



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGIA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la Clínica San Francisco de la ciudad de Quito, Ecuador, en el año 2012”.

Trabajo de fin de Titulación

Autor:

Vásquez Rodríguez, Marco Antonio

Directora de Tesis:

Guevara Mora, Sandra Rocío, Lcda.

CENTRO UNIVERSITARIO QUITO

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciada

Guevara Mora Sandra Rocío, Lcda.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en la Clínica San Francisco de la ciudad de Quito, Ecuador, en el año 2012”**, realizado por el profesional en formación **Vásquez Rodríguez Marco Antonio**, cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, diciembre de 2012

C.I. # 1102798004

CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Marco Antonio Vásquez Rodríguez, declaro ser autor del presente trabajo de fin de carrera y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

Marco Antonio Vásquez Rodríguez
C.I. # 1707005052

AUTORÍA

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

Marco Antonio Vásquez Rodríguez

C.I. # 1707005052

AGRADECIMIENTOS

Al Universo y a la Vida, que en su abundancia y perfección me han concedido los recursos para seguir creciendo en esta experiencia de aprendizaje.

A la Universidad Técnica Particular de Loja, Escuela de Psicología, que ha hecho posible este programa educativo de tan alta calidad del cual se benefician cada vez más personas. De manera especial a la Mg. Rocío Ramírez, al Lcdo. Julio Alvarado y a la Lcda. Sandra Guevara, por su acertada guía y asesoría.

A la Clínica San Francisco, a su personal médico, y en especial a su Director Médico, el Dr. Lorenzo Ramírez, por haberme brindado todas las facilidades para la realización de este proyecto de investigación.

A Lily, por su cariño y apoyo incondicionales.

Finalmente, mi agradecimiento más especial va dirigido a mis padres y a mi familia, quienes con su guía me han hecho quién soy, y con su amor y apoyo permanentes me han permitido ir alcanzando mis metas, aún a costa de sacrificar en parte el valioso tiempo en familia.

Muchas gracias.

DEDICATORIA

Al ser humano, por su maravillosa complejidad, por su incansable búsqueda de la Verdad, porque cada vez está más cerca de conocer su verdadera esencia espiritual, permanecer en ella, y experimentar autenticidad, gozo y abundancia en este plano de existencia.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Certificación.....	ii
Cesión de derechos.....	iii
Autoría.....	iv
Agradecimientos.....	v
Dedicatoria.....	vi
Índice de Contenidos	vii
1. RESUMEN.....	1
2. INTRODUCCIÓN.....	2
3. MARCO TEÓRICO.....	5
3.1. Conceptualización del estrés.....	5
3.1.1. Antecedentes del estrés.....	5
3.1.2. Desencadenantes del estrés.....	6
3.1.3. Tipos de estresores.....	7
3.1.4. Estrés laboral	9
3.1.5. Moduladores del estrés.....	11
3.1.6. Consecuencias del estrés.....	11
3.1.7. Medidas preventivas y control del estrés.....	13
3.2. Conceptualización del burnout.....	16
3.2.1. Definiciones del burnout.....	16
3.2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout.....	17
3.2.3. Poblaciones propensas al burnout.....	19
3.2.4. Fases y desarrollo del síndrome de burnout.....	21
3.2.5. Características, causas y consecuencias del burnout.....	23
3.2.6. Modelos explicativos del burnout.....	25
3.2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	26
3.3. Conceptualización de las variables de la investigación	29
3.3.1. El burnout y las variables sociodemográficas y laborales.....	30
3.3.1.1. Variables de riesgo y variables protectoras.....	30
3.3.1.2. Motivación y satisfacción laboral.....	31
3.3.1.3. Investigaciones realizadas.....	31
3.3.2. El burnout y la salud mental.....	33
3.3.2.1. Definiciones de salud mental.....	33

3.3.2.2. Salud Mental y el estrés	34
3.3.2.3. Síntomas somáticos.....	35
3.3.2.4. Ansiedad e insomnio.....	36
3.3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria.....	37
3.3.2.6. Depresión y sus tipos.....	37
3.3.2.7. Investigaciones realizadas	39
3.3.3. El burnout y el afrontamiento.....	41
3.3.3.1. Definición de afrontamiento.....	41
3.3.3.2. Teorías de afrontamiento.....	42
3.3.3.3. Estrategias de afrontamiento.....	43
3.3.3.4. Investigaciones realizadas.....	44
3.3.4. El burnout y el apoyo social	46
3.3.4.1. Definición de apoyo social.....	47
3.3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social.....	48
3.3.4.3. Apoyo Social Percibido.....	48
3.3.4.4. Apoyo Social Estructural.....	49
3.3.4.5. Investigaciones realizadas.....	50
3.3.5. El burnout y la personalidad	52
3.3.5.1. Definición de personalidad.....	50
3.3.5.2. Tipos de Personalidad.....	53
3.3.5.3. Patrones de conducta y personalidad.....	55
3.3.5.4. Locus de control.....	55
3.3.5.5. Investigaciones realizadas.....	56
4. METODOLOGÍA.....	59
4.1. Contexto de la Investigación.....	59
4.2. Diseño de la Investigación.....	60
4.2.1. Objetivos de la Investigación.....	61
4.2.2. Preguntas de la Investigación.....	61
4.2.3. Características de la Investigación.....	62
4.3. Participantes	62
4.4. Instrumentos de la Investigación.....	63
4.4.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	63
4.4.2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	63
4.4.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).....	64
4.4.4. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos	

de Afrontamiento (BRIEF-COPE)	65
4.4.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social.....	66
4.4.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A).....	67
4.5. Recolección de datos.....	68
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	71
5.1. Caracterización Sociodemográfica y Laboral.....	71
5.2. Subescalas del Burnout.....	89
5.3. Salud Mental.....	91
5.4. Estilos de Afrontamiento.....	93
5.5. Apoyo Social.....	94
5.6. Personalidad.....	95
6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS.....	96
7. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	108
7.1. Conclusiones.....	108
7.2. Recomendaciones.....	111
8. BIBLIOGRAFÍA.....	116
ANEXOS.....	130
Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	131
Anexo 2: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI).....	134
Anexo 3: Cuestionario de Salud Mental de Goldberg (GHQ-28).....	136
Anexo 4: Cuestionario de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	139
Anexo 5: Cuestionario MOS de Apoyo Social (AS).....	141
Anexo 6: Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck(EPQR-A).....	143
Anexo 7: Documento de Información y Consentimiento Informado.....	145
Anexo 8: Carta de Agradecimiento para los Participantes.....	149
Anexo 9: Tablas Adicionales para la Discusión de Apoyo Social	151
Anexo 10: Certificado de la Institución de Salud.....	153

1. RESUMEN

El burnout está definido como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, y se caracteriza por el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja realización personal. El presente estudio es parte de un proyecto de investigación realizado por la Universidad Técnica Particular de Loja para estudiar el fenómeno del burnout en los profesionales de la salud ecuatorianos. Se estudia el fenómeno y sus factores relacionados en 15 médicos y en 15 enfermeras de la Clínica San Francisco de la ciudad de Quito.

Se utiliza como instrumentos de investigación el Cuestionario MBI, un cuestionario sociodemográfico y laboral diseñado específicamente para la investigación, la Escala de Salud Mental GHQ-28, el Cuestionario de Estilos de Afrontamiento BRIEF-COPE, el Cuestionario MOS de Apoyo Social, y el Cuestionario de Personalidad EPQR-A. No se encuentra burnout en ninguno de los profesionales encuestados. Se concluye que la inexistencia del síndrome en la muestra está relacionada con la presencia de variables protectoras (por ejemplo algunas variables sociodemográficas y laborales, las estrategias de afrontamiento positivas, y el apoyo social), que superan a los efectos de las variables de riesgo.

2. INTRODUCCIÓN

Según Cristina Maslach, el burnout está definido como una respuesta inadecuada al estrés laboral crónico, y está compuesto de tres dimensiones: el agotamiento o cansancio emocional, la despersonalización y la baja realización personal (Carrasco, 2010). El burnout puede manifestarse en cualquier tipo de actividad profesional, aunque es más común en aquellas profesiones relacionadas con la atención directa a clientes o usuarios, como es el caso de los profesionales de las instituciones de salud.

El burnout está relacionado con los llamados riesgos psicosociales del trabajo (Díaz, 2011), a los cuales están expuestos los trabajadores, y que si bien sus manifestaciones no son tan evidentes como los accidentes causados por el mal manejo de los riesgos físicos, químicos o mecánicos, se reflejan en otro tipo de problemas, tales como el estrés, la ansiedad, la depresión, y la baja calidad del trabajo.

El burnout tiene consecuencias perjudiciales tanto para el individuo (fisiológicas, psicológicas, conductuales) como para las organizaciones (rotación, absentismo, baja productividad, y otros) y por ende para la sociedad en general (Mansilla, 2012).

El costo del estrés laboral para las compañías estadounidenses debido a absentismo, baja productividad, reclamos por compensaciones, y gastos médicos y de seguros de salud se ha estimado en 150 billones de dólares por año. La Confederación Industrial Británica ha estimado que el costo anual para la economía de los días de trabajo perdidos por causas de salud alcanza los 11 billones de libras esterlinas, de lo cual se estima que el 40% tiene relación directa con el estrés (Murphy, 2000, citado por Schabracq et al, 2003). La Comisión Europea realizó en 1999 un estudio sobre el estrés laboral en el que concluyó que el 28% de los trabajadores europeos padece estrés y el 20% burnout (Hernández et al, 2009).

Investigadores españoles estudiaron una muestra de 11.530 profesionales de la salud residentes en España y Latinoamérica (edad media 41.7 años, 49% mujeres) y encontraron que la prevalencia del burnout era del 14,9% en España, del 14,4% en Argentina, del 7,9% en Uruguay, del 5,9% en Colombia, del 4,3% en Perú, del 4,2% en México, del 4,0% en Ecuador, y del 2,5% en El Salvador. Por profesiones, Medicina

tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2%, y Odontología, Psicología y Nutrición tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%). Fueron variables protectoras la mayor edad, el tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica (Grau, 2009).

Si bien la mencionada investigación indica que los niveles de burnout en los países latinoamericanos son más bajos que en los países desarrollados, el problema no deja de ser importante en Latinoamérica dadas sus perjudiciales consecuencias.

En el caso del Ecuador, aunque la Federación Médica Ecuatoriana menciona que la prevalencia del síndrome de burnout en médicos de Pichincha llega al 18% (Narváez, 2012), en realidad no se ha podido encontrar investigaciones formales realizadas para medir el burnout y sus variables asociadas. En el Informe Continental de la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo del 2008 se indica que mientras en otros países existe registro del ascenso de las enfermedades mentales que surgen en el trabajo (estrés, neurosis, burnout, síndromes depresivos), en el Ecuador se tiene un gran vacío (Betancourt, 2008). De todas maneras, en el Ecuador el Código del Trabajo establece la obligación de los empleadores de asegurar a sus trabajadores condiciones de trabajo que no presenten peligro para su salud, lo cual los obliga a conocer los factores de riesgo (incluido el burnout como riesgo psicosocial) e incluirlos en el diseño del perfil del puesto.

La falta de investigaciones sobre el burnout en nuestro país, sumado a sus consecuencias negativas y a la mayor incidencia del fenómeno en el personal sanitario, hace que el estudio del burnout en profesionales de la salud en el Ecuador y sus variables asociadas sea un tema actual y de fundamental importancia, ya que en base a los resultados de la investigación se podrá lograr un mayor nivel de conocimiento respecto a cuáles podrían ser las variables que más podrían estar relacionadas con la aparición del síndrome, y por tanto cuáles podrían ser las mejores estrategias de prevención y control.

La investigación es de tipo descriptivo, transversal, exploratorio, cuantitativo y no experimental. Los instrumentos de investigación para medir las diversas variables se administraron a 15 médicos y a 15 enfermeras de la Clínica San Francisco de la

ciudad de Quito. Para medir el nivel de burnout se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI); para medir las variables sociodemográficas se utilizó un cuestionario sociodemográfico y laboral diseñado ad hoc para esta investigación; para medir la salud mental se utilizó la escala de salud mental General Health Questionnaire de 28 items de Goldberg (GHQ-28); para evaluar las estrategias de afrontamiento se utilizó una versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE); para evaluar el apoyo social se utilizó el Cuestionario MOS de Apoyo Social de Shelbourne y Cols, y para identificar las características de personalidad se utilizó una versión abreviada del Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A). La recolección de datos a través de estos instrumentos se realizó sobre el grupo de estudio durante los meses de junio, julio y agosto de 2012.

La metodología utilizada permitió lograr el objetivo general para el cual se diseñó la investigación (medir el nivel del burnout en la muestra de profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno), así como los objetivos específicos de la misma (determinar el estado de la salud mental de la muestra de los profesionales sanitarios, identificar el apoyo social procedente de su red social, conocer sus modos de afrontamiento ante situaciones adversas, e identificar sus rasgos de personalidad).

Además del resumen y la presente introducción, este informe comprende un marco teórico (el cual a su vez incluye una conceptualización del estrés, del burnout y de las variables de investigación), una descripción detallada de la metodología utilizada, los resultados obtenidos (presentados a través de tablas y gráficos), el análisis o discusión de los mismos, y las conclusiones y recomendaciones que se pueden derivar de la investigación.

Este trabajo busca ser un aporte al proyecto de investigación de la UTPL y a otras iniciativas de investigación futuras que permitan llegar a conclusiones a nivel nacional respecto a la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales ecuatorianos y a su relación con los otros factores estudiados, de modo que se puedan tomar medidas preventivas y correctivas.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL ESTRÉS

3.1.1. Antecedentes del estrés

El término “estrés” (del inglés “stress”) proviene de la física y la arquitectura, y se refiere a la fuerza que se aplica a un objeto, que puede deformarlo o romperlo. Este concepto fue llevado al ámbito de la salud humana en los años 30 por el fisiólogo canadiense Hans Selye, que definió al estrés como “la respuesta corporal inespecífica que se produce en el organismo ante cualquier demanda externa que supusiera una amenaza para su equilibrio” (Romero, 2008).

Se ha hecho una diferenciación entre dos tipos de estrés (Mansilla, 2012):

- El **eustrés** o estrés “positivo”, que es un nivel óptimo de activación para realizar nuestras actividades cotidianas, y que nos lleva a reaccionar de manera positiva, creativa y afirmativa frente a las circunstancias de la vida.
- El **distrés** o estrés “negativo”, que es un nivel de activación excesivo o inadecuado a la demanda de la situación, cuando éstas superan la capacidad de resistencia o de adaptación del individuo. El término “estrés” se suele utilizar comúnmente para referirse a este estrés negativo o distrés.

El concepto de estrés ha sido siempre objeto de controversia, al punto que sus definiciones han sido clasificadas tradicionalmente en tres tipos (Romero, 2008):

- **El estrés como estímulo:** Cualquier circunstancia que de forma inusual o extraordinaria actúa sobre el individuo y exige de él un cambio en su modo de vida habitual.
- **El estrés como respuesta:** Respuesta (fisiológica, emocional, cognitiva, conductual) del individuo ante cualquier cambio ambiental, externo o interno, mediante el cual se le prepara para hacer frente a estos cambios.
- **El estrés como relación individuo-ambiente:** Toma en cuenta las características del propio individuo que pueden determinar la vulnerabilidad del

mismo a dichas situaciones, dadas por la relevancia y significado que se confiera a la situación.

Las definiciones del estrés como respuesta y como relación individuo-ambiente han tenido mayor aceptación. Al definir al estrés como respuesta se toma en cuenta ya no sólo el estímulo, sino la naturaleza única del individuo que está recibiendo el estímulo y que lo hace reaccionar de una manera específica.

El concepto del estrés como relación individuo-ambiente se puede comprender mejor a través del Modelo Transaccional del Estrés propuesto por Lazarus y Folkman ya en 1979. Este modelo es sistémico-cognitivista en su concepción, y establece que la relación de la persona con su entorno se ve mediatizada por un proceso cognoscitivo de valoración de las demandas del entorno (entrada-input) y de los recursos necesarios para enfrentar esas demandas, que conduce necesariamente a la definición de la forma de enfrentar esa demanda (salida-output) (Barraza, 2006).

Ya sea que el individuo haya tomado o no acción para evitar las consecuencias negativas del acontecimiento, si percibe que sus recursos son insuficientes para eliminar o mitigar dichas consecuencias, entonces sobreviene el estrés, que lleva a la persona a utilizar diferentes estrategias de afrontamiento, que son un conjunto de respuestas, cognitivas o conductuales, que la persona pone en juego ante el estrés con el objetivo de manejar o neutralizar la situación estresante o por lo menos para reducir de algún modo las cualidades aversivas de tal situación (Barraza, 2006).

El concepto del estrés como relación individuo-ambiente es el más reciente y, por ser un concepto sistémico u “holístico”, es más adecuado para el estudio del estrés.

3.1.2. Desencadenantes del estrés

Los factores desencadenantes del estrés, llamados también **estresores**, según Robert Sapolsky, son todos aquellos estímulos, tanto externos como internos, que de manera directa o indirecta propician la desestabilización en el equilibrio dinámico (homeostasis) del organismo (Daneri, 2012). Los estímulos que pueden considerarse estresores varían de persona a persona, y también varían en la misma persona en diferentes etapas de su vida.

Algunos estresores merecen una atención especial, en el sentido de que su manifestación, que escapa de nuestro control, contribuye a desencadenar una respuesta de estrés (De Filippis, 2008):

- **Factores Medioambientales**

Entre estos estresores se encuentran los climas demasiado calientes o demasiado fríos, la altitud de la ciudad, la contaminación del aire, el ruido y la iluminación.

- **Factores Hormonales**

Los cambios hormonales son importantes causantes de estrés, especialmente durante algunos períodos, como por ejemplo en la pubertad, en los días previos a la menstruación, después del parto y durante la menopausia.

- **Estrés Alérgico**

Cuando el cuerpo se enfrenta a alguna sustancia que considera peligrosa, puede presentar una reacción alérgica como mecanismo natural de defensa.

3.1.3. Tipos de estresores

Existen algunos criterios para clasificar los estresores. Si se clasifica a los estresores según si se originan en el individuo o fuera de él, los estresores pueden ser externos o internos (Rodríguez et al, 2002). Otros autores ofrecen otras clasificaciones de los estresores de acuerdo a su naturaleza, que los diferencia entre estresores psicosociales y estresores biogénicos, y también según su duración entre estresores agudos y crónicos (Romero, 2008). En la Tabla No.1 de la página siguiente se muestra los tipos de estresores junto con una breve definición y algunos ejemplos de cada uno.

Como se observa, los estresores pueden ser de muchos tipos, y los criterios para clasificarlos nos brindan todos una perspectiva importante. Sin embargo, independientemente de si son generados interna o externamente, de si la respuesta del individuo ante ellos pasa o no a través de un proceso cognitivo, o de si su duración es corta o larga en el tiempo, lo importante es que generan una respuesta de estrés en el individuo, y que si esta respuesta no es manejada en forma adecuada, van a producirse consecuencias poco favorables (las cuales se analizarán más adelante).

Tabla No. 1. Tipos de Estresores

CRITERIO	TIPOS	DEFINICION	EJEMPLOS
Según su origen	Externos	Situaciones del entorno en sí mismas que generan una respuesta de estrés	La pérdida de un ser querido, un divorcio, la pérdida del empleo, la contaminación, el ruido, la iluminación deficiente o excesiva, las condiciones climáticas difíciles, la aglomeración de gente, un ambiente familiar o laboral restrictivo, etc.
	Internos	Son internos al individuo, y pueden ser tanto físicos (del cuerpo) como cognitivos (la forma en la que interpretamos los eventos de nuestra vida, actuales, presentes o futuros).	Una sensación de malestar debida a una indigestión, el dolor experimentado por una herida, el arrepentimiento por algo que se hizo o se dejó de hacer, el imaginarse o anticipar situaciones negativas futuras, etc.
Según su Naturaleza	Psicosociales	Aquellos estímulos o situaciones que no causan directamente la respuesta de estrés, sino que se convierten en estresores a través de la interpretación o significado que les da el individuo.	Estresores únicos: Acontecimientos mayores que afectan a un gran número de personas, y escapan al control (Ej: desastres naturales, guerras, etc.). Estresores múltiples: También acontecimientos significativos, pero que afectan sólo a una persona o a un grupo pequeño de personas (Ej: muerte de un ser querido, una enfermedad, etc.). Estresores diarios o cotidianos: Pequeñas alteraciones de la rutina diaria, que pueden perturbarnos o molestarnos (Ej: tráfico pesado, extraviar algún documento, etc.
	Biogénicos	Son mecanismos biológicos (físicos y químicos) que actúan directamente sobre el organismo y disparan la respuesta de estrés sin la mediación de procesos psicológicos.	La ingestión de determinadas sustancias químicas, los cambios hormonales, y los estímulos físicos que provocan dolor, calor, frío, incomodidad, etc.
Según su Duración	Agudos	Intensos pero de corta duración. En pequeñas dosis son emocionantes (y hasta fascinantes). Por su corta duración no suelen causar daños importantes.	Lanzarse en paracaídas, esperar una intervención quirúrgica, sufrir un robo o un accidente menor, etc.
	Crónicos	Son intensos y relativamente permanentes. Son los más perjudiciales para la salud física y psíquica de los individuos.	Una incapacidad permanente, un ambiente familiar o laboral permanentemente conflictivo, etc.

Fuentes: Rodríguez et al, 2002, Romero, 2008.

3.1.4. Estrés laboral

Cuando el acontecimiento interno o externo que está generando la respuesta de estrés está relacionado con el trabajo o actividad laboral del individuo, entonces estamos hablando de **estrés laboral**. El estrés laboral se ha definido como “el conjunto de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y del comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido, el entorno o la organización del trabajo” (Mansilla, 2012).

El estrés laboral perjudica no sólo a los empleados al provocarles incapacidad física o mental en el desarrollo de sus actividades laborales, sino también a las organizaciones y a las sociedades en general. En último término el estrés laboral afecta negativamente a la economía de las naciones, por lo que constituye uno de los problemas más graves de la sociedad. Las pérdidas que las empresas y organizaciones sufren como consecuencia del estrés de sus colaboradores llegan a ser millonarias en su conjunto, y están relacionadas con el ausentismo, la pérdida de productividad, los reclamos por indemnizaciones, los gastos en seguros de enfermedad, y otros (Rodríguez, 2002).

Así entonces, la atención a la seguridad y a la salud ocupacional, prerrequisitos para la adecuada productividad laboral, es ahora parte importante de la gestión de los recursos humanos en las organizaciones. La salud ocupacional busca el mejoramiento y el mantenimiento de las condiciones de vida y de salud de la población trabajadora. Esto implica el proteger a las personas contra los riesgos relacionados con agentes físicos, biológicos, químicos, psicosociales, mecánicos, eléctricos y otros derivados de la organización laboral que puedan afectar la salud individual o colectiva en los lugares de trabajo (Rodríguez, 2002).

El trabajo es una actividad a la que las personas en edad económicamente productiva le dedican diariamente una significativa cantidad de tiempo. No es de sorprender entonces que muchos de los estresores que experimentan las personas tienen como fuente a factores relacionados con su actividad laboral.

Los tipos de estresores laborales pueden ser muy variados. Existen algunos modelos para clasificarlos. En la siguiente tabla (Tabla No. 2) se muestra la clasificación propuesta por José María Peiró (Peiró, 2005).

Tabla No. 2. Tipos de Estresores Laborales

TIPO DE ESTRESOR	EJEMPLOS
Estresores del ambiente físico	El ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, etc.
Demandas del propio trabajo	El turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos, etc.
Los contenidos del trabajo (características de las tareas que hay que realizar)	La oportunidad de control, la disponibilidad de las destrezas adecuadas, la complejidad de la tarea, la retroalimentación recibida, entre otros
El desempeño de roles	El conflicto de rol, la ambigüedad de rol, el exceso o la falta de responsabilidad.
Las relaciones interpersonales y grupales	Las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, clientes, etc.
El desarrollo de la carrera, en sus múltiples aspectos	La inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de desarrollo, las promociones excesivamente rápidas o las demasiado lentas, etc.
Las nuevas tecnologías	Problemas de diseño, de implantación y de gestión de las tecnologías.
Componentes de la estructura o del clima organizacional	Una excesiva centralización o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social entre los miembros de la organización.
Las relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida	La vida en familia, las demandas conflictivas entre el trabajo y los roles familiares.

Fuente: Desencadenantes del Estrés Laboral (Peiró, 2005).

Por otro lado, Oscar Slipak propone un modelo organizacional para estudiar el estrés laboral, y clasifica a los estresores en dos categorías: estresores **extraorganizacionales**, que son aquellos que se plantean fuera del ámbito de la empresa, tales como los factores familiares, políticos, sociales y económicos que inciden sobre el individuo, y estresores **intraorganizacionales**, que son aquellos que

se generan dentro del ámbito de la empresa, y pueden ser de varios tipos: estresores **del ambiente físico** (iluminación, ruido, contaminación, etc.), estresores **de nivel individual** (sobrecarga de trabajo, conflicto o ambigüedad de roles, etc.), estresores **de nivel grupal** (conflictos intra o intergrupales, falta de apoyo, etc.), y estresores **organizacionales** (clima laboral, estilos gerenciales, diseño de puestos, metas o fechas topes irrazonables, entre otros).(Slipak, 2007).

3.1.5. Moduladores del Estrés

Los moduladores del estrés son factores diversos que pueden aumentar o atenuar el proceso de estrés, pero no lo provocan directamente ni lo impiden. Pueden ser tanto personales como ambientales (Dahab, 2010).

De acuerdo a la intensidad y a la dirección (positiva o negativa) de estos factores, se tiene un determinado nivel de vulnerabilidad del individuo al estrés, o su grado de susceptibilidad a sufrir las consecuencias negativas del estrés.

Algunos ejemplos de moduladores son los siguientes (Zaldívar, 2002): el estilo de vida, el nivel de autoestima, el locus de control, los recursos y estilos de afrontamiento, el nivel de fortaleza personal, el apoyo social, y la salud organizacional.

El concepto de moduladores del estrés es importante en nuestro estudio, ya que el objetivo de la investigación es justamente buscar las relaciones existentes entre las variables de estudio y el burnout, lo cual implica identificar cuáles de las variables promueven y cuáles evitan el desarrollo del síndrome.

3.1.6. Consecuencias del Estrés

Como se vio anteriormente, el estrés no es en sí necesariamente negativo, sino que es un estado que se produce en el individuo para llevarlo a tomar alguna medida que contribuya a su adaptación al entorno. Sin embargo, en los casos en los que los estresores se presentan de forma muy frecuente, o permanente (estrés crónico), o en los que la persona reacciona con una respuesta de estrés demasiado intensa, entonces el estrés puede tener consecuencias negativas, tanto para el individuo como para las organizaciones.

Los efectos negativos del estrés han sido ampliamente estudiados. Llanea Álvarez describe que las consecuencias del estrés son muy diversas y numerosas. Para este autor, los efectos del estrés pueden agruparse de la siguiente manera (Llanea, 2010):

- **Efectos psicológicos:** Ansiedad, agresión, apatía, aburrimiento, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, vergüenza, irritabilidad y mal humor, melancolía, poca estima, amenaza y tensión, nerviosismo, soledad.
- **Efectos conductuales:** Propensión a sufrir accidentes, drogadicción, arranques emocionales, anorexia, bulimia, consumo excesivo de bebidas y cigarrillos, excitabilidad, conducta impulsiva, habla afectada, risa nerviosa, inquietud, temblor.
- **Efectos cognitivos:** Incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos frecuentes, hipersensibilidad a la crítica y bloqueo mental.
- **Efectos fisiológicos:** Aumento de las catecolaminas y corticoides en sangre y orina, elevación de los niveles sanguíneos de glucosa, incremento del ritmo cardíaco y de la presión sanguínea, sequedad de boca, reducción de la salivación.

El elemento del **tiempo** permite tener una mejor perspectiva de los efectos y consecuencias del estrés. Peiró (2001) propone que para estudiar los efectos del estrés se debe diferenciar entre la **vivencia emocional** del estrés (los efectos primarios e inmediatos de la experiencia del estrés), los **resultados** del estrés (los efectos psicológicos, fisiológicos y conductuales que pueden aparecer si éstas no han sido afrontadas eficazmente en un tiempo razonable), y las **consecuencias** del estrés (cambios experimentados por el individuo de carácter más estable y duradero, debido a la exposición al estrés crónico, que también pueden ser psicológicos, fisiológicos y conductuales, como por ejemplo crisis nerviosas, depresión, problemas cardiovasculares, etc.). Así, se observa que los efectos del estrés van variando en intensidad dentro de cada uno de sus tipos, dependiendo en qué etapa del proceso de desarrollo del estrés se encuentra el individuo.

Las consecuencias del estrés no sólo afectan a los individuos que las experimentan, sino especialmente a las empresas u organizaciones para las que éstos prestan sus servicios. Las consecuencias del estrés para la organización son muy variadas, entre las más importantes se puede mencionar (Rodríguez, 2002): deterioro de la calidad

del trabajo, deterioro de la productividad, insatisfacción personal, rotación del personal, absentismo, mayor número de accidentes en el trabajo, conflictos y problemas interpersonales, mayores gastos por indemnizaciones y por pago de seguros médicos.

Como se observa, las consecuencias del estrés pueden llegar a ser perjudiciales, tanto para el individuo como para las organizaciones. Por lo tanto es importante establecer mecanismos que permitan reducir o eliminar las fuentes de estrés.

3.1.7. Medidas preventivas y control del estrés.

Ya que el estrés puede ser causado tanto por situaciones relacionadas con la vida personal del individuo como por situaciones relacionadas con la organización para la cual éste trabaja, es sólo natural concluir que las medidas preventivas del estrés pueden ser llevadas a cabo tanto por el individuo como por la organización.

En cuanto a las medidas preventivas practicables por el individuo, existen algunas que se las puede llamar “generales”, que consisten en algunas prácticas relacionadas con un estilo de vida sano, como las siguientes: descansar adecuadamente, hacer ejercicio regularmente, tener una alimentación saludable, no fumar o tomar alcohol en exceso, crear el tiempo para compartirlo con la familia y para dedicarlo a actividades recreativas o hobbies, y practicar técnicas de relajación, tales como el yoga o la meditación (Slipak, 2007).

Otras medidas preventivas que son practicables por el individuo dentro del ámbito de la organización incluyen las siguientes:

- Estar consciente de que el cambio es una constante en el mundo laboral, por tanto mantenerse abierto a él, prepararse lo mejor posible y trabajar sobre las cosas que se puede controlar.
- Identificar aquellas situaciones que podrían ser fuentes de estrés en el trabajo y tomar acción para eliminarlas o mitigarlas.
- Capacitarse, mantenerse actualizado profesionalmente.
- Evitar conflictos y problemas interpersonales.
- Dejar saber a sus superiores si está experimentando sobrecarga o falta de trabajo, o si no están claras sus responsabilidades o sus líneas de reporte.

- Administrar bien el tiempo: establecer prioridades, planificar las actividades diarias, hacer su mejor esfuerzo por cumplirlas, y no trabajar más horas de las necesarias.
- Hacer pausas breves. No trabajar más de dos horas seguidas sin una pausa.
- Asegurarse de que su lugar de trabajo cumpla con estándares ergonómicos.
- Sentarse bien, con la espalda erguida.
- Eliminar contaminantes visuales, auditivos u otros.

Si bien todas estas medidas individuales pueden ayudar mucho a prevenir y reducir el estrés, realmente no se logrará mucho si los estresores provienen fundamentalmente de la misma organización, y sobre todo si ésta no se involucra activamente en la prevención y control de las situaciones potencialmente estresantes.

Las medidas preventivas que pueden ser llevadas a cabo por la organización son amplias. Algunos autores proponen que para desarrollar estrategias para la prevención y reducción del estrés, las organizaciones deben evaluar las variables que puedan influir en el comportamiento de las personas y grupos que componen la organización (Rodríguez, 2002), tales como la cultura organizacional, el estilo de dirección y liderazgo, el estilo de comunicación organizacional e interpersonal, el clima laboral, el estilo de solución de conflictos, la distribución de funciones y la claridad de las mismas, la organización y el diseño de los puestos de trabajo, y la satisfacción y motivación laborales.

La evaluación de los riesgos psicosociales (situaciones generadoras de estrés laboral) es una práctica cada vez más importante y exigida por las autoridades laborales a las empresas y organizaciones. El proceso de evaluación incluye un análisis previo de la empresa u organización, la selección de las técnicas o instrumentos de evaluación, el trabajo de campo (la aplicación de los instrumentos seleccionados), el análisis de los datos recolectados, la valoración de los resultados (variables de riesgo identificadas, su intensidad, medidas correctoras y plazos recomendados para ejecutarlas) y la comunicación de los mismos a través de un informe (Mansilla, 2012).

En cuanto a las técnicas o instrumentos de evaluación, existen algunas, desde la simple observación directa de las condiciones laborales de los diferentes puestos, pasando por las entrevistas y los grupos de discusión, para llegar finalmente a

instrumentos de evaluación más elaborados, como por ejemplo las escalas de satisfacción laboral, los cuestionarios de clima laboral, los cuestionarios de ambigüedad y conflicto de rol, o los cuestionarios de burnout.

Una vez realizada la evaluación de las diferentes variables, se puede desarrollar algunas estrategias de prevención y control del estrés laboral en base a ellas, como por ejemplo las siguientes (Mansilla, 2012):

- Hacer un estudio de los puestos de trabajo en la organización, para evaluar las exigencias de los mismos y su potencial de generación de estrés en los trabajadores.
- Diseñar y poner en marcha sistemas de selección de recursos humanos que tomen en cuenta los potenciales estresores del puesto, que permitan seleccionar personas menos vulnerables al estrés.
- Implementar sistemas de capacitación en los que, además de las necesidades de aprendizajes detectadas, se desarrollen las competencias laborales y sociales que permitan potenciar y fortalecer a los miembros de la organización.
- Realizar evaluaciones frecuentes a las personas que ocupan puestos potencialmente estresantes. Tener en cuenta grupos de riesgo tales como embarazadas, ancianos, personal que hayan padecido enfermedades, etc.
- Proponer y facilitar la realización de acciones para el uso del tiempo libre y desarrollo de adecuadas relaciones interpersonales.
- Adelantarse a aquellos eventos que impliquen cambios importantes (estructurales, tecnológicos, comerciales, etc.), evaluando los posibles impactos sobre el personal y comunicándolos a la organización.
- Evaluar permanentemente los esquemas remunerativos y de beneficios, de modo que todos los empleados sean remunerados justa y competitivamente.
- Involucrar a los colaboradores en los procesos de toma de decisiones de la organización, en especial cuando las decisiones van a tener un impacto importante en la vida laboral o personal de éstos.

Si el estrés se presenta en los trabajadores a pesar de que la organización tome medidas preventivas, se debe hacer una intervención sobre el individuo, ya sea con recursos propios o brindados por la organización. La intervención puede incluir algunas técnicas (Mansilla, 2012): **a) Técnicas generales:** Dieta adecuada, fomento

de la distracción y el buen humor, apoyo social. **b) Técnicas cognitivas:** Reestructuración cognitiva, desensibilización sistemática, inoculación de estrés y detención de pensamiento. **c) Técnicas fisiológicas:** Relajación muscular, relajación autógena y control de la respiración. **d) Técnicas conductuales:** Entrenamiento asertivo, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento en resolución de problemas y técnicas de autocontrol.

De lo anterior se concluye que existen muchas opciones y estrategias en cuanto a la prevención y control del estrés, y que lo importante es que a nivel general se concientice sobre la existencia de todas estas opciones, y sobre el hecho de que la prevención debe ser una tarea compartida entre el individuo y la organización.

3.2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

3.2.1. Definiciones del Burnout

La palabra “burnout” es una palabra inglesa que significa “estar quemado”, y cuya aplicación a las personas viene originalmente del ámbito deportivo, en el que se utilizó para describir a un deportista que no era capaz de tener un buen desempeño a pesar de haberse entrenado para lograr buenos resultados (Mansilla, 2012).

Fue el psicólogo e inmigrante alemán Herbert Freudenberger, quien en 1974 utilizó por primera vez el término “burnout” para referirse al estado físico y mental (irritación, agotamiento y cinismo con los clientes) que tendía a aparecer en jóvenes voluntarios de servicios psicoterapéuticos neoyorkinos que se entregaban a sus funciones (el tratamiento de toxicómanos) en forma idealista, casi sin ser reconocidos. Freudenberger (1974) definió al burnout como “un estado de fatiga o frustración producido por la devoción a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo” (Alonso, 2010).

El término “burnout” adquirió mayor difusión a través de la psicóloga estadounidense Cristina Maslach, quien realizó extensas investigaciones en 1977. Maslach utilizó el término “burnout” para referirse al desgaste profesional de aquellas personas que trabajan en los sectores de servicios humanos, profesionales de la salud y de la educación bajo condiciones difíciles y en contacto directo con los usuarios. Maslach

definió al burnout como “el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso”. Para esta autora, se trata de “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y pérdida o reducida realización personal en el trabajo” (Carrasco, 2010).

Schaufeli y Buunk en el año 2003 definieron el burnout como el resultado de la discrepancia entre las expectativas y los ideales individuales del trabajador y la cruda realidad de cada día en la vida profesional (Mansilla, 2012). Esta definición pone de manifiesto el elemento de valoración cognitiva del individuo, característico del modelo transaccional del estrés del cual se habló en la sección anterior.

Al síndrome de burnout se le ha dado también algunas otras denominaciones: “síndrome de quemarse por el trabajo (SQT)”, “síndrome de estrés laboral”, “síndrome de desgaste profesional”, y “síndrome de desgaste emocional”, entre otras.

Tanto la naturaleza del término “burnout” (estar “quemado” por el trabajo) como las definiciones presentadas hacen referencia a una situación de desgaste producido por una exposición prolongada al estrés laboral. El síndrome de burnout implica alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas que tienen consecuencias nocivas para el individuo y para la organización en la que éste trabaja, que se analizará con mayor detalle en los siguientes apartados.

3.2.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout

En base a sus observaciones de los síntomas presentados por jóvenes profesionales voluntarios del sistema de “clínicas gratis” (*free clinic*), Freudenberger en 1974 describe una visión “individualista” del fenómeno del burnout, ya que describe un perfil de las personas con riesgo a desarrollar el síndrome del burnout como aquellas caracterizadas por su idealismo, ingenuidad, debilidad y baja tolerancia al estrés.

Los trabajos posteriores de Maslach (1977) ofrecen una perspectiva más **sistémica** al respecto del síndrome, en la que se lo ve como una respuesta proveniente de la interacción del individuo con el entorno laboral; es decir, ve al burnout como un fenómeno “psicosocial” (Gil-Monte, 1999). Así, Maslach evoluciona en forma

significativa la aproximación al estudio del síndrome del burnout, resaltando la intensa relación con las personas con las que se trabaja como una de las variables críticas (Mansilla, 2012).

Maslach creó en 1981 un cuestionario para evaluar el nivel de burnout experimentado por una persona, en base a las tres dimensiones de su definición (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal), y lo llamó el “Maslach Burnout Inventory” (MBI). Este inventario, que ha sido actualizado algunas veces desde su creación, se ha convertido en la herramienta más aceptada en los círculos académicos debido a su amplia aplicación en diversos tipos de muestras (García, 2007).

A partir de la introducción del concepto del burnout como fenómeno psicológico en la década de los setenta por autores como Freudenberger y Maslach, éste despertó mucho interés tanto público como académico. Se multiplicaron los estudios y artículos sobre el tema debido a sus implicaciones individuales y sociales, en especial en los campos de la educación, los servicios sociales y los servicios de salud.

Si bien inicialmente se definió al burnout como un síndrome característico de aquellas personas que desarrollan un trabajo en contacto directo con personas, más adelante ha habido discrepancias, pues las investigaciones de otros autores han encontrado evidencia de que los síntomas del burnout pueden aparecer también en profesionales de otras ramas, y aún en personas desempleadas (Guerrero, 2000).

Actualmente se aplica el concepto del síndrome de burnout a diversos grupos de profesionales e individuos, y se lo explica como el resultado de estar expuesto a un estrés crónico laboral y utilizar estrategias de afrontamiento que no son eficaces durante el tiempo. En los últimos años han sido extensas las investigaciones en las que se ha medido la presencia del síndrome de burnout en diferentes actividades profesionales (por ejemplo, García et al, 2000, Alonso, 2010), encontrándose que los niveles de burnout relacionados con los profesionales de los servicios de la salud son especialmente significativos.

De lo anterior se concluye que el concepto del síndrome de burnout ha evolucionado desde una perspectiva individualista hacia una perspectiva sistémica, proceso que ha

sido fomentado por el creciente interés académico en el síndrome generado por las implicaciones sociales que éste tiene, en especial para ciertas áreas de actividad profesional que se estudiarán a continuación.

3.2.3. Poblaciones propensas al Burnout

A pesar de que se ha encontrado evidencia de que el síndrome de burnout puede estar presente en todo tipo de profesiones, desde los inicios de la concepción del burnout como fenómeno psicológico se identificó que los trabajadores con mayor propensión a sufrir de esta condición eran aquellos dedicados a ocupaciones en las que se da una atención y ayuda directa a las personas, como por ejemplo los profesionales de la salud, el servicio social, la educación y la seguridad. Esta suposición ha sido demostrada empíricamente a través de numerosos estudios de investigación. Por ejemplo, en la Tabla No. 3 García y colaboradores resumen algunos estudios sobre la incidencia del burnout en diferentes profesiones (García et al, 2000):

Tabla No. 3. Niveles de Burnout de las distintas profesiones

ESTUDIO	PROFESION	BURNOUT
Deckard, Meterko y Field (1994)	Médicos	50%
Pines, Arason y Kafry (1981)	Diversas	45%
Henderson (1984)	Médicos	30-40%
Jorgesen (1992)	Enfermería	39%
Maslach y Jackson (1982)	Enfermería	20-35%
Kyriacou (1980)	Profesores	25%
Smith, Birch y Marchant (1984)	Bibliotecarios	12-40%
Price y Spence (1994)	Policía y sanitarios	20%
Rosse, Jonson y Crow (1991)	Policía y sanitarios	20%
García Izquierdo (1991)	Enfermería	17%

Fuente: Estudios sobre la incidencia del burnout en diferentes profesiones (García et al, 2000)

De la tabla anterior se observa que los médicos y las enfermeras presentan los índices más altos de burnout, seguidos por los profesores y el personal de seguridad (policía y sanitarios).

En España, un estudio conducido por Gil-Monte en 2003 para la Unidad de Investigación Psicosocial de la Conducta Organizacional (UNIPSIPO) de la Universidad de Valencia concluyó que entre el 10% y el 12% de los profesionales sanitarios están afectados por el síndrome de burnout (Alonso, 2010).

Otro estudio realizado en el año 2009 por Claudia Rodríguez García y colaboradores sobre el burnout en el personal de enfermería de dos Hospitales de México mostró que la prevalencia del síndrome de burnout en el Hospital Ecatepec era del 27% y en el Hospital de Cuautitlán de 24% (Rodríguez et al, 2009).

Los mayores índices de burnout en las profesiones asistenciales tienden a explicarse con el argumento de que si bien éstas poseen una filosofía humanística del trabajo, los profesionales asistenciales experimentan un fuerte choque al iniciar su trayectoria profesional en sus organizaciones al encontrarse ante un sistema deshumanizado al cual deben adaptarse. Además, a este tipo de profesionales se les pide que empleen un tiempo considerable en intensa dedicación con usuarios, quienes con frecuencia se encuentran en una situación de dependencia que les causa fuerte frustración y temor.

Sin embargo, varios estudios evidencian que dentro de la profesión médica el grupo más afectado son los residentes especialistas en formación, en especial aquellos relacionados con los servicios de emergencia. Por ejemplo, un estudio realizado en España sobre el burnout en médicos residentes que hacen turnos en el departamento de emergencias del Hospital Virgen de las Nieves en Granada concluyó que el 93% de ellos presentaba burnout, de los cuales 50% era moderado y 43% alto (Fernández et al, 2007).

Otro estudio sobre la prevalencia del burnout en una muestra de 698 maestros de primaria mexicanos realizado en el 2009 encontró que el 3% de los participantes presentaba baja ilusión por el trabajo, 37.4% puntuaciones altas en desgaste psíquico, 4.7% altos niveles de indolencia, y 9.7% culpa (Unda, 2010).

De la Gándara y colaboradores han estudiado el burnout entre los militares españoles, y a pesar de que no llegan a medir la incidencia de burnout en esta profesión, destacan los fuertes factores de riesgo a la que está sometida, empezando porque ésta supone el ofrecimiento de la propia vida en caso necesario, junto a los numerosos

riesgos y amenazas terroristas generadas como consecuencias de la caída del muro de Berlín y de la desmembración de la Unión Soviética (De la Gándara et al, 2009).

Así entonces, a pesar de que se puede encontrar burnout en casi cualquier actividad profesional, en general la incidencia siempre tenderá a ser mayor en los profesionales de la salud, el servicio social, la educación y la seguridad, y es por tanto a estos sectores de actividad profesional adonde se debe enfocar los mayores esfuerzos de prevención y control.

3.2.4. Fases y Desarrollo del Síndrome de Burnout

Edelwich y Brodsky propusieron varias etapas por las que atraviesa el trabajador hasta llegar al burnout: (Mansilla, 2012) :

- a) Etapa de **Entusiasmo**: El trabajador experimenta su profesión como algo estimulante y los conflictos los interpreta como pasajeros y con solución. El trabajador tiene elevadas aspiraciones y una energía desbordante.
- b) Etapa de **Estancamiento**: No se cumplen las expectativas del trabajador y los objetivos empiezan a aparecer como difíciles de conseguir, aún con esfuerzo.
- c) Etapa de **Frustración**: Período de desilusión y desmotivación laboral, en el que brotan para el trabajador los problemas emocionales, físicos y conductuales.
- d) Etapa de **Apatía**: Se produce la resignación del trabajador ante la imposibilidad de cambiar las cosas.
- e) Etapa de **Burnout**: El trabajador llega a la imposibilidad física y psíquica de seguir adelante en el trabajo e irrumpe con fuerza la sintomatología: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Las explicaciones respecto a cómo se da el desarrollo del síndrome se diferencian en el orden en el que las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) aparecen a lo largo del tiempo. A continuación un breve resumen de las explicaciones elaborado en base a Mansilla (2012):

- Leiter y Maslach (1988) proponen que primero aparecen los sentimientos de agotamiento emocional, los cuales posteriormente dan lugar a la aparición de una actitud despersonalizada hacia las personas que deben atender, y como consecuencia pierden el compromiso personal y disminuye su realización personal en el trabajo.
- El mismo Leiter, en una teorización posterior (1993), propone que el agotamiento emocional provoca el desarrollo de las actitudes de despersonalización, mientras que los estresores laborales, la falta de apoyo social y la falta de oportunidades de carrera son los que generan los sentimientos de baja realización personal.
- Más adelante, Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995) proponen que el proceso de burnout comienza con sentimientos de baja realización personal en el trabajo, y paralelamente un alto nivel de agotamiento emocional, lo que conduce al desarrollo de actitudes de despersonalización.
- Posteriormente (1997), Gil-Monte incluye en el modelo a la culpa como elemento adicional resultante del desarrollo de actitudes de despersonalización, culpa que puede originar un círculo vicioso en el proceso del burnout, lo que intensifica sus síntomas.

A pesar de la variedad de explicaciones y argumentos en cuanto a las relaciones de causa-efecto entre las dimensiones, aparentemente ninguno de ellos ha obtenido una evidencia empírica completa para las relaciones que hipotetiza (Gil-Monte y Peiró, 1999). En base a lo anterior, se concluye que el modelo de Gil-Monte es el que mejor explica el proceso evolutivo del síndrome, ya que la actitud de despersonalización ocurre como último “síntoma” del proceso. Si una persona no experimenta agotamiento emocional ni baja realización profesional, es poco probable que empiece a tratar a las personas en forma deshumanizada, a no ser que se trate de algún caso especial, como por ejemplo que el individuo presente tendencias antisociales.

En todo caso, e independientemente del modelo explicativo, lo relevante es que al final del proceso se llega a una situación en la que todas las dimensiones del burnout (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional – y en algunos casos incluso la culpa) están ya presentes.

3.2.5. Características, causas y consecuencias del burnout

La definición del burnout de Maslach se ha convertido en la definición más aceptada académicamente. Maslach concibe al burnout como una respuesta prolongada a estresores crónicos a nivel personal y relacional en el trabajo, determinado a partir de una dimensión personal (agotamiento emocional), social (despersonalización, cinismo) y profesional (baja realización personal, ineficacia profesional). A continuación se elabora brevemente cada dimensión (Carrasco, 2010):

- El **agotamiento emocional** se caracteriza por sentimientos de desgaste de los recursos emocionales. Es la experiencia de sentir que ya no se puede dar más.
- La **despersonalización** tiene que ver con el desarrollo de una actitud negativa, distante e insensible hacia las personas a las que se está dando servicio.
- La **falta de realización personal** implica una auto-evaluación negativa respecto a la propia competencia y eficacia profesional, acompañado por la disminución de las expectativas personales, la baja productividad, y los sentimientos de fracaso y baja autoestima.

Como se dijo anteriormente, Gil-Monte incluye a la **culpa** como elemento característico adicional, resultante del desarrollo de las actitudes de despersonalización.

La causa más “visible” del burnout en general es la exposición al estrés laboral crónico acompañado por la utilización prolongada de estrategias de afrontamiento ineficaces. Sin embargo, existe un consenso respecto a que el burnout realmente puede tener múltiples causas, y que de hecho muchas veces el síndrome se da por la interacción entre ellas.

Así, las causas del burnout están relacionadas con la exposición del profesional a factores de riesgo psicosocial que pueden estar presentes en su entorno laboral, los cuales pueden clasificarse en cuatro grandes grupos:

- **Factores personales:** Aquellos que provienen del mismo individuo. Ejemplos de estos factores son: mala formación profesional, baja tolerancia al estrés, deficientes habilidades interpersonales, baja vitalidad, etc.

- **Factores relacionados con el puesto de trabajo:** Sobrecarga de trabajo, falta de recursos, conflicto o ambigüedad de rol, malas condiciones físicas, etc.
- **Factores relacionados con las relaciones interpersonales:** Las relaciones tensas, emocionalmente difíciles y/o conflictivas ya sea con los clientes o usuarios, o con los colegas, jefes o subordinados, falta de apoyo del grupo, etc.
- **Factores relacionados con la organización:** Mal clima laboral, estilos gerenciales inadecuados, exceso de presión, falta de equidad o justicia, mala comunicación organizacional, deficiencias en (o inexistencia de) los planes de desarrollo de carrera y capacitación, uso no planificado de tecnología, etc.

Por supuesto que también existen factores externos al individuo y a la organización (se los llamó “estresores extraorganizacionales” anteriormente en la sección sobre el estrés) que pueden también influir en el desencadenamiento del burnout, como por ejemplo factores familiares, económicos, políticos y sociales (Slipak, 2007).

El burnout como resultado del estrés laboral crónico tiene consecuencias tanto para el individuo como para la organización. El modelo general de clasificación de las consecuencias del burnout **para el individuo** se ha mantenido desde su identificación por parte de Maslach y otros investigadores en los años 70 y 80. Las consecuencias pueden describirse a través de tres grupos de síntomas (Mansilla, 2012):

- **Síntomas físicos o somáticos:** Por ejemplo: dolores de cabeza, fatiga física, problemas gastrointestinales, úlceras, alteraciones del sueño, hipertensión, problemas respiratorios, problemas cardiovasculares, pérdida de peso, alergias, dolores musculares o de las articulaciones, disfunciones sexuales.
- **Síntomas emocionales:** Tales como aburrimiento, distanciamiento emocional, apatía, frustración, impaciencia, irritabilidad, depresión, culpa, soledad, baja autoestima, desmotivación, ansiedad, resignación, impotencia, sentimientos de baja realización personal, ideas suicidas.
- **Síntomas conductuales:** Por ejemplo despersonalización, cinismo, cambios bruscos de ánimo, impulsividad, conductas hiperactivas y agresivas, agresividad, aislamiento, comportamiento suspicaz y paranoide, comportamientos de alto riesgo, abuso de alcohol y otras drogas, trastornos alimenticios, despreocupación por el trabajo, intención de abandonar la organización, desconcentración.

Entre las consecuencias del burnout **para la organización** se puede mencionar las siguientes: disminución en la calidad del trabajo, baja productividad, incremento en el número de accidentes en el trabajo, deterioro de la comunicación, deterioro de las relaciones interpersonales, alta rotación, absentismo, mayores gastos para la empresa por concepto de indemnizaciones y seguros médicos (Mansilla, 2012, Peiró, 2001).

Como se observa, a diferencia del estrés, cuyas implicaciones no son necesariamente negativas, el burnout es ya una condición resultante de una prolongada exposición al estrés laboral, y sus consecuencias son todas perjudiciales, tanto para el individuo como para las organizaciones (y por ende para la sociedad en su conjunto).

3.2.6. Modelos explicativos del burnout

A lo largo de los años se ha propuesto varios modelos, elaborados desde perspectivas psicosociales, que explican el proceso de desarrollo del síndrome de burnout en el individuo, a partir de marcos teóricos más amplios que toman en cuenta las relaciones de causa-efecto entre las variables del proceso. En base a esto, Gil-Monte y Peiró (1999) proponen los siguientes tipos de modelos:

Modelos basados en la teoría sociocognitiva del Yo: En base a las ideas de Albert Bandura, consideran que la creencia o grado de seguridad por parte de un individuo en sus propias capacidades es un factor crítico. Establecen entonces que el síndrome de burnout es causado fundamentalmente por factores como la autoeficacia percibida y la autoconfianza profesional percibida (en ambos casos frustradas por las condiciones del entorno). Ejemplos de estos modelos son el modelo de competencia social de Harrison (1983), el modelo de Cherniss (1993), el modelo de Pines (1993) y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993).

Modelos basados en las teorías del intercambio social: Proponen que el síndrome de burnout es causado principalmente por las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los individuos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Ejemplos de estos modelos son el modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli (1993) y el modelo de la conservación de recursos de Hobfoll y Freedy (1993).

Modelos basados en la teoría organizacional: Consideran al burnout como una respuesta al estrés laboral, y enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización (por ejemplo, la sobrecarga laboral, la ambigüedad o el conflicto de rol, el apoyo social en el trabajo, etc.) y del agotamiento emocional asociado a la ineficacia de las estrategias de afrontamiento empleadas por el individuo. Dentro de este tipo de modelos se encuentran el modelo de Golembiewski y colaboradores (1983), el modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993), y el modelo de Winnubst (1993).

Gil-Monte y colaboradores más adelante (1995) integran estas tres perspectivas en un **modelo estructural** en el que explican que el síndrome del burnout puede ser concebido como una respuesta al estrés laboral percibido, que surge tras un proceso de reevaluación cognitiva, cuando las estrategias de afrontamiento empleadas por los profesionales no son eficaces para reducir el estrés laboral percibido. Esta respuesta supone una variable mediadora (que puede ser cognitiva y/o emocional) entre el estrés percibido y sus consecuencias, y se inicia con el desarrollo conjunto de baja realización personal en el trabajo y altos sentimientos de agotamiento emocional, que luego generan el desarrollo de una actitud de despersonalización como estrategia de afrontamiento.

De lo anterior se rescata al último modelo (Gil-Monte y colaboradores) como un valioso aporte a la explicación del burnout, ya que toma elementos de los tres modelos propuestos, e integra el papel de las cogniciones y emociones como variables mediadoras en la relación entre el estrés laboral percibido y las respuestas actitudinales y conductuales. Por esto se lo considera el mejor modelo explicativo.

3.2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Dado que las consecuencias del síndrome de burnout son tan negativas tanto para los individuos como para las organizaciones que tienen empleados “quemados”, se hace necesario establecer estrategias para su prevención y tratamiento.

Existen numerosas estrategias para prevenir y controlar el burnout. Dado que el burnout es causado por el estrés laboral crónico, todas las estrategias de prevención y control del estrés laboral que fueron identificadas en la sección sobre el estrés son válidas también como estrategias para la prevención y control del burnout.

La mayoría de autores coincide en que las estrategias de prevención y control del burnout se pueden diferenciar entre: estrategias sobre el individuo y estrategias sobre la organización. Por ejemplo, Mansilla Izquierdo propone que las estrategias **sobre el individuo** se agrupan en los siguientes tipos (Mansilla, 2012):

- **Programas dirigidos a las estrategias instrumentales:** Buscan la adquisición de destrezas para la resolución de problemas, mejora de las habilidades sociales, entrenamiento en asertividad y el entrenamiento en gestión del tiempo.
- **Programas dirigidos a las estrategias de carácter paliativo:** Buscan la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones para mantener la distancia emocional con el usuario o cliente (técnicas de relajación, desconexión entre el mundo laboral y el mundo personal, etc.)
- **Programas de apoyo social:** Son los que permiten saber a los trabajadores que la organización se preocupa por ellos y que son valorados y estimados.

El mismo autor propone algunas estrategias de intervención **sobre la organización:**

- Mejorar el clima laboral
- Aumentar el grado de autonomía y control del trabajo
- Llevar a cabo un análisis y definición de los puestos de trabajo, evitando ambigüedades, conflictos de rol, y sobrecarga de trabajo.
- Mejorar las redes de comunicación organizacional, promoviendo la participación y estableciendo sistemas democráticos en el trabajo.
- Fomentar la flexibilidad horaria.
- Buscar siempre incrementar las recompensas, incentivos y beneficios a los trabajadores.
- Crear espacios para la distracción, la integración y el fomento de las relaciones interpersonales. Fomentar el apoyo social al interior de la organización.
- Implementar programas que permitan anticipar la realidad del puesto del trabajo al individuo antes de que ingrese a la organización.
- Implementar herramientas de *feedback* (retro-información), como por ejemplo el feedback de 360º, que recoge las opiniones que sobre el desempeño del

trabajador tienen el jefe, los compañeros, los subordinados, los clientes internos y externos o proveedores.

Otros autores incluyen algunas de las estrategias de prevención dentro de una categoría de estrategias de “equipo”. Por ejemplo, María Dolores Alonso, además del trabajo personal y de las estrategias organizacionales, propone las **estrategias de equipo**, entre las que incluye por ejemplo el facilitar espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral, el fomentar la colaboración y la no competitividad, y la formación de grupos de reflexión para tratar periódicamente las relaciones tarea-paciente, aspectos emocionales y relaciones interpersonales. (Alonso, 2008).

Es importante notar que tanto las estrategias individuales como las grupales pueden ser promovidas tanto por el individuo como por la organización, lo cual hace que la clasificación de las estrategias de prevención se vuelva algo compleja.

Gil-Monte propone que el apoyo social es un factor muy importante para prevenir o tratar el burnout, ya que se ha demostrado que disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros (Moreno, 2007). Lo anterior implica que, como medida de prevención y control, es fundamental que tanto el individuo como la organización promuevan el apoyo social tanto en el ámbito organizacional (compañeros, supervisores) como en el ámbito personal (familiares, amigos).

La evaluación de la presencia e intensidad del síndrome de burnout se puede realizar tanto a través de métodos cualitativos (observación, técnicas proyectivas, entrevistas diagnósticas) como a través de métodos cuantitativos (cuestionarios, pruebas psicométricas). Los métodos cuantitativos han probado ser los métodos de evaluación más efectivos y por tanto más utilizados. Algunas de las herramientas disponibles son las siguientes (Alonso, 2008): Maslach Burnout Inventory (MBI), Staff Burnout Scale (SBS) de Jones (1980), Burnout Scale (BS) de Kremer y Hofman (1985), Escala de Variables Predictoras del Burnout (EVPB) de Aveni y Albani (1992), Escala de Efectos Psíquicos del Burnout (EPB), de García Izquierdo (1990), y el Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de estar Quemado por el Trabajo en Profesionales de la Salud (CESQT PS) de Pedro Gil-Monte (2005).

Al hablar de prevención del burnout no se puede excluir al *engagement*. El concepto del engagement es el resultado del auge e influencia de la Psicología Positiva sobre el ámbito organizacional, que busca el dejar de enfocarse en las debilidades y las disfunciones del ser humano (modelo clínico o médico) sino en sus fortalezas, su funcionamiento óptimo y su bienestar (modelo humanista).

En el contexto laboral, el *engagement* se ha definido como “un estado psicológico positivo relacionado con el trabajo y que está caracterizado por vigor, dedicación y absorción o concentración en el trabajo” (Carrasco, 2010). Estas tres dimensiones son exactamente opuestas las dimensiones del burnout, pues implican altos niveles de energía y una fuerte identificación y realización con el trabajo. En este sentido, el engagement puede ser considerado un indicador de la motivación intrínseca por el trabajo. Así, el establecimiento de mecanismos para medir y fomentar el nivel de engagement en los empleados de una organización constituye también una nueva e importante estrategia de prevención del síndrome de burnout.

Se concluye entonces que la intervención preventiva incluye muchas opciones, que van desde el lograr que el individuo desarrolle estrategias cognitivo-conductuales que les permitan mitigar las fuentes del estrés, pasando por la adquisición y fortalecimiento de sus habilidades sociales y de apoyo social, hasta las diversas estrategias que pueden ser lideradas a nivel organizacional. La psicoterapia como estrategia de tratamiento no debe descartarse en los casos en los que las medidas preventivas no hayan surtido efecto. Una visión sistémica del problema del burnout lleva a enfatizar la necesidad de que su prevención y control sea una responsabilidad compartida entre el individuo, las organizaciones y la administración pública.

3.3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

Si bien se ha identificado al estrés laboral crónico como la causa principal del síndrome de burnout, existen variables moduladoras que, dependiendo de sus características e intensidad, pueden llegar a influir en el apareamiento de los síntomas del síndrome. El estudio de estas variables nos permite identificar en qué medida éstas pueden ya sea proteger al individuo del síndrome o contribuir a desencadenarlo,

dentro de un contexto social y cultural determinado. En esta investigación se estudiará las siguientes variables: variables sociodemográficas y laborales, salud mental, estrategias de afrontamiento ante el estrés, apoyo social y personalidad.

3.3.1. EL BURNOUT Y LAS VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES

Las variables sociodemográficas y laborales resultan vitales a la hora de valorar si un paciente presenta o no el síndrome de burnout. No solamente las actividades personales, sino también las laborales son por sí mismas generadoras de estrés, ya que exponen al trabajador a algunos estresores (Carmona, Sanz & Marín, 2002). Así lo confirmó en el año 2000 la OMS, que considera que los trabajadores están expuestos a riesgos a la salud por las condiciones en las que laboran diariamente.

3.3.1.1. Variables de riesgo y variables protectoras

Las variables de riesgo y las variables protectoras actúan negativa o positivamente (respectivamente) sobre la respuesta del individuo a los factores estresantes.

De acuerdo con Llaneza (2010), las **variables de riesgo** son aquellas que predicen la aparición del burnout. El autor las divide en:

- **Variables organizacionales:** Dependen de la organización y juegan un papel importante en la interacción trabajador-puesto de trabajo.
- **Variables sociales:** Aquellas que están fuera del contexto laboral y dependen de la familia, amigos, estilo de vida, etc.
- **Variables personales:** Son las inherentes al individuo, tienen que ver con su personalidad, emociones, sentimientos, pensamientos etc.

Las **variables protectoras** son aquellas que contribuyen a evitar la aparición del síndrome, o por lo menos a mitigar sus síntomas. La edad en etapa joven adulta, tener hijos, la percepción de sentirse valorado, el optimismo, la satisfacción laboral y satisfacción económica, son ejemplos de variables protectoras (Grau et al, 2007).

3.3.1.2. Motivación y satisfacción laboral

La motivación es la fuerza que impulsa al individuo para desarrollar cualquier actividad o a tener un determinado comportamiento en una situación concreta. La motivación es de vital importancia para el desempeño de las tareas en el contexto laboral, pues los individuos motivados se encuentran satisfechos, se implican más en sus tareas, y generan un buen clima laboral a su alrededor (Muchinsky, 2002).

Algunos autores coinciden en definir la satisfacción laboral como el conjunto de sentimientos del individuo hacia el trabajo mismo y hacia los aspectos del medio ambiente laboral. Por ejemplo, Davis y Newstrom (1999, Citado en Velázquez Ricardo, 2002) definen la satisfacción laboral como “el conjunto de sentimientos favorables y desfavorables a través de los cuales el empleado percibe su trabajo”.

Existen dos tipos de motivación que están relacionadas con la jerarquía de las necesidades propuesta por Maslow en 1987: la **motivación intrínseca**, que lleva a la satisfacción de las necesidades “superiores” de Maslow (necesidades sociales, de estima y de autorrealización), y la **motivación extrínseca**, que es la que lleva a la satisfacción de las necesidades inferiores (las fisiológicas y las de seguridad). Este tipo de motivación está relacionada con aspectos externos al individuo, como por ejemplo las retribuciones económicas o los premios.

Los estudios indican que la motivación extrínseca tiene efectos solamente temporales, y que la motivación intrínseca es más poderosa, generando en el individuo una mayor y más duradera satisfacción en el trabajo. Esto sugiere que las organizaciones deben esforzarse por satisfacer en sus empleados no solamente sus necesidades básicas, sino también (y especialmente) sus necesidades superiores.

3.3.1.3. Investigaciones realizadas

1. Albar y colaboradores (2003). Este trabajo incluyó a 254 enfermeras y auxiliares de enfermería pertenecientes al Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, España. Se utilizaron los instrumentos Multidimensional Support Scale y Maslach Burnout Inventory. El 85,6% de los participantes eran mujeres, la edad media era de 41,7 años, la experiencia profesional media, de 18,22 años. La media de hijos

era de 1,54. Las puntuaciones en las tres dimensiones de burnout sitúan a la muestra en un nivel medio de afectación del síndrome. En cuanto a las relaciones con las variables socio demográficas, se presenta una relación negativa entre edad y agotamiento emocional (AE), es decir, que a mayor edad, menor AE. Este comportamiento también se evidenció con la variable experiencia profesional y AE. Adicionalmente se halló una relación negativa con el número de hijos y AE. Por último, la relación encontrada entre la suficiencia con el apoyo procedente de la familia y la realización personal pone de manifiesto la importancia de incorporar esta fuente de apoyo al estudio del burnout.

2. Boada y colaboradores (2003). Este trabajo pretende determinar si las variables que componen las dimensiones esenciales del puesto, los estados psicológicos críticos y los resultados del trabajo son pronosticadores de los niveles de burnout y si el clima organizacional (apoyo, innovación, reglas y metas) predice los niveles de burnout en el trabajo. Se aplicaron 137 cuestionarios recabando género, edad, estado civil, escala profesional, nivel académico y tipo de contrato. Los resultados arrojaron evidencia de que existe una relación significativa entre las variables motivacionales y el estrés laboral, sin embargo confirman que el síndrome no tiene relación ni con la edad ni con la antigüedad en la profesión. Concluyen que las variables sí son predictorias para el nivel de estrés.
3. Aranda y colaboradores (2005). Este estudio tiene por objetivo determinar la presencia de factores psicosociales laborales y su relación con el síndrome de burnout en los médicos de familia que laboran en instituciones de salud. Se tomó una muestra a 197 médicos de los cuales 73 eran mujeres y 124 hombres. La edad promedio de 46.29 años. La mayoría era casado, 183 eran de base, solo 19 estaban en urgencias. La antigüedad fue uniforme. Los resultados arrojaron la prevalencia de burnout en el 41.8%. Se concluye que si bien los índices no son tan elevados como los reportados en otros estudios y países, recomiendan programas dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral, así como a crear programas de socialización de apoyo, de trabajo en equipo, de retroinformación.
4. Paredes y Sanabria (2008), El objetivo del trabajo fue conocer la prevalencia del síndrome entre los residentes de las especialidades médico quirúrgica de hospitales universitarios, su relación con el bienestar psicológico y con variables

sociodemográficas y laborales. El estudio de prevalencia analítica contó con una muestra de 138 residentes a quienes se les aplicó el Cuestionario Breve de Burnout (CBB), que evalúa tres dimensiones de sus condiciones de trabajo: causas del Burnout (CBO) , síndrome (SBO) y consecuencias (CON). El 12,6% de los residentes presentó un alto nivel de burnout y el análisis estadístico evidenció una asociación negativa entre el burnout y el bienestar psicológico y entre éste último y las largas horas de trabajo. No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas con las variables sociodemográficas y laborales.

5. García y Herrero (2008). Se estudia la relación entre las variables sociodemográficas y burnout en una muestra compuesta por 136 trabajadores del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla. Los resultados muestran que los trabajadores que tenían un mayor nivel de contacto con los internos se mostraban significativamente menos satisfechos con su desempeño profesional y se encontraban más despersonalizados que el resto, de la misma manera que los trabajadores adscritos al área de vigilancia en relación a los participantes asignados al área de tratamiento y servicios. Se comprueba también que las mujeres y los que poseían un nivel de estudio universitario estaban menos despersonalizados. Así mismo, se muestra que los trabajadores que tenían un solo hijo estaban más despersonalizados y agotados emocionalmente que el resto de trabajadores, y que las mujeres parecen ser más resistentes a la despersonalización.

3.3.2. EL BURNOUT Y LA SALUD MENTAL

3.3.2.1. Definiciones de salud mental

La Organización Mundial de la Salud, desde su Constitución en 1946 define a la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2012). En cuanto a la salud mental, la misma OMS la define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (OMS, 2007). Como se observa, en forma paralela a la

definición anterior, la salud mental no es definida solamente como la “ausencia de trastornos mentales”.

Aunque la definición de la salud mental surge de manera análoga a la de la salud física, en el caso de la salud mental estamos hablando de fenómenos más complejos que pueden estar influenciados por aspectos subjetivos y culturales de las personas.

Hadfield define a la salud mental como: “El funcionamiento pleno y armonioso de toda la personalidad” (Duque Ramírez et al, 2006).

El estado de bienestar asociado a una buena salud mental ha sido relacionado, directa o indirectamente, con una experiencia subjetiva de equilibrio, felicidad, autoeficacia, optimismo y auto-realización, entre otros aspectos. Existe amplia evidencia de que la salud mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo de un individuo en su comunidad.

Ya que la capacidad de una persona para afrontar las tensiones normales de la vida y trabajar de forma productiva está directamente relacionada con el estrés laboral (y el eventual burnout), se estudia la salud mental del individuo, pues ésta puede generar información útil para los propósitos de esta investigación.

3.3.2.2. Salud Mental y el Estrés

Si bien el estrés no es necesariamente negativo, la exposición prolongada a los estresores puede generar una serie de consecuencias negativas. Como se elaboró anteriormente, el estrés tiene diversas consecuencias o efectos de tipo psicológico, conductual, cognitivo y fisiológico (Llaneza, 2010). Las influencias directas sobre la salud mental tienen que ver sobre todo con las consecuencias de tipo psicológico (Ej: ansiedad, apatía, depresión, fatiga, frustración, culpabilidad, irritabilidad, y otros) y de tipo cognitivo (Ej: incapacidad para tomar decisiones y concentrarse, olvidos, hipersensibilidad a la crítica, bloqueo mental, y otros), característicos del estrés.

En el caso del burnout, definido como un estado caracterizado por el agotamiento emocional, la despersonalización y la baja eficacia profesional, es fácil darse cuenta

que estas características estarían asociadas de alguna manera a un deterioro de la salud mental del individuo.

En forma inversa, los desequilibrios en la salud mental del individuo (por ejemplo, el malestar causado por una percepción de baja auto-eficacia, o un estado de permanente frustración) pueden a su vez causar una respuesta de estrés, y contribuir a acelerar el apareamiento del síndrome de burnout.

Se concluye entonces que salud mental y burnout están relacionados y se retroalimentan recíprocamente. Esto por un lado justifica el estudio de la salud mental como variable relacionada con el burnout, pero por otro lado anticipa la complejidad de establecer un modelo que relacione a estas dos variables en una única relación de causa y efecto.

3.3.2.3. Síntomas somáticos

Ante cualquier agente estresante, el organismo entra en un proceso adaptativo caracterizado por una reacción de alarma, seguida de una fase de resistencia, para concluir en una fase de agotamiento. Si la presencia e intensidad del agente o situación estresante persiste, la fase de agotamiento produce en el individuo una indefensión paulatina, su energía se agota y se producen alteraciones somáticas (en el cuerpo).

Mansilla Izquierdo menciona algunas consecuencias fisiológicas del burnout: sudoración de las manos, dolores de cabeza, fatiga física, problemas gastrointestinales, úlceras, alteraciones del sueño, hipertensión, problemas respiratorios, problemas cardiovasculares, pérdida de peso, alergias, dolores musculares o de las articulaciones, inhibición del sistema inmunológico, disfunciones sexuales (Mansilla, 2012).

Las investigaciones han establecido que la idea de salud mental positiva puede influenciar la salud física y el funcionamiento biológico. Se ha evidenciado que el afecto altamente positivo (medido en términos de felicidad, alegría, satisfacción y entusiasmo) está relacionado con menor morbilidad, mayor longevidad y menores efectos en la salud (Manderscheid et al, 2000). La naturaleza negativa de las

características que acompañan al burnout explican a su vez sus efectos perjudiciales sobre la salud del cuerpo.

3.3.2.4. Ansiedad e insomnio

La ansiedad y el insomnio son dos de los síntomas más comunes de las personas que padecen el síndrome de burnout.

La **ansiedad** es un estado caracterizado por sentimientos de desasosiego, aprensión, miedo o preocupación (Morris, 2005), generado por la aparición de un evento (real o imaginado) percibido como estresante o amenazante, a veces acompañado de la percepción de que no se dispone de los recursos para superarlo. Las manifestaciones físicas de la ansiedad incluyen síntomas relacionados con la activación del sistema nervioso autónomo (simpático): sudoración, tensión muscular, incremento del ritmo cardíaco, entre otros. La ansiedad es algo normal y necesario para la vida, pero cuando permanece en el tiempo de forma intensa o prolongada puede generar una patología. Los trastornos de ansiedad incluyen las fobias, los trastornos de pánico y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros. La ansiedad puede afectar a individuos de cualquier edad, en especial a aquellos que están sometidos a tensiones económicas, familiares o laborales.

El **insomnio** es un trastorno del sueño caracterizado por la dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido durante la noche. La mayoría de los episodios de insomnio surgen de eventos estresantes y son temporales. Sin embargo, para algunas personas el insomnio es una perturbación persistente (Morris, 2005). Los estudios han encontrado que el insomnio está relacionado con numerosas enfermedades somáticas y mentales. Entre sus factores de riesgo están los cambios de tipo hormonal, los trastornos psiquiátricos, las condiciones médicas negativas, el consumo de medicamentos, de alcohol, cafeína, nicotina o heroína y los factores ambientales, como por ejemplo los problemas familiares o las características del trabajo.

La ansiedad y el insomnio están estrechamente relacionados entre sí, ya que el uno puede provocar y realimentar al otro. Por esta razón, usualmente la ansiedad y el insomnio se experimentan juntos, y cuando uno de ellos se resuelve, normalmente el otro también tiende a desaparecer (Chóliz, 1999).

Al ser el burnout causado por el estrés laboral crónico, es natural que la ansiedad sea uno de sus síntomas característicos. La estrecha relación de la ansiedad con el insomnio nos permite a la vez explicar a este trastorno del sueño como un factor que puede ser tanto consecuencia del burnout como factor de riesgo del mismo.

3.3.2.5. Disfunción social en la actividad diaria

Por disfunción social se entiende la incapacidad para funcionar adecuadamente dentro del entorno social laboral. Dentro de este concepto se puede tener varias manifestaciones, tales como por ejemplo la incapacidad para tomar decisiones o la incapacidad para hacer las cosas bien y ser productivo en el entorno laboral (Ríos Rísquez et al, 2008).

La disfunción social a su vez causa un deterioro en la auto-eficacia percibida por parte del individuo, lo cual crea un círculo vicioso que profundiza cada vez más los sentimientos de baja autoestima y el estado de agotamiento emocional característico del burnout (Ríos Rísquez et al, 2010). La disfunción social es una alarma que nos indica que el nivel de burnout es ya intenso y que la persona requiere tratamiento.

La disfunción social es especialmente peligrosa en el caso de los profesionales de la salud, pues cualquier error en sus tareas diarias resultantes del estado de agotamiento emocional característico del síndrome de burnout puede traer consecuencias muy perjudiciales para los pacientes a cargo del individuo que está padeciendo el síndrome.

3.3.2.6. Depresión y sus tipos

La depresión es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por un estado de ánimo deprimido, tristeza, irritabilidad, pérdida de interés por las actividades diarias, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva. Muchas veces estos síntomas van acompañados de pérdida o aumento de peso y trastornos del sueño y, en los casos graves, de pensamientos recurrentes de muerte o ideas suicidas (Durand et al, 2007). Estos síntomas interfieren con la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades cotidianas en forma normal. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o incluso años.

El DSM-IV-TR describe varios tipos de trastornos depresivos, que difieren uno del otro en la frecuencia con la que ocurren los síntomas y en su severidad (Durand et al, 2007):

- **Episodio depresivo mayor:** Se caracteriza por estados de ánimo deprimido la mayor parte del día en los adultos (o estado de ánimo irritable en niños y adolescentes) durante por lo menos dos semanas e incluye los síntomas cognitivos, físicos y emocionales mencionados anteriormente.
- **Trastorno depresivo mayor de episodio único:** Involucra un episodio depresivo mayor único separado al menos dos meses de otro episodio único o recurrente.
- **Trastorno depresivo mayor recurrente:** Involucra a dos o más episodios depresivos mayores separados por un período de al menos dos meses durante los cuales el individuo no se deprime.
- **Trastorno distímico o Distimia:** Comparte los síntomas del trastorno depresivo mayor, pero difiere en que los síntomas son más leves y menos numerosos, pero duran más tiempo.
- **Depresión Doble:** Incluye tanto episodios depresivos mayores como distimia. Los episodios depresivos normalmente se superponen a una distimia ya existente.
- **Trastorno Bipolar:** Llamado también trastorno maníaco-depresivo. No es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Se caracteriza por la alternación (cambios cíclicos) de episodios depresivos y maníacos (euforia).
- **Trastorno Ciclotímico:** Es una versión menos severa pero más crónica (al menos durante dos años) del trastorno bipolar, caracterizada por la alternación de niveles de estado de ánimo elevados y niveles de depresión que no son tan severos como los episodios maníacos o depresivos mayores.

En una clasificación más general basada en la naturaleza de las causas del trastorno, se tiene dos tipos de depresión (Guadarrama et al, 2006):

- **Depresión reactiva:** Aquella originada por eventos de la vida externa que afectan el estado de ánimo y son relativamente fáciles de identificar.

- **Depresión endógena:** Aquella originada por causas biológicas (Ej: cambios bioquímicos en el sistema nervioso central), sin causa externa manifiesta. Se caracteriza por largos y profundos estados de melancolía sin causa aparente, y por tanto más difícil de identificar.

3.3.2.7. Investigaciones realizadas

1. Hernández C. y colaboradores en 2005 hacen un estudio en México con los objetivos de identificar el nivel de Burnout en un grupo de 109 enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal y determinar la relación entre el síndrome de burnout, los síntomas somáticos cardiovasculares y las cifras de presión arterial. Se evaluó el nivel de burnout con el Cuestionario MBI-GS en versión CORE con dos subescalas: agotamiento emocional (0.85) y despersonalización (0.78); un cuestionario de síntomas cardiovasculares y un protocolo de puntos estimados de presión arterial puntual en el puesto de trabajo. Se encontró que en el 67% de las enfermeras predominó el burnout en nivel medio; los niveles bajo y alto se presentaron en 19% y 14% respectivamente. Se obtuvo correlación significativa ($r=348$ $p\leq 0.01$) entre los síntomas cardiovasculares y burnout, al igual que con el componente de agotamiento emocional ($r=374$ $p\leq 0.01$). La relación entre las cifras de presión arterial y burnout no fue significativa. Se concluyó que la relación significativa entre los síntomas cardiovasculares y burnout indica subjetivamente una primera manifestación de enfermedad cardiovascular, que posteriormente puede ser somatizada. Se plantea la hipótesis de que a mayor agotamiento físico y emocional percibido en y por el trabajo, hay un aumento en la presencia de síntomas de enfermedad cardiovascular (Hernández, 2005).
2. María Isabel Ríos Rísquez y colaboradores hacen una investigación en el Hospital Universitario Morales Meseguer de Murcia, España, con el objetivo de estimar la prevalencia del síndrome de burnout en una muestra de profesionales de enfermería intensiva, y analizar su relación con el nivel de salud percibida y otras variables sociodemográficas y laborales. Se emplearon tres instrumentos de evaluación: una encuesta de variables sociodemográficas y laborales, y los cuestionarios validados MBI y GHQ-28, para la evaluación del burnout y el estado general de salud percibido, respectivamente. En una muestra de 42 encuestados, destaca la puntuación media obtenida en la dimensión de agotamiento emocional.

El 42,9% de la muestra presentó síntomas psíquicos o físicos de origen psicológico que podrían requerir atención especializada, con una mayor incidencia de los síntomas somáticos de origen psicológico y de los síntomas de ansiedad e insomnio. Resultó significativa la asociación burnout-salud general percibida ($r = 0,536$; $p < 0,001$), destacando sobre todo la asociación agotamiento emocional y ansiedad ($r = 0,648$; $p = 0,000$). Los niveles encontrados de desgaste profesional resultaron ser moderados-altos. El 11,9% de la muestra estudiada puntúa alto en las tres dimensiones del síndrome de burnout. Se concluyó que los niveles de burnout y salud encontrados indican una elevada vulnerabilidad en la muestra estudiada y la necesidad de instaurar programas de prevención/intervención dentro de este contexto laboral (Ríos Rísquez, 2010).

3. Claudia Aranda y colaboradores, investigadores del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, México, en 2004 hacen un estudio para determinar la prevalencia de burnout, las manifestaciones clínicas y la relación entre ellas en los médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social. Para analizar lo propuesto se utilizó un cuestionario de datos sociodemográficos y laborales, además de la escala de MBI. La prevalencia encontrada sobre el síndrome de Burnout en los médicos familiares fue del 42,3 %. El 64,8 % (81 sujetos) se manifestó enfermo. Las enfermedades más frecuentes fueron las músculo-esqueléticas (20%), las respiratorias (19,2%), las gastrointestinales (18,3%) y las psicológicas (15,2%). Se encontró relación entre casi todos los reactivos del cuestionario con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas, pero las dimensiones que se comportaron como factor de riesgo hacia la enfermedad fue principalmente el agotamiento emocional (Aranda et al, 2004b).
4. Bernardo Moreno-Jiménez y colaboradores en 1999 estudian el proceso de burnout en una muestra de 115 profesores españoles de educación primaria, con el objeto de analizar la incidencia de los factores organizacionales en el desarrollo del síndrome, así como su asociación con la salud percibida. Se utilizó como herramientas el CBP, el OLQ y un cuestionario de sintomatología que recoge manifestaciones auto-informadas tanto de carácter físico como psicológico. Los resultados muestran una importante relación del estrés de rol con el burnout,

especialmente con la dimensión de agotamiento emocional, y de ambos con los problemas de salud auto-informados (Moreno-Jiménez et al, 1999).

5. Barraza-Salas y colaboradores estudian una muestra de 25 médicos internos en una Institución de Seguridad Social Tepic, Nayarit, con el objetivo de determinar la prevalencia e intensidad del síndrome de burnout en los médicos internos, el estado de salud mental que mantienen los médicos internos y la relación con características personales y generales. Los instrumentos de evaluación fueron: cuestionario de datos generales, escala de MBI versión corta y el Cuestionario de salud GHQ28. Se encontró en Agotamiento Emocional un 56% nivel alto y con nivel medio un 40%, en Baja Realización Personal un 20% obtuvo nivel alto y medio y un 28% un nivel bajo, mientras que para Despersonalización un 28% manifestó un nivel alto y un 36% nivel medio. La mayoría considera existe una sobrecarga de trabajo y por ésta se sienten presionados. Un 28% de los internos padecen probable trastorno mental. Se concluye que los resultados son un “foco rojo” para elaborar programas de prevención y tratamiento (Barraza, 2009).

3.3.3. EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO

Las estrategias de afrontamiento utilizadas por los individuos para lidiar con el estrés y el burnout constituyen una variable importante en el estudio de la problemática del burnout, ya que algunas de estas estrategias resultan útiles y contribuyen a mitigar los efectos negativos del burnout, mientras que otras perpetúan el problema o, peor aún, facilitan el recrudecimiento de los síntomas.

3.3.3.1. Definición de afrontamiento

El afrontamiento es el esfuerzo, tanto cognitivo como conductual, que hace el individuo para hacer frente al estrés, para manejar las demandas tanto externas como internas y los conflictos entre ambas. Es aquel comportamiento que implica esfuerzo en un individuo para resolver las situaciones problemáticas, en un intento personal de adaptarse al entorno (Bosqued, 2008).

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona”. Para ello manejar el estrés incluiría no sólo el dominio sino la aceptación, la tolerancia, la evitación o la reducción de las condiciones estresantes. No sólo importaría el resultado, sino que englobaría todos los intentos de solución.

Los individuos utilizan estrategias muy variadas de afrontamiento para lidiar con el estrés, desde el afrontamiento activo, pasando por la búsqueda de apoyo social, la negación o el humor, hasta el uso de sustancias.

Lazarus y Folkman (1986) afirman que los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad. Así, los modos de afrontamiento negación y evitación pueden disminuir el trastorno emocional, pero pueden impedir al individuo enfrentarse de una forma realista a un problema susceptible de solucionarse mediante una acción directa.

La incidencia del estrés sobre la salud es compleja y puede inducir directamente efectos psicológicos y fisiológicos que alteran la salud (trastornos de ansiedad, del estado de ánimo y psicofisiológicos), aunque también puede incidir de modo indirecto a través de conductas no saludables o estrategias de afrontamiento nocivas como beber alcohol, conductas de riesgo, etc. De igual modo, el estrés puede inhibir conductas relacionadas con la salud, como llevar una vida sana a través del ejercicio físico.

De lo anterior se puede concluir que el estrés se puede asociar a una reducción de conductas de salud y a un incremento de conductas nocivas para ésta. Es por ello que el estudio de las estrategias de afrontamiento es importante para esta investigación.

3.3.3.2. Teorías de afrontamiento

Lazarus en 1966 formuló su teoría procesual sobre el afrontamiento iniciando un fructífero campo de investigación que en la actualidad contempla varias áreas de interés entre las que destacan las estrategias de afrontamiento que utilizan diferentes

grupos de población, así como su utilidad y eficacia para adaptarse a situaciones de estrés. Lazarus presentó esta teoría como un concepto organizador utilizado para entender un alto grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Por tanto, no se considera el estrés como una variable sino como una rúbrica de distintas variables y procesos (Lazarus y Folkman, 1986).

El planteamiento teórico de Lazarus y Folkman sobre el afrontamiento evolucionó hacia una teoría de las emociones y se ha orientado hacia posiciones constructivistas y cualitativas (Lazarus, 2000). Los autores plantean dos dimensiones: una centrada en el problema y otra centrada en la emoción. Sin embargo, Moos y Billings (1982) sugirieron tres dimensiones: a las ya propuestas por Lazarus y Folkman añadieron el afrontamiento centrado en la evaluación. El afrontamiento centrado en la evaluación es aquel en el cual la persona define el significado de la situación causante de tensión y reflexiona sobre sus causas y posibles soluciones.

3.3.3.3. Estrategias de afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) formularon ocho estrategias de afrontamiento: confrontación, distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, aceptación, escape-evitación, planificación de solución de problemas, y reevaluación positiva. Estas dos últimas se han asociado con resultados positivos.

La versión abreviada de la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) diseñada por Crespo y Cruzado en 1997 considera 14 estrategias de afrontamiento (que se explicarán en mayor detalle en la sección de Metodología): afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, apoyo social o instrumental, religión, reinterpretación positiva, aceptación, negación, humor, autodistracción, autoinculpación, desconexión conductual, desahogo, y uso de sustancias.

En función del nivel en que se producen, se puede clasificar a las estrategias de afrontamiento en tres categorías:

- **Estrategias individuales:** Aquéllas usadas por las personas de manera proactiva y/o de manera inconsciente, tales como ejercicio físico, técnicas de

relajación, etc. Aquellas personas con bajos niveles de burnout emplean estrategias como la elaboración y aplicación de planes de acción, ver los aspectos positivos de la situación, buscar apoyo social y auto-controlarse. Aquellas con altos niveles de burnout emplean la evitación, el escape y la confrontación (Ceslowitz, 1989).

- **Estrategias grupales:** Aquellas que fomentan el apoyo emocional entre compañeros y supervisores, potenciando habilidades, compartiendo conocimientos, y retroalimentación para ejecución de actividades. El apoyo social es muy importante. Su objetivo es disminuir la percepción de soledad y abandono para crear estrategias conjuntas para tratar los problemas (Porras, 2000).
- **Estrategias organizacionales:** Varios autores, entre ellos Folkman (1984), señalan que para prevenir el burnout hay que incorporar programas de mejora de clima laboral para disminuir los estresores crónicos tales como contenido del puesto, inequidad, mala comunicación, así como en políticas que incluyan programas de socialización de evaluación (Martínez, 2010).

3.3.3.4. Investigaciones realizadas

1. Morán (2008). En este estudio participaron 366 trabajadores de servicios humanos para examinar la relación entre el burnout, la satisfacción de empleo, los modos de afrontamiento y la disfunción social como medida de salud. El objetivo general fue valorar si los modos de afrontamiento empleados para manejar el estrés, medido por el burnout (el MBI), son los más adaptativos y saludables. Los resultados muestran que los modos de afrontamiento disfuncionales se relacionan con baja satisfacción en el trabajo y mayor burnout. Nos muestra la relación entre las tres dimensiones del *burnout* y satisfacción en el empleo con los 14 modos de afrontamiento evaluados con la escala BRIEF-COPE. Vemos que los modos positivos de afrontar el estrés, afrontamiento activo, planificación, apoyo emocional, religión, reinterpretación positiva y aceptación de la responsabilidad (los 7 primeros) tienen todos una relación positiva y significativa con satisfacción en el empleo; cuatro de ellos, confrontación, planificación, religión y reinterpretación positiva se relacionan en negativo con cansancio emocional y con despersonalización (con esta última también se relacionan en negativo la búsqueda de apoyo emocional y el apoyo social). De estos siete modos

únicamente dos, apoyo social y religión, no muestran ninguna relación con realización personal, los otros se relacionan en positivo. La negación del problema se relaciona con despersonalización y baja realización personal. La autoinculpación y la desconexión conductual se relacionan con las tres dimensiones del *burnout*, en positivo con cansancio emocional y en negativo con realización personal, a la vez que muestran relación negativa con satisfacción en el trabajo. El desahogo o expresar las emociones negativas se relaciona con el burnout. Los autores sugieren que se ponga mayor énfasis en los modos de afrontamiento para abordar el síndrome de burnout.

2. Popp (2008). Los objetivos de este trabajo fueron 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. Como instrumentos de medida se aplicaron el inventario MBI y el Inventario de Afrontamiento WOCQ. Mediante la ejecución de un análisis multivariado de variancia (MANOVA) sobre 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), se encontraron efectos principales significativos con respecto a las dimensiones despersonalización y baja realización personal. Las enfermeras que presentaron niveles inferiores de burnout utilizaron estrategias de afrontamiento tales como: el análisis lógico de causas, consecuencias y posibles soluciones de la situación, 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.
3. Jenaro (2007). En este estudio ex post facto se evalúa la presencia del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por 64 profesionales de acogimiento residencial de menores que trabajan en diversas provincias españolas. Los instrumentos empleados fueron el MBI y el Cuestionario de afrontamiento COPE. Los resultados confirman la existencia de una elevada tasa del síndrome en la muestra estudiada. Así mismo, los análisis correlacionales ponen de manifiesto la existencia de asociaciones significativas entre el empleo de estrategia de afrontamiento y una elevada realización personal.

4. Hernández y colaboradores (2004a). Es un estudio correlacional que forma parte de una investigación sobre el constructo de “estar quemado”, y su relación con el afrontamiento. Se aplicó el Cuestionario de Burnout para enfermería (CBE) de Hernández, Olmedo y Fernández y el Cuestionario de Afrontamiento WOCQ de Folkman y Lazarus a una muestra de personal sanitario de 222 participantes, de los cuales 187 son mujeres y 35 son varones. Los resultados de los análisis correlacionales de regresión múltiple y los efectuados para grupos criterio (“altos” frente a “bajos” en los factores de “estar quemado”) indican pocas relaciones y de escasa magnitud entre los dos constructos, si bien estos van en la línea de trabajos previos, planteándose la necesidad de recurrir a otras variables de tipo personal para explicar el fenómeno del “estar quemado”.

5. Jaramillo (2009). Este estudio evaluó la prevalencia del síndrome en treinta médicos y cuarenta enfermeras de una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería. Los instrumentos empleados fueron el MBI y la escala de estilos de afrontamiento WOCQ. Los resultados evidencian la presencia del síndrome en la población participante. De igual forma, los datos demuestran que los estilos de afrontamientos más frecuentemente usados son el afrontamiento dirigido al problema, la búsqueda de ayuda social, el pensamiento ilusorio y la indiferencia. Los análisis correlacionales arrojan la existencia de asociaciones significativas entre el agotamiento emocional y la indiferencia, el tiempo de experiencia laboral y la despersonalización, así como la realización personal y la edad. No se encontraron relaciones significativas entre otras características sociodemográficas y el síndrome.

3.3.4. EL BURNOUT Y EL APOYO SOCIAL

Al momento de enfrentar eventos vitales, tensiones crónicas o estresores cotidianos, un factor importante es el apoyo social con el que contamos. La falta de apoyo social es una causa de estrés que puede contribuir a menoscabar la salud y el bienestar de la persona y permitir la aparición y desarrollo de consecuencias negativas, entre otras el burnout (Schaufeli y Bakker, 2007). El soporte social del que pueda disponer una persona, tanto a nivel familiar como a nivel laboral, juega un papel importante en

relación con la salud de una persona y constituye un factor protector importante respecto al desarrollo del burnout.

Por lo anterior, el estudio del apoyo social del que disponen los individuos es importante en el establecimiento de las eventuales relaciones de esta variable con la incidencia del burnout que se identifique en esta investigación.

3.3.4.1. Definición de apoyo social

De acuerdo al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de España, el concepto de apoyo social es un concepto que recién se ha relacionado con el estrés y la salud en general y en particular salud laboral gracias al interés que ha despertado el descubrir que el apoyo social reduce el estrés, mejora la salud y amortigua o modera el impacto del estrés laboral. A continuación algunas definiciones propuestas por el INSHT (Pérez et al, Sin año).

- “El apoyo social es definido por la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico provenientes de otras personas significativas.”
- “La información que permite a las personas creer que: a) se preocupan de ellos y les quieren b) son estimados y valorados y c) pertenecen una red de comunicación y de obligaciones mutuas.”
- “La disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas”.
- “El grado en que las necesidades sociales básicas se satisfacen a través de la interacción con los otros”.

Según el INSHT existen 4 tipos de apoyo social, y la importancia dependerá en cada caso de la relevancia de la fuente de apoyo para la persona y del problema específico que requiera tal apoyo (Pérez et al, Sin año):

- **Apoyo Emocional.-** Este comprende la empatía, el cuidado, el amor, la confianza. Parece ser uno de los tipos de apoyo más importantes.
- **Apoyo Instrumental.-** Conductas instrumentales que ayudan directamente a quien lo necesita, como ayudar a realizar las actividades del individuo.
- **Apoyo Informativo.-** Información que se ofrece a una persona para que ésta pueda usarla y hacer frente a las situaciones que le traen problemas.

- **Apoyo Evaluativo.-** Sólo implica la transmisión de información y no el afecto que se trasmite en el apoyo emocional. Sin embargo esta información es relevante para la autoevaluación (comparación social), y puede ser implícita o explícitamente evaluativa.

3.3.4.2. Modelos Explicativos del Apoyo Social

Para explicar los efectos beneficiosos del apoyo social sobre la salud del individuo existen dos modelos (Hernández et al, 2004b).

- **Modelo de “efecto directo”:** El apoyo social causa en forma directa efectos favorables para el individuo (sentido de pertenencia y seguridad, información y recursos, reconocimiento de su propia valía por parte de los demás, mayor autoestima). Se conceptualiza como variable antecedente.
- **Modelo de “efecto amortiguador”:** El apoyo social actúa de manera indirecta, protegiendo al individuo de los efectos negativos de los factores estresantes. Se conceptualiza como variable interviniente.

Existe una serie de modelos que inciden en explicar, de forma pormenorizada, el proceso de daño psicofisiológico que se produce en el individuo y la relación causal que se establece entre sus síntomas. En términos preventivos, estos modelos no inciden tanto en los antecedentes, es decir, en las condiciones de trabajo. Se centran más en los procesos internos del individuo que conducen a la aparición e incremento de la patología. Analizan los aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales que están implicados en el proceso de aparición y el desarrollo del burnout en el tiempo. El modelo tridimensional MBI-HSS de Maslach (1980) es el modelo más reconocido, aunque existen otros expertos quienes han aportado a mejorarlo con sus investigaciones, entre otros: Golembiewski (1983), Leiter (1988), Edelwich y Brocisky (1980), Price y Murphy (1984), de Cherniss (1980), Cordes y Dougherty (1993).

3.3.4.3. Apoyo Social Percibido

La investigación psicosocial ha puesto de manifiesto la importancia de las relaciones interpersonales como fuente de recursos esenciales para la promoción de la salud y el bienestar (Pereira da Silva, 1997).

Las personas realizan en su interior una evaluación del apoyo social. Esta evaluación es condicionada por la percepción subjetiva de sentirse apoyado y por la experiencia vivida durante situaciones reales. De esta manera la persona obtiene dos tipos de perspectivas:

- **Apoyo Social Recibido:** Evaluación que realiza el receptor de apoyo en relación al apoyo recibido.
- **Apoyo Social Previsto:** Evaluación del apoyo ofrecido por parte de quien lo provee.

Es muy importante que el individuo tenga alguien con quien pueda contar, alguien que le aconseje a resolver sus problemas, con quien compartir sus temores, para que se evidencie que el individuo está percibiendo apoyo social, el cual se vuelve necesario e imprescindible para el cotidiano vivir. Para Lazarus y Folkman (1986), el apoyo social tiene que ver con cómo el individuo evalúa las interacciones que ocurren en sus relaciones sociales. Es diferente pertenecer a una red social que recibir apoyo de la misma (Ribera et al, 1993).

3.3.4.4. Apoyo Social Estructural

La estructura de la red social de un individuo determina la disponibilidad potencial de ayuda emocional y material. La perspectiva estructural hace referencia a las características objetivas de la red de apoyo social, como por ejemplo los tipos de los contactos que tienen lugar dentro de ella, y el apoyo instrumental (tangibles, materiales) que se puede recibir de ella en forma directa (Fernández, 2005).

Se ha realizado varias investigaciones que han permitido establecer las funciones que cumplen las relaciones sociales y los aspectos estructurales para contar con una red de apoyo social que no sólo permita crear una identidad social válida y proporcionar ayuda material o emocional en momentos de crisis, sino crear bienestar psicológico. Según Thoits, los resultados de aplicar un concepto estructural del apoyo social tienden a confirmar la hipótesis de efectos directos que establecen 3 mecanismos (Thoits, 1982):

- Un incremento en la percepción de identidad por parte del sujeto, desarrollada a partir de las interacciones que lleva a cabo con otras personas;
- Un incremento en la percepción de su propia autoestima a través de la valoración que los demás hacen de su comportamiento.
- Un aumento de la percepción de control.

Existen entonces diversos tipos de apoyo social, y la evaluación de cada uno de ellos ofrecerá información valiosa que permitirá relacionar a las diferentes dimensiones de esta variable con la incidencia del síndrome de burnout.

3.3.4.5. Investigaciones realizadas

1. Aranda y colaboradores (2004a) hacen una revisión, análisis y conclusiones de investigaciones anteriormente realizadas, así como de teorías y tendencias que se manejan al respecto de los efectos del apoyo social en burnout. El trabajo aborda el rol que juega el apoyo social en la prevención de enfermedades. Se refiere a las relaciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo y mantienen conductas en sus interrelaciones. La investigación ratifica la hipótesis propuesta de que cuando el apoyo social es inadecuado o no se brinda, puede intervenir o facilitar el desarrollo de enfermedades laborales, en particular el burnout.
2. Avendaño y colaboradores (2009), presentan resultados de un estudio descriptivo-correlacional que tuvo como objetivos identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público (Hospital Guillermo Grant en Chile). Se estudió una muestra de 98 profesionales. Los resultados muestran que la mayoría de los participantes presenta estrés laboral crónico o burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional. Destaca una mayor despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes judicializados, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares de servicio. Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad. La influencia del apoyo social es notable en las tres dimensiones del burnout, sobre todo cuando proviene de los superiores. El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de

entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo en este tipo de servicio.

3. Topa-Cantisano y colaboradores (2007) en su estudio buscan establecer la influencia de la identificación con el síndrome de burnout y el papel mediador del apoyo social en tal relación. La muestra está formada por 494 empleados pertenecientes a una amplia variedad de organizaciones españolas. Los análisis a nivel descriptivo mostraron una relación negativa ($r = -0,35$) entre falta de eficacia profesional e identificación grupal. A nivel predictivo los resultados mostraron que los participantes altamente identificados con un grupo muestran menores niveles de burnout y que el apoyo social media parcialmente las relaciones entre la identificación grupal y el cansancio emocional.
4. Aranda y colaboradores (2004c) en su estudio determinan la relación entre el síndrome del burnout y las redes sociales de apoyo en médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Se lo realizó a 163 médicos utilizando la escala de Valoración MBI y la Escala de apoyo y contactos sociales de Díaz Veiga. Los resultados muestran que el 16.0% de la población presenta agotamiento emocional, el 84.7% baja realización personal, y sólo el 1.8% de los médicos despersonalización. Se puede deducir que el inadecuado apoyo socioemocional recibido, así como la insatisfacción con el mismo están afectando a los individuos, ocasionando o facilitando el desarrollo del síndrome. Los autores concluyen que el contar con apoyo social puede reducir el síndrome, y su ausencia actuar como un estresor, con importantes efectos sobre el síndrome.
5. Albar y colaboradores (2003) exploran la relación entre síndrome de burnout y el apoyo procedente de la red social: vínculos informales (familia y amigo) y vínculos del lugar de trabajo (supervisores y compañeros). Se utilizó la Multidimensional Support Scale y el MBI en una muestra de enfermeras de un hospital general. Se encontró que el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros, y que la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada a la realización personal. Los autores concluyen que es importante considerar el apoyo procedente de fuentes extralaborales, sobre todo en una población mayoritariamente femenina como es la enfermería, donde la inter-dependencia entre los contextos laboral y familiar es grande.

3.3.5. EL BURNOUT Y LA PERSONALIDAD

Los individuos son diferentes entre sí respecto a las características de su tipo de personalidad. Algunas de estas características de personalidad pueden favorecer el desarrollo del síndrome del burnout, mientras que otras pueden actuar como un “escudo protector” que contribuya a evitar su desarrollo.

3.3.5.1. Definición de Personalidad

El término “personalidad” viene del término “persona”, que a su vez etimológicamente significa la “máscara” que los actores utilizaban en el teatro. El término entonces refleja los “papeles” que actuamos, ya no en el teatro sino en nuestra vida real en la sociedad (Cloninger, 2003).

Los psicólogos por lo general definen a la personalidad como “un patrón único de pensamientos, sentimientos y conductas del individuo que persisten a través del tiempo y de las situaciones” (Morris et al, 2005).

Allport propuso lo que se convirtió en una definición clásica de personalidad: “Es la organización dinámica, dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”. Para Allport, la unidad primaria de la personalidad es el “rasgo”: la personalidad de un individuo puede describirse a través de una lista de sus rasgos (Cloninger, 2003).

En realidad existen muchas definiciones de personalidad, que dependen de la teoría específica de donde surge la definición. Por ejemplo, así como Allport y Cattell proponen una definición de personalidad basada en rasgos, las teorías psicodinámicas conciben a la personalidad como determinada por la forma de solución de conflictos de fuerzas inconscientes, las teorías humanistas relacionan la personalidad con la motivación intrínseca del ser humano hacia la autorrealización, y las teorías cognitivas sostienen que la personalidad surge de la forma en la que el ser humano organiza internamente sus expectativas y valores para guiar su comportamiento (Morris et al, 2005).

Lo importante entonces es que el tipo de personalidad de un individuo tendrá una influencia directa sobre las decisiones que tome y las reacciones y el comportamiento que tenga frente a los eventos del entorno. En la presente investigación, el interés se centra en cómo el tipo de personalidad se relaciona con la respuesta del individuo a aquellos eventos estresantes originados en el entorno laboral.

3.3.5.2. Tipos de Personalidad

Carl Jung propuso que el tipo de personalidad puede establecerse a través del análisis de tres dimensiones de la misma y cuál de sus extremos o polos es más dominante en el individuo. La primera dimensión fue considerada por Jung como la actitud fundamental del individuo: Introversión vs. Extroversión. Las otras dos dimensiones tienen que ver con las funciones psicológicas del individuo (Pensamiento vs. Sentimiento y Sensación vs. Intuición) (Cloninger, 2003).

Los individuos **introvertidos** dirigen su atención y su energía psíquica hacia su interior, son generalmente tímidos, reflexivos y poco sociables. Los **extrovertidos** dirigen su atención y su energía hacia afuera, hacia la gente y las experiencias del mundo; son sociables y comunicativos. La segunda dimensión está relacionada con la forma en la que los individuos hacen juicios y toman decisiones: “con la cabeza” (**pensamiento**) o “con el corazón” (**sentimiento** y emoción). La tercera dimensión tiene que ver con la forma en la que los individuos perciben el mundo. El tipo **sensitivo** pone atención a los detalles y conoce e interpreta las cosas fundamentalmente a través de sus cinco sentidos. Es concreto. El tipo **intuitivo** considera todo el panorama, y es capaz de percibir cosas y sacar conclusiones y significados que van más allá de lo que le muestran sus cinco sentidos.

Las tres dimensiones pueden combinarse de ocho maneras diferentes, de donde se originan ocho “psiquetipos”. El conocido **test indicador de la personalidad de Briggs-Myers (MBTI)** utiliza las dimensiones del modelo de Jung, y le añade una cuarta escala o función auxiliar que mide si el individuo se acerca al mundo externo a través de una función de juicio o a través de una función perceptiva, generando así 16 tipos de personalidad en lugar de 8.

En 1959, Meyer Friedman y Ray Rosenman, médicos cardiólogos norteamericanos, tras estudiar los rasgos de personalidad de personas que habían sufrido un infarto del miocardio, encontraron que se trataba de individuos competitivos y deseosos de tener éxito. Entonces definieron dos tipos de personalidad (Morris, 2005):

- **Personalidad Tipo A:** Son impacientes, competitivos, ambiciosos, irritables, mal humorados, agresivos en los negocios, hostiles, estresados, evitan el relajamiento. Sienten rechazo por los individuos que tienen el tipo de personalidad B.
- **Personalidad Tipo B:** Son pacientes, relajados (a veces apáticos) y fáciles de llevar. Tienen vidas sencillas, y no se involucran en proyectos grandes o difíciles. Prefieren llevar las cosas con calma en lugar de estresarse.

Así, las personas con personalidad Tipo A tendrán mayor posibilidad de ser afectados por las situaciones laborales estresantes y por tanto estarán más propensas a desarrollar el síndrome de burnout que las de Tipo B.

Existen además ciertos rasgos de personalidad que están directamente relacionados con la capacidad de los individuos para manejar el estrés y mantener la buena salud: el **neuroticismo** (tendencia a la inestabilidad emocional y a la distorsión de la realidad), la **resiliencia** (capacidad de un individuo de seguir adelante a pesar de experimentar eventos o circunstancias difíciles), y la **personalidad resistente o “hardiness”** (un gran sentido del compromiso y una fuerte sensación de control sobre los acontecimientos) (Herrera et al, 2007).

Otros autores proponen la idea de la **personalidad positiva**, conceptualizada ya no como un rasgo sino como un proceso, que se interrelaciona con el concepto de salud, que se compone de varias facetas y que actúa modelando las situaciones de estrés en forma positiva desde las perspectivas cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales del sujeto en relación con su ambiente (Moreno-Jiménez et al, 2005).

Todos los tipos de personalidad mencionados presentan características únicas que van a su vez a generar reacciones únicas ante los eventos estresantes. De ahí la importancia para la presente investigación del estudio de la personalidad de los individuos en relación con la incidencia del burnout.

3.3.5.3. Patrones de conducta y personalidad

Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, comportamientos, y una determinada activación fisiológica. Los tipos de personalidad están también relacionados con patrones de conducta característicos. La personalidad y los trastornos de personalidad se conceptualizan como organizaciones de esquemas cognitivos (o “guiones”) relacionados con determinados patrones de conducta. Estos esquemas son organizaciones individuales e idiosincrásicos de creencias (o reglas) sobre la vida, sobre sí mismo y sobre los demás que se van conformando a lo largo de la vida, y que permanecen inactivos hasta que ciertas situaciones los activan (Ej: situaciones estresantes), generando en el individuo ciertos patrones de conducta.

A raíz de las investigaciones de Friedman, Rosenman, y posteriormente Jenkins y otros, se han definido tradicionalmente tres patrones de conducta (Useche, 2008):

- **Patrón de conducta tipo A.-** Corresponden a perfiles psicológicos donde predomina una respuesta excesiva. Exhiben hiperactividad, irritabilidad, son ambiciosos, agresivos, hostiles, impulsivos, impacientes crónicos, tensos y competitivos, ya sea con su medio ambiente como con ellos mismos, y sus relaciones interpersonales son problemáticas y con tendencia a la dominancia.
- **Patrón de conducta tipo B.-** Corresponde a los individuos en general tranquilos y confiados, en búsqueda de satisfacción y bienestar personal; mantienen relaciones relajadas, y están abiertos a las emociones, tanto amables como hostiles.
- **Patrón de conducta tipo C.-** Es característico de los individuos introvertidos, obsesivos, que interiorizan (controlan) su respuesta al estrés, pasivos, resignados y apacibles, cooperadores, y deseosos de aprobación social.

3.3.5.4. Locus de control

El locus de control está relacionado con el grado de control que el individuo percibe tener sobre su vida y los acontecimientos que influyen en ella. El locus de control puede ser de dos tipos (Mansilla, 2012):

- **Locus de control interno:** Cuando el sujeto cree que los eventos de su vida son mayormente el resultado de sus propios esfuerzos, y por tanto cree que es capaz de llevar a cabo alguna conducta que le conducirá a lograr su objetivo.
- **Locus de control externo:** Cuando el individuo posee la creencia de los eventos de su vida están mayormente determinados por factores o fuerzas externas fuera de su alcance, tal como el azar, la suerte o el destino.

Los individuos con locus de control externo son más proclives al estrés laboral, pues perciben más amenazas, están más propensos al desamparo, la frustración y la insatisfacción, y por lo tanto tienen más probabilidad de desarrollar el síndrome de burnout. Los individuos con locus de control interno tienden a percibir menos amenazas, se orientan a las metas laborales, son más activos, buscan información y apoyo, y se responsabilizan por sus propios sentimientos y emociones, lo cual reduce su vulnerabilidad al estrés y por lo tanto al desarrollo del burnout.

3.3.5.5. Investigaciones realizadas

1. Felipe y León (2009). Este estudio investiga las relaciones entre el estilo de conducta interpersonal auto-informado y las estrategias de afrontamiento en una muestra de 162 estudiantes universitarios (Universidad española de Extremadura) ante situaciones de estrés general y estrés interpersonal. Se empleó las Escalas de Adjetivos Interpersonales (IAS) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Se encontró que las personas que se describen a sí mismas como extravertidas, cálidas y sociables tienden a utilizar de forma más frecuente estrategias activas, buscando el contacto con otras personas a las que contar sus dificultades y expresar sus emociones. Por otro lado, las personas que se describen a sí mismas como introvertidas, frías e inseguras muestran que tienden, en general, a utilizar estrategias de afrontamiento pasivas, con un predominio de los pensamientos ansiosos relacionados con la situación y frecuentes autocríticas dirigidas hacia sus capacidades y auto culpabilidad, y reducidas relaciones interpersonales. Los autores concluyen que existe una relación entre los estilos interpersonales autoinformados y la probabilidad de elegir determinadas estrategias de afrontamiento.

2. Herrera y colaboradores (2007). El objetivo de este trabajo fue identificar la presente, nivel y distribución de los factores que constituyen al síndrome de burnout y su relación con la personalidad resistente, además de analizar la influencia de las variables sociodemográficas en el desarrollo del burnout. Participaron 119 profesionales. Los instrumentos usados fueron el cuestionario de MBI y el Inventario de Puntos de Vista Personales. Se detectó un grado moderadamente alto de burnout en la población de estudio, siendo el personal de enfermería el más afectado. Se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y burnout. Se recomienda mejorar los recursos de protección individual para afrontar de forma más eficiente los estresores propios de la función laboral y potenciar la percepción de control y la autoeficacia.
3. Useche (2008) busca identificar los factores de personalidad predisponente al síndrome de burnout, a partir de los tipos de personalidad A, B y C. Se lo desarrolló a través de una revisión documental. Presenta dentro de los hallazgos los factores de personalidad de cada tipo predisponentes al síndrome de burnout y concluye que independientemente de su categorización, estos factores predisponen al síndrome pero es necesario que estén acompañados de condiciones laborales, ambientales y/o familiares que favorezcan la aparición del síndrome. También señala que los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo corresponden a perfiles psicológicos empáticos, sensibles, humanos, con dedicación profesional. Recomienda incluir en el diseño del puesto criterios de la personalidad del trabajador y su perspectiva de riesgo, a fin de minimizar los riesgos de ocurrencia del síndrome.
4. Eric Roth y Bismarck Pinto (2010), investigadores de la Universidad Católica Boliviana, realizan un estudio sobre una muestra de 215 enfermeras de 7 hospitales en La Paz, Bolivia, con el objetivo de establecer una relación entre el "burnout", la satisfacción laboral, los rasgos de personalidad y las variables sociodemográficas de los profesionales. Se utiliza como instrumentos el MBI, el Minitest de los Cinco Grandes de Brody y Ehrlichman y del Cuestionario de Satisfacción Laboral de Travers y Cooper. Se encuentra que el 8% de la muestra presenta el síndrome de burnout, y que la satisfacción laboral se correlaciona positivamente con la realización personal, negativamente con la

despersonalización y el agotamiento emocional. Se hallaron asociaciones entre los componentes del síndrome del burnout con algunos factores de la personalidad: el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización lo hace negativamente con la amabilidad y positivamente con el neuroticismo. Finalmente, la realización personal se correlaciona positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la amabilidad; no correlaciona con el neuroticismo. Se concluye también que la satisfacción laboral se relaciona con el estilo gerencial y el interés que se les da a las sugerencias de los trabajadores (Roth et al, 2010).

5. Bencomo y colaboradores (2004) estudiaron a 117 profesionales en enfermería del Hospital Universitario en Maracaibo, Venezuela, con el fin de identificar la relación entre Síndrome de Agotamiento, Rasgos de Personalidad y Ajuste Psicológico. Se utilizó como instrumentos la Escala de Agotamiento de Pines y Aronson, las escalas NR-18 y NORMALTA (ajuste psicológico), y la traducción argentina del test MMPI-2 (rasgos psicopatológicos). Se encontró que los individuos con alto puntaje de burnout presentaron sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás, dificultad para establecer contactos sociales y bajo ajuste psicológico, mientras que los individuos con bajo nivel de burnout emocional presentaron optimismo, perspectiva realista ante acontecimientos, capacidad para establecer contactos interpersonales y alto ajuste psicológico. Se concluye que el síndrome de burnout no se relaciona con un tipo de “personalidad agotada”, sino, que se trata más bien de un conjunto de rasgos de personalidad que coinciden con la condición de “agotamiento” y que están asociados al ajuste psicológico que presenta el individuo.

4. METODOLOGÍA

En esta sección se presenta las actividades relacionadas con la investigación de campo y la recolección de los datos. Se incluye una descripción del contexto de la institución en la cual se realizó la investigación, el diseño de la investigación, una descripción de la muestra de profesionales que participaron, los instrumentos utilizados para la recolección de la información, y los mecanismos que se utilizaron para dicha recolección.

4.1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

La Clínica San Francisco es una institución privada, creada en 1948 para ofrecer servicios médicos al público. Inicialmente brindó sus servicios en la calle Roca No. 641 (sector La Mariscal) de la ciudad de Quito. Actualmente es una sociedad anónima de capital privado, con aproximadamente 200 socios, todos médicos.

La misión de la Clínica es la de “servir a todos los pacientes sin distingo de condición social y económica, y su visión es la de “ingresar agresivamente en el campo de la atención médica privada, para llegar al 80% de ecuatorianos desprovistos de atención médica de calidad”.

Actualmente la Clínica está ubicada en la Av. 6 de Diciembre N24-493 y Av. Colón, en una zona céntrica y comercial de la ciudad de Quito. Funciona en su propio edificio (de cinco pisos) en el que se atienden diversas especialidades:

- Gineco-Obstetricia – Neonatología
- Cirugía General
- Cirugía Plástica
- Gastroenterología
- Pediatría
- Urología
- Fisioterapia
- Neurología
- Traumatología
- Terapia Intensiva para adultos y neonatos

La Clínica ofrece también un servicio de emergencias y ambulancia 24 horas, servicio de laboratorio, servicio de imagenología, y además servicio de consulta externa en todas las especialidades. Dispone de 40 camas para hospitalización, 4 quirófanos, 6 camas para cuidados intensivos de adultos, y 6 camas para cuidados intensivos de neonatos.

La Clínica orienta sus servicios mayormente al segmento socioeconómico de clase media. Hace dos años la Clínica tiene un convenio de prestación de servicios con el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), cuyos pacientes representan al momento el 60% de su clientela. La mayoría de sus clientes provienen de la ciudad de Quito. Aproximadamente un 20% de sus pacientes vienen de otras ciudades y provincias del país.

La Clínica actualmente emplea a aproximadamente 100 personas, de los cuales la mitad son empleados de planta, con contratos indefinidos. Dentro de éstos se incluyen médicos, enfermeras, paramédicos, y personal de limpieza, mantenimiento y seguridad. La otra mitad de los colaboradores son médicos, enfermeras y paramédicos que tienen contratos de servicios profesionales con la Clínica, y que normalmente trabajan también en otras instituciones de salud.

La máxima autoridad de la Clínica es el Directorio, el cual está conformado por un Presidente, un Vicepresidente y cuatro vocales. Administrativamente la Clínica está dirigida por un Gerente General, a quien reportan un Director Médico y un Director Administrativo.

A través de su Director Médico, el Dr. Lorenzo Ramírez, la Clínica brindó todo el apoyo necesario para la realización de esta investigación.

4.2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Dada la falta de información existente en el Ecuador sobre la prevalencia del burnout y sus factores relacionados, y considerando sus perjudiciales consecuencias sobre los individuos que las padecen, sobre las organizaciones y la sociedad en su conjunto, se propone la realización de la presente investigación, que permitirá lograr un mayor nivel

de conocimiento respecto a las variables que más podrían estar relacionadas con la aparición del síndrome.

4.2.1. Objetivos de la Investigación

La investigación tiene los siguientes objetivos:

Objetivo General:

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

Objetivos específicos:

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

4.2.2. Preguntas de la Investigación

En base a los anteriores objetivos, se plantean las siguientes preguntas de investigación:

- ¿Cuál es la prevalencia del síndrome del burnout en los trabajadores de instituciones sanitarias?
- ¿Qué características sociodemográficas y laborales son las más frecuentes en las personas que experimentan el burnout?
- ¿Cuál es la comorbilidad existente en las personas que experimentan burnout?
- ¿El estado de apoyo social que perciben las personas que experimentan burnout puede actuar como un mecanismo protector?
- ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores de instituciones sanitarias?
- ¿Cuáles son los rasgos de personalidad de quienes experimentan burnout?

4.2.3. Características de la Investigación

Con el objetivo de encontrar las respuestas a las preguntas de investigación, se ha diseñado una investigación con las siguientes características:

- **Cuantitativa:** Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.
- **No experimental:** Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.
- **Transeccional (transversal):** Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de las diversas variables en un momento específico en el tiempo.
- **Exploratoria:** Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- **Descriptiva:** Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga.

4.3. PARTICIPANTES

La muestra que se utilizó para realizar el estudio fueron un grupo de 15 médicos y 15 enfermeras en servicio activo que están vinculados profesionalmente a la Clínica San Francisco de la ciudad de Quito. Todos son profesionales titulados que trabajan en diversas áreas de especialización de la clínica, además de cuidados intensivos y neonatología. Algunos de ellos trabajan en relación de dependencia bajo contratos indefinidos, y otros bajo contratos de servicios profesionales.

La muestra de 15 médicos incluye 9 varones y 6 mujeres, cuya edad oscila entre los 27 y los 65 años (promedio 36.2 años). Las 15 enfermeras son todas mujeres, de edades entre 30 y 66 años (promedio 49.5 años). La muestra total entonces comprende 9 varones y 21 mujeres, de edades entre los 27 y los 66 años.

Todos los profesionales objeto del estudio viven en la ciudad de Quito. De ellos, 9 prestan sus servicios exclusivamente en la Clínica San Francisco, mientras que los otros 21 (la mayoría) trabajan para dos (o más) instituciones de salud.

4.4. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de cumplir los objetivos establecidos para la investigación se escogió al cuestionario como el instrumento para el proceso de recolección de datos. El cuestionario es un conjunto de preguntas respecto a una o más variables que se desea medir, y es uno de los instrumentos más utilizados en investigación social.

Los diferentes instrumentos utilizados se describen a continuación:

4.4.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

Es un cuestionario diseñado específicamente para la investigación (ver **Anexo 1**). Es un cuestionario auto-administrado y tiene la finalidad de recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son, entre otros: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, horas semanales de trabajo, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo, entre otros.

La forma de contestación en la primera y segunda parte de la encuesta (datos personales y datos laborales) es mediante la colocación de un visto o una cruz en la casilla correspondiente a la respuesta que el encuestado considere pertinente; hay unas pocas preguntas en las que se le proporciona al encuestado un espacio para que lo llene según sea su respuesta. En la última parte de la encuesta se busca recabar datos sobre la percepción de valoración y satisfacción en el trabajo, por lo que se le presenta al profesional la posibilidad de escoger su respuesta marcando la numeración correspondiente en una escala de Likert en la que el valor 1 equivale a “nada valorado”, 2 “poco”, 3 “bastante” y 4 “totalmente valorado” (Ramírez, 2012).

4.4.2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Es un instrumento que se utiliza para detectar y medir la existencia de burnout en el individuo. Se entiende como burnout al resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral (ver **Anexo 2**).

La escala MBI plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y los valora por medio de tres escalas (García, 2007), que son las siguientes:

- **Agotamiento Emocional:** Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente debido a las demandas en el trabajo.
- **Despersonalización:** Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- **Realización Personal:** Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo. Es por ello que en esta escala las puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

Las 22 preguntas deben ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de Likert que presenta 7 opciones de frecuencia, donde 0 corresponde a “nunca”, 1 corresponde a “alguna vez al año o menos”, 2 a “una vez al mes o menos”, 3 a “algunas veces al mes”, 4 a “una vez a la semana”, 5 a “varias veces a la semana”, y 6 a “diariamente”. Es importante que el encuestado comprenda que las opciones presentadas en la escala se refieren a la **frecuencia** con la que sucede la afirmación correspondiente (Ramírez, 2012).

Para determinar la presencia del síndrome de burnout, el individuo debe presentar los síntomas significativos de por lo menos dos de las tres subescalas evaluadas (Agotamiento Emocional, Despersonalización, Realización Personal).

4.4.3. Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28)

El GHQ-28 (versión abreviada del General Health Questionnaire de Goldberg en 1970) es un cuestionario auto-administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general. Consta de 28 ítems (ver **Anexo 3**) y su objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son las siguientes (Ramírez, 2012):

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

Cada una de las 28 preguntas presenta 4 opciones de respuesta que varían desde afirmar que lo que se pregunta sucede mucho, bastante, no más de lo habitual o nunca; al lado izquierdo de cada una de las opciones de respuesta se encuentra una casilla o recuadro en la que el encuestado deberá marcar (con un visto o una cruz) la opción que más se ajuste a su situación.

4.4.4. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y precisa del cuestionario Ways of Coping utilizado hasta entonces. En 1997 se publica una versión abreviada adaptada y validada en la población española, que es la que se va a utilizar en la investigación (ver **Anexo 4**). Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems que tienen por finalidad evaluar los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés o situaciones difíciles. De esta manera las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son (Ramírez, 2012):

- **Afrontamiento activo:** Actividades y acciones directas realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.
- **Planificación:** Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.
- **Auto-distracción:** Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.
- **Apoyo instrumental:** La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.
- **Apoyo emocional:** Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.
- **Reinterpretación positiva:** Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.
- **Aceptación:** Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.

- **Negación:** Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.
- **Religión:** El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.
- **Auto-inculpación:** Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.
- **Desahogo:** La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.
- **Desconexión conductual:** Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés, aunque esto implique renunciar a alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.
- **Uso de sustancias:** Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.
- **Humor:** hacer burlas y reírse de la situación estresante.

Las 28 preguntas deben ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de Likert que presenta 4 opciones de frecuencia, donde 1 corresponde a “No he estado haciendo esto en absoluto”, 2 corresponde a “He estado haciendo esto un poco”, 3 a “He estado esto haciendo esto bastante”, y 4 a “He estado esto haciendo esto mucho”.

En el momento de la aplicación el encuestado puede presentar confusión, ya que las afirmaciones están formuladas como si en ese momento tuviera un problema. Se debe explicar al individuo que marque las respuestas basándose en cómo maneja los problemas o dificultades cuando los ha tenido, sin importar que al momento no tenga ninguno (Ramírez, 2012).

4.4.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social

Este instrumento fue creado en 1991 por Sherbourne y Cols, considerando los beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud (ver **Anexo 5**). Es un cuestionario auto-administrado, multidimensional, de 20 ítems, que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo (apoyo estructural) y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funcional (apoyo percibido) que son las siguientes (Ramírez, 2012):

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

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

La primera parte del cuestionario incluye la primera pregunta donde se pide al individuo que coloque una cantidad en números de cuantos amigos íntimos y cuántos familiares cercanos posee. La segunda parte comprende los ítems 2 hasta el 20, en donde el encuestado debe colocar un visto o una cruz en la casilla correspondiente a la frecuencia con la que tiene el tipo de apoyo mencionado en los ítems: El valor 1 corresponde a “Nunca”, 2 corresponde a “Pocas veces”, 3 a “Algunas veces”, 4 a “la mayoría de las veces” y 5 a “Siempre”.

4.4.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Eysenck propuso este cuestionario para identificar la personalidad de un individuo en base al estudio de las diferencias individuales a través de los sectores principales en los que se organizan los patrones de conducta: el cognoscitivo (inteligencia), el conativo (carácter), el afectivo (temperamento) y el constitucional o somático (Mori, 2002). Debido a lo extenso del cuestionario original se han creado versiones abreviadas como la EPQR-A de 24 ítems (ver **Anexo 6**), que evalúa la personalidad mediante cuatro factores (Ramírez, 2012):

- **Neuroticismo:** Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.
- **Extraversión:** Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio, mientras que puntuaciones bajas indican la

tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

- **Psicoticismo:** El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- **Sinceridad:** Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

Las respuestas a las 24 preguntas son de tipo dicotómico, es decir el encuestado sólo puede escoger entre dos opciones que este caso son: “sí” o “no”. Algunos encuestados verán la necesidad de la existencia de un término medio para las respuestas, pero en este caso se les pide que elijan la respuesta que se acerque un poco más a su realidad (Ramírez, 2012).

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

El contacto con la Clínica se hizo a mediados del mes de mayo de 2012 través de su Director Médico, el Dr. Lorenzo Ramírez, a quien se le explicó el objetivo, alcance, instrumentos y beneficios del estudio. El Dr. Ramírez desde el inicio vio el valor del proyecto de investigación y brindó todo su apoyo para la realización del mismo.

Inicialmente se propuso al Dr. Ramírez la realización de una charla informativa a todos los médicos y enfermeras de la clínica para explicar el proyecto e identificar el grupo de profesionales interesados en participar. Sin embargo el Dr. Ramírez descartó esta opción debido a la gran variedad de turnos y horarios del personal, y sugirió que se realice esa tarea con cada candidato individualmente. Se procedió entonces a visitar a los profesionales para explicarles el proyecto y determinar su interés en participar. A cada uno se le explicó el propósito de la investigación, el tiempo que les iba a tomar llenar los instrumentos y los beneficios de su participación para ellos, para la institución y para el país. También se les habló de la importancia de la honestidad en sus respuestas para la validez del estudio, y se les garantizó la confidencialidad de la información y su uso exclusivo para fines de investigación. Se les indicó además que aproximadamente tres meses después de la aplicación de los cuestionarios se les entregaría un informe psicológico con los resultados obtenidos y recomendaciones en

caso de ser necesario. A aquellos profesionales que decidieron participar en el estudio se les agradeció, se les hizo firmar el documento de consentimiento informado (Anexo 7) y se les indicó que se les contactaría más adelante para la aplicación de los instrumentos de investigación.

A mediados del mes de junio ya se había identificado al número total de 15 médicos y 15 enfermeras interesados en participar en la investigación. Entonces a cada uno de ellos se le visitó individualmente para entregarles los cuestionarios y explicarles la forma correcta de llenarlos. Se les pidió que entreguen los cuestionarios llenos en un plazo máximo de 10 días. Cada uno de los 30 participantes recibió un sobre manila con los cuestionarios, a los cuales se adjuntó una carta de agradecimiento (Anexo 8) que incluía indicaciones generales y la fecha tentativa de entrega de los cuestionarios.

Se les pidió a los profesionales que llenen los cuestionarios en el orden en el que fueron impresos, que fue el siguiente:

1. Cuestionario sociodemográfico y laboral
2. Cuestionario del Burnout de Maslach (MBI)
3. Cuestionario de Salud (GHQ-28)
4. Cuestionario de Afrontamiento (COPE)
5. Cuestionario de Apoyo Social (MOS)
6. Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

Durante el mes de julio se fueron recolectando los cuestionarios llenos, y revisándolos para constatar que habían sido contestados correctamente y en su totalidad. Hubo algunos casos en los que se debió contactar a los encuestados para solicitar aclaraciones o completar las respuestas.

Hubo el caso de un encuestado que dejó de trabajar para la institución, y dos encuestados que nunca entregaron los cuestionarios llenos, por lo que a inicios de agosto se debió contactar a otros tres profesionales para invitarles a participar en la investigación. Finalmente a mediados de agosto de 2012 se tuvo los 30 cuestionarios debidamente contestados.

Los datos recolectados fueron ingresados en las plantillas electrónicas (Microsoft Excel) proporcionadas por la UTP para el efecto, con una tabla diferente por cada

uno de los instrumentos utilizados. Las plantillas estuvieron pre-diseñadas para facilitar el ingreso y el análisis de los datos, permitiendo obtener automáticamente porcentajes y frecuencias para cada uno de los instrumentos aplicados, además de gráficos representativos de la información. Los resultados encontrados, así como su análisis y discusión se presentan en la siguiente sección.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Al ingresar todos los datos en las tablas electrónicas proporcionadas se generaron los resultados por cada uno de los instrumentos de investigación. Según lo indicado, se procedió a procesar en primer lugar los datos sobre la prevalencia del síndrome de burnout. Se encontró que ninguno de los profesionales encuestados presentaba el síndrome. Se generaron entonces solamente dos grandes grupos para el análisis de las variables: **Médicos Sin Burnout** y **Enfermeras Sin Burnout**. A continuación se presenta los resultados obtenidos para estos dos grupos a través de cada uno de los instrumentos de investigación, expresados por medio de tablas y gráficos.

5.1. CARACTERIZACION SOCIODEMOGRAFICA Y LABORAL

A continuación se presenta los resultados obtenidos del cuestionario sociodemográfico y laboral. En primer lugar se presenta un cuadro resumen de aquellas variables cuyas preguntas admitían una respuesta dicotómica (Tabla No.4), para facilidad de análisis. Se hará referencia a algunos de los datos de esta tabla en apartados posteriores.

Tabla No. 4. Cuadro Resumen de Variables de Respuesta Dicotómica

	MEDICOS SIN BURNOUT				ENFERMERAS SIN BURNOUT			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
Género	9	60%	6	40%	0	0%	15	100%
Zona de Vivienda	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
	15	100%	0	0%	15	100%	0	0%
Con quién Vive	Solo	%	Más personas	%	Solo	%	Más personas	%
	2	13.33%	13	86.67%	0	0%	15	100%
Tipo de Contrato	T. Completo	%	T. Parcial	%	T. Completo	%	T. Parcial	%
	11	73.33%	4	26.66%	9	60%	6	40%
HaceGuardias	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
	7	46.67%	8	53.33%	8	53.33%	7	46.67%
Pacientes con Riesgo de Muerte	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
	14	93.33%	1	6.67%	10	66.67%	5	33.33%
Pacientes Fallecidos	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
	7	46.67%	8	53.33%	4	26.67%	11	73.33%
Permisos	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%
	11	73.33%	4	26.66%	5	33.33%	10	66.67%

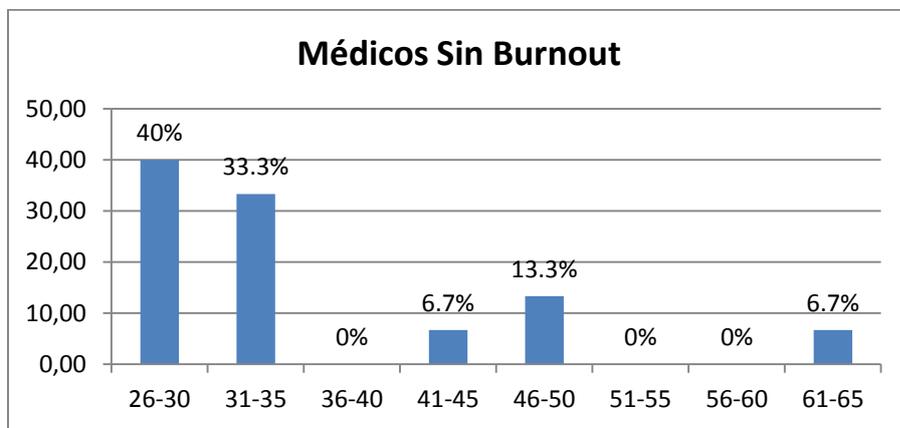
Fuente: Médicos y enfermeras a través del cuestionario Sociodemográfico y Laboral

5.1.1. Género

Según la Tabla No. 4, se encontró que en los médicos encuestados, hay un mayor porcentaje (el 60%) que pertenece al sexo masculino (9 de los 15), y el 40% restante corresponde al sexo femenino (6 de ellos). En el caso de las enfermeras, el 100% de ellas (las 15) pertenecen al sexo femenino.

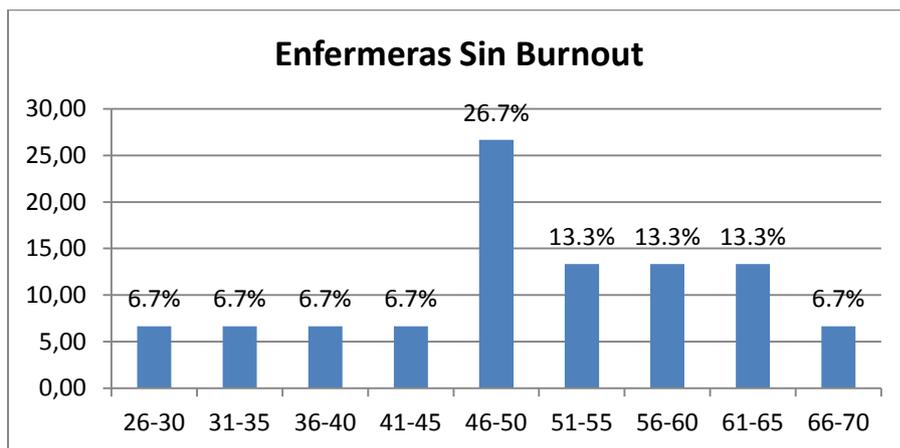
5.1.2. Edad

Gráfico No. 1



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 2



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

En el caso de los médicos se observa una mayor concentración en los rangos de edad de 26-30 años y de 31-35 años (40% y 33.3% respectivamente), con frecuencias

relativamente bajas de los demás grupos de edad. La edad promedio de los médicos es de 36.2 años. En el caso de las enfermeras la mayor concentración de edad está en el rango de 46-50 años (26.7%), seguido por los rangos comprendidos entre 51 y 65 años (total combinado de 40%), y frecuencias relativamente bajas de los demás grupos de edad. La edad promedio de las enfermeras es de 49.5 años.

5.1.3. Zona de Vivienda

Según la Tabla No. 4, se encontró que el 100% de los médicos encuestados, así como también el 100% de las enfermeras encuestadas, viven en la zona urbana de la ciudad.

5.1.4. Etnia

Tabla No. 5

Médicos Sin Burnout		
Nombre	Fr	%
Mestizo	15	100
Blanco	0	0
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Tabla No. 6

Enfermeras Sin Burnout		
Nombre	Fr	%
Mestizo	15	100
Blanco	0	0
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	15	100

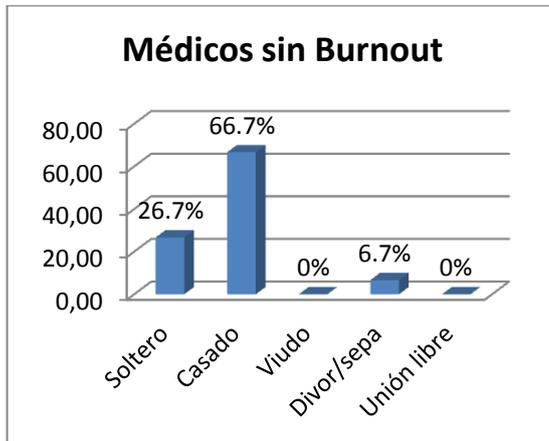
Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Tanto médicos como enfermeras presentan un 100% de población mestiza. La muestra no incluye ningún profesional de raza blanca, afroecuatoriana o indígena.

5.1.5. Estado Civil

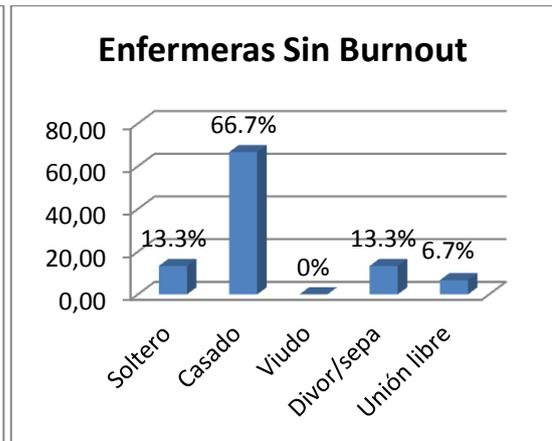
Los resultados relacionados con el estado civil se presentan en los gráficos de la página siguiente.

Gráfico No. 3



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 4

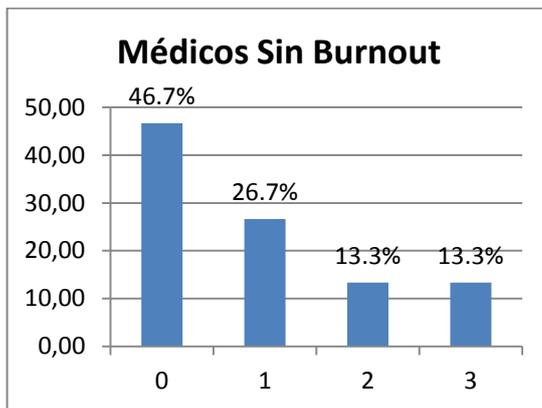


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Tanto en los médicos como en las enfermeras se observa que la mayoría de los individuos son casados (66.7% en ambos grupos), seguidos en bastante menor frecuencia por los solteros (26.7% de los médicos y 13.3% de las enfermeras) y los divorciados/separados (6.7% de los médicos y 13.3% de las enfermeras). Las relaciones de unión libre y los viudos tuvieron una frecuencia muy baja o nula.

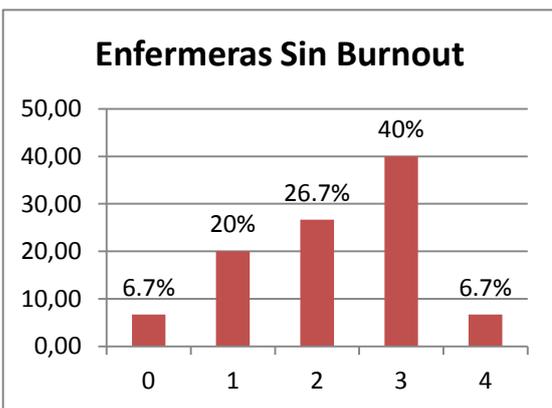
5.1.6. Número de Hijos

Gráfico No. 5



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 6



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

En los médicos se observa que lo más común es no tener hijos (46.7% de ellos), seguido por tener un hijo (26.7%) y en menor cantidad por tener dos o tres hijos (26.7% combinado). En el caso de las enfermeras la situación es bastante diferente, pues el 40% de ellas tiene 3 hijos, el 26.7% de ellas tiene 2 hijos y el 20% tiene 1 hijo. Las otras opciones (ningún hijo y 4 hijos) presentan una muy baja frecuencia.

5.1.7. Personas con quien vive

Según la Tabla No. 4, se encontró que en los médicos encuestados, la gran mayoría de ellos (86.7%) vive con alguien, mientras que en caso de las enfermeras, el 100% de ellas vive con alguien.

5.1.8. Remuneración Salarial

Tabla No. 7

Médicos Sin Burnout		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	15	100
No recibe	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Tabla No. 8

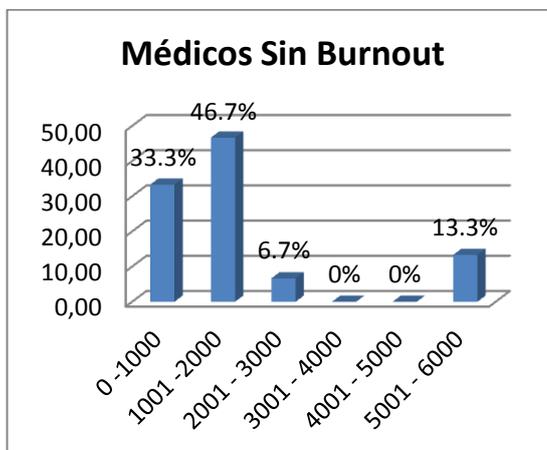
Enfermeras Sin Burnout		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	15	100
No recibe	0	0
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Todos los médicos y todas las enfermeras encuestados reciben su remuneración mensualmente.

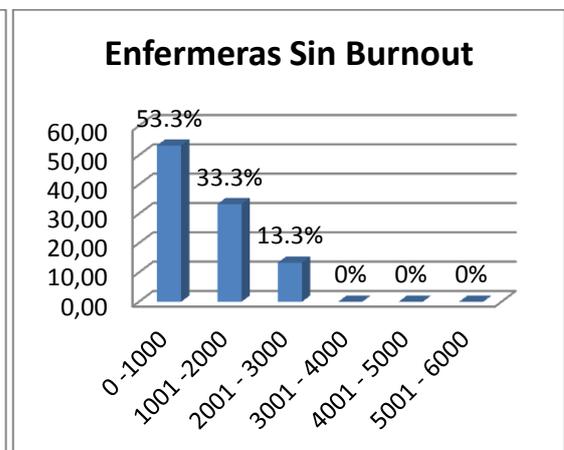
5.1.9. Valor de la Remuneración

Gráfico No. 7



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 8

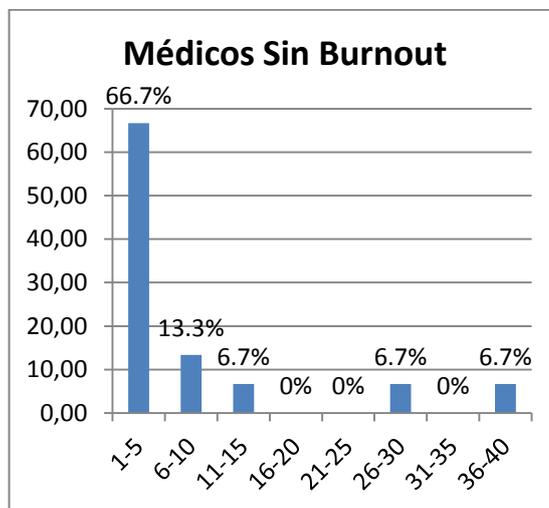


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Los médicos ganan más que las enfermeras. En el caso de los médicos la mayor frecuencia corresponde a un rango de remuneración de \$1,001-\$2,000 (46.7%) seguido por el rango de \$0-\$1,000 (33.3%). En el caso de las enfermeras, la mayor frecuencia corresponde a un rango de remuneración de \$0-1,000 (53.3%) seguido por el rango de \$1,000-\$2,000 (33.3%).

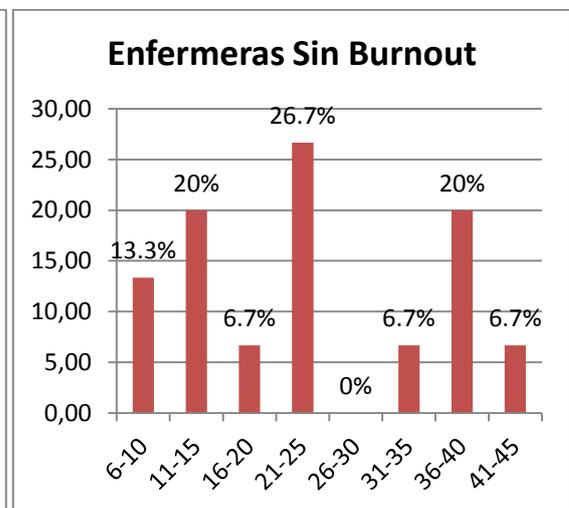
5.1.10. Años de Trabajo

Gráfico No. 9



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 10



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

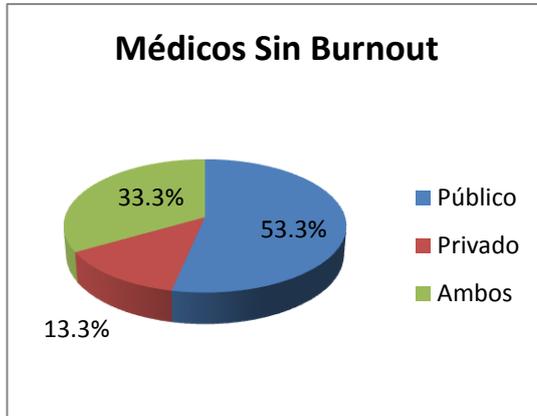
En el caso de los médicos, la gran mayoría de ellos (el 66.7%) tiene entre 1 y 5 años de experiencia, mientras que en el caso de las enfermeras tres grupos son los más representativos: el 26.7% tiene entre 21-25 años de experiencia, seguido por los rangos de entre 11-15 años de experiencia (20%) y entre 36-40 años de experiencia (20%).

5.1.11. Tipo de Trabajo

Según la Tabla No. 4, se encontró que la mayoría de los médicos encuestados (73.33%) trabaja a tiempo completo y el resto a tiempo parcial, mientras que en el caso de las enfermeras el 60% trabaja a tiempo completo y el resto a tiempo parcial.

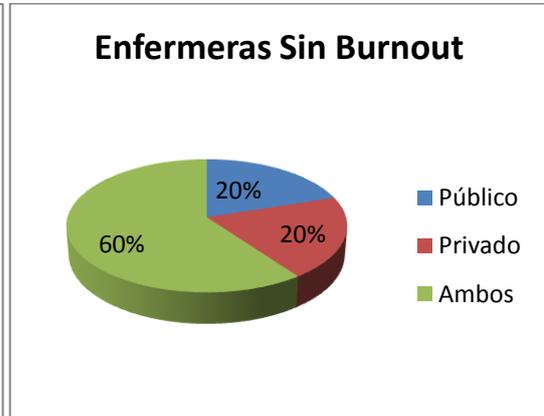
5.1.12. Sector de Trabajo

Gráfico No. 11



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 12

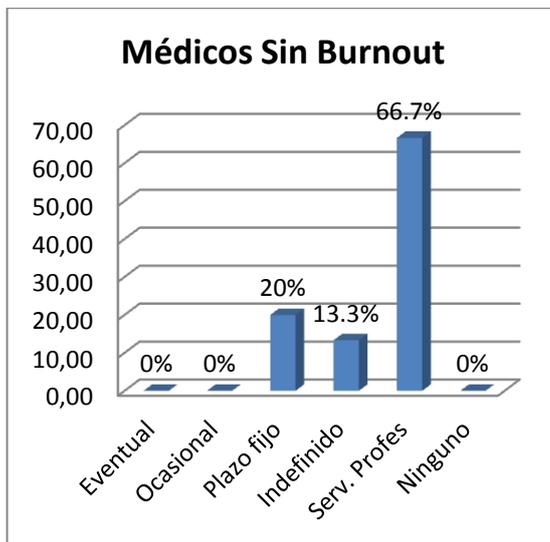


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

El 53.3% de los médicos encuestados trabaja en el sector público, el 13.3% en el sector privado y el 33.3% en ambos. En el caso de las enfermeras, el 20% de ellas trabaja en el sector público, el 20% en el sector privado y el 60% en ambos.

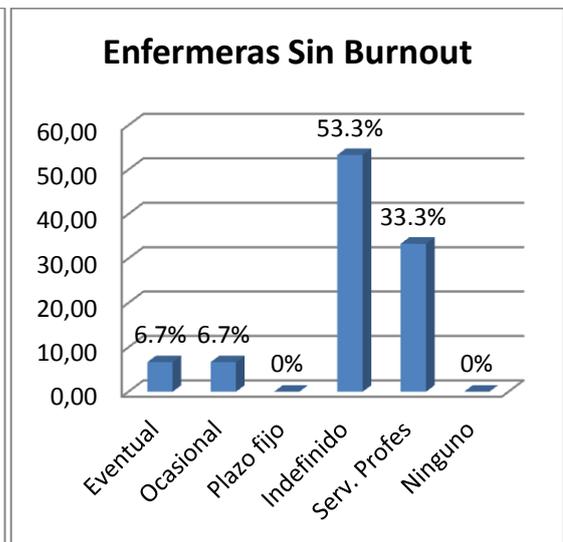
5.1.13. Tipo de Contrato

Gráfico No. 13



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 14



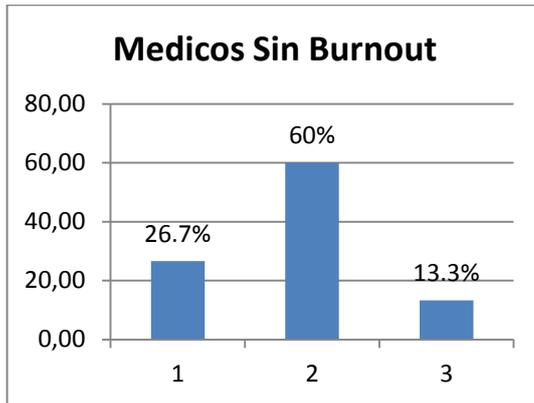
Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

La mayoría de los médicos encuestados (el 66.7%) trabaja con contratos de servicios profesionales, seguido por aquellos que trabajan bajo contratos de plazo fijo. En el

caso de las enfermeras, la mayoría de ellas (53.3%) tiene contratos indefinidos, seguido por aquellas que trabajan con contratos de servicios profesionales (33.3%).

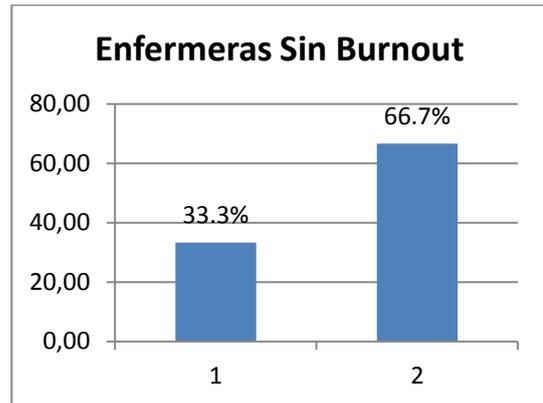
5.1.14. Número de Instituciones en las que Trabaja

Gráfico No. 15



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 16

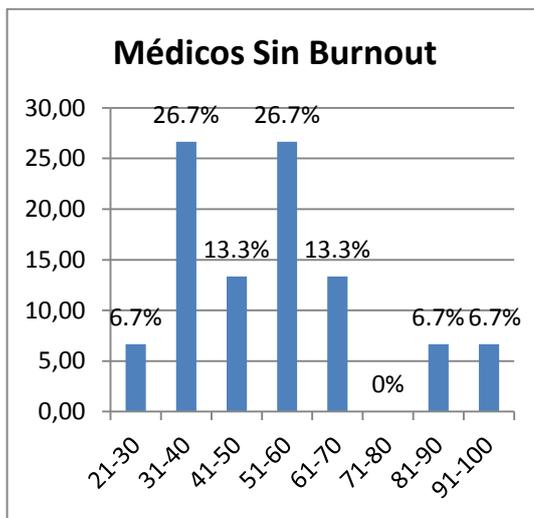


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

La mayoría de los médicos encuestados (60%) trabaja en dos instituciones. El resto trabaja en una o en tres instituciones. En el caso de las enfermeras, la mayoría de ellas (el 66.7%) trabaja para dos instituciones, y el resto sólo para una.

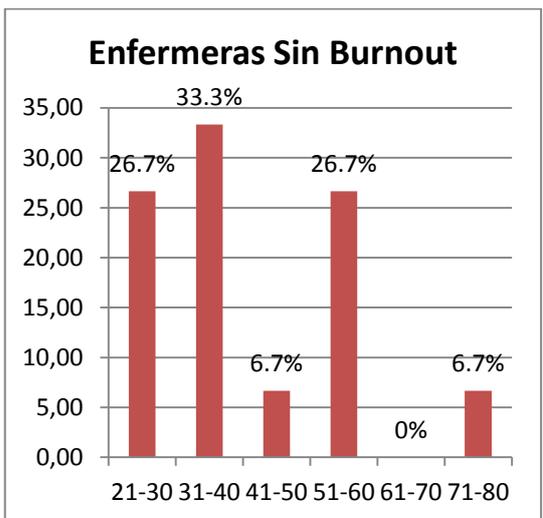
5.1.15. Horas de Trabajo Semanales

Gráfico No. 17



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 18



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

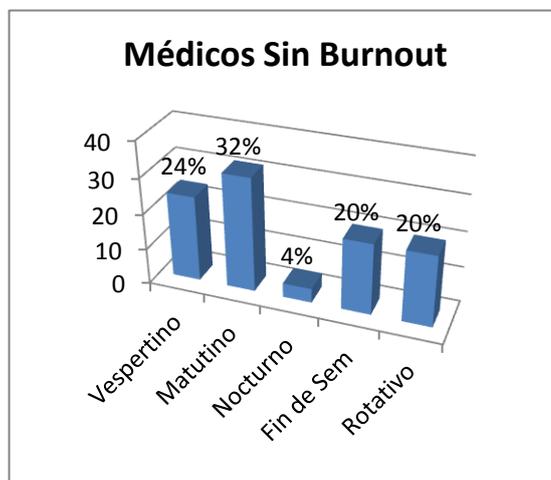
En los médicos se observa que los dos grupos más representativos trabajan el 26.7% entre 31-40 horas semanales y otro 26.7% entre 51-60 horas semanales, seguido por un grupo que trabaja entre 41-50 horas semanales (el 13.3%) y otro que trabaja entre 61-70 horas semanales (también el 13.3%). En el caso de las enfermeras, el grupo más representativo (33.3%) trabaja entre 31-40 horas semanales, seguido por un grupo (el 26.7%) que labora entre 21-30 horas semanales y otro (también el 26.7%) que trabaja entre 51 y 60 horas semanales.

5.1.16. Guardias

Según la Tabla No. 4, se encontró que de los médicos encuestados, el 46.67% de ellos hace guardias, mientras que en el caso de las enfermeras el porcentaje de ellas que hace guardias es mayor (53.33%).

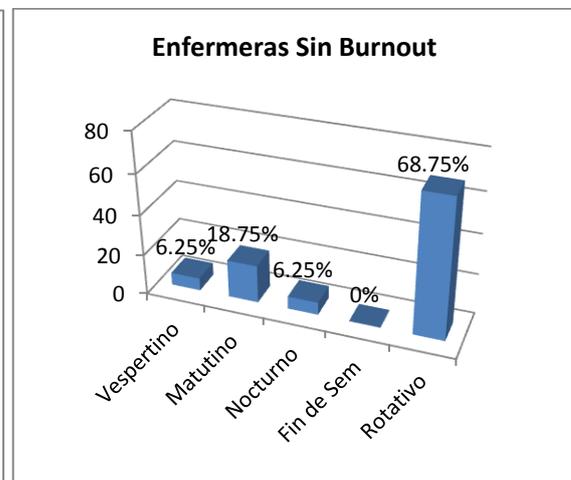
5.1.17. Turnos

Gráfico No. 19



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 20

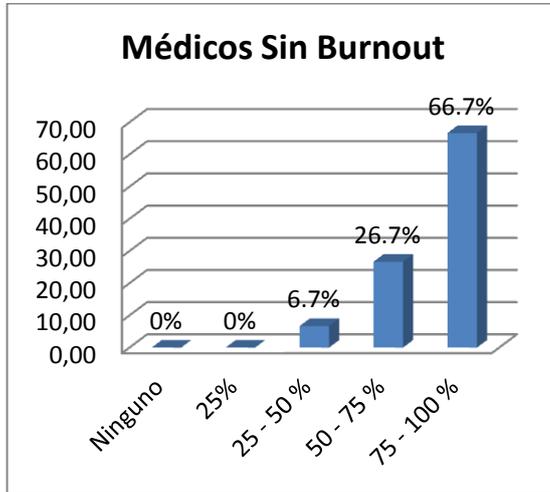


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

En el caso de los médicos, el 32% de ellos trabaja turnos matutinos, el 24% turnos vespertinos. El 20% trabaja los fines de semana, y otro 20% hace turnos rotativos. Sólo el 4% trabaja en las noches. En el caso de las enfermeras, el 68.75% de ellas laboran en turnos rotativos, y el 18.75% turnos matutinos. Muy pocas de ellas trabajan turnos vespertinos o nocturnos, y ninguna los fines de semana.

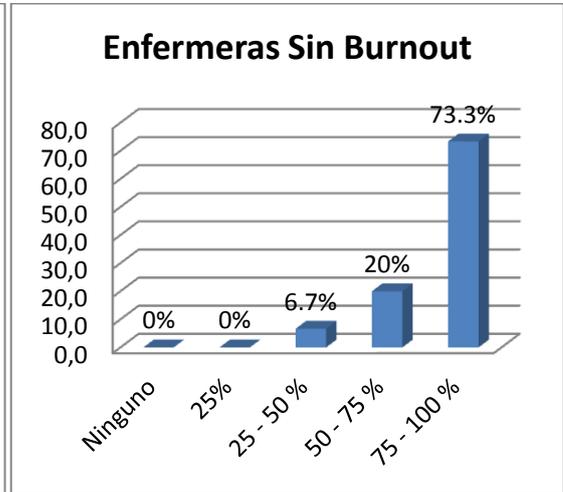
5.1.18. Porcentaje del Tiempo Dedicado a Pacientes

Gráfico No. 21



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 22

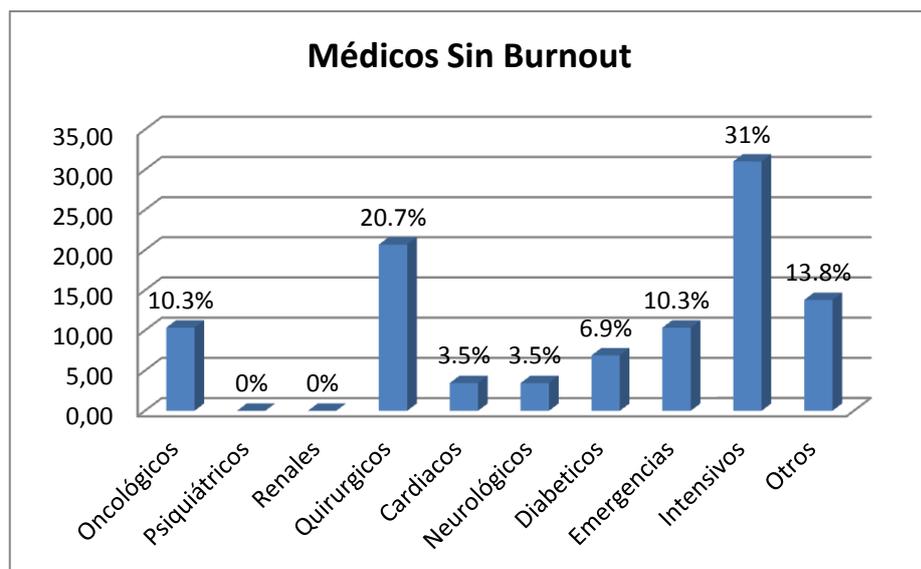


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

El 66.7% de los médicos (la mayoría de ellos) y el 73.3% de las enfermeras (también la mayoría) dedican entre el 75%-100% de su tiempo a atender a sus pacientes. Solamente el 26.7% de los médicos y el 20% de las enfermeras dedican entre el 50%-75% de su tiempo a atenderlos.

5.1.19. Tipos de Pacientes

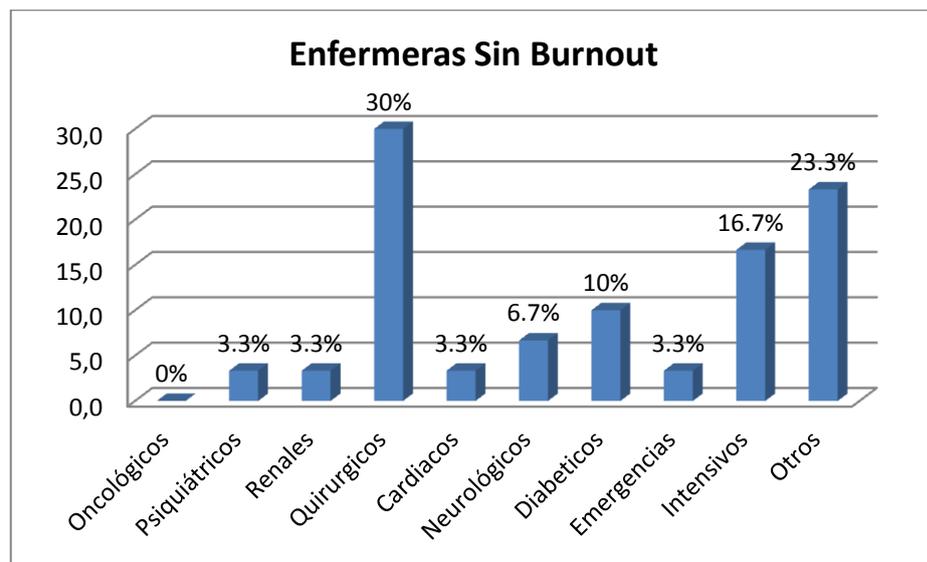
Gráfico No. 23



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Los médicos encuestados atienden mayormente pacientes de cuidados intensivos (31%) seguido por pacientes quirúrgicos (20.7%) y otros (13.8%).

Gráfico No. 24



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Las enfermeras atienden mayormente pacientes quirúrgicos (30%), seguido de otros (23.3%), cuidados intensivos (16.7%) y diabéticos (10%).

5.1.20. Pacientes con Riesgo de Muerte

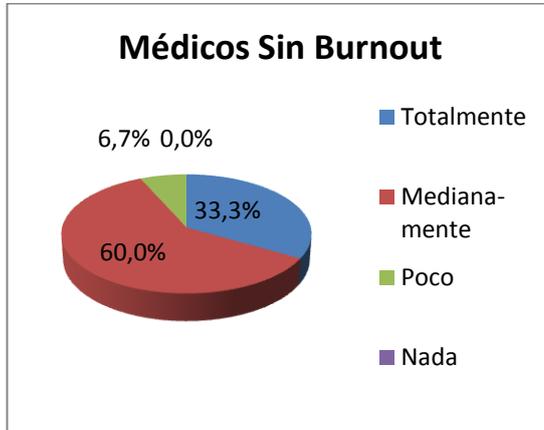
Según la Tabla No. 4, se encontró que un gran porcentaje de los médicos tratan a pacientes con riesgo de muerte (93.33% de ellos). En el caso de las enfermeras, el porcentaje es menor, aunque sigue siendo alto (66.67%).

5.1.21. Pacientes Fallecidos

De acuerdo a la Tabla No. 4, el 46.67% de los médicos encuestados ha tenido pacientes que han fallecido en los últimos meses. En el caso de las enfermeras el porcentaje es más bajo (26.67%).

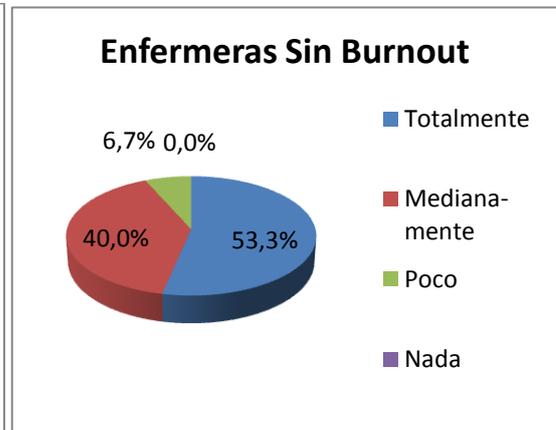
5.1.22. Recursos Necesarios

Gráfico No. 25



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 26



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

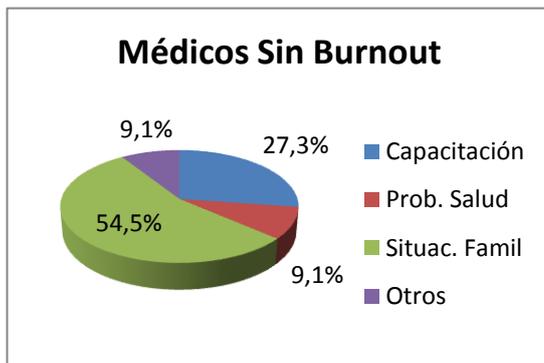
El 60% de los médicos piensa que su institución le provee sólo medianamente de los recursos necesarios para su trabajo, mientras que el 33.3% de ellos piensa que su institución le provee totalmente de dichos recursos. En el caso de las enfermeras la situación es inversa, pues el 53.3% de ellas piensa que su institución le provee totalmente de los recursos necesarios para su trabajo, mientras que el 40% de ellos piensa que su institución le provee sólo medianamente de dichos recursos.

5.1.23. Permisos

Según la Tabla No. 4, se encontró que el 73.33% de los médicos encuestados y solamente el 33.33% de las enfermeras ha pedido permiso en el último año.

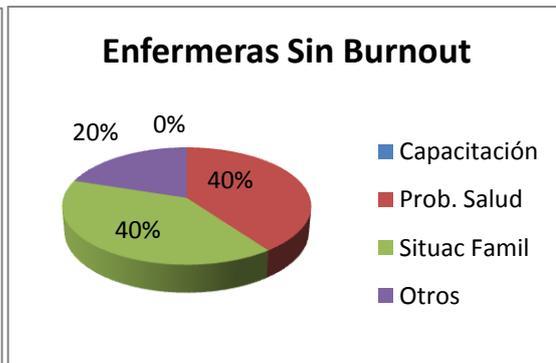
5.1.24. Causas de los Permisos

Gráfico No. 27



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 28

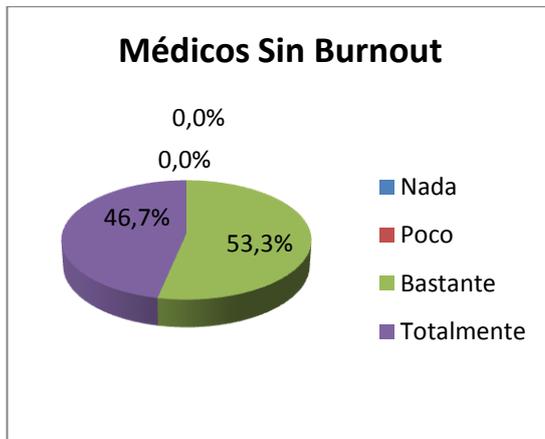


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

De aquellos médicos que han pedido permisos, la mayoría lo ha hecho por situaciones familiares (54.5%) seguido por temas de capacitación (27.3%). En el caso de las enfermeras, quienes han pedido permiso lo han hecho por igual debido a situaciones familiares y debido a problemas de salud (40% para ambos casos). Ninguna lo ha hecho por temas de capacitación.

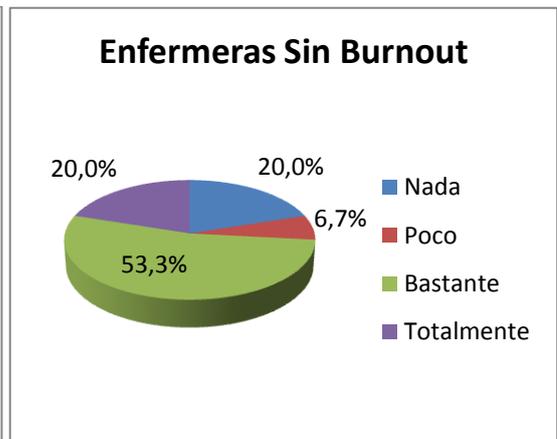
5.1.25. Percepción de Valoración por Parte de los Pacientes

Gráfico No. 29



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 30

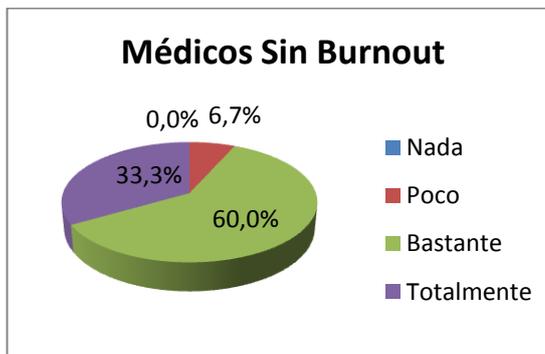


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Tanto los médicos como las enfermeras se sienten en su mayoría (53.3% en ambos casos) bastante valorados por sus pacientes. El porcentaje de médicos que se sienten totalmente valorados por sus pacientes es del 46.7%, mientras que en el caso de las enfermeras este porcentaje es menor (20%).

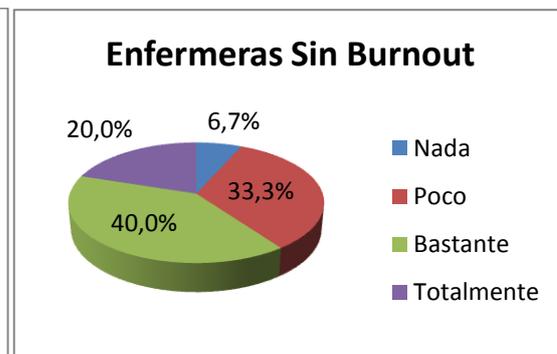
5.1.26. Percepción de Valoración por Parte de Familiares de Pacientes

Gráfico No. 31



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 32

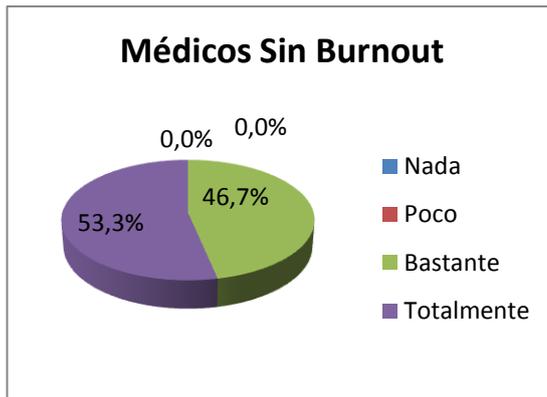


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Se observa que los médicos sienten que son más valorados por parte de los familiares de los pacientes (60% bastante valorados, 33.3% totalmente valorados) que las enfermeras (40% bastante, 20% totalmente).

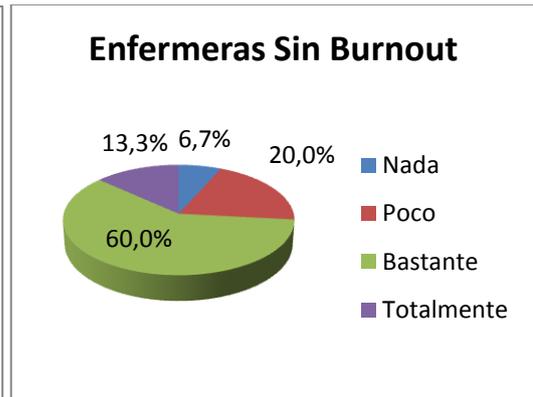
5.1.27. Percepción de Valoración por Parte de Colegas

Gráfico No. 33



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 34

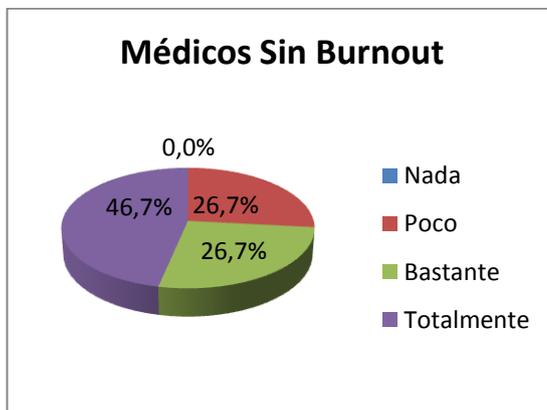


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Un 53.3% de los médicos encuestados se sienten totalmente valorados por sus colegas de trabajo, y el resto de ellos (46.7%) se sienten bastante valorados. No existe ninguno de ellos que se sienta poco o nada valorado. En el caso de las enfermeras la situación cambia: sólo el 13.3% de ellas se sienten totalmente valoradas por sus colegas de trabajo. El 60% de ellas se sienten bastante valoradas, pero un 26.7% de ellas en conjunto se sienten nada o poco valoradas por sus colegas.

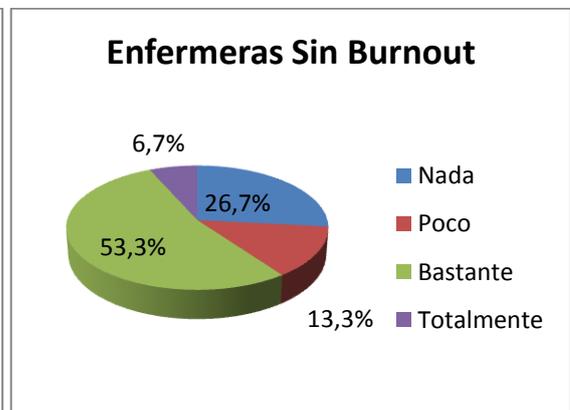
5.1.28. Percepción de Valoración por parte de los Directivos de la Institución

Gráfico No. 35



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 36

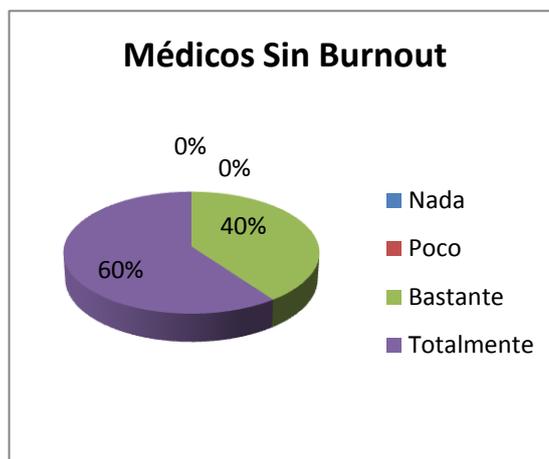


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

El 46.7% de los médicos se sienten totalmente valorados por los directivos de la institución. Esto ocurre solamente en apenas un 6.7% de las enfermeras. El porcentaje de los médicos que se sienten bastante valorados por los directivos es del 26.7%, mientras que este porcentaje es mayor (53.3%) en las enfermeras. En el caso de los médicos, no existe ninguno de ellos que se sienta nada valorado por los directivos de la institución, a diferencia de las enfermeras, en quienes este porcentaje es del 26.7%.

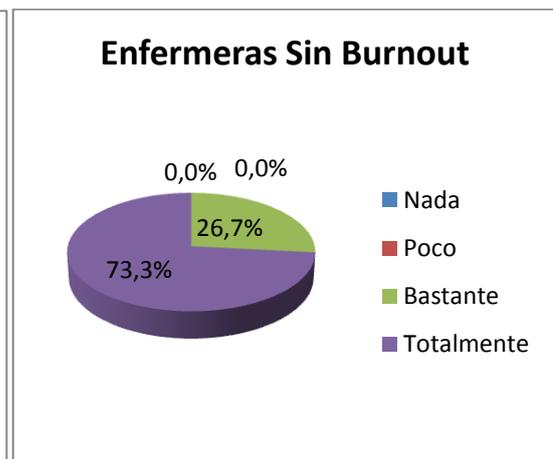
5.1.29. Satisfacción con el Trabajo

Gráfico No. 37



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 38

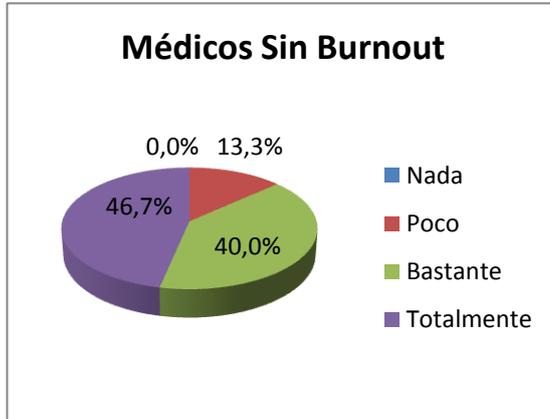


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

El nivel de satisfacción general es bastante alto. El 60% de los médicos encuestados se sienten totalmente satisfecho con el trabajo que realiza, mientras que en las enfermeras este porcentaje es más alto (86%). El 40% de los médicos y el 26.7% de las enfermeras se sienten bastante satisfechos. Ningún médico ni enfermera afirmó estar nada o poco satisfecho.

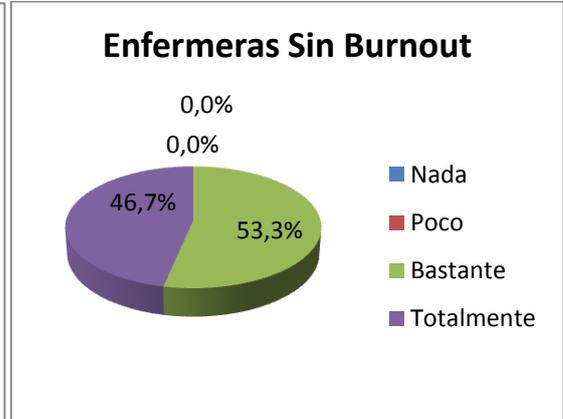
5.1.30. Satisfacción con la Interacción con los Pacientes

Gráfico No. 39



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 40

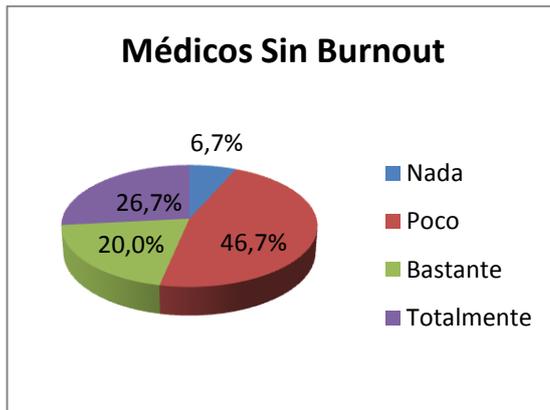


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

En general el nivel de satisfacción con la interacción con los pacientes es bastante alto. El porcentaje de médicos y enfermeras que sienten que su interacción con los pacientes es totalmente satisfactoria es el mismo (46.7%). Los médicos que sienten que su interacción con los pacientes es bastante satisfactoria es del 40%, mientras que en las enfermeras es del 53.3%.

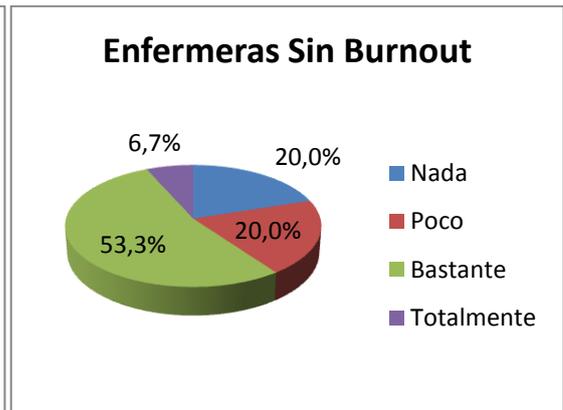
5.1.31. Satisfacción con el Apoyo de los Directivos de la Institución

Gráfico No. 41



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 42



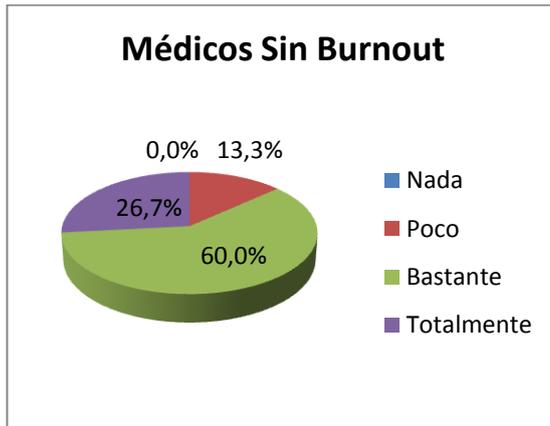
Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

El nivel de apoyo percibido de los directivos de la institución en general es solamente bueno. Los médicos están en general menos satisfechos que las enfermeras. En el caso de los médicos, el 46.7% de ellos se sienten poco satisfechos con el apoyo. Otro

46.7% de ellos en conjunto se sienten bastante o totalmente satisfechos con el apoyo. En el caso de las enfermeras, un 60% de ellas se sienten bastante o totalmente satisfechos con el apoyo. Un 40% de ellas se siente poco o nada satisfechas.

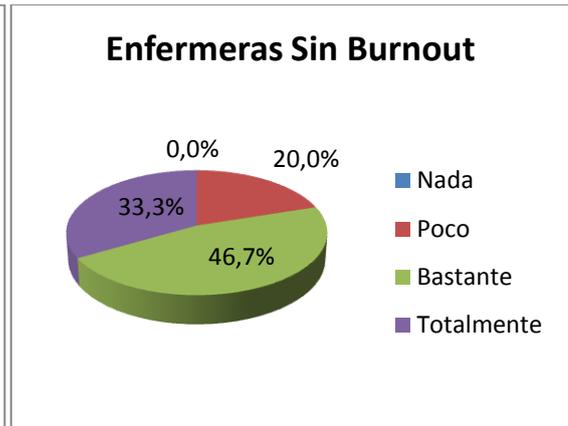
5.1.32. Satisfacción con la Colaboración entre Colegas

Gráfico No. 43



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 44

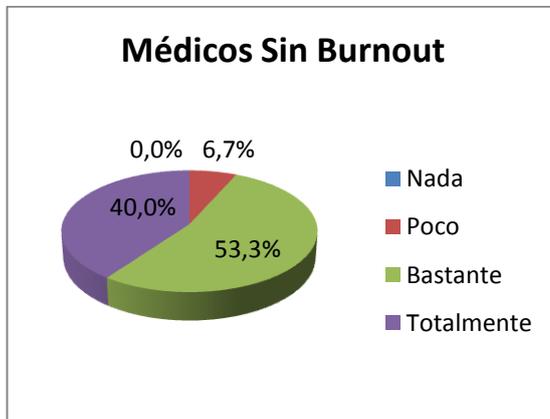


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

La mayoría de los médicos (60%) se sienten bastante satisfechos con la colaboración entre colegas. En el caso de las enfermeras el porcentaje es menor (46.7%). El porcentaje de médicos que se sienten totalmente satisfechos con la colaboración entre colegas es del 26.7%, mientras que el porcentaje en las enfermeras es ligeramente mayor. En términos generales el nivel de satisfacción en este aspecto es alto.

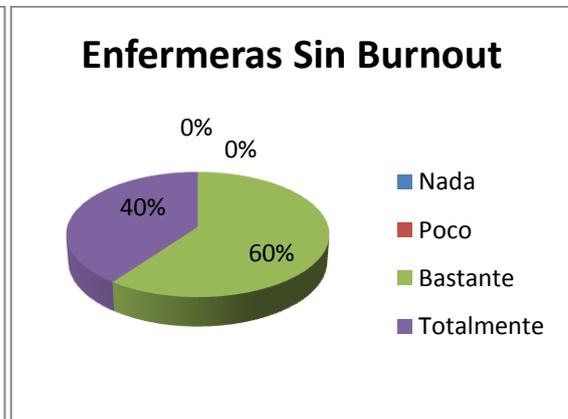
5.1.33. Satisfacción General con su Experiencia Profesional

Gráfico No. 45



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 46

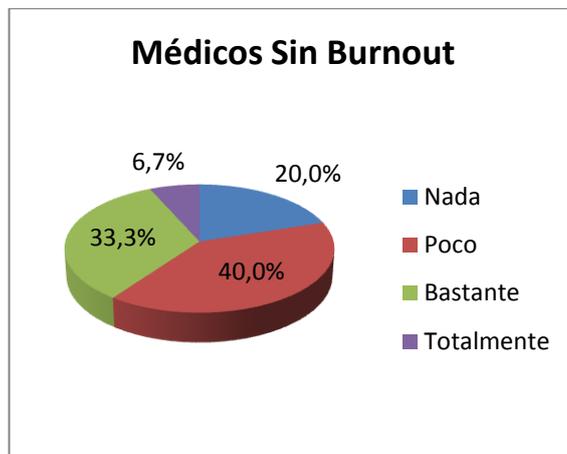


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

Se observa que el nivel de satisfacción general es muy alto. En el caso de los médicos, en conjunto el 93.3% de ellos se sienten bastante o totalmente satisfechos, mientras que en las enfermeras el porcentaje conjunto es del 100%.

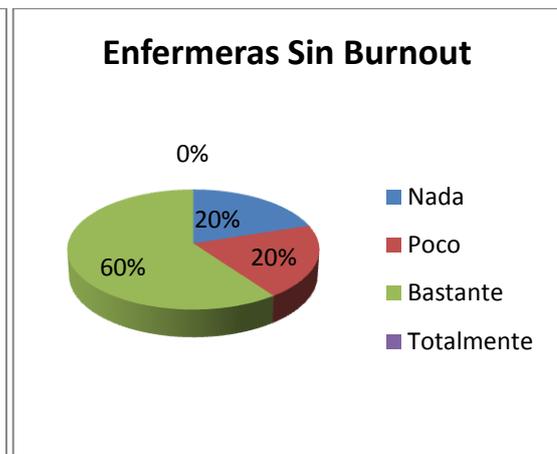
5.1.34. Satisfacción con su Situación Económica

Gráfico No. 47



Fuente: Médicos a través del Cuestionario Sociodemográfico

Gráfico No. 48



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario Sociodemográfico

En este aspecto los médicos están en general menos satisfechos que las enfermeras. Aunque hay un 6.7% de ellos que se sienten totalmente satisfechos (y ninguna enfermera dice estar totalmente satisfecha), sólo el 33.3% de los médicos se sienten bastante satisfechos, en comparación con un 60% de enfermeras que se sienten así. El 40% de los médicos y el 20% de las enfermeras se sienten poco satisfechos.

5.1.35. Promedios

En base a la información de algunas de las variables sociodemográficas y laborales que se ha considerado relevantes, se ha preparado un cuadro resumen de promedios, el cual se presenta en la Tabla No. 9.

Tabla No. 9. Cuadro Resumen de Promedios de Datos

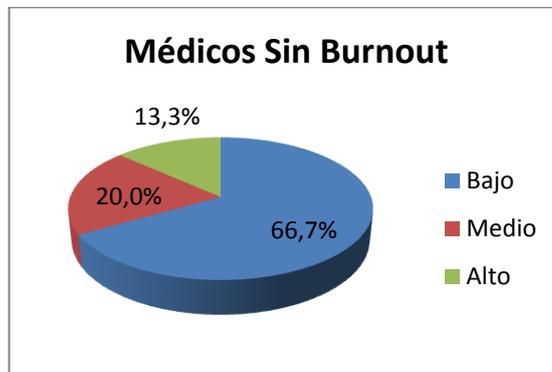
PROMEDIO	MEDICOS SIN BURNOUT	ENFERMERAS SIN BURNOUT
Edad	36.2	49.5
Hijos	0.93	2.2
Años de trabajo	8.53	24
Instituciones en que trabaja	1.87	1.67
Horas diarias	10.33	8.13
Horas semanales	55.53	45.47
Guardias nocturnas horas	24	12.25
Guardias nocturnas días	4.86	5
Pacientes por día	11.07	13.27
Pacientes fallecidos	2.27	1.75
Días de permiso	2.2	8.2

Se destaca una diferencia importante entre médicos y enfermeras en el promedio de número de hijos (más del doble en el caso de las enfermeras), en los años de experiencia de trabajo (tres veces mayor en el caso de las enfermeras), en las horas semanales (un 20% mayor en el caso de los médicos), en el caso de las horas de guardia (el doble en el caso de los médicos), y en los días de permiso (cuatro veces mayor en el caso de las enfermeras).

5.2. SUBESCALAS DEL BURNOUT

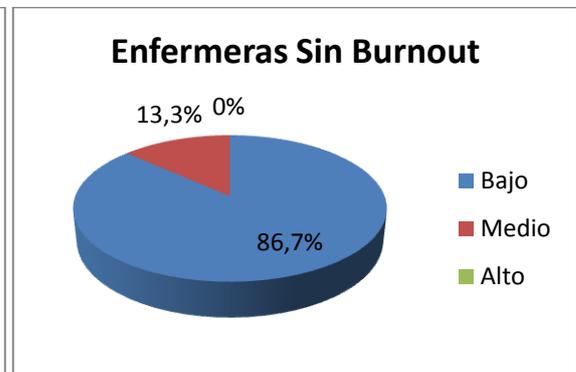
5.2.1. Agotamiento Emocional

Gráfico No. 49



Fuente: Médicos a través del Cuestionario MBI

Gráfico No. 50

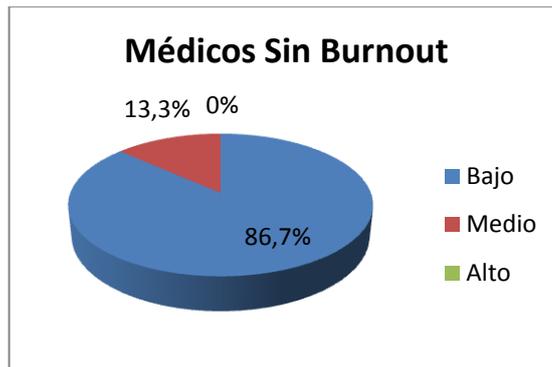


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario MBI

Se observa que la mayoría de médicos (66.7%) y enfermeras (86.7%) presentan bajos niveles de agotamiento emocional. Un agotamiento emocional alto sólo se presenta en un 13.3% de los médicos y en ninguna de las enfermeras.

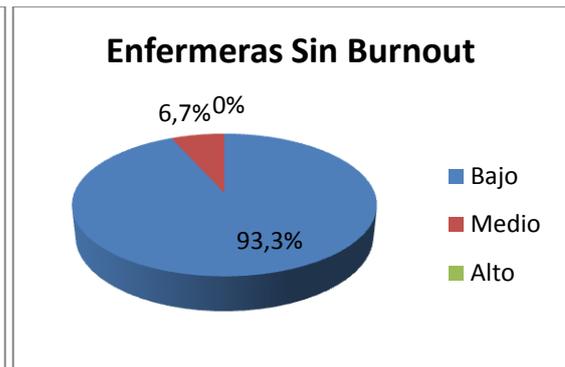
5.2.2. Despersonalización

Gráfico No. 51



Fuente: Médicos a través del Cuestionario MBI

Gráfico No. 52



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario MBI

El 86.7% de los médicos y el 93.3% de las enfermeras (fuerte mayoría en ambos casos) presentan bajos niveles de despersonalización. Ningún médico ni enfermera presenta un alto nivel de despersonalización.

5.2.3. Realización Personal

Tabla No. 10

Médicos Sin Burnout		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos a través del Cuestionario MBI

Tabla No. 11

Enfermeras Sin Burnout		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	15	100
TOTAL	15	100

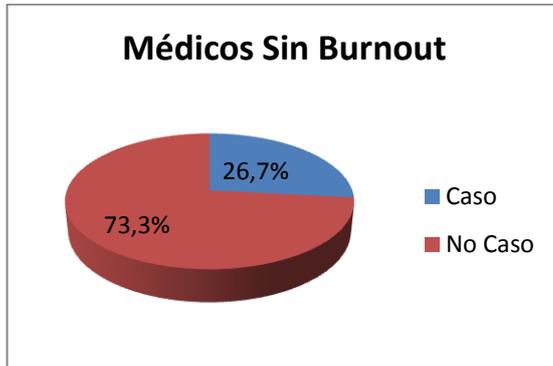
Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario MBI

El 100% de los médicos y enfermeras encuestados presentan altos niveles de realización personal.

5.3. SALUD MENTAL

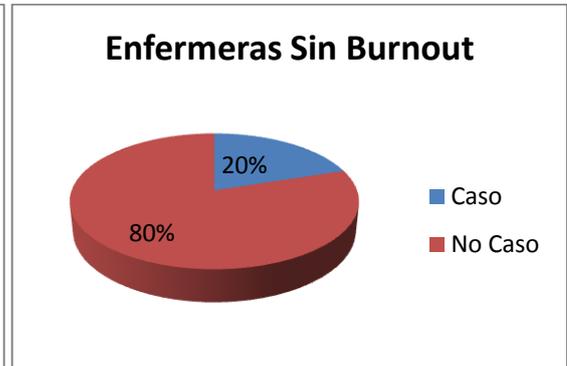
5.3.1. Síntomas Psicosomáticos

Gráfico No. 53



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

Gráfico No. 54

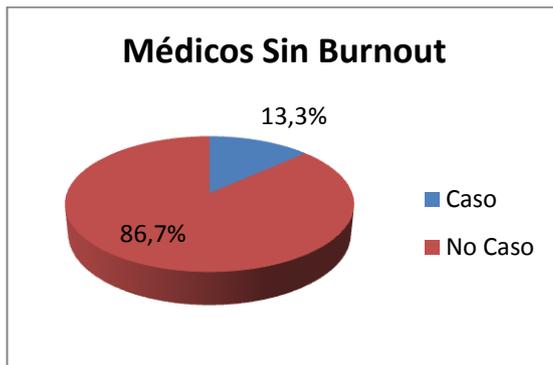


Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

El 73.3% de los médicos y el 80% de las enfermeras (la mayoría en ambos casos) no presentan síntomas psicosomáticos.

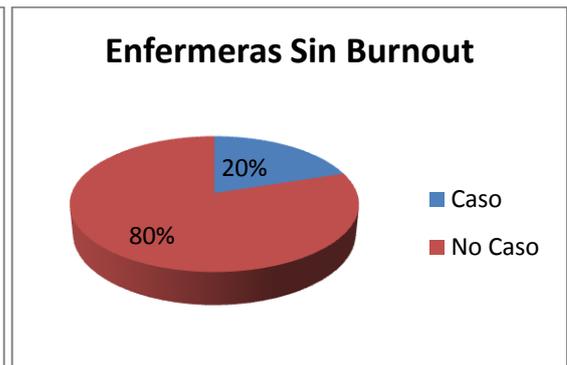
5.3.2. Ansiedad

Gráfico No. 55



Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

Gráfico No. 56



Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

Sólo el 13.3% de los médicos y el 20% de las enfermeras presentan ansiedad. El 86.7% de los médicos y el 80% de las enfermeras no la presenta.

5.3.3. Disfunción Social

Tabla No. 12
Disfunción Social

Médicos Sin Burnout		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

Tabla No. 13
Disfunción Social

Enfermeras Sin Burnout		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

Se observa que ningún médico ni enfermera de la muestra presenta manifestaciones de disfunción social.

5.3.4. Depresión

Tabla No. 14
Depresión

Médicos Sin Burnout		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Médicos a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

Tabla No. 15
Depresión

Enfermeras Sin Burnout		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	15	100
TOTAL	15	100

Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario de Salud Mental GHQ-28

Se observa que ninguno de los médicos ni enfermeras encuestados presenta síntomas de depresión.

5.4. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO

Tabla No. 16

Médicos Sin Burnout	
Estrategia	Puntaje Promedio
Auto Distracción	4.60
Afrontamiento Activo	4.33
Negación	2.53
Uso de Sustancias	2.07
Uso del Apoyo Emocional	2.93
Uso de Apoyo Instrumental	3.00
Retirada de Comportamiento	2.53
Desahogo	3.47
Replanteamiento Positivo	4.13
Planificación	4.80
Humor	2.87
Aceptación	4.40
Religión	4.20
Culpa a Sí Mismo	3.13
TOTAL	49.00

Fuente: Médicos a través del Cuestionario BRIEF-COPE

En los médicos destacan como estilos de afrontamiento la planificación (4.8), la auto-distracción (4.6), la aceptación (4.4), el afrontamiento activo (4.33), la religión (4.2) y el replanteamiento positivo (4.13). Los estilos de afrontamiento menos utilizados son el uso de sustancias (2.07), la negación (2.53), la retirada de comportamiento (2.53) y el humor (2.87).

Tabla No. 17

Enfermeras Sin Burnout	
Estrategia	Puntaje Promedio
Auto Distracción	2.47
Afrontamiento Activo	2.93
Negación	2.07
Uso de Sustancias	2.00
Uso del Apoyo Emocional	2.27

Uso de Apoyo Instrumental	2.47
Retirada de Comportamiento	2.27
Desahogo	2.47
Replanteamiento Positivo	2.53
Planificación	2.53
Humor	2.13
Aceptación	3.00
Religión	2.80
Culpa a Sí Mismo	2.33
TOTAL	34.27

Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario BRIEF-COPE

En las enfermeras destacan como estilos de afrontamiento la aceptación (3.0), el afrontamiento activo (2.93) y la religión (2.8). Los estilos de afrontamiento menos utilizados son el uso de sustancias (2.0), la negación (2.07) y el humor (2.13).

5.5. APOYO SOCIAL

A continuación se presenta los resultados de la aplicación del cuestionario MOS de Apoyo Social a la muestra:

Gráfico No. 57

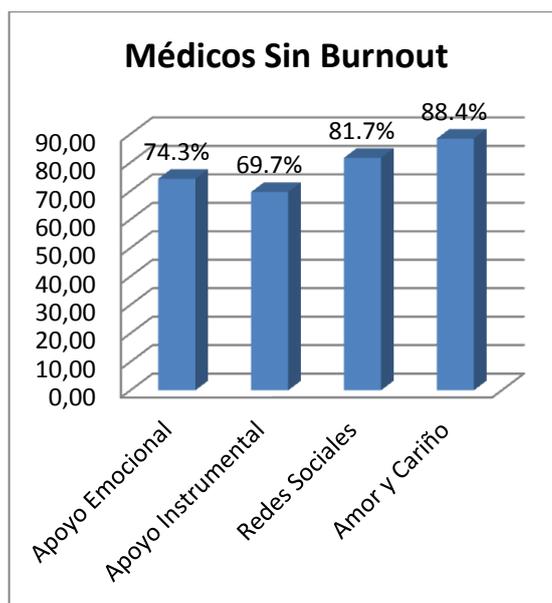
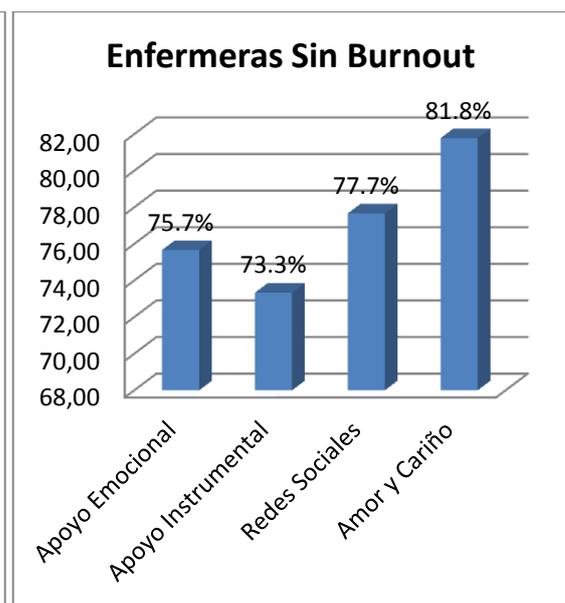


Gráfico No. 58



Fuente: Médicos a través del Cuestionario MOS de Apoyo Social

Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario MOS de Apoyo Social

Se observa que existe en la muestra un alto apoyo social, y que el tipo de apoyo del que más se dispone es el apoyo efectivo (demostraciones de amor y cariño) tanto para médicos (88.4%) como para enfermeras (81.8%), seguido de las redes sociales y luego el apoyo emocional. El tipo de apoyo que menos está disponible es el apoyo instrumental, tanto para médicos (69.7%) como para enfermeras (73.3%).

5.6. PERSONALIDAD

Tabla No. 18

EPQR-A – Médicos Sin Burnout	
Tipo	Indice
Neuroticismo	1.20
Extroversión	3.73
Psicoticismo	1.47
Sinceridad	1.53
TOTAL	7.93

Fuente: Médicos a través del Cuestionario EPQR-A

Tabla No. 19

EPQR-A – Enfermeras Sin Burnout	
Tipo	Indice
Neuroticismo	0.73
Extroversión	4.27
Psicoticismo	1.20
Sinceridad	0.93
TOTAL	7.13

Fuente: Enfermeras a través del Cuestionario EPQR-A

Se observa una distribución de las dimensiones de personalidad estudiadas bastante similar para médicos y enfermeras, siendo el índice promedio de extroversión de la muestra el más alto (3.73 para médicos, 4.27 para enfermeras), seguido por la sinceridad y luego el psicoticismo para el caso de los médicos y por el psicoticismo y luego la sinceridad para el caso de las enfermeras. El índice promedio más bajo de la muestra fue el de neuroticismo, tanto para los médicos (1.20) como para las enfermeras (0.73).

6. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

A continuación se presenta un análisis de los resultados generados por los diferentes instrumentos de investigación utilizados. Este análisis permitirá relacionar los resultados encontrados con la información presentada en la parte teórica y las investigaciones realizadas sobre las variables de estudio, de modo que se pueda inferir información que permita una mejor comprensión de las características de la prevalencia del síndrome de burnout en los profesionales de la salud encuestados.

La presente discusión está basada directamente en los resultados de los dos grandes grupos identificados: médicos sin burnout y enfermeras sin burnout. Se toma en cuenta aquellos resultados que se han considerado más relevantes para el análisis.

Tanto la bibliografía cuanto las conclusiones de las investigaciones referidas en el presente estudio concuerdan en que las variables sociodemográficas y laborales pueden ser consideradas como variables de riesgo o como variables protectoras, dependiendo de si contribuyen a promover o a evitar la manifestación del síndrome de burnout. Los resultados obtenidos en esta investigación nos muestran que la gran mayoría de las variables evaluadas en los encuestados son percibidas por éstos como positivas, y por tanto protegen a los individuos ante la aparición del burnout. (Llaneza, 2009).

En primer lugar se analiza las variables protectoras:

- Género.- El 60% de los médicos pertenecen al género masculino, mientras que el 100% de las enfermeras pertenecen al género femenino. Del total de la muestra estudiada entonces, el 70% son mujeres.
- Edad.- La edad promedio de los médicos (36.2 años) es menor que la edad promedio de las enfermeras (49.5 años). La edad promedio de la muestra completa es de 42.9 años, es decir, se encuentran en edad en etapa joven adulta.
- Estado civil.- La mayoría de los encuestados (el 66.67%) están casados, el 20% son solteros, y el 10% están divorciados o separados.
- Hijos.- El 53.33% de los médicos tiene hijos, mientras que en las enfermeras el porcentaje es bastante mayor (el 93.33%). Si tomamos la muestra total, el

73.33% de los encuestados tiene hijos. Este factor se percibe positivo puesto constituye parte del apoyo social positivo de la muestra.

- Personas con quien vive.- Sólo el 6.7% de los encuestados vive solo, por tanto la mayoría de la muestra cuenta con un soporte familiar. Este factor se percibe positivo puesto que constituye parte del apoyo social de la muestra.
- Realización personal.- El 100% de los encuestados se perciben satisfechos con su nivel de realización personal, lo cual es una variable protectora.
- Estabilidad laboral.- La mayoría de los encuestados percibe que sus contratos de trabajo les proporcionan estabilidad laboral, este es un factor que aporta positivamente como variable protectora.
- Satisfacción laboral.- El 60% de los médicos y el 86% de las enfermeras se sienten totalmente satisfechos con su trabajo, variable positiva que contribuye a evitar la aparición del síndrome o por lo menos mitigar sus síntomas.
- Percepción de sentirse valorado.- El 53% de toda la muestra se siente valorado por sus pacientes. En el caso de los médicos el 60% percibe que es valorado por los familiares del paciente, porcentaje que en el caso de las enfermeras es solo del 40%. En general todos los médicos se sienten valorados por sus colegas de trabajo mientras que el 26.7% de las enfermeras se sienten nada o poco valoradas por sus colegas. La mayoría de los médicos se sienten valorado por los directivos, no existe ninguno que se sienta nada valorado por los directivos, mientras que el 26.7% las enfermeras se sienten nada valorada por los directivos.

A continuación se analiza las variables de riesgo:

- Tiempo de servicio.- Los médicos tienen mayormente entre 1 a 5 años de experiencia, y las enfermeras en su mayoría tienen más de 11 años de experiencia. Esta experiencia permite reducir la variable de riesgo.
- Horas de trabajo.- En el caso de los médicos hay dos grupos que se destacan uno (26,7%) que trabaja entre 31-40 horas semanales y otro (también 26,67%) entre 41-50 horas semanales. Mientras que las enfermeras el grupo más representativo (33.3%) trabaja entre 31-40 horas semanales. Si bien las jornadas de trabajo son largas, la percepción de satisfacción laboral, la percepción de sentirse valorados, reduce el riesgo de esta variable.

- Turnos.- Existe una composición variada tanto en los médicos cuanto en las enfermeras en relación a los turnos asignados, al igual que la variable anterior, la percepción de sentirse valorados, reduce el riesgo de esta variable.
- Área de desempeño.- La muestra nos dice que la mayoría de los encuestados se desempeña en las áreas de pacientes quirúrgicos y pacientes de cuidados intensivos, la investigación de Grau 2009 presenta entre sus resultados que el burnout predomina entre los médicos que trabajaban en urgencias (17%) e internistas (15,5%). Esto no ocurre en el personal de la muestra de esta investigación dado que el 100% percibe un alto nivel de satisfacción laboral lo cual nos indica que están satisfechos con sus áreas de desempeño.
- Responsabilidades.- Se encontró que el 93.3% de médicos y el 66.7% de enfermeras deben tratar a pacientes con riesgo de muerte, sin embargo el considerar que su labor es reconocida y que algunos de ellos considera que cuentan con los recursos necesarios reducen el riesgo de esta variable.
- Recursos necesarios.- Vemos que los resultados arrojan que la percepción de los médicos es que la institución provee solo medianamente los recursos y que el 53,3% de las enfermeras piensa que se les provee completamente de recursos.
- Apoyo social.- Los resultados nos muestran que los encuestados perciben que cuentan con alto apoyo emocional, instrumental, redes sociales y amor y cariño.

Como se comentó en la sección de Resultados, se encontró que ninguno de los profesionales presenta síndrome de burnout. Es importante rescatar que al revisar los resultados individuales de las tres subescalas del síndrome de burnout, los resultados reflejaron que el 100% de los encuestados percibe alta su realización personal y el 90% percibe baja su despersonalización, mientras que observamos que en la subescala de agotamiento emocional aparecen dos casos con una percepción alta, que al analizarlas vemos que se tratan de dos médicos de género femenino con un par de variables percibidas como negativas, tales como por ejemplo la alta carga horaria semanal (la una trabaja 90 horas semanales, la otra 96 horas) y el hecho de trabajar en dos instituciones, lo que contribuye al mayor agotamiento emocional. El encontrar que para estas dos profesionales se tiene variables percibidas como negativas concuerda con lo hallado por Albar y colaboradores (2003), en el sentido de que los factores sociales conllevan al agotamiento emocional, y con lo expuesto por Paredes

et al (2008) en cuanto a que las largas horas de trabajo elevan el riesgo de desarrollar el síndrome.

El objetivo fundamental de la investigación fue el de identificar la prevalencia del síndrome del burnout en la muestra de trabajadores de la salud seleccionada.

De la muestra de 15 médicos y 15 enfermeras encuestados (9 hombres, 21 mujeres), se encontró que ninguno de ellos presenta burnout, en base al criterio de que el individuo debe presentar los síntomas significativos de por lo menos dos de las tres subescalas evaluadas (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal).

En cuanto al agotamiento emocional, la mayoría de los profesionales encuestados (el 66.7% de los médicos y el 86.7% de las enfermeras) presenta bajos niveles de agotamiento emocional. El 20% de los médicos y el 13.3% de las enfermeras presenta un agotamiento emocional medio. El agotamiento emocional alto sólo se presenta en un 13.3% de los médicos y en ninguna de las enfermeras. Si tomamos la muestra completa, tenemos que el 76.7% de los encuestados presenta un nivel bajo de agotamiento emocional, el 16.7% presenta un nivel medio, y el 6.7% presenta un nivel alto. Esto quiere decir que a la mayoría de los encuestados su trabajo no le produce mayor preocupación, tensión ni frustración.

El 13.3% de los médicos con alto agotamiento emocional corresponde a dos doctoras (mujeres), ambas con una alta carga de horas de trabajo semanales, lo cual puede explicar la mayor susceptibilidad de estas dos profesionales al agotamiento emocional (Paredes, 2008), como se discutió en mayor detalle en la sección anterior.

En cuanto a la despersonalización, se encontró que ningún profesional de la muestra presenta un nivel alto en esta subescala. La gran mayoría de médicos (86.7% de ellos) y enfermeras (93.3%) presentan bajos niveles de despersonalización, y se encontró un nivel medio de despersonalización solamente en el 13.3% de los médicos y en el 6.7% de las enfermeras. Esto quiere decir que la mayoría de los profesionales encuestados presenta actitudes positivas hacia los demás. Finalmente, el 100% de la muestra reporta un alto nivel de realización personal, lo que significa que todos los

encuestados se sienten muy satisfechos respecto a su trabajo, y sienten ganas de realizarlo cada vez mejor y con mucha vitalidad.

Se tiene entonces solamente dos profesionales con alto nivel de agotamiento emocional, pero cuyas otras dimensiones (despersonalización, baja realización personal) no están presentes, de modo que no presentan el síndrome de burnout. Sin embargo, están en riesgo de desarrollar el síndrome, especialmente si no se toma ninguna acción preventiva.

Si contrastamos la prevalencia de 0% del síndrome encontrada en la muestra estudiada con el estudio realizado por investigadores españoles (Grau, 2009) en la cual se encontró una prevalencia del síndrome en el Ecuador del 4%, vemos que ésta es mayor a la encontrada en nuestra investigación, aunque un 4% en realidad es un valor bastante bajo. Un valor de prevalencia más acercado a la realidad, por supuesto, resultará al disponer de los datos de una muestra más representativa. Lo que sí se confirma con el resultado obtenido es que, según los mismos investigadores, los niveles de burnout en Latinoamérica son en general más bajos que en los países desarrollados.

Respecto al valor mencionado por la Federación Médica Ecuatoriana (Narváez, 2012) para la prevalencia del síndrome (18%), vemos que existe una diferencia significativa con el resultado de la presente investigación, lo que nos haría pensar que tal vez la fuente de dicha información no es tan confiable, o se usó una muestra no significativa en su investigación.

Respecto a las numerosas investigaciones que indican que los profesionales de la salud son de los más propensos a desarrollar el síndrome de burnout (por ejemplo, García et al, 2000, Rodríguez, 2009, Fernández et al, 2007), aparentemente el resultado de la presente investigación contradice dicha postura. Sin embargo se sostiene que con una muestra más significativa se puede tener un dato más real de la prevalencia del síndrome para el personal sanitario ecuatoriano.

Los resultados de la encuesta de salud mental GHQ-28 nos permiten identificar el nivel de salud mental de los encuestados en base a cuatro subescalas (síntomas

somáticos, ansiedad, disfunción social y depresión). A través de estos resultados se puede relacionar la variable de salud mental con el síndrome de burnout.

En cuanto a síntomas somáticos se encontró que éstos están presentes en el 26.7% de los médicos y en el 20% de las enfermeras. Se encontró ansiedad en el 13.3% de los médicos y en el 20% de las enfermeras. No se encontró ningún caso de disfunción social, lo cual significa que su desempeño social en la vida diaria es bueno, y tampoco se encontró depresión en ninguno de los profesionales de la muestra estudiada.

Se destaca que los médicos presentan un mayor nivel de síntomas somáticos que las enfermeras, mientras que éstas presentan mayores niveles de ansiedad que los médicos. Si bien la mayoría de los médicos no presenta síntomas somáticos, el porcentaje de ellos que sí los presentan (26.7%) no es despreciable sino más bien significativo, a pesar de que ninguno de los médicos presenta burnout, lo que nos lleva a inferir que la presencia de los síntomas somáticos no parece estar relacionada con el estrés laboral, sino que puede ser simplemente resultado de la cantidad de carga horaria y los turnos a los que están sometidos en general los profesionales de la salud.

En la subescala de la ansiedad ocurre una situación similar. Se encontró que dos médicos y tres enfermeras presentan síntomas de ansiedad. Al revisar con más detalle sus perfiles, se encuentra que tres de estos cinco profesionales trabajan en el área de cuidados intensivos, lo cual puede aportar a explicar sus mayores niveles de ansiedad, aunque dicha ansiedad no les afecta hasta el punto de generar burnout. Lo anterior está en línea con la investigación de Grau (2009) en la que encontró mayores niveles de burnout en especialistas de emergencias y cuidados intensivos.

Se tiene entonces en la muestra la presencia de síntomas somáticos y de ansiedad en un porcentaje relativamente bajo, y la inexistencia de síntomas de disfunción social y de depresión, lo cual nos dice que la muestra estudiada presenta, en general, una salud mental bastante positiva.

En el marco teórico se estableció que el síndrome del burnout tiene consecuencias de tipo fisiológico para el individuo, como por ejemplo dolores de cabeza, fatiga física, problemas gastrointestinales, úlceras, hipertensión, problemas cardiovasculares, entre otros (Mansilla, 2012). Los resultados de la presente investigación confirman la teoría,

pues se encontró una prevalencia nula del síndrome en la muestra, junto con el hecho de que la mayoría de los profesionales encuestados no presentan síntomas somáticos.

Las investigaciones en general nos muestran una correlación positiva entre la presencia del síndrome de burnout y los síntomas característicos de una mala salud mental y física. Por ejemplo se ha relacionado al burnout con las enfermedades cardiovasculares (Hernández, 2005), con la presencia de síntomas físicos y psicológicos que podrían requerir atención especializada (Ríos Riskey, 2008b), y aún con probables trastornos mentales (Barraza, 2009). Al ser nula la prevalencia del síndrome en la muestra y simultáneamente encontrar en la misma un alto nivel de salud mental, se confirma la teoría.

Se resalta que en la investigación de Ríos Riskey (2008b), al aplicar el cuestionario de salud mental GHQ-28 a una muestra de 42 profesionales de enfermería intensiva, se encontró que el 42.9% de la muestra presentó malestar psíquico, con una mayor incidencia de los síntomas somáticos de origen psicológico y de los síntomas de ansiedad e insomnio (Subescalas A y B). Si bien el nivel de malestar psíquico de dicho estudio es bastante mayor al encontrado en la muestra de la presente investigación, en esta última se encuentra también que la incidencia del malestar psíquico es mayor en las subescalas A y B que en las subescalas C (disfunción social) y D (depresión), lo que nos permite inferir que el estrés laboral tiende a manifestarse en especial a través de síntomas somáticos y de síntomas de ansiedad en los profesionales de la salud.

En el marco teórico de esta investigación se expone que el afrontamiento es el esfuerzo por resolver situaciones difíciles o adaptarse a un entorno poco favorable (Bosqued, 2008). Este esfuerzo implica el desarrollo de estrategias para lidiar con el estrés, algunas de las cuales pueden resultar útiles para mitigar los efectos negativos del burnout, mientras que otras pueden recrudecer los síntomas.

Los resultados obtenidos en el presente estudio revelan que las seis principales estrategias de afrontamiento positivas utilizadas por los médicos son: la planificación (4.8), la auto-distracción (4.6), la aceptación (4.4), el afrontamiento activo (4.33), la religión (4.2) y el replanteamiento positivo (4.13). En el caso de las enfermeras, éstas utilizan las mismas seis estrategias aunque en diferente orden de prioridad, como se

observó en la Tabla No. 17 de la sección de Resultados. Al observar las estrategias de afrontamiento de las únicas dos profesionales de la muestra que mostraron un alto agotamiento emocional, no existe ningún patrón significativamente diferente entre el de estas personas y el de la muestra general, lo cual no permite relacionar las estrategias de afrontamiento con el nivel de agotamiento emocional encontrado en estas dos encuestadas. Lo que sí se puede inferir es que, en la muestra estudiada, el uso de estrategias de afrontamiento positivo es más frecuente que el uso de estrategias de afrontamiento negativo, lo cual podría ayudar a explicar la incidencia nula del burnout en la muestra.

Por otra parte, los resultados de este estudio demuestran que las estrategias de afrontamiento que podrían perpetuar o agravar el problema (tales como culparse a sí mismo, entrar en negación y usar sustancias), tienen una incidencia baja tanto en los médicos como en las enfermeras de la muestra (ver Tablas No. 16 y 17). Lazarus y Folkman (1986) aseguran que existe una relación directa entre altos niveles de uso de sustancias y la generación de actividades que signifiquen riesgo para la vida de los profesionales, por lo que al encontrar que los niveles de uso de sustancias de los profesionales de la muestra son bajos, se puede prever que no se dará este perjudicial comportamiento. Esto se confirma de cierta manera a través de los bajos niveles de disfunción social encontrados en la sección de salud mental.

Lo anterior apoya los resultados obtenidos por Morán (2008), que asegura que una buena elección y un buen manejo de las estrategias de afrontamiento generan mayor satisfacción en el trabajo, lo cual se demuestra puesto que la muestra de este estudio refleja un 100% de satisfacción laboral.

De igual manera estos resultados concuerdan con los obtenidos por Popp (2008), que encontró que contar con buenas estrategias de afrontamiento permite desarrollar apoyo social positivo, el cual en la muestra de esta investigación es alto, tanto en médicos como en enfermeras.

Los resultados también están en línea con lo encontrado por Jenaro (2007) que concluye que las buenas estrategias de afrontamiento generan una elevada realización personal, que en el caso de la muestra estudiada es del 100%.

Los resultados arrojados por esta investigación en cuanto a la relación del apoyo social con la incidencia del burnout se analizan a continuación. Tal como indica Halbesleben (2006), es relevante el apoyo que se recibe por parte de directivos, compañeros de trabajo y la familia.

Los resultados de la aplicación del cuestionario MOS de Apoyo Social muestran una percepción de alto apoyo social en la muestra, en donde el tipo de apoyo del que más se dispone es el apoyo efectivo (o demostraciones de amor y cariño, 85% de la muestra), seguido de las redes sociales (79.7% de los encuestados) y luego el apoyo emocional (75% de la muestra total). El tipo de apoyo que menos está disponible es el apoyo instrumental (71.5% de los encuestados).

Ya que no se encontró burnout en la muestra analizada, los resultados de la investigación confirman la teoría y las investigaciones que señalan que la falta de apoyo social genera burnout (Avendaño et al 2009, Topa-Cantisano, 2007 y Aranda et al, 2004c).

Para profundizar el análisis se ha tomado en cuenta los resultados del apoyo social percibido para el caso de las dos profesionales que presentaron alto agotamiento emocional. Los resultados se presentan en la tabla No. 20 del Anexo 9. Se observa que estas dos personas perciben que disponen de un alto nivel de apoyo social, lo cual contradice la teoría y las investigaciones, y a su vez nos lleva a la conclusión de que, para estos dos casos, son otros los factores que pueden estar relacionados con su alto agotamiento emocional (como por ejemplo su alta carga de horas de trabajo semanales), los cuales fueron ya analizados en secciones anteriores.

Dado que en la muestra se encontró una relación directa entre la salud mental positiva de los encuestados y la inexistencia del síndrome de burnout, se ha analizado también los niveles de apoyo social percibido con aquellos encuestados que presentaron síntomas somáticos y ansiedad, para identificar si existe alguna relación entre las variables. Los resultados se muestran en la Tabla No. 21 del Anexo 9. Se encuentra que tanto aquellos profesionales cuya percepción es que sí disponen de redes sociales de apoyo como aquellos que perciben que no disponen de ellas presentan síntomas somáticos y de ansiedad. Esto no permite concluir en forma categórica que existe una relación significativa entre apoyo social y salud mental (lo que a su vez

sería conducente al desarrollo del síndrome de burnout). Sin embargo, cabe señalar que tres de los seis médicos que presentan casos de síntomas somáticos o de ansiedad (marcados en rojo en la Tabla No. 21) presentan baja percepción de apoyo social, en especial de apoyo instrumental. Una situación similar ocurrió con dos de las cuatro enfermeras que presentan casos de síntomas somáticos o de ansiedad. La falta de apoyo social percibido entonces podría explicar, aunque sólo en forma parcial, la presencia de síntomas somáticos y de ansiedad en estos profesionales.

Dado que el nivel de apoyo más bajo percibido por la muestra (aunque sólo por un porcentaje bajo de los encuestados) corresponde al apoyo instrumental, este aspecto debe ser mejorado para evitar el desarrollo del síndrome.

Los resultados del cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A) nos permiten identificar algunos rasgos de personalidad de los profesionales encuestados en base a cuatro subescalas (neuroticismo, extroversión, psicoticismo y sinceridad). A partir de estos resultados se puede relacionar la variable de personalidad con el síndrome de burnout.

Los resultados indican que el índice promedio de extroversión de la muestra estudiada es bastante más alto que las otras tres subescalas, tanto para médicos (3.73) como para enfermeras (4.27). El 70% de la muestra presenta altos índices en esta escala, lo que indica que el índice de extroversión de la muestra es alto. El índice promedio de psicoticismo es de 1.47 para los médicos y de 1.20 para las enfermeras (no se encontró ningún individuo de la muestra con un índice alto en esta escala). El índice promedio de sinceridad es de 1.53 para los médicos y de 0.93 para las enfermeras, lo cual es considerado un índice bajo. Sólo dos individuos de la muestra (o el 6.7%), presentan un índice alto en esta escala. Finalmente, el índice promedio de neuroticismo es el más bajo de la muestra estudiada, tanto para los médicos (1.20) como para las enfermeras (0.73). Apenas una persona de la muestra, o el 3.3% presenta un índice alto en esta escala.

El alto índice de extroversión encontrado indica que la mayoría de los profesionales encuestados tienden a ser en general personas sociables, animadas, optimistas y abiertas al cambio. El bajo índice de neuroticismo de la muestra apunta a que la mayoría de los encuestados son personas calmadas, equilibradas y capaces de

controlar sus emociones. El bajo índice de psicoticismo indica que la mayoría de los encuestados son personas altruistas, sociables, empáticas y poco agresivas. Finalmente, el bajo índice de sinceridad encontrado en la muestra apunta a que la mayoría de los encuestados podría tener una tendencia a manejarse en formas que garanticen su aceptabilidad social.

El enfoque de rasgos en el que se basa el instrumento de investigación utilizado justifica la idea de Cattell de que la unidad primaria de la personalidad es el rasgo, y que por tanto la personalidad del individuo puede describirse a través de una lista de sus rasgos (Cloninger, 2003).

El hecho de que se haya encontrado una prevalencia nula en la muestra de profesionales estudiada confirma la investigación de Felipe y León (2009) en la que se encuentra que las personas que se describen a sí mismas en sus relaciones interpersonales como extrovertidas, cálidas y sociables tienden a utilizar de forma más frecuente estrategias activas de afrontamiento, buscando el contacto con otras personas a las que contar sus dificultades y expresar sus emociones, lo cual a su vez actúa como factor protector ante el desarrollo del síndrome de burnout.

La investigación de Useche (2008) concluye que los profesionales más proclives a quemarse por el trabajo corresponden a perfiles psicológicos empáticos, sensibles y humanos. Los resultados de la presente investigación contradice estos hallazgos, pues en nuestra muestra no se encontró burnout a pesar de que se encontró bajos niveles de psicoticismo y neuroticismo en la muestra, lo cual corresponde a personas calmadas, equilibradas altruistas, sociables, empáticas y poco agresivas. Esto nos lleva a pensar que el efecto protector de las otras variables estudiadas es fuerte y ha impedido que se desarrolle el síndrome en la muestra.

Los resultados encontrados en la muestra nos permiten confirmar las conclusiones de la investigación de Roth y Pinto en Bolivia (Roth et al, 2010), en la que se relaciona los componentes del síndrome del burnout con algunos factores de la personalidad, y se encuentra que el agotamiento emocional se correlaciona con la extraversión y el neuroticismo; la despersonalización lo hace negativamente con la amabilidad y positivamente con el neuroticismo, y la realización personal se correlaciona positivamente con la apertura a la experiencia, la responsabilidad, la extraversión y la

amabilidad. En el caso de la muestra de la presente investigación, se encontró bajo neuroticismo y alta extroversión, lo cual se relaciona inversamente con la aparición de las conocidas dimensiones o componentes del burnout, lo que se confirma con la prevalencia nula del síndrome encontrada en la muestra.

El bajo índice de sinceridad encontrado en la muestra, que puede verse como una actitud cultural o idiosincrática, podría también contribuir a explicar la prevalencia nula del síndrome en la muestra, ya que muchas veces las personas prefieren no mostrar actitudes de despersonalización a pesar de sentirse estresadas (o aún quemadas) para ser aceptadas socialmente.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Una vez concluida la investigación y analizados sus resultados, se presenta las siguientes conclusiones respecto a los objetivos y preguntas planteados inicialmente, y se propone algunas recomendaciones en base a los hallazgos y a la experiencia investigativa en sí.

6.1. CONCLUSIONES

- La muestra seleccionada de 30 personas (15 médicos y 15 enfermeras) presentó, entre otras, las siguientes características sociodemográficas y laborales: el 70% fueron mujeres, el promedio de edad fue de 42.9 años, el promedio de hijos de 1.56, con un promedio de 16.3 años de trabajo, un promedio de 50.5 horas semanales de trabajo, que atienden a un promedio de 12.17 pacientes diarios. El 80% de la muestra trata con pacientes en riesgo de muerte, y 53.8% de ellos trabajan en dos instituciones. Todos los encuestados son mestizos que viven en la zona urbana de la ciudad, 66.7% casados, 20% solteros, 10% divorciados y 3.33% en unión libre.
- Se encontró que ningún individuo de la muestra presenta burnout, en base al criterio de que éste debe presentar los síntomas significativos de por lo menos dos de las tres subescalas evaluadas (Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal). Se encontró un nivel de agotamiento emocional alto solamente en el 6.7% de la muestra (2 médicos mujeres), un nivel de despersonalización medio solamente en el 10% de la muestra (el resto presenta un nivel bajo), y un nivel de realización personal alto en el 100% de la muestra. El caso de las dos mujeres con alto agotamiento emocional se pudo relacionar con una alta carga de horas de trabajo semanales y el hecho de trabajar para dos instituciones.
- En la presente investigación se encontró una prevalencia del síndrome del 0% en la muestra estudiada, mientras que la única investigación de nivel internacional que se pudo encontrar en la que se midió el síndrome de burnout en el Ecuador (Grau, 2009) arrojó una prevalencia del síndrome del 4%. Si bien los dos valores son diferentes entre sí, podrían considerarse comparables en cuanto a orden de

magnitud (ambos son bastante bajos). Un valor de prevalencia más acercado a la realidad, por supuesto, resultará al disponer de los datos de una muestra más representativa, lo cual podrá confirmar o contradecir los resultados de investigaciones previas.

- Los resultados de esta investigación muestran que las características sociodemográficas de los profesionales de la salud encuestados actúan mayormente como variables protectoras ante la aparición del síndrome de burnout. Esto se puede evidenciar ya que altos porcentajes de los encuestados estaban casados, tenían hijos, no vivían solos, tenían alta estabilidad y satisfacción laboral, y tenían la percepción de sentirse valorado por pacientes, colegas y por la institución. Los efectos de las variables protectoras entonces parecen superar a los efectos de las variables de riesgo (presentes también en importantes porcentajes de los encuestados), como por ejemplo las largas horas de trabajo, el tratar con pacientes con riesgo de muerte, y la percepción de que la institución no ofrece los recursos suficientes para la realización de sus labores.
- Se encontró en la muestra estudiada un buen nivel de salud mental. La mayoría de los profesionales encuestados no presenta síntomas somáticos de origen psicológico ni ansiedad (se encontró síntomas somáticos sólo en el 23.3% de la muestra y de ansiedad sólo en el 16.7%), y no se encontró ningún caso de disfunción social ni de depresión. Sin embargo la incidencia de aquellos que presentan síntomas somáticos y de ansiedad es relativamente importante, a pesar de que ninguno de los profesionales de la muestra presenta burnout. Esto nos lleva a concluir que la presencia de los síntomas somáticos y de ansiedad no parece estar relacionada con niveles altos de estrés crónico laboral, sino que podría ser simplemente resultado de la cantidad de carga horaria y los turnos a los que están sometidos en general estos profesionales. Los resultados de la presente investigación confirman lo propuesto en el marco teórico y lo encontrado en las diversas investigaciones, que establecen que la aparición del síndrome está relacionada con una mala salud mental.
- Se encontró que las estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por los encuestados son estrategias positivas, como por ejemplo la planificación, la autodistracción, la aceptación, el afrontamiento activo, la religión y el

replanteamiento positivo, mientras que las estrategias negativas tales como culparse a sí mismo, entrar en estado de negación y el uso de sustancias, tienen una incidencia baja. El escoger mayormente estrategias de afrontamiento positivo sobre aquellas que podrían perpetuar o agravar el estrés podría relacionarse con la incidencia nula del índice de burnout en la muestra, lo cual apoyaría los resultados de otras investigaciones que relacionan el buen manejo de las estrategias de afrontamiento con una mayor satisfacción en el trabajo, con una mayor realización personal y con el logro de un mayor apoyo social positivo. Es bastante probable que la selección de las estrategias de afrontamiento esté relacionada con factores culturales e idiosincráticos propios del Ecuador.

- La muestra presenta una percepción de alto apoyo social, en donde el tipo de apoyo del que más se dispone es el apoyo efectivo (o demostraciones de amor y cariño, 85% de la muestra), seguido de las redes sociales (79.7% de los encuestados) y luego el apoyo emocional (75% de la muestra). El tipo de apoyo que menos está disponible es el apoyo instrumental (71.5% de los encuestados).
- Ya que no se encontró burnout en la muestra analizada, los resultados de la investigación confirman la teoría y las investigaciones que señalan que el burnout está relacionado con la falta de apoyo social, y por el contrario el contar con redes sociales positivas aporta al mejor manejo del estrés y evita el apareamiento del síndrome.
- Los resultados de la investigación en cuanto a los rasgos de personalidad indican que el índice promedio de extroversión de la muestra estudiada (4.0) es alto, y el de las otras tres subescalas bajo: el índice promedio de psicoticismo de la muestra es de 1.34, el de sinceridad 1.23, y el de neuroticismo 0.97, todos considerados bajos.
- Al no encontrarse burnout en la muestra estudiada, se concluye que los rasgos de personalidad de los encuestados no han favorecido el desarrollo del síndrome, lo cual en general confirma las teorías e investigaciones que señalan que las personas extrovertidas tienden a utilizar mejores estrategias de afrontamiento, buscando contacto y apoyo social (lo cual actúa como factor protector ante el desarrollo del síndrome), y que el alto psicoticismo y neuroticismo favorecen el desarrollo del síndrome. El bajo índice de sinceridad encontrado en la muestra,

que puede verse como una actitud cultural o idiosincrática, podría también contribuir a explicar la prevalencia nula del síndrome en la muestra, ya que muchas veces las personas prefieren no mostrar actitudes de despersonalización a pesar de sentirse estresadas (o aún quemadas) para ser aceptados socialmente.

- A pesar de haber trabajado con una muestra pequeña, los resultados han permitido conocer datos estadísticos reales respecto a la prevalencia del síndrome de burnout en el Ecuador, y relacionar dicha prevalencia con las diversas variables seleccionadas para la investigación, cumpliendo así los objetivos planteados.

6.2. RECOMENDACIONES

- Aunque la prevalencia encontrada del síndrome de burnout en la muestra estudiada es nula, no se debe olvidar que las dos profesionales que presentaron un alto nivel de agotamiento emocional están en riesgo de desarrollar el síndrome, por lo que es importante que se lleven a cabo acciones ya sea individuales u organizacionales que permitan a estas colaboradoras reducir sus altos niveles de agotamiento emocional y así evitar el posible desarrollo del síndrome.
- A pesar de que evidentemente la muestra total para obtener resultados a nivel nacional va a ser bastante más grande que la de la presente investigación, de todos modos se recomienda tomar la muestra más grande posible, que esté compuesta por profesionales de la mayor cantidad de ciudades del país, tanto de instituciones de salud públicas como privadas, y de la mayor variedad posible de especialidades médicas. De esta manera se podrá tener una muestra realmente representativa y conocer con mucha más precisión la verdadera prevalencia del síndrome y su relación con todas las variables de la investigación.
- Si bien la mayoría de las variables sociodemográficas y laborales estudiadas actúan como variables protectoras ante el desarrollo del síndrome de burnout en la muestra, existen variables de riesgo sobre las que no se puede hacer mucho ya que son propias de la profesión médica, como por ejemplo las largas horas de trabajo o el tratar con pacientes con riesgo de muerte. De ahí que, en el caso de los profesionales de la salud, se debe tener especial cuidado en desarrollar planes

preventivos que eviten el desarrollo del síndrome, tales como los discutidos en el marco teórico.

- Existe en los profesionales encuestados la percepción mayoritaria de que la institución no ofrece los recursos suficientes para la realización de sus labores. Esto se observó tanto en el estudio de las variables sociodemográficas como en la evaluación del apoyo social instrumental. Se recomienda a la institución hacer una evaluación detallada de aquellas áreas de la clínica que requieren tal vez renovación tecnológica o simplemente incremento de recursos, y hacer un esfuerzo por tomar las acciones conducentes a solucionar este problema, de modo que esto no se convierta en causa de estrés en sus profesionales.
- A pesar de que ninguno de los profesionales de la muestra presenta burnout, el porcentaje de aquellos que presentan síntomas somáticos de origen psicológico y de ansiedad es relativamente importante, por lo que a este grupo de profesionales se les recomienda tomar acciones para reducir o eliminar dichos síntomas, ya sea a través de la adopción de un estilo de vida más sano, o directamente visitando a un profesional médico o psicólogo, de modo que estén menos propensos a desarrollar el síndrome debido a estados mentales poco saludables.
- Si bien la utilización de estrategias de afrontamiento negativas (culparse a sí mismo, entrar en estado de negación, uso de sustancias) ante el estrés tiene una incidencia baja en la muestra estudiada, se recomienda trabajar con este grupo de profesionales para incentivarles a utilizar estrategias de afrontamiento más saludables, como las discutidas en la presente investigación. Esto hará que reduzcan el riesgo de desarrollar el síndrome de burnout.
- El nivel de apoyo social percibido por los profesionales de la muestra es alto. Se recomienda a los encuestados mantenerlo siempre así. Dado que el nivel de apoyo más bajo percibido por la muestra (aunque sólo por un porcentaje bajo de los encuestados) corresponde al apoyo instrumental, se recomienda que, por un lado, los individuos encuestados desarrollen en sus redes sociales relaciones que les puedan brindar este tipo de apoyo, y por otro que la institución mejore la calidad y la disponibilidad de los recursos humanos y materiales necesarios para que sus

profesionales lleven a cabo sus labores en forma adecuada. Así se puede evitar que la falta de apoyo instrumental sea eventualmente causante de estrés laboral.

- El análisis de los rasgos de personalidad indican que la muestra presenta un bajo nivel de sinceridad (tendencia a emitir respuestas que busquen aceptación social), lo cual podría comprometer la validez de los resultados de la investigación (por ejemplo, los participantes podrían no ser del todo honestos al momento de reportar el uso de sustancias como estrategia de afrontamiento, o de revelar que no están recibiendo el suficiente apoyo social en su hogar y/o en el trabajo). La sinceridad y la transparencia son elementos fundamentales en una investigación, en especial cuando se utiliza los autoinformes (cuestionarios) como instrumentos de investigación. Se sugiere tomar en cuenta este aspecto al analizar los resultados de la muestra completa (a nivel nacional) de la investigación.
- Las indicaciones dadas tanto en la guía como en las tutorías presenciales fueron muy importantes para el buen desenvolvimiento del trabajo de investigación. En caso de tener un nuevo grupo de estudiantes que vayan a llevar a cabo la investigación en nuevas muestras de profesionales de la salud, se les recomienda seguir dichas indicaciones, en especial el auto-administrarse las encuestas para tener una buena idea de los problemas o dudas que puedan tener los encuestados, y tomarse el tiempo para explicarle muy bien a cada uno de ellos la forma correcta de llenar los cuestionarios. Esto les ahorrará muchos problemas y pérdidas de tiempo.
- Durante la etapa de reclutamiento en la Clínica de aquellos profesionales interesados en participar en la investigación, noté que a veces no se mostraban muy deseosos de participar, ya que pensaban que iban a tener que comprometer mucho tiempo al proyecto. Se mostraban más dispuestos a colaborar cuando se les explicaba que el único tiempo involucrado eran los 30 a 40 minutos que les iba a tomar llenar las encuestas. A los estudiantes que van a continuar con la investigación se les recomienda entonces que enfatizen este punto temprano en la conversación con los médicos y enfermeras de modo que logren rápidamente su colaboración. Con este mismo fin también se les recomienda que enfatizen que los datos serán confidenciales y que el estudio les beneficiará tanto a ellos como a la institución.

- Respecto a los instrumentos de la investigación seleccionados, pienso que para los efectos de la investigación estuvieron correctamente seleccionados por su simplicidad y rapidez de aplicación. Sin embargo, dado que en la muestra estudiada en esta investigación se encontró un bajo nivel de sinceridad (al explorar los rasgos de personalidad), tal vez en futuras investigaciones se pueda utilizar instrumentos cuyas respuestas no se puedan distorsionar tan fácilmente como en el caso de los cuestionarios. Por ejemplo, para evaluar los rasgos de personalidad y la salud mental se podría utilizar tests proyectivos, o para evaluar el uso de sustancias (como estrategia de afrontamiento) se podrían practicar exámenes de sangre.
- Respecto al cuestionario sociodemográfico y laboral y a la plantilla Excel provista para la tabulación de los datos se puede hacer unas pocas observaciones:
 - Existe una pregunta en la que el encuestado debe marcar el tipo de contrato que posee en la institución para la que trabaja (eventual, ocasional, plazo fijo, etc.). Pienso que esta pregunta debe contemplar los casos de aquellos profesionales que trabajan en dos o más instituciones.
 - Respecto a la pregunta del cuestionario que dice: “Señale los días en los que usted regularmente trabaja”, y se dan como opciones (para marcar) todos los días de la semana. Sin embargo esta información no se incluye en la plantilla Excel para su análisis. Pienso que esta información es importante, pues permite tener una mejor idea de cómo está distribuida la carga de horas de trabajo del profesional a lo largo de la semana.
 - Existe una pregunta que averigua la razón por la que el encuestado ha solicitado permiso para ausentarse del trabajo durante el último año (capacitación, problemas de salud, situaciones familiares, etc.). La plantilla Excel permite solamente registrar una respuesta, y en algunos casos puede ocurrir que el encuestado haya solicitado permiso más de una vez y por razones diferentes. Esta posibilidad debería ser considerada en la tabla Excel.
- Al establecer el marco teórico de la investigación fue muy importante la búsqueda de otras investigaciones similares en torno al síndrome de burnout. A pesar de que para el caso de Ecuador casi no había información disponible, se encontró una gran variedad de investigaciones al respecto en otros países, que permitió tener

una muy buena idea de los métodos e instrumentos de investigación, y de la forma en la cual se van relacionando las variables del estudio con las subescalas del síndrome. Esta información fue muy valiosa para el desarrollo de este trabajo de investigación. Ya que se solicitó presentar cinco investigaciones por cada una de las variables de estudio, y ya que el temario del marco teórico era también extenso, se recomienda que en futuras investigaciones de este tipo se permita incluir marcos teóricos más amplios (40 hojas resulta, a mi modo de ver, insuficiente).

- Finalmente, una vez que se culmine esta investigación liderada por la UTPPL a nivel nacional sobre la prevalencia del burnout y sus factores relacionados, se recomienda una adecuada difusión de los resultados en la mayor cantidad de foros posibles (educación, salud, administración pública, etc.), de modo que se tenga un mejor conocimiento de las características de este síndrome y de sus consecuencias negativas sobre los profesionales y sobre las instituciones en las que éstos trabajan, y por supuesto que este conocimiento lleve al desarrollo de mejores herramientas de medición de las manifestaciones del burnout, a la implementación de mecanismos y estrategias de prevención y control a todo nivel (público en general, instituciones de salud, departamentos médicos de las empresas públicas y privadas, etc.) e inclusive al desarrollo de legislación que proteja en forma efectiva a los trabajadores de los factores de riesgo psicosocial en el trabajo.

7. BIBLIOGRAFÍA

Albar, M.J., Romero, M.E., González, M.D., Carbayo, E., García, A., Gutierrez, I., Algaba, S. (2003) Apoyo social, características sociodemográficas y burnout en enfermeras y auxiliares de hospital. Unidad de Investigación. Hospital Universitario Virgen Macarena, recuperado el 16 de agosto de 2012 en:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v14n05a13066827pdf001.pdf>

Alonso, María Dolores (2008), PREVENCIÓN Y DETECCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS, NEXGROUP, Artículo Médico, 5 de Mayo de 2008.

Alonso, Matilde (2010), EL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS, Abril de 2010, Recuperado el 14 de agosto de 2012 de: <http://www.areasaludbadajoz.com/datos/sesiones/burnout.pdf>

Aranda, C., Pando, M. y Pérez, M. (2004a). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. *Psicología y Salud*, año/vol. 14, número 001, Enero-Junio 2004, pp 79-87. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 desde <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114109.pdf>

Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, G., Pérez, B. (2004b), Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México, Instituto Regional de Investigación en Salud Pública de la Universidad de Guadalajara, recuperado el 17 de agosto de 2012 en: http://bvs.sld.cu/revistas/spu/vol31_2_05/sp05205.htm

Aranda, C., Pando, M., Aldrete, G., Salazar, J., Torres, M. (2004c) Síndrome de burnout y apoyo social en los médicos familiares de base del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) Guadalajara, México, Revista Psiquiatría FacMedBarna 2004;31(4):142-150. Recuperado el 15 de septiembre de 2012 del URL: http://www.nexusediciones.com/pdf/psiqui2004_4/ps-31-4-004.pdf

Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J. y Franco, S. (2005). Factores Psicosociales y síndrome del burnout en médicos de familia. Anales de facultad de

medicina, vol 66 003 pp 225-231. Recuperado el 16 de agosto de 2012 en:
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/379/37966306.pdf>

Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F. y Pierart, T. (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. *Ciencia y enfermería* XV (2): 55-68. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 desde
<http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>

Barraza, J., Romero, J., Iores, L., Pérez, B., Piña, N., Romero, D. (2009), *Estado de salud y estrés laboral en médicos internos del IMSS en Tepic, Nayarit*, Revista Waxapa 1, Medigraphic, Año 1, Vol.1, No.1, Jun-Dic 2009, recuperado el 18 de agosto de 2012 de:
<http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDREVISTA=240&IDARTICULO=32441&IDPUBLICACION=3517>

Barraza, Arturo (2006), Un Modelo Conceptual Para el Estudio del Estrés Académico, Universidad Autónoma de México, Revista electrónica de Psicología Izcatlala, Volumen 9, No. 3, Diciembre de 2006, accesado el 12 de agosto de 2012 de:
<http://revistas.unam.mx/index.php/rep/rep/article/download/19028/18052>

Bencomo, J., Paz, C., y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Investigaciones clínicas*. Junio 2004, Vol. 45, N°2, pp.113-120. Recuperado el 10 de septiembre de 2012 de <http://revistas.luz.edu.ve/index.php/ic/article/viewFile/2289/2221>

Betancourt, Oscar, (2008), Informe Continental de la Situación del Derecho a la Salud en el Trabajo, Ecuador, recuperado el 16/sep/2012 de:
<http://www.alames.org/documentos/ecutra.pdf>

Boada, Joan, Diego Vallejo, Raú, Agulló, Esteban (2003), El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral, Recuperado el 16 de agosto de 2012 de:
<http://www.psicothema.com/pdf/1171.pdf>

Bosqued, M. (2008), Quemados. El Síndrome del Burnout. Qué es y cómo superarlo. Barcelona: Paidós.

Bresó, Edgar; Salanova, Marisa; Schaufeli, Wilmar y Nogareda, Clotilde (2007), NPT 732: SINDROME DE ESTAR QUEMADO POR EL TRABAJO "BURNOUT": INSTRUMENTO DE MEDICION, Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), España, recuperado el 14 de agosto de 2012 de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf

Carmona, F., Sanz, L. & Marín, D.(2002). Relaciones entre el estrés en profesionales de enfermería. Factores sociodemográficos y reactividad al estrés. Revista Enfermería Científica. ene-feb, 238(239), pp 33-39, Instituto de Normalización Estadística, Chile.

Carrasco, Ana María, De la Corte, Cecilia y León, José María (2010), ENGAGEMENT: UN RECURSO PARA OPTIMIZAR LA SALUD PSICOSOCIAL EN LAS ORGANIZACIONES Y PREVENIR EL BURNOUT, Revista Digital de Prevención, No.1, Abril de 2010, Recuperado el 14 de agosto de 2012 de: http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/5468/Engagement_un_recurso_para_optimizar_la_salud_psicosocial.pdf?sequence=2

Carver, C.S. (1997): «You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the Brief COPE», *International Journal of Behavioral Medicine*, núm. 4, 1997, pp. 92-100.

Ceslowitz, S. B. (1989). Burnout and coping strategies among hospital staff nurses. *Journal of Advanced Nursing*. 14, 553-557. En: Martínez, P. A. (2010). El síndrome de burnout, evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. 112, pp. 6-7.

Chóliz, Mariano (1999), Ansiedad y trastornos del sueño. En E.G. Fernández-Abascal y F. Palmero (Eds.): *Emociones y Salud* (pp. 159-182). Editorial Ariel, Barcelona, recuperado el 2/Sep/2012 de <http://www.uv.es/=choliz/SuenoAnsiedad.pdf>

Cloninger, Susan (2003), *TEORIAS DE LA PERSONALIDAD*, Tercera Edición, Pearson Educación, México.

Daneri, Florencia (2012), PSICOBIOLOGIA DEL ESTRÉS, Universidad de Buenos Aires, recuperado el 20 de agosto de 2012 de:

http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/090_comportamiento/material/tp_estres.pdf

Dahab, José (2010), EL ENFOQUE COGNITIVO-TRANSACCIONAL DEL ESTRÉS, Revista de Terapia Cognitivo-Conductual, Marzo de 2010. Recuperado el 13 de agosto de 2012 de: <http://cetecic.com.ar/revista/el-enfoque-cognitivo-transaccional-del-estres/>

Davis, K. y Newstrom, J. (1999). Comportamiento humano en el trabajo. McGraw-Hill, México.

De Filippis, Gustavo (2008), DESAFIO DE BIENESTAR, VIVIENDO MAS ALLA DEL ESTRÉS, Editorial Lulu.com, recuperado el 12 de agosto de 2012 de:

<http://www.isbn.im/preview/9780557024896/>

De la Gándara, M., González R., Baños Bajo P. (2010), EL MILITAR QUEMADO, 2009, Revista de Sanidad de las Fuerzas Armadas de España, Enero-Marzo 2010, Recuperado el 14 de agosto de 2012 de:

http://www.pedea.org/Isfas/SanidadMilitar_Elmilitarquemado-1.pdf

Díaz, Diana (2011), Estrés Laboral y sus Factores de Riesgo Psicosocial. Revista CES Salud Pública, Vol 2 No.1, 2011, págs. 80-84, recuperado el 12 de agosto de 2012 de: http://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/1451/914

Duque Ramírez, Luis, Vanegas, Humberto (2006). *Semiología médica Integral*. Universidad de Antioquia, Medellín Colombia, pp. 109-111. Recuperado el 17/ago/2012 de:

<http://books.google.com.ec/books?id=AqkUJ-UVcWcC&pg=PA109&lpg=PA109&dq=Luis+Guillermo+Duque+Ram%C3%ADrez,+Humberto+Rubio+Vanegas+definicion+salud+mental&source=bl&ots=7qMPbisqiD&sig=xKK3e6V0Ko4IEcpb0YUu0fro2Qg&hl=en#v=onepage&q=Luis%20Guillermo%20Duque%20Ram%C3%ADrez%2C%20Humberto%20Rubio%20Vanegas%20definicion%20salud%20mental&f=false>

Durand, Marck, Barlos David (2007), PSICOPATOLOGIA, UN ENFOQUE INTEGRAL DE LA PSICOLOGIA ANORMAL, Cuarta Edición, International Thomson Editores, México, pp 209-249.

Felipe, Elena, León, Benito (2009), Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de conducta interpersonal, Universidad de Extremadura, España. Recuperado el 8 de septiembre de 2012 de: <http://www.ijpsy.com/volumen10/num2/260/estrategias-de-afrontamiento-del-estres-ES.pdf>

Fernández O, Hidalgo C., Martín A., Moreno S., García del Río B. (2007), BURNOUT EN MEDICOS RESIDENTES QUE REALIZAN GUARDIAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, Revista Emergencias, 2007, No. 19, pp 116-121, Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias SEMES, recuperado el 14 de agosto de 2012 en http://www.semes.org/revista/vol19_3/3.pdf

Fernández Roser (2005), Redes Sociales, Apoyo Social y Salud, Revista Periferia de Investigación en Antropología, No. 3, Diciembre 2005, recuperado el 8 de septiembre de 2012 de: http://revista-redes.rediris.es/Periferia/catala/numero3/periferia_3_3.pdf

García, José María, Herrero, Salvador y León, José (2007), VALIDEZ FACTORIAL DEL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) EN UNA MUESTRA DE TRABAJADORES DEL HOSPITAL PSIQUIATRICO PENITENCIARIO DE SEVILLA, Apuntes de Psicología, Vol.25, No. 2, pp 157-174, recuperado el 14 de agosto de 2012 de:

[http://www.researchgate.net/publication/28183412_Validez_factorial_del_Maslach_Burnout_Inventory_\(MBI\)_en_una_muestra_de_trabajadores_del_Hospital_Psiquiatrico_Penitenciario_de_Sevilla](http://www.researchgate.net/publication/28183412_Validez_factorial_del_Maslach_Burnout_Inventory_(MBI)_en_una_muestra_de_trabajadores_del_Hospital_Psiquiatrico_Penitenciario_de_Sevilla)

García, J. M^a, Herrero, S. (2008), Variables sociodemográficas y síndrome de burnout en una muestra multiocupacional del Hospital Psiquiátrico Penitenciario de Sevilla, Apuntes de Psicología Colegio Oficial de Psicología, Vol. 26, número 3, pp. 459-477.

García M, Sáez MC, Llor B. (2000). BURNOUT, SATISFACCION LABORAL Y BIENESTAR EN PERSONAL SANITARIO DE SALUD MENTAL. Psicología del Trabajo y de las Organizaciones. 2000;1: pp. 215-228.

Gil-Monte, Pedro y Peiró, José María (1999), PERSPECTIVAS TEORICAS Y MODELOS INTERPRETATIVOS PARA EL ESTUDIO DEL SINDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO, Anales de Psicología, Universidad de Murcia, España, 1999, Vol. 15, No. 2, pp. 261-268, recuperado el 14 de agosto de 2012 de: http://www.um.es/analesps/v15/v15_2pdf/12v98_05Llag2.PDF

Guerrero, Eloísa (2000), UNA INVESTIGACION CON DOCENTES UNIVERSITARIOS SOBRE EL AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS LABORAL Y EL SINDROME DEL "QUEMADO", Universidad de Extremadura, España, Revista Iberoamericana de Educación, recuperado el 14 de agosto de 2012 de: <http://www.rieoei.org/deloslectores/052Barona.PDF>

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., Braga, F., (2009), Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español, Revista Española de Salud Pública, Vol. 83, No. 2, Madrid, España, recuperado el 15/sep/2012 de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272009000200006&script=sci_arttext&tlng=pt

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M. y Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. Información Psicológica N° 91-92, Sept-Dic 2007, pp 64-79. Recuperado el 15 de agosto de 2012 de: http://dugi-doc.udg.edu/bitstream/10256/1679/1/burnout_percibido.pdf

Grau, A. y Suñer, R. (2007). El Burnout en los profesionales de la salud, encuentro internacional de especialistas en España. Recuperado el 20 de agosto de 2012 en el URL: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=47998>

Guadarrama, L., Escobar, A., Zhang L. (2006), Bases neuroquímicas y neuroanatómicas de la depresión, Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, México, Vol. 49, No. 2, Marzo-Abril 2006. Recuperado el 18 de septiembre de 2012 de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>

Halbesleben, J.R.B. (2006). Sources of social support and burnout: A meta-analytic test of the conservation of resources model. *Journal of Applied Psychology*, 91, 1134-1145.

Hernández, G.,; Olmedo, E., Ibáñez, I., (2004a), Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento, publicado en: *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2004, Vol. 4, N° 2, pp. 323-336, recuperado el 19 de agosto de 2012 en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-110.pdf

Hernández, S., Pozo, C., Alonso, E. (2004b), APOYO SOCIAL Y BIENESTAR SUBJETIVO EN UN COLECTIVO DE INMIGRANTES, Universidad de Valencia, España, *Boletín de Psicología*, No. 80, Marzo 2004, pp. 79-96, recuperado el 7 de septiembre de 2012 en <http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N80-4.pdf>

Hernández, C., Juárez, A. y Hernández, H. (2005). Burnout y síntomas somáticos cardiovasculares en enfermeras de una institución de salud en el Distrito Federal. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano de Seguro Social*, 13(3) pp125-131. Recuperado el 17 de agosto de 2012 en: http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/index.php?option=com_multicategories&view=article&id=243:burnout-y-sintomas-somaticos-cardiovasculares-en-enfermeras-de-una-institucion-de-salud-en-el-distrito-federal&catid=166:articulos-cientificos&Itemid=91

Hernández L., Solorza M., Velásquez R. (2009), ESTRÉS LABORAL, Universidad Veracruzana, Veracruz, México. Recuperado el 15/Sep/2012 del URL <http://cdigital.uv.mx/bitstream/12345678/219/2/LeydiHernandezLazaro.pdf>

Herrera, María Erika; Ortiz, Godeleva y Coronel, Pedro (2007), Burnout en Médicos y Enfermeras y su relación con constructo de personalidad resistente, *Psicología y Salud*, enero-junio 2007, Vol 17, número 001, pp. 5-16, Universidad Veracruzana Xalapa, México. Recuperado el 10 de septiembre de 2012 de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117101.pdf>

House, J.S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, MA, Addison-Wesley.

Jaramillo, E., Ruíz, V., y Pardo, L. (2009). Síndrome del burnout y estilos de afrontamiento al estrés del personal médico asistencial en una red urbana de servicios de salud de la ciudad de Montería. *Revista de la Facultad de Psicología Universidad Cooperativa de Colombia* –Vol. 5, No. 8 / enero-junio. Recuperado el 18 de agosto de 2012 en: <http://wb.ucc.edu.co/pensandopsicologia/files/2010/08/articulo-02-vol5-n8.pdf>

Jenaro-Río, Cristina ; Flores-Robaina, Noelia y González-Gil, Francisca (2007) Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. *International Journal of Clinical and Health Psychology* 2007, Vol. 7, Nº 1, pp. 107-121, recuperado el 18 de agosto de 2012 en: http://www.aepc.es/ijchp/articulos_pdf/ijchp-211.pdf

Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company. (Traducción española: *Estrés y procesos cognitivos*, 1986, Barcelona: Martínez Roca).

Lazarus, R.S., (2000). *Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud*. Bilbao: DDB.

Llaneza Alvarez, Francisco (2010), *ERGONOMIA Y PSICOSOCIOLOGIA APLICADA*, Editorial Lex Nova, 15ta Edición.

Manderscheid RW, Ryff CD, Freeman EJ, McKnight-Eily LR, Dhingra S, Strine TW (2010). Evolución de las definiciones de enfermedad y salud mental. *Revista Electrónica Preventing Chronic Disease*, Vol. 7, No. 1, recuperado el 17 de agosto de 2012 de: http://www.cdc.gov/pcd/issues/2010/jan/09_0124_es.htm

Mansilla, Fernando (2012), *Riesgos Psicosociales en el Trabajo: Teoría y Práctica*, *Psicología Online*, accesado el 12 de Agosto de 2012: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/index.shtml>

Martínez, P. A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*. nº 112, pp. 6-7. Recuperado el 18 de agosto de 2012 en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>

Morán Consuelo (2008), Satisfacción en el empleo, Burnout y afrontamiento en servicios humanos, Universidad de León, 2008, recuperado el 18 de agosto de 2012 en: <http://www.ruct.uva.es/pdf/Revista%209/9210.pdf>

Moreno, Angel (2007), Burnout Asistencial: Identificación , Prevención y Mediación en Factores Precipitantes, Universidad Nacional Autónoma de México, Revista Electrónica de Psicología Iztacala, Vol. 10 No. 1, Marzo de 2007, recuperado el 15 de agosto de 2012 en:

<http://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin/vol10num1/art4vol10no1.pdf>

Moreno-Jiménez, B., González, J.L., Garrosa, E.(1999), Burnout docente, sentido de la coherencia y salud percibida. Revista de Psicopatología y Psicología Clínica, Volumen 4. Número 3, pp. 163-180, recuperado el 17 de agosto de 2012 en:

<http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/burnout-docente-sentido-de-la-coherencia-y-salud-percibida.pdf>

Moreno-Jiménez, B., Garrosa E., Gálvez M. (2005), Personalidad Positiva y Salud, publicado en Psicología de la Salud. Temas Actuales de Investigación en Latinoamérica, Bogotá, ALAPSA.

Mori, Paquita (2002), Personalidad, Autoconcepto y Percepción del Compromiso Parental. Universidad Mayor de San Marcos, Lima, Perú, recuperado el 10 de septiembre de 2012 de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/Mori_S_P/t_completo.pdf

Morris, Charles, Maisto, Albert (2005), PSICOLOGIA, Duodécima Edición, Editorial Pearson Educación, México.

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

Murphy, L. & Cooper, C.L. (2000), Healthy and Productive Work, Taylor & Francis, Londres.

Narváez, A. (2012), Carta de la Federación Médica Ecuatoriana al Presidente Rafael Correa, publicada el 28 de mayo de 2012, recuperado el 17/Sep/2012 de:

<http://www.colegiomedicosmanabi.org/index.php/carta-de-la-federacion-medica-al-presidente-correa/>

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2012), Preguntas más frecuentes, Recuperado el 17 de agosto 2012 de: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>

OMS (Organización Mundial de la Salud) (2007), QUE ES LA SALUD MENTAL? Preguntas y Respuestas en línea, Recuperado el 17 de agosto de 2012 de: <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>

Paredes, O. y Sanabria, P. (2008). Prevalencia del síndrome del burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Med, vol 16 001 pp 25-32. Recuperado el 16 de agosto de 2012 en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/910/91016105.pdf>

Peiró, José María (2005), DESENCADENANTES DEL ESTRÉS LABORAL, Editorial Pirámide, Madrid-España.

Peiró, José María (2001), EL ESTRÉS LABORAL, UNA PERSPECTIVA INDIVIDUAL Y COLECTIVA, Revista Seguridad y Salud en el Trabajo publicada por el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) de España, No. 13, Texto Online recuperado el 13 de agosto de 2012 de:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/TextosOnline/Rev_INSHT/2001/13/seccionTecTextCompl2.pdf

Pereira da Silva, J. (1997). Salud Mental, Estresores y Recursos Psicosociales en Jóvenes Estudiantes en Situación de Riesgo. Recuperado el 19 de agosto de 2012 en: www.ucm.es/BUCM/tesis/psi/ucm-t28694.pdf

Pérez, J., Martín, F. (Sin año), NTP 439: El apoyo social, Centro Nacional de Condiciones de Trabajo, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales España, Instituto

Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT), recuperado el 19 de agosto de 2012 en:

http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

POPP, Maricel Soledad (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). Interdisciplinaria, Buenos Aires, v. 25, n. 1, jul. 2008 . Recuperado el 18 de agosto de 2012 en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001&lng=es&nrm=iso

Porras, A. (2000). ¿Estás Quemado? Jornadas Nacionales de Alumnos de Enfermería, Conferencia. Recuperado el 18 de agosto de 2012 de:

<http://antoniopc.blogspot.com/2006/12/estas-quemado.html>

Ramírez, Rocío (2012), Programa de Graduación “Identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores Relacionados con este Fenómeno, en el Ecuador”. Manual de Trabajo de Investigación y Elaboración del Informe de Fin de Carrera, UTPL, Loja, Ecuador.

Ribera, D., Cartagena de la Peña, E., Reig, A., Roma, M. T., Sans, I., Caruana, A. (1993). *Estrés laboral y salud en profesionales de enfermería*. Edición electrónica Espagaphic, España. 16-17, recuperado el 20 de agosto de 2012 en:<http://hdl.handle.net/10045/4376>,.

Ríos Risquez M.I., Peñalver Hernández F., Godoy C. (2008), BURNOUT Y SALUD PERCIBIDA EN PROFESIONALES DE ENFERMERIA DE CUIDADOS INTENSIVOS, Revista Enfermería Intensiva, España, Vol. 19, No. 4, pp 169-178. Recuperado el 17 de agosto de 2012 de:

<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/142/142v19n04a13130038pdf001.pdf>

Ríos Risquez M.I., Meca J.S., Godoy, C. (2010), Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y

urgencias, Revista Psicothema, España, Vol 22, No.4, pp. 600-605, recuperado el 18 de agosto de 2012 de <http://www.psicothema.com/pdf/3773.pdf>

Rodríguez, A., Cruz, M. y Merino, J. (2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Ciencia y enfermería XIV (2), pp 75-85. Recuperado el 22 de agosto de 2012 en el URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010

Rodríguez, Claudia; Oviedo, Ana María, Vargas, Ma de Lourdes, Hernández, Violeta, Pérez, Ma del Socorro (2009), PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL DE ENFERMERIA DE DOS HOSPITALES DEL ESTADO DE MEXICO, Publicación **Fundamentos en Humanidades, Universidad Nacional de San Luis – Argentina**, Año X – Número I, 2009, pp. 179/193, recuperado el 14 de agosto de 2012 de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3178072>

Rodríguez, Roberto; Roque Doval, Yamila y Molerio, Osana (2002), ESTRÉS LABORAL, CONSIDERACIONES SOBRE SUS CARACTERÍSTICAS Y FORMAS DE AFRONTAMIENTO, Revista Internacional de Psicología, Vol.3, No.1, Enero-Junio 2002, recuperado el 13 de agosto de 2012 de: <http://psicologiarevista.99k.org/Estres%20laboral,%20consideraciones%20sobre%20sus%20caracteristicas%20y%20formas%20de%20afrontamiento.pdf>

Rodríguez-Muñoz, A (2008), Insomnio y Calidad del Sueño en Médicos de Atención Primaria: Una Perspectiva de Género, Revista de Neurología, 47 (3): pp. 119-123. Recuperado el 8 de septiembre de 2012, URL <http://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Genero/2008Insomnio-y-calidad.pdf>

Romero, Manuel (2008), Implicaciones de la Respuesta de Estrés sobre el proceso de estudio en estudiantes de ciencias de la salud, Tesis Doctoral, Universidad de A Coruña, España, recuperado el 12 de septiembre de 2012 de: <http://ruc.udc.es/dspace/bitstream/2183/1074/1/RomeroMartin.pdf>

Roth, Eric, Pinto, Bismarck (2010), Síndrome de burnout, Personalidad y satisfacción laboral en enfermeras de la ciudad de La Paz, Revista Ayaju, Vol. 8 No.2, recuperado en <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajaju/v8n2/v8n2r4.pdf>.

Schaufeli, W.B. y Bakker, A. (2007). burnout en bevlogenheid burnout y entusiasmo. En W.B. Schaufeli y A. Bakker (Eds.), *De psychologie van arbeid en gezondheid* Psicología del trabajo y la salud (pp. 341-358). Houten: Bohn Stafleu Van Loghum.

Schabracq, M., Winnubst J., Cooper, C. (2003), *The Handbook of Work and Health Psychology*, Second Edition, John Wiley / Sons, Inglaterra, Recuperado el 15/Sep/2012 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/0470013400.fmatter/pdf>.

Slipak, Oscar (2007), *ESTRÉS LABORAL*, recuperado el 13 de agosto de 2012 de: http://mobbingopinion.bpweb.net/artman/publish/printer_3864.shtml

Thoits, Peggy (1982), Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress, *Journal of Health and Social Behavior*, Vol. 23, No. 2, pp. 145-159.

Topa-Cantisano, G., Morales-Domínguez, J. F. (2007). Burnout e identificación con el grupo: el papel del apoyo social en un modelo de ecuaciones estructurales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, vol. 7, núm.2, pp. 337- 348. Recuperado el 5 de septiembre de 2012 desde <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=33717060006>

Unda S (2010). Estudio de Prevalencia del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (SQT) y su Asociación con Sobrecarga y Autoeficacia en Maestros de Primaria de la Ciudad de México. *Revista Ciencia y Trabajo*, Ene-Mar; 12 (35): 257-262). Recuperado el 14 de agosto de 2012 en <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/35/pagina257.pdf>

Useche, Myriam (2008), Factores de personalidad relacionados con el síndrome de burnout a partir de los tipos de personalidad A, B, y C. Tesis de grado, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá. Recuperado el 8 de septiembre de 2012 de: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis06.pdf>

Velásquez, Ricardo (2002), *Clima Organizacional*, *Revista Electrónica Gestiópolis*, recuperado el 15 de agosto de 2012 de:

<http://www.gestiopolis.com/recursos/documentos/fulldocs/rrhh/coricvel-1.htm>

Zaldívar, Dionisio (2002), ESTRÉS: FACTORES PROTECTORES, Artículo Académico, Website Salud y Vida, Psicología, Recuperado el 14 de agosto de 2012 de: <http://www.sld.cu/saludvida/psicologia/temas.php?idv=6091>

8. ANEXOS

ANEXO 1

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL



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

Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

Datos Personales

Género Masculino Femenino

Edad ____ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana Rural

Etnia Mestizo Blanco Negro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: _____

Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

Datos Laborales

Enfermera

Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ycada 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 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

CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

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

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

ANEXO 3
CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL DE GOLDBERG (GHQ-28)

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario (GHQ-28)

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

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

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

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

ANEXO 4

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACION DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

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

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

ANEXO 5

CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

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

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

Medical Outcomes Study Social Support Survey. MOSS-SSS.Sherbourne y Cols (1991).Recuperado

<http://pagina.iccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

de

ANEXO 6

CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK (EPQR-A)

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

CUESTIONARIO EPQR-A

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

Descripción	Si	No
1. ¿Tiene con frecuencia subidas y bajadas de su estado de ánimo?		
2. ¿Es usted una persona comunicativa?		
3. ¿Lo pasaría muy mal si viese sufrir a un niño o a un animal?		
4. ¿Es usted una persona de carácter alegre?		
5. ¿Alguna vez ha deseado más ayudarse a sí mismo/a que compartir con otros?		
6. ¿Tomaría drogas que pudieran tener efectos desconocidos o peligrosos?		
7. ¿Ha acusado a alguien alguna vez de hacer algo sabiendo que la culpa era de usted?		
8. ¿Prefiere actuar a su modo en lugar de comportarse según las normas?		
9. ¿Se siente con frecuencia harto/a («hasta la coronilla»)?		
10. ¿Ha cogido alguna vez algo que perteneciese a otra persona (aunque sea un broche o un bolígrafo)?		
11. ¿Se considera una persona nerviosa?		
12. ¿Piensa que el matrimonio 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 7

DOCUMENTO DE INFORMACION PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

Información General

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

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

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

¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

Procedimientos del estudio

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

Beneficios de su participación:

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

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

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

¿Incurriré en algún gasto?

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

Riesgos y molestias:

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

Confidencialidad de los datos:

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

Participación voluntaria:

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

Contactos para preguntas acerca del estudio:

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

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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

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

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

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

NOMBRE:

NÚMERO DE CÉDULA:

NÚMERO DE REGISTRO

.....

FIRMA

ANEXO 8

CARTA DE AGRADECIMIENTO PARA LOS PARTICIPANTES

Quito, Julio 5, 2012

Estimado(a) profesional,

Muchas gracias por su interés en participar en el Proyecto de Investigación del Burnout (desgaste o fatiga profesional) en los Profesionales de la Salud de la Clínica San Francisco.

Con su decisión de participar usted está contribuyendo al desarrollo de nuevos conocimientos destinados a la prevención del desgaste profesional en el personal médico de nuestro país, al tiempo que la Clínica obtendrá información muy importante respecto al bienestar de su personal.

Al final de la investigación usted recibirá un informe individualizado de los resultados que se obtengan en relación a todas las variables medidas, los cuales serán parte de la investigación científica y serán utilizados en publicaciones científicas, guardando **estricta confidencialidad** respecto a toda la información personal entregada. Se garantiza el anonimato de cada uno de los participantes.

Adjunto encontrará los siguientes instrumentos de evaluación:

- 1) Cuestionario Socio-demográfico y Laboral
- 2) Cuestionario del Inventario de Burnout de Maslach (MBI)
- 3) Cuestionario de Salud Mental (GHQ-28)
- 4) Cuestionario de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)
- 5) Cuestionario de Apoyo Social (AS - MOS)
- 6) Cuestionario de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)

El tiempo total que le va a tomar llenar estos cuestionarios será de aproximadamente unos **45 minutos**.

Por favor **lea cuidadosamente las instrucciones** de cada cuestionario antes de contestar las preguntas.

Una vez completados los cuestionarios por favor hágalos llegar a la oficina del Dr. Lorenzo Ramírez, Director Médico de la Clínica. Le pedimos que los entregue máximo hasta el día **lunes 16 de julio de 2012**, incluyendo su **número de registro profesional** si no ha entregado todavía esta información.

Nuevamente muchas gracias por su participación.



Marco Vásquez
Investigador UTPL

ANEXO 9

TABLAS ADICIONALES PARA LA DISCUSION DEL APOYO SOCIAL

TABLAS ADICIONALES PARA LA DISCUSION DEL APOYO SOCIAL

Tabla No. 20. Apoyo Social y Subescalas de Burnout

	Síndrome de Burnout			Apoyo social				
	Agotamiento emocional	Despersonalización	Realización personal	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Redes sociales	Amor y cariño	Apoyo Social
Médicos								
QT27ME04	X			60	80	75	100	78.8
QT27ME14	X			97.5	100	95	100	98.1

Fuente: Cuestionarios de Apoyo Social y MBI aplicados a los médicos y enfermeras.

Tabla No. 21. Apoyo Social y Salud Mental

	Salud mental				Apoyo social				
	Somática	Ansiedad	Disfunción social	Depresión	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Redes sociales	Amor y cariño	Apoyo Social
Médicos									
QT27ME02	x				97.5	95	100	100	99.4
QT27ME04	x				60	80	75	100	78.8
QT27ME06	x				62.5	40	60	40	50.6
QT27ME09	x				97.5	100	100	100	99.4
QT27ME10		x			47.5	20	55	73.3	49
QT27ME15		x			47.5	55	70	80	63.1

	Salud mental				Apoyo social				
	Somática	Ansiedad	Disfunción social	Depresión	Apoyo emocional	Apoyo instrumental	Redes sociales	Amor y cariño	Apoyo Social
Enfermeras									
QT27EN03		X			30	15	40	60	36.3
QT27EN06	X	X			90	90	90	86.7	89.2
QT27EN11	X				40	40	40	40	40
QT27EN13	X	X			80	75	80	80	78.8

Fuente: Cuestionarios de Salud Mental y Apoyo social aplicados a los médicos y enfermeras.

ANEXO 10

CERTIFICADO DE LA INSTITUCION DE SALUD

Quito, 15 de octubre de 2012

Señores
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE PSICOLOGÍA
Presente.-

De mi consideración:

Por el presente certifico que el Sr. Marco Antonio Vásquez Rodríguez realizó su trabajo de investigación relacionado con el burnout y variables asociadas en la Clínica San Francisco de la ciudad de Quito, durante el período mayo-septiembre de 2012, tiempo en el cual trabajó con 30 profesionales que prestan sus servicios en la institución.

El Sr. Vásquez puede hacer uso del presente certificado como considere conveniente.

Atentamente,

Dr. Lorenzo Ramírez
CLÍNICA SAN FRANCISCO
Director Médico