



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
La universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADA EN PSICOLOGÍA

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Militar de la ciudad de Cuenca, durante el año 2011-2012”

Trabajo de fin de titulación

AUTORA:
Peralta Zambrano, Carmita Ernestina

DIRECTORA:
Sánchez León, Carmen Delia Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO CUENCA

2012

CERTIFICACIÓN

Magister
Sánchez León, Carmen Delia
DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

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

Sánchez León, Carmen Delia

Loja, diciembre del 2012

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Carmita Peralta Zambrano, declaro ser autor(a) del presente trabajo de fin de titulación y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos y acciones legales.

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

.....

Peralta Zambrano, Carmita Ernestina
CI: 010238296-7

AUTORÍA

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

.....

Peralta Zambrano, Carmita Ernestina
CI: 010238296-7

AGRADECIMIENTO

Mi eterna gratitud a las personas que, de una u otra manera me han apoyado para la culminación de mi carrera, especialmente a Lilia, mi amiga y a Martha mi hermana

DEDICATORIA

A Iron, la persona con la que quiero compartir el resto de mi vida

INDICE

PRELIMINARES

Portada.....	i
Certificación de revisión.....	ii
Acta de cesión de derechos de tesis de grado.....	iii
Autoría.....	iv
Agradecimiento.....	v
Dedicatoria.....	vi
Índice.....	vii

1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	5

Capítulo I. Conceptualización del Burnout

1.1. Definiciones del Burnout.....	5
1.2. Modelos explicativos del Burnout.....	7
1.3. Delimitación histórica del Síndrome de Burnout.....	11
1.4. Poblaciones propensas al Burnout.....	13
1.5. Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.....	14
1.6. Características, causas y consecuencias del Burnout.....	15
1.7. Prevención y tratamiento del Síndrome de Burnout.....	21

Capítulo II. Conceptualización de las variables de la Investigación

2.1. Burnout y relación con variables sociodemográficas y laborales.....	25
2.1.1 Variables de riesgo y protectoras.....	25
2.1.2 Motivación y satisfacción laboral.....	26
2.1.3 Investigaciones realizadas.....	27
2.2. El Burnout y la relación con la salud.....	28
2.2.1. Definiciones de salud.....	29
2.2.2. Síntomas somáticos.....	30
2.2.3. Ansiedad e insomnio.....	30
2.2.4. Disfunción social en la actividad diaria.....	32
2.2.5. Tipos de depresión.....	32
2.2.6. Investigaciones realizadas.....	33
2.3. El Burnout y el afrontamiento.....	34
2.3.1. Definición de afrontamiento.....	34
2.3.2. Teorías de afrontamiento.....	34

2.3.3. Estrategias de afrontamiento.....	35
2.3.4. Investigaciones realizadas.....	37
2.4. El Burnout y la relación con el apoyo social.....	38
2.4.1. Definiciones de apoyo social.....	38
2.4.2. Modelos explicativos del apoyo social.....	38
2.4.3. Apoyo Social Percibido.....	39
2.4.4. Apoyo Social Estructural.....	40
2.4.5. Investigaciones realizadas.....	40
2.5. El Burnout y la relación con la personalidad.....	41
2.5.1. Definiciones de personalidad.....	41
2.5.2. Tipos de personalidad.....	42
2.5.3. Patrones de conducta.....	43
2.5.4. Locus de control.....	44
2.5.5. Investigaciones realizadas.....	45
4. METODOLOGÍA.....	47
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	51
6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	75
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	83
8. BIBLIOGRAFÍA.....	86
9. ANEXOS.....	91

1. RESUMEN

Este estudio consistió en la identificación del síndrome de burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Militar de Cuenca, durante el año 2011-2012. El personal sanitario son profesionales civiles, brinda atención médica a miembros del ejército y al público en general. Es un centro de salud pública.

La muestra fue de 30 profesionales de la salud (15 médicos y 15 enfermeras). Los médicos (9 hombres, 6 mujeres) tienen edades comprendidas entre 43 y 67 años. El personal de enfermería, todas del sexo femenino, tienen edades comprendidas entre 25 y 58 años.

Instrumentos utilizados: Cuestionario sociodemográfico y laboral. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory. Cuestionario de Salud Mental GHQ28. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE). Cuestionario MOS de Apoyo Social. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A.

El 13.33% de los profesionales (médicos y enfermeras), presentan síndrome de burnout, 20% del total de la muestra, presentan alto agotamiento emocional. Se observan altos niveles de apoyo social, altos niveles de salud general y uso de formas adecuadas de afrontamiento del burnout.

2. INTRODUCCIÓN

El tema de este estudio es la identificación del síndrome de burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital de la III División Tarqui (Hospital Militar) de Cuenca, durante el año 2011-2012.

El síndrome de burnout es una afección por estrés laboral crónico. El pionero en la temática fue Freudenberg en el año de 1974. (Zamora 2010). El burnout es un proceso progresivo e incluye: exposición gradual al desgaste laboral, desgaste del idealismo y falta de logros. Los síntomas pueden ser: físicos como fatiga, problemas del sueño, dolores de cabeza, problemas de impotencia, problemas gastrointestinales, etc. emocionales: irritabilidad, ansiedad, depresión, desesperanza, etc. conductuales: agresión, actitud defensiva, cinismo, abuso de sustancias, etc. relacionados con el trabajo: absentismo, falta de rendimiento, robos, etc. interpersonales: pobre comunicación, falta de concentración, aislamiento, etc.

Las personas más propensas a desarrollar el síndrome serían personal sanitario (médicos, enfermeras), maestros de nivel básico y medio, y todos aquellos que desempeñan actividades de servicio a otras personas. Consecuencias del burnout son distanciamiento afectivo, irritabilidad, atención selectiva, ironía, absentismo laboral, consumo de drogas, aumento de conductas violentas, fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas del sueño, hipertensión y diversas enfermedades psicosomáticas. También se dice que los elevados niveles de burnout inciden en la salud física de las personas. (Rodríguez y otros. 2008)

Los factores desencadenantes del síndrome podrían estar en aspectos personales del trabajador, su ambiente laboral, el apoyo social con el que cuenta, sus rasgos de personalidad y su forma o su estilo de afrontar las situaciones estresantes.

Al respecto existen estudios realizados en España con el objetivo de analizar la relación entre personalidad resistente y burnout en una muestra de 107 profesores de educación secundaria de 14 institutos de formación profesional de Madrid. (Moreno Jiménez 2000). Según este estudio, la personalidad resistente influye en el uso de estrategias de

afrontamiento adecuadas que contrarrestan los efectos del estrés y el burnout. Otro estudio se realizó con el objetivo de analizar la relación del tipo de afrontamiento con el síndrome de burnout en el Hospital "Nuestra Señora de la Candelaria" de Santa Cruz de Tenerife (Hernández Zamora 2003). Como conclusión se estableció que la relación entre el burnout y las estrategias de afrontamiento era mínima.

A nivel de Latinoamérica se han realizado estudios en Chile para identificar la presencia del síndrome de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal del servicio de psiquiatría del Hospital Público de la ciudad de Concepción (Avenidaño 2009). Como conclusión se estableció que la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de burnout. En México se realizó un estudio para identificar la presencia, nivel y distribución de los factores que constituyen el burnout y su relación con la personalidad resistente en profesionales de la salud del Centro Estatal de Cancerología de Veracruz (Ortega 2007). No se encontró una relación significativa entre personalidad resistente y los constructos del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal)

En nuestro medio se observa desconocimiento del tema por parte de los profesionales de la salud. Médicos y enfermeras en particular, no son conscientes de que, al ejercer su profesión, corren el riesgo de desarrollar los síntomas de este peligroso síndrome. A nivel nacional existe un estudio realizado por IntraMed y el Instituto de Investigación sobre Calidad de Vida de la Universidad de Girona España (2009), sobre el síndrome de burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos (incluido nuestro país), para comparar la prevalencia del burnout entre profesionales sanitarios de países de habla hispana y explorar su relación con características sociodemográficas y profesionales de los trabajadores, la muestra fue de 11530 profesionales de la salud de varios países (España, Argentina, Uruguay, Ecuador, México, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador) y como resultados se encontró una prevalencia del 4% en nuestro país, en España y Argentina la prevalencia es mayor (14.9% y 14.4% respectivamente). Se encontró que la edad, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y la valoración económica, son variables protectoras del burnout. (Graw, Flichtentrei y otros, 2009)

Otro estudio realizado en nuestro medio es el de Carlos Palate (2011), en la Universidad Técnica de Ambato, para determinar el nivel de salud laboral en el que se ubica personal administrativo, de apoyo y mantenimiento de la universidad, usando como variables de estudio la facultad, el departamento de trabajo y el género, como resultados se encontró que estos profesionales se ubican en bajos niveles de burnout, la institución estudiada mantiene un buen ambiente laboral, los sujetos muestran personalidad equilibrada y vocación para desempeñar su trabajo. (Palate, 2011)

Al llevar a cabo este estudio, se contribuye a que se amplíen los conocimientos sobre el riesgo que corren los profesionales de la salud, particularmente los que laboran en el Hospital de la III División Tarqui de Cuenca, de agotarse emocionalmente en el desarrollo de su trabajo y, puedan, tanto a nivel individual como a nivel de institución, tomar las medidas respectivas para prevenir la presencia del síndrome o, en caso de estar ya presente, tomar medidas para contrarrestar sus consecuencias.

El estudio realizado fue cuantitativo, no experimental, transversal, exploratorio y descriptivo, con una muestra de 30 profesionales de la salud, 15 médicos y 15 enfermeras, utilizando como instrumentos: cuestionario sociodemográfico y laboral. Cuestionario Maslach Burnout Inventory, cuestionario de Salud Mental GHC28. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE). Cuestionario MOS de Apoyo Social. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A.

Según los resultados obtenidos, se ha logrado determinar el estado de salud mental de los profesionales investigados, identificar el apoyo social con el que cuentan, conocer los modos de afrontamiento que usan e identificar sus rasgos de personalidad.

3. MARCO TEÓRICO

CAPITULO 1.

CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT

1.1. DEFINICIONES DEL BURNOUT

El síndrome de burnout es la “respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales” (Martínez, 2010)

El síndrome de burnout es “una tensión al interactuar con otras personas, una fase avanzada de estrés laboral, desgano, frustración, desilusión, dificultad para adaptarse al mundo laboral, agotamiento emocional, falta de realización personal, baja autoestima, entre otros síntomas que manifiestan las personas afectadas”. (Zamora, 2010)

El diagnóstico se establece por la presencia de los tres síntomas básicos: cansancio emocional, la despersonalización y la falta de realización personal, los cuales se pueden detectar a través de la aplicación de diferentes test, el más conocido y utilizado es el cuestionario socio demográfico MBI (Maslach Burnout Inventory), que mide los tres aspectos del burnout. El diagnóstico diferencial debe realizarse con el síndrome depresivo, el síndrome de fatiga crónica y los sucesos de crisis.

Los profesionales más afectados serían los médicos, aunque todos los demás pueden ser víctimas ya que los cambios de horarios, las largas jornadas de trabajo, el involucrarse en los problemas de otras personas, la falta de tiempo afecta a la mayoría de personas en distintos trabajos.

Encontramos las definiciones de algunos autores:

Para Moreno, Oliver y Aragonese (1991) se trata de un tipo de estrés laboral que se da sobre todo en aquellas profesiones que suponen una relación interpersonal intensa con los beneficiarios del trabajo. (Citado en Carlín y Garcés de los Fayos, 2011)

Gil-Monte (2005) habla de respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva externa que agrupa cogniciones y actitudes, que tiene una connotación negativa para la persona porque implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias negativas para la persona y la institución.

El burnout “es un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral”. (Carlín y Garcés de los Fayos, 2011)

El burnout se define como el agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Se considera como un mecanismo de defensa que se manifiesta en las profesiones de ayuda ya que estas profesiones suelen tener una misión ambiciosa y un ideal utópico. (Rodríguez (2008)

El síndrome de burnout puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (Carlín y Garcés de los Fayos, 2011):

La perspectiva clínica concibe al burnout como un estado al que llega una persona como consecuencia del estrés laboral crónico. La perspectiva psicosocial lo concibe como un proceso que atraviesa una serie de etapas generadas por la interacción de las características personales y del entorno laboral.

Desde la perspectiva clínica Freudenberg utilizó el término por primera vez en 1974. Se trata de un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima, acompañado de vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión, autoconcepto y actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida. En su forma grave el burnout afecta severamente la capacidad de enfrentarse con el ambiente.

Desde la perspectiva psicosocial Maslach y Jackson (1981) consideran el burnout como una respuesta al estrés laboral crónico en la que influyen factores laborales y organizacionales como condicionantes y antecedentes y que afecta a profesionales que trabajan con personas, se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización profesional y/o personal. Dicen estos autores que los afectados experimentan sentimientos de fracaso personal, carencia de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada. Surgen como consecuencia: impuntualidad, absentismo y abandono de la profesión. (Citado en: Carlín y Garcés de los Fayos 2011)

Para Carlín y Garcés de los Fayos (2011) la perspectiva psicosocial tiene mucha aceptación, pero el burnout afecta a todo tipo de profesiones y no solamente a las que trabajan con personas.

1.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Anabella Martínez (2010) resume la clasificación de los modelos explicativos del burnout realizada por Gil Monte y Peiró, quienes mencionan cuatro teorías según las causas que se le atribuyen al síndrome:

1. Desde la teoría Sociocognitiva del yo, las causas más importantes del burnout son que las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias, y que el empeño puesto en conseguir objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza de la persona. Desde esta teoría se da importancia a variables como el sí mismo, la autoconfianza, autoeficacia y autoconcepto, aquí encontramos modelos como:
 - Modelo de competencia social de Harrison: según este modelo los profesionales que empiezan a trabajar tienen un alto grado de motivación y altruismo y si existen factores de ayuda (objetivos laborales realistas, ajuste de valores entre los del sujeto y los de la institución, capacitación profesional, disponibilidad de recursos, buena retroalimentación, oportunidad para la toma de decisiones) los resultados son beneficiosos, pero si hay factores de barrera

(sobrecarga laboral, ausencia de recursos, conflictos interpersonales, disfunciones del rol, falta de retroalimentación, etc.) el sentimiento de autoeficacia disminuye, si estos factores se prolongan en el tiempo puede aparecer el síndrome de burnout. (Harrison, 1983. Citado en Martínez 2010)

- Modelo de Pines: el burnout ocurre cuando la persona busca el sentido de la existencia en las tareas laborales humanitarias y fracasa, según este modelo se queman las personas con alta motivación y altas expectativas. El síndrome de burnout es explicado como un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por afrontar situaciones de estrés crónico junto con altas expectativas, que ocurre como resultado de un proceso de desilusión que disminuye severamente la capacidad de adaptación de la persona. (Pines, 1993. Citado en Martínez 2010)
- Modelo de autoeficacia de Cherniss: cuando el sujeto no consigue sus metas experimenta fracaso psicológico, es decir disminución de la autoeficacia percibida y, posteriormente desarrollan el síndrome de burnout. Las personas con alto nivel de eficacia percibida tienen menos probabilidad de presentar burnout porque sienten que pueden enfrentar exitosamente las situaciones amenazantes. (Cherniss, 1993. Citado en Martínez 2010)
- Modelo de Thompson, Page y Cooper: existen cuatro factores implicados en la aparición del burnout: discrepancias entre la demanda de la tarea y los recursos del sujeto, el nivel de autoconciencia, las expectativas de éxito personal y los sentimientos de autoconfianza, tras muchos fracasos en la consecución de metas laborales, junto altos niveles de autoconciencia y discrepancias percibidas entre demandas y recursos, se tiende a afrontar a través de retirada mental o conductual de la situación amenazadora, esto con el propósito de disminuir las discrepancias percibidas en el logro de los objetivos laborales. (Thompson, Page y Cooper, 1993 Citado en Martínez 2010)

2. Desde las teorías del intercambio social, cuando la persona establece relaciones interpersonales, lo hace a través del proceso de comparación social, a partir de ésta se pueden generar percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que aumenta el riesgo de padecer burnout. Se mencionan los siguientes modelos:
- Modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli: se desarrolló para dar explicación al burnout en enfermeras. Dos serían las posibles causas del síndrome: por un lado los procesos de intercambio social con los pacientes y por otro los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Tres podrían ser las causas de estrés en el intercambio social con los pacientes: 1. falta de claridad sobre los sentimientos y pensamientos propios sobre cómo actuar, 2. el equilibrio percibido entre lo que se da y lo que se recibe en el transcurso de las relaciones, 3. capacidad para controlar los resultados de las acciones laborales. Según este modelo los profesionales de enfermería no buscan apoyo social de los compañeros por no aparecer como incompetentes. (Buunk y Schaufeli, 1993. Citado en Martínez 2010)
 - Modelo de conservación de recursos de Hobfoll y Freedy: es una teoría motivacional que afirma que al verse amenazada la motivación básica del trabajador, se produce el estrés laboral que puede desembocar en burnout. Para reducir el riesgo de burnout, la institución debe aumentar los recursos de los empleados y modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones. Según este modelo se recomienda el uso de estrategias de tipo activo y la idea básica es que el empleado se esfuerce por mantener o aumentar sus recursos. (Hobfoll y Freedy, 1993. Citado en Martínez 2010)
3. Para la Teoría Organizacional el desarrollo del síndrome de burnout depende de los estresores del contexto organizacional (funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional) y de las estrategias de afrontamiento utilizadas por el trabajador. Las causas del burnout varían de acuerdo al tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social, es decir, en una organización burocrática, mecánica y comunicación

vertical, el burnout puede aparecer por agotamiento emocional y en las organizaciones con burocracias profesionalizadas puede aparecer por disfunciones de rol y conflictos interpersonales. Desde esta teoría se mencionan los siguientes modelos:

- Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter. Según este modelo el burnout ocurre por una progresión secuencial en el tiempo, es decir la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. La despersonalización es la primera fase de la secuencia, le sigue la disminución de la realización personal y por último sucede el agotamiento emocional. Cuando ocurren las disfunciones de rol (pobreza, conflicto o ambigüedad) el trabajador disminuye el grado de responsabilidad laboral frente al estrés. Puede ocurrir en todo tipo de profesionales. (Golembiewski, Munzenrider y Carter, 1988. Citado en Martínez 2010)
- Modelo de Cox, Kuk y Leiter: sugiere que el burnout ocurre en las profesiones humanitarias y que el agotamiento emocional es la dimensión fundamental de este síndrome, mientras que la despersonalización es una forma de afrontamiento ante el estrés y la baja realización personal es producto de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta la persona. También influyen los significados atribuidos al trabajo o las expectativas frustradas en el trabajo. (Cox, Kuk y Leiter, 1993. Citado en Martínez 2010)
- Modelo de Winnubst: según este modelo el burnout surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la cultura y estructura de la organización. Los antecedentes del síndrome van a variar de acuerdo al tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Para prevenir o disminuir los niveles de burnout se debe intervenir en el apoyo social como factor fundamental de la estructura organizacional. Según este modelo el burnout puede afectar a todo tipo de trabajadores y no solo a aquellos que trabajan en salud o en servicios de ayuda. (Winnubst, 1993. Citado en Martínez 2010)

4. Desde la Teoría Estructural se explican las causas del burnout mediante los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales. El estrés sería consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta de la persona. A partir de esta teoría se desarrolla el siguiente modelo:

- Modelo de Gil Monte y Peiró: las causas del burnout se encuentran en variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento, ocurre en respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad de rol), y es consecuencia de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación estresante es inadecuada. (Gil Monte y Peiró, 1997. Citado en Martínez 2010)

1.3. DELIMITACIÓN HISTORICA DEL SINDROME DE BURNOUT:

El síndrome de burnout se menciona por primera vez en 1969 por H.B. Bradley, (Álvarez 2011) para describir un fenómeno psicosocial en oficiales de policía de libertad condicional.

En la década de los 70 el psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger realiza un estudio con profesionales relacionados al tratamiento de usuarios de drogas, el cual mostró que después de algunos meses de trabajo estos profesionales presentaban algunos síntomas en común: incapacidad para cambiar el estado de cosas, sentimientos de derrota, pesimismo, culpar a los pacientes de sus problemas. A estos síntomas se les atribuye el nombre de burnout (estar quemado, consumido, apagado). El término burnout también se utilizaba para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas.

En 1980 Freudenberger publica un libro (Burn Out: The High Cost of High Achievement What it is and how to survive it) donde aborda los primeros conceptos sobre el síndrome. Aquí se define el síndrome de burnout como un estado al que llega una persona como consecuencia del estrés laboral.

En 1976 la psicóloga social Cristina Maslach presenta el burnout ante un congreso de la American Psychological Association y lo define como un síndrome tridimensional que considera el agotamiento emocional (disminución y pérdida de los recursos emocionales, cansancio, desmotivación), despersonalización (desarrollo de actitudes negativas, insensibles, de cinismo hacia los demás) y baja realización personal (evaluación negativa del propio trabajo, baja autoestima), como constructos básicos y que se presenta en sujetos que trabajan en contacto directo con clientes o pacientes. (Álvarez 2011)

En los primeros trabajos publicados sobre el burnout se destacan las diferencias individuales como la personalidad, más que las condiciones objetivas del ambiente de trabajo, como desencadenantes del síndrome. Se dio importancia a la prevención y tratamiento dirigidos a su adecuado afrontamiento. (Carlín y Garcés de los Fayos, 2011)

Con el paso del tiempo se asocia el burnout a los trabajos de servicios humanos, ya que estos profesionales están más expuestos a riesgos psico-emocionales, debido a que deben manejar las emociones que provoca en ellos el contacto con el dolor y el sufrimiento de sus clientes y/o pacientes.

Se mencionan dos perspectivas en la delimitación conceptual del burnout: (Carlín y Garcés de los Fayos 2011).

1. Por un lado la perspectiva clínica, lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral. Freudenberger definió el síndrome de burnout desde la perspectiva clínica. Recordemos que éste definió al burnout como un estado de agotamiento y una sensación de fracaso que resulta de una sobrecarga de los recursos personales o fuerza espiritual del trabajador

2. Desde la perspectiva psicosocial se lo considera un proceso que se desarrolla a partir de la interacción de varios procesos como el entorno laboral y factores personales. Las manifestaciones del síndrome estarían bien diferenciadas en cada etapa.

Dado que siempre han existido las profesiones y el trabajo humano, no sería posible decir desde cuando existe el burnout. Freudenberger, tiene el mérito de haber dado nombre a un sentimiento que ya estaba allí.

1.4. POBLACIONES PROPENSAS AL SINDROME DE BURNOUT:

Debido a que el síndrome de burnout es provocado por estar en contacto diario con las demandas de otras personas, por un intercambio emocional intenso y cuando se exceden las capacidades adaptativas de la persona, los profesionales que estarían más propensos a sufrirlo serían: directivos, maestros, ejecutivos, amas de casa, abogados, trabajadores sociales, dependientes, vendedores; principalmente personas que trabajan en el área docente y en el área de la salud (Álvarez 2011).

“Los más vulnerables serían los profesionales en los que se observa la existencia de interacciones humanas trabajador cliente en forma intensa y/o duradera”. (Álvarez 2011). En estas personas el burnout se desarrolla como respuesta al estrés permanente y a la sobrecarga laboral.

El burnout tendría una alta frecuencia en médicos, enfermeras/os, psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares y consejeros familiares; además en el personal administrativo y docente. También serían vulnerables los deportistas de élite, operadores de centros de llamadas, ingenieros, personal de las fuerzas armadas (Álvarez 2011)

Según Angélica Rodríguez (2008) las mujeres presentan mayor vulnerabilidad que los hombres. Para los autores Albedejo y Villanueva (2004) (Citado en Rodríguez 2008), los profesionales que trabajan en unidades de alta demanda física y psicológica como las unidades de urgencias y oncología de los hospitales y clínicas son los que presentaron niveles más elevados de burnout. Dentro de éstos profesionales, los más vulnerables serían aquellos que tienen hijos, que tienen más antigüedad profesional y más años dedicados a la emergencia, los que realizaban turnos de 17 horas y los que no estaban de acuerdo con el turno que realizaban. Se detectó que los profesionales con problemas

de relaciones interpersonales en su trabajo presentaban altos niveles de burnout y baja satisfacción laboral.

En el estudio de Hernández (2003) se detecta que el bajo reconocimiento profesional estaba estrechamente relacionado con respuestas de estrés y burnout. Este síndrome afectó a las mujeres médicas de atención primaria y también se detectó síntomas de estrés en las enfermeras del mismo nivel. (Citado en Rodríguez 2008)

En el estudio realizado por Quiroz y Saco Méndez (2003), el burnout afectaba a varones médicos, con más de 12 años de servicio, baja motivación laboral y baja satisfacción laboral. (Citado en Rodríguez 2008)

1.5. FASES Y DESARROLLO DEL SINDROME DE BURNOUT:

Son cuatro los estadios a través de los cuales evoluciona el síndrome de burnout, pero estos no siempre están bien definidos (Martínez, 2010):

1. Forma leve: se presentan síntomas físicos vagos e inespecíficos como dolores de cabeza, de espalda, lumbalgias, la víctima se vuelve poco operativa.
2. Forma moderada: se presenta insomnio, déficit de atención y de concentración, tendencia a la automedicación.
3. Forma grave: se presenta absentismo, aversión por la tarea, cinismo, abuso de alcohol y psicofármacos.
4. Forma extrema: se presenta aislamiento, crisis existencial, y riesgo de suicidio.

Según Edelwich y Brodsky (1980), serían cuatro las fases por las que pasa todo individuo que sufre de burnout (Citado en Carlin y Garcés de los Fayos 2011):

1. Entusiasmo: en esta etapa el sujeto presenta elevadas aspiraciones, energía desbordante y carencia de la noción de peligro.

2. Estancamiento: empieza a surgir la frustración porque no se cumplen las expectativas iniciales de la persona.
3. Frustración: comienzan a aparecer problemas de tipo emocional, físicos y conductuales. Por esa razón esta fase sería el núcleo central del síndrome de burnout.
4. Apatía: esta sería un mecanismo de defensa manifestado por la persona ante la frustración.

1.6. CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT:

1.6.1. CARACTERÍSTICAS: Entre las características generales del síndrome de burnout se puede mencionar (Moreno Toledo, 2007):

- Agotamiento emocional: cansancio y desgaste emocional, pérdida de energía psíquica y física
- Despersonalización: deshumanización en la relación con los otros (pacientes, colegas), desarrollo de actitudes negativas como irritabilidad, agresividad, impaciencia, cinismo, suspicacia e intolerancia
- Falta de realización personal: pérdida del sentimiento de competencia e idoneidad profesional, desmotivación pérdida del autoestima laboral, deserción y abandono de tareas

Angélica Zamora Granados (2010) añade a estas tres dimensiones los síntomas físicos del estrés tales como cansancio y malestar general. Esta autora menciona además que las características del burnout se dan en tres dimensiones:

- Manifestaciones físicas: dolor de cabeza, insomnio, alteraciones gastrointestinales, taquicardia, etc.
- Manifestaciones conductuales: predominio de conductas adictivas y evitativas, aumento en el consumo de café, alcohol, fármacos y drogas ilegales, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo, frecuentes conflictos interpersonales en el trabajo y la familia.
- Manifestaciones mentales: sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, baja autoestima y pobre realización personal, nerviosismo, inquietud, dificultad, para la concentración y baja tolerancia a la frustración.

Para Rocío Álvarez (2011), la principal característica es un sentimiento de impotencia ya que se experimenta cansancio al iniciar el día y se tiene la sensación de que el trabajo nunca termina, además de experimentar anhedonia (incapacidad para disfrutar), el trabajo ya no produce incentivos. A estos, se suman síntomas físicos como insomnio, dolores musculares, mareos, infecciones, manchas o afecciones a la piel, trastornos respiratorios y circulatorios, variaciones en el peso.

El burnout se caracteriza a través de tres dimensiones (Álvarez, 2011):

- Agotamiento (emocional): sensación de no ser capaz de ofrecer más de sí mismo emocionalmente
- Susplicacia/escepticismo (despersonalización): actitud distante hacia el trabajo, los clientes/pacientes o los compañeros de trabajo
- Ineficacia (baja realización personal): sensación de no realizar las tareas como se debe y de incompetencia en el trabajo

1.6.2. CAUSAS: Según la Dra. Urbano (2006), los factores precipitantes del síndrome de burnout serían de dos tipos:

Factores ambientales:

- Un contacto continuo con personas gravemente enfermas y con sus familiares angustiados. En estas circunstancias afloran sentimientos de amor, miedo, duelo, que ocurren repetidamente.
- A esta sobrecarga emocional se añade una sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, falta de personal, falta de material, etc.

Factores personales:

- Las personas al inicio suelen acoger con entusiasmo el trabajo con personas con enfermedades graves, pero al no conseguir los resultados esperados a pesar del esfuerzo realizado se experimenta una sensación de derrota.
- La persona se contagia de negativismo y frustración y aparecen los síntomas propios del síndrome.

Para la Dra. Álvarez (2011) el síndrome de burnout suele deberse a varias causas: Se originaría en las profesiones de alto contacto con personas, con horarios de trabajo excesivos. El síndrome ataca especialmente cuando el trabajo supera las ocho horas diarias, no se ha cambiado de actividad laboral en mucho tiempo, la remuneración económica es inadecuada, también ocurre un desgaste emocional por las inconformidades con los compañeros y superiores, el trabajador es tratado de manera incorrecta, y por condiciones de trabajo inhumanas.

Según el estudio de Angélica Melita Rodríguez (2008), “estaría comprobado que las situaciones límite son las que generan más estrés en las personas, porque los somete a un estado de alerta que las prepara para enfrentar la amenaza”. Las unidades de emergencia ponen a prueba el temple de las personas, ya que ahí está en juego la vida. La actividad laboral es de por sí causante de estrés ya que expone a la persona a ciertos

estresores que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual, ya sea esta adaptativa a través de aprendizaje y adaptación: o desadaptativa mediante el desgaste y la insatisfacción.

Existen algunos factores estresantes a nivel de la organización, tales como: tamaño de la empresa, la responsabilidad que tiene el empleado, las disfunciones de rol y falta de participación en la toma de decisiones

Necesidades del ser humano tales como satisfacción, autoestima, realización personal cuentan al momento de encontrarle sentido a la actividad laboral que se realiza. De esta manera el estrés laboral se puede entender como el desequilibrio percibido entre las demandas profesionales y la capacidad de la persona para llevarlas a cabo (Rodríguez 2008)

Según Moreno Toledo (2007), existen una serie de factores en cuatro niveles, que inciden en el desarrollo del síndrome de burnout: individual, interpersonal, familiar y organizacional

1. Nivel individual: el entusiasmo y el idealismo del inicio llevan a las personas a implicarse demasiado en la solución de problemas, lo que puede conducir al estrés laboral con consecuencias como bajos sentimientos de realización personal y excesivo agotamiento.

El Tipo de personalidad juega un papel muy importante en la aparición del síndrome. Se dice que éste suele ocurrir en profesiones de libre elección y en personas impacientes, competitivas, excesivamente comprometidas con el trabajo, que se esfuerzan por el logro, con urgencia temporal. Locus de control: las personas con locus de control externo, es decir, aquellas personas que no creen tener control sobre los eventos vitales y sus consecuencias., están más propensas a padecer el síndrome de burnout.

Presentan una alta vulnerabilidad los profesionales entre el segundo y el quinto año de ejercicio profesional, así como los profesionales en formación. También se menciona el

fallo en las estrategias de afrontamiento del estrés que utilizan los profesionales de la medicina, como factores desencadenantes del síndrome de quemarse por el trabajo.

Otros factores desencadenantes serían la falta de motivación, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, elevada autoexigencia y ambigüedad de rol

2. Nivel interpersonal: a este nivel inciden en la aparición del síndrome las malas relaciones laborales, la alta competencia y una atmósfera negativa en el ambiente laboral.

3. Nivel familiar: las tensiones, dificultades y problemas entre los miembros de la familia que distorsionan el funcionamiento normal de la dinámica familiar, aumenta la vulnerabilidad a sufrir burnout.

4. Nivel organizacional: aquí se mencionan como factores desencadenantes un desfavorable clima laboral y la insatisfacción profesional. Además el contacto continuo con personas gravemente enfermas, el grado de ejecución y autonomía en el trabajo, la ambigüedad de rol (información imprecisa en cuanto a tareas y rol a cumplir), horas de trabajo y tipo de contrato, bajas expectativas de refuerzo y altas expectativas de castigo, falta de comunicación entre el personal, excesivo control del personal por parte de la dirección, burocratización excesiva (estandarización de habilidades y baja formación), falta de apoyo organizacional etc.

1.6.3. CONSECUENCIAS: La Dra. Urbano (2006) señala como consecuencias del burnout las siguientes: Distanciamiento afectivo, irritabilidad, atención selectiva, ironía, absentismo laboral, consumo de drogas, aumento de conductas violentas, fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas del sueño, hipertensión y diversas enfermedades psicosomáticas.

Carlín y Garcés de los Fayos (2011) en su artículo clasifican las consecuencias del síndrome de burnout en:

- Síntomas emocionales: depresión, ansiedad, irritación, desilusión, falta de tolerancia, etc.

- Síntomas cognitivos: pérdida de valores, desaparición de expectativas, pérdida de autoestima, pérdida de creatividad, cinismo.
- Síntomas conductuales: absentismo laboral, desinterés hacia el propio trabajo, desorganización, aumento en el uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.
- Síntomas sociales: aislamiento, sentimientos de fracaso, alejamiento de contactos, conflictos personales y familiares.
- Síntomas psicósomáticos: cefaleas, dolores osteomusculares, problemas del sueño, fatiga crónica, enfermedades cardiovasculares, alteraciones gastrointestinales.

Loehr (1990) plantea tres fases en el desarrollo de las consecuencias del burnout (Citado en Carlín y Garcés de los Fayos 2011):

- El sentimiento de entusiasmo y energía empieza a disminuir
- Aparece abandono y angustia
- Pérdida de confianza y autoestima, depresión, alienación y abandono

Las consecuencias se consideran a tres niveles: conductual, físico y psicológico/emocional (Zamora, 2010)

1. Nivel Conductual: alteraciones de la conducta alimentaria, absentismo laboral, abuso de sustancias (café, tabaco, alcohol, fármacos etc.), aumento de la conducta violenta y de los comportamientos de alto riesgo (conducción imprudente, aficiones de riesgo, ludopatía), superficialidad en el trato interpersonal, conductas evasivas, disminución de la productividad y falta de competencia en la organización, absentismo laboral, problemas matrimoniales y familiares, incapacidad de relajación, relaciones interpersonales distantes y frías, aislamiento, cambios bruscos de humor, dificultad de concentración, conflicto con los compañeros de trabajo, aburrimiento e incumplimiento de horarios de trabajo y deterioro social y familiar.

2. Nivel Físico: alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas/migrañas, alteraciones orgánicas (gastrointestinales, respiratorias, del sueño, dermatológicas y menstruales), disfunciones sexuales, dolores musculares /articulatorios, hipertensión, pérdida progresiva de la energía (agotamiento), pérdida de peso.

3. Nivel Psicológico / Emocional: estados de autovaloración negativa, apatía, cinismo, ansiedad, irritabilidad, depresión, pérdida del idealismo inicial, disforia, sentimientos de alienación, hostilidad, melancolía, baja autoestima, falta de motivación, desorientación, sentimientos de vacío, distanciamiento emocional, suspicacia, sentimientos de frustración profesional, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas e inflexibles con los demás, impaciencia, sentimientos de culpabilidad, ansiedad generalizada y focalizada hacia el trabajo, dificultades para la memorización, abstracción y elaboración de juicios.

1.7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

1.7.1. PREVENCIÓN: Las estrategias que se deben poner en práctica para llevar a cabo la prevención del síndrome de burnout deben darse a cinco niveles (Álvarez, 2011)

1. Nivel individual: detectar el cansancio emocional a tiempo y pedir ayuda, procurar adaptarse a los cambios que se dan dentro del sistema, establecer límites entre los diferentes roles (físico, psíquico, espiritual y social), organizar el manejo del tiempo, tratar de resolver los problemas de manera rápida y efectiva, practicar ejercicio, dormir y alimentarse bien, establecer metas y objetivos viables a mediano y largo plazo, aprender técnicas de relajación, auto conocerse para estar consciente de las propias capacidades y debilidades, practicar la distracción.

2. Nivel empresarial: delimitar lo mejor posible los cargos, roles y funciones a desempeñar, fomentar un buen clima laboral, no incentivar las expectativas irreales, incentivar una adecuada comunicación ascendente y descendente, practicar reestructuraciones, involucrar a los trabajadores en las metas u objetivos de la organización, proporcionar cierto nivel de autonomía a los trabajadores, implementar programas de prevención para el estrés, implementar programas de socialización.

1.7.2. TRATAMIENTO: Newstrom (2007) plantea algunas estrategias personales para combatir el síndrome de burnout, las cuales implican actividades de colaboración entre los empleados y la administración:

- No trabajar muchas horas ni aceptar tiempo extra
- Trabajar voluntariamente en horarios flexibles u otros horarios opcionales
- Identificar a las personas que causan estrés y evitarlas
- Mantener una dieta saludable y alimentarse regularmente
- Hacer ejercicio habitualmente y dormir suficientes horas
- Evitar la desidia
- Plantearse metas razonables
- Desarrollar un método sencillo para organizar las actividades diarias
- Evitar la tensión y decidir si vale la pena luchar cada batalla
- Consultar a un amigo de confianza antes de participar en nuevas actividades
- Realizar un equilibrio de capacidades físicas, emocionales, mentales y espirituales.
- Encontrar o crear oportunidades para reír.

Para Newstrom (2007) el tratamiento del burnout también debe incluir apoyo social, actividades de relajación, permisos sabáticos y programas de bienestar personal:

- Apoyo social: red de actividades, interacciones y relaciones útiles que satisfacen importantes necesidades de los empleados.
- Actividades de relajación: consiste en un pensamiento interno tranquilo y concentrado para que el cuerpo descanse física y emocionalmente, ayuda a adaptarse aun mundo lleno de presiones y reduce los síntomas del burnout; este tipo de tratamiento se debe practicar en una posición cómoda y en un lugar relativamente silencioso, cerrar los ojos y realizar respiraciones profundas y relajadas, evitar pensamientos perturbadores y situaciones negativas, se puede poner música suave de fondo.
- Permisos sabáticos: son recomendables para fomentar el alivio de la tensión y consisten en permisos con sueldo, sin sueldo o sueldo parcial. El sujeto afectado

regresa emocionalmente renovado, se siente valorado y recompensado por la institución, aumenta su competencia y su autoestima.

- Bienestar personal: son programas internos que ayudan a los empleados a adaptarse a tensiones que no pueden controlar directamente, e incluyen prácticas para fomentar cambios en el estilo de vida como manejo de la nutrición y ejercicio, imaginación positiva, locus de control, etc.

Las estrategias para el tratamiento deben darse a tres niveles (Moreno Toledo, 2007):

1. Nivel individual: capacitar a los profesionales para que se autoevalúen, desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que les permitan eliminar o mitigar la fuente de estrés, evitar la experiencia de estrés, o neutralizar las consecuencias negativas de esa experiencia. A este nivel las estrategias de afrontamiento, de control o centradas en el problema (entrenamiento en solución de problemas, el entrenamiento de la asertividad, y del entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo, olvidar los problemas laborales al acabar el trabajo, tomar pequeños momentos de descanso durante el trabajo, y marcarse objetivos reales y factibles de conseguir), previene el desarrollo del síndrome mientras que las estrategias de escape potencia su aparición.

1. Nivel grupal: potenciar la formación de las habilidades sociales y de apoyo social de los equipos de profesionales (fomentar el apoyo social por parte de los compañeros y supervisores, ofrecer apoyo emocional y evaluación periódica de los profesionales)

1. Nivel organizacional: eliminar o disminuir los factores causantes de estrés del entorno organizacional que dan lugar al desarrollo del síndrome, es decir, desarrollar programas para mejorar el ambiente y el clima de la organización, dentro de los cuales se contemple el desarrollo de programas de socialización para acercar a los nuevos profesionales a la realidad laboral y evitar el choque con sus expectativas irreales, poner en marcha procesos de retroalimentación sobre el desempeño del rol, fomentar la comunicación desde la dirección de la organización y desde la unidad o el servicio en el que se ubica el trabajador, implementar programas de desarrollo organizacional, reestructurar y rediseñar el lugar de trabajo haciendo participar al personal de la unidad, establecer objetivos claros

para los roles profesionales, aumentar las recompensas a los trabajadores, establecer líneas claras de autoridad, y mejorar las redes de comunicación organizacional.

CAPÍTULO 2

CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

2.1.1. VARIABLES DE RIESGO Y PROTECTORAS: Las variables sociodemográficas asociadas al síndrome de burnout varían según las características de la población sometida a estudio.

Así por ejemplo, en un estudio realizado con estudiantes del internado del Hospital Universitario del Norte de Barranquilla, Colombia, (Borda, 2007) el perfil de riesgo fue el siguiente: sexo femenino, solteros o sin pareja estable, mayores turnos laborales y rasgos de personalidad como idealismo, optimismo con expectativas altruistas, deseo de prestigio y mayores ingresos económicos.

Los turnos laborales prolongados también constituyeron factor de riesgo en el estudio realizado por Melita Rodríguez (2008), con profesionales de enfermería de los principales centros hospitalarios de la Octava Región de Chile, los profesionales de mayor edad y los profesionales solteros y casados presentaban más riesgo de presentar burnout, no así los viudos y los separados, lo cual podría estar relacionado con la edad, ya que los profesionales de menor edad son solteros o están recién casados. En este mismo estudio los factores laborales que repercutieron en la presencia del burnout fueron la realización de turnos de 12 horas y turnos rotatorios, lo cual somete al profesional a varios cambios que le impiden las relaciones personales y alteran su biorritmo

La falta de reconocimiento laboral de los trabajadores actuaría como factor de riesgo. Las variables sociodemográficas “presentan un bajo impacto en este síndrome (burnout) destacándose la edad, ya que los profesionales de mayor edad presentaron niveles más elevados de cansancio emocional”. (Moreno Jiménez, 2000)

Existen ciertas variables laborales típicas, desencadenantes de estrés laboral (variables de riesgo): “Sobrecarga de trabajo, presiones de tiempo, mala calidad de la supervisión, ambiente laboral inseguro, falta de control personal, autoridad inadecuada en relación con las responsabilidades, conflicto y ambigüedad de roles, diferencias entre los valores de la empresa y de los empleados, cambio de cualquier tipo especialmente cuando es importante o inusual, frustración y tecnología con capacitación o apoyo inadecuados”. (Newstrom, 2007)

En cuanto a las variables protectoras Muchinsky (2000) pone énfasis en cuidar el ambiente laboral que rodea al individuo para evitar estresarlo. Warr, citado por Muchinsky (2000), propone que la satisfacción laboral depende de nueve determinantes ambientales:

1. Oportunidad para el control: oportunidades para controlar acontecimientos y actividades.
2. Oportunidad para el uso de las habilidades: fomentar el desarrollo y uso de las habilidades personales
3. Metas generadas externamente: presencia de metas o desafíos generados por el ambiente
4. Variedad ambiental: introducir novedades que rompan con las actividades y situaciones rutinarias.
5. Claridad ambiental: retroalimentar las acciones del empleado y brindarle claridad respecto al rol que debe desempeñar dentro de la organización
6. Disponibilidad de dinero: la falta de dinero puede ocasionar deterioro de la salud mental
7. Seguridad física: proteger a la persona contra daños físicos
8. Oportunidad para el contacto interpersonal: que satisfaga las necesidades de amistad y reduzca los sentimientos de soledad
9. Posición social valorada: valorar las actividades referidas a un rol y su contribución.

2.1.2. MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL: Varias disciplinas, entre ellas la religión, la economía, la psicología y la filosofía se han preguntado por qué trabajamos las

personas. Desde la religión el trabajo es una obligación ya que mediante él se construye el reino de Dios, por tanto el trabajo es bueno porque posibilita el desarrollo personal.

Según Paúl Muchinsky (2000), desde la perspectiva económica el trabajo posibilita la consecución del sustento para la supervivencia y para buscar mejorar la calidad de vida. Desde la perspectiva psicológica el trabajo proporciona la posibilidad de tener una identidad, unión con otras personas y la posibilidad de realización personal. El trabajo proporciona además una explicación filosófica de nuestra misión en la vida, a través del trabajo cobra sentido el dar servicio a los demás.

La teoría de Maslow, según el mismo autor, tendría varias implicaciones para la conducta en el trabajo. Si el sueldo y la seguridad son bajos el empleo solo servirá para satisfacer las necesidades básicas. Al contrario si las condiciones son muy buenas el trabajo será fuente de autorrealización. En relación a la satisfacción laboral el trabajo y el nivel ocupacional de la persona juegan un papel sumamente importante en el sentimiento de identidad, en la autoestima y el grado de bienestar psicológico de la persona.

El trabajo puede tener un valor intrínseco o un valor instrumental o los dos a la vez. El valor intrínseco es aquel que la persona encuentra al realizarlo por y para él. En cambio el valor instrumental del trabajo hace referencia a la posibilidad de satisfacer necesidades de la vida a través de su realización a la vez que capacita y desarrolla la inteligencia y conocimientos de la persona. (Muchinsky, 2000)

2.1.3. INVESTIGACIONES REALIZADAS:

1. Barraza Macías y colaboradores, (2008) realizan un estudio en el Centro de Salud No. 2 de la ciudad de Durango, en el año 2008, con el objetivo de determinar la relación entre variables antecedentes, personalidad resistente, estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout. Utiliza para la recolección de datos el Cuestionario de Desgaste Profesional de Enfermería. La muestra es de 25 enfermeras. El estudio es correlacional y transeccional.

Entre otros, este estudio tenía como objetivo determinar el nivel de relación que existe entre las variables antecedentes que indaga el CDPE (ambigüedad del rol, falta de cohesión, monotonía de la tarea, contacto con la muerte y el dolor, interacción conflictiva y sobrecarga) y el síndrome de desgaste profesional.

En relación con las variables laborales como factores de riesgo, este estudio nos permite ver como algunas condiciones del ambiente laboral tales como la interacción conflictiva, la monotonía de la tarea y la falta de cohesión inciden en la aparición del síndrome de burnout en profesionales de la salud.

“Entre los principales resultados obtenidos destacan a) la interacción conflictiva, la monotonía de la tarea y la falta de cohesión, como las variables que influyen en la aparición de síndrome de desgaste profesional y b) el síndrome de desgaste profesional ocasiona la aparición de consecuencias psicológicas y organizacionales en las enfermeras encuestadas”. (Barraza y col. 2008)

2. Estudio realizado en el año 2003, con el objetivo de analizar la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del burnout en profesores de nivel medio básico de la zona metropolitana de Guadalajara México. Estudio observacional, descriptivo, transversal, en una muestra de 360 maestros. Se recolectó los datos mediante autoencuesta. Los instrumentos utilizados fueron: formulario con datos sociodemográficos y laborales y la escala Maslach Burnout Inventory (MBI).

Entre los resultados de este estudio se encontró una prevalencia del 80%, es decir 8 de cada 10 encuestados tenían al menos una dimensión afectada, considerando para esto la calificación de nivel alto y medio en cada una de las dimensiones. 43.7% tiene agotamiento emocional, 40.3% tiene baja realización personal y 13.3% despersonalización.

Las mujeres y los docentes que no tienen pareja tienen más riesgo de presentar el síndrome. Se concluyó que el no tener pareja es un factor de riesgo para sufrir agotamiento emocional y baja realización personal. En cuanto a las variables laborales se encontró que quienes trabajan en escuelas que pertenecen al subsistema estatal tienen

más riesgo de presentar agotamiento emocional y despersonalización. (Aldrete Rodríguez y otros, 2003)

2.2. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD.

2.2.1. DEFINICIONES DE SALUD: Según Parra (2003) es común definir la salud como lo contrario a la enfermedad, es decir, es un estado del organismo que lleva a cabo normalmente todas las funciones. “La salud debe entenderse como un estado que siempre es posible de mejorar y que implica considerar la totalidad de los individuos, relacionados entre sí y con el medio ambiente en que viven y trabajan”. (Parra, 2003).

Este mismo autor cita la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), “estado de completo bienestar físico, mental y social”. (Parra, 2003).

La salud no solamente es una ausencia de afecciones o enfermedades, sino es el logro del más alto nivel de bienestar físico, mental, social y de capacidad de funcionamiento que permiten los factores sociales dentro de los que vive la persona y la sociedad. (Parra, 2003)

El concepto de salud mental no ha sido definido todavía porque no existe una definición única y porque se entiende mejor el significado de salud mental haciendo referencia a sus determinantes que serían cinco (Muchinsky, 2000):

1. El bienestar afectivo: que tiene dos dimensiones, el placer y la activación.

2. Competencia: la salud mental depende parcialmente del éxito o competencia en las actividades, la persona que es competente posee recursos psicológicos adecuados para afrontar las presiones de la vida.

3. Autonomía: entendida como la capacidad de la persona para resistir influencias ambientales y para determinar sus opiniones y acciones. Una persona independiente y autorregulada es una persona mentalmente sana.

4. Aspiraciones: una persona con un alto nivel de aspiraciones está altamente motivada, establece metas y se esfuerza en conseguirlas. La sanidad mental implica involucrarse con el ambiente.

5. Funcionamiento integrado: se refiere a la persona como un todo. Cuando existe salud mental, existe equilibrio, armonía y relación interna.

La competencia, la autonomía y la aspiración son aspectos de la conducta de una persona en relación con el ambiente y son determinantes a la hora de hablar de bienestar afectivo. (Muchinsky, 2000)

2.2.2. SÍNTOMAS SOMÁTICOS: Según Muchinsky (2000) las tres respuestas posibles al estrés son fisiológicas, psicológicas y conductuales. Las respuestas fisiológicas pueden ser: síntomas cardiovasculares (aumento de la presión sanguínea y el nivel de colesterol), medidas bioquímicas (catecolamina y ácido úrico), síntomas gastrointestinales (úlceras pépticas).

Para Newstrom (2007) “El estrés...ocasiona enfermedades físicas, porque el sistema corporal interno trata de manejar la tensión. Algunas enfermedades físicas son de corta duración, como un malestar estomacal. Otras son prolongadas, como una úlcera gástrica. El estrés que se mantiene durante un tiempo prolongado también favorece la aparición de enfermedades degenerativas del corazón, riñones, vasos sanguíneos y otras partes del cuerpo. Puede ocasionar angina (severo dolor en el pecho) y dolores de cabeza”

En otro estudio (Hernández y Olmedo 2004), se menciona “algunos síntomas asociados al estar quemado como los psicósomáticos: fatiga crónica, dolores de cabeza, problemas de sueño, úlceras, problemas gastrointestinales, pérdida o ganancia de peso, hipertensión, asma, dolores musculares y resfriados frecuentes”

2.2.3. ANSIEDAD E INSOMNIO: El estrés y la ansiedad tienen una relación estrecha. Cuando la persona percibe un acontecimiento o situación amenazante y cree que hay poco que puede hacerse al respecto, muy probablemente va a experimentar ansiedad. La

ansiedad es un estado de ánimo negativo caracterizado por síntomas corporales de tensión física y aprensión acerca del futuro (Durand y Barlow, 2007)

Según Gómez (2004), al inicio el estrés produce una respuesta de alarma, luego ocurre una activación sostenida, si no cesa el estrés se llega a la fase de agotamiento, aquí se presenta el riesgo de desarrollar una afección psiquiátrica como la ansiedad, si no existen apoyos adecuados.

El estrés laboral sería, según este estudio (Gómez, 2004), la principal variable generadora de ansiedad en la práctica clínica. Entre los médicos se ha encontrado niveles de ansiedad entre moderada y grave en un 10 a 20%. El estrés laboral genera ansiedad y aumenta la conflictividad con los pacientes, familiares y compañeros. Una dinámica institucional patológica puede enfermar a los profesionales e incidir en el proceso terapéutico de los pacientes. Según el estudio realizado por Gómez (2004) el nivel de ansiedad era menor en los médicos que trabajaban en equipo, que aquellos que no lo hacían, y variables tales como la insatisfacción en la relación médico paciente, el sufrimiento del paciente, la falta de apoyo social, la carencia de formación acerca de la relación médico paciente y la escasez de tiempo, aumentaban la probabilidad de que estos profesionales presenten ansiedad

“Se constató que la satisfacción laboral se relaciona directamente con la organización, el buen funcionamiento del Centro, el trabajo en equipo y las buenas relaciones interpersonales entre compañeros y jefes. Así, a mayor satisfacción, menor conflictividad y menor ansiedad y estrés”.(Gómez 2004)

Otro de los síntomas comunes del estrés es la alteración del sueño y la perturbación más común es el insomnio provocado por la tensión y la ansiedad. El insomnio es la percepción de un sueño inadecuado, y ocurre por problemas para dormirse, despertarse temprano, despertarse frecuentemente durante la noche, sueño poco reparador, etc. Las consecuencias del insomnio son falta de concentración, de atención y de memoria y se caracteriza por desatar un carácter irritable, también puede provocar alteraciones del humor y depresión. Si estos síntomas persisten el insomnio puede volverse crónico.

Según el estudio de Gómez (2004), el insomnio es causa de ausentismo laboral, ya que la persona que lo padece puede sufrir de alteraciones somáticas como trastornos gastrointestinales o psíquicos como ansiedad y depresión.

2.2.4. DISFUNCIÓN SOCIAL EN LA ACTIVIDAD DIARIA: Como manifiesta John Newstrom, (2007), según una encuesta aplicada a empleados, 62% de los encuestados manifestó que el estrés impedía su normal desempeño tanto en lo laboral como en el ambiente familiar y social.

“Si la tensión llega a niveles demasiado elevados, se convierte en una fuerza destructiva. El desempeño comienza a disminuir en algún momento porque el exceso de tensión interfiere con él. El empleado pierde habilidad para enfrentar el estrés, capacidad para tomar decisiones y muestra un comportamiento errático. Si la tensión aumenta hasta el punto de ruptura, el desempeño llega a un nivel de cero; el empleado tiene una crisis nerviosa, se enferma al grado de no poder trabajar, es despedido, renuncia o se niega a ir a trabajar para no enfrentar el estrés”. (Newstrom 2007)

2.2. TIPOS DE DEPRESIÓN: Para ciertos autores (Durand y Barlow, 2007), el tipo de depresión que desencadena el estrés laboral es situacional, ya que se trataría de una respuesta a la sobrecarga laboral o estrés. Existe un patrón similar de activación simpática y de neurotransmisores y neurohormonas que explican la depresión y los trastornos físicos relacionados con el estrés. Un sentido de control y confianza de que se pueden afrontar el estrés o los retos, llamado autoeficiencia, conduciría a sensaciones opuestas a la depresión.

Benito Peral (2008) menciona cuatro tipos de depresión:

Endógenas: genéticas

Neuróticas: psicógenas

Sintomáticas: orgánicas

Situacionales: reactivas (por pérdida, soledad, cambio, sobrecarga o estrés)

2.2.6. INVESTIGACIONES REALIZADAS:

1. Estudio realizado en el año 2008 con el objetivo de estimar la prevalencia de burnout en una muestra de 56 profesionales de enfermería intensiva, y analizar su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales. El diseño del estudio fue descriptivo transversal y se realizó en el Servicio de cuidados intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, España.

Se emplearon tres instrumentos de evaluación: encuesta de variables sociodemográficas y laborales y los cuestionarios validados Maslach Burnout Inventory (MBI) y General Health Questionnaire (GHQ-28). Como conclusión se estableció que: “los niveles de Burnout y salud encontrados nos indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral” (Ríos y otros. 2008). Este estudio nos permite apreciar como los elevados niveles de burnout inciden en la salud física de las personas evaluadas.

2. Estudio realizado en Veracruz México, en el año de 2006, con el objetivo de analizar la relación entre la salud mental y el síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. Estudio transversal y analítico con una muestra de 183 estudiantes de enfermería. Instrumentos usados: cuestionario sociodemográfico, escala de Salud de Goldberg-GHQ-30 y escala de Maslach Burnout Inventory. (Santes, 2006)

Como resultados de este estudio se muestra que 84% de los sujetos eran del sexo femenino, solteras, edad promedio 21 años, 19% presentaron alteraciones en la salud mental, 85% presentó alteraciones del sueño, el 42% presentó agotamiento emocional, 14% baja realización personal y 16% despersonalización. La relación que se encontró entre la salud mental y el síndrome de burnout en esta muestra de estudiantes fue significativa. Como conclusión del estudio se manifestó que los estudiantes de enfermería presentaron alteraciones en la salud mental y presencia del síndrome de burnout, lo cual evidencia una asociación significativa entre las dos variables en estudio.

2.3. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO.

2.3.1. DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO: El afrontamiento según Lazarus y Folkman, (Citados en Solís, 2006), es un “proceso cambiante que implica un esfuerzo cognitivo y conductual llevado a cabo para controlar las demandas externas o internas consideradas como desbordantes de los recursos de la persona”.

En Morán, (2008), se encuentra la siguiente definición: “las estrategias o modos de afrontamiento son las distintas formas en que se utilizan los recursos disponibles para hacer frente a las demandas estresantes”.

Para Martínez, (2010), el afrontamiento es “aquel comportamiento que implica esfuerzo en un individuo para resolver las situaciones problemáticas en un intento personal por adaptarse al entorno”

2.3.2. TEORÍAS DE AFRONTAMIENTO: Lazarus y Folkman, (Citado en Popp, 2008), desde un modelo cognitivo de la emoción proponen que las situaciones no son estresantes por si mismas sino que es la interpretación que la persona hace de la situación lo que provoca el estrés. Dicha valoración que la persona realiza sobre la situación se llama valoración cognitiva y puede ser primaria o secundaria.

La valoración primaria es aquella que evalúa las consecuencias que la situación tendría para la persona, si en esta valoración se percibe amenaza o desafío, entonces se lleva a cabo una valoración secundaria que consiste en evaluar los recursos de los que dispone la persona para evitar o reducir las consecuencias negativas de la situación.

Estos autores consideraron ciertos modos de afrontamiento que las personas ponen en práctica y que se refieren a cómo responden a ciertas situaciones estresantes. Hablan de modos de afrontamiento dirigidos al problema (definir el problema y encontrar soluciones alternativas), modos de afrontamiento centrados en la emoción (regular la respuesta emocional), y modos de afrontamiento centrados en la evaluación (reflexionar sobre las causas y posibles soluciones al problema estresante)

Cada uno de estos modos de afrontamiento tiene tres estrategias de afrontamiento:

Afrontamiento centrado en el problema:

- Requerir información o asesoramiento a otras personas significativas
- Ejecutar acciones que resuelvan el problema, desarrollando planes alternativos
- Desarrollar gratificaciones o recompensas alternativas, creando otras fuentes de satisfacción.

Afrontamiento centrado en la emoción:

- Aceptar con resignación la situación y la imposibilidad de provocar cambios en ella
- Control afectivo de las emociones
- Descarga emocional, por medio de palabras o acciones

Afrontamiento centrado en la evaluación:

- Análisis lógico de la situación, sus causas, consecuencias y posibles acciones a realizar para resolverla
- Redefinición cognitiva de los acontecimientos encontrándole un significado positivo
- Evitación cognitiva mediante el olvido de la situación y la focalización en deseos y fantasías.

2.3.3. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO: Estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden cambiar según las condiciones desencadenantes. Según Girdano y Everly (2006) pueden ser adaptativas (reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo) o inadaptativas (reducen el estrés a corto plazo pero erosionan la salud a largo plazo).

Morris y Maisto (2005) clasifican a las formas de afrontamiento en directas y defensivas: El afrontamiento directo se refiere a esfuerzos intencionales realizados por la persona para cambiar una situación incómoda, se orienta al problema inmediato. Existen tres opciones a la hora de afrontar directamente un problema: confrontación, negociación y retirada.

1. Confrontación: hace referencia al hecho de reconocer que existe un problema que debe ser solucionado y hay que enfrentarlo, es decir hacer intensos esfuerzos por afrontar el estrés y lograr las metas. Todo esto implica aprender habilidades o pedir ayuda en caso de que la situación lo amerite. También es posible que se requiera cambiar uno mismo o cambiar la situación. La confrontación puede conllevar expresiones de enojo, el cual es efectivo en casos en los que una persona ha sido tratada injustamente, siempre y cuando se exprese la molestia con mesura.

2. Negociación: otra forma de afrontar directamente el problema es la negociación que consiste en reconocer que no podemos tener todo lo que deseamos y que tampoco los demás harán lo que nos gustaría que hicieran. En estos casos debemos conformarnos con menos de los que esperábamos conseguir, es decir optar por una solución más realista cuando la opción ideal no es factible.

3. Retirada: una última forma de afrontamiento directo es la retirada, que puede ser efectiva en algunas circunstancias. La retirada no siempre es una forma de huir, a veces puede ser positiva y realista como cuando entendemos que no podemos cambiar nosotros o cambiar la situación o no hay forma de negociar. Pero al practicar el afrontamiento mediante retirada se correría al riesgo de aplicar la misma forma a otras situaciones similares y tal vez se pase por alto una solución eficaz. Es decir, aunque la retirada puede ser una forma acertada de afrontamiento, también implica riesgos.

El afrontamiento defensivo se daría cuando la persona recurre a los mecanismos de defensa como forma de afrontar el estrés (negación, represión, proyección, etc.), estos reducen el estrés asociado con la frustración, el conflicto y la ansiedad a corto plazo, a través del autoengaño. Pero a largo plazo, estas formas de afrontamiento obstaculizan un ajuste exitoso y entorpecen la capacidad de la persona para afrontar la situación de manera directa, por lo que se las puede calificar de inadecuadas.

Morris y Maisto (2005) recomiendan además algunas formas de combatir el estrés tales como la realización periódica de ejercicio físico, la relajación que no se refiere a no hacer nada sino a tensar y relajar los músculos voluntarios del cuerpo para aprender a

reconocer la tensión muscular y relajar el cuerpo. Buscar apoyo social en la red de amigos y familiares puede hacer la diferencia en situaciones estresantes, según estos autores. También manifiestan que las prácticas de la religión y el altruismo pueden resultar muy beneficioso en casos de estrés laboral.

2.3.4. INVESTIGACIONES REALIZADAS:

1. Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI) en instituciones públicas y privadas de la Provincia de Entre Ríos (República Argentina), en el año 2008 por Maricel Soledad Popp. Este estudio nos permite conocer los modos de afrontamiento a los que recurren las enfermeras, según las distintas dimensiones del síndrome.

El objetivo de la investigación fue medir el nivel de burnout en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI) y determinar si el perfil de afrontamiento de las enfermeras difiere en función de los niveles de manifestación del burnout. Se usó como instrumentos de medida el Inventario Burnout de Maslach y el Inventario de Modos de Afrontamiento, con una muestra de 53 enfermeras mujeres, de entre 24 y 54 años de edad de instituciones públicas y privadas de la Provincia de Entre Ríos Argentina

Las enfermeras que presentaron niveles inferiores de burnout utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo relaciones sociales, actividades y desarrollo personal.

Las enfermeras con baja despersonalización utilizan en mayor medida el análisis lógico y el desarrollo de gratificaciones alternativas a diferencia de las enfermeras con más despersonalización. Las enfermeras con niveles altos de despersonalización hacen mayor uso del requerimiento de información o asesoramiento. Las enfermeras con moderado cansancio emocional utilizan en mayor medida el control afectivo que las enfermeras con bajo o alto nivel. Las enfermeras con niveles altos de realización personal hacen mayor

uso del control afectivo que las que presentan niveles medios y bajos de realización personal.

2. Estudio realizado en el año 2003, con el objetivo de analizar la relación del tipo de afrontamiento con el síndrome de Burnout en el Hospital “Nuestra Señora de la Candelaria” de Santa Cruz de Tenerife, España. Instrumentos utilizados: Cuestionario para enfermería (CBE) de Hernández Olmedo y Fernández y el Ways of Coping Questionnaire (WOCA) de Folkman y Lazarus, aplicados de forma individual a una muestra de personal sanitario de 222 participantes, 187 mujeres y 35 varones en edades de 21 a 60 años. Resultados: indican pocas relaciones y escasa magnitud entre los dos constructos, se ve la necesidad de recurrir a variables de tipo personal para explicar el burnout., (Hernández Zamora,2003)

2.4. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

2.4.1. DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL: Se lo define como la red de relaciones y transacciones sociales que poseen las personas para el afrontamiento adaptativo del estrés laboral. El apoyo social permite mayor estabilidad y control de los procesos, refuerzo de la autoestima y del auto cuidado, y percepción positiva del entorno (Méndez y Barra, 2008).

Según estos autores, (Méndez y Barra, 2008), el apoyo social puede proceder de vínculos formales (compañeros de trabajo, supervisores), e informales (amigos íntimos y familiares). No se ha determinado si el número de personas que forman la red social de un individuo es determinante en el afrontamiento del estrés laboral, o si lo que cuenta es la calidad del apoyo social percibido. Las relaciones humanas positivas permitirían a las personas, alcanzar estados de bienestar.

2.4.2. MODELOS EXPLICATIVOS DEL APOYO SOCIAL: Méndez y Barra, (2008) proponen dos teorías que explican los efectos positivos del apoyo social sobre la salud y el bienestar:

La primera teoría (interaccionismo simbólico), afirma que el apoyo social actúa sobre la salud y el bienestar de un modo directo, independientemente del nivel de estrés al que está sometida la persona. La disposición de apoyo implica una mayor sensación de control del sujeto sobre su ambiente, esto a su vez aumenta la capacidad de la persona para predecir experiencias negativas y evitarlas con anticipación.

Según el interaccionismo simbólico, los efectos directos del apoyo social serían: Incremento en la percepción de identidad; incremento en la percepción de la propia autoestima; aumento en la percepción de control, autoeficacia y dominio sobre el ambiente. Esto protege a la persona de los efectos perjudiciales de los eventos estresantes, esta seguridad autopercebida mejora el estado de ánimo del sujeto.

La teoría llamada del Efecto Buffer o Amortiguador afirma que es en las condiciones en las que la persona se ve sometida a estrés, cuando el apoyo social influye sobre su estado de ánimo, salud y bienestar general. Según esta teoría son dos los efectos derivados de la disposición de apoyo social: en primer lugar, ayuda a redefinir la situación estresante como menos dañina o amenazante y, en segundo lugar, aumenta la percepción de su capacidad de hacer frente a la situación.

2.4.3. APOYO SOCIAL PERCIBIDO: Según Méndez y Barra (2008), se refiere a la forma como una persona percibe su red social y el grado de satisfacción que obtiene de ella. El apoyo social tiene dos funciones, la función instrumental que es la medida en que las relaciones sociales son un apoyo para conseguir una meta y la función expresiva que toma a las relaciones sociales como un fin o como un medio en sí mismas. La calidad de la relación que las personas establecen con su fuente de apoyo, sería el mejor predictor de ajuste psicosocial.

El apoyo social incide en la calidad de vida de las personas, a menor apoyo social percibido, mayor es la probabilidad de presentar los síntomas del síndrome de burnout. Se considera entonces que el apoyo social sería indispensable para prevenir o afrontar el estrés laboral y sus consecuencias (Méndez y Barra, 2008).

2.4.4. APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL: Se lo entiende como las acciones que otros realizan para brindar asistencia a un individuo. Se da importancia a las características de las redes sociales y de las condiciones objetivas que se refieren al proceso de apoyo social. (Méndez y Barra, 2008)

Según estos (Méndez y Barra, 2008), se ha puesto énfasis en el análisis de la integración y participación social y en el análisis de las redes sociales. El aspecto más importante ha sido el aspecto cualitativo o funcional, o sea el análisis de la medida en que las relaciones sociales satisfacen diversas necesidades de las personas.

2.4.5. INVESTIGACIONES REALIZADAS:

1. Albar, Romero y otros realizan un estudio en el año 2003, en el que buscan una correlación entre el apoyo social, las características sociodemográficas y el síndrome de burnout en enfermeras y auxiliares del hospital Virgen Macarena de Sevilla, España El diseño del estudio fue observacional, descriptivo y de carácter trasversal. Participaron como población de estudio 254 enfermeras y auxiliares de enfermería seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático. Para evaluar el apoyo social se usó Multidimensional Scale adaptado. Para evaluar el síndrome de burnout se usó Maslach Burnout Inventory

Como resultado se encuentra que los profesionales con más agotamiento emocional son los que más perciben el apoyo de compañeros, resultado aparentemente contradictorio. También se halla que el apoyo o ausencia del mismo por parte del director no incide en ninguna de las dimensiones del burnout, además de una relación positiva entre la suficiencia con el apoyo de familiares y amigos íntimos con la dimensión de realización personal.

Como conclusión de este estudio se manifiesta la importancia de considerar el apoyo de fuentes extralaborales como familiares y amigos íntimos ya que la interdependencia entre el ambiente laboral y familiar es grande en una población profesional mayoritariamente femenina como la enfermería. Otra conclusión importante es la de fomentar el

compañerismo a través del trabajo en equipo para que el profesional afronte las demandas con ayuda de los demás profesionales.

Para el tema que nos ocupa este estudio aporta ideas importantes ya que su objetivo es buscar la relación existente entre el apoyo social y el síndrome de burnout.

2. Dentro de esta temática otro estudio realizado es “Las redes sociales de apoyo como factor protector a la salud frente al síndrome de burnout en agentes de vialidad” (Aranda y Aldrete, 2008). El objetivo fue determinar la relación entre síndrome y las redes sociales de apoyo en agentes de vialidad en la ciudad de México. El diseño fue transversal. La población fue de 875 hombres y mujeres laborando en cualquier turno. Se aplica la escala de valoración de Maslach Burnout Inventory y el inventario de recursos sociales de Díaz Veiga modificado. Como conclusión del estudio se encontró una buena red de apoyo reportada, pero este apoyo no fue suficiente ya que la prevalencia del burnout fue del 54.9%

En este caso es necesario investigar la presencia de otros factores tales como la forma de afrontamiento practicado por los sujetos estudiados ya que, el alto porcentaje de prevalencia del síndrome (54.9%) entre los agentes de vialidad estudiados podría deberse al uso de formas inadecuadas de afrontamiento.

2.5. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD.

2.5.1. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD: Según Susan Cloninger (2003) la personalidad “puede definirse como las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona”.

Dichas causas serían tan diversas como teorías de la personalidad existen. Tres aspectos son importantes, según esta autora, a la hora de definir la personalidad: los que hacen referencia a las formas de caracterizar a una persona, la dinámica de la personalidad que se refiere a como se ajusta la persona a las situaciones de la vida y como es influida por la cultura y su medio, y el desarrollo de la personalidad que se refiere

a los factores (biológicos o ambientales) que influyen en la formación de la personalidad. (Cloninger, 2003)

Algunos autores dan sus definiciones de personalidad desde la corriente psicológica que representan, así, para Adler (Citado por Cloninger, 2003) las causas de la conducta están en el esfuerzo consiente y el sí mismo creativo. Para Erikson (Citado por Cloninger, 2003), las causas de la conducta están en el desarrollo psicosocial que ocurre invariablemente en ocho etapas. Para Karen Horney (Citado por Cloninger, 2003), la conducta obedece a factores interpersonales. Allport (Citado por Cloninger, 2003), dice que la conducta se explica por dimensiones básicas de la personalidad llamadas rasgos. Para Cattell (Citado por Cloninger, 2003), la personalidad es “lo que permite una predicción de lo que haría una persona en una situación dada”. (Cloninger, 2003)

Roth y Pinto (2010) mencionan la relación del síndrome de burnout con algunos rasgos de personalidad, es decir ciertos rasgos (neurotismo) facilitarían el desarrollo del síndrome. Según estos autores se ha encontrado relación entre factores del burnout (agotamiento emocional y despersonalización) con rasgos de personalidad prudente impulsivo, confiado celoso y sumiso dominante.

Las personas con sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás, dificultad para establecer contactos interpersonales y bajo ajuste psicológico estarían más propensas a desarrollar el síndrome, y las personas con optimismo, alto ajuste psicológico, perspectiva realista ante acontecimientos, capacidad para establecer contactos interpersonales, estarían menos predispuestas a desarrollar el síndrome. (Roth y Pinto, 2010)

2.5.2. TIPOS DE PERSONALIDAD: Según Newstrom, (2007) “la vulnerabilidad al estrés se relaciona frecuentemente con las características de personalidad tipo A y B. La personas tipo A son agresivas y competitivas, establecen estándares altos, son impacientes con ellas mismas y los demás y prosperan bajo presiones constantes de tiempo, se exigen demasiado incluso en momentos de esparcimiento y recreación”. Estas personas no son conscientes de que las presiones que experimentan no son producto del ambiente sino que las ocasionan ellos mismos. Debido a este constante estrés que sufren

algunas personas tipo A son propensas a los síntomas somáticos relacionados con el estrés como los infartos de miocardio.

“Las personas tipo B son más realistas y tranquilas” (Newstrom, 2007). Para este autor las personas tipo B tienden a aceptar las situaciones y no compiten entre sí, sino que trabajan juntas, no los afectan las presiones de tiempo por lo que no presentan problemas relacionados con el estrés. Estos pueden ser trabajadores muy productivos que son capaces de cumplir los objetivos de la organización.

Para Hernández y Olmedo (2010) la personalidad tipo A está relacionada con la despersonalización, cansancio emocional, cinismo, negatividad interpersonal y fatiga física. Las personas con patrón de personalidad tipo A (PCTA), según Hernández y Olmedo (2010), serían proclives a escoger puestos que suponen mayor exposición a estresores debido a una motivación extrínseca al trabajo o búsqueda de estatus, aumentando de esta forma la probabilidad de exposición a estresores como la sobrecarga de rol, sin embargo tienden a reducir las actitudes que mejoran la resistencia al estrés como hacer deporte.

Hernández y Olmedo (2010) sugieren que existen diferentes formas de personalidad tipo A, las más expresivas y menos hostiles serían menos propensas a sufrir enfermedades cardíacas. Suponen estos autores que otras personas tipo A disfrutan su éxito, lo que les permite ignorar la tensión que les rodea y no manifiestan síntomas físicos.

2.5.3. PATRONES DE CONDUCTA: Los patrones de conducta son considerados moduladores de la respuesta al estrés. Un patrón de conducta se desarrolla desde el momento de nacer. De modo subconsciente creamos patrones que reflejan nuestra experiencia a lado de nuestros padres. Según Hernández y Olmedo (2010), algunos patrones de conducta tales como la hipersensibilidad, la dificultad para las relaciones sociales, el retraimiento social, la falta de autoconfianza, el perfeccionismo y la excesiva dedicación al trabajo, predisponen a las personas a padecer el síndrome de burnout.

Según Aniorte (2011), existen los siguientes patrones de conducta:

- Patrón de conducta Paranoide: desconfianza excesiva o injustificada, suspicacia, hipersensibilidad y restricción afectiva.
- Patrón de conducta Esquizoide: dificultad para las relaciones sociales, ausencia de sentimientos cálidos y tiernos.
- Patrón de conducta Histriónica: conducta teatral, reactiva, expresada intensamente. Superficialidad, egocentrismo, manipulación e hipocresía caracterizan las relaciones sociales de estas personas.
- Patrón de conducta Narcisista: sentimientos de importancia y grandiosidad, fantasía de éxito.
- Patrón de conducta Antisocial: conducta antisocial continua y crónica. Se tiende a violar los derechos de los demás
- Patrón de conducta Límite: inestabilidad en el estado de ánimo, la identidad, la autoimagen y la conducta interpersonal.
- Patrón de conducta de Evitación: demasiado sensibles al rechazo, la humillación o la vergüenza. Retraimiento social a pesar del deseo de afecto y baja autoestima.
- Patrón de conducta Dependiente: subordinación e incapacidad para valerse por sí mismo. Falta de autoconfianza
- Patrón de conducta Obsesivo Compulsiva: Perfeccionismo, obstinación, excesiva devoción al trabajo y al rendimiento.

2.5.4. LOCUS DE CONTROL: El locus de control, según Hernández y Olmedo (2010), también constituiría una variable moduladora de la respuesta al estrés. Se lo considera como una característica estable de la personalidad y puede ser interno y externo. Cuando es interno la persona considera que puede controlar sus decisiones y acciones. Mientras que cuando es externo se piensa que es el desatino o la suerte lo que controla la vida del sujeto.

“En el plano profesional los externos presentan mayor insatisfacción personal, más estrés y se queman más, frente a esto los internos presentan mayores sentimientos de realización personal, menor percepción de sobrecarga, ambigüedad de rol, miedo al éxito y son menos tradicionales en su concepción de los roles sexuales” (Hernández y Olmedo 2010)

Según Paul Muchinsky, (2002) las personas que presentan locus de control interno responden al estrés de manera diferente a las personas que presentan locus de control externo.

“Aquellos que están orientados internamente tienen más probabilidades de hacer algo contra la propia fuente de estrés o de mitigar sus efectos de otra manera, y los que están orientados de manera externa tienen más probabilidades de sentir que las acciones eficientes están fuera de su alcance y tienden a aguantar, en lugar de actuar” (Muchinsky 2002)

2.5.5. INVESTIGACIONES REALIZADAS:

1. Estudio realizado por Bernardo Moreno Jiménez, Eva Garrosa Hernández y José Luís González, (2000) con el objetivo de analizar la relación entre personalidad resistente y burnout. En una muestra de 107 profesores de educación secundaria de 14 institutos de formación profesional de Madrid. Como instrumento se aplica una “adaptación española de Personal Views Survey” (PVS), Cuestionario de Burnout del profesorado.

Al final del estudio se plantea la siguiente conclusión: “Los procesos de estrés y burnout surgen de la interacción de determinadas variables del entorno laboral y variables de personalidad. El individuo tiene un papel muy importante en el origen y desarrollo de estos procesos, de forma que es capaz de enfrentarse activamente al medio y modificarlo en su propio beneficio si cuenta con las estrategias de afrontamiento adecuadas con lo que puede orientarse activamente al bienestar y la salud. Los individuos con personalidad resistente serían menos vulnerables al estrés y utilizarían estrategias de afrontamiento más adaptativas”. (Moreno y col. 2000)

Según este estudio, el estrés laboral no afecta indistintamente a todos los individuos, al contrario existiría un tipo de personalidad capaz de reducir considerablemente los efectos del síndrome de burnout.

2. Estudio realizado en el año 2007 por María Érica Ortega Herrera, con el objetivo de identificar la presencia, nivel y distribución de los factores que constituyen el burnout y su relación con la personalidad resistente para determinar si este constructo puede ser considerado como factor de protección contra el burnout. Se trata de un estudio descriptivo con diseño transversal y correlacional. Instrumentos: Maslach Burnout Inventory y el Inventario de Puntos de Vista Personales, aplicados a una muestra de 119 profesionales de la salud del Centro Estatal de Cancerología de Veracruz “Dr. Miguel Dorantes Mesa”. México. 2007

Como resultado se detectó un grado moderadamente alto de burnout, siendo el personal de enfermería el más afectado. Se encontró una correlación, estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y el burnout. Las variables sociodemográficas que tuvieron correlación estadística significativa con el burnout fueron sexo, profesión, edad, nivel académico y tipo de contrato.

4. METODOLOGÍA:

- a. **Diseño de investigación:** Esta investigación es cuantitativa ya que arroja información numérica recogida mediante los instrumentos aplicados. Es no experimental porque se realizó sin la manipulación deliberada de variables y se observaron los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos. Es transversal porque analizó el estado de diversas variables en un momento específico. Es exploratoria porque se trata de una investigación inicial, y es descriptiva porque se recolectó información que ha permitido dar ciertos detalles del fenómeno investigado.
- b. **Participantes:** Se investigó a 30 profesionales de la salud que laboran en el Hospital de la III División de Tarqui (Hospital Militar de Cuenca), 15 médicos con diversas especialidades, y 15 enfermeras. El Hospital de la III División es un Centro de Salud Público que atiende tanto a miembros de las Fuerzas Armadas como al público en general. Cuenta con servicio de consulta externa como también servicio de hospitalización.
- c. **Instrumentos:** Para la recolección de datos se utilizaron 6 instrumentos:
 - o Cuestionario sociodemográfico y laboral que nos permite recolectar datos personales y laborales relacionados con el síndrome de Burnout, tales como: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia laboral, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo, entre otros.
 - o Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para detectar la presencia o no del síndrome de Burnout en los profesionales investigados; mide las tres dimensiones de este síndrome a través de 22 enunciados. Valora los sentimientos y pensamientos del sujeto acerca de su trabajo mediante tres subescalas: agotamiento emocional (puntuaciones altas indican cansancio emocional a causa de las demandas del trabajo), despersonalización (puntuaciones altas indican frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo) y realización personal (grado de realización logro y autoeficacia percibida)

- Cuestionario de Salud Mental (GHQ28), para evaluar el nivel de Salud Mental de los encuestados, versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970, en este se detecta disturbios psiquiátricos menores mediante 4 dimensiones: síntomas somáticos (dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, etc.), ansiedad e insomnio (nerviosismo, pánico, dificultades para dormir), disfunción social (sentimientos hacia las actividades que se realiza durante todo el día) y depresión (sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte).
- Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), para detectar los modos en que los profesionales afrontan las situaciones estresantes. Mediante 28 ítems evalúa formas de afrontamiento como: Afrontamiento activo, planificación, auto distracción, apoyo instrumental, apoyo emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, religión, auto inculpción, desahogo, desconexión conductual, uso de sustancias y humor.
- Cuestionario MOS de apoyo social, para medir el nivel de apoyo social con el que cuenta el encuestado. Creado por Sherbourne y Cols en 1991. Mediante 20 ítems mide cuatro dimensiones del apoyo social: apoyo emocional (posibilidad de contar con alguien que brinde asesoramiento, información y consejo), apoyo instrumental (contar con ayuda doméstica), redes sociales (contar con otras personas para comunicarse) y apoyo afectivo (demostraciones de amor, cariño y simpatía).
- Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A, para determinar los rasgos de personalidad sobresalientes de los encuestados. Mediante 24 ítems evalúa cuatro factores de la personalidad: neurotismo (puntaje alto indica ansiedad, cambio de humor, desórdenes psicosomáticos. Puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta), extraversión (puntuaciones altas indican sociabilidad, impulsividad, optimismo. Puntuaciones bajas indican retraimiento, desconfianza, reserva, control), psicoticismo (puntuación alta indica despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad) y sinceridad (mide el grado de veracidad de las respuestas).

- d. **Recolección de datos:** Para la recolección de datos se acudió a los directivos del Hospital de la III División Tarqui de la ciudad de Cuenca, a quienes se les expuso las características y beneficios del estudio entre sus profesionales. De modo inmediato se recibió la autorización para llevar a cabo el estudio en dicha casa de Salud. En los días posteriores se procedió a visitar personalmente a cada uno de los profesionales de la salud (Enfermeras y Médicos) que laboran en dicho Centro, para solicitar su colaboración y explicarles la forma en que debían llenar la información requerida en los 6 cuestionarios.

En este Centro de Salud se obtuvo la colaboración de 30 profesionales (15 médicos y 15 enfermeras) que accedieron a participar en el estudio y se aplicaron los cuestionarios. La dificultad principal aquí fue el difícil acceso a los profesionales por el cambio de turnos, sobre todo a la hora de recuperar los cuestionarios.

La recolección de datos se llevó a cabo a través de las siguientes etapas:

1. En el departamento de Recursos Humanos del hospital se nos entregó la lista de profesionales que participarían en la investigación.
2. Se visitó a cada uno de los participantes individualmente y de forma personal se les explicó acerca del tema de nuestra investigación y los objetivos de la misma.
3. A continuación se explicó a los profesionales sobre los cuestionarios que debían completar y el tipo de información que cada uno de ellos recoge. Se les entregó los seis cuestionarios y se les dio las explicaciones correspondientes para su llenado.
4. La información fue recolectada mediante auto llenado de los datos, es decir, después de entregar los seis cuestionarios a cada participante, se otorgó un lapso de tiempo (máximo 15 días) para su llenado.

5. Transcurrido el plazo para el llenado de los cuestionarios, también en forma personal, se procedió a verificar que la información esté correctamente consignada.

6. Finalmente se retiró los cuestionarios para llevar a cabo la tabulación de los datos.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL (# 1)

TABLA 1

DATOS PERSONALES

MÉDICOS

VARIABLES		F	%
Género	Masculino	9	60
	Femenino	6	40
	TOTAL	15	100
Edad	25-50	7	46.66
	51-75	8	53.33
	TOTAL	15	100
Zona en la que trabaja	Urbana	15	100
	Rural	0	0
	TOTAL	15	100
Estado civil	Soltero	1	6.66
	Casado	14	93.33
	Viudo	0	0
	Divorciado o separado	0	0
	Unión libre	0	0
	TOTAL	15	100
La remuneración se encuentra entre	0-1000	1	6.66
	1001-2000	12	80
	2001-3000	2	13.33
	3001-4000	0	0
	4001-5000	0	0
	5001-6000	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Datos Personales)

Se observa que hay equilibrio en la edad del personal médico que no presenta burnout, (14 profesionales que equivalen al 100%); de estos, aproximadamente la mitad (57.14%) tienen más de 50 y la otra mitad (42.85%) tienen menos de 50. El médico con burnout tiene menos de 50. La mayoría (92.85%) de médicos sin burnout están casados. El médico con burnout también está casado. La mayoría de los que no tienen burnout gana entre 1001 y 2000 dólares trabajando medio tiempo (4 horas diarias). El profesional con burnout gana entre 1001 y 2000 dólares pero trabaja 8 horas diarias.

TABLA 2

DATOS PERSONALES

ENFERMERAS

VARIABLES		FREC	%
Género	Masculino	0	0
	Femenino	15	100
	TOTAL	15	100
Edad	25-50	12	80
	51-75	3	20
	TOTAL	15	100
Zona en la que trabaja	Urbana	15	100
	Rural	0	0
	TOTAL	15	100
Estado civil	Soltero	3	20
	Casado	9	60
	Viudo	0	0
	Divorciado o separado	3	20
	Unión libre	0	0
	TOTAL	15	100
La remuneración se encuentra entre	0-1000	12	80
	1001-2000	3	20
	2001-3000	0	0
	3001-4000	0	0
	4001-5000	0	0
	5001-6000	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Datos Personales)

Todo el personal de enfermería es del sexo femenino, tal vez la enfermería aún se considera en nuestro medio como una profesión femenina, al contrario de lo que ocurre con los médicos que son en su mayoría del sexo masculino. La mayoría de enfermeras que no presentan burnout es relativamente joven. La enfermera con burnout tiene más de 50. El estado civil de las enfermeras sin burnout es más diverso (solteras, casadas, divorciadas) a diferencia de los médicos que en su gran mayoría son casados. El 78.57% de las enfermeras sin burnout (14 enfermeras que equivale al 100%) gana entre 0 y 1000 dólares, menos que los médicos a pesar de que su trabajo es más pesado. La enfermera con burnout gana entre 0 y 1000 dólares.

TABLA 3

**DATOS LABORALES
MÉDICOS**

VARIABLES		FREC	%
Especialidad de medicina en	Cirujanos	4	26.66
	Ginecólogos Obstetras	3	20
	Otorrinolaringólogos	1	6.66
	Pediatras	2	13.33
	Psiquiatras	1	6.66
	Cardiólogos	1	6.66
	Médicos internistas	3	20
	TOTAL	15	100
Está estudiando actualmente	Si	0	0
	No	15	100
	TOTAL	15	100
Años de experiencia profesional	0-15	2	13.33
	16-30	8	53.33
	31-45	5	33.33
	TOTAL	15	100
Tipo de trabajo	Tiempo completo	5	33.33
	Tiempo parcial	10	66.66
	TOTAL	15	100
Sector en el que trabaja	Privado	3	20
	Público	5	33.33
	Ambos	7	46.66
	TOTAL	15	100
Tipo de contrato que posee	Eventual	1	6.66
	Ocasional	0	0
	Plazo fijo	0	0
	Indefinido (Nombram.)	14	93.33
	Servicios profesionales	0	0
	Ninguno	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Datos Laborales)

El médico con burnout tiene 15 años de experiencia profesional. Los médicos que no presentan burnout tienen entre 16 y 45 años de experiencia. La especialidad de los médicos sin burnout es diversa, trabajan solo 4 horas diarias y tienen contrato indefinido (nombramiento) debido a que se trata de una casa de salud del sector público. El médico con burnout tiene especialidad en Psiquiatría. Ninguno de los profesionales médicos (con y sin burnout) realiza algún tipo de capacitación, probablemente el Hospital Militar de Cuenca no le da importancia a la capacitación de su personal.

TABLA 4**DATOS LABORALES****ENFERMERAS**

VARIABLES		FREC	%
Está estudiando actualmente	Si	0	0
	No	15	100
	TOTAL	15	100
Años de experiencia profesional	0-15	11	73.33
	16-30	3	20
	31-45	1	6.66
	TOTAL	15	100
Tipo de trabajo	Tiempo completo	12	80
	Tiempo parcial	3	20
	TOTAL	15	100
Sector en el que trabaja	Privado	3	20
	Público	12	80
	Ambos	0	0
	TOTAL	15	100
Tipo de contrato que posee	Eventual	1	6.66
	Ocasional	5	33.33
	Plazo fijo	1	6.66
	Indefinido (Nombram.)	8	53.33
	Servicios profesionales	0	0
	Ninguno	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Datos Laborales)

Al igual que los médicos tampoco las enfermeras se encuentra realizando algún tipo de capacitación. La mayoría de enfermeras sin burnout (78.57%) no tiene más de 15 años laborando en el hospital. Al contrario de los médicos, la mayoría de las enfermeras sin burnout trabaja tiempo completo (8 horas) y gana menos que los médicos, sólo el 50% tiene contrato indefinido. La enfermera con burnout tiene 27 años de experiencia, trabaja 8 horas diarias y tiene contrato indefinido.

TABLA 5

VALORACIÓN LABORAL

MÉDICOS

VARIABLES		FREC	%
Cuán valorado por sus pacientes	1. Nada	0	0
	2. Poco	0	0
	3. Bastante	8	53.33
	4. Totalmente	7	46.66
	TOTAL	15	100
Cuán valorado por los familiares de los pacientes	1. Nada	0	0
	2. Poco	0	0
	3. Bastante	12	80
	4. Totalmente	3	20
	TOTAL	15	100
Cuán valorado por sus compañeros de profesión	1. Nada	0	0
	2. Poco	2	13.33
	3. Bastante	9	60
	4. Totalmente	4	26.66
	TOTAL	15	100
Cuán valorado por los directivos de la institución	1. Nada	2	13.33
	2. Poco	5	33.33
	3. Bastante	5	33.33
	4. Totalmente	3	20
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Valoración Laboral)

Los médicos sin burnout tienen la percepción de estar bastante y totalmente valorados por sus pacientes, por los familiares de estos y por sus compañeros de trabajo. Esto cambia respecto a la valoración por parte de los directivos, 33.33% de la muestra de médicos (incluido el médico con burnout) se siente poco valorado y 13.33% de la muestra de médicos dice estar nada valorado.

TABLA 6**VALORACIÓN LABORAL****ENFERMERAS**

VARIABLES		FREC	%
Cuán valorado por sus pacientes	1. Nada	0	0
	2. Poco	1	6.66
	3. Bastante	9	60
	4. Totalmente	5	33.33
	TOTAL	15	100
Cuán valorado por los familiares de los pacientes	1. Nada	0	0
	2. Poco	1	6.66
	3. Bastante	10	66.66
	4. Totalmente	4	26.66
	TOTAL	15	100
Cuán valorado por sus compañeros de profesión	1. Nada	0	0
	2. Poco	1	6.66
	3. Bastante	8	53.33
	4. Totalmente	6	40
	TOTAL	15	100
Cuán valorado por los directivos de la institución	1. Nada	0	0
	2. Poco	0	0
	3. Bastante	7	46.66
	4. Totalmente	8	53.33
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Valoración Laboral)

También la mayoría de las enfermeras (incluida la que no presenta burnout) tienen la percepción de estar bastante y totalmente valoradas por los pacientes, por los familiares de estos, por los compañeros de trabajo y también por los directivos, a diferencia de los médicos sin burnout quienes, casi la mitad, no se sienten valorados por los directivos. La enfermera con burnout también manifiesta ser bastante y totalmente valorada por sus pacientes, por los familiares de estos y por sus compañeros de trabajo.

TABLA 7

NIVEL DE SATISFACCIÓN

MÉDICOS

VARIABLES		FREC	%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	1. Nada	0	0
	2. Poco	3	20
	3. Bastante	5	33.33
	4. Totalmente	7	46.66
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	1. Nada	0	0
	2. Poco	1	6.66
	3. Bastante	3	20
	4. Totalmente	11	73.33
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	1. Nada	2	13.33
	2. Poco	8	53.33
	3. Bastante	3	20
	4. Totalmente	2	13.33
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	1. Nada	2	13.33
	2. Poco	2	13.33
	3. Bastante	7	46.66
	4. Totalmente	4	26.66
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	1. Nada	1	6.66
	2. Poco	1	6.66
	3. Bastante	8	53.33
	4. Totalmente	5	33.33
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con su situación económica?	1. Nada	1	6.66
	2. Poco	6	40
	3. Bastante	5	33.33
	4. Totalmente	3	20
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Nivel de Satisfacción)

Entre los médicos sin burnout, en general existe bastante y total satisfacción con el trabajo realizado, con la interacción con los pacientes, con la colaboración entre los compañeros, con la valoración global de la experiencia profesional y con la situación económica. El médico con burnout presenta poca satisfacción en la interacción con sus pacientes. Hay poca satisfacción de los médicos (con y sin burnout) con el apoyo brindado por los directivos del hospital.

TABLA 8

NIVEL DE SATISFACCIÓN

ENFERMERAS

VARIABLES		FREC	%
¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?	1. Nada	2	13.33
	2. Poco	0	0
	3. Bastante	4	26.66
	4. Totalmente	9	60
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?	1. Nada	1	6.66
	2. Poco	0	0
	3. Bastante	6	40
	4. Totalmente	8	53.33
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?	1. Nada	0	0
	2. Poco	2	13.33
	3. Bastante	9	60
	4. Totalmente	4	26.66
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?	1. Nada	2	13.33
	2. Poco	2	13.33
	3. Bastante	8	53.33
	4. Totalmente	3	20
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?	1. Nada	1	6.66
	2. Poco	0	0
	3. Bastante	7	46.66
	4. Totalmente	7	46.66
	TOTAL	15	100
¿Está satisfecho con su situación económica?	1. Nada	0	0
	2. Poco	5	33.33
	3. Bastante	8	53.33
	4. Totalmente	2	13.33
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Sociodemográfico (Nivel de Satisfacción)

Las enfermeras sin burnout están, en su mayoría, bastante y totalmente satisfechas con el apoyo brindado por los directivos del hospital, al igual que en los demás aspectos (satisfacción con el trabajo realizado, satisfacción con la interacción con los pacientes, satisfacción con la colaboración entre compañeros, satisfacción con la valoración global de la experiencia profesional y satisfacción con la situación económica) se muestran bastante y totalmente satisfechas. Al contrario de la enfermera con burnout que está poco y nada satisfecha en todos los aspectos.

CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

TABLA 9

MÉDICOS

VARIABLE		F	%
Agotamiento emocional	Bajo	11	73.33
	Medio	0	0
	Alto	4	26.66
	TOTAL	15	100
Despersonalización	Bajo	14	93.33
	Medio	0	0
	Alto	1	6.66
	TOTAL	15	100
Realización personal	Bajo	0	0
	Medio	0	0
	Alto	15	100
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

El 26.66% de la muestra de los médicos presenta alto agotamiento emocional, (en este porcentaje está incluido el médico con burnout) mientras que el 6.66% presenta alto nivel de despersonalización (médico con burnout). Debido a que se observa alto agotamiento emocional y alto nivel de despersonalización en uno de los profesionales, se concluye que el 6.66% (1) de los médicos tiene el síndrome de burnout.

TABLA 10

ENFERMERAS

VARIABLE		F	%
Agotamiento emocional	Bajo	11	73.33
	Medio	2	13.33
	Alto	2	13.33
	TOTAL	15	100
Despersonalización	Bajo	14	93.33
	Medio	0	0
	Alto	1	6.66
	TOTAL	15	100
Realización personal	Bajo	1	6.66
	Medio	0	0
	Alto	14	93.33
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

El 13.33% de la muestra de enfermeras presenta alto agotamiento emocional (incluida la enfermera con burnout) y el 6.66% tiene alto nivel de despersonalización (enfermera con burnout). Debido a que se observa alto agotamiento emocional y alto nivel de despersonalización en una de las profesionales, se concluye que el 6.66% (1) de las enfermeras presenta el síndrome de burnout. Igual que en el caso de los médicos, solo una profesional enfermera tiene el síndrome.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

TABLA 11.1

MÉDICOS SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

VARIABLE	F	%
A1. ¿Se ha sentido bien de salud y en plena forma?	1. Mejor que lo habitual	6.66
	2. Igual que lo habitual	73.33
	3. Peor que lo habitual	13.33
	4. Mucho peor que lo habitual	6.66
	TOTAL	15 100
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?	1. Mejor que lo habitual	40
	2. Igual que lo habitual	46.66
	3. Peor que lo habitual	13.33
	4. Mucho peor que lo habitual	0
	TOTAL	15 100
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?	1. Mejor que lo habitual	26.66
	2. Igual que lo habitual	53.33
	3. Peor que lo habitual	20
	4. Mucho peor que lo habitual	0
	TOTAL	15 100
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	1. Mejor que lo habitual	33.33
	2. Igual que lo habitual	46.66
	3. Peor que lo habitual	13.33
	4. Mucho peor que lo habitual	6.66
	TOTAL	15 100
A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	1. Mejor que lo habitual	33.33
	2. Igual que lo habitual	40
	3. Peor que lo habitual	20
	4. Mucho peor que lo habitual	6.66
	TOTAL	15 100
A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza?	1. Mejor que lo habitual	53.33
	2. Igual que lo habitual	26.66
	3. Peor que lo habitual	20
	4. Mucho peor que lo habitual	0
	TOTAL	15 100
A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofrío?	1. Mejor que lo habitual	53.33
	2. Igual que lo habitual	20
	3. Peor que lo habitual	20
	4. Mucho peor que lo habitual	6.66
	TOTAL	15 100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

El médico con burnout no tiene síntomas psicosomáticos. Cinco profesionales médicos (sin burnout) sí los presentan (dolores de cabeza, cansancio, escalofrío, etc.), sin embargo, es probable que estos se deban a otras razones que no sean estrés laboral. En estos casos se debe descartar una afección física.

TABLA 11.2

MÉDICOS

ANSIEDAD E INSOMNIO

VARIABLE		F	%
B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	1. No en absoluto	4	26.66
	2. No más que lo habitual	8	53.33
	3. Bastante más que lo habitual	2	13.33
	4. Mucho más que lo habitual	1	6.66
	TOTAL	15	100
B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?	1. No en absoluto	3	20
	2. No más que lo habitual	5	33.33
	3. Bastante más que lo habitual	6	40
	4. Mucho más que lo habitual	1	6.66
	TOTAL	15	100
B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	1. No en absoluto	3	20
	2. No más que lo habitual	8	53.33
	3. Bastante más que lo habitual	3	20
	4. Mucho más que lo habitual	1	6.66
	TOTAL	15	100
B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	1. No en absoluto	5	33.33
	2. No más que lo habitual	7	46.66
	3. Bastante más que lo habitual	3	20
	4. Mucho más que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	1. No en absoluto	8	53.33
	2. No más que lo habitual	7	46.66
	3. Bastante más que lo habitual	0	0
	4. Mucho más que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	1. No en absoluto	7	46.66
	2. No más que lo habitual	7	46.66
	3. Bastante más que lo habitual	1	6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	1. No en absoluto	8	53.33
	2. No más que lo habitual	6	40
	3. Bastante más que lo habitual	1	6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

Ocho de los médicos sin burnout (57.14%) presentan caso de ansiedad (dificultades para conciliar el sueño, preocupación, nerviosismo, tensión e irritabilidad), el médico con burnout también muestra caso de ansiedad. Los directivos del hospital deberían indagar las razones de esta situación, ya que es, sin duda preocupante.

TABLA 11.3

MÉDICOS

DISFUNCIÓN SOCIAL

VARIABLE		F	%
C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	1. Más que lo habitual	1	6.66
	2. Igual que lo habitual	14	93.33
	3. Bastante menos que lo habitual	0	0
	4. Mucho menos que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	1. Menos que lo habitual	0	0
	2. Igual que lo habitual	12	80
	3. Más que lo habitual	3	20
	4. Mucho más que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	1. Mejor que lo habitual	2	13.33
	2. Igual que lo habitual	13	86.66
	3. Peor que lo habitual	0	0
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	1. Más que lo habitual	6	40
	2. Igual que lo habitual	7	46.66
	3. Peor que lo habitual	2	13.33
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	1. Mejor que lo habitual	7	46.66
	2. Igual que lo habitual	8	53.33
	3. Menos que lo habitual	0	0
	4. Mucho menos que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1. Mejor que lo habitual	5	33.33
	2. Igual que lo habitual	9	60
	3. Peor que lo habitual	1	6.66
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	1. Mejor que lo habitual	3	20
	2. Igual que lo habitual	12	80
	3. Peor que lo habitual	0	0
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

No hay casos de disfunción social entre los médicos sin burnout, y entre las enfermeras tampoco, es decir, no hay sentimientos negativos hacia las actividades que realizan durante el día y falta de satisfacción al realizarlas; esto incluye al profesional médico con burnout. Este aspecto es muy positivo ya que el personal sanitario del hospital muestra un buen desempeño en la vida diaria.

TABLA 11.4

**MÉDICOS
DEPRESIÓN**

VARIABLE	F	%
D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	1. No en absoluto	11 73.33
	2. Igual que lo habitual	3 20
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?	1. No en absoluto	12 80
	2. Igual que lo habitual	2 13.33
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?	1. No en absoluto	14 93.33
	2. Igual que lo habitual	1 6.66
	3. Bastante más que lo habitual	0 0
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	1. Claramente no	15 100
	2. Me parece que no	0 0
	3. Se me ha pasado por la mente	0 0
	4. Claramente lo he pensado	0 0
	TOTAL	15 100
D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	1. No en absoluto	14 93.33
	2. Igual que lo habitual	1 6.66
	3. Bastante más que lo habitual	0 0
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	1. No en absoluto	14 93.33
	2. Igual que lo habitual	1 6.66
	3. Bastante más que lo habitual	0 0
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	1. Claramente no	14 93.33
	2. Me parece que no	1 6.66
	3. Se me ha pasado por la mente	0 0
	4. Claramente lo he pensado	0 0
	TOTAL	15 100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

No hay casos de depresión entre los médicos sin burnout, es decir, síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza hasta deseos de quitarse la vida. El profesional que presenta burnout tampoco sufre depresión.

TABLA 12.1

ENFERMERAS

SÍNTOMAS PSICOSOMÁTICOS

VARIABLE		F	%
A1. ¿Se ha sentido bien de salud y en plena forma?	1. Mejor que lo habitual	3	20
	2. Igual que lo habitual	10	66.66
	3. Peor que lo habitual	2	13.33
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?	1. Mejor que lo habitual	7	46.66
	2. Igual que lo habitual	7	46.66
	3. Peor que lo habitual	1	6.66
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerza para nada?	1. Mejor que lo habitual	5	33.33
	2. Igual que lo habitual	8	53.33
	3. Peor que lo habitual	2	13.33
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?	1. Mejor que lo habitual	5	33.33
	2. Igual que lo habitual	10	66.66
	3. Peor que lo habitual	0	0
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?	1. Mejor que lo habitual	8	53.33
	2. Igual que lo habitual	6	40
	3. Peor que lo habitual	1	6.66
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza?	1. Mejor que lo habitual	9	60
	2. Igual que lo habitual	6	40
	3. Peor que lo habitual	0	0
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofrío?	1. Mejor que lo habitual	9	60
	2. Igual que lo habitual	4	26.66
	3. Peor que lo habitual	2	13.33
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

Casi en igual porcentaje que los médicos 28.57% de las enfermeras sin burnout presentan caso de síntomas psicosomáticos, es decir, dolores de cabeza, cansancio, escalofríos, etc. Como en el caso de los médicos, se debe descartar afecciones físicas. La enfermera con burnout no evidencia síntomas psicosomáticos.

TABLA 12.2

ENFERMERAS

ANSIEDAD E INSOMNIO

VARIABLE	F	%
B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	1. No en absoluto	7 46.66
	2. No más que lo habitual	7 46.66
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?	1. No en absoluto	7 46.66
	2. No más que lo habitual	5 33.33
	3. Bastante más que lo habitual	3 20
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?	1. No en absoluto	6 40
	2. No más que lo habitual	8 53.33
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?	1. No en absoluto	5 33.33
	2. No más que lo habitual	10 66.66
	3. Bastante más que lo habitual	0 0
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?	1. No en absoluto	10 66.66
	2. No más que lo habitual	4 26.66
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?	1. No en absoluto	10 66.66
	2. No más que lo habitual	3 20
	3. Bastante más que lo habitual	2 13.33
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?	1. No en absoluto	9 60
	2. No más que lo habitual	5 33.33
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

En menor proporción que los médicos, solo un 35.71% de las enfermeras sin burnout muestran caso de ansiedad; la enfermera con burnout no lo presenta, no obstante también debería ser tomado en cuenta por los directivos del hospital para aplicar correctivos.

TABLA 12.3

ENFERMERAS

DISFUNCIÓN SOCIAL

VARIABLE		F	%
C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?	1. Más que lo habitual	7	46.66
	2. Igual que lo habitual	8	53.33
	3. Bastante menos que lo habitual	0	0
	4. Mucho menos que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?	1. Menos que lo habitual	4	26.66
	2. Igual que lo habitual	9	60
	3. Más que lo habitual	2	13.33
	4. Mucho más que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?	1. Mejor que lo habitual	9	60
	2. Igual que lo habitual	6	40
	3. Peor que lo habitual	0	0
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?	1. Más que lo habitual	10	66.66
	2. Igual que lo habitual	5	33.33
	3. Peor que lo habitual	0	0
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C5. ¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	1. Mejor que lo habitual	12	80
	2. Igual que lo habitual	3	20
	3. Menos que lo habitual	0	0
	4. Mucho menos que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	1. Mejor que lo habitual	12	80
	2. Igual que lo habitual	3	20
	3. Peor que lo habitual	0	0
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100
C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?	1. Mejor que lo habitual	9	60
	2. Igual que lo habitual	5	33.33
	3. Peor que lo habitual	1	6.66
	4. Mucho peor que lo habitual	0	0
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

No hay casos de disfunción social entre las enfermeras sin burnout, al igual que entre los médicos; lo cual implica que no hay sentimientos negativos hacia las actividades que desempeñan durante el día, ni insatisfacción al realizarlas. Como en el caso de los médicos, las enfermeras de este centro de salud muestran un buen desempeño social en la vida diaria. Tampoco se evidencia disfunción social en la profesional con burnout.

TABLA 12.4

**ENFERMERAS
DEPRESIÓN**

VARIABLE	F	%
D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	1. No en absoluto	14 93.33
	2. Igual que lo habitual	0 0
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?	1. No en absoluto	13 86.66
	2. Igual que lo habitual	1 6.66
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no vale la pena vivirse?	1. No en absoluto	13 86.66
	2. Igual que lo habitual	2 13.33
	3. Bastante más que lo habitual	0 0
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?	1. Claramente no	11 73.33
	2. Me parece que no	4 26.66
	3. Se me ha pasado por la mente	0 0
	4. Claramente lo he pensado	0 0
	TOTAL	15 100
D5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?	1. No en absoluto	12 80
	2. Igual que lo habitual	2 13.33
	3. Bastante más que lo habitual	1 6.66
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?	1. No en absoluto	13 86.66
	2. Igual que lo habitual	2 13.33
	3. Bastante más que lo habitual	0 0
	4. Mucho más que lo habitual	0 0
	TOTAL	15 100
D7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?	1. Claramente no	12 80
	2. Me parece que no	2 13.33
	3. Se me ha pasado por la mente	1 6.66
	4. Claramente lo he pensado	0 0
	TOTAL	15 100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Salud General (GHQ-28)

El 7.14% de las enfermeras sin burnout presenta caso de depresión (síntomas que varían desde insomnio, falta de apetito, sentimientos de culpabilidad y desesperanza, hasta deseos de quitarse la vida), esto a diferencia de los médicos que no mostraban ningún caso. La enfermera con burnout también evidencia caso de depresión, a diferencia del médico con burnout que no presenta. No se descarta que estos síntomas de depresión estén relacionados con el estrés laboral que se observa en estas profesionales.

CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO BRIEF-COPE

TABLA 13

MÉDICOS

VARIABLE		F	%
Auto Distracción	Presenta	3	20
	No presenta	12	80
	TOTAL	15	100
Afrontamiento Activo	Presenta	3	20
	No presenta	12	80
	TOTAL	15	100
Negación	Presenta	0	0
	No presenta	15	100
	TOTAL	15	100
Uso de Sustancias	Presenta	0	0
	No presenta	15	100
	TOTAL	15	100
Uso de Apoyo Emocional	Presenta	1	6.66
	No presenta	14	93.33
	TOTAL	15	100
Uso de Apoyo Instrumental	Presenta	3	20
	No presenta	12	80
	TOTAL	15	100
Retirada de Comportamiento	Presenta	2	13.33
	No presenta	13	86.66
	TOTAL	15	100
Desahogo	Presenta	0	0
	No presenta	15	100
	TOTAL	15	100
Replanteamiento Positivo	Presenta	3	20
	No presenta	12	80
	TOTAL	15	100
Planificación	Presenta	4	26.66
	No presenta	11	73.33
	TOTAL	15	100
Humor	Presenta	1	6.66
	No presenta	14	93.33
	TOTAL	15	100
Aceptación	Presenta	5	33.33
	No presenta	10	66.66
	TOTAL	15	100
Religión	Presenta	2	13.33
	No presenta	13	86.66
	TOTAL	15	100
Autoinculpción	Presenta	1	6.66
	No presenta	14	93.33
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE

Las formas de afrontamiento más usadas por los médicos sin burnout son: aceptación y planificación; es decir toman conciencia y aceptan que la situación que están viviendo es real y tienden a pensar y analizar cómo hacer frente al estresor. Las más usadas por el profesional con burnout son: auto distracción (disipa el problema ocupándose en otras actividades), afrontamiento activo (acciones realizadas por el propio sujeto para reducir el estrés) uso de apoyo instrumental (pide ayuda a personal capacitado), aceptación y planificación.

TABLA 14
ENFERMERAS

VARIABLE	F	%	
Auto Distracción	Presenta	4	26.66
	No presenta	11	73.33
	TOTAL	15	100
Afrontamiento Activo	Presenta	6	40
	No presenta	9	60
	TOTAL	15	100
Negación	Presenta	1	6.66
	No presenta	14	93.33
	TOTAL	15	100
Uso de Sustancias	Presenta	0	0
	No presenta	15	100
	TOTAL	15	100
Uso de Apoyo Emocional	Presenta	2	13.33
	No presenta	13	86.66
	TOTAL	15	100
Uso de Apoyo Instrumental	Presenta	4	26.66
	No presenta	11	73.33
	TOTAL	15	100
Retirada de Comportamiento	Presenta	2	13.33
	No presenta	13	86.66
	TOTAL	15	100
Desahogo	Presenta	2	13.33
	No presenta	13	86.66
	TOTAL	15	100
Replanteamiento Positivo	Presenta	4	26.66
	No presenta	11	73.33
	TOTAL	15	100
Planificación	Presenta	5	33.33
	No presenta	10	66.66
	TOTAL	15	100
Humor	Presenta	0	0
	No presenta	15	100
	TOTAL	15	100
Aceptación	Presenta	4	26.66
	No presenta	11	73.33
	TOTAL	15	100
Religión	Presenta	5	33.33
	No presenta	10	66.66
	TOTAL	15	100
autoinculpación	Presenta	2	13.33
	No presenta	13	86.66
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE

Las formas de afrontamiento más usadas por las enfermeras sin burnout son: afrontamiento activo, planificación y religión, es decir realizan actividades para reducir el estrés, analizan los pasos a seguir para superar la situación estresante y acuden a realizar actividades religiosas; la enfermera con burnout no recurre a ninguna forma de afrontamiento.

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL (MOS)

TABLA 15

MÉDICOS

VARIABLE		F	%
Apoyo Emocional	Alto	12	80
	Bajo	3	20
	TOTAL	15	100
Apoyo Instrumental	Alto	12	80
	Bajo	3	20
	TOTAL	15	100
Redes Sociales	Alto	14	93.33
	Bajo	1	6.66
	TOTAL	15	100
Amor y Cariño	Alto	13	86.66
	Bajo	2	13.33
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

Los niveles de apoyo social son por lo general altos en los médicos sin burnout. Solo un 14.28% de ellos presentan bajo apoyo emocional, es decir prefiere afrontar sus problemas en forma personal; y un 14.28% tiene bajo apoyo instrumental, es decir, considera que puede solucionar ciertas situaciones en forma autónoma. El médico con burnout tiene bajo apoyo emocional, bajo apoyo instrumental, bajo nivel de relaciones sociales de ocio y distracción, es decir, carece de otras actividades para distraerse, y bajo apoyo afectivo, carece de demostraciones afectivas en la red social. El bajo nivel de apoyo social que este profesional presenta podría incidir en el alto nivel agotamiento emocional y alto nivel de despersonalización que se observa en él.

TABLA 16**ENFERMERAS**

VARIABLE		F	%
Apoyo Emocional	Alto	12	80
	Bajo	3	20
	TOTAL	15	100
Apoyo Instrumental	Alto	10	66.66
	Bajo	5	33.33
	TOTAL	15	100
Redes Sociales	Alto	13	86.66
	Bajo	2	13.33
	TOTAL	15	100
Amor y Cariño	Alto	13	86.66
	Bajo	2	13.33
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Apoyo Social (MOS)

Al igual que en los médicos, las enfermeras sin burnout también presentan altos grados de apoyo emocional, es decir cuentan con muestras de empatía, cuidado, amor y confianza. Solo el 21.42% de ellas tienen bajo apoyo emocional, o sea que prefiere enfrentar los problemas en forma personal, el 28.57% muestra bajo apoyo instrumental, es decir considera que puede resolver ciertas situaciones en forma autónoma. Estos porcentajes son casi similares a los de los médicos. La enfermera con burnout solo tiene bajo apoyo instrumental, o sea que ciertas situaciones cree que puede resolverlas de forma autónoma.

CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A)

TABLA 17

MÉDICOS

VARIABLE		F	%
Neurotismo	Alto	2	13.33
	Bajo	13	86.66
	TOTAL	15	100
Extraversión	Alto	9	60
	Bajo	6	40
	TOTAL	15	100
Psicoticismo	Alto	0	0
	Bajo	15	100
	TOTAL	15	100
Sinceridad	Alto	1	6.66
	Bajo	14	93.33
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

64.28% de médicos sin burnout presenta altos niveles de extraversión, es decir, rasgos de ser sociable, tener muchos amigos, ser animado, le gusta las bromas, ser despreocupado, condescendiente y optimista, rasgos de personalidad que protegen contra los efectos del estrés. 7.14% muestra altos niveles de neuroticismo, o sea, ansiedad, preocupación, tendencia a los cambios de humor bruscos y depresión frecuente. 92.85% tienen bajos niveles de sinceridad. Como dato positivo se observa que ninguno de los médicos evidencia rasgos de psicoticismo.

TABLA 18

ENFERMERAS

VARIABLE		F	%
Neurotismo	Alto	1	6.66
	Bajo	14	93.33
	TOTAL	15	100
Extraversión	Alto	11	73.33
	Bajo	4	26.66
	TOTAL	15	100
Psicoticismo	Alto	1	6.66
	Bajo	14	93.33
	TOTAL	15	100
Sinceridad	Alto	0	0
	Bajo	15	100
	TOTAL	15	100

Fuente: Instrumento Aplicado: Cuestionario de Personalidad (EPQR-A)

Al igual que los médicos, las enfermeras sin burnout, también presentan altos niveles de extraversión, es decir son personas sociables, tienen muchos amigos, despreocupados, condescendientes y optimistas; y además se observan bajos niveles de neuroticismo, es decir, personas calmadas, emocionalmente equilibradas, controladas y poco aprensivas. Solo hay un caso de psicoticismo entre ellas (persona solitaria, problemática, puede ser cruel e inhumana y no tiene sentimientos de empatía) a diferencia de los médicos entre los cuales no hay ningún caso. En la profesional enfermera con burnout se observa altos niveles de extraversión y bajos niveles de neuroticismo y psicoticismo.

6. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Analizaremos algunas variable sociodemográficas y laborales de los profesionales médicos y enfermeras de este hospital, tales como sexo, edad, remuneración, sector en el que trabajan, horas diarias de trabajo, nivel de satisfacción con la situación económica, cuan valorados se sienten por los directivos de la institución y cuan satisfechos se sienten con el apoyo brindado por los directivos, todo esto en relación con los profesionales que presentan el síndrome y con los que no lo presentan.

Catorce médicos (100%) no presentan burnout, de estos 57.14% son del sexo masculino y 42.85% son del sexo femenino. Presenta burnout uno de los médicos del sexo masculino. Catorce de las enfermeras (100%) no presentan burnout, de estas todas son del sexo femenino; también la enfermera que presenta burnout es del sexo femenino. Parece ser que la enfermería es considerada, por lo menos en nuestro medio, una profesión exclusivamente femenina, ya que el 100% del personal de enfermería encuestado son mujeres.

Según los resultados de nuestro estudio, no se observa relación de la edad de los médicos y enfermeras de este centro de salud con los niveles medios y altos de agotamiento emocional que presentan el 26.66% de la muestra total de los médicos y el 26.66% de la muestra total de las enfermeras.

Los médicos sin burnout tienen entre 38 y 67 años de edad, más de la mitad de estos sobrepasan los 50 años, sin embargo solo uno de los que presentan alto nivel de agotamiento emocional tiene más de 50 años. El médico que presenta el síndrome tiene menos de 50 años.

En cuanto a las profesionales enfermeras sin burnout el 14.28% de ellas tienen entre 51 y 75 años de edad, 85.71% tiene menos de 50 años. La profesional con burnout tiene más de 50 años. De las enfermeras que presentan niveles medios y altos de agotamiento emocional, (26.66% de la muestra total de enfermeras) solo una tiene más de 50 años.

El 78.57% de los médicos sin burnout ganan entre 1001 y 2000 dólares, el 14.28% ganan entre 2001 y 3000 y solo el 7.14% gana entre 0 y 1000. El médico con burnout gana entre 1001 y 2000 dólares. Las enfermeras sin burnout ganan el 78.57% entre 0 y 1000 dólares y el 21.42% entre 1001 y 2000 dólares. La enfermera con burnout gana entre 0 y 1000

Respecto a variables como la remuneración recibida y el nivel de satisfacción con la situación económica, no se observa una clara influencia en los niveles medio y alto de agotamiento emocional encontrado en algunos profesionales. De los médicos con alto agotamiento emocional (26.66% de la muestra total de médicos), solo uno está bastante satisfecho con su situación económica, los otros tres están poco y nada satisfechos. De las enfermeras que presentan niveles medios (13.33% de la muestra total de enfermeras) y altos de agotamiento (13.33% de la muestra total de enfermeras), dos están bastante satisfechas y dos están poco satisfechas con su situación económica. El médico que presenta burnout está bastante satisfecho con su situación económica, mientras que la enfermera con el síndrome está poco satisfecha.

Todas las enfermeras que presentan niveles medios y altos de agotamiento emocional (13.33% de la muestra total de enfermeras, presenta nivel medio y 13.33% de la muestra total, presenta niveles altos), ganan entre 0 y 1000 dólares, pero la mitad de estas están bastante satisfechas con su situación económica y la otra mitad está poco satisfecha.

Junto con una de las conclusiones del estudio realizado con el objetivo de analizar la relación entre las variables sociodemográficas y la presencia del burnout en profesores de nivel medio básico de la zona metropolitana de Guadalajara México, se puede presumir que los profesionales que trabajan en el sector público, como los profesionales de nuestro estudio, tienen más riesgo de presentar agotamiento emocional. (Aldrete y otros, 2003). Se debe tomar en cuenta que en el sector público los roles profesionales suelen ser menos definidos, al igual que el reconocimiento al trabajo realizado y el apoyo por parte de los directivos es poco o inexistente. Es probable que, uno de los factores que incide en los altos niveles de agotamiento emocional que presentan algunos profesionales del Hospital Militar de Cuenca, sea las exigencias que el gobierno actual está realizando para que los Centros de Salud pública mejoren la calidad de su atención.

Según nuestros resultados, tres de los cuatro médicos con alto agotamiento emocional trabajan en el sector público, y tres de las cuatro enfermeras que también presentan niveles medios y altos de agotamiento trabajan en el sector público. El médico y la enfermera que presentan el síndrome también trabajan en el sector público.

Se encontró que tres de los cuatro médicos con alto agotamiento trabajan 8 horas diarias o más, al igual que tres de las cuatro enfermeras que presentan nivel medio y alto de agotamiento. El médico que presenta burnout trabaja 8 horas diarias al igual que la enfermera con burnout. Aunque la ley establezca 8 horas diarias de trabajo para los profesionales de la salud, las instituciones deben organizar estos horarios de tal manera que solo una parte de la jornada diaria (6 horas por ejemplo) corresponda a la atención de pacientes.

En relación a sentirse valorados por los directivos del hospital, se observan resultados diferentes entre médicos y enfermeras. De los médicos sin burnout 14.28% piensan que son nada valorados, 28.57% que son poco valorados, 35.71% que son bastante valorados y 21.42% que son totalmente valorados. El médico sin burnout piensa que es poco valorado. Esto implica que los profesionales que creen ser poco o nada valorados no reciben el apoyo respectivo por parte de los directivos del hospital.

De las enfermeras sin burnout el 50% piensa que es bastante valorado y 50% cree que es totalmente valorado. La enfermera que presenta el síndrome piensa que es totalmente valorada. El creer que el trabajo realizado es o no valorado por los directivos de la institución incidirá en el grado de motivación que los profesionales muestren en la realización de sus actividades laborales.

De los cuatro médicos con alto agotamiento emocional tres se sienten poco valorados y uno piensa que es nada valorado, mientras que, todas las enfermeras que presentan niveles medios y altos de agotamiento (26.66% de la muestra total de enfermeras) se sienten totalmente valoradas por los directivos de la institución.

Es posible que el sentirse poco o nada satisfecho con el apoyo brindado por los directivos del hospital influya en el alto nivel de agotamiento emocional de cuatro (26.66%) de los médicos. El médico con burnout dice estar nada satisfecho con el apoyo de sus directivos.

Contrario a estos resultados, de las dos enfermeras con agotamiento medio (13.33% de la muestra de enfermeras) una está totalmente satisfecha y otra está bastante satisfecha con el apoyo de sus directivos; de la enfermeras con alto agotamiento (26.66% de la muestra de enfermeras) una está bastante satisfecha y la otra poco. De los profesionales con burnout, la enfermera dice estar poco satisfecha y el médico nada satisfecho con el apoyo de los directivos a su trabajo.

Ninguno de los profesionales encuestados, ni médicos ni enfermeras, al momento de realizar la encuesta, se encontraba realizando algún tipo de capacitación. Sin embargo para el buen desenvolvimiento profesional, es importante la capacitación permanente porque la ciencia médica evoluciona con rapidez y es necesario que los profesionales estén al tanto de los nuevos conocimientos en esta área. El nivel de desempeño de cada profesional incide en la calidad de la atención que el hospital brinda a sus pacientes.

Analizaremos ahora los resultados arrojados por el Cuestionario Maslach Burnout Inventory. El 6.66% de los médicos tiene alto nivel de agotamiento emocional, es decir, progresiva pérdida de las energías vitales y una desproporción entre el trabajo realizado y el cansancio experimentado, al mismo tiempo evidencia alto nivel de despersonalización, es decir distanciamiento, frialdad y pérdida de motivación hacia el trabajo, en consecuencia presenta el síndrome de burnout. El 6.66% de la muestra de enfermeras tiene alto nivel de agotamiento emocional y alto nivel de despersonalización, en consecuencia presenta el síndrome de burnout. Cuatro médicos (26.66%), muestran alto nivel de agotamiento emocional, dos enfermeras (13.33%) nivel medio de agotamiento y dos (13.33%) tienen niveles altos.

Nuestros resultados son muy diferentes a los encontrados en el estudio realizado por Cáceres Bermejo en el año 2009 para analizar la prevalencia del burnout y sus tres dimensiones en personal militar, médicos y enfermeros destinados en Unidades, Centros y Organismos de la Comunidad autónoma de Madrid, en el cual 59% del personal sanitario presenta altos niveles de burnout, 23% presenta niveles medios, 39% presenta alto agotamiento emocional, 35% presenta alto nivel de despersonalización y 35% presenta bajo nivel de realización personal. Estos resultados nos permiten ver que los

niveles de burnout presentados por los profesionales de la salud pueden variar según el país en el que se realiza el estudio.

Según el cuestionario de Salud General (GHQ-28), de los médicos sin burnout 35.71% muestra síntomas psicósomáticos y el 57.14% ansiedad. El médico con burnout presenta caso de ansiedad. De las enfermeras sin burnout, 28.57% evidencia síntomas psicósomáticos, 35.71% ansiedad y 7.14% depresión. La enfermera con burnout muestra caso de depresión. Vale la pena que los directivos de la institución analicen cual es la razón de que un alto porcentaje de profesionales estén presentando ansiedad en el desarrollo de sus actividades laborales, ya que esta incide en la calidad de la atención que estos profesionales brindan a sus pacientes. No se descarta que, por tratarse de una institución con disciplina militar, exista un alto nivel de exigencia hacia su personal, lo cual podría incidir en el alto nivel de ansiedad que presenta un considerable porcentaje de los profesionales estudiados, tanto médicos como enfermeras.

De los médicos que presentan alto nivel de agotamiento emocional (26.66% de la muestra de médicos), 2 presentan síntomas psicósomáticos y los 4 presentan ansiedad. De las enfermeras que presentan niveles medios (13.33% de la muestra de enfermeras) y altos de agotamiento emocional (13.33% de la muestra de enfermeras), 1 presenta síntomas psicósomáticos, 2 presentan ansiedad y 2 presentan depresión. Estos resultados de nuestro estudio coinciden con la conclusión del estudio realizado en el servicio de cuidados intensivos del Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, España, con el objetivo de estimar la prevalencia de burnout en una muestra de 56 profesionales de enfermería intensiva, y analizar su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales. La conclusión del estudio fue que los elevados niveles de agotamiento emocional inciden en la salud física de las personas evaluadas. (Ríos y otros, 2008). Según los resultados de nuestro estudio, se observa que el nivel de salud mental de los profesionales que presentan niveles altos y medios de agotamiento emocional se encuentra desmejorado.

En relación al afrontamiento, las formas más usadas por los médicos sin burnout son aceptación (toma conciencia y acepta que la situación que está viviendo es real), planificación (tiende a pensar y analizar cómo hacer frente al estresor, planear los pasos

a seguir para realizar un afrontamiento activo), auto distracción (disipa la concentración en las situaciones que le causan estrés mediante la ocupación en otras actividades o proyectos), afrontamiento activo (actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés), uso del apoyo instrumental (recurre a personal capacitado para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación) y replanteamiento positivo (considera a la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar). El médico con burnout recurre a formas como autodistracción (disipa el problema ocupándose en otras actividades), afrontamiento activo (acciones realizadas por el propio sujeto para reducir el estrés), uso de apoyo instrumental (pide ayuda a personal capacitado para hacer frente a la situación), aceptación y planificación, humor y retirada de comportamiento

Las formas más usadas por el personal de enfermería sin el síndrome son el afrontamiento activo (actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de estrés), la planificación (tiende a pensar y analizar cómo hacer frente al estresor, planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo), la religión (acude a realizar actividades religiosas, porque estas le ayudan a sentirse mejor), la auto distracción (disipa la concentración en las situaciones que le causan estrés mediante la ocupación en otras actividades o proyectos), uso del apoyo instrumental (recurre a personal capacitado para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación), replanteamiento positivo (considera a la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar) y aceptación (toma conciencia y acepta que la situación que está viviendo es real). La enfermera con burnout, según los resultados, no recurre a ninguna forma de afrontamiento del estrés.

Llama la atención el hecho de que las enfermeras recurren a más formas de afrontamiento que los médicos, y también acuden más a la religión. Como aspecto positivo se puede mencionar que ningún profesional declara acudir al uso de sustancias como forma de afrontamiento. Se puede decir que, en general, los profesionales del estudio recurren a formas de afrontamiento positivo, que pueden estar contribuyendo a la no presencia del síndrome en la mayoría de los sujetos del estudio.

Como en el estudio realizado en el año, por con el objetivo de analizar la relación del tipo de afrontamiento con el síndrome de burnout en el Hospital “Nuestra Señora de la Candelaria” de Santa Cruz de Tenerife, España, (Hernández Zamora y otros, 2003) no se observa en los resultados de nuestro estudio una relación significativa entre las formas de afrontamiento y el síndrome de burnout.

Según el Cuestionario de Apoyo Social, el 14.28% de los médicos sin burnout y el 21.42% de las enfermeras sin burnout presentan bajo nivel de apoyo emocional. El 14.28% de los médicos sin burnout y el 28.57% de enfermeras sin burnout muestran bajo nivel de apoyo instrumental. El médico con burnout muestra bajo apoyo emocional, bajo apoyo instrumental, bajo nivel de redes sociales y bajo apoyo afectivo referido a muestras de amor y cariño. La enfermera con el síndrome muestra bajo apoyo instrumental.

Suele existir entre los profesionales (no solo de la salud) la creencia de que ciertas situaciones como el estrés laboral no ameritan buscar ayuda profesional para su afrontamiento y/o, existe desconocimiento por parte de estos profesionales acerca de las reales consecuencias del estrés laboral no tratado a tiempo. En esta situación deberían intervenir los directivos de la institución para asesorar a estos profesionales sobre la manera de mejorar estos aspectos.

Junto al hecho de que solo dos de los 30 profesionales encuestados, presentan el síndrome, los altos niveles de apoyo social detectados entre médicos y enfermeras de nuestro estudio hace suponer una relación positiva entre el apoyo social y el burnout.

Un estudio realizado en el año 2005, buscó una correlación entre el apoyo social, (las características sociodemográficas) y el síndrome de burnout en enfermeras y auxiliares del hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, España, Participaron como población de estudio 254 enfermeras y auxiliares de enfermería. Como conclusión de este estudio se manifiesta la importancia de considerar el apoyo de fuentes extralaborales como familiares y amigos íntimos ya que la interdependencia entre el ambiente laboral y familiar es grande.(Albar, Romero y otros,2005) Los resultados de nuestro estudio coinciden con esta conclusión, ya que los profesionales que no presentan el síndrome, presentan altos niveles de apoyo social.

En cuanto a los resultados obtenidos mediante el Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQ-R, los dos profesionales que presentan el síndrome tienen niveles altos de neuroticismo, mientras que los profesionales que no presentan el síndrome tienen niveles bajos de este rasgo de personalidad. Suponemos una relación directa entre los rasgos de extraversión que presentan un alto porcentaje de médicos sin burnout (64.28%) y enfermeras (71.42%), con el uso de estrategias de afrontamiento adecuadas, ya que las personas extrovertidas suelen enfrentar las situaciones estresantes con optimismo y despreocupación (ánimo relajado).

En el estudio realizado en el Centro Estatal de Cancerología de Veracruz "Dr. Miguel Dorantes Mesa", México, (Ortega Herrera2007), se concluyó que existen rasgos de personalidad resistente (altos niveles de extroversión y bajos niveles de neuroticismo) que actuarían como factores de protección contra el desarrollo del síndrome. De la misma manera en nuestro estudio entre los profesionales (médicos y enfermeras que no presentan burnout) se observan altos niveles de extraversión y bajos niveles de neuroticismo.

7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1. Conclusiones

- De los 15 médicos encuestados uno presenta el síndrome de burnout y de las 15 enfermeras encuestadas, también una tiene burnout. 26.66% de los médicos y un 13.33% de las enfermeras tienen alto nivel de agotamiento emocional y un 13.33% de las enfermeras tiene niveles medios de agotamiento. En consecuencia, los niveles de burnout encontrados en los profesionales médicos y enfermeras del Hospital Militar de Cuenca son bajos.
- Dos de las variables sociodemográficas y laborales, (horas de trabajo diarias y el nivel de satisfacción con el apoyo brindado por los directivos), parecen tener relación con los niveles altos y medios de agotamiento emocional que presentan algunos profesionales.
- De acuerdo a los resultados obtenidos, el estado de salud mental de los profesionales médicos y enfermeras sin burnout es, en general, bueno. El médico con el síndrome tiene caso de ansiedad. La enfermera con el síndrome presenta caso de depresión. En conclusión se puede decir que existe cierto deterioro de la salud mental de los profesionales que presentan burnout.
- Los profesionales médicos y enfermeras del Hospital Militar de Cuenca presentan un buen nivel de apoyo social procedente de la red social. El médico que presenta el síndrome tiene un bajo nivel de apoyo social procedente de la red social. La enfermera con burnout solo presenta bajo apoyo instrumental.
- Se concluye que los profesionales médicos y enfermeras del Hospital Militar de Cuenca, que no presentan el síndrome, usan formas adecuadas de afrontamiento del estrés laboral. Las más usadas por los médicos son aceptación, planificación, auto distracción, afrontamiento activo, uso del apoyo instrumental y

replanteamiento positivo. Las más usadas por las enfermeras son el afrontamiento activo, la planificación, la religión, la auto distracción, uso del apoyo instrumental, replanteamiento positivo y aceptación. El médico que presenta el síndrome usa formas como auto distracción, afrontamiento activo, uso del apoyo instrumental, retirada de comportamiento, planificación, humor y aceptación. La enfermera con burnout no usa ninguna forma de afrontamiento del estrés.

- Entre los profesionales médicos y enfermeras del Hospital Militar de Cuenca que no presentan el síndrome sobresalen rasgos de personalidad como la extraversión. El médico que presenta burnout tiene altos niveles de neuroticismo, La enfermera con burnout tiene altos niveles de extraversión.

7.2. Recomendaciones

- A los directivos del hospital brindar a sus profesionales los espacios y el apoyo necesario para una permanente mejora de sus capacidades y para que éstos incrementen su motivación en el ejercicio de su trabajo al sentir que su desempeño es valorado y apoyado por la institución. Materia de capacitación debería ser, debido a su desconocimiento por parte de los profesionales, el riesgo que corren de desarrollar el síndrome de burnout en el ejercicio de su trabajo, para que se tomen medidas preventivas y/o correctivas, tanto a nivel individual como institucional. brindar apoyo para que los profesionales que presentan burnout y los que presentan altos niveles de agotamiento emocional reciban el tratamiento necesario.
- Los directivos de la institución deben realizar un análisis sobre las causas que estarían provocando que algunos profesionales presenten ansiedad en el ejercicio de su actividad laboral.
- En forma general existe, según los datos de la encuesta, uso de formas adecuadas de afrontamiento por parte de los profesionales. Pero cada profesional debe poner en práctica medidas preventivas tales como detectar el cansancio emocional a tiempo y pedir ayuda, adaptarse a cambios dentro del sistema, organizar el manejo del tiempo, resolver problemas de manera rápida y efectiva, practicar ejercicio, dormir y

alimentarse bien, establecer metas y objetivos viables a mediano y largo plazo, aprender técnicas de relajación, auto conocerse para estar consciente de las propias capacidades y debilidades, practicar la distracción. La institución debe delimitar lo mejor posible los cargos, roles y funciones a desempeñar, fomentar un buen clima laboral, incentivar una adecuada comunicación ascendente y descendente, involucrar a los trabajadores en las metas u objetivos de la organización, proporcionar cierto nivel de autonomía a los trabajadores, implementar programas de prevención para el estrés, implementar programas de socialización.

- La Institución debe asesorar a su personal, a través de profesionales en el área, sobre cómo mejorar el apoyo social o como optimizarlo, de tal manera que actúe como un factor protector contra los efectos del estrés.
- Es necesario que los profesionales tengan conocimiento acerca de cuáles son los rasgos de su personalidad que los protegen o los exponen a sufrir los efectos del estrés, para que puedan reforzarlos o modificarlos según el caso. Es recomendable que la institución procure asesoramiento profesional para su personal, sobre estos aspectos.

8. BIBLIOGRAFÍA

BOSQUED, M (2008) *Quemados: El síndrome del burnout: qué es y cómo superarlo*. Paidós Ibérica. Barcelona

CLONINGER S. C. (2003). *Teorías de la Personalidad*. Pearson Educación. México.

DURAND V.M. Y BARLOW D. H. (2007). *Psicopatología*. Thomson Learning. México.

GIL MONTE, P (2005). *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) una enfermedad laboral en la ciudad del bienestar*. Pirámide. Madrid.

GONZALEZ, J.L; MORENO B; GARROSA E; (2005). *Carga mental y fatiga laboral*. Pirámide. Madrid.

MINGOTE A; PEREZ S. (2005). *Estrés en la enfermería. El cuidado del cuidador*. Días de Santos Madrid.

MORENO, B; MINGOTE, J:C; GALVEZ M. (2006). *El desgaste profesional del médico: revisión y guía de buenas prácticas*. Díaz de Santos. Madrid.

MORRIS, Charles G., MAISTO Albert A. (2005) *Psicología*. Pearson Educación. México

MUCHINSKY P. M. (2000). *Psicología Aplicada al Trabajo*. Thomson Learning. México

NEWSTROM J. W. (2007). *Comportamiento humano en el trabajo*. McGraw-Hill. México

PEIRÓ, J. (2007). *Desencadenantes del estrés laboral*. Pirámide. Madrid.

PEREZ, F; MINGOTE J.C. (2006) *El estrés del médico: manual de autoayuda*. Díaz de Santos. Madrid.

DIRECCIONES WEB

Albar, Romero y otros. (2004). Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Disponible en: www.elsevier.es/en/node/2034619

Aldrete, María Guadalupe y otros. (2008). Variables sociodemográficas y el síndrome de Burnout en profesores de enseñanza media básica de la Zona Metropolitana de Guadalajara. Disponible en: www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/.../10/010_Aldrete.pdf

Álvarez, Rocío. (2011). Estrés laboral: síndrome de burnout o desgaste laboral. Disponible en: www.medicosecuador.com/rocio_alvarez/articulos/estreslaboral.htm

Aniorte, Nicanor. (2011). Personalidad y salud. Disponible en: www.aniorte-nic.net/apunt_psicolog_salud_5htm

Aranda, Carolina y Aldrete, Guadalupe. (2008). Las redes sociales de apoyo como factor protector de la salud frente al síndrome de burnout en agentes de vialidad. Disponible en: factorespsicosociales.com/segundoforo/carteles/aranda-aldrete-et-al.pdf

Barraza Macías. (2010) El síndrome de Burnout en directivos. Recuperado en: www.adide.org/revista/index.php?option=com...id...-España

Barraza Macías (2008) El síndrome de desgaste profesional en las enfermeras del Centro de Salud N° 2 de la ciudad de Durango. Disponible en www.psicologiacientifica.com/sindrome-desgaste-profesional-enferm...

Borda, Mariela y otros. (2007). Síndrome de Burnout en estudiantes de internado del Hospital Universitario del Norte. Disponible en: redalyc.uaemex.mx/pdf/817/81723106.pdf

Cáceres, Gema (2009) Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Disponible en: eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf

Carlin, Maicon y Garcés de los Fayos (2011) El síndrome de Burnout: evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. Disponible en: www.biblioteca.universia.net/html_bura/...burnout.../53307395.html

Girdano y Everly. (2006) Estilos y estrategias de afrontamiento. Disponible en: www.uv.es/maglogon/GonzalesMorales2006TESIS.pdf

Gómez Esteban, Rosa. (2007) El estrés laboral del médico: burnout y trabajo en equipo. Disponible en: www.desestressarte.com/insomnio-estres

Grau, Armand y otros. (2009). El síndrome de burnout en profesionales de la salud hispanoamericanos. Disponible en: www.intramed.net/ira.asp?contenidoID=60122

Hernández Zamora, G. Lastenia. (2003) Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento. Disponible en: www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf

Hernández, Lastenia y Olmedo, Encarnación. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de estar quemado y su relación con la personalidad. Disponible en: www.cop.es/delegasi/andocci/files/contenidos/VOL22_1_9.pdf

Martínez Pérez, Anabella. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Disponible en: www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm

Méndez, Pablo y Barra, Enrique. (2008) Apoyo social percibido en adolescentes infractores. Disponible en: www.scielo.cl/pdf/psykhe/v17n1/art06.pdf

Moreno Jiménez, Bernardo. (2000). Síndrome de Burnout y su correlación con el constructo de personalidad resistente. Disponible en: www.esritosdepsicologia.es/.../esritospsicologia_informes2.pdf

Moreno Toledo, Ángel. (2007). Burnout asistencial: identificación, prevención, y mediación en factores precipitantes. Disponible en: www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/18981

Ortega Herrera, María Érica. (2007) Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117101.pdf

Palate, Carlos. (2011). Síndrome de burnout en la Universidad Técnica de Ambato. Disponible: www.buenastareas.com>Inicio>Filosofía

Parra, Manuel. (2003). Conceptos básicos en salud laboral. www.oitchile.cl/pdf/publicaciones/ser/ser009.pdf

Peral, Benito. (2008). Síndrome del quemado. Burnout. Disponible en: www.gref.org/nuevos/socios/...priv/gref_ponencia

Popp, Maricel Soledad. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento. Disponible en: www.redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?Cue=18025101

Ríos, María Isabel y otros. (2008). Prevalencia del burnout en profesionales de enfermería intensiva y su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales. Disponible en: dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2783387

Rodríguez, Angélica Melita. (2008) Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la Octava Región, Chile. Disponible en: www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717...

Roth, Eric y Pinto, Bismarck. (2010). Síndrome de burnout, personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de la Paz. Disponible en: www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf

Santes Bastián, María del Carmen. (2006) La salud mental y el síndrome de burnout en estudiantes de enfermería. Disponible en: www.factorpsicosociales.com.segundoforo/.../santes-preciado-et-al.pdf

Solís, Carmen y Vidal, Anthony. (2006). Teorías de enfrentamiento. Disponible en: www.upd.edu.mx/librospub/inv/estaca.pdf

Urbano, Elisa. (2006). Síndrome de Burnout o síndrome de estar quemado. Disponible en: www.psicocarea.org/burn_out.htm

Zamora Granados, Angélica. (2010) El síndrome de Burnout. Disponible en www.geosalud.com/Salu_Mental/burnout.htm

9. ANEXOS

1. Copias de la autorización para realizar la investigación en el Hospital Militar de Cuenca, y de la certificación sobre la realización de la misma, otorgadas por el TCRN Diego Maldonado, jefe de RR.HH de esta institución.
2. Instrumentos utilizados en la investigación

El Ecuador ha sido, es y será País Amazónico



MEMORANDUM

NUMERO : 2012-053- HD-III-DE-1-CIRC
FECHA. : Cuenca, 31 de enero de 2012
DE : TCRN. DE SND. JEFE DE LA UATH DEL HD-III-DE
PARA : SRES. MÉDICOS, ENFERMERAS, AUX. DE ENFERMERIA
DEL HD-III-DE
EN : Hospital.-

Al recibo del presente sirvase usted Sres. Servidores públicos dar las facilidades a la señorita Carmita Ernestina Peralta Zambrano egresada de la carrera de Psicología de la universidad Técnica Particular de Loja para que pueda realizar una investigación relacionada con el síndrome del BURNOUT.

Atentamente.

DIOS, PATRIA Y LIBERTAD

MALDONADO DIEGO
TCRN. DE SND.
JEFE DE LA UATH DEL HD-III-DE "TARQUI"

DISTRIBUCIÓN

Orig : Dest
Cop. : Arc. HD- III-DE1

Elaborado por: Chos. Toasa
Revisado por: Tcrn. Maldonado
Supervisado por: Tcrn. Maldonado.....

*El Ecuador ha sido es
Y será País Amazónico*

Cuenca, 20 de marzo de 2012



**EJERCITO ECUATORIANO
HOSPITAL GENERAL DE LA III -DE
TCRN. DE SND. MALDONADO COLOMA DIEGO PATRICIO
JEFE DE RR.HH. DEL HOSPITAL GENERAL DE LA III -DE**

A petición verbal de parte interesada.
CERTIFICA:

Que la Sra. **CARMITA ERNESTINA PERALTA ZAMBRANO**, con número de cédula **0102382967**, estudiante de la Universidad Técnica Particular de Loja especialidad Psicología, realizó el estudio sobre el síndrome de BURNOUT al personal de Servidores Públicos que labora en esta Casa de Salud.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,

Dios, Patria y Libertad

TCRN. DE SND. MALDONADO DIEGO
JEFE DEL RR.HH DEL HG-III-DE



ANEXO Nro. 2



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA
Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia: Mestizo Blanco Indígena Afro ecuatoriano

Estado Civil: Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Enfermera/a

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 _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

Anexo 2. 2

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

<p>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<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. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual. <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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho. <input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no. <input type="checkbox"/> 2. Me parece que no. <input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</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. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</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. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto. <input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual. <input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual. <input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual. <input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</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. <input type="checkbox"/> 2. Me parece que no. <input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente. <input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

Anexo 2.3.
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

Modificado de la versión original BRIEF-COPE de Carver (1989). Versión adaptada y validada en la población española por Crespo y Cruzado (1997). Recuperado de <http://www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28693.pdf>

Anexo 2.4.
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>

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. 8

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

CERTIFICACIÓN

Yo,..... con cédula de identidad
N°, certifico haber participado, completando los seis
instrumentos, para el programa de investigación en "Identificación del burnout en profesionales
de salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador.", en colaboración con el
egresado....., es todo cuanto
puedo certificar en honor a la verdad.

Además autorizo que mis datos sean utilizados, para el desarrollo de la tesis de pregrado del
egresado y para el programa nacional de investigación de Psicología.

Atentamente;

Firma

No. de Teléfono:

Número del Registro del Ministerio de Salud Pública