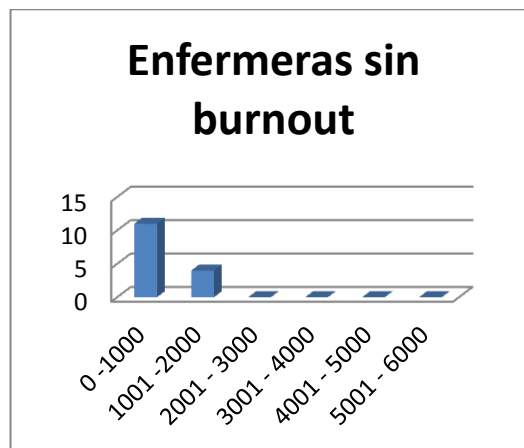


Gráfico N° 6



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 7

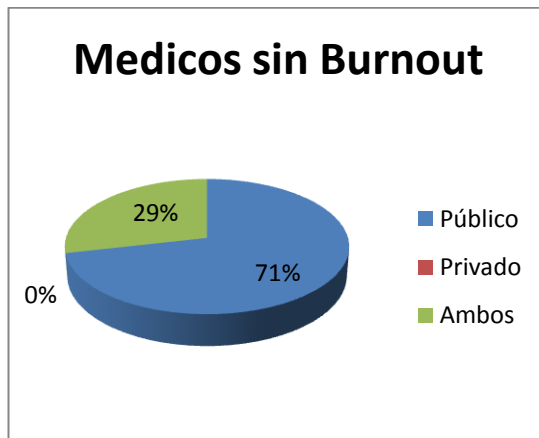


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El valor salarial de los médicos sin burnout es superior que el médico con burnout, en el grupo de médicos sin burnout tienen un salario entre 1000 y 2000 y el médico con burnout entre 0 y 1000.

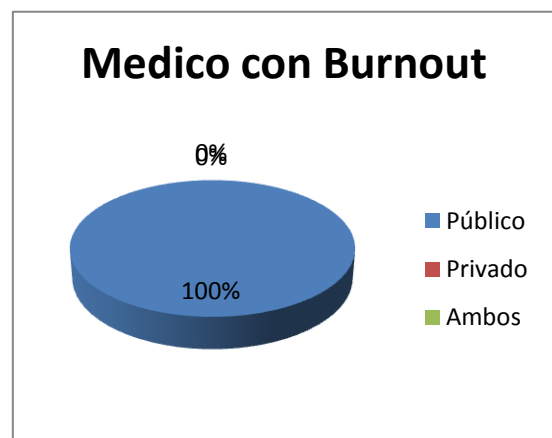
SECTOR DE TRABAJO

Gráfico N° 8



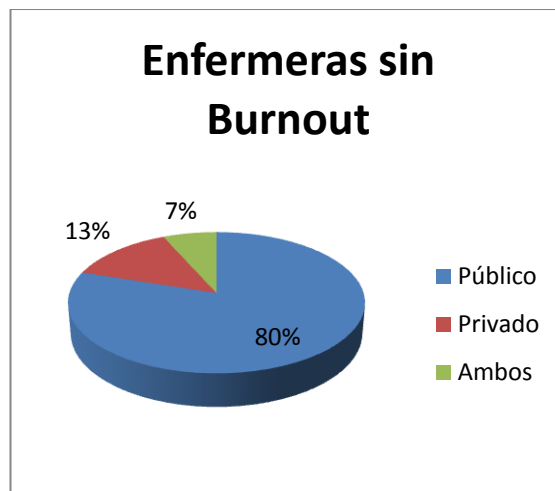
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 9



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 10



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable se puede ver que la mayoría de las personas que conforman la muestra trabaja en el sector público, esto es médicos sin burnout 71% publico y 29% ambos público y privado; médicos con burnout el 100% publico; y enfermeras sin Burnout el 80% publico, el 13% privado y el 7% ambos, público y privado.

TIPO DE CONTRATO

Gráfico N° 11

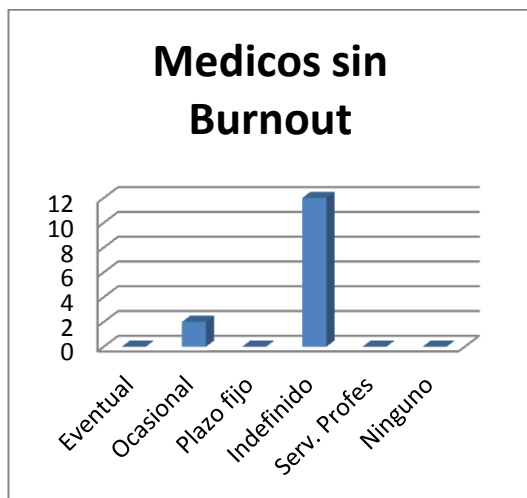
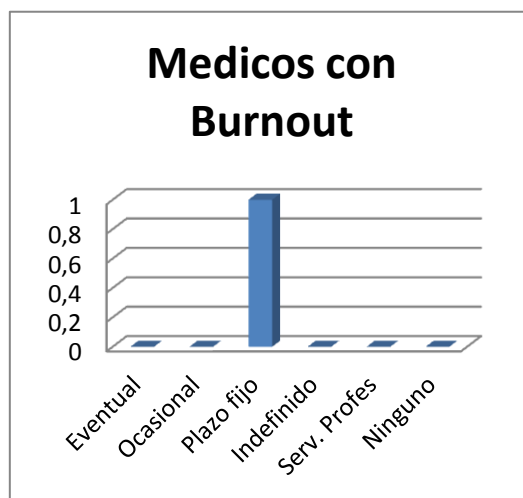
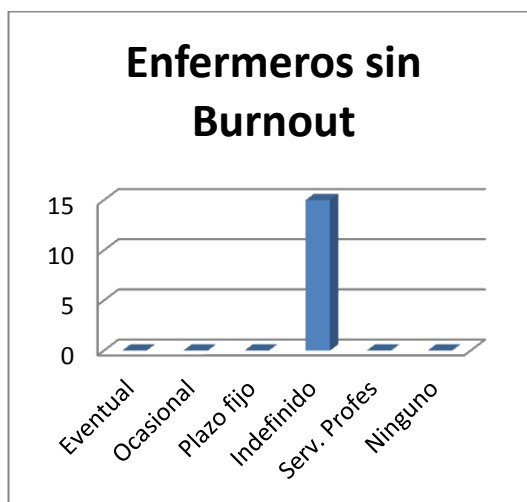


Gráfico N° 12



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 13



Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable Tipo de contrato se puede observar que el 86% de médicos sin burnout tiene un contrato indefinido, y el 14% ocasional; el médico con burnout el 100% plazo fijo; y enfermeras sin Burnout el 100% tiene contrato indefinido.

TURNOS

Gráfico N° 14

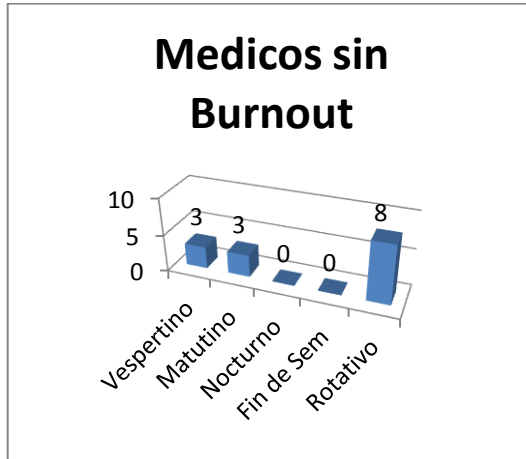
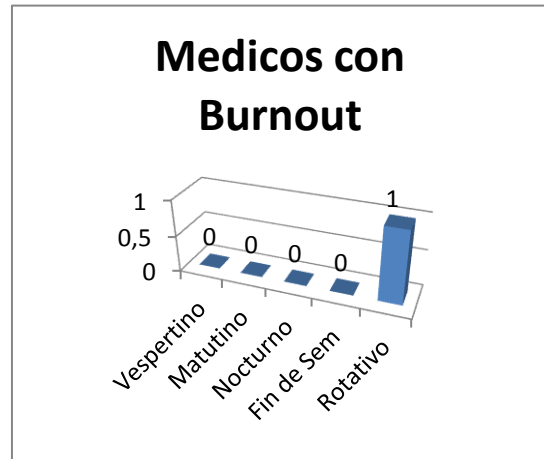
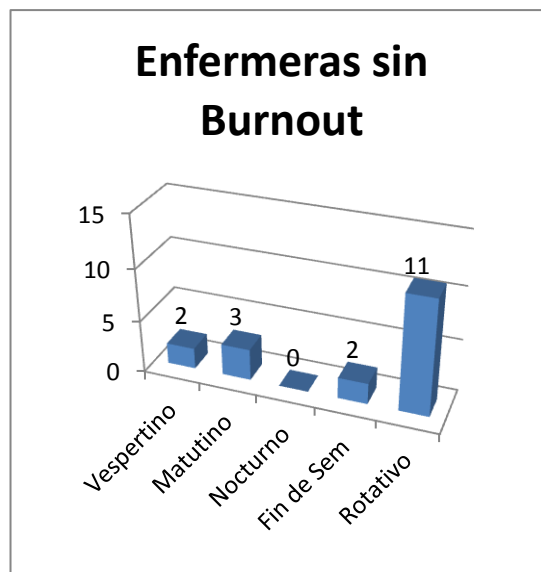


Gráfico N° 15



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 16

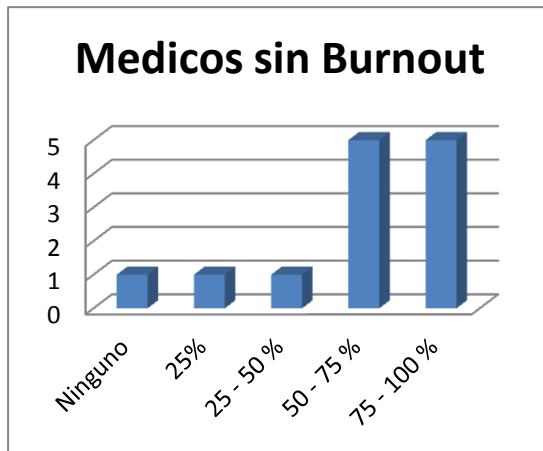


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable Turnos de trabajo se puede observar que en los médicos sin burnout el 57% realizan turno rotativo, el 21,5% realizan turno vespertino y el 21,5% matutino; médicos con burnout el 100% realiza turno rotativo; y enfermeras sin Burnout el 61% realizan turnos rotativos, el 17% matutino, el 11% fin de semana y 11% vespertino.

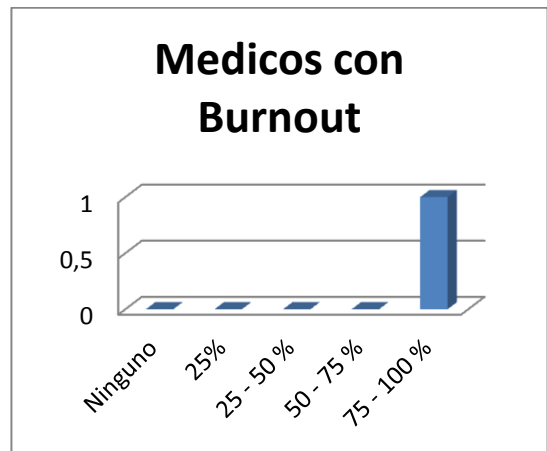
% DE PACIENTES DIARIOS

Gráfico Nº 17



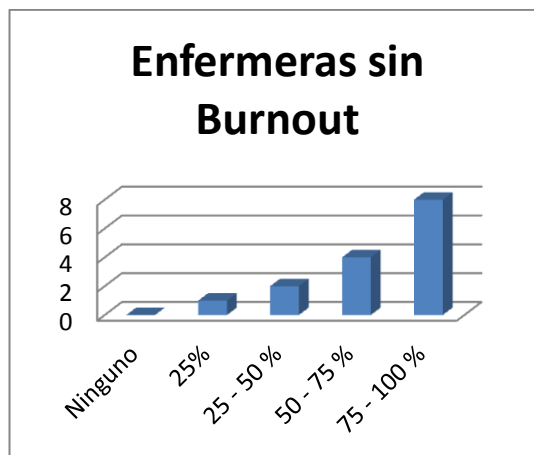
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 18



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 19

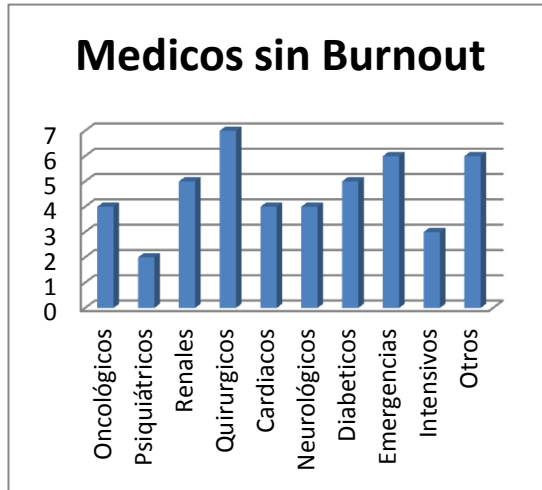


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En las graficas que se presentan se puede evidenciar que tanto los médicos sin Burnout como los médicos con Burnout atiende un porcentaje de 50% a 100% de pacientes diarios, situación similar se produce con las enfermeras sin burnout.

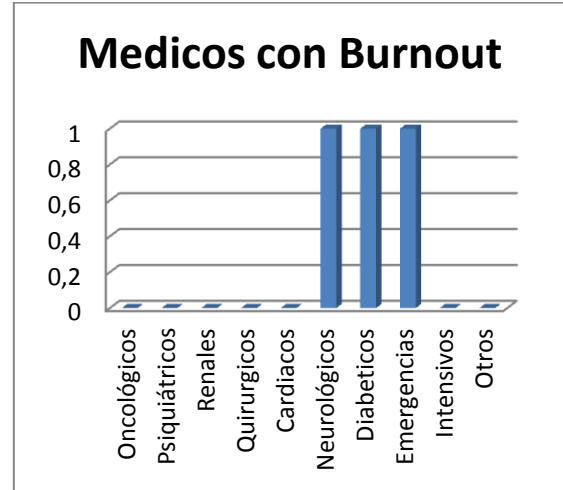
TIPOS DE PACIENTES

Gráfico Nº 20



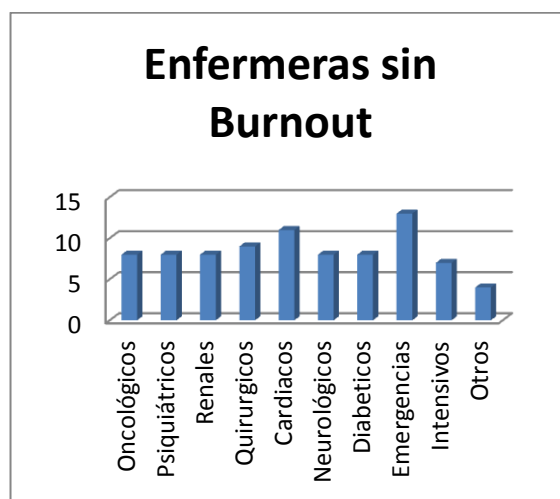
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 21



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico Nº 22

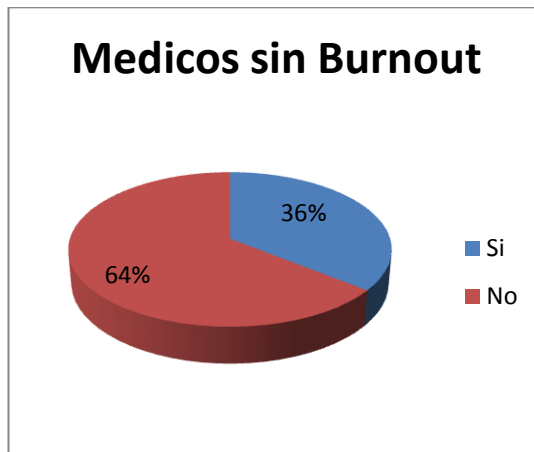


Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

Al comparar los médicos y enfermeros con y sin burnout podemos diferenciar que en médicos y enfermeras sin burnout atienden a una gama más variada de pacientes; en el caso del grupo de médicos con burnout, la atención se da exclusivamente en el área de atención de pacientes neurológicos, diabéticos y emergencia.

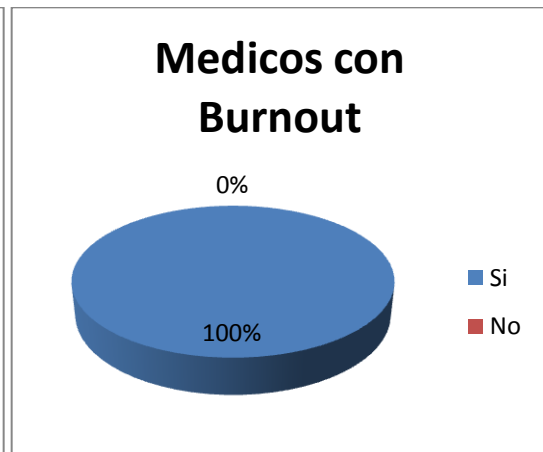
ATIENDE PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE

Gráfico N° 23



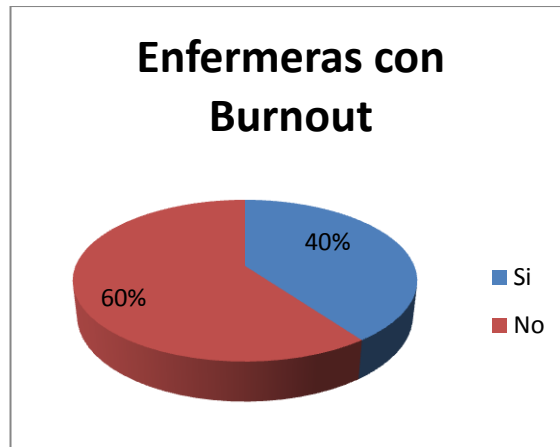
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 24



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 25

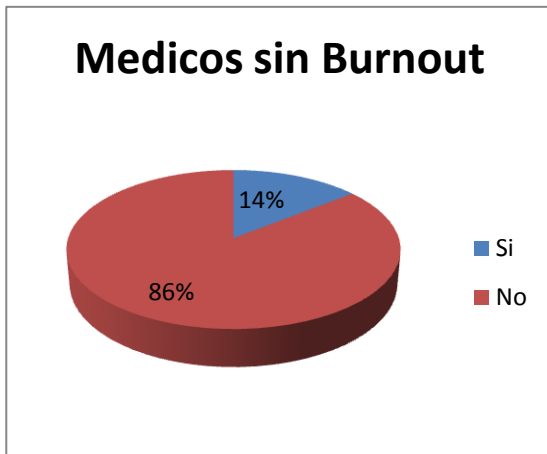


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable de atención de pacientes con riesgo de muerte, al comparar los médicos y enfermeras sin burnout podemos diferenciar que en su mayoría no atienden estos pacientes, por el contrario en el caso del grupo de médico con burnout, atiende el 100% a pacientes con riesgo de muerte.

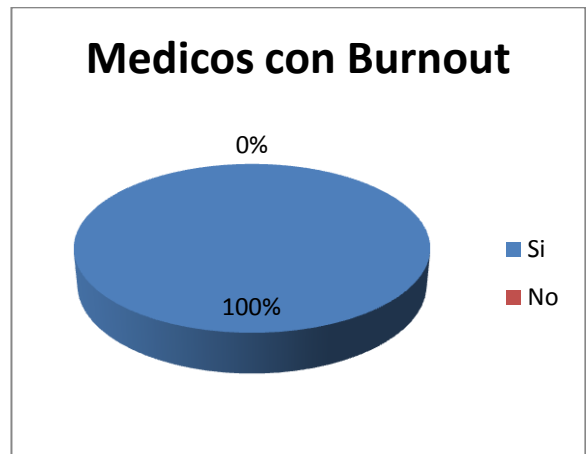
PACIENTES FALLECIDOS

Gráfico N° 26



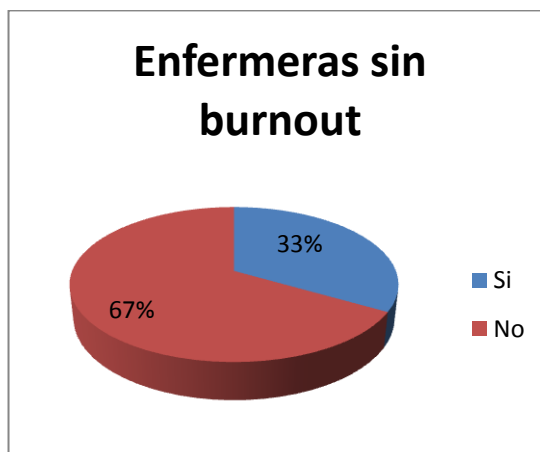
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 27



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 28

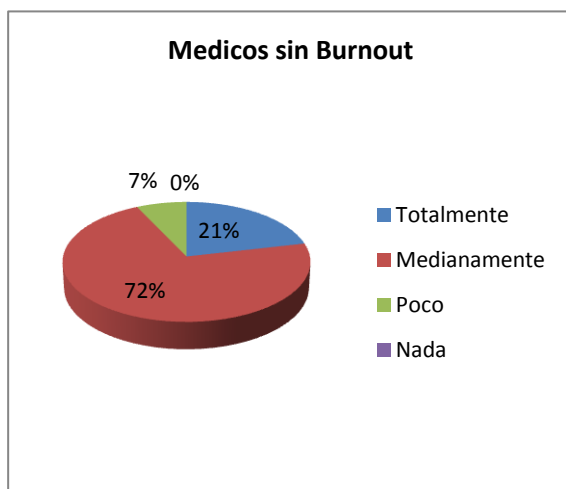


Fuente: enfermeras a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable de pacientes fallecidos podemos observar que en el grupo de médicos y enfermeras sin burnout la mayoría no ha tenido pacientes fallecidos; en el caso del grupo del médico con burnout, si reporta que ha tenido pacientes fallecidos.

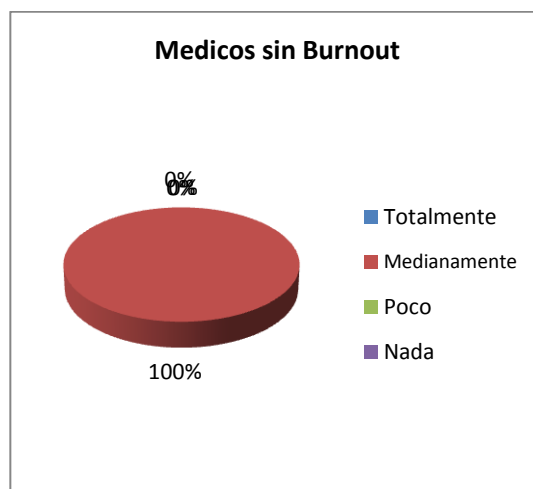
RECURSOS NECESARIOS

Gráfico N° 29



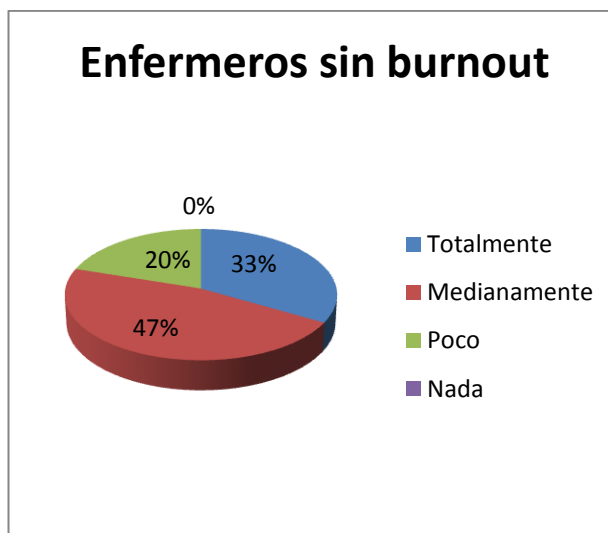
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 30



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 31

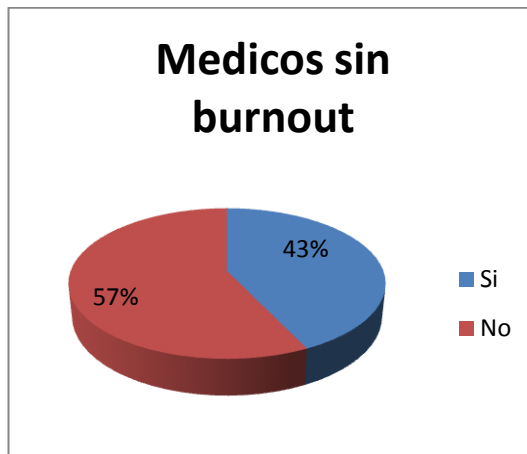


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable de recursos necesarios, se puede observar que en el grupo de médicos sin burnout cuenta con los recursos medianamente el 72%, el 21% totalmente y el 7% pocos recursos; el médico con burnout manifiesta que tiene recursos medianamente; y el grupo de enfermeras sin burnout se puede observar que cuenta con recursos medianamente el 47%, totalmente el 33% y pocos recursos el 20%.

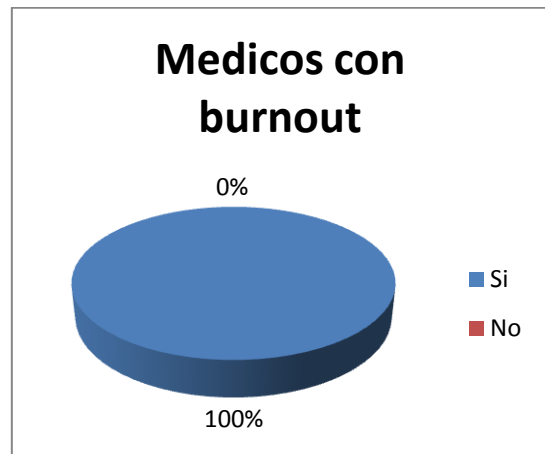
PERMISOS

Gráfico N° 32



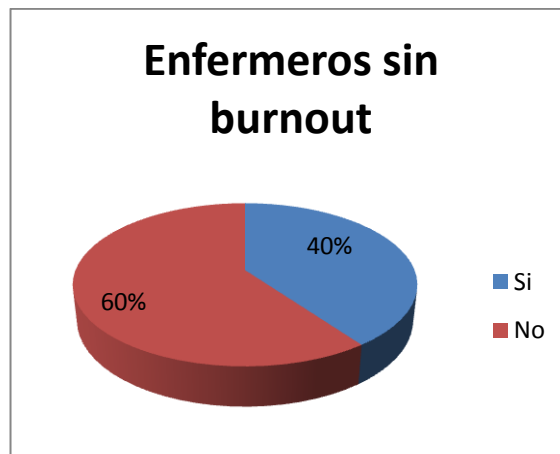
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 33



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 34

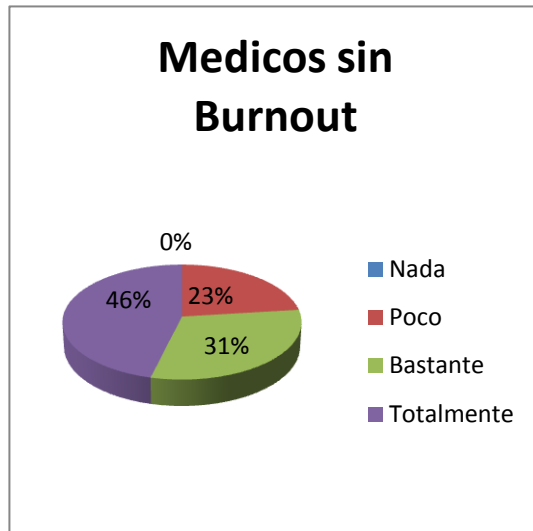


Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable de permisos, podemos observar que en el grupo de médicos sin burnout el 57% no ha pedido permiso; enfermeras sin burnout el 60% no pide permisos; a diferencia del grupo de medico con burnout que el 100% si pide permiso.

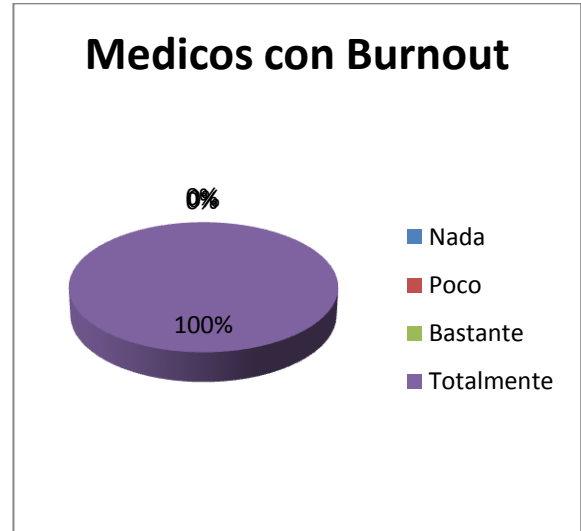
VALORACIÓN DE PACIENTES

Gráfico N° 35



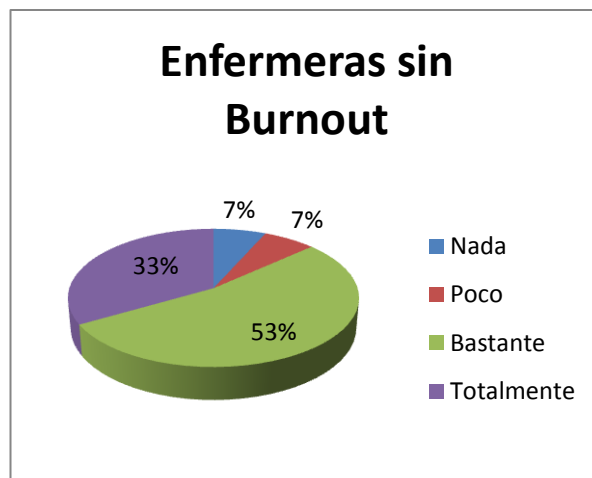
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 36



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 37

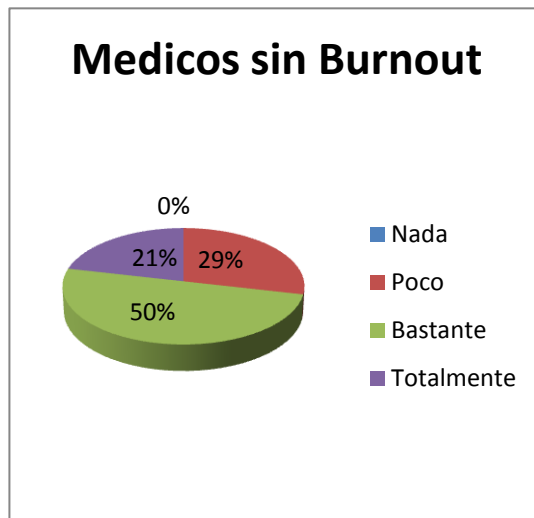


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable de valoración por parte de pacientes, podemos observar que en el grupo de médicos sin burnout se sienten totalmente valorados el 46%, bastante el 31% y poco el 23 %; el médico con burnout se siente totalmente valorado por sus pacientes; y en el grupo de enfermeras sin burnout se sienten bastante valorados el 53%, totalmente el 33%, poco el 7% y nada el 7 %.

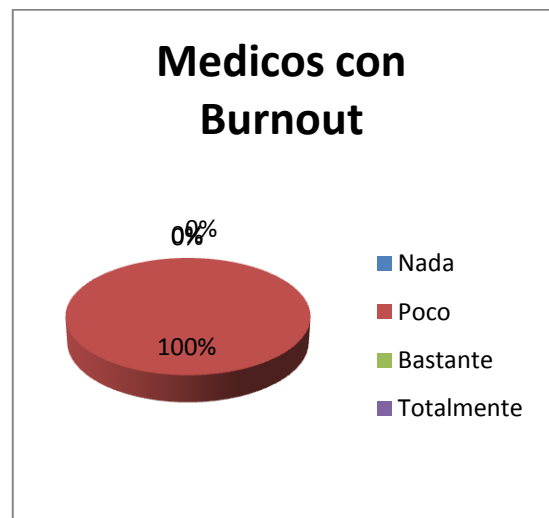
VALORACIÓN DIRECTIVOS

Gráfico N° 38



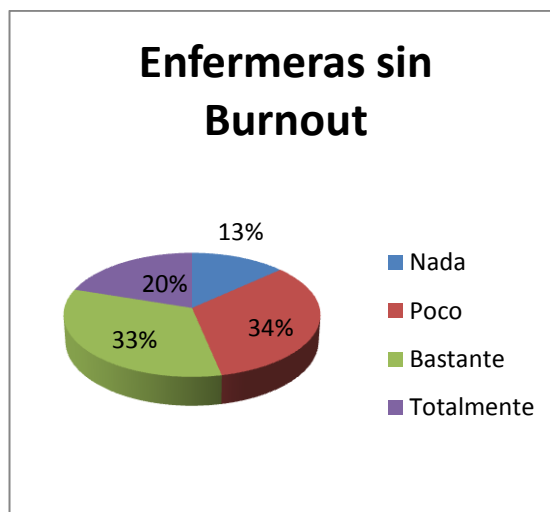
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 39



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 40

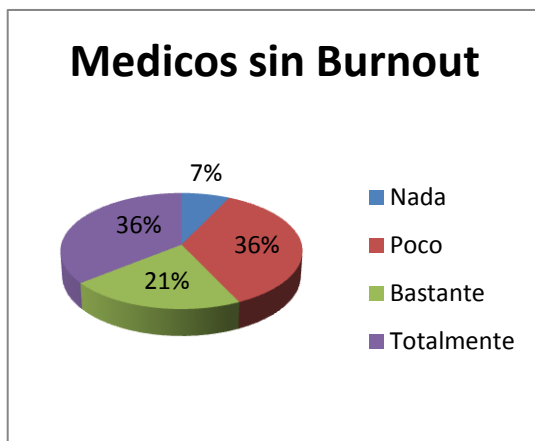


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable de valoración por parte de directivos, podemos observar en el grupo de médicos sin burnout se sienten bastante valorados el 50%, poco el 29% y totalmente el 21%; en el grupo de enfermeras sin burnout se sienten poco valorados el 34%, bastante el 33%, totalmente el 20% y nada el 13%; en el grupo de médicos con burnout el 100% se siente poco valorado por sus directivos.

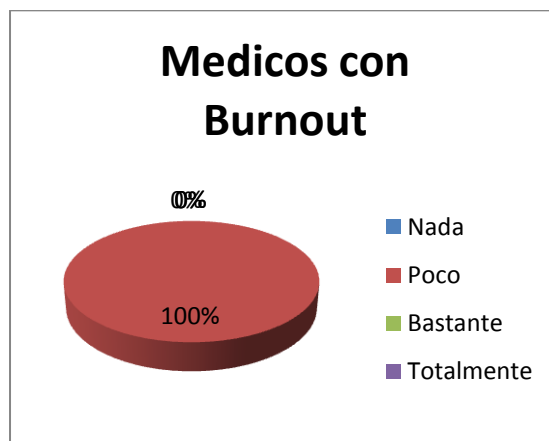
APOYO DIRECTIVOS

Gráfico N° 41



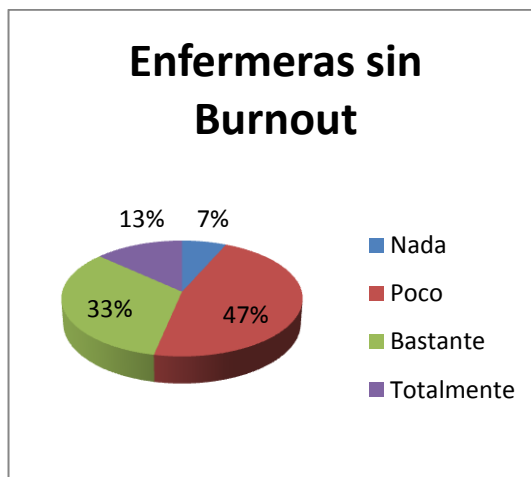
Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 42



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 43



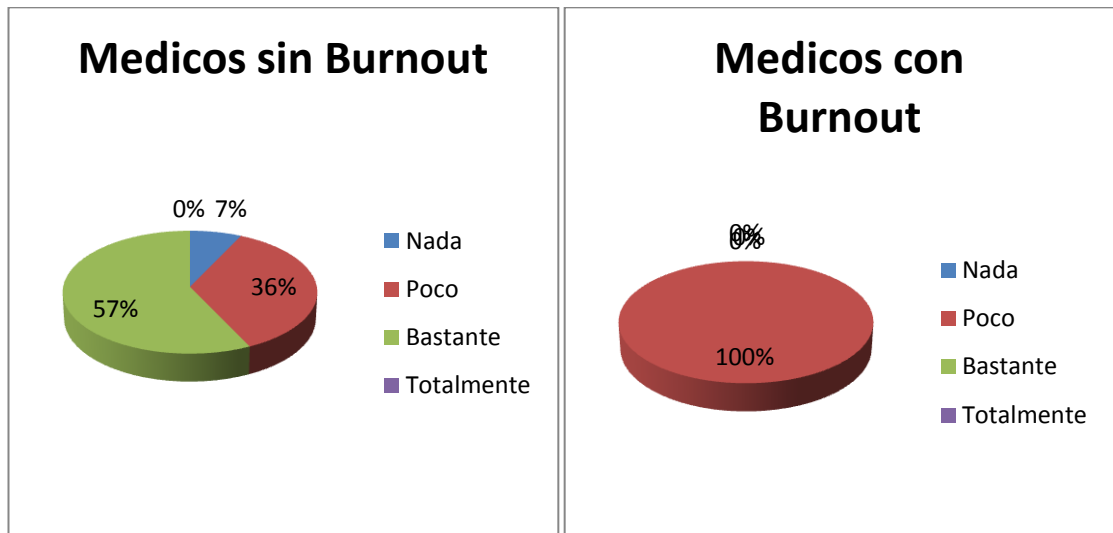
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En la variable de apoyo por parte de los directivos, podemos observar que el grupo de médicos sin burnout se sienten el 36% totalmente apoyados, el 36% poco apoyados, el 21% bastante apoyados y el 7% nada apoyados; en el grupo de médicos con burnout se el 100% se siente poco apoyados por sus directivos; y en el grupo de enfermeras sin burnout se sienten poco apoyadas el 47%, bastante apoyadas el 33%, totalmente el 13%, y nada el 7%.

ECONOMÍA

Gráfico N° 44

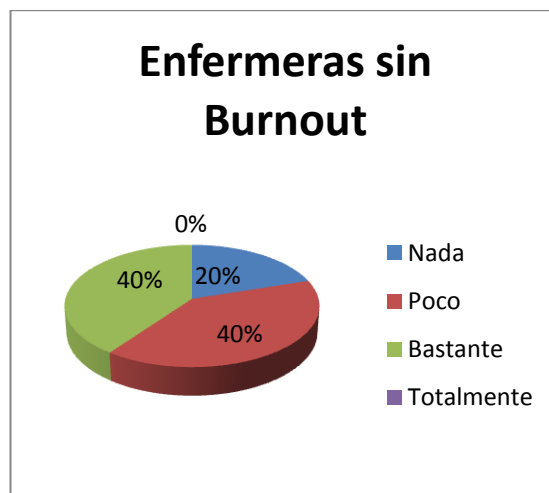
Gráfico N° 45



Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Fuente: médicos a través cuestionario sociodemográfico

Gráfico N° 46



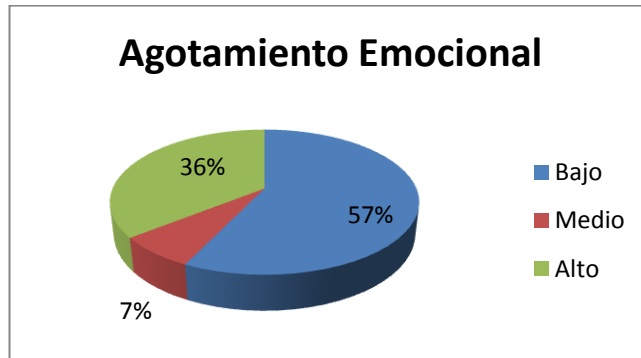
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable, podemos observar que en el grupo de médicos sin burnout se sienten bastante satisfechos con su economía el 57%, el 36% poco y el 7% nada satisfechos; en el grupo de médicos con burnout se siente poco satisfechos el 100%; y en el grupo de enfermeras sin burnout se sienten poco satisfechos el 40%, bastante satisfechos el 40% y nada satisfechos el 20%.

5.2. CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT)

MÉDICOS SIN BURNOUT

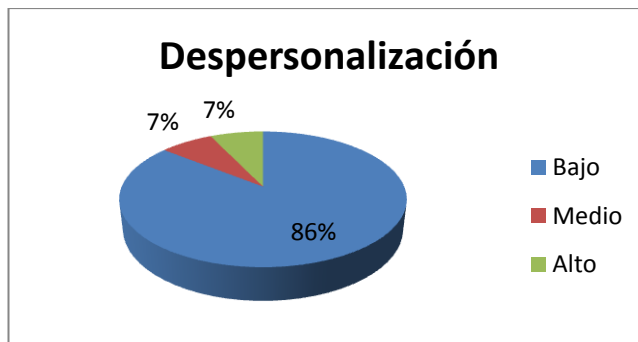
Gráfico N° 47



Fuente: médicos a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Agotamiento Emocional, con los médicos sin burnout se reflejaron los siguientes datos: un 57% de la población de médicos sin burnout presentaron niveles bajos de agotamiento emocional, mientras que el 36% experimentó presentar niveles altos y el 7% niveles medios.

Gráfico N° 48



Fuente: médicos a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Despersonalización, con los médicos sin burnout se reflejaron los siguientes datos: el 86% tiene niveles bajos de despersonalización, 7% niveles medios y 7% niveles altos de despersonalización.

Gráfico N° 49

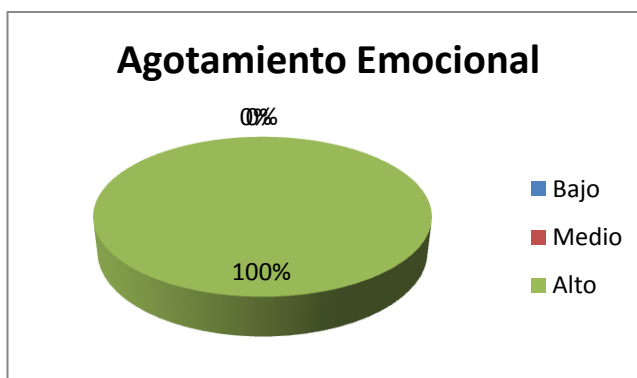


Fuente: médicos a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Realización Personal, el 100% de los médicos sin burnout presenta un nivel alto de realización personal.

MÉDICOS CON BURNOUT

Gráfico N° 50



Fuente: médicos a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Agotamiento Emocional, el 100% de la población del médico con burnout presenta un nivel alto de agotamiento emocional.

Gráfico N° 51



Fuente: médicos a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Despersonalización, el 100% de la población de medico con burnout presenta un nivel alto de despersonalización.

Gráfico N° 52

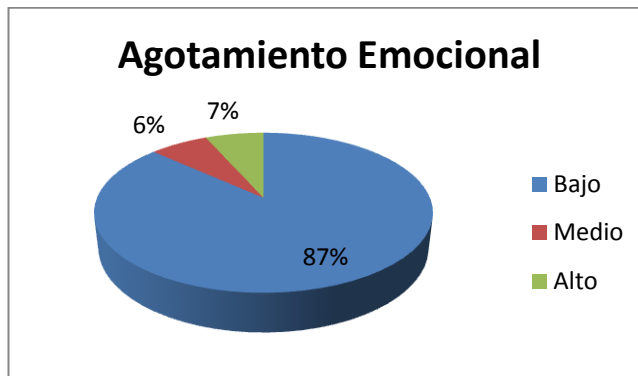


Fuente: médicos a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Realización Personal, el 100% de la población de medico con burnout presenta un nivel alto de realización personal.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

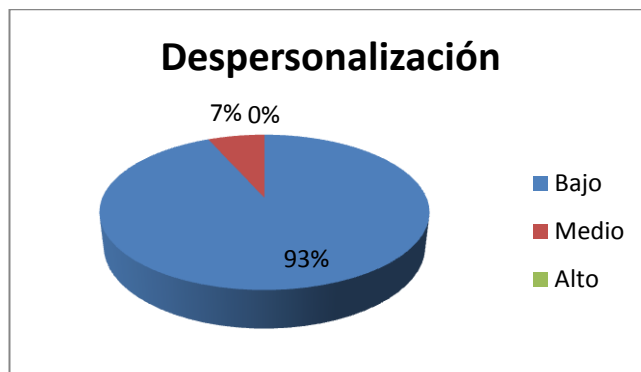
Gráfico N° 53



Fuente: enfermeras a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Despersonalización, se reflejaron los siguientes datos: un 87% de la población de enfermeras sin burnout presentaron niveles bajos de agotamiento emocional, mientras que el 7% experimentó presentar niveles altos y 6% niveles medios.

Gráfico N° 54



Fuente: enfermeras a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Despersonalización, con las enfermeras sin burnout se reflejaron los siguientes datos: el 93% niveles bajos, y un 7% niveles medios.

Gráfico N° 55



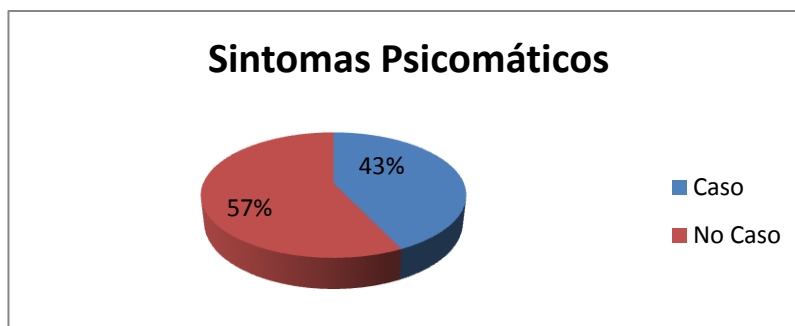
Fuente: enfermeras a través cuestionario MBI

En el cuestionario de MBI, en lo referente a Realización Personal, el 100% de la población presenta un nivel alto de realización personal.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

MÉDICOS SIN BURNOUT

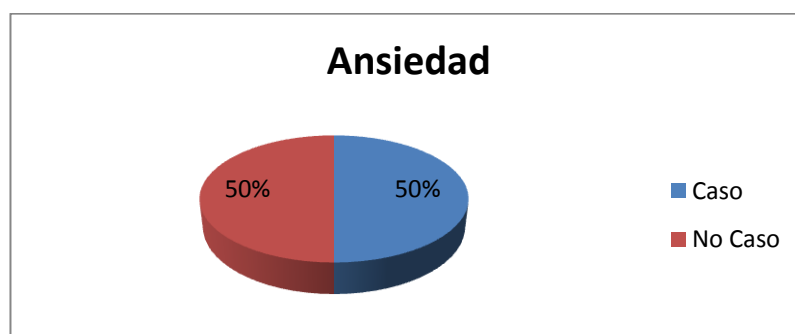
Gráfico N° 56



Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de síntomas psicósomáticos se reflejaron los siguientes datos: un 57% de la población de médicos sin burnout presentaron caso de síntomas psicósomáticos, y en el 43% de la población no se presenta.

Gráfico N° 57



Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de ansiedad la mitad de la población que representa al 50% de de médicos sin burnout presentaron ansiedad y la otra mitad no presenta caso.

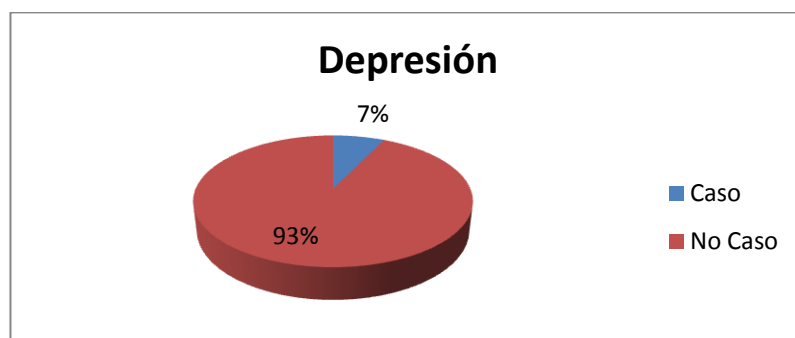
Gráfico N° 58



Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de disfunción social no existen casos en la población de médicos sin burnout.

Gráfico N° 59

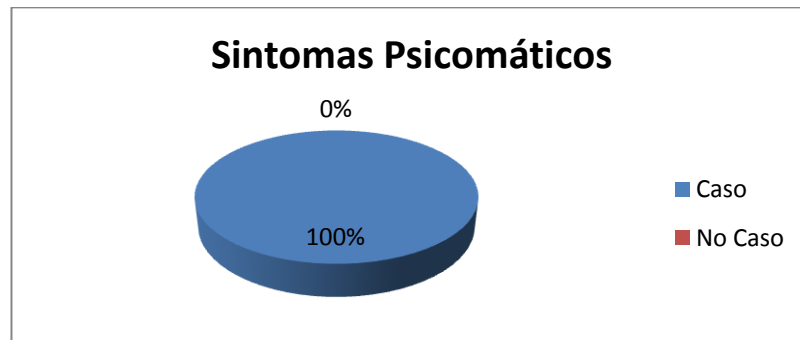


Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En la dimensión de depresión solamente el 7% de la población de médicos sin burnout presentaron depresión, mientras que el 93% de la población no presenta.

MÉDICOS CON BURNOUT

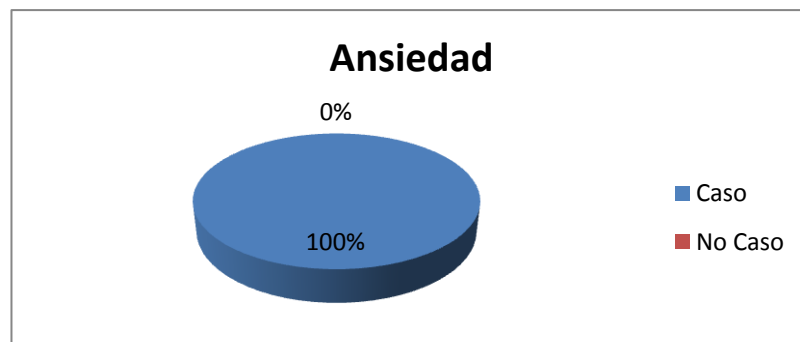
Gráfico N° 60



Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de síntomas psicósomáticos se reflejaron los siguientes datos: el 100% de la población del médico con burnout presenta síntomas psicósomáticos.

Gráfico N° 61



Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de ansiedad se reflejaron los siguientes datos: el 100% de la población del médico con burnout presenta ansiedad

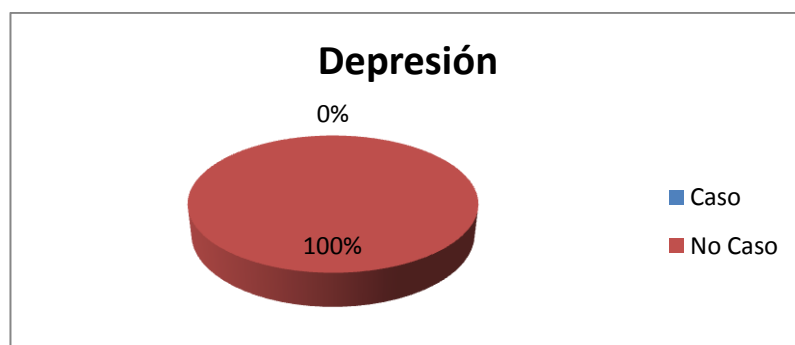
Gráfico N° 62



Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de disfunción social, el 100% de la población de médico con burnout no lo presenta.

Gráfico N° 63

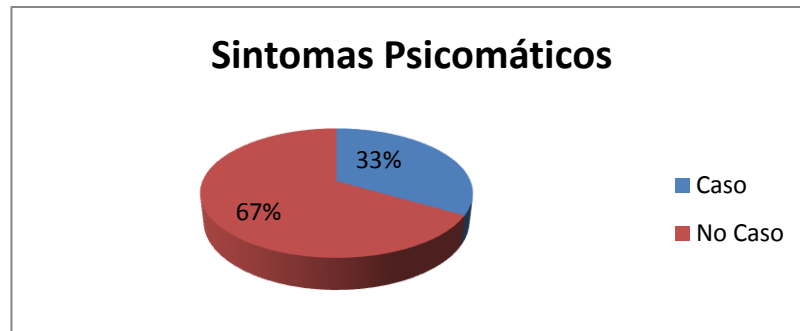


Fuente: médicos a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de depresión, el 100% de la población del médico con burnout no lo presenta.

ENFERMERAS SIN BURNOUT

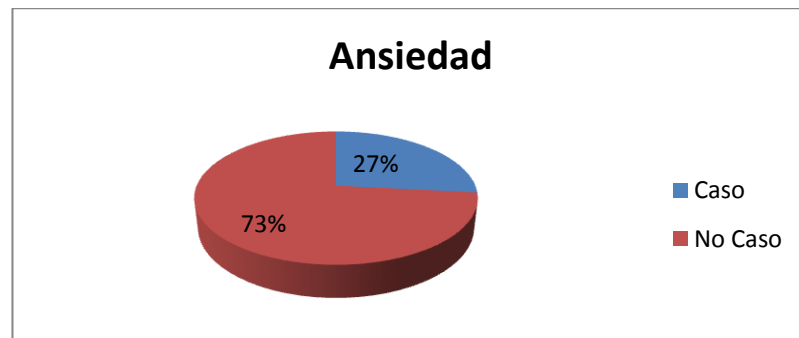
Gráfico N° 64



Fuente: enfermeras a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de síntomas psicósomáticos, se reflejaron los siguientes datos: un 33% de la población de enfermeras sin burnout presentan síntomas psicósomáticos, y el 67% de la población no lo presenta.

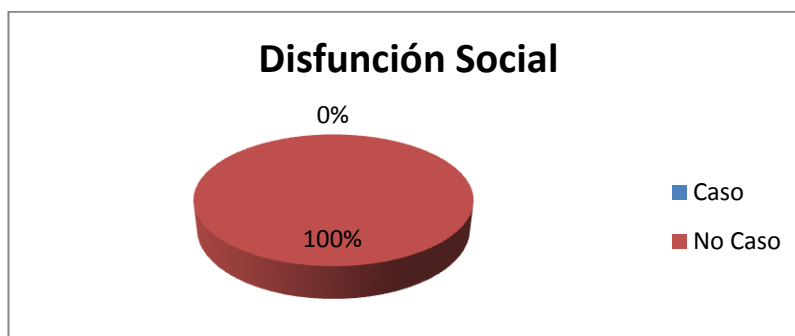
Gráfico N° 65



Fuente: enfermeras a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de ansiedad se reflejaron los siguientes datos: un 27% de la población de enfermeras sin burnout presentaron ansiedad, y el 73% de la población no lo presenta.

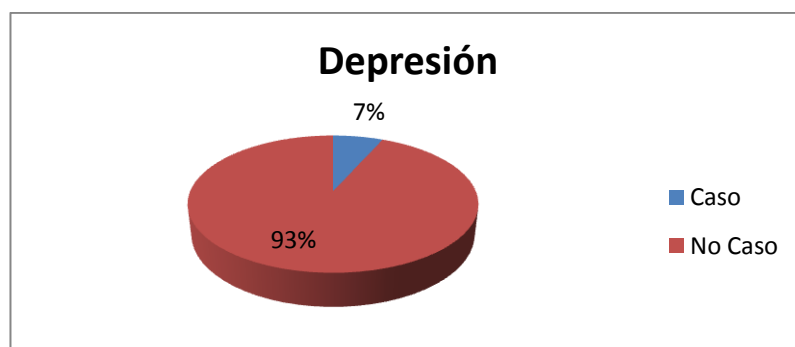
Gráfico N° 66



Fuente: enfermeras a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de disfunción social, el 100% de la población de enfermeras sin burnout no presentan casos de disfunción social.

Gráfico N° 67

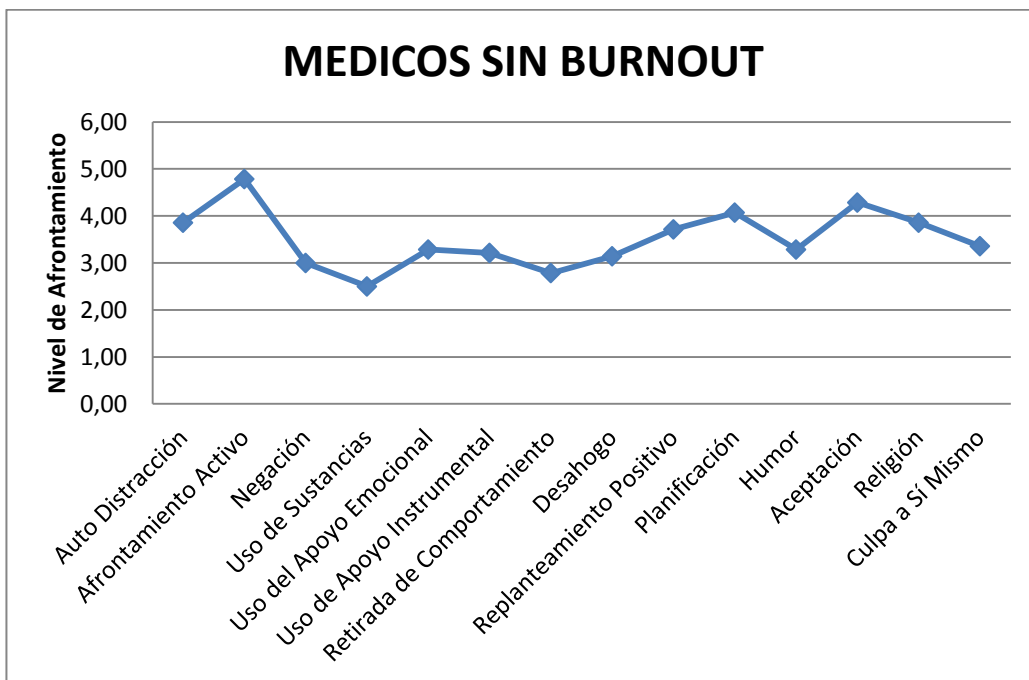


Fuente: enfermeras a través cuestionario GHQ-28

En el cuestionario GHQ-28, en la dimensión de depresión, se reflejaron los siguientes datos: un 7% de la población de enfermeras sin burnout presentan depresión, y el 93% no lo presenta.

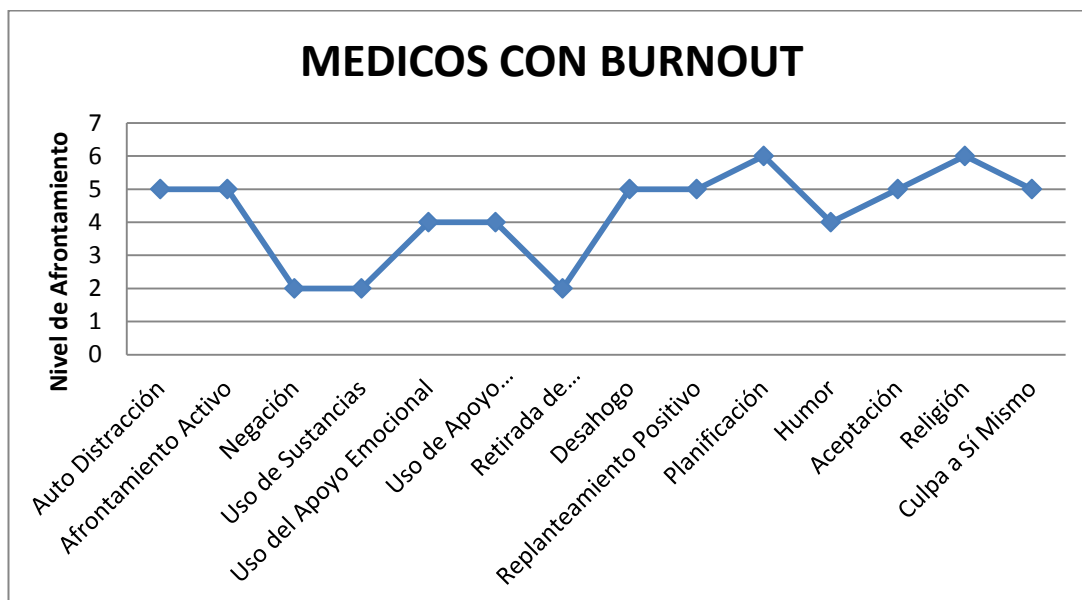
CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Gráfico N° 68



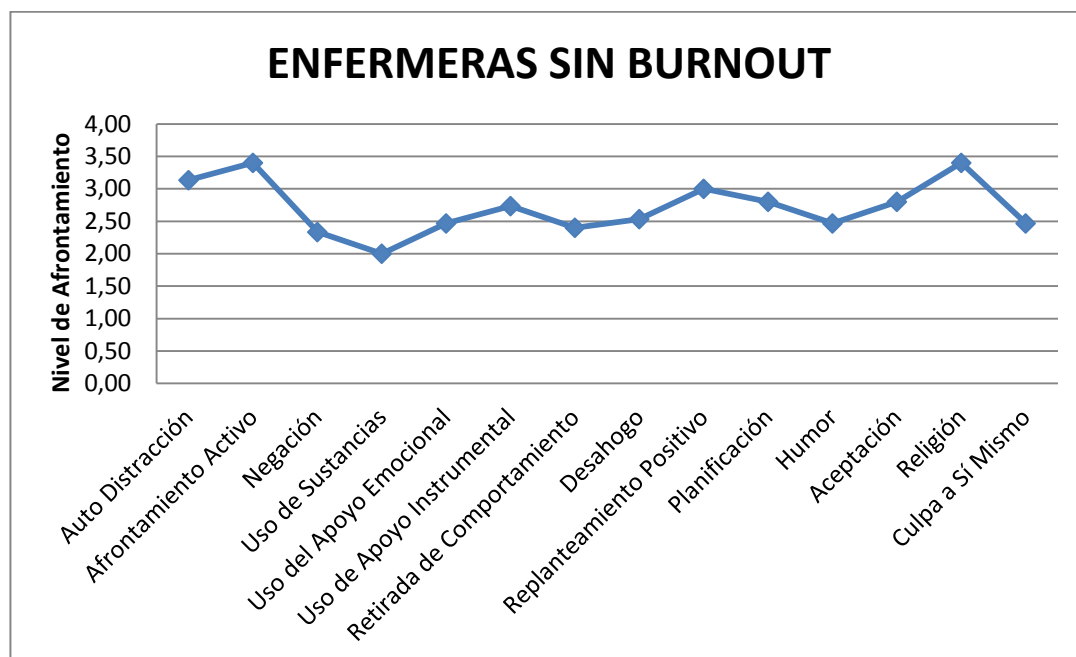
Fuente: médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico N° 69



Fuente: Médicos a través del cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico N° 70

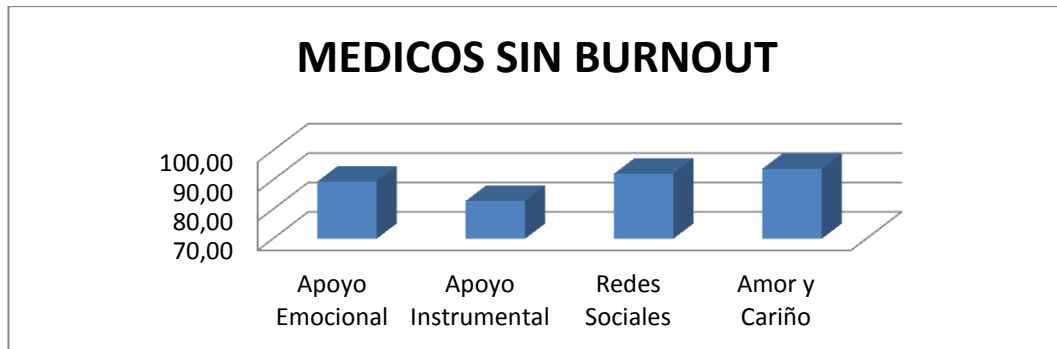


Fuente: enfermeros a través del cuestionario BRIEF-COPE

En cuanto a los tipos de afrontamiento que nos señala el cuestionario BRIEF-COPE, podemos apreciar que las gráficas en que se encuentran los resultados obtenidos entre médicos y enfermeros sin el síndrome, son en general parecidas o similares en lo que refiere a afrontamiento activo como pico alto y como pico bajo el uso de sustancias; en el caso que presenta el síndrome en el médico con burnout, vemos una gráfica con picos altos y bajos donde se puede destacar un valor muy bajo de negación y retirada de comportamiento, muy alto en planificación y religión.

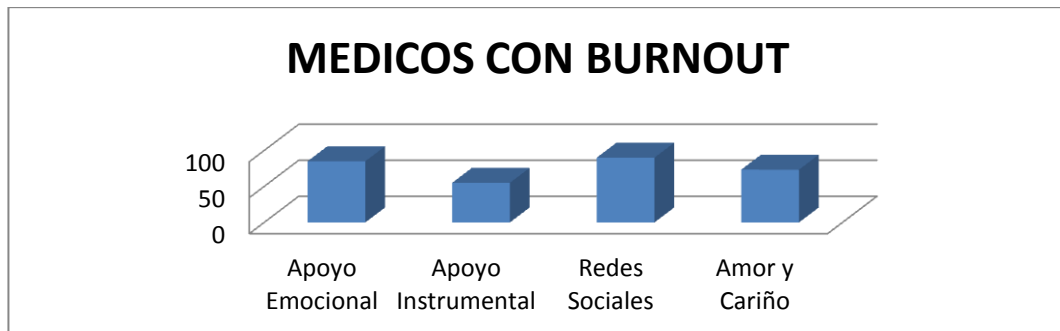
CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (AP)

Gráfico N° 71



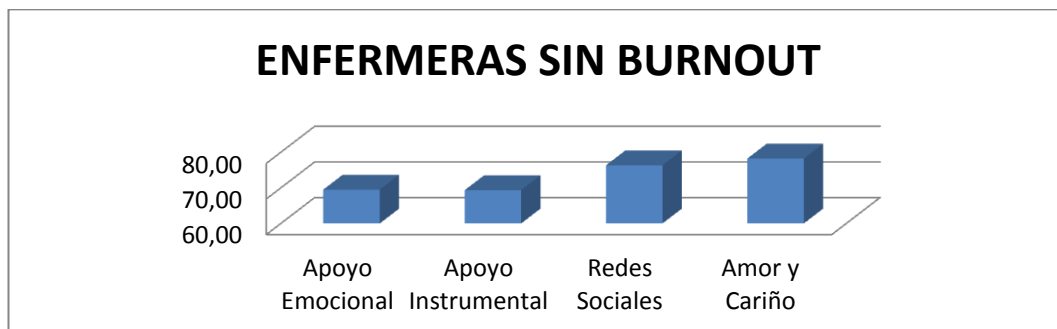
Fuente: médicos a través del cuestionario AP

Gráfico N° 72



Fuente: médicos a través del cuestionario AP

Gráfico N° 73

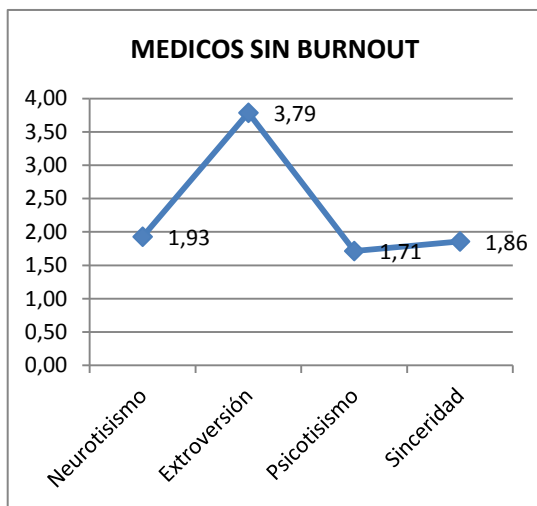


Fuente: enfermeras a través del cuestionario AP

En la variable de apoyo social, se aprecia que las gráficas de los resultados obtenidos entre médicos y enfermeras sin el síndrome de burnout y médicos con burnout, son en general parecidas o similares; destacando en los médicos sin burnout el 94% amor y cariño; en los médicos con burnout destaca redes sociales con el 90%, y en la población de enfermeras sin burnout destaca el 78% amor y cariño.

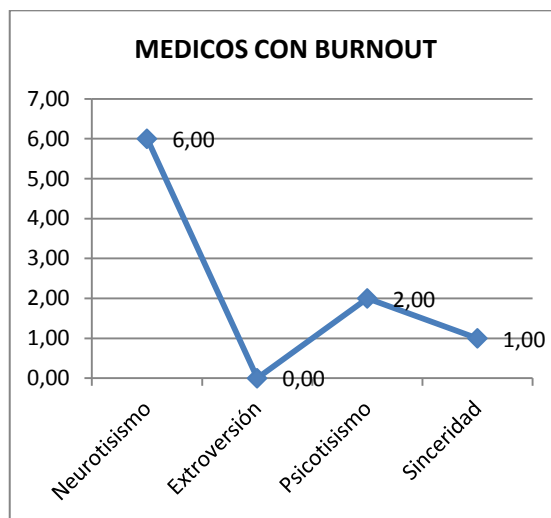
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD

Gráfico N° 74



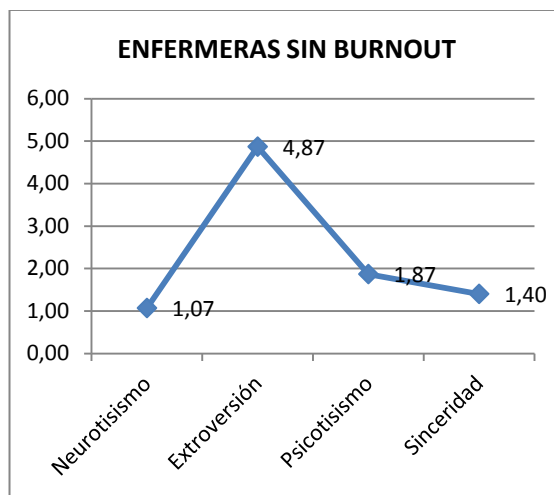
Fuente: médicos a través de cuestionario de personalidad

Gráfico N° 75



Fuente: médicos a través de cuestionario de personalidad

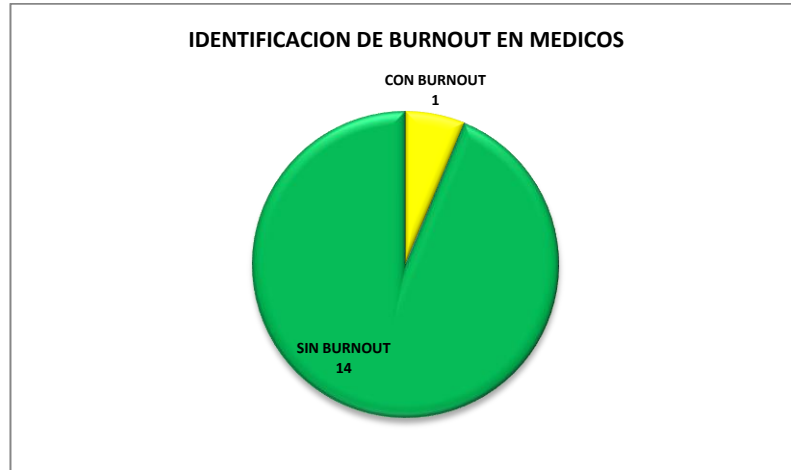
Gráfico N° 76



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de personalidad

En la variable de personalidad, podemos apreciar que las gráficas en que se encuentran los resultados obtenidos entre médicos y enfermeras sin el síndrome de burnout son parecidas o similares con bajo neuroticismo y alta extroversión; al contrario del grupo de médicos con burnout, tiene alto neuroticismo y bajo extroversión.

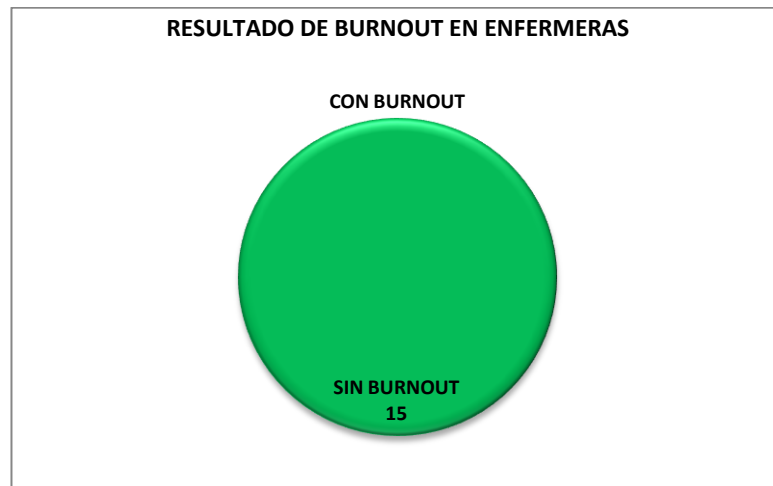
Gráfico N° 77



Fuente: Identificación de burnout en médicos HQ1PN

Se aplicaron los instrumentos de investigación a 15 médicos del Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional HQ1PN, de los cuales 14 médicos no tienen el síndrome de burnout, equivalente al 94%; por el contrario 1 medico tiene el síndrome de burnout que equivale al 6%.

Gráfico N° 78



Fuente: Identificación de burnout en enfermeras HQ1PN

Se aplicaron los instrumentos de investigación a 15 enfermeras del Hospital Quito No. 1 de la Policía Nacional HQ1PN, en el cual no se identificó ningún caso con síndrome de burnout, 15 enfermeras no tienen el síndrome de burnout, equivalente al 100%.

6. DISCUSIÓN

En el presente trabajo se identificó el síndrome de Burnout en el personal de profesionales de la salud, del Hospital de la Policía Quito N° 1. Los resultados que se obtuvieron fueron la identificación de una mínima presencia del síndrome de burnout en un médico; de una muestra de 15 médicos y 15 enfermeras de dicha institución; pese a que no es representativo el porcentaje de éste síndrome, hay que tener en consideración la importancia de la presencia de este síndrome, puesto que se puede desarrollar y multiplicar en el entorno, generando graves consecuencias de carácter emocional, cognitivo, conductual y social.

Los resultados de esta investigación y la revelación de la presencia del síndrome, nos permite identificar datos estadísticos reales de prevalencia y ocurrencia, y la alternativa de buscar estrategias de intervención y prevención, para lo cual se realizó una comparación entre el grupo de médico con burnout, el grupo de médicos sin burnout, y el grupo de enfermeras sin burnout, como se mencionó anteriormente la única persona que padece el síndrome de burnout es un médico de sexo masculino, que equivale a un porcentaje del 6% de todo el grupo evaluado de médicos; que comparada con las diferentes investigaciones realizadas y comentadas en el presente trabajo es relativamente bajo en relación a otros países latinoamericanos como Argentina el 14.4%, y más aun con Norteamérica o Europa donde la presencia del burnout es más significativo como en España 14.9%.

En el caso que nos compete del médico con burnout, en relación a la dimensión sociodemográficas y laboral que se reflejan en las tablas 6 y 8, se identifica al síndrome en un médico de sexo masculino, por lo que se contradice la teoría de Cristina Maslach (2009), quien considera que el cansancio emocional es mayor en las mujeres y la despersonalización en los hombres por lo que prevalecería la teoría de Pines (1997) que dice que no existe diferencia en el nivel burnout en función del sexo, pero sí en las distintas formas de afrontarlo.

Uno de los factores determinante identificado en el médico con burnout, fueron: la remuneración salarial, que en el caso del médico con burnout está dentro de la escala de \$0 a \$1000, lo que no es equiparable con el nivel de responsabilidad, jornada laboral y tiempo dedicado a los pacientes, esta variable tiene relación con la realización personal, y actúa como un causal para generar agotamiento emocional,

tomando en cuenta que el resto de los médicos perciben su remuneración dentro de la escala de \$1000 a \$2000, de ahí su poca satisfacción en lo económico, lo que puede convertirse en un factor predisponente para el desarrollo del síndrome.

El tipo de trabajo como tiempo completo, el tipo de contrato de plazo fijo, el porcentaje de atención de pacientes diarios, el tipo de pacientes que atiende (neurológicos, diabéticos y emergencias) y sumados a los pacientes con riesgo de muerte, el número de pacientes fallecidos, la cantidad de permisos y por situaciones familiares, el bajo nivel con respecto al apoyo de sus directivos y el sentirse poco valorado por sus directivos, son variables que inciden en el desarrollo y evolución de éste síndrome como se menciona en el Modelo Ecológico de Desarrollo Humano, desarrollado por Carroll y White (1982), se basa en el conjunto de interrelaciones que debe llevar a cabo el sujeto en los distintos ambientes donde participa, y en los que debe asumir diversas normas y exigencias muchas veces contradictorias, transformándose en fuentes de estrés.

Hay que tomar en cuenta las variables edad y experiencia, la primera relativamente joven de 32 años con relación al médico con burnout; y médicos y enfermeras sin burnout, 40 y 38 años respectivamente; la segunda la poca experiencia de 3 años en relación al médico con burnout, a diferencia 14 años aproximadamente de experiencia en los médicos y enfermeras sin burnout, como se menciona en el modelo opresión-demografía, propuesto por Maslach y Jackson (1981), en el que ve al ser humano como una máquina que se desgasta por determinadas características que la vuelven vulnerable (los años, género, estar soltero o divorciado, etc.), combinado con la presión laboral y la valoración negativa de sí mismo y de los demás. Se ha criticado por ser un modelo mecanicista.

Se identificó niveles altos de agotamiento emocional, despersonalización y realización personal, de esta manera se estableció el criterio de dos aspectos negativos para el burnout; es decir que este caso las subescalas dominantes fueron agotamiento emocional y despersonalización, con lo que se corrobora lo mantenido por Turnipseed y Moore (1999) de que el componente más determinante es el agotamiento emocional. El caso en mención presenta una progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción creciente entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado. Podría encontrarse irritable, quejarse constantemente por la cantidad de trabajo

realizado y puede perder la capacidad de disfrutar de las tareas. En lo que corresponde a despersonalización puede presentar un distanciamiento, un cambio negativo en las actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo. Pero en lo referente a realización personal se puede sentir muy satisfecho sobre el trabajo realizado, además siente ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

En lo que refiere a salud mental el médico con burnout presenta síntomas psicossomáticos que podría corresponder a dolores de cabeza, cansancio, escalofríos etc., y pueden ser causados por varios factores como estrés, depresión entre otros; descartando una afección biológica; al igual que se evidencia síntomas de ansiedad como: dificultades para conciliar el sueño, sentimientos de preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad; son manifestaciones a nivel conductual y actitudinal, lo que coincide con el autor Garcés de los Fayos (2000) en que la ansiedad puede incorporarse dentro de la sintomatología del Burnout. El individuo con burnout no presenta caso probable de disfunción social ni depresión. El grupo de médicos y enfermeras sin burnout presentan breves indicios de ansiedad, síntomas psicossomáticos y depresión, por lo que podríamos confirmar un hallazgo de un agente estresante que reacciona como alarma, seguida de una fase de resistencia, y que está a punto de caer en un agotamiento. Estos resultados son una pequeña advertencia para que se haga un seguimiento a aquellos médicos y enfermeras que están propensos a desarrollar el fenómeno.

En lo referente al afrontamiento como método que poseen las personas se pudo identificar que el médico con burnout utiliza en algunos casos las estrategias de afrontamiento de evitación-escape, y esto hace que el sujeto tienda a abandonar sus esfuerzos, alejándole de sus metas y rechazando la realidad de la situación fuente de estrés. En sentido contrario sucede con la población de médicos sin burnout, quienes utilizan los mecanismos de defensa de manera positiva, resultando que tanto unas estrategias como otras se correlacionen significativamente; aquí se pone en marcha estrategias liberadoras de emociones, y a su vez centradas en el problema por tal razón minimizan sus sentimientos de “quemarse”. Se pudo identificar que el individuo con burnout tiene niveles altos de planificación o sea tiende a pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo; así como niveles altos de religión, esto es que cuando tiene alguna situación

que le causa estrés usted acude a realizar actividades religiosas ya que éstas lo ayudan a sentirse mejor. En lo que refiere al grupo de médicos y enfermeras sin burnout coinciden en niveles altos de afrontamiento activo, que son actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.

En lo referente al apoyo social los tres grupos médicos con y sin burnout y enfermeras sin burnout, presenta niveles altos de apoyo emocional, redes sociales, amor y cariño; cuenta con un buen círculo de apoyo social lo cual le permite tener un afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, ya que cuando existe excelente comunicación interpersonal, puede modular los efectos negativos del estrés.

En el tema de rasgos de personalidad, identificamos en el médico con burnout altos niveles de neurotismo, una persona ansiosa, preocupada, tiene tendencia a los cambios de humor bruscos y frecuentemente se siente deprimida. Probablemente duerme mal y sufre de varios trastornos psicossomáticos, es muy emotiva, reacciona de forma excesiva a todo tipo de estímulos y encuentra dificultades para volver a su nivel emocional normal después de cada experiencia activadora a nivel emotiva, sus fuertes reacciones emocionales interfieren la realización de conductas apropiadas y le hacen actuar de forma irracional y, a veces, rígida. Se puede describir a esta persona como aprensiva, su principal característica es una constante preocupación porque las cosas podrían ir mal y una fuerte reacción de ansiedad a estos pensamientos; presenta también bajos niveles de extroversión, es una persona tranquila, retraída, introspectiva, aficionada a los libros más que las personas, es reservada y distante excepto con los amigos íntimos, tiende a planificar todo, se lo piensa dos veces antes de actuar y desconfía de los impulsos momentáneos, no le gusta la animación, se toma las cosas de cada día con seriedad y le gusta un modo de vida ordenado. Mantiene sus sentimientos bajo control, rara vez se comporta de una manera agresiva y no pierde los nervios fácilmente, es fiable, algo pesimista y otorga gran valor a las normas éticas.

Caso contrario con el grupo de médicos y enfermeras sin burnout que presentan bajos niveles de neurotismo, son personas que tienden a responder emotivamente solo de una forma suave y generalmente débil y vuelven a su línea base rápidamente después de una activación emocional, habitualmente son calmadas, emocionalmente

equilibradas, controladas y poco aprensivas; y altos niveles de extraversión o sea son personas sociables, les gustan las fiestas, tienen muchos amigos, necesitan hablar con la gente y no les gusta leer o estudiar solo. Anhelan la animación, son arriesgados, actúan improvisadamente y generalmente son impulsivos, aficionados a las bromas, siempre con una respuesta a punto y generalmente les gustan los cambios, despreocupados, condescendientes, optimistas y gustan por reír y divertirse, prefieren permanecer ocupados, tienden a ser agresivos y perder los nervios rápidamente.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones.-

- El síndrome de Burnout en los profesionales de salud que laboran en el Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1, se da en un nivel bajo, de una muestra de 15 médicos y 15 enfermeras, se presenta un medico con Burnout, que representa al 6%.
- En el medico con burnout predominó la categoría de agotamiento emocional y despersonalización, en el cuestionario de MBI.
- Las variables sociodemográficas influyen el síndrome de Burnout, marcaron ciertas diferencias entre el médico con burnout y el grupo de médicos y enfermeras sin burnout, en variables como la remuneración salarial, el tipo de trabajo, el tipo de contrato, el porcentaje de atención de pacientes diarios, el tipo de pacientes que atiende, los pacientes con riesgo de muerte, el número de pacientes fallecidos, la cantidad de permisos y por situaciones familiares, el bajo nivel de apoyo de sus directivos y el sentirse poco valorado por sus directivos, las variables de la edad y la poca experiencia.
- El médico con burnout presenta síntomas psicossomáticos y ansiedad, al contrario de la muestra de médicos y enfermeras sin burnout presentaron niveles bajos de caso de síntomas psicossomáticos y depresión; y en los tres grupos no se presentaron casos de disfunción social, en el cuestionario de salud general GHQ-28.
- El médico con burnout presenta un nivel de afrontamiento alto en lo referente a religión y planificación.
- En lo referente al apoyo social en general los tres grupos médicos con y sin burnout y enfermeras sin burnout cuenta con un buen círculo de apoyo social.
- En el Hospital de la Policía Nacional Quito No. 1, existe equiparidad entre la demanda laboral y talento humano.

7.2. Recomendaciones

- Se recomienda realizar intervenciones encaminadas a aumentar el nivel de bienestar psicológico, serían altamente efectivas en la prevención del síndrome.
- Se recomienda realizar un estudio con toda la población de profesionales de la salud del hospital Quito No. 1, para identificar el síndrome de burnout y tener un campo de acción más amplio.
- Se recomienda poner especial énfasis en áreas críticas como emergencia, salud mental, oncología, entre otros, puesto que son áreas sensibles para el paciente y para el médico o enfermera.
- Se recomienda incrementar los instrumentos de medición para un mejor diagnóstico.
- Se recomienda realizar intervenciones en política sanitaria a corto plazo para rebajar y prevenir las consecuencias negativas del síndrome de Burnout y, al mismo tiempo, facilitar niveles mayores de compromiso y bienestar psicológico en el trabajo.
- Se recomienda que la institución de salud a través de las áreas de recursos humanos, salud ocupacional y docencia médica, presten atención a las metas profesionales planteadas por cada médico y enfermera.
- Se recomienda capacitar al personal en todos los niveles a través de talleres en afrontamiento, motivación, logro de objetivos, manejo del tiempo, autocontrol y solución de problemas.

8. BIBLIOGRAFÍA

Almirall P. (1996). *Análisis Psicológico del Trabajo*. Instituto de Medicina del Trabajo de Cuba.

Almirall P. (1993). *Salud y Trabajo. Un enfoque histórico*. Instituto de Medicina del Trabajo de Cuba.

Álvarez E., Fernández L. (1991). *El síndrome de burnout o el desgaste profesional (I): revisión de estudios*. Asociación española de neuropsiquiatría, Madrid.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (DSM-IV) (4th. ed.). Washington, DC.

Canguilhem G. (1982). *Normal o patológico*. Editora Forense, Rio de Janeiro. 2: 287-307.

Ceslowitz S. B., (1989). *Burnout and coping strategies among hospital staff nurses*. Journal of Advanced Nursing. 14: 553-557

Davoine L., Erhel C., Guergoat M. (2008). *La calidad del trabajo según los indicadores europeos y otros más*. Revista Internacional del Trabajo. 127: 183–221.

DSM-IV-TR. (2004). Manual Estadístico y de diagnóstico de los trastornos mentales. American Psychiatric Association. Barcelona.

Feldman R. (2002). *Psicología con aplicaciones en países de habla hispana*. Editorial Ultra, S.A. 387-390.

Fernández, A. (1993). *Salud Mental y Morbilidad Psiquiátrica en personal sanitario*. Riesgos del trabajo del personal sanitario. Madrid.

Freud, S. (1959). *Group psychology and the analysis of the ego*. Londres.

Gálvez M., Moreno B., Mingote J. C., (2011). *El desgaste profesional del Médico*. Ediciones Díaz de Santos, S.A., 8, 5-17. Madrid.

Garcés de los Fayos E., (2000). *Tesis sobre el Burnout*. Tesis para optar al grado de Doctor en Psicología, Universidad de Barcelona. Barcelona.

Keith D., (1994). *Comportamiento Humano en el Trabajo*. Mc Graw Hill 3° Edición. México. 557-587.

Lazarus R., Folkman S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos. El concepto de afrontamiento*. Ediciones Martínez Roca, Barcelona.

Martínez P. A., (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. 12: 6-7.

Martínez M. F., García M., Mendoza I. (1995). *Estructura y características de los recursos naturales de apoyo social en los ancianos andaluces*. Intervención Psicosocial, 4 (2), 47-63.

Maslach, C. & Jackson, S. E. (1981). *The measurement of experienced burnout*. Journal of Occupational Behaviour, Ediciones Díaz de Santos, S.A., 8, 5-17). Madrid.

Matteson M. T., Ivancevich J. M., (1987). *Controlling Work Stress: Effective resource and Management Strategies*. San Francisco, C.A.

Melgosa J., (1999). *Sin Estrés* (1ª. ed.). Editorial SAFELIZ, S.L. España.

Moreno B., Oliver C., Aragonese A. (1991). *El "burnout", una forma específica de estrés laboral*, Manual de Psicología Clínica Aplicada, 271-284. Madrid.

Muchinsky P. M., (2002). *Psicología Aplicada al Trabajo. Una introducción a la psicología organizacional* (6ta. ed.), 331-361.

O.I.T. (1986). *Factores Psicosociales en el Trabajo*. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra. 1-81.

Ortega C., López F., (2003). *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. International Journal of Clinical and Health Psychology, 4: 137-160.

Ortega D., (2006). *Nuevas adicciones, síndromes y trastornos*. Publicaciones Andamio (1ra. ed.), 78, 25-37.

Peiró J. M., Salvador, A. (1992). *Desencadenantes del Estrés Laboral* (1ª. ed.). Editorial UDEMA S. A., España.

Peiró, J. M., Salvador, A. (1993). *Control del Estrés Laboral* (1ª. ed.). Editorial UDEMA S. A., España.

Pérez M. A., (1998). *Estrés. Vida o Muerte*. Instituto Politécnico Nacional. México. 22-207.

Pines A.M. (1997). *Gender differences in burnout: Israeli's responses to the Intifada*. European Psychologist, 2, 1.

Robbins P. (1992). *Administración. Teoría y Práctica*. Prentice Hall 3º Edición. México. 156- 201.

Rotter J.B. (1966). *Expectativas generalizadas de control internos o externos de los refuerzos*. Monografías de Psicología 80, 609 ss. 94.

Schröder J. P., (2011). *Desgaste Laboral*. Editorial Panamericana, 9-23.

Seward J. P., (1990). *Estrés Profesional. Medicina Laboral*. Editorial Manual Moderno. México. 623-640.

Solomon P., (1976). *Psiquiatría. El Manual Moderno*. 2º Edición. México. 32-52.

Stora J. B., (1991). *El Estrés*. Presses Universitaires de France. Paris. 3- 106.

Vallejo J. (2002). *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Editorial Masson S.A. 501-530.

Visdómine, J., Lozano C., (2006). Locus de control y autorregulación conductual. Revisiones conceptual y experimental. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol.6 (3). 729-751.

World Health Organization Staff (2005). *Human Resources and Training in Mental Health*. *Mental Health Policy and Services Guidance Package*, 59

9. ANEXOS

- Solicitud autorización realizar prácticas en el HQ1PN (Of. PSC-072)
- Consentimiento informado
- Instrumento vacío: Cuestionario Socio demográfico
- Instrumento vacío: Cuestionario de Burnout
- Instrumento vacío: Cuestionario de salud general
- Instrumento vacío: Cuestionario de afrontamiento
- Instrumento vacío: Cuestionario de Apoyo social
- Instrumento vacío: Cuestionario de personalidad
- Cartilla tríptico informativo síndrome de burnout.

ANEXO Nro. 1. Solicitud autorización realizar prácticas en el HQ1PN (Of. PSC-072)

ANEXO Nro. 2. Consentimiento informado (vacío)

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de Investigación: "Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador".

Centro de Educación y Psicología CEP-UTPL.
Investigador responsable: Mg. Rocío Ramírez Zhindón

Información General

El propósito de esta información es ayudarle a tomar la decisión de participar o no, en una investigación con aplicaciones psicológicas.

Este proyecto tiene por objeto: Identificar el nivel del burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.

La investigación es en su mayoría a través de cuestionarios no implica ningún riesgo para el participante y la decisión de participar es absolutamente voluntaria.

¿Quiénes participarán en el estudio?

Para el estudio no se han realizado avisos públicos para el reclutamiento de participantes. No hay contraindicaciones, ni riesgos relacionados a la participación en la investigación.

La población objeto de estudio serán el personal de instituciones de salud, es decir médicos en servicio activo al igual de cualquier especialidad y enfermeras que se encuentre vinculados tanto a instituciones privadas como públicas en todo el Ecuador; independientemente de los años de servicio, edad, género, ubicación geográfica (urbano-rural).

Procedimientos del estudio

A los voluntarios incluidos en el estudio se les realizarán distintas pruebas psicológicas y levantamiento de información sociodemográfica, a través de los siguientes instrumentos: Cuestionario Sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28), Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de Apoyo Social, Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

Beneficios de su participación:

Ud. será beneficiado por la entrega de informes individualizados de los resultados que de éste estudio se obtengan en relación a todas las variables medidas. En caso de que se encuentren indicadores de algún posible problema el participante recibirá el asesoramiento profesional correspondiente.

Además a través de éste estudio usted contribuirá al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional.

Los resultados finales serán informadas a través de una tesis doctoral, artículos científicos y exposiciones académicas, y únicamente serán trabajados por el equipo del CEP (Centro de Educación y Psicología - UTPL).

¿Incurriré en algún gasto?

Usted no incurrirá en ningún gasto, todo estará financiado por la UTPL, y las organizaciones que colaboren voluntariamente para el cumplimiento de los objetivos previstos en esta investigación.

Riesgos y molestias:

Éste es un estudio en que los riesgos para su salud son nulos. Además, en éste estudio no se usará ningún tipo de medio o de estrategia de recolección de información que ponga en algún riesgo o malestar al participante.

Confidencialidad de los datos:

Si acepta participar en el presente estudio, sus datos y resultados serán parte de la investigación científica y serán usados en publicaciones científicas, sin embargo, se guardará estricta confidencialidad de todo tipo de información personal entregada y se garantizará el anonimato de cada uno de los adultos mayores participantes.

Participación voluntaria:

Todos los que decidan participar en el presente estudio y cambien de opinión durante el desarrollo del mismo, podrán abandonarlo en cualquier momento. Si desea más información acerca del estudio haga todas las preguntas que desee en cualquier momento de su participación.

Contactos para preguntas acerca del estudio:

Mg. Rocío Ramírez Zhindón mrramirez@utpl.edu.ec 2570275 ext. 2343

NOTA: No firme la presente carta hasta que haya leído o le hayan leído y explicado toda la información proporcionada y haya hecho todas las preguntas que desee. Se le proporcionará copia de éste documento.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/la abajo firmante, declara conocer el Proyecto “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador” y acepta que para que se pueda llevar a cabo el mismo, se hace necesario la recolección de algunos datos concernientes a su estado actual.

Por lo que, libre y voluntariamente, consciente en participar en el Proyecto detallado, colaborando para la realización del mismo y aportando con la información y actividades que se requieran.

Además autoriza al personal a cargo del Proyecto para que utilice su información para la consecución del objetivo del Proyecto.

Ciudad (Lugar en donde se realizar la investigación) ,.....

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

NÚMERO DE REGISTRO

.....

FIRMA

ANEXO Nro. 3. Instrumento vacío: Cuestionario Socio demográfico



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores
 En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ y cada cuantos días:

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alergias Quirúrgicos Cardíacos

Neurológicos Diabéticos Emergencias Cuidados intensivos Otros

indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

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

ANEXO Nro. 4. Instrumento vacío: Cuestionario de Burnout

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

CUESTIONARIO DE MBI

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Tiene que saber que no existen respuestas mejores o peores. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y su nivel de satisfacción. A cada una de las frases debe responder expresando la **frecuencia** con que tiene ese sentimiento, poniendo una cruz en la casilla correspondiente al número que considere más adecuado.

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

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

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

ANEXO Nro. 5. Instrumento vacío: Cuestionario de salud general

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA
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>

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

ANEXO Nro. 6. Instrumento vacío: Cuestionario de afrontamiento

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

ANEXO Nro. 7. Instrumento vacío: Cuestionario de Apoyo social

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

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>

ANEXO Nro. 8. Instrumento vacío: Cuestionario de personalidad

**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

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 está pasado de moda y que se debería suprimir?		
13. ¿Podría animar fácilmente una fiesta o reunión social aburrida?		
14. ¿Es usted una persona demasiado preocupada?		
15. ¿Tiende a mantenerse callado/o (o en un 2º plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

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

ANEXO Nro. 9. Cartilla tríptico informativo síndrome de burnout.

Glosario

Agotamiento (Burnout): situación que ocurre cuando los empleados experimentan insatisfacción, desilusión, frustración y hastío del trabajo.

Afrontamiento: esfuerzo por controlar, reducir o aprender a tolerar las amenazas que conducen al estrés.

Autoconcepto: identidad de una persona o conjunto de creencias acerca de cómo es uno como individuo.

Autoestima: autoevaluación general y específica de un individuo, positiva o negativa.

Baja Realización Personal: sentimientos de incompetencia y dudas sobre los logros

Burnout: se traduce literalmente como "quemarse". Es un tipo de estrés prolongado motivado por la sensación que produce la realización de esfuerzos que no se ven compensados personalmente. Se le denomina también síndrome de burnout o del quemado.

Crónico: Es el dolor que dura más de tres meses. Puede clasificarse en dolor no maligno y maligno.

Depresión: trastorno del estado de ánimo caracterizado por sentimientos de tristeza, falta de interés en las actividades que se realizan.

Despersonalización: actitud negativa, insensible, indiferente o distanciada hacia otros
Diagnóstico: Es el procedimiento por el cual se identifica una enfermedad, entidad nosológica, síndrome, o cualquier condición de salud-enfermedad (el "estado de salud" también se diagnostica).

Emociones: son fenómenos psicofisiológicos que representan modos eficaces de adaptación a ciertos cambios de las demandas ambientales.

Equidad: igualdad de intercambio entre las partes.

Estrés: (del inglés, "stress") respuesta física y emocional ante los acontecimientos que nos amenazan o desafían. Estado de tensión o presión psicológica. En la mayor parte de los casos, el estrés aparece debido a las grandes demandas que se le imponen al organismo.

Estrés Crónico: Estado continuo de alerta permanente en que el individuo percibe que las demandas que se le imponen son mayores que los recursos internos y externos con los que cuenta para enfrentarlos.

Estresores: exigencia, situación o circunstancia que altera el equilibrio del individuo e inicia las respuestas al estrés.

Etiología: es el estudio de las causas sobre alguna enfermedad.

MBI: (MaslashBurnoutInventory) abreviatura en inglés del Inventario de Maslash

Modelo: representación esquemática o conceptual de un fenómeno, que representa una teoría o hipótesis de cómo dicho fenómeno funciona. Los modelos normalmente describen, explican y predicen el comportamiento de un fenómeno natural o componentes del mismo.

Síntoma: Es en medicina, la referencia subjetiva que da un enfermo por la percepción o cambio que puede reconocer como anómalo o causado por un estado patológico o enfermedad.

Teorías: explicaciones y predicciones acerca de los fenómenos de interés, que proporcionan un marco de referencia para la comprensión de las relaciones entre un conjunto organizado de hechos o principios.

Test Psicométricos: instrumentos que se utilizan en psicología para la medición de los atributos psicológicos. El test psicométrico es un procedimiento estandarizado compuesto por ítems seleccionados y organizados, concebidos para provocar en el individuo ciertas reacciones registrables; reacciones de toda naturaleza en cuanto a su complejidad, duración y forma.