



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital General Provincial Docente Riobamba y en el Área de Salud n° 6 Guano-Penipe de la ciudad de Riobamba durante el período mayo-diciembre 2012”

Trabajo de fin de titulación

Autor:

Yerovi Carrasco, Rodrigo Patricio

Directora:

Vivanco Vivanco María Elizabeth Mgs.

CENTRO UNIVERSITARIO: Riobamba

2012

CERTIFICACIÓN

Magister

Vivanco Vivanco María Elizabeth

TUTORA DEL TRABAJO DE GRADO

CERTIFICA:

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

Loja, diciembre del 2012

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO

“Yo, Rodrigo Patricio Yerovi Carrasco declaro ser el 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 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”

Rodrigo Patricio Yerovi Carrasco

CI N° 0601332851

AUTORÍA

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

Rodrigo Patricio Yerovi Carrasco
CI N° 0601332851

Dedicatoria

A mis hijos:

*Más allá del bien y del mal
de lo verdadero y de lo falso
de la injusticia y de lo justo
de lo sabio y lo profano
del sol y de la luna
y del tiempo pasado y futuro
solo queda el silencio, el presente, el vacío
dispuestos a ser llenados cada vez
cada nuevo día...*

Rodrigo Yerovi

Agradecimientos

Te agradezco Rocío, solo llegué hasta ti y tus ojos brillaron de alegría invitando a subirme al andamio de tu nobleza, nunca dudaste en brindarme tu soporte. Pusiste una sola condición: "...hasta el fin". Y así fue.

Gracias a Tere y Miri, su apoyo y tutela han sido definitivos para este logro.

Te agradezco también a ti Julita, tu gracia y confianza me dieron firmeza.

A mis amigos Audrey y Washington por su alegría y andamio moral siempre a la vanguardia mostrándome la seguridad del camino.

Reconozco de mis profesores el sustento permanente de conocimiento y sabiduría, a pesar de la distancia fueron mis guías en este sendero. Y en lo fundamental, mi eterna gratitud a la Universidad Técnica Particular de Loja UTPL, por su enorme corazón siempre abierto, acogiendo con su formidable manto a quienes acuden a su seno.

Rodrigo Yerovi

Índice

	Página
Portada del Informe de tesis.....	i
Certificación.....	ii
Acta de cesión de derechos de grado.....	iii
Autoría.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimientos.....	vi
Índice.....	vii
CAPÍTULO 1: RESUMEN.....	1
CAPÍTULO 2: INTRODUCCIÓN.....	2
CAPÍTULO 3: MARCO TEÓRICO.....	4
3.1. Conceptualización del Burnout.....	4
3.1.1. Definición del Síndrome de Burnout	4
3.1.2. Delimitación Histórica del Síndrome de Burnout.....	6
3.1.3. Modelos explicativos del Burnout.....	7
3.1.4. Poblaciones propensas al Burnout.....	11
3.1.5. Fases y Desarrollo del Síndrome de Burnout.....	12
3.1.6. Características, causas y consecuencias del Burnout.....	13
3.1.7. Prevención y Tratamiento del Síndrome de Burnout.....	16
3.2. Conceptualización de las variables de la investigación.....	18
3.2.1. Burnout y relación con variables Sociodemográficas y Laborales.....	18
3.2.1.1. Variables de riesgo y protectoras.....	18
3.2.1.2. Motivación y satisfacción laboral.....	23
3.2.1.3. Investigaciones realizadas.....	25
3.2.2. El Burnout y la relación con la Salud	27
3.2.2.1. Definiciones de Salud.....	27
3.2.2.2. Síntomas Somáticos.....	28

	Página
3.2.2.3. Disfunción Social en la actividad diaria.....	30
3.2.2.4. Ansiedad e Insomnio.....	31
3.2.2.5. Tipos de Depresión	33
3.2.2.6. Investigaciones realizadas.....	34
3.2.3. El Burnout y el Afrontamiento.....	35
3.2.3.1. Definición de Afrontamiento.....	35
3.2.3.2. Teorías de Afrontamiento.....	36
3.2.3.3. Estrategias de Afrontamiento.....	37
3.2.3.4. Investigaciones realizadas.....	39
3.2.4. El Burnout y la relación con el Apoyo Social.....	40
3.2.4.1. Definición de Apoyo Social.....	40
3.2.4.2. Modelos explicativos de Apoyo Social.....	41
3.2.4.3. Apoyo Social Percibido.....	43
3.2.4.4. Apoyo Social Estructural.....	45
3.2.4.5. Investigaciones realizadas.....	45
3.2.5. El Burnout y la relación con la Personalidad	46
3.2.5.1. Definición de Personalidad.....	46
3.2.5.2. Tipos de Personalidad.....	47
3.2.5.3. Patrones de Conducta.....	59
3.2.5.4. Locus de Control.....	50
3.2.5.5. Investigaciones realizadas.....	51
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA.....	51
4.1. Diseño de la Investigación	51
4.2. Preguntas de Investigación	52
4.2.1. Objetivo General	53
4.2.2. Objetivos Específicos	53
4.3. Participantes	53
4.4. Instrumentos	54
4.4.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	54
4.4.2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)	55

	Página
4.4.3. Cuestionario de Salud Mental GHC28	56
4.4.4. La Escala de los Estilos de Afrontamiento BRIEF-COP.....	56
4.4.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social	57
4.4.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A.....	58
4.5. Recolección de datos.....	58
4.5.1. Fase 1. Fase de exploración, acercamiento y negociación.....	59
4.5.2. Fase 2. Aplicación de los Instrumentos.....	59
4.5.3. Fase 3. Ingreso de datos. Tabulación y corrección de tablas.....	60
CAPÍTULO 5: RESULTADOS.....	61
Tablas y Gráficos.....	61
5.1. Cuestionario Sociodemográfico.....	61
5.2. Cuestionario Maslach Burnout Inventory MBI.....	80
5.3. Cuestionario de Salud Mental GHC 28.....	83
5.4. Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE.....	85
5.5. Cuestionario de Apoyo Social.....	87
5.6. Cuestionario de Personalidad EPQR-A.....	88
CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	89
6.1. Discusión Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.....	89
6.2. Discusión Cuestionario MBI.....	95
6.3. Discusión Cuestionario de Salud Mental GHC28.....	96
6.4. Discusión de la Escala BRIEF-COPE.....	98
6.5. Discusión Cuestionario de Apoyo Social.....	98
6.6. Discusión Cuestionario EPQR-A.....	99
CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES	101
CAPÍTULO 8: RECOMENDACIONES.....	104
CAPÍTULO 9: BIBLIOGRAFÍA.....	106
CAPÍTULO 10: ANEXOS.....	115

RESUMEN

Los trabajadores de la salud en particular médicos y enfermeras viven en un escenario de vida y muerte cada día, este compromiso puede resultar física y emocionalmente demoledor derivando en problemas conductuales como el burnout. En el presente trabajo cuyo objetivo justifica identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE RIOBAMBA y en el ÁREA DE SALUD N° 6 GUANO-PENIPE de la misma ciudad, para lo cual 15 médicos y 15 enfermeras de estas instituciones han participado en la aplicación de seis encuestas cada profesional. Los instrumentos aplicados fueron: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral, Cuestionario Maslach Burnout Inventory, Cuestionario de Salud Mental, la Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento, Cuestionario de Apoyo Social y el Cuestionario de Personalidad de Eysenck.

Las conclusiones y recomendaciones atañen a los profesionales de la salud para prevenir el síndrome y abrir la posibilidad de nuevos saberes conducentes a mejorar la eficacia del servicio que se ofrece a los usuarios, la imagen de las instituciones que procuran estos bienes y la calidad de vida de los trabajadores.

INTRODUCCIÓN

La adaptación del ser humano al entorno a través del tiempo ha ido cambiando según las exigencias y condiciones que ese medio ambiente le imponen, de manera semejante como lo considerara el científico Charles Darwin de una publicación de 1859 en su libro, “El origen de las especies por medio de la selección natural”. De condición análoga en los contextos construidos por la humanidad las personas al parecer necesitan reunir una serie de requisitos para integrarse, aprender, manejar y dominar las circunstancias y términos que le son impuestos en cada sistema determinado donde les toca, o han elegido participar de forma continua durante significativos períodos de tiempo, en este proceso sufren desgaste físico y emocional y se ven obligados a implementar bien o mal, técnicas adaptativas. En este sentido, “El Síndrome del Burnout”, como indica José María García García (2007), nos habla del estrés laboral, en el que se agrupan una serie de síntomas que se articulan por medio de expresiones de sufrimiento a través del agotamiento emocional, de frío distanciamiento y de una evidente carencia de satisfacción por la labor realizada que, nos es otra cosa sino servir a los que se protege y custodia. El burnout aparece en la vida y actos de ciertas personas donde la presión del entorno les afecta hasta extremos que altera su subsistencia de manera reveladora producto de un paulatino proceso de desgaste y quemazón profesional que conduce al sujeto al dolor, al punto que se vuelven materia de una urgente intervención científica con el fin de alcanzar soluciones homeostáticas y adaptativas para los portadores de este sufrimiento.

En el estudio del Síndrome de Burnout, cabe destacarse que son más de tres décadas de investigaciones, publicaciones, estudios científicos, artículos y referencias que se han realizado al respecto, pues, la afectación que produce en los individuos que lo desarrollan y las innumerables secuelas que se han generado, han provocado que las indagaciones producidas profundicen cada vez más en los alcances devastadores que puede contaminar este síndrome, tanto en el sujeto que lo porta, cuanto en el medio social donde se desenvuelve ya sea fuera o dentro del trabajo. Es así que el espectro de las investigaciones tiene un amplio horizonte en varios frentes de la psicología en general, ya que si bien es cierto afecta a las organizaciones (psicología organizacional), el estudio del burnout emerge desde la psicología clínica cuando (Marisa Salanova y Susana Llorens (2008), citando a Freudenberger (1974) y Maslach (1976)), consideraron al burnout como un síndrome que aparecía en individuos que trabajaban con personas o

profesionales de servicios; el otro gran aspecto psicológico que interviene es la psicología educativa, encargada de la pedagogía y capacitación encaminada a la prevención, control y manejo del burnout.

Esta investigación ha sido llevada a efecto con un diseño metodológico que comprende características como: **cuantitativa** (basada en datos numéricos); **no experimental** (sin manipulación de variables); **transversal** (diversas variables en un momento en el tiempo); **exploración**; y **descripción** (selección y recolección de la información que se investiga). Con este esquema se intenta “Identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el “Hospital General Provincial Docente Riobamba” y el “Área de salud N° 6 Guano-Penipe de la ciudad de Riobamba, donde participaron un total de 15 médicos y 15 enfermeras, inmersos en un estimado de 14 especialidades asistenciales en áreas como Cirugía, Clínica, Psiquiatría, Emergencias, Salud Familiar, Internos Rotativos Médicos (IRM), entre otros. En este apartado debe anotarse que todos los participantes contribuyeron con este estudio en forma voluntaria y con información previa de los fundamentos y alcances de lo que significa el síndrome de burnout, la participación de la UTPL y la intervención del egresado de la Escuela de Psicología desarrollando este programa de pregrado.

La diligencia se llevó a efecto en la mayoría de los casos en los lugares respectivos de la responsabilidad laboral de médicos y enfermeras, a través de la aplicación directa de seis cuestionarios debidamente seleccionados para el recaudo de testimonios que cumplen con las condiciones de los objetivos planificados. Los cuestionarios para la recolección de datos y su análisis posterior fueron completados en un aproximado al cien por cien de lo propuesto; De la misma manera, los objetivos planificados se lograron en todos sus puntos de manera tal que los resultados coinciden en forma general con otros estudios análogos, por lo cual las conclusiones que se plantean tienen que ver con la profundización en el estudio del síndrome y su higiene. Además, se dejan planteadas algunas inquietudes que podrían ser motivo de interés para algún estudio posterior siempre en la orientación de coadyuvar al análisis, discusión y profilaxis del burnout. En términos generales las conclusiones muestran que las afectaciones se encuentran en niveles medios, con buenas posibilidades de manejo de los factores que producen el síndrome de burnout.

MARCO TEÓRICO

3.1. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT

3.1.1. DEFINICIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Desde la designación inicial hasta estos días, las definiciones y denominaciones del síndrome se han multiplicado en función de los modelos que lo interpretan y de las potenciales aplicaciones en los diferentes frentes laborales. Solo entre los años 1974 y 1980 se produjeron más de 48 enunciaciones elaboradas del burnout (José María García García, Salvador Herrera R y José Luis León F., 2007).

Algunas definiciones de Burnout influyentes en el medio científico son: “una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol del profesional, así como una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado”. El Burnout es el resultado a largo plazo de un estrés negativo, que surge de un desequilibrio entre las aportaciones y los resultados que un individuo hace y recibe (se citan a Maslach, Schaufeli, y Leiter 2001; Schaufeli y Enzmann, 1988); Otra definición interesante por tener un significativo consenso entre innumerables estudiosos del burnout es: “una respuesta al estrés laboral crónico cuando faltan las estrategias funcionales de afrontamiento. ‘Estar quemado’ es entendido como resultado de la influencia de agentes organizacionales y de las características personales”.

En varias publicaciones de revistas científicas, folletos y otros escritos respecto del tema Burnout, se pone de manifiesto de manera reiterada que no existe una definición unánimemente aceptada sobre este síndrome, pero si se aprecia una aquiescencia al considerar que aparece en el individuo como *respuesta al estrés laboral crónico*. Sin embargo es posible homologar como de manera a veces tácita, otras veces explícitas, existe un acuerdo no consentido entre la mayoría de estudiosos del burnout, en tomar la definición y características realizadas por el Maslach Burnout Inventory (MBI), respondiendo a un proceso inductivo, donde se define como una respuesta al estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja

realización personal en el trabajo (Apuntes de Psicología, 2007, Vol. 25 Nº 2 Universidad de Sevilla. Validez factorial del MBI).

Además, se proyecta en la demarcación conceptual dos disposiciones claramente diferenciables como son: por un lado la parte clínica, y por el otro la parte psicosocial. La clínica como un estado al que el individuo sometido al burnout llega como consecuencia del estrés laboral; La psicosocial como un proceso que se desarrolla por la interacción entre el sujeto y el entorno laboral. Se trata pues, de un trastorno adaptativo por un estrés crónico de tipo laboral que se presenta solamente cuando está de por medio relacionarse, manejar o ayudar a otras personas.

Por su lado Gil-Monte (2005), consideran que el Síndrome de quemarse en el trabajo (SQT), debe entenderse como “una forma de acoso psicosocial en el trabajo (pero diferente al acoso psicológico en el trabajo o mobbing donde existe un acosador y un acosado), como una respuesta a los estresores crónicos laborales”.

Japsy Margarita Quiceno y Stefano V., (2007), explican (citando a Gil-Monte y Peiró, 1997), que al Síndrome del Burnout se lo puede definir como “una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en las personas y consecuencias negativas para las instituciones laborales”.

Schaufeli y Buunk, (1996), refiriéndose al Burnout señalan que las múltiples referencias posibles al tema, no han resuelto la ambigüedad de diferenciar lo que es un síntoma de burnout y lo que es una consecuencia del mismo. En el fondo subyace el problema de la definición y de los términos. “La línea divisoria entre síntomas y consecuencias puede resultar borrosa y siempre arbitraria”, afirman.

En la revista “Papeles del Psicólogo”, (2008), algunos de los estudiosos del tema (citando a Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001), se han referido al burnout en términos metafóricos: “... un estado de agotamiento similar a un fuego que se sofoca, una pérdida de energía, una llama que se extingue, o una batería que se agota...”

Pedro Gil Monte (2001) en la “RevistaPsicológicaCientífica.com”, conceptualiza al síndrome de quemarse por el trabajo como “un proceso en el que intervienen variables

cognitivo-actitudinales (baja realización personal en el trabajo), variables emocionales (agotamiento emocional), y variables actitudinales (despersonalización)

Como colofón a este segmento de definiciones podemos aportar que: por las distintas exposiciones expuestas producto de múltiples estudios científicos realizados a lo largo de más de tres décadas, es posible decir que el burnout es una situación de agotamiento de los recursos emocionales de afrontamiento en las situaciones estresantes negativas crónicas del ámbito laboral, producido por el contacto diario durante significativos períodos de tiempo con personas que son atendidas por los potenciales adquirentes del síndrome, quienes alcanzan diferentes grados de despersonalización, lo que significa desarrollar sentimientos negativos representados en actitudes y conductas de cinismo hacia las personas destinatarias del trabajo, una depreciación del autoestima, asociada a una baja productividad y probable mala imagen personal e institucional.

3.1.2. DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El personaje que concreta por primera vez al Burnout como una afectación psicológica, es el Psiquiatra familiarizado con las respuestas al estrés, el estadounidense Herbert Freudenberger por el año de 1974, al observar el deterioro emocional de compañeros voluntarios en los hospitales de beneficencia dedicados a la atención de dependientes alcohólicos, drogadictos y prostitutas donde él forma parte del grupo asistencial. Eligió la palabra ***burnout*** (Burn-out: “estar quemado”, “consumido”, “apagado”), para referirse al Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP), como la progresiva pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, así como la desmotivación para el trabajo junto con varios síntomas de ansiedad y depresión.

Este término “burnout”, se utilizaba ordinariamente en los EE.UU. de norte américa para referirse a los efectos del consumo crónico de sustancias tóxicas. Además, era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a los sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado. Freudenberger lo expuso como “un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo”.

Maslach y Jackson (1986) expresan que la palabra Burnout era una expresión con gran aceptación social, los afectados se sentían fácilmente identificados con este término descriptivo no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos.

García-Izquierdo (1991) comenta que el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda al “cliente”.

Según José María García (2007) el término burnout ha sido extraído de la obra literaria “A burn-out case” (“Un caso acabado”), una novela de Greene (1961), donde se narra la desesperanza de un arquitecto que ha perdido la fe en el ser humano.

El burnout ha sido denominado y definido de tantas maneras. Cristina Maslach (1976) lo llamó en el comienzo de su implicación con el estudio de burnout, extrayendo el vocablo de la jurisprudencia de California EE.UU., donde se lo contemplaba como el proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional y desinterés cínico. Otros autores lo han llamado como el “Síndrome del Desengaño”.

En el libro “El vuelo de Ícaro” se afirma que, las primeras investigaciones sobre el burnout se trataron de trabajos descriptivos, un tanto intuitivos según los síntomas detallados por los afectados desde la experiencia clínica cualitativa. Se basaron en estudios de caso, entrevistas y observaciones (Gálvez Herrero, Macarena, 2010)

3.1.3. MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Los modelos que tratan de explicar el burnout son numerosos. A continuación, exponemos algunos modelos desde sus respectivas vertientes especulativas.

Modelos teóricos del estrés laboral: los modelos basados en la **teoría organizacional** según Gil-Monte y Peiró (1999) se caracterizan en el énfasis que ponen en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento, consideran que muchas experiencias en el trabajo son vividas como estresores negativos (distrés), que se vuelven crónicos aumentando el riesgo de la enfermedad. A partir de la **teoría organizacional** se han ampliado otros tantos modelos que explican el burnout

desde las condiciones de trabajo (sobrecarga laboral, la escasez de definición de rol, autonomía y de control, fatiga, auto concepto negativo, etc.) y las variables de la organización (ambiente físico de trabajo, estructura de la organización en lo que concierne a centralidad y complejidad, el clima organizacional, la supervisión, etc) como estresores principales.

- **Modelo demanda-control** (Karasek y Theorel. 1990), explican que la demanda o exigencia en el trabajo resulta de la combinación de tres dimensiones: a) cantidad y tipo de demanda de trabajo, b) control sobre las tareas, y c) apoyo social en el trabajo. Debe entenderse que un significativo nivel de estrés fisiológico ocurre cuando existe demasiada demanda laboral, una limitada o ninguna apertura para participar en la toma de decisiones y escaso apoyo social.
- **El modelo de demandas-recursos** (se cita el trabajo desarrollado por Evangelia Demerouti y colaboradores), precisa las demandas laborales de índole físico, psicológico, social u organizacional que emplazan un costo ocasionado y esfuerzo, que no son necesariamente negativas, pero pueden convertirse en estresores, como los turnos de trabajo, la sobrecarga, la presión temporal, etc. (Gálvez Herrer, Macarena, 2010)
- **Modelo de crisis de gratificación en el trabajo** (Effort-Reward Invalance Model, ERI), surge de la relación de intercambio entre lo laboral y el aspecto social que implican las gratificaciones que se otorgan por un esfuerzo dado que pueden ser de tres tipos: 1. Salarios; 2. Valoración y estima; 3. Seguridad y promoción laboral. Según este modelo se espera identificar las relaciones más estresantes en situaciones de un alto “costo / esfuerzo” y un bajo “beneficio / recompensa”.

Desde la **teoría sociocognitiva del yo**, recogiendo las ideas de Albert Bandura, algunos modelos se han centrado en la autoeficacia percibida como elemento clave para desarrollar el desgaste profesional burnout. Algunos modelos propuestos por Gil-Monte y Peiró (1997, 1999), se desarrollan desde esta hipótesis.

- El **modelo de “competencia social”** (Harrison, 1983), analiza los aspectos motivacionales en el proceso de burnout, centrada en la motivación para la ayuda

por los profesionales asistenciales como enfermeras y médicos poseedores de objetivos realistas o utópicos, autonomía, participación en la toma de decisiones, la ambigüedad de rol, disponibilidad de recursos, retroalimentación, sobrecarga laboral, etc., serían variables psicosociales que actúan como factores de ayuda o de barrera.

- **Modelo social de Harrison (1983) y Cherniss (1993)**, donde se elucida que la autoeficacia percibida es la variable sobresaliente para el desarrollo del síndrome. Estos modelos se basan en que: a) las cogniciones de los individuos influyen en lo que estos perciben y a su vez, lo que estos perciben y hacen, influye en sus cogniciones y b) la creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades para conseguir sus objetivos propuestos.
- **Modelo transaccional del estrés:** dirige su atención a los procesos cognitivos, evaluativos y motivacionales que participan en las reacciones del individuo ante el estímulo estresor, el estímulo estresante puede conducir a distintas respuestas emocionales según la evaluación cognitiva que realiza el sujeto a cerca de sus recursos, entonces el estrés es visto como una transacción entre las demandas y limitaciones externas, apoyos, recursos internos y valores, en todo lo cual el individuo se esfuerza por mantener un equilibrio (Lazarus y Folkman, 1984)

Los modelos basados en **teorías de intercambio social** consideran los principios de la **teoría de la equidad** o, de la **teoría de la conservación de recursos**. Proponen que el síndrome de burnout se origina en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia como resultado de la comparación que hacen las personas en sus relaciones interpersonales. Si perciben de continuo que aportan más de lo que reciben, sin poder resolver esta situación, desarrollan sentimientos de quemarse por el trabajo. (Buunk y Schaufeli, 1993)

Partiendo de la **teoría de la conservación de recursos**, Shirom (1989) señala que existen tres formas básicas de recursos energéticos: físicos, emocionales y cognitivos, que se relacionan entre si y que tras un estrés crónico, derivan en fatiga física, agotamiento emocional y cansancio cognitivo. El desgaste profesional se equipara a una espiral de pérdida de recursos.

Las **“relaciones comunitarias”**, satisfacen otra expectativa para el estudio de burnout, en esta, las personas centran su atención en las necesidades de los demás. Gálvez, Herrer Macarena, (2010) en un estudio sobre enfermeras, (citando a Truchot y Degerard, 2001) indicaron que la diferencia de resultados dependía del modelo de ayuda tomado como respaldo. Así, en el “modelo médico”, orientado en alto grado de relación comunal, dará por resultado un bajo nivel de desgaste emocional en una situación de inequidad en el trato con el paciente. En cambio, en un modelo de **“ayuda compensatoria”**, altos niveles de equidad presentan menor realización personal.

Los modelos basados en **enfoques salutogénicos** consideran a la salud como una volubilidad dinámica entre la enfermedad y el bienestar del individuo enfatizando en las variables personales que identifican un estilo de conducta entre los factores de estrés.

- **Modelo “Hardy personality”** elaborado por Kobasa (1979), definido por tres dimensiones: a) compromiso (tendencia a implicarse en todas las actividades); b) reto o desafío (percibir el cambio como oportunidad para mejorar las propias competencias); y c) Control (capacidad de intervenir en el curso de los acontecimientos)
- **Modelo de sentido de la coherencia**, propuesto por Antonovsky (1979), se basa en el concepto de salud como un continuo entre la enfermedad y la salud poniendo énfasis en la conducta que lleva la persona en el desarrollo de su bienestar.

3.1.4. POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT

El burnout es un síndrome que afecta básicamente a *personas que realizan algún tipo de servicio durante prolongados períodos de tiempo para otras personas*, por lo que, las poblaciones que se encuentran expuestas en mayor medida a esta afectación son aquellas cuyo contacto permanente con otros seres humanos en relación de servicios, produce un estrés negativo (distrés), crónico. Entre las principales poblaciones susceptibles a este síndrome se encuentran médicos y enfermeras, debido a su prolongada permanencia con pacientes que sufren dolor y muerte.

Cada vez más se conocen investigaciones realizadas en poblaciones diferentes como: policías, personal de hoteles, odontólogos, anestesiólogos, psicólogos, además de aquellas poblaciones que han sido entre las primeras sometidas a este estudio como son los médicos, en especial aquellos que trabajan con pacientes de mayor gravedad como cirujanos, oncólogos, geriatras, aquellos que atienden la sección de clínica en hospitales, principalmente en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), psiquiatras y todo el personal de enfermería que acompaña a estos equipos médicos. Cabe anotar que se han realizado muchos estudios en el profesional educativo, como docentes y técnicos que participan en los servicios que presta el Departamento de Orientación y Bienestar Estudiantil (DOBE), compuesto principalmente por inspectores y orientadores psicopedagógicos (Paredes G, Olga L., 2009, Revista médica Medellín Colombia).

En un estudio acontecido en la ciudad de Caracas, Venezuela, Daniel Tepedino Peluso y Carlos Peña (2011) afirman que, el riesgo de padecer burnout aumenta en más de tres veces al pertenecer al servicio de Ginecología y Obstetricia. De igual manera, “al pertenecer al servicio de Gastroenterología, Radiodiagnóstico, Ginecología, y Obstetricia u Oftalmología (Grupo GRGOO) eleva casi cinco veces el riesgo de padecer desgaste profesional en comparación a los otros servicios”.

El mayor volumen de trabajo de investigación sobre el burnout se ha dado en trabajadores profesionales de la salud y la educación, pero otros estudios revelan la aparición del síndrome en colectivos como vendedores, ingenieros y técnicos, deportistas, mujeres de trabajadores (José M. García G. 2007)

3.1.5. FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

En el “Informe final sobre el tema: Síndrome de Burnout” de los autores Wilfredo A. Martínez, Ruth Reyes y Meyling Vanegas (2010), se propone (citado a Cherniss, 1980) que las fases del burnout se desarrollan de forma continua en el tiempo: “es un proceso en el que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés”. Fases:

- **Fase de estrés laboral:** cuando ocurre un desajuste entre las demandas laborales y los recursos materiales y humanos. Un exceso de demandas y una escasez de recursos puede conducir al estrés.
- **Fase de exceso o sobreesfuerzo:** esto implica una respuesta irracional al desajuste de un individuo sometido a un sobreesfuerzo, dando como resultado ansiedad, fatiga, irritabilidad y tensión. Además síntomas laborales como conductas egoístas, alineación laboral (sectarismo), pérdida del altruismo e idealismo, la disminución o pérdida de metas laborales y falta de responsabilidad en el trabajo.
- **Fase de enfrentamiento defensivo:** se pone en evidencia por parte del individuo, un surgimiento de actitudes y conductas defensivas hacia las tensiones, apareciendo emocionalmente distanciado, con deseos o fantasías de cambio de trabajo, elevado absentismo, actitudes cínicas y despreciativas con los usuarios. Suele culpar a los demás como responsables y causantes de sus problemas.

Según Samuel H. Klarreist, Edelwich y Broddky (2010), leída en una publicación de De Dios Franco (1988), el burnout es un proceso que se desarrolla en cuatro fases: Primer estadio: idealismo entusiasta; Segundo estadio: estancamiento; Tercer estadio: frustración; Cuarto estadio: apatía.

Niveles de burnout: Wilfredo A. Martínez y otros (2010), concluyeron que, teniendo en cuenta como la agresividad y la hostilidad van ganando terreno en la relaciones interpersonales, pueden anotarse varios niveles de burnout:

- **Nivel 0:** Aparecen síntomas premonitorios como la hiperactividad, se involucran en exceso, trabajan horas extras sin cobrarlas, sienten que nunca tienen tiempo, manifiestan sentimientos de desengaño, etc.
- **Nivel 1:** Faltan ganas de ir al trabajo, malestares inespecíficos, contracturas, cefaleas, cansancio. La persona afirma que no se siente bien.

- **Nivel 2:** Aumenta la intensidad de las molestias por el trabajo y las relaciones laborales. Puede generarse sensación de persecución (“... todos están en mi contra”), se incrementa el absentismo y se pretende el traslado a otro puesto.
- **Nivel 3:** Disminución evidente en la capacidad y rendimiento laboral. Aparecen enfermedades psicosomáticas (alergias, traumatismos, hipertensión, gastritis, etc.) Comienza la automedicación. No suele buscarse ayuda profesional.
- **Nivel 4:** Se caracteriza por el consumo de sustancias como alcohol, tabaco, tranquilizantes. Aparecen trastornos importantes del apetito, la drogadicción y pueden sucederse intentos de suicidio. Se produce una incapacidad para relajarse, aparecen tendencias a jugar con los límites adoptando conductas de riesgo como el exceso de velocidad al conducir un auto, agresividad, provocación, reacciones violentas, etc. Se pone de manifiesto un marcado ausentismo, suelen aparecer enfermedades graves como el cáncer, accidentes cardiovasculares, etc. Tendencias a abandonar el trabajo.

3.1.6. CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT

“... la sociedad occidental, generadora de competitividad y materialismo predispone a experimentar el burnout...” (Rev. Esp. Salud Pública 2009)

José María García García (2007), considera (citando a Maslach y Jackson, 1981, 1986 y 1997), que el “Maslach Burnout Inventory” (MBI), evalúa los tres rasgos característicos del síndrome: Agotamiento emocional; Despersonalización; y Baja realización personal en el trabajo, llegando a convertirse en la medida de evaluación más frecuente del síndrome. (No es una imprudencia decir que el concepto del síndrome de burnout, tiene como lugar común la definición de las autoras Maslach y Jackson)

Otra característica que podemos anotar de este síndrome es que se trata de un proceso recurrente en la vida laboral de un individuo, haciéndose bastante difícil establecer el grado de afectación debido a que su progreso es como lo hacen las larvas: en forma oculta, de comportamiento insidioso, paulatino, haciéndose difícil predecir cuándo se va a presentar y cuál será la manera de ataque con creciente gravedad.

Cuando una persona afectada se encuentra en los inicios del síndrome, suele no reconocer que tiene un problema y son sus compañeros cercanos quienes se percatan de los cambios en tanto que, el aquejado pretende negar la afectación porque en lo personal eso puede estropear su imagen como profesional.

Durante las primeras fases el burnout, este puede restituirse plenamente, en tanto que si ha logrado avanzar a etapas irreversibles, el síndrome es tan virulento que en el caso de médicos por ejemplo, el abandono de sus servicios puede ser un límite extremo. En ocasiones el transcurrir del síndrome se ve matizado por euforias, excesos de simpatía aparente, horas extras de trabajo gratuito y hasta pretendida omnipotencia.

El burnout es el resultado a largo plazo de un estrés negativo, que surge del desequilibrio entre las aportaciones y los resultados que una persona hace y recibe. (Maslach, Schaufeli y Leiter (2001); Schaufeli y Enzmann, (1998), citados por María de Lourdes Marreno Santos (2009).

Aunque inicialmente el burnout es reconocido en personas que se dedican a los servicios de salud y otros profesionales que mantienen contacto con otras personas, se constatan síntomas similares en personas con otros tipos de trabajo (Maslach, Jackson y Leiter citados en José María García G. 2007).

José María García G. (2007) anota (citando a Morán, 2005), que existe una suerte de "unanimitad" en los autores al reconocer que el síndrome aparece en el trabajador como respuesta al estrés laboral crónico y (al citar a Ferrer Puig, 2005), anota que persiste el acuerdo de un estrés crónico progresivo y además se da a lo largo de uno a tres años, generado por una sobrecarga de tipo cualitativo más que cuantitativo y una curva en la motivación que en un comienzo se eleva para desembocar en actitudes negativas.

Los problemas de adaptación al trabajo podrían crear conflictos internos en los trabajadores que a la larga alimentarían el estrés laboral, lo que podría implicar demandas excesivas del medio, falta de preparación para manejar la situación o incompatibilidad

entre los compañeros de trabajo. Casi cualquier condición de trabajo podría causar estrés, dependiendo en gran medida de la reacción del individuo a ella.

Muchos estudios demuestran que entre las múltiples consecuencias del síndrome se pueden encontrar los conflictos organizacionales que son agentes capaces de deteriorar la salud de las personas dentro y fuera del puesto de trabajo, dejando secuelas negativas tanto en la calidad laboral como en la sociedad en general. El cansancio emocional se hace evidente cuando la persona siente que le queda poco o nada por entregar a los demás, apareciendo sentimientos de impotencia, desesperación, depresión, cólera, impaciencia, irritabilidad, aumento de la tensión, falta de cordialidad, cortesía y consideración. Afloran también síntomas como hipoactividad, cansancio crónico, abatimiento, vulnerabilidad, enfermedades como cefaleas frecuentes, náuseas, tensión muscular, diversas dolencias somáticas y trastornos del sueño. (Wilfredo A. Martínez J. y col. 2010)

En un estudio realizado por Paredes G. Olga L., (2009) se da como resultado que “el reflejo del síndrome en los profesionales de la salud se evidencia en insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad de trabajo y del servicio prestado, así también problemas legales como demandas, absentismo laboral, e incluso el abandono de la profesión”. Cabe anotar que en la nación ecuatoriana, en lo concerniente a demandas legales de pacientes a los médicos por problemas inherentes a la mala práctica médica, no se encontrarían consecuencias debido a que en la legislación de Ecuador, no existe jurisprudencia al respecto, es decir, no hay casos condenados a pesar de existir gran cantidad de demandas.

3.1.7. PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Como se ha visto a lo largo del estudio del burnout y los innumerables “acuerdos tácitos” y manifiestos de parte de los diferentes investigadores, la etiología pasa de una u otra manera por un proceso de estrés negativo o distrés hasta llegar a convertirse en el síndrome. Esto indica que las organizaciones laborales, los individuos y los sistemas de salud en general, deben atender de manera prioritaria al estrés per-se, superando las muchas discrepancias entre los distintos autores al evaluar las diferencias y similitudes entre el estrés y el burnout.

En la prevención y tratamiento del burnout tanto a escala personal, como grupal y organizacional, existen estrategias en lo laboral para el control del estrés, lo que implica prevenir el burnout, mejorando la comunicación y las habilidades sociales que son estrategias adaptativas de afrontamiento.

José Manuel Párraga Sánchez, (2005), considera (citando a Vera y Villa, 1993) que, en lo que respecta a la responsabilidad individual para tratar y prevenir el síndrome de burnout, está la adquisición de destrezas para el manejo de las emociones destacando el entrenamiento para la expresión de las mismas, el manejo del humor, el manejo de los sentimientos de culpa y de manera especial la práctica de técnicas de relajación. Otras metodologías de carácter moderador son la práctica deportiva, el biofeedback. La meditación en todas sus expresiones es digna de destacarse entre las posibilidades.

Además existen estrategias instrumentales dirigidas a moderar los procesos cognitivos para eliminar los procesos no adaptativos como son las técnicas de reestructuración cognitiva apoyadas en la “Terapia racional emotiva” de Ellis, la “Terapia cognitiva” de Beck, la “Terapia de valoración cognitiva de Wessler”, el entrenamiento en resolución de problemas, el modelo de inoculación de estrés de Meichenbaum, entre otros. (José M. Párraga S. 2005)

Entre las estrategias interpersonales o grupales que auxilian en la prevención del burnout, están aquellas que fomentan el apoyo social por parte de jefes y compañeros ya que se ha demostrado que ello permite el aumento de la realización personal en el trabajo, disminuye el agotamiento emocional y mejora actitudes y conductas hacia los otros (Gil-Monte y Peiró 1997)

Las estrategias de intervención organizacionales pueden producir una disminución o eliminación de estresores del entorno laboral en lo que corresponde a la adecuación de las condiciones ambientales, flexibilidad en los horarios, elección de turnos de trabajo, seguridad laboral, mejoramiento del puesto de trabajo, autonomía del trabajador, la participación de los trabajadores en la gestión de la organización, intervención en los planes de carrera, etc. (José M. Párraga S. 2005, citando a Peiró y Salvador 1993, y Capilla 2000) Se anota además, que no hay estrategias simples capaces de prevenir o tratar al síndrome de burnout.

Gil-Monte, Pedro R., (2005) refiriéndose a las intervenciones desde el nivel organizacional, registra que en lo individual es poco lo que puede hacerse para mitigar los efectos del síndrome. En cambio desde el nivel organizacional los procedimientos para la prevención del burnout (SQT), pueden ser: el rediseño de tareas, participación y claridad en la toma de decisiones, mejoramiento en la supervisión y comunicación organizacional, mejoramiento de las condiciones de trabajo, sistema de recompensas y promociones imparciales, autonomía, flexibilidad laboral, reuniones multidisciplinarias entre otras.

Por su parte Paredes G., Olga L., (2009) inscribe que se han propuesto un gran número de intervenciones para que se logre prevenir las consecuencias del síndrome. Por ejemplo en los médicos (concretamente con los Internos Rotativos Médicos, IRM), son importantes los programas que identifiquen la discordancia con la fatiga y la deprivación del sueño por efecto de las prolongadas horas de trabajo, los cambios de horario por los turnos rotativos y el tiempo necesario para la formación académica. Se suma a esto la situación social y económica de los residentes y los riesgos laborales.

No obstante las obligaciones que deberían asumir las organizaciones laborales respecto de la prevención y tratamiento del síndrome de burnout, Gil-Monte, Pedro R (2005) asegura que, "Las intervenciones sobre el SQT desde el nivel organizacional son escasas debido a que la principal vía de intervención se ha centrado sobre el individuo". Lo que resulta un tanto extraño ya que muchos estudios han concluido que los factores organizacionales son más relevantes que los individuales en el SQT (Síndrome de estar Quemado por el Trabajo)

En una divulgación realizada para mitigar el burnout (Gil-Monte y Peiró, 1997, citado en Gil-Monte, Pedro R., 2005), han propuesto algunos métodos como: 1. Los programas de socialización anticipatoria, con el fin de prevenir el choque de los profesionales entre la realidad laboral y sus expectativas idealizadas de su profesión; 2. Programas de retroinformación con información proveniente desde los clientes de la organización, de los compañeros y de los supervisores; 3. El desarrollo organizacional (DO) a largo plazo, haciendo hincapié en la cultura organizacional y en los procesos sociales y humanos de la organización. El principal énfasis del DO debe situarse en los equipos formales de trabajo, e introduciendo un cambio en los procesos organizacionales para mejorar la salud, la eficacia y la buena marcha social de la organización.

3.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.2.1. BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES.

3.2.1.1. VARIABLES DE RIESGO Y PROTECTORAS:

El burnout con relación a las variables laborales según la Organización Mundial de la Salud (OMS), puede comprender toda una serie de factores causantes del estrés:

- Un mal diseño en las tareas que debe ejecutar el trabajador puede implicar: una mayor carga de trabajo, pocas pausas o ninguna, largas y extenuantes jornadas, trabajar por turnos, tareas agitadas y rutinarias y de poco contenido, subempleo de los trabajadores (la tercerización) y escasa sensación de control del trabajo.
- Estilo de gestión poco transparente con poca o ninguna participación de los trabajadores en la toma de decisiones.
- Inseguridad laboral y carrera sin perspectivas de progreso o ascenso, falta de reconocimiento por la labor cumplida y la imposición de cambios súbitos sin previa preparación y socialización con los trabajadores.
- Relaciones interpersonales forzadas, inequidad de los superiores, relaciones poco cooperativas, falta de apoyo social, excesivas críticas.
- Tareas contradictorias o imprecisas: demasiada responsabilidad, viajes constantes, demasiados encargos a la vez.
- Entorno de trabajo peligroso o desagradable: hacinamiento, ruido excesivo, contaminación del aire, puestos de trabajo ergonómicamente deficientes.
- Variables organizacionales y situación de la empresa: políticas de incentivos y promociones, rigidez y falta de flexibilidad, supervisión estricta, etc.

Mingote Adán, José Carlos (2007) escribe que el ámbito laboral determina la exposición del empleado a ciertos estresores que, según como sean vividos, afrontados y resueltos, determinan la respuesta individual del estrés, bien sea de manera adaptativa (aprendizaje y satisfacción), o desadaptativa (desgaste e insatisfacción). Así mismo se señala que el estrés laboral resulta del desequilibrio mantenido entre las demandas que el ejercicio profesional exige y las capacidades de afrontamiento del trabajador. Más importante que los agentes ocupacionales estresantes, son los recursos que se destinan a un afrontamiento eficaz del estrés en los niveles individuales e institucionales.

Gil-Monte, Pedro R. (2005) expresa que, con frecuencia en las organizaciones se elabora una especie de contrato psicológico con el cliente para regular el equilibrio de poder y asegurar que los profesionales no abusarán de su poder. También puede ocurrir la confianza ciega. A veces la ausencia de poder lleva al cliente a confiar ciegamente en el profesional. Con frecuencia los trabajadores del sector de servicios enfrentan problemas que no pueden resolver (por ejemplo, algunas enfermedades, procesos legales, etc.) Pero cuando no están bien definidos los límites de las relaciones y otros procesos en la interacción social, se sienten responsables de su resolución.

Según Wilfredo A. Martínez J. y cols., (2010), el desgaste profesional es un proceso de desarrollo gradual que comienza con niveles excesivos y prolongados de estrés laboral generando sobrecarga en el trabajador. El síndrome tiene su origen en el entorno de trabajo y no en el trabajador. El proceso culmina cuando los trabajadores, como mecanismo de defensa, absorben su estrés desconectándose psicológicamente del trabajo y volviéndose apáticos, escépticos e intransigentes. Todo esto está directamente relacionado con los factores psicosociales presentes en el entorno laboral respecto a la organización del trabajo, el contenido del puesto y la realización de tareas.

Gálvez Herrer, Macarena (2010) afirma que en países como España, la incorporación de la mujer al ámbito de trabajo se relaciona con el desarrollo actual de la profesión médica, debido al mayor acceso de las mujeres a la educación y a la igualdad de los sexos en los espacios sociales y legales. Aseguran que la feminización de la profesión médica va en una evolución creciente de manera que en edades más jóvenes (entre menores de 30 hasta 35 años), superan ampliamente al número de hombres. Agregan que las mujeres se centran en determinadas especialidades relacionadas

especialmente con laboratorios, Rehabilitación y Pediatría. Las preferencias de los pacientes también reflejan estereotipos de género, deseando mayormente ser atendidos por mujeres para problemas preventivos, psicosociales, de salud mental y de medicina general. Para problemas sexuales y de aparato excretor, los pacientes escogen si es posible, médicos de su mismo género. De esta suerte el desgaste profesional médico se va haciendo cada vez evidente en las mujeres, aún más si tomamos en cuenta que ellas se ocupan de la educación y cuidado de los hijos y otros menesteres del hogar entre otras cosas.

Desde la visión de José María García G., (2007) refiriéndose a la función moduladora del género en el desarrollo del Síndrome de Quemarse por el Trabajo (mencionando a Gil-Monte 2002), afirma que existe un determinado patrón de relaciones significativas entre los antecedentes de este y sus síntomas así como también las relaciones entre estos y sus consecuencias. Sostiene además que factores sociodemográficos como el estado civil y la paternidad pueden tener cierta correlación con el síndrome. Al mismo tiempo los profesionales que poseen una titulación superior serían más susceptibles de considerable estrés, ya sea por la adquisición de mayores responsabilidades o por su formulación de expectativas laborales más altas que no son satisfechas. Empero (al referirse a Hernández 2004), alude que la edad también se configura como una variable que muestra una relación contradictoria con el síndrome encontrándose que los jóvenes exteriorizan niveles más altos de realización personal, pero también más agotamiento y despersonalización.

En el informe sobre la salud en el mundo elaborado por la O.M.S. en el año 2000 se señala que, los recursos humanos de un sistema de salud son vitales para la buena calidad y buen funcionamiento de estos, según este organismo mundial, “los trabajadores son el recurso más importante (...) las actitudes que desarrollan los profesionales hacia los usuarios y los servicios que ofrecen están asociados a los riesgos laborales de origen psicosocial debido a su continua interacción con personas”. Se destaca que dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) ocupan un lugar destacado, pues son una de las causas principales del deterioro de las condiciones de trabajo y fuente de accidentabilidad y absentismo.

En un artículo publicado en el año 2009 en la Rev. Esp. Salud Pública por los autores Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga, anotan que existen importantes diferencias en la Prevalencia de burnout y en las puntuaciones de las tres dimensiones del MBI según el país de residencia. Por ejemplo Argentina y España expresan mayores niveles de burnout que el resto de países de habla hispana, debido posiblemente a diferencias en la situación económica y la sensibilización de los derechos laborales. Acotan también en relación con los usuarios que, los miembros de las sociedades con menor bienestar y protección social suelen tener menos expectativas y ser menos demandantes.

Bernardo Moreno-Jiménez, José Luis González y Eva Garrosa (2001), (Citando a Freudenberg 1974), expresan que los profesionales de los servicios de salud al cabo de un período de entre uno y tres años, pueden encontrarse desmotivados y faltos de interés por el trabajo debido a carecer de un horario fijo, exceso de horas de trabajo, una paga escasa, un contexto social muy exigente y una falta de preparación profesional. Así mismo afirman que las tareas que combinan una alta demanda y una baja latitud de decisión se asociaban más claramente a los procesos de burnout. Además en los casos donde existe una cultura corporativa (definida como “el conjunto de significados compartidos”), supone en principio menor nivel de desgaste profesional, mayor nivel de satisfacción e implicación laboral pero con ciertas contrapartidas como, la obligación de “estirarse continuamente” para dar el máximo, se transforma en una sobrecarga psicológica en cuyo caso termina convirtiéndose en una fuente de burnout.

En un estudio efectuado por Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos, (2004), se deduce que las variables consideradas en los estudios sobre el burnout son el sexo, la edad, el estado civil, la antigüedad en el trabajo, las características de personalidad y las psicopatologías, y las estrategias de afrontamiento. Respecto al sexo, mientras en unos estudios las mujeres son las más afectadas (es citada Atance, 1997, [coinciden en esta apreciación Marisa Salanova y Susana Llorens, 2008; Enrique Castañeda Aguilera y Javier E. García de Alba 2010.]), en otros estudios los hombres puntúan más alto como quemados por su labor (son citados, Lozano y Montalbán, 1999; Muñoz et al., 2001b). En cambio (al citar a Parkes, 1998) se afirma que la variable sexo respecto del estrés laboral, puede actuar como una variable moderadora más que mostrar un efecto global constante. [En este mismo sentido Armand Grau y col. 2009, Formulan que se han publicado

estudios contradictorios respecto a la influencia de variables como el sexo y la edad en la incidencia del burnout]. Con respecto a la edad, se señala mayor grado de burnout entre los 40 y 45 años (se cita a Muñoz et al., 2001b). Concluyen que a mayor edad disminuye la tensión laboral pero aumenta el cansancio emocional [Evelin Noelia Sosa (2007), dice con respecto a la edad que, a mayor edad disminuye la tensión laboral, pero al contrario de lo que se expresa en la Revista Electrónica Motivación y Emoción R.E.M.E. (2011), donde se afirma que existen mayores tasas de burnout a mayor edad, más años de trabajo, más sobrecarga laboral más responsabilidad y en el género femenino]. En lo referente al estado civil, no hay datos homogéneos aunque algunos (citado Atance 1997), señalan que el grupo de divorciados o separados muestra baja realización personal. En relación con la antigüedad en el puesto, esta variable influye en el grado de quemazón, situándose entre los 5 y 10 años de servicio que es cuando el problema aparece con mayor frecuencia.

3.2.1.2. *MOTIVACIÓN Y SATISFACCIÓN LABORAL*

En el trabajo de Consuelo Morán Astorga (2008) se señala que, la satisfacción en el trabajo es un tema que se torna cada vez más relevante en las distintas jerarquías de las organizaciones abarcando desde el diseño de los puestos hasta la supervisión. El trabajador satisfecho en su puesto advierte sentimientos de bienestar, placer o felicidad. Ocurre lo contrario cuando el trabajador se encuentra insatisfecho con su puesto. Esto indica que la variable “satisfacción en el trabajo” puede ser positiva o negativa.

El bienestar en el trabajo visto por Paul M. Muchinsky (2005), citando a Warr (1987) identifica nueve determinantes como la base del bienestar psicológico:

- ***Oportunidad para el control.*** Libertad que otorga el ambiente a una persona para el control de acontecimientos y actividades.
- ***Oportunidad para el uso de habilidades:*** lo que el ambiente fomenta o reprime en cuanto al uso y desarrollo de habilidades.
- ***Metas generadas externamente:*** desafíos generados por el ambiente.

- **Variedad ambiental:** novedades que rompan con las situaciones rutinarias.
- **Claridad ambiental:** el feedback que recibe un empleado y la claridad de los requisitos de rol.
- **Disponibilidad de dinero:** la situación económica es de alguna manera un “termómetro” del bienestar psicológico de un trabajador.
- **Seguridad física:** un ambiente de vida físicamente seguro.
- **Oportunidad para el contacto interpersonal:** satisfacer las necesidades de amistad y reducir los sentimientos de soledad.
- **Posición social valorada:** posición dentro de la estructura social que recibe cierta estima de los demás.

En lo concerniente a la motivación laboral, Ruth Patricia Maldonado Rivera (2010), dice que “la motivación está constituida por todos los factores capaces de provocar, mantener y dirigir la conducta hacia un objetivo”. También se considera un impulso conducente a realizar una tarea elegida en determinada situación. La motivación es pues, el resultado de la interacción del individuo con la situación, a la vez que es objetivo, también es acción y está relacionada con el impulso (el impulso más fuerte es la supervivencia). Para comprender el “Talento Humano” en el ámbito laboral, es necesario comprender el origen de la conducta humana y en este ámbito vale recalcar que el comportamiento es causado, motivado y orientado hacia objetivos, mediante el manejo de la motivación, el administrador puede operar estos elementos para el mejor funcionamiento y los miembros se sientan más satisfechos. Siendo la motivación una característica de la psicología humana, contribuye de manera determinante en el grado de compromiso de una persona, así se puede afirmar que: un trabajador motivado será un trabajador en estado de tensión; para aliviar la tensión el trabajador desarrolla un esfuerzo que se traduce en un comportamiento; a mayor motivación, mayor tensión lo que implica mayor esfuerzo; si ese esfuerzo lleva a la satisfacción de la necesidad, se reducirá la tensión. [De lo contrario, como ya hemos expuesto en páginas anteriores, puede presentarse el síndrome de burnout].

Además de lo expresado, es necesario anotar que considerando la individualidad de las personas, cada uno valora y conceptualiza a su manera el medio en el que se desenvuelve, de esta manera actúa según sus intereses. Por esta razón, en toda investigación relacionada con la motivación laboral, no se deberían emplear de manera general los conceptos teóricos, sino aplicarlos según el contexto socio-cultural al que pertenecen los individuos a los que se les aplica el proceso motivacional.

En relación con la motivación en el trabajo, Paul M. Muchinsky (2005) haciendo mención a Pinder, (1998) manifiesta que, “La **motivación en el trabajo** es un conjunto de fuerzas energéticas que se originan dentro y más allá del individuo para iniciar la conducta relacionada con el trabajo y para determinar su forma, dirección intensidad y duración”. Muchinsky expresa la necesidad de identificar cinco conceptos fundamentales como son: 1. *Conducta*. La acción de la que se infiere en la motivación; 2. *Desempeño*. Implica cierta evaluación de la conducta; 3. *Capacidad*. Inteligencia, capacidad física; 4. *Limitaciones situacionales*. Factores o circunstancias que facilitan o retrasan el comportamiento; 5. *Motivación*. Lo que se hará. (Los tres numerales últimos son determinantes de la conducta).

Concerniente a la motivación, John W. Newstrom, (2007) escribe que, “la **motivación del trabajo** es el conjunto de fuerzas internas y externas que hacen que un empleado elija un curso de acción y se conduzca de ciertas maneras”. Estas conductas serán dirigidas a una meta organizacional para lo cual se combinan tres fuerzas psicológicas: Dirección y enfoque de la conducta; Nivel de esfuerzo aportado; y Persistencia de la conducta. En cuanto a la **satisfacción en el trabajo**, dice que es “un conjunto de emociones y sentimientos favorables o desfavorables que tiene el empleado hacia la actividad laboral”, es una actitud afectiva, una sensación de gusto o disgusto.

3.2.1.3. INVESTIGACIONES REALIZADAS

Para la elaboración de este documento, se ha implementado un cuestionario **Sociodemográfico y laboral**. Es un cuestionario ad hoc, que tiene la finalidad de recolectar datos personales y laborales adecuados para el estudio del burnout en profesionales médicos y de enfermería.

Lo que podemos decir en cuanto al trabajo realizado en la presente investigación con la encuesta aplicada a 15 médicos y 15 enfermeras respecto del burnout y las variables sociodemográficas y laborales es que: de los profesionales médicos encuestados, el 67% del género femenino frente al 33% del género masculino, no presentaron burnout, en tanto que de los profesionales que presentaron el síndrome, 33% correspondieron al género femenino frente al 67% del género masculino; Todos se presentaron como trabajadores del área urbana, el 92% como mestizo y apenas un 8% indígena, pero aquellos que presentaron el síndrome, todos se identificaron como mestizos; Los solteros y en unión libre superaron ampliamente el 67% frente al 33% que sumaron casados y viudos en los doctores sin burnout. En cambio los que lo padecen, es decir el 67% son solteros y el 33% viudos; De los que no padecen el síndrome, el 83% vive con otras personas y apenas un 17% vive solo; de los que si lo padecen todos viven con otras personas; En lo económico, el 50% considera que es poco el dinero que se le paga por su trabajo; En cuanto a la valoración por los pacientes, el 58% de los médicos encuestados se considera bastante valorado y el restante 42% se sienten totalmente valorados (estos mismos porcentajes se repitieron en cuanto a la satisfacción del médico por el trabajo que realiza), y algo semejante pero en menor proporción existe la ponderación respecto de la valoración al médico por parte de los familiares de los pacientes, esto, respecto a los galenos que no presentan burnout. En cuanto a aquellos que si lo presentan, el 67% se considera bastante valorado frente al 33% que dice sentirse poco valorado; En lo referente a la satisfacción por el apoyo por parte de los directivos en los doctores sin burnout, el 50% juzgaron como poco dicho auxilio, apenas un 25% lo conceptuaron como bastante, en tanto que el 17% lo acreditaron de totalmente, frente a un 8% que se declararon nada satisfechos, en cambio aquellos que presentaron el síndrome dijeron un 67% sentirse poco valorados por los directivos frente a un 33% que asignaron tener bastante apoyo. Los tipos de pacientes que fueron atendidos por los doctores encuestados fueron: Oncológicos, psiquiátricos, Renales, Quirúrgicos, Cardíacos, Neurológicos, Diabéticos, Emergencias, Intensivos, entre otros.

En cuanto a las enfermeras: el cien por cien fue del sexo femenino y de la etnia mestiza y ninguna presentó el síndrome de burnout, el 67% trabaja en el área urbana y el restante 33% en el área rural; El 27% están solteras, 40% casadas, divorciadas o separadas el 13% al igual que las de unión libre; Todas dijeron vivir con otras personas; El 53% expresaron sentirse bastante valoradas por sus pacientes, en tanto que el 27%

manifestaron que totalmente frente a un 20% que señalaron poca valoración; En tanto que el sentimiento de valoración por parte de los familiares de los pacientes arrojó 73% como bastante valoradas y un 27% poco; La valoración percibida desde los directivos de la institución produjo un 67% como bastante valoradas, 20% totalmente y un 13% poco valoradas. Los tipos de pacientes atendidos fueron básicamente los mismos que atendieron los médicos. (Mayores detalles en: Resultados del Capítulo 5).

3.2.2. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD.

3.2.2.1. DEFINICIONES DE SALUD:

El concepto de salud según la OMS es definido como el estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades [Esta propuesta de es similar a la planteada en la medicina asiática de hace más de 4.500 años que conceptuaba a la salud como el correcto estado de equilibrio energético, equilibrio consigo mismo y equilibrio con el medio que nos rodea]. También puede definirse a la salud como el nivel de eficacia funcional y/o metabólica de un organismo tanto a nivel micro (celular) como en el macro (social).

En el área de la medicina (de la cultura occidental), la salud se define como la capacidad de un organismo de responder eficientemente a los desafíos y con la debida eficacia para restaurar y sostener un estado de balance conocido como **homeostasis**.

El Dr. Orlando Barrionuevo, en el Simposio Virtual del dolor organizado por la OMS respecto del burnout expresó: “Los datos epidemiológicos de la OMS indicaron que 1.500 millones de personas pueden estar padeciendo un desorden mental o disminuyendo sus recursos psíquicos (como el caso del burnout) en estos momentos...”

Según los autores: Hadad, María Ivón y Ulrich, Guillermina María. Institución U.B.A., la Salud Mental no solamente implica la lógica del bien, objetivos a alcanzar y logros para el sujeto, sino también la adaptación a una realidad “normal” o aceptada por la sociedad. El DSM-IV propone un sinnúmero de trastornos y clasificaciones que se erigen sobre la base de una idea de normalidad.

La OMS en el año de 1951 elaboró una definición de salud mental donde se plantea que: “La salud mental implica la capacidad de un individuo para establecer relaciones armoniosas con otros y para participar en modificaciones de su ambiente físico y social o de contribuir en ella de modo constructivo.

El investigador A. Antonovsky (1979), nos entrega una forma distinta de ver la salud desde el punto de vista de la Personalidad Resistente que, en su concepción incide y detecta aspectos relevantes del proceso salud-enfermedad, principalmente de tipo cognitivo y motivacional. El “*Sentido de la Coherencia*” significa un conjunto de competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada, un componente particular individual que facilitaría el uso de “Recursos de Resistencia Generalizados”, es decir, apoyo social, formación, recursos económicos, instituciones, familia, creencias, etc., todo aquello que conduzca al desarrollo de planes de acción adaptativos y positivos. Según lo propuesto por este autor, en ello radica este concepto de salud, que es elaborado como un continuo entre la enfermedad y la salud de forma que resulta inadmisibles hablar en términos absolutos de un estado de salud o de enfermedad (Enfermedad y salud serían dos conceptos relativos al lenguaje y el pensamiento). Desde esta perspectiva lo importante no es tanto conocer lo que lleva al sujeto a la enfermedad sino lo que conduce a la salud. Así es que, las conductas de salud y enfermedad, no son simplemente opuestas, son diferentes. Lo específico del modelo sería el énfasis en los aspectos activos de la conducta conducentes a la salud.

3.2.2.2. *SÍNTOMAS SOMÁTICOS*

Como ya se aludió en la parte conceptual referente a los componentes del síndrome de burnout, uno de ellos es el cansancio o agotamiento emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, la fatiga, faltan ganas de ir al trabajo, malestares inespecíficos, contracturas, cefaleas, cansancio. La persona afirma que no se siente bien, disminución evidente en la capacidad y rendimiento laboral. Aparecen enfermedades psicosomáticas (alergias, traumatismos, hipertensión, gastritis, etc.) Estos son algunos de los síntomas somáticos que presentan las personas afectadas.

Mercedes Alejandra Stortti y cols. (2006), explican que el burnout es un proceso insidioso, larvado, que emerge de manera paulatina, con un aumento progresivo de la severidad y analizando el signo sintomatología se distinguen:

- **Signos y síntomas físicos:** cefaleas sensoriales, fatiga, agotamiento, insomnio, trastornos gastrointestinales, dolores generalizados, malestares indefinidos.
- **Signos y síntomas psíquicos:** falta de entusiasmo e interés, dificultad para concentrarse, permanente estado de alerta, irritabilidad, impaciencia, depresión, desesperanza, etc.
- **Síntomas laborales.**

En la exposición de José María García G. (2007), expresa que los síntomas psicósomáticos del síndrome (Cita a Baena 2006), son numerosos con un posible solapamiento de enfermedades y dolencias por lo que se hace imprescindible el estudio del contexto en el que surge la patología y su proceso de desarrollo y, por último como cada persona puede manifestar presentaciones sintomáticas según su estructura corporal o psicológica. Así pues, entre las revelaciones psicósomáticas tendríamos: Fatiga crónica; Trastornos del sueño (insomnio, interrupciones del ciclo, cambio en los hábitos); Alteraciones de peso; Úlceras y desórdenes gástricos; Tensión y dolores musculares y osteoarticulares; Problemas de memoria; Hipertensión arterial; Dolores de cabeza; Alteraciones cardiorrespiratorias; Tendencia a sufrir accidentes; Bajada de defensas (mayor tendencia a enfermar); Mareos, vértigos; Problemas con la voz (tensión en la garganta, cuerdas vocales, afonía, pérdida ocasional de la voz)

Una contribución interesante realiza Julián Manuel Fernández Domínguez (2010), al referirse a los síntomas somáticos vinculados al estrés al decir que, “Todas las situaciones de estrés prolongado (caso del burnout), producen un aumento general de la activación del organismo...”, apareciendo síntomas psicósomáticos como dolores de cabeza, dolores musculares en la espalda o cuello, alergias, hipertensión, crisis asmáticas, alteraciones menstruales o gastrointestinales (Citando a Pascual Gómez, 2001; y Labrador, 1998), destaca tres ejes de actuación en el ámbito fisiológico:

- **Eje neural:** se activa de manera inmediata a través del Sistema Nervioso Autónomo (SNA) aumentando la respiración, el ritmo cardíaco, la presión arterial, la liberación de la glucosa, entre otros efectos. Además del Sistema Nervioso Somático (SNS), encargado de regular el nivel de tensión de los músculos estriados y ejecutar los movimientos del organismo.
- **Eje neuroendocrino.** Es más lento y necesita condiciones de estrés persistidas (crónicas como en el burnout). Activa las glándulas suprarrenales que secretan adrenalina y noradrenalina produciendo efectos como aumento de la presión arterial y del ritmo cardíaco, incremento de los ácidos grasos, triglicéridos y colesterol en la sangre, disminución del riego sanguíneo a los riñones y al sistema gastrointestinal, riesgo de hipertensión, formación de trombos, angina de pecho en personas propensas, problemas de arritmias cardíacas y de muerte súbita por arritmia letal o isquemia miocárdica.
- **Eje endocrino** que se divide en cuatro partes: a) eje adrenal hipofisario que libera cortisol y corticosterona (retiene la sal y retiene líquido); b) la hormona adrenocorticotrópica (ACTH libera endorfinas para tolerar el dolor producto del estrés; d) incremento de secreción de las hormonas tiroideas (aumenta el metabolismo y el desgaste general).

3.2.2.3. *DISFUNCIÓN SOCIAL EN LA ACTIVIDAD DIARIA*

En varios segmentos ya mencionados precedentemente, se ha indicado que entre los componentes del burnout se encuentra el abandono de la realización personal, que en lo básico se refiere a, cuando el trabajo pierde el valor que tenía para el sujeto, esto implica la pérdida de las expectativas laborales iniciales.

Varias actitudes forman parte de la disfunción social en la actividad diaria, las mismas que se expresa en múltiples formas como: un surgimiento de actitudes y conductas defensivas hacia las tensiones, apareciendo emocionalmente distanciado, con deseos o fantasías de cambio de trabajo, elevado absentismo, actitudes cínicas y despreciativas con los usuarios. Suele culpar a los demás como responsables y causantes de sus problemas. (Wilfredo A. Martínez y cols (2010), citando a Cherniss (1980)).

Por su parte Wilfredo A. Martínez y cols. (2010) complementan lo anterior diciendo que, aumenta la intensidad de las molestias por el trabajo y las relaciones laborales. Puede generarse sensación de persecución y aparece una disminución en la capacidad y rendimiento laboral. La agresión y la hostilidad van ganando terreno. Se produce una incapacidad para relajarse, aparecen tendencias a jugar con los límites adoptando conductas de riesgo como el exceso de velocidad al conducir un auto, agresividad, provocación, reacciones violentas, etc.

José María García G. (2010) comenta que las disfunciones sociales de las personas afectadas con burnout pueden anotarse las siguientes; Absentismo laboral y/o impuntualidad; Adicciones (tabaco, café alcohol, drogas, estimulantes, fármacos, comida); Comportamientos paranoides hacia los usuarios, compañeros de trabajo, familiares, amigos, etc.); Bajo rendimiento personal; Comportamientos de alto riesgo, autodestructivos; Deficiente comunicación; Dificultad de tomar decisiones; Apatía, lasitud, desidia, pereza; Conductas violentas; Hiperactividad; Superficialidad en el contacto con los demás; Aislamiento; Aparición de conflictos interpersonales. [Muchos estudiosos del síndrome, comparten en gran medida las mismas opiniones respecto de las disfunciones sociales que produce el burnout].

3.2.2.4. *ANSIEDAD E INSOMNIO*

Investigaciones realizadas por Gálvez Herrer, Macarena, (2010) entre el estrés médico y tiempo de sueño, han encontrado que existe una relación inversa con esas variables, señalando el trabajo como causa principal de la privación, además la calidad del sueño parece tener una relación con los aspectos laborales, como la relación con compañeros y supervisores, también la retroalimentación recibida sobre el trabajo realizado a la larga provoca y/o intensifica el sentimiento de ansiedad entre enfermeras y médicos.

Un importante aporte de Julián Manuel Domínguez Fernández (2010) respecto de la ansiedad nos relata que, la ansiedad es una construcción natural que ayuda a la adaptación de los seres vivos a su entorno si esa adaptación no es una amenaza. Si la ansiedad se distorsiona de manera demandante y se relaciona con una situación de pánico no resuelto, tiene como consecuencia una somatización significativa.

Una importante apreciación del tema ansiedad tributa David H. Barlow y V. Mark Durand (2001). Según estos autores, la mayoría de personas siente algo de ansiedad todos los días, cuando siente cierto estado nervioso. “La **ansiedad** es un estado de ánimo caracterizado por un fuerte afecto negativo, síntomas corporales de tensión y aprensión respecto del futuro”. La ansiedad es muy difícil de estudiar ya que en las personas puede ser una manifestación subjetiva de inquietud, un conjunto de conductas (verse preocupado, inquieto y angustiado) o una respuesta fisiológica que se origina en el cerebro y se manifiesta con una frecuencia cardíaca elevada y tensión muscular. La ansiedad en cantidades moderadas es positiva para los humanos, ya que se da un mejor cometido cuando se acompaña un poco de ansiedad por que se produce un impulso mejorando el desempeño físico e intelectual (la capacidad humana de planear con cierto detalle el futuro se relaciona con esa sensación de que algo puede salir mal y hay que estar preparados). Pero con el exceso de ansiedad puede ocurrir que todo saldrá mal, pues, hay pocas sensaciones más perjudiciales que la ansiedad grave y fuera de control al punto que demasiadas cosas buenas pueden resultar dañinas. Lo que hace que la situación empeore, es que la ansiedad no desaparezca y se vuelva grave aun sabiendo que no hay nada por lo que sigamos ansiosos.

El aporte de Robert V. Kail y John Cavanaugh, (2006), dicen (citando a Fisher y Noll, 1996; Qualls, 1999), entre los **trastornos de ansiedad** cabe señalar los siguientes: sensaciones de ansiedad severa sin causa aparente, fobias relacionadas a determinadas cosa o lugares y trastornos obsesivos compulsivos. Los trastornos de ansiedad pueden tratarse con medicamentos y psicoterapia.

La ansiedad también se coliga con circuitos cerebrales concretos, el sistema AGAB (Ácido Gama Amino Butírico: un neurotransmisor que puede inhibir la capacidad de las neuronas para disparar potenciales de acción), y de benzodiazepina. También los sistemas noradrenérgico y serotoninérgico están asociados con el proceso de ansiedad. El área del cerebro más frecuentemente asociada con la ansiedad es el sistema límbico que actúa como mediador entre el tallo encefálico y la corteza cerebral. El Sistema de Inhibición Conductual (SIC) se activa mediante señales del tallo encefálico ante sucesos inesperados y el Sistema de Huida y Lucha (SHL) se origina en el tallo encefálico. (Gray 1982; Gray y McNauhton, 1996; Deakin y Graeff, 1991, expuestos por David H. Barlow y col. (2001))

3.2.2.5. TIPOS DE DEPRESIÓN

Antes de ver los tipos de depresión y sus características, veamos primero lo que se ha denominado como depresión. Robert V. Kail y John C. Cavanaugh (2006) dicen que hay dos escuelas principales que tratan de explicar las causas de la depresión. Citando a Whitbourne (2000), dicen: Una se centra en los procesos biológicos y psicológicos y en particular en los desequilibrios de ciertos neurotransmisores. En tanto que (citando a Gaylord y Zung, 1987; Beck, 1967), exponen que: La segunda escuela se centra en los factores psicosociales como la pérdida y los sistemas de creencias internas, es decir, la manera como se explica cada uno a si mismo como ocurren ciertas cosas. (Citando a Gatz, 2000), explican la perspectiva global donde se afirma que la depresión depende del equilibrio entre las tendencias biológicas, el estrés y los factores de protección.

Respecto de la **depresión**, David H. Barlow y col. (2001) nos dicen que “los sentimientos de depresión (y alegría) son universales, lo cual hace que sea muy difícil entender los trastornos del estado de ánimo”, que pueden incluir el suicidio como una opción mejor que vivir.

La depresión que se diagnostica con mayor continuidad y es la más grave se llama **episodio depresivo mayor**. Los criterios del DSM-IV señalan que se trata de un estado de ánimo en extremo deprimido que dura al menos dos semanas, que incluye síntomas cognoscitivos (indecisiones y sentimientos de ninguna valía) y funciones físicas perturbadas como patrones de sueño alterado, pérdida muy marcada de energía, cambios notorios del peso y del apetito, muestran una total pérdida del interés y de la capacidad de experimentar placer.

Una breve clasificación de David H. Barlow y col., (2001) es la siguiente: el **trastorno depresivo mayor de caso único**. Es poco frecuente que se dé un solo episodio depresivo aislado en la vida; el **trastorno depresivo mayor recurrente** se denomina así cuando se dan dos o más episodios depresivos mayores separados por al menos dos meses durante los cuales el individuo no se deprime; El **trastorno distímico** tiene casi los mismos síntomas del trastorno depresivo mayor que son más leves, menos numerosos pero duran más tiempo; Se llama **depresión doble** cuando el individuo sufre episodios

depresivos mayores y presenta el trastorno distímico el que por lo común se presenta primero.

El DSM-IV presenta y define los **trastornos bipolares** como la tendencia de los episodios maníacos a alternarse con episodios depresivos mayores. Una versión más leve pero más crónica del trastorno bipolar es el **trastorno ciclotímico** similar de muchas maneras al trastorno distímico.

Existe también el **trastorno afectivo estacional** que se dan durante ciertas estaciones como suele suceder con la depresión invernal.

Otra contribución a cerca de la depresión nos hace llegar Bernardo Moreno-Jiménez y cols. (2001). Cuando refiriéndose al burnout, dicen que la pérdida de las expectativas laborales con las que se inicia un profesional de la salud, marca de forma importante el proceso del síndrome que se caracteriza por ser una frustración cognitiva, una especie de **depresión cognitiva** al comprobar que los valores iniciales se muestran insolventes, incapaces de solucionar un problema laboral planteado.

3.2.2.6. *INVESTIGACIONES REALIZADAS*

Para la realización del presente trabajo se aplicó el CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28), a 30 profesionales del servicio de salud divididos en dos grupos de 15 médicos y 15 licenciadas en enfermería quienes arrojaron los siguientes resultados: de parte de los galenos, el 80% que no calificó como portador del síndrome, de ellos el 58% no presentaron ningún síntoma sicosomático, pero un 55% presentaron ansiedad; ninguno expuso disfunción social y apenas un 17% mostró signos de depresión. Frente a estos resultados, el 20% de doctores que mostraron padecer burnout, calificaron de la siguiente manera: Síntomas psicossomáticos, 67%; Ansiedad, el 100%; Disfunción social, 33%; y depresión, el 50%. Para el caso de las licenciadas de enfermería, sus resultados dieron los siguientes porcentajes: El cien por cien de ellas no presentó burnout; Apenas el 14% mostraron signos de depresión; Ninguna de ellas mostró disfunción social; un importante 64% mostró signos de ansiedad; y el 50% expusieron síntomas somáticos. (Los detalles se encuentran desarrollados en el Capítulo 5, Resultados).

3.2.3 EL BURNOUT Y EL AFRONTAMIENTO

3.2.3.1. DEFINICIÓN DE AFRONTAMIENTO

Lo propuesta de Francoise Contreras, Gustavo A. Esguerra, Juan Carlos Espinosa y Viviana Gómez, (2007) es que, el afrontamiento se ha definido como aquellas estrategias que los individuos utilizan para reducir al mínimo el impacto negativo que producen los estresores sobre el bienestar psicológico, e incluso pueden mediar entre las situaciones estresantes y la salud (son mencionados Fernández y Díaz, 2001; Pearlin y Schooler, 1978). El afrontamiento supone cualquier esfuerzo ya sea saludable o no, juicioso o no para evitar, eliminar o debilitar los estímulos estresantes o para tolerar sus efectos de la manera menos perjudicial (se mencionan, Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Silva-Canella, 1986). En todo caso, los esfuerzos de afrontamiento pueden ser saludables y constructivos, o pueden llegar a causar más problemas (aludido: Caballo, 1998),

La definición de Lazarus y Folkman (1986) en torno al afrontamiento dice que, se trata de “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo”. Manifiestan al mismo tiempo que existe una distinción entre regular la respuesta emocional producto del problema y el afrontamiento dirigido a alterar o manipular el problema.

Francoise Contreras y cols. (2007), señalan que el afrontamiento incluye todas las acciones dirigidas a tolerar, aminorar, aceptar o incluso ignorar aquellos eventos que no se pueden controlar (manifestando a Mok y Tam, 2001; Richardson y Poole, 2001)

Mingote Adán, José Carlos, (2007) nos recuerda que es necesario reconocer que no existen estrategias de afrontamiento eficaces ante cualquier problema, para toda persona y en toda situación, y salvo excepciones es adaptativo hacer frente a los problemas en lugar de esquivarlos. Cuando fracasa el intento adaptativo en el control del estímulo estresante se produce más fatiga con aumento en la ansiedad, depresión y hostilidad y peor rendimiento en ulteriores tareas por desmotivación, deterioro cognitivo y alteración conductual operativa.

3.2.3.2. *TEORÍAS DE AFRONTAMIENTO*

Se entiende por **flexibilidad adaptativa** la capacidad individual de adaptarse a las circunstancias cambiantes que afectan la vida laboral de una persona y considerar el cambio como una oportunidad de desarrollo y aprendizaje, anticipándose a las demandas para obtener un resultado adaptativo y funcional. Gálvez Herrer, Macarena (2010)

En cuanto a teorías del afrontamiento Martínez Pérez, Anabella (2010), admite que el concepto de afrontamiento se deriva por un lado, de la experimentación con animales (un constructo unidimensional basado en conductas de evitación y huida) y por otro, de la teoría psicoanalítica del ego, que define al afrontamiento como el “conjunto de actos y pensamientos flexibles y realistas que solucionan los problemas y por lo tanto reducen el estrés”. Este modelo está cerca de la psicología cognitiva que pone énfasis en la manipulación del entorno por parte del individuo.

Desde los **modelos cognitivos** afirman (Lazarus y Folkman, 1984), no son las situaciones en sí mismas las que provocan una reacción emocional, sino que lo que lo desencadena es la interpretación que cada persona hace de los estímulos que percibe, la aparición del estrés y otras reacciones emocionales están mediatizadas por el proceso de valoración cognitiva que realiza el individuo primero sobre las consecuencias (valoración primaria) y luego si la situación lo amerita, los recursos que dispone para evitar o reducir las consecuencias negativas (valoración secundaria). La valoración secundaria se refiere a la capacidad de afrontamiento (“Coping”), cuando el entorno se despliega amenazante.

3.2.3.3. *ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO*

Consuelo Morán Astorga (2010), enuncia que se denominan estrategias e afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar y si es posible anular los efectos de las situaciones amenazantes. Es necesario aclarar que algunos autores hablan de estilos, o recursos, además de estrategias de afrontamiento. (Se menciona a Sandin, 2003). Las formas de afrontamiento proporcionan pautas para indicar la adaptación al estrés. Las estrategias de afrontamiento son más específicas, se llevan a cabo acciones para modificar las condiciones del estresor. Los estilos de afrontamiento son acciones más generales, tendencias personales para llevar a cabo una estrategia de afrontamiento.

Los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores.

En el estudio sobre la escala de estilos de afrontamiento, M^a Dolores Díaz Martínez y cols. (2001), opina (citando a Holroyd y Lazarus, 1982; y Vogel, 1985), que las estrategias de afrontamiento antes que la naturaleza de los estresores pueden determinar si un individuo experimenta o no estrés. Las estrategias de afrontamiento (aludiendo a Girdano y Everly, 1986), pueden ser adaptativas o inadaptativas, las adaptativas reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo, las inadaptativas reducen el estrés a corto plazo pero erosionan la salud a largo plazo. (Nombrado a Fernández-Abascal, 1997), dicen que es preciso diferenciar entre etilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento.

“Los estilos se utilizan según el contexto y pueden ser muy cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes”. Cada quién en una situación emergente, utiliza los estilos de afrontamiento que domina, o por aprendizaje o, por hallazgo aleatorio.

Entre las primeras aportaciones que categorizaron el afrontamiento se propusieron dos dimensiones: El “Método utilizado” (el afrontamiento puede ser activo o de evitación); y la “Focalización de respuesta” que clasifica la respuesta en tres tipos: la evaluación de la situación; dirigido al problema; y dirigido a la emoción. (Se citan a: Moos y Billings, 1986; Moos, Cronkite, Billings y Finney, 1986) En cambio (al citar a Endler y Parker 1990), plantearon que existen preferencias al usar estrategias independientemente del tipo de estresor e identificaron tres dimensiones de afrontamiento: orientado a la tarea, orientado a la emoción; y orientado a la evitación.

Referente a recientes investigaciones, P. Andrés y cols. (2005) nos hablan del estudio del **engagement** como el polo opuesto al burnout, considerándolo el resultado a largo plazo de un estrés positivo. El engagement se ha definido como un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que representa vigor, dedicación y absorción. Es un estado, cognitivo-afectivo-persistente.

Consuelo Morán Astorga (2008) nos trae un interesante análisis de la medida de afrontamiento COPE (citando a Carver, 1997; Carver, Sheier y Weintraub, 1997), y los 14 modos de afrontamiento: **Afrontamiento activo**, hace referencia a los esfuerzos

agresivos del individuo; **Planificación**: el análisis del problema, planificar soluciones y llevar las acciones a la práctica; **Apoyo emocional**, implica apoyarse en amigos, familiares y allegados para alivianarse de la tensión; **Apoyo social**, es apoyarse en profesionales con soluciones técnicas; **Religión**, significa apoyarse en la fe y creencias espirituales; **Reinterpretación positiva**, dar un significado positivo al problema; **Aceptación de la responsabilidad**, abarcar la implicación propia con el problema; **Negación**, rechazar el problema; **Humor**, reírse del problema; **Autodistracción**, hacer otras cosas para no afrontar el problema; **Autoinculpación**, hacerse totalmente responsable del problema; **Desconexión conductual**, evitación y desconexión del problema; **Desahogo**, hablar de los sentimientos negativos; **Uso de sustancias**, consumir alcohol o drogas. De estos, los 7 primeros corresponden a una manera positiva de afrontar el problema.

Mingote, (1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple capaz de prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan modelos de intervención con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al espacio organizacional de la siguiente manera:

- **Estrategias orientadas a nivel individual:** se han dividido clásicamente en tres aspectos básicos: físicos, emocionales y conductuales. (Las técnicas de relajación, el biofeedback, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad, fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol, dirigidas a las consecuencias conductuales). Estas estrategias son poco efectivas en el lugar de trabajo donde la persona tiene escaso control sobre los estresores laborales.
- **Estrategias orientadas a nivel organizacional:** Incrementar la autonomía en el trabajo; Planificar un horario flexible por parte del trabajador; participación de los trabajadores en la toma de decisiones; Calidad en el ambiente físico de trabajo; Enriquecer los trabajos (autonomía, retroalimentación, identidad en la tarea, etc.); Limitar las horas de trabajo; y otros.

3.2.3.4. INVESTIGACIONES REALIZADAS

En la investigación que hemos realizado con 15 médicos de varias especialidades y 15 enfermeras utilizando el Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE, podemos constatar en términos generales que, la comparación entre los doctores que presentan el síndrome en comparación con aquellos que no lo presentan, las diferencias más notables se encuentran por ejemplo en las siguientes estrategias:

- **Negación:** donde prácticamente se muestra el doble de negación en los individuos con burnout, frente a aquellos que no lo presentan.
- **Uso de sustancias:** en esta estrategia también hay una diferencia de casi el doble en el uso de sustancias entre los que presentan el síndrome, ante aquellos que no.
- **Uso de apoyo emocional:** en esta estrategia por el contrario, quienes padecen el síndrome usan dos veces más apoyo emocional que sus inversos que no lo padecen.
- **Retirada de comportamiento:** en este caso existe una importante diferencia en quienes despliegan el síndrome, mostrando una retirada del comportamiento equivalente a casi un 50% mayor.
- **Humor:** se presenta un comportamiento similar al anterior.
- **Culpa a si mismo:** quienes se culpan a si mismo en un porcentaje aproximado del 40% más, son quienes presentan burnout.
- En el resto de estrategias, los porcentajes son bastante cercanos con diferencias poco o nada significativas entre los galenos con el síndrome en comparación con aquellos que no lo presentan.
- Respecto del mismo análisis en las enfermeras que realizaron el cuestionario, no se pudo constatar diferencias debido a que ninguna calificó poseer burnout.

3.2.4. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON EL APOYO SOCIAL

3.2.4.1. DEFINICIÓN DE APOYO SOCIAL

En una visión amplia sobre el concepto de apoyo social, Torres G., Francisco, Edith G. Pompa G., Cecilia Meza P., Leticia Ancer E., y Mónica T González R. (2010), afirman que (citando a Landero & González, 2006), el apoyo social es un amplio constructo que puede ser definido según el propósito de cada estudio en cuestión. Abarcando por ejemplo el número o densidad de la red de apoyo y la calidad de la misma, la percepción subjetiva de apoyo en un contexto social, al valor de la privacidad en la pareja y puede aludir así mismo a aspectos emocionales o instrumentales.

Sobre este mismo tema, Rafael Mella, Luis González, Jorge D' Appolonio, Ivonne Maldonado, Alfredo Fuenzalida, y Andrea Díaz, (2004), el concepto de apoyo social (citando a Caplan, 1975), que lo define como la presencia o ausencia relativa de recursos de apoyo psicológico proveniente de otras personas significativas, (en la cita a House, 1981) se plantea que el apoyo social es la disponibilidad de ayuda proveniente de otras personas y (citando a Thoits, 1982), como el grado en que las sociedades básicas se satisfacen a través de la integración con otros.

José Manuel Párraga Sánchez, (2005) formula la definición de apoyo social (citando a Cassel, 1976), adaptado a la teoría de salud pública, como medio de explicación en algunas enfermedades relacionadas con el estrés. Aseguró que el apoyo social podía actuar como elemento de protección contra el estrés. Cob, en el año de 1976, amplió este concepto al observar que la simple presencia de otra persona no supone un apoyo social, ya que se precisa un intercambio de información. Según Cob, el apoyo social incrementa la capacidad de afrontamiento y facilita la adaptación.

Gil-Monte, Pedro R. (2005), considera que el apoyo social ha sido definido como la información que permite a las personas creer que: a) otros se preocupan de ellos y les quieren; b) son estimados y valorados; c) pertenecen a una red de comunicación y obligaciones mutuas.

3.2.4.2. *MODELOS EXPLICATIVOS DE APOYO SOCIAL*

El **modelo de competencia social**, asegura la que competencia y la eficacia percibida son claves en el desarrollo del síndrome. Un elevado sentimiento de altruismo y otros factores de ayuda determinan en el individuo la consecución de sus objetivos laborales. Los factores barrera (ausencia de objetivos laborales realistas, disfunciones de rol, sobrecarga laboral, etc.) dificultan la consecución de objetivos y disminuyen los sentimientos de autoeficacia.

La **Teoría del intercambio social** propone que el síndrome de quemarse ocurre cuando un individuo percibe inequidad en el trato o recompensas hacia su persona, cuando se compara dentro de su medio luego del establecimiento de relaciones laborales y sociales. Los médicos y enfermeras establecen relaciones de ayuda, aprecio, gratitud y reconocimiento con sus pacientes, compañeros de trabajo y con la organización. Así mismo estos profesionales pueden rehuir el apoyo social por que puede suponer una amenaza a su autoestima (o su importancia personal). También contribuye al desarrollo del síndrome, los procesos de filiación social que originan situaciones de contagio (por aprendizaje vicario).

La **teoría organizacional** incluye como antecedentes del síndrome las disfunciones de rol, la falta de salud organizacional, la estructura y el clima organizacional. Los estresores del contexto de organización y las estrategias empleadas ante la experiencia de quemarse son claves para este modelo teórico.

La **teoría cognitiva del yo** se caracteriza por conceder a las variables del *self* un rol primordial, es decir al auto concepto, la autoconfianza y la autoeficacia, pues, las cogniciones de los individuos influyen en los que estos perciben y hacen, estas cogniciones sufren modificaciones según las acciones que realizan y después de observar lo que les sucede a los demás. Se suma a estas variables el nivel de seguridad de los sujetos. La competencia y la eficacia percibida son claves en este modelo.

El **modelo de exigencias-control-apoyo** propuesto por Karasek, explica que el exceso de exigencias psicológicas, el bajo control sobre el trabajo y el bajo apoyo de los compañeros y superiores, constituyen importantes estresores en tiempos actuales donde

se presentan nuevas exigencias que implican la implantación de una flexibilidad horaria con el fin de ampliar tanto los horarios de trabajo, como su adaptación a los nuevos modelos sociales. En tanto que Siegrist, propone el *modelo esfuerzo-recompensa* asumiendo que el esfuerzo en el trabajo es parte de un contrato basado en la reciprocidad social donde las recompensas se proporcionan en términos de reconocimiento, salario y oportunidades en la carrera profesional. Se asume que los contratos de trabajo muchas veces no equilibran un intercambio equivalente entre el esfuerzo y las recompensas.

En el comportamiento humano en el trabajo según John W. Newstrom, (2007), explica que después de varios estudios concluyeron que una organización es un **sistema social** y que el trabajador es el elemento más importante. Desde esta perspectiva, el modelo de apoyo social depende del liderazgo en lugar del poder del dinero, ya que, mediante el liderazgo la administración aporta un ambiente de ayuda a los empleados para crecer y lograr las cosas de las que son capaces.

3.2.4.3. APOYO SOCIAL PERCIBIDO

Torres G. y cols. (2010) consideran que el apoyo social percibido, se define como la apreciación que un individuo realiza sobre su red social, configurada por los lazos interpersonales entre el individuo y la familia, amigos, compañeros de trabajo y otros individuos siempre y cuando provean algún tipo de soporte (se citan a Landero y González, 2006; Gracia, 1997; Pernice-Duca, 2010; Milardo, 1998). Las relaciones familiares y de amistad positivas, facilitan el soporte para una relación y promoción de perspectivas saludables y prevención de enfermedades.

De acuerdo a Gil-Monte, Pedro R. (2005), La **falta de apoyo social percibido** en el entorno de trabajo presenta efectos directos (fuentes de estrés), e indirectos (otros tipos de estresores), sobre el SQT o burnout y efectos moduladores (situaciones que pueden alterar la influencia que las fuentes de estrés tiene sobre el SQT), entre el estrés y sus consecuencias. Desde la teoría general de los modelos de estrés laboral y salud, los efectos directos del apoyo social sobre los niveles de agotamiento emocional estarían explicados por la falta de apoyo social en el trabajo.

Julián Manuel Fernández Domínguez, (2010), opina que el apoyo social es una variable amortiguadora del burnout (nombrando a González Gutiérrez, 2007), subraya que el apoyo social interactúa con factores en la prevención del estrés y la enfermedad entre los que se destacan:

- El **apoyo emocional**: Sentirse querido y protegido
- El **apoyo de estima**: Sentirse aceptado y valorado
- El **apoyo tangible**: Soporte físico o económico
- El **apoyo informacional**: Consejos o instrucciones para resolver un problema
- **Apoyo en la red social o integración social**: Sentirse parte de un grupo allegado.

Es importante la creación de grupos de apoyo para ayudarse emocionalmente, intercambiar información, y solucionar conflictos relacionados con el trabajo. Son grupos más o menos estructurados que se plantean funciones de: reconocimiento (para poder compartir ideas, los problemas y los sentimientos propios); Confort (comprensión y apoyo durante el estrés); y ayuda (sugerencia de soluciones prácticas e información)

Los autores P. Andrés y cols. (2005) arguyen que es importante considerar el apoyo social formal e informal, pues los contactos de carácter informal previenen el desarrollo de burnout, los formales pueden llegar a incrementarlo. A largo plazo, el apoyo social puede crear dependencia de los demás baja autoestima y sentimientos de inferioridad.

Es importante dentro del apoyo social percibido, observar cómo se interrelacionan los factores sociales y los factores biográficos ligados al sistema de creencias de cada persona para conjuntar el mensaje de: **“no estamos solos, nos suelen pasar las mismas cosas, podemos ayudarnos intercambiando conocimientos y experiencias, tenemos similares emociones”**.

Es significativo subrayar como la sociedad exige a médicos y enfermeras una relación personal, respuestas continuas y asumen que pueden darlas cuando muchas veces es imposible y no hay otra disyuntiva que la muerte. Se atiende una población que se cree con derecho cada vez más a exigir lo que le prometen a escala institucional aunque por otro lado el gasto sanitario es restringido. Sin embargo la relación con los pacientes puede ser uno de los aspectos más gratos de la profesión si bien, “tratar pacientes es más difícil que tratar enfermedades”, lo que crea una sobrecarga emocional con el consiguiente riesgo de agotamiento. La masificación de los sistemas de salud con la respectiva demanda, puede provocar a la vez un efecto perverso del sistema y por otro lado ser eficaz y equitativo, que el médico sufre cada día de consulta.

El clima socio laboral parece altamente vinculado al concepto de apoyo social, Bernardo Moreno-Jiménez y cols. (2001) nos dicen (citando a Berkman, 1985) que, mientras mayor es el nivel de interacción de un sujeto con amigos, con familia, maritalmente, perteneciendo a grupos sociales y religiosos, menor sería el nivel de mortalidad.

3.2.4.4. *APOYO SOCIAL ESTRUCTURAL*

Para Pedro R. Gil-Monte, (2001) los sistemas de apoyo social están íntimamente relacionados con el tipo de estructura organizacional. En una burocracia mecánica, la jerarquía y la autoridad son muy trascendentales y practican una comunicación vertical, el apoyo social es en mayor medida de tipo instrumental. En las burocracias profesionalizadas el trabajo en equipo es importante y la mayor parte del flujo de comunicaciones es horizontal, el apoyo social es en mayor medida de tipo emocional e informal. Dado que a través del apoyo social se influye varias funciones de una estructura organizacional, esta es una variable central de cara a la intervención del síndrome del burnout.

En general, Martínez Pérez, Anabella, (2010), considera que las variables sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o ser fuentes potenciales de estrés. (Citando a Manassero y cols., 2003), las variables sociales aceptadas serían:

- **Variables sociales extra-laborales.** Relaciones familiares y/o amigos.
- **Variables organizacionales.** Demandas laborales que pueden ser cualitativas o cuantitativas, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización.

3.2.4.5. INVESTIGACIONES REALIZADAS

Hemos realizado una investigación particular aplicando el “Cuestionario de Apoyo Social”, a un total de 30 servidores de la salud (15 médicos y 15 enfermeras) de diversas especialidades en el campo de la medicina y la enfermería, de entre los cuales 12 galenos y las 15 enfermeras no presentaron el síndrome de burnout y tres médicos si presentaron el síndrome. El cuestionario aplicado se encuentra subdividido en cuatro escalas (apoyo emocional, apoyo instrumental, redes sociales y amor y cariño), las mismas que se muestran según porcentajes. En el caso de los médicos los porcentajes se distribuyeron de la siguiente manera:

- **Apoyo emocional:** Paradójicamente, los médicos que presentaron el síndrome dijeron tener un 50% más de apoyo social que aquellos que no lo presentaron.
- **Apoyo instrumental:** ocurrió algo similar a lo anterior.
- **Redes sociales:** los mismos grupos mostraron un 25% de diferencia a favor de los doctores con burnout;
- **Amor y cariño:** ambos grupos calificaron de manera similar.

En lo pertinente a la misma investigación realizada con las enfermeras, los resultados fueron muy similares a los obtenidos en los médicos que no presentaron el síndrome.

3.2.5. EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA PERSONALIDAD

3.2.5.1. DEFINICIÓN DE PERSONALIDAD

Respecto de la definición de personalidad, B. Roberto Colom Marañón, (2007), expone que la personalidad, al igual que la inteligencia, “NO es ni un sustantivo, ni un adjetivo, ni un adverbio”, NO se corresponde con la definición del diccionario. NO es tampoco una propiedad humana que ha intervenido de manera forzosa en el desarrollo evolutivo. “La personalidad es una suposición científica que se justifica por el tipo de actos que realizan cotidianamente las distintas personas”. La personalidad sea lo que sea, es clave para comprender lo que la gente hace y dice. (Lo que la gente hace y dice no tiene por qué corresponderse de manera inexorable con lo que piensa y siente).

Gordon y Allport, (1961), definen la personalidad como una organización dinámica dentro del individuo, de los sistemas psicofísicos que crean patrones característicos de conductas, pensamientos y sentimientos.

Eysenck y Eysenck, (1987) definieron la personalidad como la organización emprendedora del carácter, temperamento, intelecto físico, más o menos organizada y estable de una persona que determina su adaptación única en el ambiente.

La escritora Susan C. Cloninger, (2003), dice que la personalidad puede definirse como, “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona”

3.2.5.2. TIPOS DE PERSONALIDAD

Gálvez Herrero, Macarena, (2010) plantea tipos de personalidad compuesta por facetas que pueden modular las situaciones de estrés desde las perspectivas cognitivas, motivacionales, conductuales y emocionales en relación con su medio ambiente. (Menciona a Moreno-Jiménez, Garrosa y Gálvez, 2005 a):

- La **personalidad positiva** supone un afrontamiento cognitivo de los estímulos aversivos y estresantes facilitando el control de las situaciones según su resistencia, con relación a las demandas ambientales y expectativas personales.
- Una **personalidad activa**, centrada en la capacidad del sujeto para intervenir en su contexto, modificándolo y manteniendo alguna forma de control sobre el ambiente con una conducta constructiva.

Analizando la variable personalidad en relación con el burnout, José María García G., (2007) desarrolla los tipos de personalidad (citando a Bloch, 1977; Cherniss, 1980; Edelwich y Brodsky, 1980; Freudenberger y Richelson, 1980; Farber, 1983; Pines y Aronson, 1988), quienes coinciden en encontrar que las personas prontas a padecer el síndrome son apáticas, sensibles, aplicadas, idealistas, entusiastas, entregadas a su trabajo y poseedoras de un enorme sentido de humanidad en el desempeño de sus funciones. Al mismo tiempo son sujetos ansiosos, obsesivos, entregados a su labor y propensos a identificarse con los usuarios.

El constructo de **personalidad resistente** (Hardiness), se ha definido como aquella personalidad que dota a los individuos de la creencia de que pueden influir en los acontecimientos importantes de su vida, abiertos al cambio y al desafío personal y con una convicción segura de lo que están haciendo (Kobasa, 1979; 1982). Se proponen tres dimensiones: compromiso, control y reto. La dimensión reto lleva a considerar que el cambio está presente en todos los aspectos de la vida y supone una oportunidad para mejorarse a sí mismo. El compromiso implica desarrollar conductas personalizadas, identificándose de forma positiva con lo que se hace. El control implica la convicción de la persona para influir en la trayectoria de los acontecimientos. La "personalidad resistente", podría actuar induciendo estrategias de afrontamiento adaptativas.

Bernardo Moreno-Jiménez y cols., (2001), en lo tocante a la personalidad (citando a Cherniss, 1980), indica que estudios realizados en este sentido muestran la importancia que puede tener un alto nivel de ansiedad en la aparición del burnout, revelaban la incidencia del **neuroticismo** en el desarrollo del proceso y (citando a Farber, 1983), quién ha estudiado la posible asociación entre patrón de conducta A y el burnout, se proponía el

perfil del profesional con una personalidad con características como, idealista y obsesivo con la tendencia a la sobre identificación con el cliente.

El aporte de Wilfredo A. Martínez J. y cols., (2010) en cuanto a los tipos de personalidad y el burnout, señalan es necesario aclarar que los factores de la personalidad no son la causa del síndrome en forma directa ni indirecta, por lo tanto el afrontamiento del burnout no pasa por modificar la personalidad ya que entre otras cosas, no es posible cambiar de manera absoluta una personalidad innata, aunque se puede flexibilizarla y ayudar a que sea adaptable y satisfactoria. Entre los tipos de personalidad es posible ver varias clasificaciones:

- **Perfil reactivo:** este tipo de personalidad se caracteriza por la necesidad de alcanzar compensaciones al momento y si no lo obtienen, se frustran y decepcionan. Extiende la posibilidad de padecer burnout.
- **Perfeccionismo:** En este tipo de personalidad se implica en la preocupación en exceso por los detalles o cosas que traen tensión psicológica desgastante que, sumado a otros factores, pueden originar estrés.
- **Vocación y altruismo:** en los casos de médicos y enfermeras juegan un papel sobresaliente ideales humanistas y altas expectativas sociales y profesionales que pueden verse defraudadas por el trabajo cotidiano y el desagradecimiento de pacientes y familiares de ellos, competencia desleal entre compañeros, presiones administrativas y burocráticas. Estas adversidades provocan agotamiento con posibilidades de desarrollar burnout.
- **Personalidad responsable:** sentimientos de responsabilidad demasiado elevados pueden generar angustia y estrés.

Algunos componentes de la personalidad según José Manuel Párraga Sánchez, (2005), son importantes con relación al desarrollo del burnout. Así apunta a: la “indefensión aprendida”, haciendo relación al control nulo sobre situaciones y eventos aversivos; “Neuroticismo / ansiedad-rasgo”, encontrándose una asociación positiva entre

ansiedad e inestabilidad emocional; “Baja tolerancia a la ambigüedad”, valoradas como amenazantes.

3.2.5.3. *PATRONES DE CONDUCTA*

En cuanto a patrones de conducta, Marisa Salanova y col., (2007) con una base de trabajos empíricos, confirma que los empleados que generalizan emociones positivas desde el trabajo a casa o viceversa, tienen niveles más altos de vinculación psicológica, lo que sugiere que puede existir un proceso contagioso emocional o tendencia a imitar las expresiones emocionales de los demás. Estos empleados tienen conductas proactivas y de iniciativa personal.

El rasgo de personalidad más frecuentemente relacionado con el burnout es el **patrón de conducta tipo A** que se caracteriza (se citan a: Buceta, Bueno y Mas, 2001; Pérez García y San Juan, 2003), por un afán intenso y constante por seguir metas establecidas por el propio individuo aunque poco definidas; tendencia a la competitividad; ansias de logro y reconocimiento; Realizar varios trabajos al mismo tiempo; Efectuar trabajos físicos y mentales al apuro; Y un estado mental de alerta permanente. A esto se debe sumar que trabajan mayor número de horas a la semana, con más carga de trabajo y conflictos interpersonales, ya que suelen ser exigentes con sus compañeros. Todo esto supone mayor estrés crónico en el trabajo con sus consecuentes secuelas como el burnout.

Martínez Pérez, Anabella, (2010), a cerca de los patrones de conducta (citando a Burke, 1971) identifica cinco grupos de conductas ante situaciones de estrés: 1) hablar con otros; 2) trabajar más en cantidad y tiempo; 3) cambiar a una actividad de tiempo libre; 4) tratar de solucionar los problemas; 5) alejarse de la situación estresante. Por otro lado (citando a Dewe y cols., 1979) distinguen cuatro tipos de conductas: 1) acciones dirigidas a la fuente de estrés; 2) expresión de sentimientos y búsqueda de apoyo; 3) realización de actividades no laborales; y 4) esperar que pase la situación. Además, (citando a Parasuraman y Cleek 1984) clasificaron las conductas de los trabajadores como adaptativas (planificar, organizar, priorizar y conseguir apoyo de otros), y no adaptativas (trabajar más duro pero con errores, hacer promesas poco realistas y evitar la supervisión).

3.2.5.4. *LOCUS DE CONTROL*

Según Lazarus y Folkman, (1986), el locus de control interno hace referencia a la creencia de que los acontecimientos son contingentes con la conducta del individuo, y el locus de control externo, a que los acontecimientos no dependen de la conducta del individuo sino de la suerte, la casualidad, el destino, o el poder de los demás. Estas creencias suelen ser relativamente estables. Las personas con locus de control interno, al percibir que tienen control sobre las situaciones, sus acciones de afrontamiento son más favorables al enfrentar situaciones adversas. Las personas con locus de control externo son más propensas al desamparo, la vulnerabilidad y la insatisfacción laboral, excepto en actividades repetitivas o de poco control.

3.2.5.5. *INVESTIGACIONES REALIZADAS*

Para indagar la relación del burnout con la personalidad, se realizó la encuesta denominada “Cuestionario de Personalidad EPQR-A” que mide variables como: Neuroticismo, Extroversión, Psicoticismo y Sinceridad, la misma que fue aplicada a 15 médicos y 15 enfermeras de variadas especialidades en el campo del servicio de salud. Los resultados obtenidos en el caso de los médicos con burnout versus aquellos que presentaron el síndrome y de las enfermeras, fueron los siguientes: Médicos sin burnout: Neuroticismo 25,4%; Extroversión 38,8%; Psicoticismo 22%; Sinceridad 12,7%. Médicos con burnout: Neuroticismo 28,9%; Extroversión 28,9%; Psicoticismo 15,8%; Sinceridad 26,3%. Y Enfermeras sin burnout: Neuroticismo 27,6%; Extroversión 33,9%; Psicoticismo 19,2%; y Sinceridad 19,2%. (Mayores detalles en el Capítulo 5).

De estos resultados se puede inferir que los médicos afectados con el síndrome respecto de aquellos que no, tienen un tanto más de neuroticismo, son menos extrovertidos, califican más alto en Psicoticismo y son bastante más sinceros. Los porcentajes de las enfermeras aunque ninguna presentó el síndrome, están muy cerca de los promedios de la comparación entre los médicos con y sin burnout.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

4.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación posee las siguientes características:

- **Es cuantitativa:** Se analizará la información numérica de los instrumentos evaluados.
- **Es no experimental:** Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para su análisis posterior.
- **Es transeccional (transversal):** Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, en un punto en el tiempo.
- **Es exploratorio:** Se trata de una exploración inicial en un momento específico.
- **Es descriptivo:** se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

4.2. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

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

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

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

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

4.2.5. ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de las personas que experimentan burnout de los trabajadores servidores de la salud?

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

4.2.1. OBJETIVO GENERAL

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

4.2.2. 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 sean identificados con el burnout.

4.3. PARTICIPANTES

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

Los datos de esta investigación serán recogidos mediante la aplicación de los siguientes cuestionarios: **variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad**, los cuales están

diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentre vinculado a instituciones de salud.

Para hacer la aproximación con los potenciales encuestados, ha sido necesario en primera instancia acercarse a los respectivos directores de las áreas participantes como son: el área de clínica y cirugía del Hospital General Docente Riobamba y el Área de Salud N° 6 Guano-Penipe de la ciudad de Riobamba, con el objetivo de solicitar la colaboración de los funcionarios que laboran en esas dependencias, indicando los propósitos, tiempos de aplicación de los instrumentos de investigación, y otros requerimientos para el trabajo de recolección de datos, además, indicar los beneficios que el profesional de la salud participante adquirirá con el conocimiento del informe psicológico que le será entregado en forma personal y con absoluta confidencialidad.

Los profesionales que elegidos tendrán una participación voluntaria y su número de participantes es de **15 médicos** independientemente de la especialidad y **15 enfermeras**.

4.4. INSTRUMENTOS

Los instrumentos que se utilizarán en el proceso de recolección de datos han sido seleccionados con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación, los cuales detallamos a continuación y que serán aplicados en el orden que se presentan en seguida:

4.4.1. Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

4.4.2. CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

La medida del burnout es de central importancia en esta investigación, ya que será el eje sobre el cual gire el resto de los instrumentos. El MBI es el instrumento usado con mayor frecuencia para evaluar el burnout ya que detecta y mide la existencia del síndrome en el individuo. Los tres factores ortogonales que se obtienen con esta medida tienen su asidero en el entendimiento del burnout como resultado de una situación prolongada de estrés laboral que afecta al individuo a nivel personal, social y laboral.

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

- Agotamiento Emocional: Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.
- Despersonalización: Puntuaciones altas reflejan el alto grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- Realización Personal: Indica el alto grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el sujeto. Por eso puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

4.4.3. CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHC28)

El GHC28 (versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldenberg en 1970) es un cuestionario auto administrado en el que el individuo realiza una apreciación de su estado de salud, que consta de 28 ítems cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado para determinar si se encuentra “sano” o con “disturbios psiquiátricos”. Se centra en las alteraciones de la función normal más que en rasgos presentes a lo largo de la vida, y evalúa mediante cuatro subescalas que son:

- Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros.
- Ansiedad e insomnio: Nerviosismo, pánico, dificultades para dormir.

- Disfunción social: Sentimientos hacia las actividades que realiza durante el día.
- Depresión grave: Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

4.4.4. LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

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

- Afrontamiento activo: Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente de 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 en la participación de actividades religiosas en momentos de estrés.
- Autoinculpación: Criticarse y culparse a si 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 o alcanzar la metas con las que el estresor interfiere.
- Uso de sustancias: Utilización de drogas, alcohol, o fármacos para desconectarse de la situación, sentirse bien y poder afrontarla.
- Humor: Hacer burlas y reírse de la situación estresante.

4.4.5. CUESTIONARIO MOS DE APOYO SOCIAL

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

- Apoyo emocional: Posibilidad de tener a 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, simpatía y afecto.

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

4.4.6. CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. EPQR-A

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

- 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 indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- Psicoticismo: Las puntuaciones altas indican que el individuo presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.
- Sinceridad: Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir se busca dar una buena impresión. Esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

4.5. RECOLECCIÓN DE DATOS

Para llevar a buen término este importante eje de la investigación, se ha realizado una planificación de tres fases que conduzcan a la obtención de los datos correspondientes según los objetivos planteados. De esta manera las fases que se han tomado en cuenta son las siguientes:

4.5.1. FASE 1. Fase de exploración, acercamiento y negociación:

De las instituciones sanitarias potenciales en la ciudad de Riobamba que reúnen las condiciones para llevar a efecto esta indagación, se ha elegido el “Hospital General Provincial Docente Riobamba” porque en sondeos previos por medio de entrevistas, se constató una predisposición positiva hacia esta investigación de parte de algunos profesionales que allí laboran, de tal manera que por medio de la presentación y entrega en forma personal, de la carta enviada por la Dirección de la Escuela de Psicología de la UTP, en la que se indica el objetivo y el trabajo a realizar, se procedió a efectuar una reunión con el Director del área de Clínica para agenciar la aprobación necesaria y

delimitar las circunstancias en que llevaríamos a cabo la recolección de datos. En esta reunión se resaltó y explicó los objetivos y el alcance de la investigación, las características de la Universidad Técnica Particular de Loja, los requerimientos de la universidad, y el compromiso de que los datos serán manejados con carácter confidencial y que no tienen ninguna otra finalidad que lo académico, indicando además que los resultados se entregarán en un informe psicológico personal (con las recomendaciones necesarias en caso de ser necesario), en un plazo aproximado de tres meses después de la fecha de aplicación.

Las condiciones negociadas fueron: facilitar el acceso a las dependencias del área de clínica y cirugía (excepto aquellos lugares donde se pueda interrumpir las labores específicas con pacientes que realizan médicos y enfermeras); Incentivar a los potenciales encuestados para que participen voluntariamente en la investigación con la contrapartida de que a cambio recibirán los resultados obtenidos en forma rigurosamente personal y confidencial.

4.5.2. FASE 2. Aplicación de los Instrumentos

La aplicación de los instrumentos se realizó con algunas novedades como se explican a continuación: El ideal consistía en que el investigador efectuara la diligencia aplicando los seis instrumentos de medición de manera personal y directa a todos y cada uno de los encuestados, lo que se consiguió tan solo en nueve de los 15 médicos y once enfermeras de las 15 participantes, es decir que de los 30 colaboradores en total, el 66,7% de encuestados realizó el trabajo normalmente, en tanto que el 33.3% restante lo hizo en forma personal con las debidas indicaciones y los instrumentos fueron entregados justificadamente contestados desde un día hasta una semana después que se los habían llevado. Esto sucedió debido a que tanto médicos como enfermeras son ocupados constantemente ya sea en uno u otro sitio de su dependencia laboral, por lo que deben salir de improviso y precipitadamente hacia el lugar de solicitud y no les era posible concentrarse contestando las preguntas de las encuestas, o tampoco disponían del tiempo necesario (de 30 a 45 minutos seguidos). Por esta razón insistieron en que se les mostrara la forma en que debían proceder al aplicarse las encuestas de manera personal en sus respectivos hogares, por lo que se consideró procedente ceder en esa petitoria.

4.5.3. FASE 3. Ingreso de datos, Tabulación y Corrección de Tablas

El proceso continuó con el acopio de todos los instrumentos de evaluación con un total de 180 instrumentos seis por cada uno de los 30 participantes, los mismos que fueron inmediatamente tabulados cada instrumento en su sección específica previamente establecida por la Dirección General de Tesis en un programa Excel, para luego ser enviados vía Internet para su respectiva corrección y aprobación. Sobre esta base de tablas corregidas, se realizarán los 30 informes personales correspondientes para ser entregados de manera personal a cada uno de los participantes. Sobre esta misma base se procederá a la producción de los numerales 5, 6 y 7 que siguen a continuación del presente informe.

CAPÍTULO 5: RESULTADOS

TABLAS Y GRÁFICOS

Para la realización de este trabajo se llevó a cabo la aplicación de seis cuestionarios a un grupo de 15 médicos y 15 enfermeras, cuyos resultados fueron procesados en la UTPL por la sección correspondiente a la Titulación de Psicología, de manera que las tablas, gráficos y análisis que se muestran a continuación han sido el producto del trabajo conjunto de quienes participamos en el estudio.

5.1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

Tabla 1
PARTICULARES SOCIODEMOGRÁFICAS

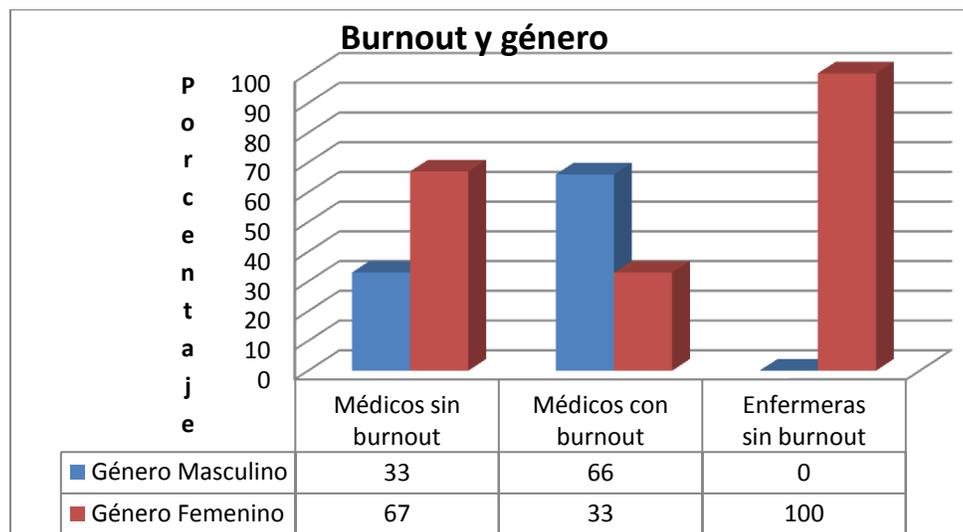
Variables		Médicos sin Burnout			Médicos con Burnout			Enfermeras sin Burnout		
		Fr	%	Media	Fr	%	Media	Fr	%	Media
GÉNERO	Masculino	4	33,3		2	66,7				
	Femenino	8	66,7		1	33,3		15	100	
EDAD (años)		12		35,17	3		34,33	15		32,27
ETNIA	Mestizo		92			100			100	
	Indígena		8							
	Soltero	5	41,7		2	66,7		4	26,7	
	Casado	2	16,7					6	40	

ESTADO CIVIL	Viudo	2	16,7		1	33,3		1	6,7	
	Divorciad							2	13,3	
	Unión libre	3	25					2	13,3	
Nº DE HIJOS		12		1	3			1	15	1,2
Exp. Profesional (años)		12		15,4	3		8,67	15		8,6

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En la tabla 1 se expresa en términos de frecuencias, porcentajes y promedios, las características sociodemográficas de los servidores de salud participantes en este estudio en las variables respectivas a género, edad, etnia, estado civil, número de hijos y el tiempo de experiencia profesional. Las poblaciones analizadas fueron: Médicos sin burnout, Médicos con burnout y Enfermeras sin burnout.

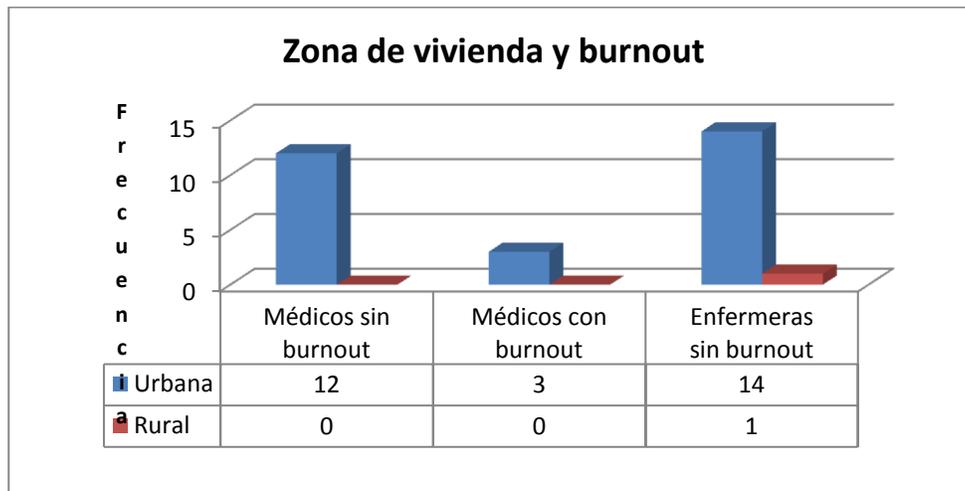
Gráfico 1



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En el gráfico 1 se muestra que la población de médicos sin burnout consta de un 33% de género masculino y 66% femenino; los médicos con burnout son un 66% del género masculino y 33% femenino; por su parte las enfermeras son todas mujeres y ninguna sobrelleva burnout.

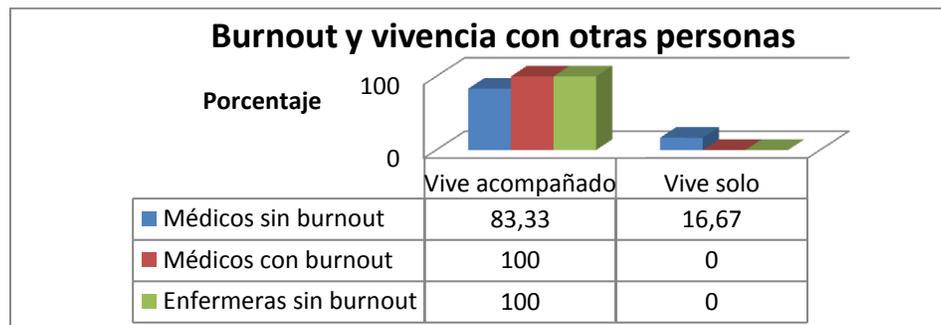
Gráfico 2



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 2 muestra que 12 médicos (80%) y 14 enfermeras (92,3%), sin burnout y 3 con el síndrome (20%), viven en la zona urbana y tan solo una enfermera en el área rural.

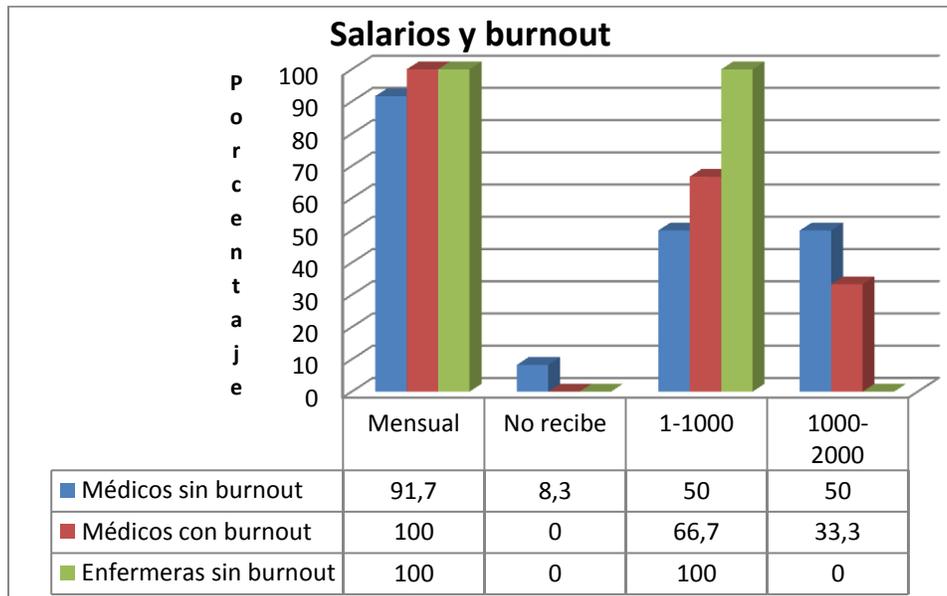
Gráfico 3



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 3 pone en evidencia que la vivencia con otras personas consta del 83% de médicos sin burnout, el 100% de doctores con el síndrome así con el cien por cien de enfermeras que no lo portan.

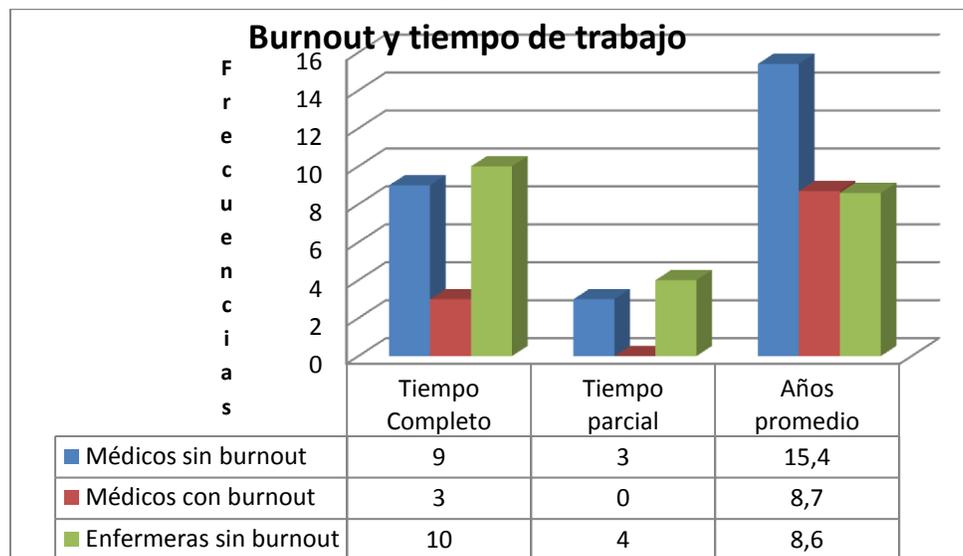
Gráfico 4



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En el gráfico 4 se muestra que el 91,6% de médicos recibe un pago mensual por sus servicios y el 8,3 % no percibe sueldo preestablecido, de ellos el 50% recibe un salario entre uno y mil dólares US, el otro 50% toma entre un mil y dos mil; para los médicos con burnout el 100% recibe salario mensual, el 66,7% de ellos entre uno y mil dólares US, el 33,3% entre uno y dos mil; para las enfermeras, el 100% de ellas recoge un estipendio mensual entre uno y mil dólares US.

Gráfico 5



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En el gráfico 5 se exhibe a nueve médicos sin burnout que trabajan a tiempo completo, tres a tiempo parcial con 15,4 años de promedio; los tres médicos portadores del síndrome trabajan a tiempo completo con un promedio de 8,7 años; en el caso de las enfermeras, diez trabajan a tiempo completo, cuatro a tiempo parcial (una no expone), con un promedio de 8,6 años trabajando.

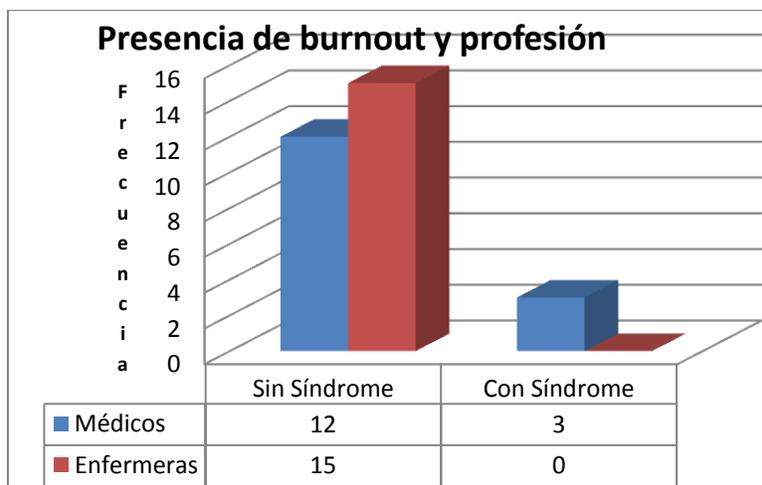
TIPIFICACIÓN LABORAL

Tabla Nº 2 . Aspecto del Burnout según tipo de profesión

Tipo de profesión		Sin Síndrome de Burnout		Con Síndrome de Burnout	
Participantes	Nº	Fr	%	Fr	%
Médico	15	12	93,33%	3	6,66%
Enfermeros/as	15	15	100%	0	-

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

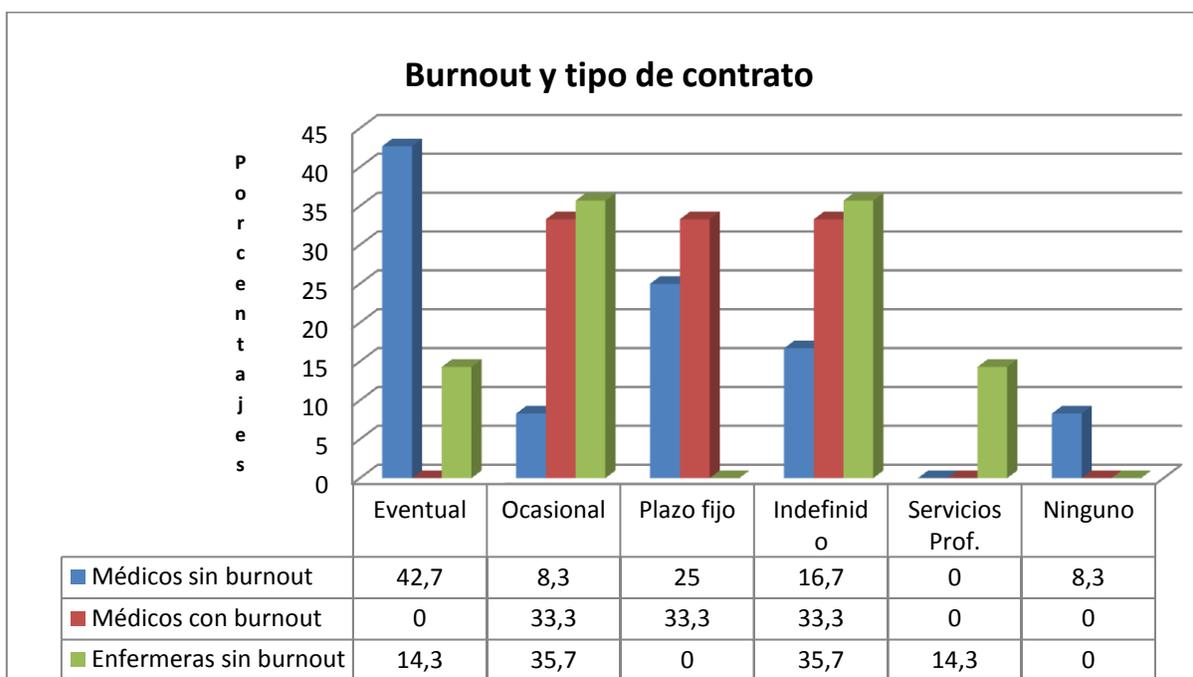
Gráfico 6



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Análisis: La tabla 2 y el gráfico 6 exponen al 93,33% de médicos y al 100% de enfermeras sin burnout; el remanente 6,66% de médicos, experimenta el síndrome.

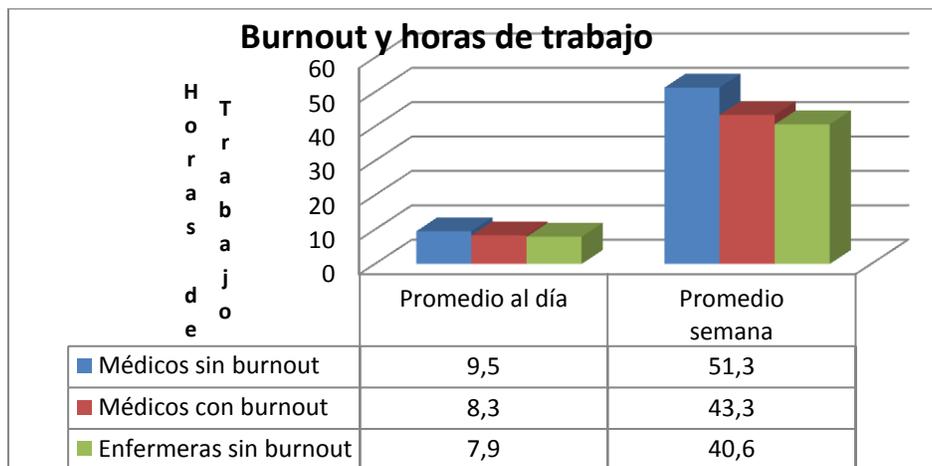
Gráfico 7



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En el gráfico 7 se observa que, en cuanto a médicos sin burnout, el 16.7% de ellos poseen estabilidad laboral, el 42,7% con contrato eventual, 8.3% en forma ocasional, un 25 % se los contrata por un plazo de tiempo expreso, y el 8.3% trabaja sin ningún tipo de contrato. Respecto a doctores portadores del síndrome, el 33,3% trabaja con contrato ocasional, otro 33,3% con estipulación de plazo fijo, y el restante 33,3% posee nombramiento (formalidad indefinida). En referencia a los contratos de las enfermeras sin burnout, el 14,3% ostenta contrato eventual, 35,7% ocasional, 35,7% indefinido y el 14,3% Servicios Profesionales.

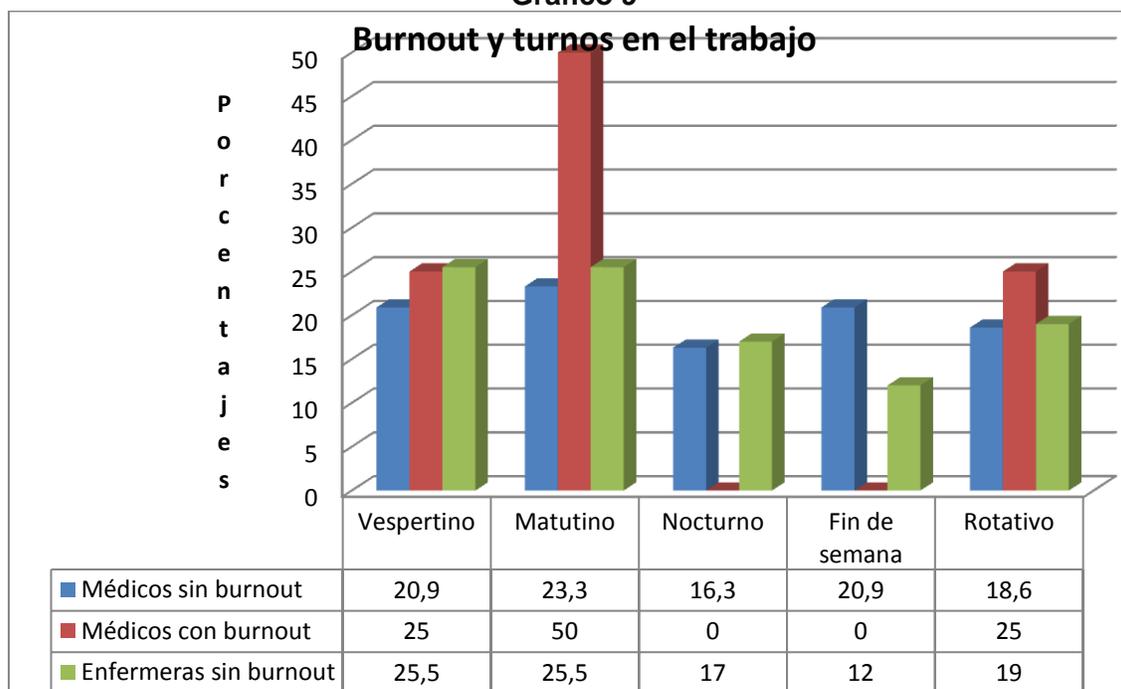
Gráfico 8



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Análisis: El promedio de horas de trabajo diario de la población de médicos sin burnout es de 9,5 horas que a la semana significa 51,3 horas; para los portadores del síndrome el promedio es de 8,3 horas diarias y 43,3 semanales; las enfermeras trabajan 7,9 horas cada día y 40,6 por semana.

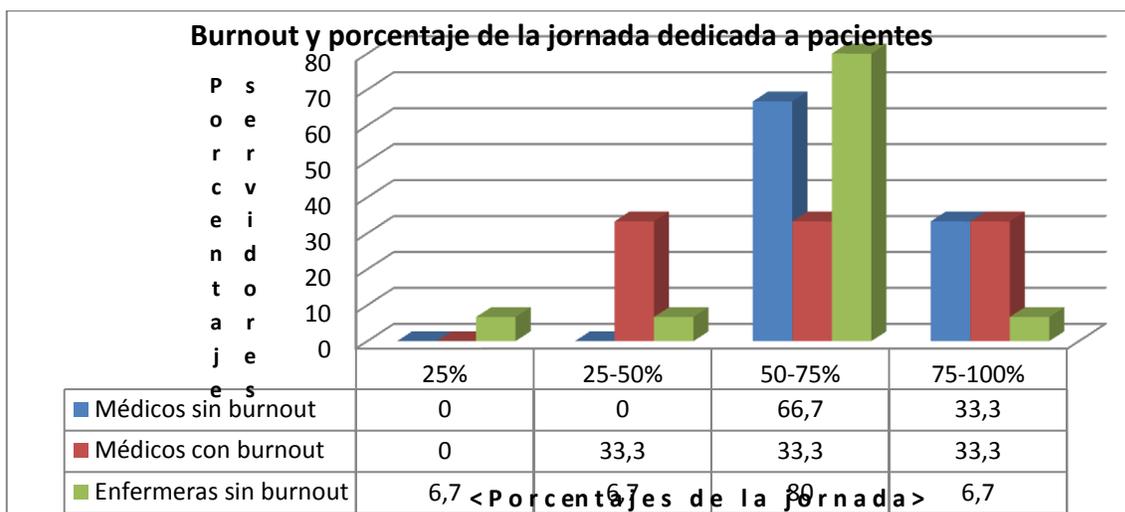
Gráfico 9



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

De entre los médicos sin burnout encuestados, el 20,9% labora durante el turno vespertino, el 23,25% lo hace en el turno matutino, el 16,8% en el nocturno, el 21% trabaja los fines de semana y el 18,6% participa de los turnos rotativos; en cuanto a los portadores del síndrome, un 25% trabaja el turno vespertino, 50% en el matutino, y el 25% realiza turnos rotativos; las enfermeras sin burnout por su lado, el 25,5% labora durante la jornada vespertina, otro 25,5% en la matutina, 17% hace el turno nocturno, 12% trabaja en fines de semana, finalmente el 19% de ellas cumple turnos rotativos

Gráfico 10



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Análisis: El gráfico 10 muestra que el 66,7% de médicos sin burnout dedica entre 50-75% de su jornada laboral a la atención a pacientes, y el 33,3% restante del 75-100% al mismo interés; en tanto que los que padecen el síndrome, un 33,3% consagra del 25-50%, otro 33,3% de 50-75% y el remanente 33,3% del 75-100%; por su parte las enfermeras que no portan burnout, 6,7% ofrece hasta el 25% de su jornada, 6,7% entre 25-50%, 80% del 50-75%, y el 6,7% final, del 75-100%.

Tabla 3

BURNOUT Y TIPOS DE PACIENTES						
	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
Tipos de pacientes	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Oncológicos	3	7,5	0	0	1	3,3
Psiquiátricos	5	12,5	0	0	2	6,7
Renales	4	10	0	0	3	10

Quirúrgicos	5	12,5	1	14,3	2	6,7
Cardíacos	4	10	1	14,3	2	6,7
Neurológicos	4	10	0	0	1	3,3
Diabéticos	3	7,5	2	28,6	2	6,7
Emergencias	7	17,5	1	14,3	3	10
Intensivos	2	5	1	14,3	1	3,3
Otros	3	7,5	1	14,3	13	43,3
TOTAL	40	100	7	100	30	100

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

La variedad y frecuencia de padecimientos atendidos por parte de los médicos sin burnout se ubica con un 17,5% para emergencias; 12,5% para psiquiátricos y quirúrgicos; 10% cada uno en pacientes renales, cardíacos y neurológicos; 7,5% para oncológicos igualmente diabéticos y otros; y un 5% en cuidados intensivos; por parte de los portadores del síndrome se atiende el 14,35 a pacientes quirúrgicos, un porcentaje igual a cardíacos como a emergencias, intensivos y otros, el restante 28,6% son diabéticos; las enfermeras sin burnout atiende 3,3% a pacientes oncológicos, el mismo porcentaje en cuidados intensivos, un 6,7% a psiquiátricos, misma cantidad a quirúrgicos, cardíacos, diabéticos, el 10% en renales y 43,35 otros sufrimientos.

Tabla 4

Burnout y pacientes atendidos por día			
	MÉDICOS SIN BURNOUT	MÉDICOS CON BURNOUT	ENFERMERAS SIN BURNOUT
N°	15	16	20,4

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En la tabla 4, los médicos sin burnout atienden un promedio de 15 pacientes diarios, los doctores portadores 16, y las enfermeras 20,4 enfermos.

Tabla 5

BURNOUT Y PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE						
	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
Riesgo de muerte	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SI	8	66,7	1	33,3	6	40
NO	4	33,3	2	66,7	9	60

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El 66,7% de médicos sin burnout confirma que si atiende pacientes con riesgo de muerte el 33,3% expone que no asiste ese tipo de pacientes; en tanto que los doctores portadores del síndrome expresa hacer esa atención al 33,3% y no hacerlo el 66,7%; en el caso de las enfermeras que no portan burnout indican en un 40% asistir a pacientes con riesgo de muerte, pero el 60% no lo hace.

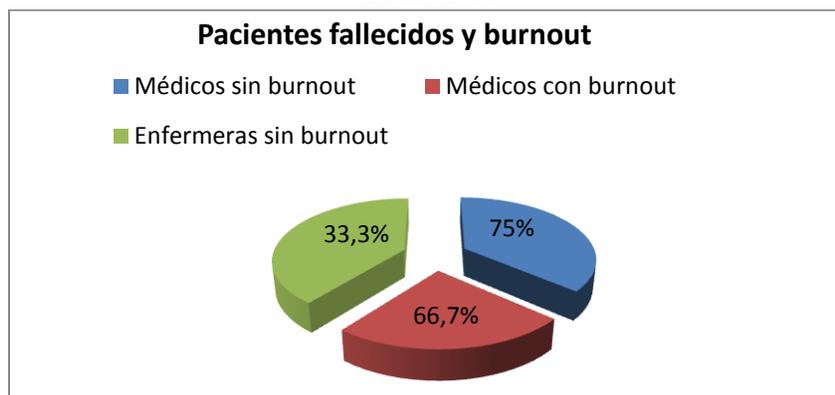
Tabla 6

PACIENTES FALLECIDOS Y BURNOUT						
	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
Fallecidos	Fr	%	Fr	%	Fr	%
SI	9	75	2	66,7	5	33,3
NO	3	25	1	33,3	10	66,7

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En la tabla 5 se observa que el 75% de los médicos sin burnout en efecto tienen pacientes fallecidos frente al 66,7% de decesos que acaecen con quienes portan el síndrome. Las enfermeras sin burnout exponen un 33,3% en ese mismo sentido.

Gráfico 11



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Respecto del total de pacientes fallecidos, el 75% ocurre con los médicos sin burnout, el 66,7% con quienes expresan el síndrome, y un 33% con las enfermeras que no portan burnout.

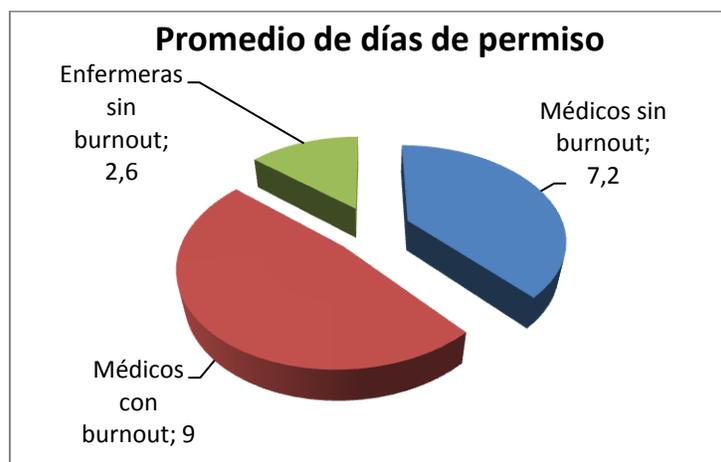
Tabla 7

PERMISOS Y SUS CAUSAS RESPECTO DEL BURNOUT							
Permisos	Causas	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
		%		%		%	
SI	-	33,3	-	66,7	-	40	-
	Capacitación	-	0	-	100	-	0
	Problemas de salud	-	60	-	0	-	42,9
	Situación familiar	-	0	-	0	-	57,1
	Otros	-	40	-	0	-	0
NO	-	66,7		33,3		60	

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En cuanto a permisos solicitados durante el último año (2011), el 33% de los médicos sin burnout lo ha hecho así: el 60% de esas autorizaciones por problemas de salud, el 40% por alguna situación familiar. Los médicos con burnout han requerido venias en un 66,7%, todos ellos para capacitación. En cambio las enfermeras sin burnout, 40% de ellas han pedido permisos, 42,9% de esas anuencias por problemas de salud y 57,1% por situaciones familiares.

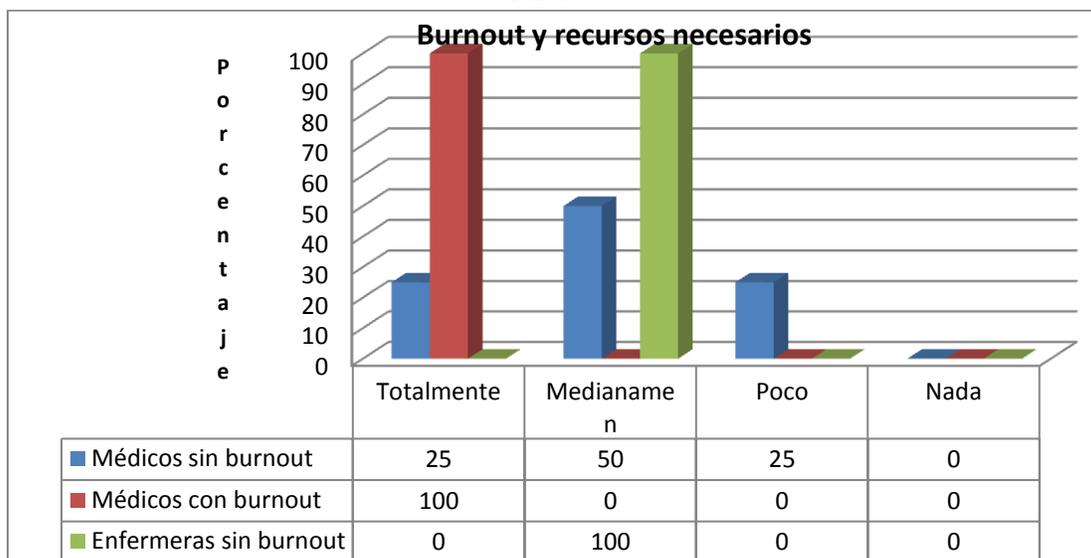
Gráfico 12



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El promedio de días de permiso solicitado durante el último año 2011 se distribuye de la siguiente manera: 7,2 días para los médicos sin burnout, 9 para los doctores portadores del síndrome y 2,6 para las enfermeras.

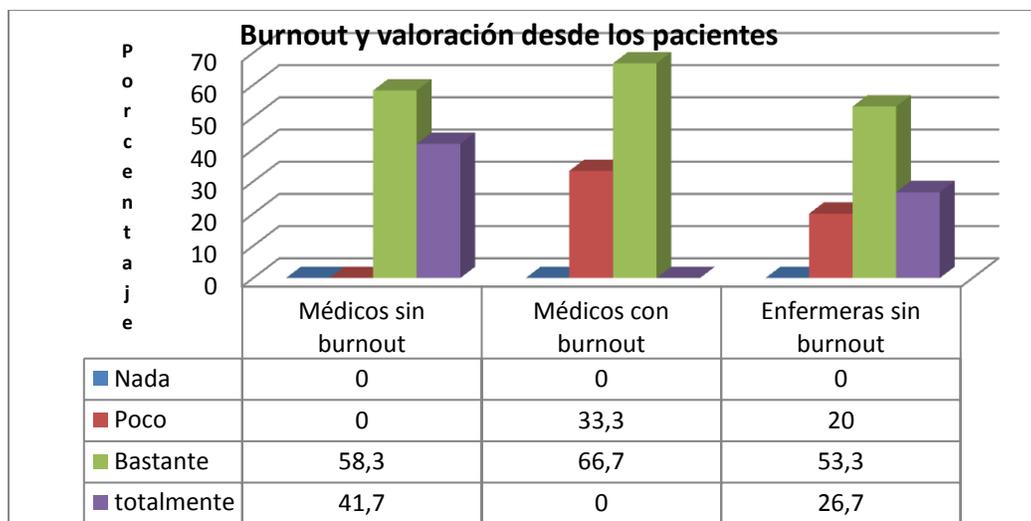
Gráfico 13



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En lo que concierne a los recursos necesarios con que cuentan los servidores de la salud, los médicos sin burnout consideran en un 25% que existen totalmente, 50% medianamente y el otro 25% poco; por su parte los doctores con el síndrome confirman en el 100% contar con todos los recursos para llevar a cabo sus funciones; las enfermeras sin burnout en cambio consideran el 100% de ellas que los recursos para hacer su trabajo están disponibles tan solo medianamente.

Gráfico 14

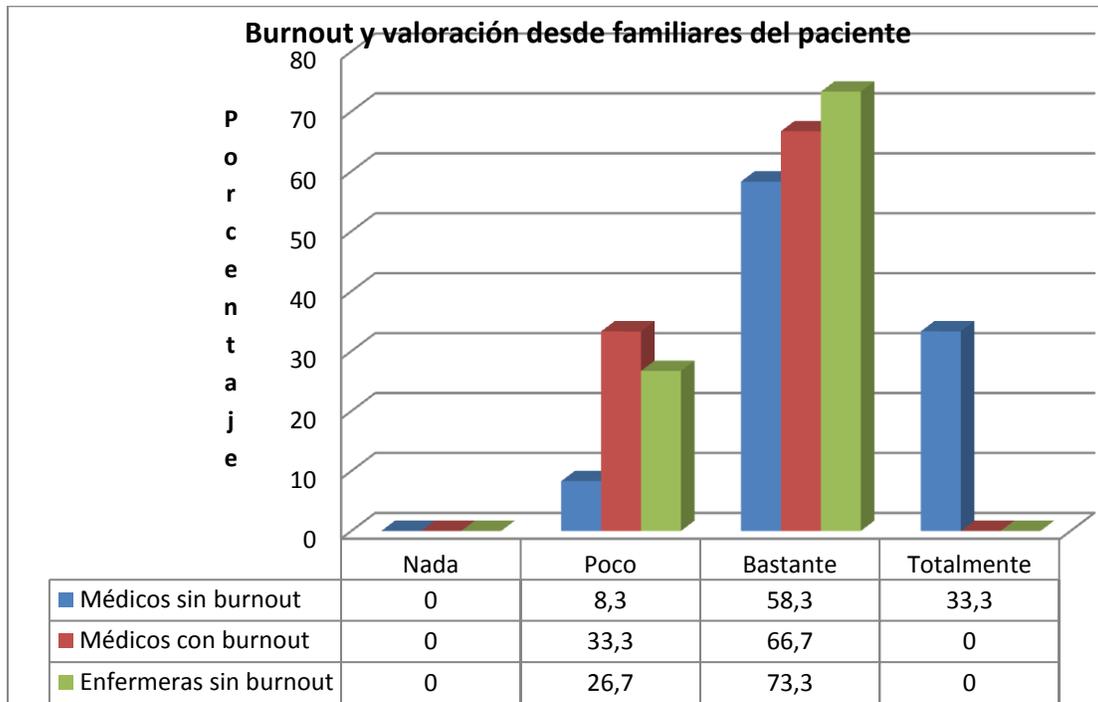


Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 15 muestra la percepción de valoración que tienen los servidores de la salud por parte de sus pacientes, donde, el 58% de médicos sin burnout frente al 66,7% de

doctores con el síndrome se considera bastante valorado. Las enfermeras expresan ese sentimiento en el 53,3%. En cambio, mientras el 42% de doctores sin la afectación se siente totalmente valorado, el 33% de los afectados se percibe poco valorado. Las enfermeras en cambio, 26,7% de ellas se juzgan totalmente valoradas por las personas a quienes dedican sus servicios.

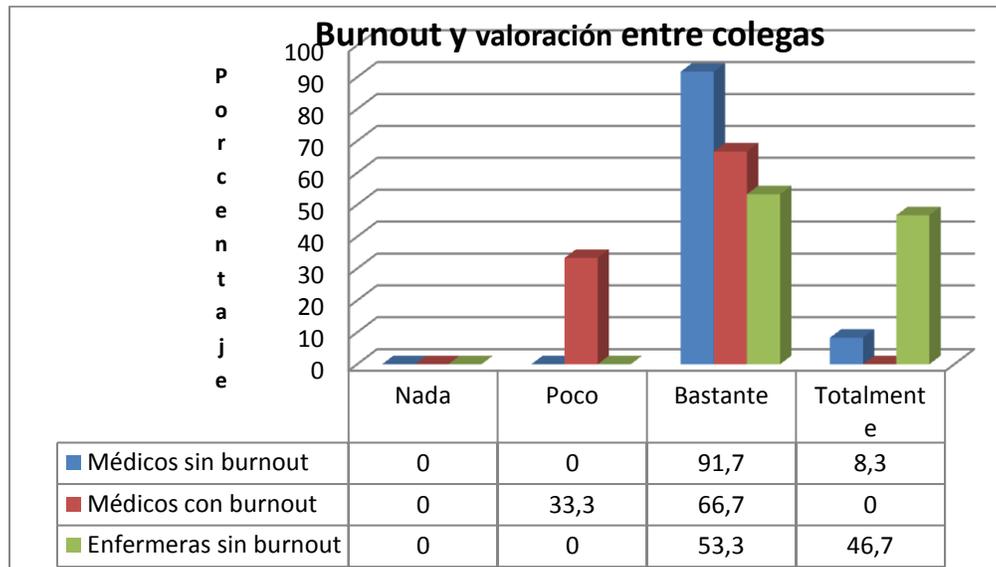
Gráfico 15



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 16 expone la apreciación de los galenos respecto de lo que sienten en cuanto a valoración por parte de los familiares de pacientes por ellos atendidos. En este caso, en cuanto a los médicos sin burnout el 59% se supone bastante valorado, el 33% totalmente y un 8% poco. Por su parte los doctores con el síndrome se expresan en un 67% bastante valorado y el 33% poco. Las enfermeras sin burnout exhiben en el 26,7% la percepción de poco y el restante 73,3%, bastante valoración por parte de los familiares de las personas por ellas atendidas.

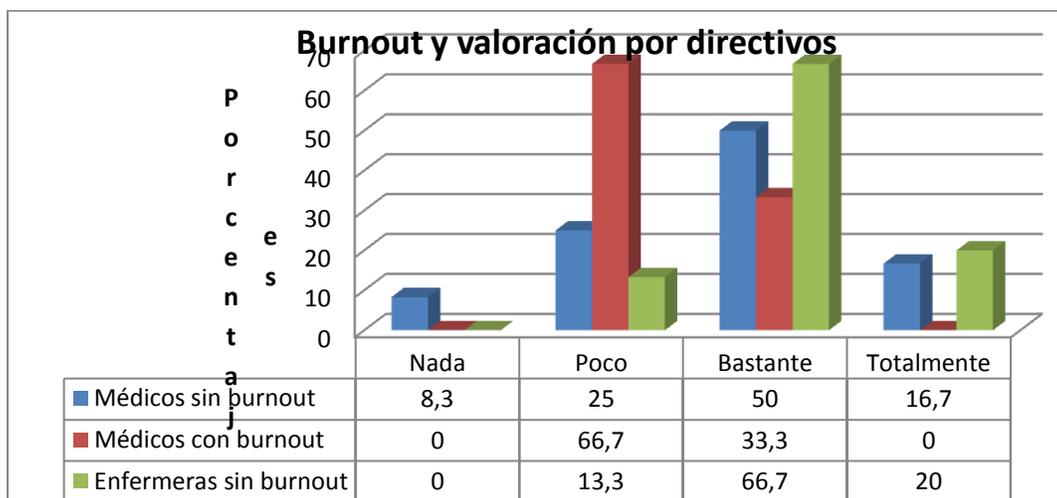
Gráfico 16



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En el gráfico 17, los médicos sin burnout dicen en un 92% sentirse bastante valorado por sus colegas y el restante 8% totalmente. En tanto que sus compañeros afectados del síndrome exteriorizan en un 67% sentirse bastante valorados y 33% poco. Las enfermeras sin afectación exhibe el 53,3% de ellas bastante valoración entre cófrades y 46,7% restante indica sentirse totalmente valoradas.

Gráfico 17

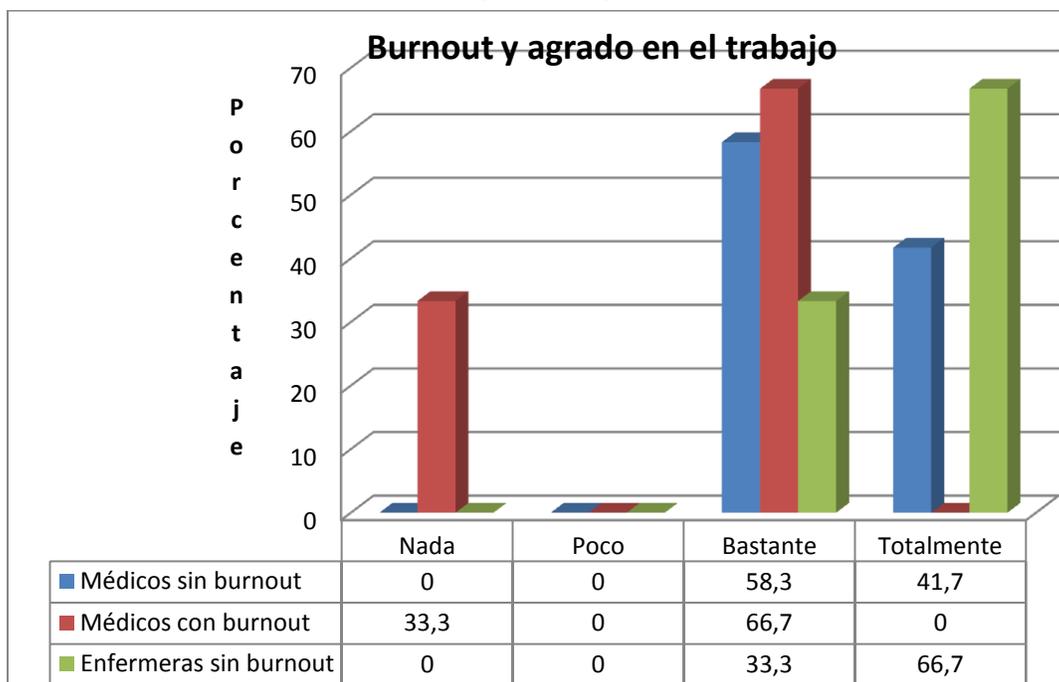


Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En el gráfico 18 referente a la valoración que experimentan los servidores de la salud por parte de los directivos donde trabajan, exponen los doctores sin burnout que: en un 50%

bastante se sienten bastante valorados; 25% poco; 17% totalmente; y el 8% nada justipreciado. Por el lado de los portadores del síndrome, la distribución exhibe un 66,7% para quienes se sienten poco valorados y el remanente 33,3% poco. Sin embargo, las enfermeras sin burnout explican que el 13,3% de ellas se sienten poco apreciadas, 66,7% bastante y el residual 20% totalmente estimadas.

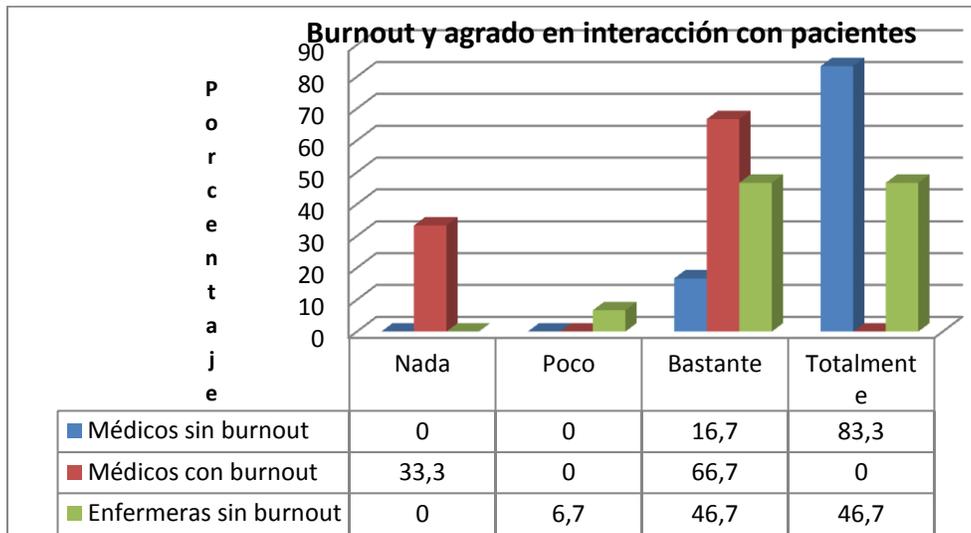
Gráfico 18



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

En el gráfico 10 los médicos sin burnout, el 58% de ellos expresan estar bastante satisfechos con el trabajo que realizan, y el 42% bastante. En el sector de los que padecen el síndrome, el 67% dice sentirse bastante satisfechos y el 33%, nada. De la misma suerte las enfermeras que no portan burnout exhibe bastante satisfacción por sus labores en un 33,3%, y el 66,7% totalmente.

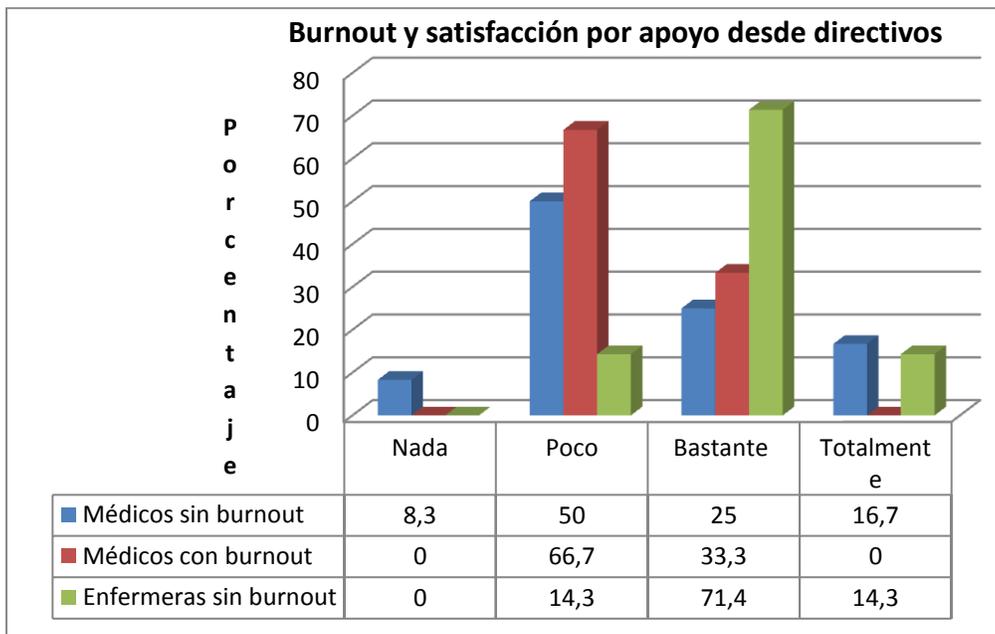
Gráfico 19



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 20 muestra la complacencia de los servidores de la salud en la interacción con los pacientes. Los doctores de la población sin burnout declaran en un 83% sentir satisfacción total y el 17% bastante satisfacción; los médicos portadores del síndrome exponen en un 67% bastante satisfacción y 33% nada. Las enfermeras por su parte 6,7% poco agrado, 46,7% bastante y el otro 46,7% totalmente.

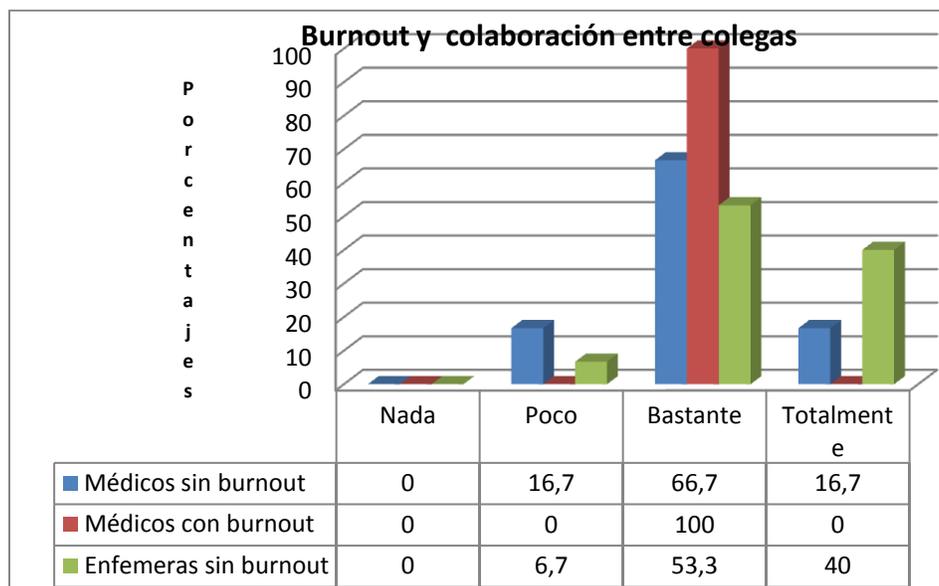
Gráfico 20



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 21 muestra la percepción del soporte que sienten los médicos respecto de los directivos de su institución. Así, en el caso de quienes no portan burnout en un 8,3% sienten que no son nada apoyados; el 50% un poco; el 25% bastante; y 16,7% totalmente. Para sus compañeros que exponen el síndrome la distribución es de un 66,7% con poca satisfacción y el 33,3% bastante. En cambio las enfermeras expresan el 14,3% poca satisfacción con el apoyo directivo, 71,4% bastante y 14,3% totalmente.

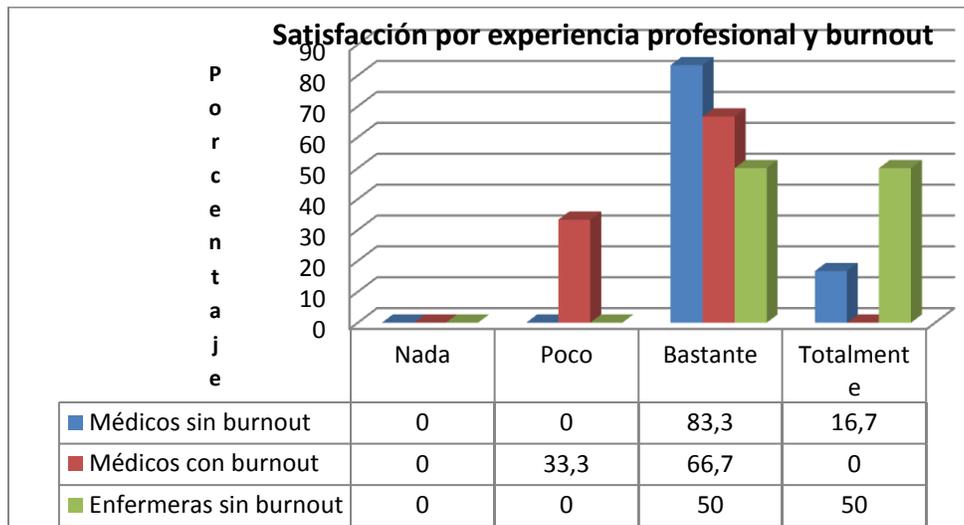
Gráfico 21



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

La percepción de colaboración entre colegas en la población de doctores sin burnout se distribuye así: el 16,66% poco; 66,66% bastante; 16,66% totalmente. Sus adláteres portadores en el cien por cien opinan sentirse bastante satisfechos. Las enfermeras exponen: el 6,7% poca colaboración, 53,3% bastante y 40% totalmente.

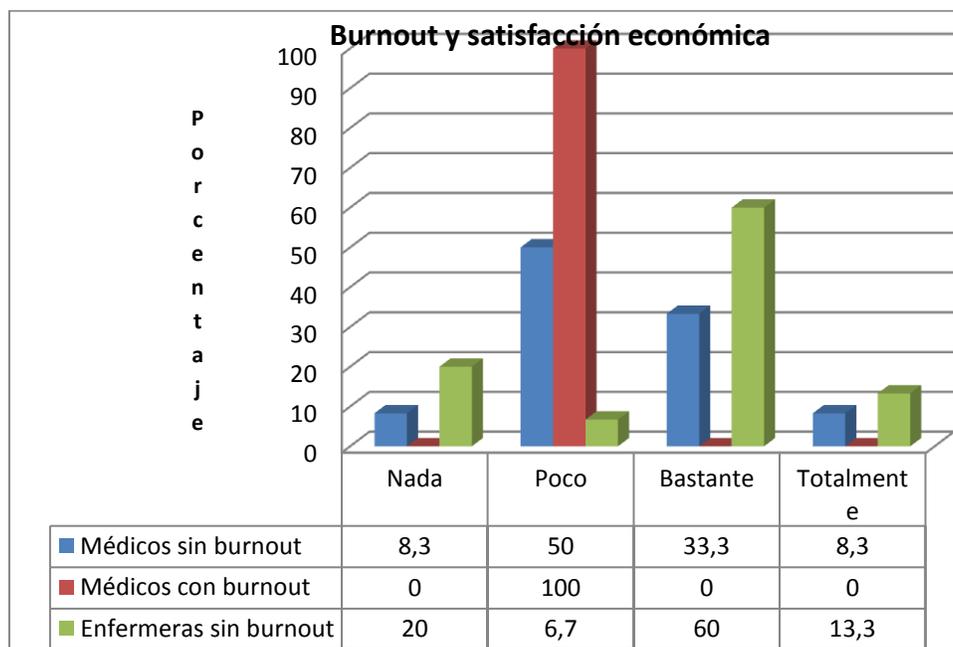
Gráfico 22



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Análisis: El gráfico 23 expresa la satisfacción de los doctores por sus experiencias profesionales, donde, aquellos sin burnout en el 83% exponen bastante y el 17% total satisfacción. En el lado de los portadores, el 67% dice bastante y el 33% poca. Las enfermeras por su parte explican 50% bastante complacencia por su práctica y el otro 50% totalmente satisfechas.

Gráfico 23



Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El gráfico 24 referente a la satisfacción económica por parte de los servidores de las salud muestra que, en cuanto a los doctores sin burnout el 8,33% no está nada satisfecho con su economía, el 50% un poco, el 33,3% bastante y un 8,33% totalmente satisfecho. En el caso de los médicos portadores del síndrome, el 100% dice estar poco complacidos, y finalmente las enfermeras quienes no calificaron como portadoras de burnout, exponen en un 20% ninguna satisfacción, 6,7% poca, 60% bastante y 13,3% totalmente.

5.2. CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTORY MBI

A continuación se presentan los resultantes de la aplicación del cuestionario MASLACH BURNOUT INVENTORY MBI. La secuencia de las representaciones es: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

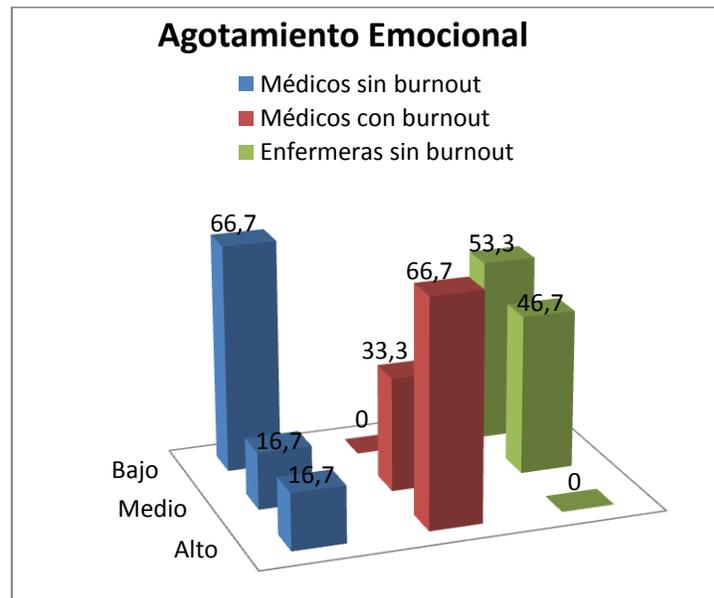
Tabla 8

MASLACH BURNOUT INVENTORY MBI							
COMPONENTE		MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Agotamiento Emocional	Bajo	8	66,7	-	-	8	53,3
	Medio	2	16,7	1	33,3	7	46,7
	Alto	2	16,7	2	66,7	-	-
Despersonalización	Bajo	12	100	1	33,3	15	100
	Medio	-	-	1	33,3	-	-
	Alto	-	-	1	33,3	-	-
Realización Personal	Bajo	-	-	-	-	-	-
	Medio	-	-	-	-	1	6,7
	Alto	12	100	3	100	14	93,3

Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory MBI

La tabla 7 es un cuadro resumen del MBI con sus tres componentes fundamentales como son: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización personal, cada uno de ellos analizado en sus tres respectivas modalidades de cualificación, es decir, bajo, medio y alto.

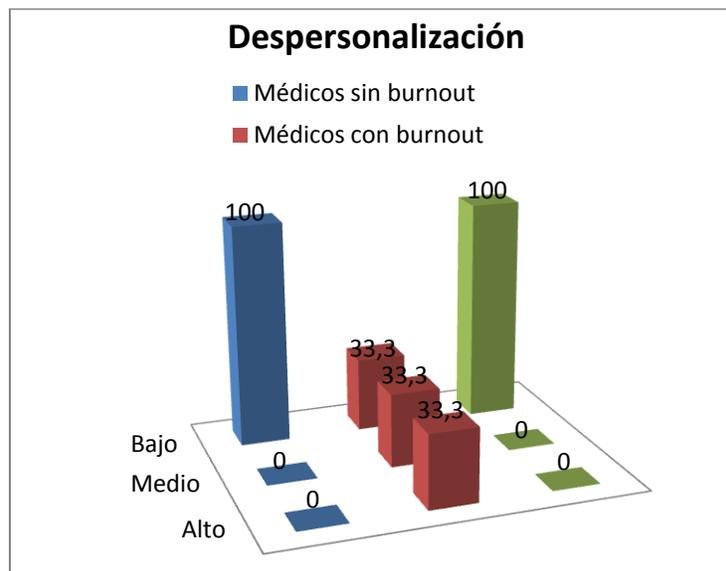
Gráfico 24



Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory MBI

Los médicos de la población sin burnout presentan un Agotamiento Emocional: bajo 66.7%; mediano 16%; y alto 17%. Sus compañeros calificados con el síndrome exponen el 67% alto, el 33% bajo. Las enfermeras sin burnout se sitúan en el 46,7% para medio y 53,3% bajo.

Gráfico 25

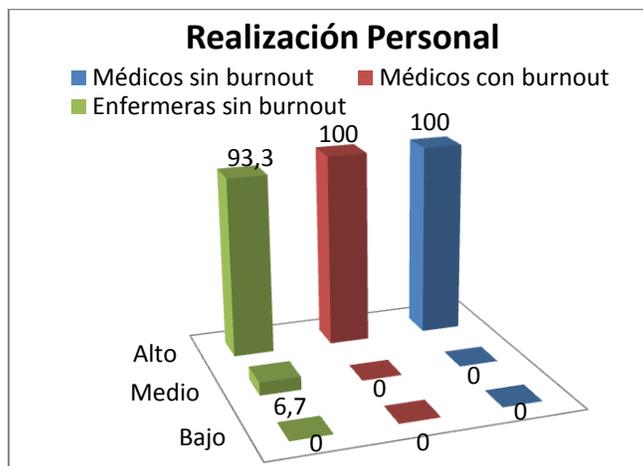


Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory MBI

En cuanto a la Despersonalización, el cien por cien de doctores sin burnout se encuentra en el nivel bajo; pero los portadores en el 33 % exhiben alta despersonalización,

otro 33% media, y 34% baja. Por su lado las enfermeras, el 100% de ellas califica en el nivel bajo.

Gráfico 26



Fuente: Cuestionario Maslach Burnout Inventory MBI

El gráfico 35 deja ver que todos los médicos se ubican en el nivel más alto de la realización personal. Las enfermeras en cambio, el 6,7% de ellas en el nivel medio y el 93,3% en lo alto.

5.3. CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL GHC28

Lo que se expone a continuación son los resultados obtenidos en el CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL GHC28, donde se examinan los Síntomas Psicósomáticos, Ansiedad, Disfunción Social y Depresión, cada una de estas variables en las respectivas poblaciones de médicos sin burnout, médicos con burnout y enfermeras sin burnout.

Tabla 9

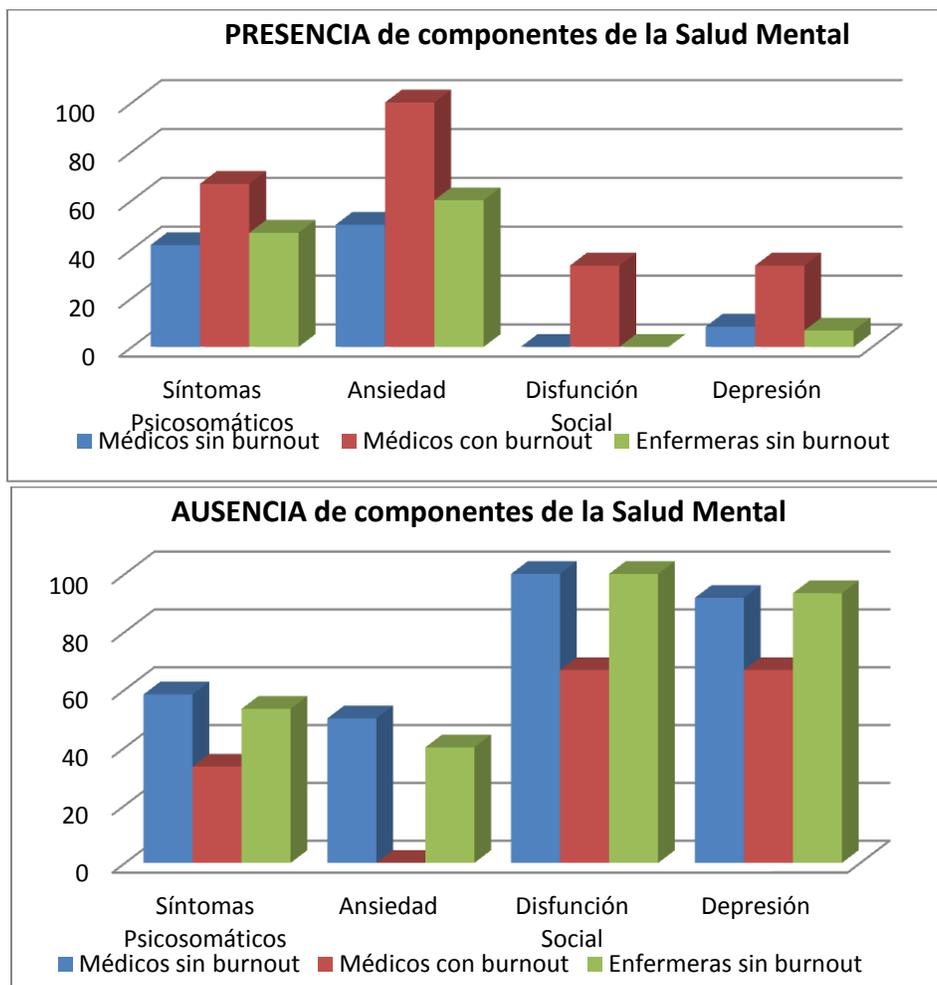
CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL GHC28							
PRESENTA		MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
		Fr	%	Fr	%	Fr	%
Síntomas Psicósomáticos	Si	5	41,7	2	66,7	7	46,7
	No	7	58,3	1	33,3	8	53,3
Ansiedad	Si	6	50	3	100	9	60
	No	6	50	0	0	6	40

Disfunción Social	Si	0	0	1	33,3	0	0
	No	12	100	2	66,7	15	100
Depresión	Si	1	8,3	1	33,3	1	6,7
	No	11	91,7	3	66,7	14	93,3

Fuente: Cuestionario de Salud Mental GHC28

En la tabla 8 se pone de manifiesto los compendios que analiza el Cuestionario de Salud Mental GHC28 como son: síntomas psicósomáticos, ansiedad, disfunción social y depresión, cada una de ellas en la disyuntiva de presencia o ausencia del respectivo síntoma para las poblaciones participantes indicando la frecuencia con su pertinente porcentaje.

Gráfico 27



Fuente: Cuestionario de Salud Mental GHC28

En el gráfico 28, la población de médicos sin burnout, el 41.675% de personas manifiestan síntomas psicósomáticos, pero el 58.33% no los presentan; en cuanto a la ansiedad, 50% la expresan y el otro 50% no; referente a la disfunción social el 100% de ellos la muestra; relativo a depresión 8,3% la expone, y 91,7% no. Por su parte los doctores que portan el síndrome, el 66,7% exterioriza síntomas psicósomáticos, el 33,3% no; el 100% demuestra ansiedad; la disfunción social se despliega positiva el 33,3% y negativa el 66,7%; la depresión se ejemplifica en el 33,3% de ellos, pero no lo hace en el 66,7%. Finalmente las enfermeras que no presentan burnout en lo conexo a los síntomas psicósomáticos, 46,7% de ellas la ostentan y el 53,3% no; la ansiedad se muestra en el 40% y en el 60% no; la disfunción social no se evidencia en el 100%; pero la depresión si se expresa en el 6,7% de ellas en tanto que en el 93,3%, no lo hace.

5.4. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO BRIEF-COPE

A partir de este punto se ponen de manifiesto los resultados del CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO BRIEF-COPE.

Tabla 10

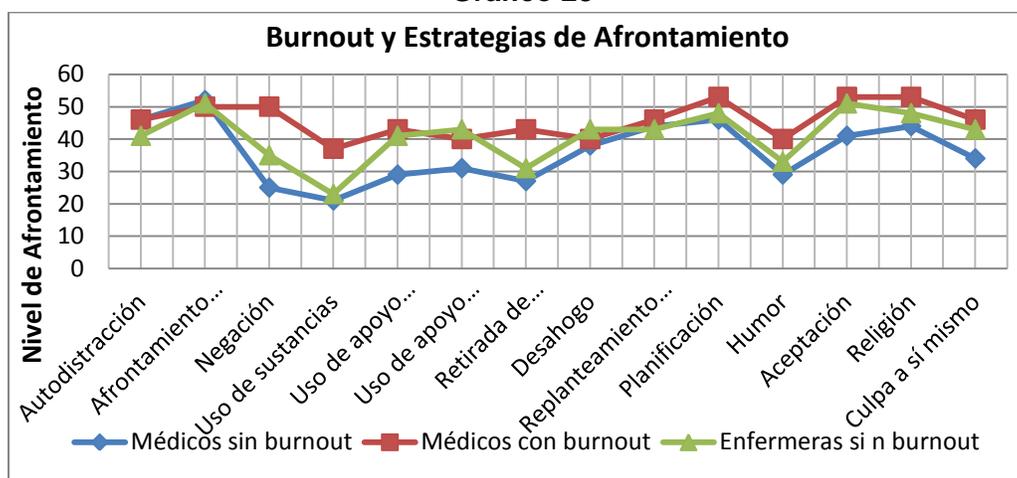
CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO BRIEF-COPE						
ESTRATEGIA	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
	Σ	Media	Σ	Media	Σ	Media
Autodistracción	55	4,6	14	4,6	61	4,1
Afrontamiento activo	62	5,2	15	5	76	5,1
Negación	30	2,5	15	5	52	3,5
Uso de sustancias	25	2,1	11	3,7	34	2,3
Uso de apoyo emocional	35	2,9	13	4,3	62	4,1
Uso de apoyo instrumental	37	3,1	12	4	64	4,3
Retirada de comportamiento	32	2,7	13	4,3	47	3,1
Desahogo	45	3,8	12	4	64	4,3
Replanteamiento positivo	53	4,4	14	4,6	64	4,3
Planificación	55	4,6	16	5,3	72	4,8

Humor	35	2,9	13	4	49	3,3
Aceptación	49	4,1	16	5,3	76	5,1
Religión	53	4,4	16	5,3	72	4,8
Culpa a sí mismo	41	3,4	14	4,6	65	4,3

Fuente: Cuestionario de Afrontamiento BRIEF-COPE

La tabla 9 despliega las estrategias de afrontamiento utilizadas por los servidores de salud que participaron en este estudio, cada una de ellas ostenta la sumatoria y su promedio respectivo bajo las pertinentes poblaciones encuestadas.

Gráfico 28



Fuente: Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE)

Análisis: Algunas Estrategias de Afrontamiento usadas por esta población de médicos sin burnout como la Auto Distracción y el Afrontamiento Activo, alcanzan niveles de mayor asiduidad en comparación con aquellos de menor hábito como el uso de sustancias o la negación. En cuanto a los doctores con el síndrome, su respectiva línea de unión de los puntos indica el nivel de Afrontamiento de cada una de las diferentes estrategias, de donde lo más destacable es la poca variación de uso de las mismas, existiendo un ancho de banda de variación de cinco puntos dentro de un máximo de 16 y un mínimo de 11 en el nivel de afrontamiento. Las enfermeras que califican con burnout despliegan una distribución de puntos indicadores del nivel de afrontamiento recorre con una variación máxima de 42 puntos entre el nivel más alto como es el afrontamiento activo y la aceptación y el más bajo en este caso el Uso de Sustancias. El resto de actividades o estrategias de afrontamiento se ubican entre los dos puntos extremos anotados.

5.5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

El cuestionario siguiente que se expone es el correspondiente al Apoyo Social expresado de igual forma que los anteriores, es decir, en primer lugar los datos resultantes de la población de médicos sin burnout; luego la de los médicos con burnout; y finalmente las enfermeras sin burnout.

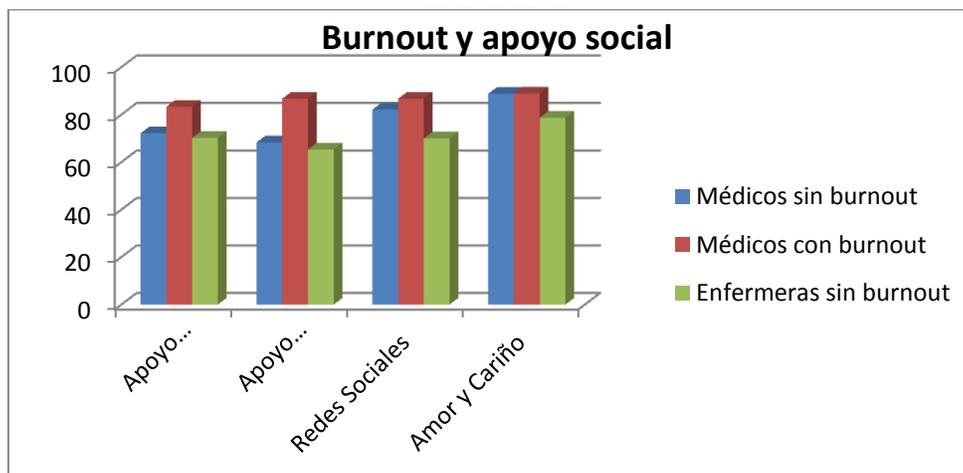
Tabla 11

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL AS						
APOYO SOCIAL	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
	Σ	Media	Σ	Media	Σ	Media
Apoyo Emocional	872,5	72,2	250	83,3	1052,5	70,2
Apoyo Instrumental	820	68,3	260	86,7	980	65,5
Redes Sociales	985	82,1	260	86,7	1050	70
Amor y Cariño	1066,7	88,8	266,7	88,9	1180	78,7

Fuente: Cuestionario de Apoyo Social

Análisis: La tabla 10 desarrolla los compendios de apoyo social utilizadas por los servidores de salud que participaron en esta exposición, cada una de ellas ostenta la sumatoria y su promedio respectivo bajo las pertinentes poblaciones encuestadas.

Gráfico 29



Fuente: Cuestionario de Apoyo Social

Para los doctores sin burnout, se produce una media de 72,2 puntos de uso de apoyo emocional, 68,3 en apoyo instrumental, 82,1 en redes sociales y 88,8 en amor y cariño; los médicos con el síndrome se expresan así: 83,3 puntos en apoyo emocional, 86,7 en apoyo instrumental e igual para redes sociales, y un 88,9 para amor y cariño; las

enfermeras sin burnout se distribuyen de la siguiente manera: 70,2 puntos en apoyo emocional, 65,3 para apoyo instrumental, 70 en redes sociales y 78,7 para amor y cariño.

5.6. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD EPQR-A

Los resultados de este test al igual que los anteriores están en la misma secuencia, es decir: primero los médicos sin burnout, seguidos por los portadores del síndrome y finalmente las enfermeras.

Tabla 12

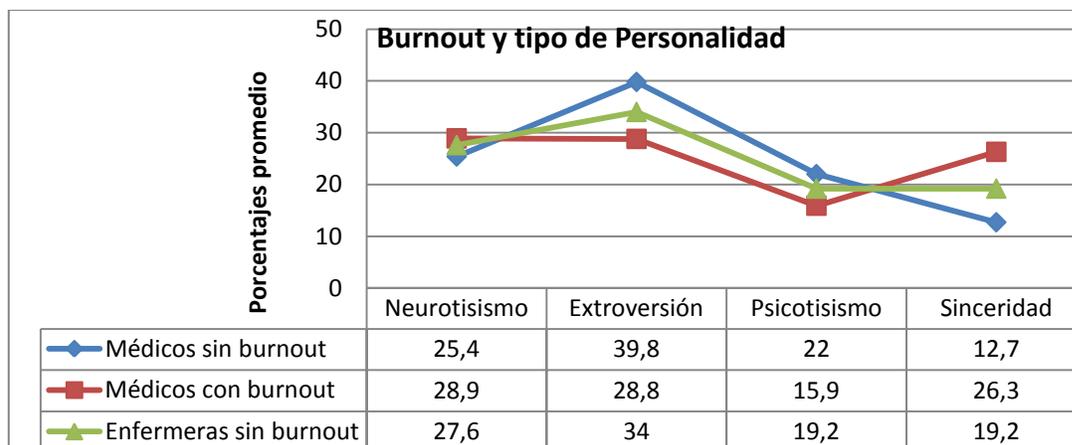
CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD EPQR-A						
TIPO	MÉDICOS SIN BURNOUT		MÉDICOS CON BURNOUT		ENFERMERAS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
Neurotismo	30	25,4	11	28,9	43	27,6
Extroversión	47	39,8	11	28,9	53	34
Psicotismo	26	22	6	15,9	30	19,2
Sinceridad	15	12,7	10	26,3	30	19,2

Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR-A

Elaboración: Rodrigo Yerovi

La tabla 11 correspondiente al Cuestionario de Personalidad EPQR-A muestra los tipos de personalidad: neurotismo, extroversión, psicotismo y sinceridad en frecuencias y porcentajes promedio, bajo cada una de las poblaciones participantes.

Gráfico 30



Fuente: Cuestionario de Personalidad EPQR-A

En la población de médicos sin burnout se presenta el neurotisisismo 25,4%; extroversión 39,8%; psicotisisismo 22%; y sinceridad 12,7%. Los doctores portadores del síndrome exponen neurotisisismo el 28,9%; extroversión 28,9%; psicotisisismo 15,8%; y sinceridad 26,3%. Finalmente las enfermeras sin burnout presentan 27,6% de neurotisisismo; 34% de extroversión; 19,2% de psicotisisismo; y 19,2% de sinceridad.

CAPÍTULO 6: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Un dato de suma importancia que debe tomarse en cuenta durante esta discusión de resultados obtenidos, es el hecho de que todos los participantes en las encuestas que aquí se exponen fueron voluntarios y como nos recuerda José María García García, (2010), que entre las características de aquellos que padecen burnout, está su apatía permanente a participar en actividades conjuntas como las de investigación.

6.1. DISCUSIÓN CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL

El **Cuestionario Sociodemográfico y Laboral** se encuentra establecido sobre los resultados del MBI por un lado y por otro se trata de un sondeo ad hoc diseñado para esta investigación donde se recolectan datos como la edad, estado civil, número de hijos, tiempo de experiencia profesional, satisfacción en el trabajo entre otros, los cuales serán analizados en detalle a continuación:

En lo que tiene que ver con el **género**, los resultados muestran que (ver gráfico 1), los médicos sin burnout establecen una diferencia del 67% de mujeres frente al 33% de hombres; En cambio en aquellos que dieron positivo para el síndrome los resultados se invierten con un 67% en hombres frente al 33% de mujeres. Con las enfermeras que aplicaron no se encontró afectación del síndrome. La literatura revisada en cuanto a este aspecto se corresponde con los resultados que aquí se muestran, o mejor dicho, mientras unos autores han encontrado que la afectación es mayor en las mujeres, se citan a Atance, (1997); Marisa Salanova y col. (2008); Enrique Castañeda y col. (2010), otros autores han encontrado que son los varones los más aquejados, son citados Lozano y Montalbán, (1999); Muñoz y col. (2001). Una tercera opinión de autores como Parkes,

(1998); Armand Grau y col. (2009), consideran que el sexo es más bien una variable moderadora sin mostrar un efecto global y constante.

En el aspecto **edad** (observar tabla 1), los resultados manifiestan que el promedio de aparición del burnout está alrededor de los 34 años, cifra un tanto menor a los promedios encontrados por investigadores como Muñoz y col. (2001), donde consta que el mayor grado de burnout aparece entre los 40 a 45 años y en edades posteriores se encuentra una disminución, este último criterio es compartido por Evelin Noelia Sosa, (2007). Un discernimiento contrario aparece en la Revista Electrónica Motivación y Emoción R.E.M.E., (2011), donde explican que el síndrome aumenta con la edad como también aumenta la sobrecarga laboral, la responsabilidad y es mayor en el género femenino.

Donde reflejó una mayor incidencia de burnout en el caso de los médicos **solteros** con un 67% y **viudos** 33% (tabla 4), aunque el cien por cien de médicos que presentan burnout compartían su **vivienda** (gráfico 3) con algún familiar, frente al 17% de galenos que viven solos y que no presentaron el síndrome. La literatura revisada no presenta homogeneidad respecto al estado civil aunque (Cristina Ortega Ruiz y col., 2004, citando a Atance, 1997) los divorciados y separados, exponen baja realización personal.

Un dato “curioso” se presenta en los médicos en lo que tiene que ver con la pregunta que averigua si *atienden a personas con riesgo de muerte*, quienes no dan muestras de burnout y los que sí lo presentan tienen el mismo porcentaje (tabla 4), y muy parecido ocurre cuando se inquiera en el número de pacientes **fallecidos** (tabla 5 y gráfico 12), con los que haya tenido relación en los últimos meses. Pues es “vox pópuli” en la literatura dedicada a los estudios del burnout que un factor en la etiología y desarrollo del síndrome es la cercanía con el dolor y la muerte.

Cuando se pidió cuentas sobre la percepción hacia su **valoración** profesional se preguntó: ¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? (gráfico 15), las contestaciones exteriorizaron diferencias muy significativas entre ambos grupos, así: Los médicos que no presentaron el síndrome informaron sentirse “bastante valorados” un 58% y el 42% restante afirmó sentirse “totalmente valorado”. Por su lado los afectados indicaron un 67% ser “bastante valorados” y el 33% se ubicó como “poco valorados”. En esta misma

pregunta, las respuestas de las enfermeras fueron: 27% totalmente valoradas; 53% bastante; y un 20% poco valoradas. La siguiente pregunta sobre valoración fue: ¿Cuán valorado se siente por los familiares de los pacientes? (gráfico 16), las respuestas de los médicos sin burnout fueron: 33% totalmente; 59% bastante; y 8% poco. Los afectados del síndrome se desplegaron así: 67% bastante; y 33% poco valorados. Las enfermeras expusieron de la siguiente manera: 73 % bastante; y 27% poca valoración. La siguiente pregunta fue: ¿Cuán valorado se siente por sus compañeros de profesión? (gráfico 17), y estas fueron sus expresiones: Doctores sin afectación: 92% bastante; y 8% totalmente valorados. Con afectación: 67% bastante; y 33% poco. Las enfermeras ostentaron un 53% de bastante valoración y el 47% se sintieron totalmente valoradas por sus colegas. La pregunta final sobre la valoración fue: ¿Cuán valorado se siente por los directivos de la institución? (Gráfico 18), estas fueron las contestas: Galenos sin burnout: 17% totalmente valorados; 50% bastante; 25% poco; y 8% nada valorados. Galenos con Burnout: 33% bastante; y 67% poco valorados. Las enfermeras expusieron: 20% totalmente; 67% bastante; y 13% poco valoradas. En esta variable de **valoración** expuesta en las cuatro preguntas arriba mencionadas, se evidencia con claridad como los componentes de la **autoestima** (que muy bien podrían ser expresiones negativas del **ego** como ya mencionamos), están profundamente imbricadas con la persona humana aún más que cualquiera de los elementos materiales y económicos estudiados. En la bibliografía revisada en conexión a los sentimientos de la valoración se encuentran de alguna manera expresados en la “satisfacción en el trabajo” Consuelo Morán Astorga, (2008), y en la “motivación” Muchinsky, (2005). Sin embargo cabe intercalar en este punto que las preguntas sobre la percepción de valoración, han sido plenamente acertadas para los objetivos propuestos en este trabajo.

A continuación se inquirió sobre la “**satisfacción**” en diferentes instancias del que hacer médico y de enfermería, para lo cual se procedió con las consiguientes seis interrogaciones:

Pregunta 1.- *¿Está satisfecho con el trabajo que realiza?* (Gráfico 19). Los indicadores la falta de contentamientos por su diaria labor en los afectados por el síndrome, tal parece que no les gusta lo que hacen. Al pasar revista a los estudios realizados encontramos que la insatisfacción por el trabajo se da por fases, por ejemplo Wilfredo A. Martínez, (2010), opina que en el “Nivel 2” de desarrollo del burnout (como se

ha establecido en el Marco Teórico Capítulo 3, subtítulo 3.1.5. Fases y Desarrollo del Síndrome de Burnout).

A la pregunta 2.- *¿Está satisfecho en su interacción con los pacientes?* (gráfico 20). Los médicos con burnout respondieron así: el 67% anotaron bastante; y un 33% nada satisfechos en su interacción con los pacientes. Las enfermeras se pronunciaron un 47% totalmente, 46% bastante y 7% poco satisfechas en su interacción con los pacientes. Al igual que en la pregunta anterior, las diferencias entre quienes sufren el síndrome y los que no, se formulan de manera innegable al expresar su satisfacción, o insatisfacción.

Pregunta 3.- *¿Está satisfecho con el apoyo brindado por parte de los directivos de la institución?* (gráfico 21) He aquí las contestas: Doctores sin burnout: 17% totalmente, 25% bastante, 50% poco, y 8% nada; Doctores con burnout: 67% poco, y 33% nada; Las enfermeras dijeron: 14% totalmente, 72% bastante, y 14% poco. Como puede observarse la burocracia hace sus estragos en todos los estamentos de la comunidad de servidores de la salud (y la sociedad en general), quienes no lo “saben sufrir” sobrellevan las consecuencias del burnout.

Pregunta 4.- *¿Está satisfecho con la colaboración entre compañeros de trabajo?* (gráfico 22). Y las respuestas fueron: Médicos sin burnout: 17% totalmente, 67% bastante, y el restante 16% poco; Médicos con burnout: el 100% bastante satisfechos; Por su lado las enfermeras dijeron: 40% totalmente, 53% bastante, y 7% poco. En lo que concierne al ambiente de trabajo (lo que incluye la pregunta anterior), Paredes G. Olga L., (2009), expone que “el reflejo del síndrome en los profesionales de la salud se evidencia en insatisfacción y deterioro del ambiente laboral, disminución de la calidad de trabajo y del servicio prestado”.

Pregunta 5.- *¿Está satisfecho con la valoración global de su experiencia profesional?* (gráfico 23) He aquí las respuestas: Galenos si afectación del burnout: 17% totalmente, 83% bastante; Galenos con afectación: 67% bastante, 33% poco; y las enfermeras afirman: 50% totalmente, y 50% bastante. Nuevamente observamos con claridad las diferencias entre quienes se encuentra afectados con aquellos que no lo están.

Pregunta 6.- *¿Está satisfecho con su situación económica?* (gráfico 24). En esta pregunta no hay una tendencia clara de la economía a convertirse en un factor preponderante en la fuente y progreso del burnout, más bien aparece como (en las inconstantes género y edad), una variable moderadora. En este sentido, es citado Armand Grau y col., (2009).

6.2. DISCUSIÓN CUESTIONARIO MASLACH BURNOUT INVENTOTY (MBI)

Los resultados que arrojaron las encuestas en referencia al **Agotamiento Emocional** (Gráfico 25), se expresaron de la siguiente manera: Médicos sin burnout: el 67% tuvieron puntuaciones consideradas de nivel Bajo, el 16% Medio, y el 17% Alto; Los médicos con burnout puntuaron así: el 33% Medio, y el 67% puntuaron Alto; Las enfermeras, obtuvieron los siguientes puntajes: 53% Bajo, y el 47% Medio. Varios autores consideran al Agotamiento Emocional como el indicador principal al rededor del cual gira el burnout y por los resultados obtenidos vemos corroborar esta apreciación. En este punto nuevamente la “variable ego” no estudiada, se hace presente en la modalidad de la “influencia personal” a través del prestigio, que según el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, (citando a Schaufeli y Enzmann, 1998), dice que entre las características se encuentra el sentimiento de reducida competencia, motivación y desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo que es denunciada en primer lugar por los compañeros de trabajo antes que por el aludido debido al “temor de perder el prestigio ganado”, como se ha insistido, en este caso la pretendida y mediática competición de “importancia personal”, le impide al individuo pedir ayuda y esto bien podría tratarse de un fuerte motivo de desgaste con el consiguiente cansancio emocional.

Las réplicas obtenidas para apreciar la **Despersonalización** (Gráfico 26) fueron: Por parte de los doctores sin burnout, el cien por cien calificaron dentro del nivel Bajo (Ver tabla 88); En cambio aquellos que conllevan el síndrome puntuaron así: 34% Bajo, 33% Medio, y 33% Alto; Las enfermeras en el 100% registraron Bajo. Por lo aquí expuesto, se confirma lo definido por el MBI. La despersonalización se ha podido evidenciar en actitudes de cinismo o desvergüenza que el observador, o la persona increpada, difícilmente pueden dar una interpretación positiva hacia esas actitudes y más bien por el contrario, puede ser comentada en detrimento del prestigio del profesional y hacerse extensivo a la institución como suele suceder.

En cuanto a la **Realización Personal**, las respuestas obtenidas en la aplicación del cuestionario mostraron que todos los participantes puntuaron en el nivel Bajo (revisar gráfico 27), excepto un 7% de enfermeras que se ubicó en el nivel Medio. Con esto confirmamos que en cuanto a esta escala, nuestros servidores de la salud se encuentran realizados en forma positiva o al menos están en el camino hacia ello. Por inferencia de esta medida en los médicos afectados por el síndrome, se puede colegir que no todo está perdido, aún quedan importantes posibilidades de recuperación del ser humano para su encausamiento hacia un servicio de calidad y calidez y el perfeccionamiento de una verdadera autoestima.

6.3. DISCUSIÓN CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHC28)

Este cuestionario ha sido aplicado en cuatro subescalas a saber: Síntomas Somáticos, Ansiedad e Insomnio, Disfunción Social, y Depresión grave (considerar la tabla 8 y el gráfico 28). Se han obtenido resultados en cada una de estas subescalas señalando en porcentajes la ausencia (No caso), o presencia (Caso), de lo que se está midiendo como se inscribe el siguiente cuadro:

Tabla 13
Cuadro resumen del Cuestionario GHC28

	Médicos sin burnout		Médicos con burnout		Enfermeras sin burnout	
	%		%		%	
	Caso	No caso	Caso	No caso	Caso	No caso
Síntomas Somáticos	42	58	76	33	47	53
Ansiedad e Insomnio	50	50	100	-	60	40
Disfunción Social	-	100	33	67	-	100
Depresión	8	92	33	67	7	93

Fuente: Cuestionario de Salud Mental GHC28

En verdad, hablar de Salud Mental resulta casi un eufemismo en la actualidad ya que, la OMS ha reconocido como un **“DERECHO HUMANO”** el derecho a la **salud integral** definido como el completo estado de **bienestar físico, mental y social**. Por supuesto que se trata de un idealismo ya que no se ve la manera cómo habría de

cumplirse con este derecho. Desde esta situación se debe inferir que los entrevistados según las calificaciones alcanzadas en el cuestionario aplicado, los médicos y las enfermeras sin burnout tan solo en la escala que mide la “Disfunción Social” cumplen a plenitud una vida saludable, en las demás escalas indicadas existe algún indicativo de algún malestar que afecta en alguna medida a uno o varios de los analizados. Se debe puntualizar también que la subescala indicadora de “Ansiedad e Insomnio”, es la que tiene las puntuaciones más altas de afectación en todos los participantes señalando de manera específica a quienes padecen el síndrome porque el cien por cien de ellos imputa significativos grados de insomnio y ansiedad.

Se puede desprender desde los enunciados de normalidad de la OMS, o las declaraciones de los Derechos Humanos de la ONU que la idea de “normal” reducida a un dato estadístico, se trata sobre todo de un “acuerdo social” (frase asignada a la legislación), y que las leyes son los límites de esa “normalidad” que en muchos casos se convierte más bien en una camisa de fuerza, en especial para aquellas culturas que no participan de los foros que “normalizan” el comportamiento humano según sus “visiones científicas”, sus requerimientos, desconocimientos y/o sus conveniencias. Por ejemplo el DSM-IV está lleno hasta el tope de clasificaciones que se erigen sobre la base de una idea de “normalidad”, sin tomar en cuenta que el conjunto de organizaciones científicas internacionales que se reúnen para elaborar ese manual no representan a todas las culturas del planeta, lo que indica que lo que es “normal” para algunos pueblos, no necesariamente los es para todos. Por ejemplo (un comportamiento cultural aunque un tanto fuera de contexto pero que implica ansiedad y es necesario para el colofón de este apartado), para una comunidad kichwa en las alturas Andinas entre los límites de Perú y Bolivia, comer en público o que otras personas los vean alimentarse, es más vergonzoso a que los vean teniendo relaciones sexuales. ¿Cómo clasificarían estos comportamientos culturales los participantes de los foros que encasillan la “normalidad” de las relaciones sexuales y el acto de alimentarse en el marco del DSM-IV?

Siguiendo la ilación del ejemplo anterior, muchos síntomas psicossomáticos podrían ser manifestaciones etiológicas por causas culturales enfrentadas y aún no resueltas y/o juzgadas con sesgo en favor de la cultura dominante que realiza ingentes inversiones económicas y de recursos, cuyos representantes son quienes hacen de juez y parte.

Entonces en estos casos, la ansiedad, la disfunción social y la depresión también podrían ser serían producto de ello.

6.4. DISCUSIÓN DE LA ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE EVALUACION DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Cuando evaluamos las estrategias de afrontamiento a los participantes médicos y enfermeras (cotejar tabla 9 y gráfico 29), los resultados de aquellos a quienes no se les adjudica padecer el síndrome de burnout en comparación con los que sí lo presentan, no son tan grandes las diferencias en la mayoría de las estrategias, quizá porque de alguna manera todos tienen problemas que resolver, por lo que podría inferirse que el límite entre padecer o no el síndrome es una delgada y opaca línea. Los indicadores donde las diferencias son mínimas (uno a tres puntos porcentuales), o nulas son las estrategias como Auto Distracción, Afrontamiento Activo, Desahogo y Replanteamiento Positivo. Una segunda línea de diferencias con espacios significativos entre 11 y 14 puntos porcentuales está representada por las estrategias como el Uso de Apoyo Instrumental, la Planificación, el Humor y la Religión. La tercera línea de estrategias donde se marcan las grandes desigualdades (hablamos entre 15 a 50 puntos porcentuales) se alinean en el siguiente orden: Culpa a Sí Mismo 15 puntos; aceptación 18; Uso de Apoyo Emocional 20; Retirada de Comportamiento 25; Uso de Sustancias 35; y Negación, 50 puntos porcentuales de diferencia. Como se observa, la Negación es lejos la estrategia más utilizada por aquellos a quienes se les imputa el tormento llamado burnout seguida de cerca por el Uso de Sustancias y un tanto más distante pero con significativo puntaje se encuentra la Retirada del Comportamiento que en alguna medida es lo que más se acerca a otra forma de ocultar o negar el problema.

6.5. DISCUSIÓN CUESTIONARIO **MOS** DE APOYO SOCIAL

Los resultados obtenidos en esta encuesta pueden ser probablemente los más discutidos, debido a que las afirmaciones en pro y en contra de los que significa y como debería considerarse el apoyo social, son renovadas e inclusive incompatibles. Por ejemplo Torres G. y cols., (2010), afirman que (citando a Landero y González, (2006), el apoyo social es un amplio constructo que puede ser definido según el propósito de cada estudio en cuestión. De acuerdo a Gil-Monte, Pedro R., (2005), los efectos directos del apoyo social

sobre los niveles de agotamiento emocional estarían explicados por la falta de apoyo social en el trabajo.

Nuestros encuestados médicos y enfermeras han dejado en evidencia la necesidad urgente de apoyo social permanente ya sea que padezcan o no el síndrome de burnout. En este sentido la percepción de la falta de apoyo emocional, es evidente en los médicos que padecen burnout, es decir que quienes no presentan el síndrome, expresan sentirse más apoyados emocionalmente (comprobar con tabla 10 y gráfico 30).

En referencia al Apoyo Instrumental entendido como el hecho de solicitar ayuda y consejo especializado cuando el individuo se halla en problemas que no puede remediar por sí mismo, y a las Redes Sociales, es decir los círculos de amigos, profesionales, parientes y allegados, con los que cuenta un sujeto para compartir, las tres divisiones que se han hecho: Médicos sin burnout; Médicos con burnout; y Enfermeras sin burnout, alcanzan volúmenes semejantes en la distribución de escalas por porcentajes (analizar gráfico 30).

De los resultados obtenidos se puede inferir que los factores que comparten al más alto nivel, médicos y enfermeras padezcan o no el síndrome son: la familia (enmarcado en el apoyo instrumental), y los afectos, es decir, sentirse amados, respetados, necesitados, admirados, en definitiva tomados en cuenta.

6.6. DISCUSIÓN CUESTIONARIO REVISADO DE PERSONALIDAD DE EYSENCK. EPQR-A

Para hacer un análisis un tanto más atinado, parece conveniente empezar con el último de los factores aplicados, es decir con el elemento **Sinceridad** porque es el factor que alcanza las mayores diferencias y podría considerarse de alguna manera como un indicador manifiesto a manera de catalizador de los otros componentes analizados. De aquí en adelante podemos inferir que los porcentajes correspondientes a los otros elementos citados, seguramente son bastante diferentes a los alcanzados por los mismos participantes. En el factor Sinceridad, los médicos que padecen burnout alcanzan los porcentajes más elevados comparados con sus colegas y las enfermeras, lo que puede interpretarse que son personas en las que su palabra adquiere mayor crédito, tratan de

dar una mejor impresión de su sinceridad al compartir con otras personas y sus pacientes, o son los doctores más “buena gente”, o que dejan caer la verdad con la delicadeza de un “Buldócer” (observar tabla 11). En cambio los médicos y enfermeras sin burnout suelen ser versátiles e interesantes en temas que el medio social disfruta, o dicho en otras palabras, no van directo al grano y prefieren dar algún rodeo cuando comparten con su medio social (examinar gráfico 31).

Los resultados obtenidos en el factor **Neuroticismo** por ejemplo, son ligeramente más altos en los individuos que presentan el síndrome (entre dos y cuatro puntos porcentuales), lo que indica que alcanzan niveles más altos de ansiedad, preocupación con tendencia a bruscos cambios de humor, son personas emotivas con reacciones excesivas ante la presencia de estímulos que tardan más tiempo en volver a su nivel emocional normal, se preocupan en exceso porque las cosas podrían salir mal (en una entrevista personal un médico calificado con el síndrome decía, “...quisiera hacer más por los pacientes pero no me alcanza el tiempo, o debo buscar otros recursos, o no me dejan... no sé qué hacer...”).

Las derivaciones en cuanto a **Extraversión** por parte de los médicos con burnout expresan una amplia diferencia respecto de aquellos que no lo presentan, permitiendo inferir que los que padecen el síndrome son bastante más introvertidos que sus adláteres ya sean enfermeras y médicos en particular, son personas retraídas e introspectivas, reservadas y distantes excepto con amigos íntimos con una tendencia a planificarlo todo y desconfiar de los impulsos, son muy serios, ordenados y no les gusta la animación, mantienen sus sentimientos bajo control, son fiables aunque un tanto pesimistas que otorgan mucho valor a las normas éticas. La introversión entre otras cosas impide la catarsis que suele realizarse “normalmente” al recapitular el trabajo diario entre compañeros, o en el hogar con los familiares y de manera particular cuando se acude a un terapeuta. El compartir los problemas que son propios del trabajo, “los gajes del oficio” con los pares, coadyuva a sobrellevar y superar inconvenientes que de lo contrario pueden volverse crónicos y formar el “caldo de cultivo” del burnout.

Las resultas alcanzadas en el factor **Psicoticismo** también muestran amplias distas entre los médicos portadores del síndrome comparados con los que no lo portan, hasta siete puntos porcentuales (explorar tabla 11). En estas diferencias los porcentajes

son sensiblemente menores en los doctores con burnout, es como si el síndrome se exacerbara en mayor grado con los médicos que se preocupan más por sus pacientes, con aquellos que buscan la empatía, con los más “buena gente”, por ser más altruistas y emotivos, amables, responsables. Tal parece que el exceso de compromiso con los pacientes no trae buenas consecuencias, lo cual es difícil de asimilar frente a las exigencias de los servicios modernos de salud donde lo que se predica es mejorar la **calidad y calidez**, dos elementos implicados de alguna manera con el factor Psicoticismo.

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos enunciados en el capítulo 4 correspondientes a la metodología interpuesta, en los numerales 4.2.1., relacionado con el Objetivo General; y el 4.2.2., referente a los Objetivos Específicos, se concluye que:

En general se concluye que de acuerdo a la subescala de agotamiento emocional en los servidores de salud encuestados, estos se encuentran en niveles que van de la mitad hacia abajo.

En referencia a la subescala de **Despersonalización**, el promedio general entre todos los servidores de salud corresponde al nivel **bajo**. En la subescala de **Realización Personal** se concluye que el nivel promedio es muy **alto** en todos los participantes. Por lo tanto la conclusión es que en el “Hospital General Provincial Docente Riobamba” y en el “Área de Salud N° 6 Guano-Penipe” de la ciudad de Riobamba, se ha logrado a plenitud la meta trazada en el Objetivo General establecido en el capítulo 4, subtítulo 4.2.1.

En cuanto a los **Síntomas Psicosomáticos** existe un alto índice de incidencia de estos indicios en los servidores de salud que afecta al 42% de médicos sin burnout; al 67% de los doctores con burnout y al 47% de enfermeras sin el síndrome; Con respecto a la sintomatología de **Ansiedad**, la ocurrencia ocupa el 50% del personal médico que no porta el síndrome versus el cien por cien de doctores que si lo padecen y las enfermeras alcanzan el 60% con esas señales de ansiedad; La conclusión en los índices de **Disfunción Social** es que, salvo el 33% de la población que presenta el síndrome, el resto de colaboradores no presentan ningún caso de disfunción social; En la

sintomatología de **Depresión**, la conclusión es que este estado mental aqueja de alguna manera al 8% de médicos sin burnout; al 33% de doctores que portan el síndrome; y al 7% de la población de enfermeras.

Los encuestados perciben altos niveles de **Amor y Cariño** que proviene en lo fundamental de familiares y parientes cercanos; poseen **Redes Sociales** cuyos referentes son colegas, amigos y allegados que les son bastante satisfactorias; El **Apoyo Instrumental** entendido como la solicitud de ayuda o consejo para sobrellevar la situación es altamente positivo. En donde existe una baja, comparativamente con los otros factores enunciados es en el **Apoyo Emocional** en el cual se puede apuntar que en especial en lo médicos con burnout, este apoyo no completa sus expectativas y por lo tanto consideran que pueden afrontar mejor sus problemas en forma personal.

Quienes usaron elementos como: el *Afrontamiento Activo*, *Auto Distracción*, *Desahogo*, y *Replanteamiento Positivo*, posiblemente por el hecho de encontrar diferencias no significativas o nulas, no incidieron estos estilos de afrontamiento para admitir burnout; En los factores como: *Uso de Apoyo Instrumental*, *Planificación*, *Humor y Religión*, con una ocurrencia media entre 11 y 14 puntos porcentuales de diferencia, influyó de manera relativa para el padecimiento de burnout; Sin embargo la mayor intervención para la existencia del síndrome se encontró en los factores que debido a las distancias entre puntajes podrían ser concluyentes para la existencia de burnout en quienes colaboraron y que se alinean en el siguiente orden: (hablamos entre 15 a 50 puntos porcentuales de intervalo), *Culpa a Sí Mismo* 15 puntos; *Aceptación* 18; *Uso de Apoyo Emocional* 20; *Retirada de Comportamiento* 25; *Uso de Sustancias* 35; y *Negación*, 50 puntos porcentuales de diferencia entre los servidores de salud de las poblaciones que acompañaron en esta investigación.

Las diferencias entre médicos en cuanto a Neurotismo es 25,4% para los que no tienen burnout y 29% para los que si padecen. Las enfermeras que ninguna calificó con el síndrome obtuvo 27,6%. En conclusión el Neurotismo es bastante parejo entre todas estas poblaciones con una ligera discrepancia de entre 1,4 a 2,6 puntos porcentuales de mayor afectación en quienes califican con burnout.

En lo que se atribuye a Extroversión las distas son: 39,8% para médicos sin burnout; 29% para médicos con burnout; y 34% para enfermeras sin burnout. Las diferencias de 10,8 y 5 puntos porcentuales respectivamente de entre quienes sufren burnout de los que no, es una gran distancia para expresar de manera concluyente que el factor Extroversión incide fuertemente en la prevalencia del síndrome en las poblaciones que participaron de este tratado.

El análisis pertinente al Psicoticismo arroja los siguientes porcentajes: médicos sin burnout 22%; médicos con burnout 15,8%; Enfermeras sin burnout 19,2%. Aunque parezca paradójico pero, las discrepancias de 6,2 y 3,4 puntos porcentuales en favor de la exacerbación del Psicoticismo es concluyente en la prevalencia del burnout.

Examinando el factor Sinceridad se encuentra que: Médicos sin burnout obtienen el 12,6%; Médicos con burnout 26,3%; y enfermeras sin burnout 19,2% de sinceridad. En este aspecto se presenta otra paradoja porque este factor permite concluir que a mayor porcentaje de sinceridad, mayor prevalencia del síndrome de burnout.

CAPÍTULO 8: RECOMENDACIONES

A lo largo de este trabajo se han encontrado algunos aspectos que debido a la trascendencia alcanzada por del síndrome de burnout entre los servidores de la salud, se podrían tomar en cuenta para conseguir mejores precisiones encaminadas a mejorar la salud psicofísica de médicos y enfermeras, optimizar recursos, mantener y mejorar el prestigio de las instituciones dedicadas a los servicios de salud. Con esta finalidad se realizan las siguientes recomendaciones:

- a) La aplicación de cuestionarios para la determinación y prevalencia del burnout debería alcanzar la expresión de una política de la oficina de Talento Humano en todas las dependencias donde se brindan servicios de salud al público, porque cuando se cuenta solamente con participantes voluntarios aunque el beneficio resulta importante, es poco lo que se alcanza a lograr en la escala global de los servidores de la salud. Por otra parte se debe recordar que aquellos que padecen el síndrome, son los menos dispuestos a participar en este tipo de investigaciones paradójicamente debido a su padecimiento.

- b) La determinación del burnout en los profesionales de la salud no es suficiente, para que exista un proceso exitoso es imprescindible la aplicación de terapias encaminadas a ayudar a quienes padecen del síndrome. Por lo tanto es recomendable la implementación de ayudas terapéuticas dentro de las empresas y desde los centros de salud para que coadyuven los diagnósticos realizados.
- c) La mejor disposición para prevenir el burnout es la capacitación que debería proveerse a los servidores de la salud inclusive antes de ser parte de los equipos que trabajan en los distintos centros de salud, en las empresas, o de manera independiente. Esto mejoraría en forma notable la eficiencia y la eficacia en estos trabajadores, a la vez que se proveería de herramientas adaptativas de afrontamiento.
- d) Es recomendable establecer los límites de cada expresión egoica y definir y comunicar y/o publicar los alcances y demarcaciones del autoestima. Al parecer este podría constituirse en un tema particular de investigación.
- e) Una vez establecido el burnout con una fuerte incidencia social, profundamente imbricado con el aspecto cultural, sería recomendable investigar cómo afecta el entorno cultural y viceversa al síndrome del burnout. Otro tema de crucial importancia digno de ser tomado en cuenta para estudios futuros.
- f) Es imprescindible exhortar a las autoridades de salud de las respectivas instituciones, a que empiecen a tomar medidas de control técnico-científicas desde el departamento de Talento Humano o de Recursos Humanos, con respecto del burnout, solicitando el concurso en primer lugar del consejo especializado de Psicólogos Organizacionales para la determinación y manejo del síndrome.

CAPITULO 9: BIBLIOGRAFÍA

LIBROS Y TESIS DE GRADO

- Baena, (2006). Citado en la Tesis de Doctorado de José María García García, (2007).
- Beck, (1967). Citado por: Robert V. Kail y John C. Cavanaugh, (2006).
- Bernardo Moreno-Jiménez, José Luis González y Eva Garrosa, (2001), *Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud Percibida*. Madrid. Pirámide. pp 59- 83
- Berkman, (1985). Citado en Bernardo-Moreno Jiménez y cols. (2001).
- Bloch, (1977). Citado en José María García García, (2007).
- B. Roberto Colom Marañón, (2007), *Psicología de las diferencias individuales*. Madrid. Pirámide.
- Caballo, V. (1993). *Manual de evaluación y afrontamiento de las habilidades sociales*. Madrid siglo XXI de España Editores S.A.
- Charles G. Morris y Albert A. Maisto, (2005), *Psicología*. México. Pearson Educación.
- Cherniss, (1980). Citado en José María García García, (2007).
- Cherniss, C. (1993). *The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout*. (pp. 135-149). Washington D.C. Taylor & Francis.
- Consuelo Morán Astorga, (2008), *Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios Humanos*. México. Universidad de León.

- Consuelo Morán, René Landero y Mónica Teresa González, (2009), *COPE-28: análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. México. Universidad Autónoma de Nuevo León.
- Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos, 7 julio 2003, *El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. vol. 4. N° 1, pp. 137-160. doi: frlopez@ual.es
- David H. Barlow y V. Mark Durand, (2001), *Psicología anormal*. México D.F. Thomson Learnig
- Edelwich & Brodsky, (1980). Citados en José María García García, (2007).
- Edelwich & Brodsky (2010). *Burnout: Stages of Disillusionment in the Helping Professions*. Nueva York: Human Sciences Press.
- Enrique Castañeda Aguilera y Javier E García de Alba García, (2010). *Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: factores de riesgo*. Rev. Colomb. Psiquiat., vol. 39 / N° 1 / 2010
- Eysenck & Eysenck (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Ed. Pirámide. (Orig. 1985).
- Fisher & Noll, (1996). Citado por: Robert V. Kail y John Cavanaugh, (2006).
- Freudenberger y Richelson, (1980). Citados en José María García García, (2007).
- Gálvez Herrer, Macarena, (2010). *El desgaste profesional del médico: Revisión y guía de buenas prácticas. El vuelo de Ícaro*. Ediciones Díaz de Santos. Recuperado: <http://site.ebrarg.com/lib/uasbsp/Doc?id=10390744&/ppg>
- Gatz, (2000). Citados por: Robert V. Kail y John C. Cavanaugh, (2006).
- Gaylord y Zung, (1987). Citados por: Robert V. Kail y John C. Cavanaugh, (2006).

- Gil-Monte y Peiró, (1997). Citados en Japsy Margarita Quiceno y Stefano V., (2007)
- Gil-Monte, Pedro R. 25 julio 2001, *El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención.* doi: RevistaPsicologiacientifica.com, 3(5).
- Gil-Monte, Pedro R., (2005), *El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout).* Madrid. Pirámide.
- Gray, (1982). Citado por: David H. Barlow y col. (2001).
- Gray & McNaughton, (1996). Citado por: David H. Barlow y col. (2001).
- Gonzáles Gutiérrez, (2007). Citados en: Julián Manuel Domínguez Fernández, (2010).
- Hernández, (2004). Citado en José María García García, (2007).
- J. C. Mingote –Adán, F. Pérez Corral, (2007). *El estrés del médico: Manual de autoayuda.* Ediciones Díaz de Santos. Recuperado: <http://site.ebrary.com/lib/uasbep/Doc?id10189883&ppg>
- John W. Newstrom, (2007), *Comportamiento humano en el trabajo.* México. McGraw-Hill Interamericana.
- José Manuel Párraga Sánchez, (2005). *Eficacia del programa I.R.I.S. para reducir el síndrome de burnout y mejorar las disfunciones emocionales en profesionales sanitarios.* Tesis Doctoral. Universidad de Extremadura. España. Doi: publicac@unex.es Recuperado: <http://www.unex.es/publicaciones>
- José María García García, (2007). *Estudio sobre Variables de Personalidad y Organizacionales que influyen en el Síndrome de Burnout en los*

trabajadores de un Hospital Psiquiátrico Penitenciario. Tesis Doctoral. Universidad de Sevilla. España.

- José María García García, Salvador Herrera R y José Luis León F., 2007. Universidad de Extremadura. España Recuperado: <http://www.unex.es/publicaciones>
- Julián Manuel Domínguez Fernández, (2010). *Estrés laboral por acoso moral en el trabajo y síndrome de burn-out, y su relación con el auto concepto, la adaptación de la conducta y la personalidad en trabajadores de atención a la salud*. Memoria para optar al grado de Doctor. Universidad de Granada. España.
- Karasek, R & Theorel, T (1990). *Healthy Work: Stress, Productivity and the reconstruction of Working Life*. USA: Basic Books.
- Labrador, (1998). Citado en Julián Fernández Domínguez (2010).
- Maslach, C & Jackson, S. E., (1986). *Maslach Burnout Inventory: Second Edition*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Maslach, Schaufeli y Leiter, (2001). Citados en José María García García, Salvador Herrera R. José Luis León F., (2007).
- Muñoz et al.,(2001b). Citado en: Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ruiz, (2004).
- Pascual Gómez, (2001). Citado en Julián Fernández Domínguez (2010).
- Paul M. Muchinsky, (2005), *Psicología aplicada al trabajo*. Thomson Learning.
- Parques (1999). Citado en: Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ruiz, (2004).
- Pines y Aronson, (1988). Citado en José María García García, (2007).
- Qualls, (1999). Citado por: Robert V. Kail y John Cavanaugh, (2006).

- Robert V. Kail, John C. Cavanaugh, (2006), *Desarrollo humano. Una perspectiva del ciclo vital*. Thomson Learning.
- Samuel H. Klarreich, (1996). *Health and Fitness in the Workplace: Health Education in Business Organizations*. Ed. Worldwide 6th editions.
- Schaufeli y Leiter, (1988). Citados en José María García García, Salvador Herrera R. José Luis León F., (2007)
- Schaufeli y Buunk, (1996). *Handbook of work and Health Psychology*., pp. 311-346. London: Wiley, 1996
- Sofía Victoria García Virgüez, (2009). *Incidencia del sedentarismo en el estrés laboral de los servidores públicos jornada matutina de la Escuela Politécnica del Ejército*: Tesis de Licenciatura. Sangolquí. Ecuador.
- Susan C. Cloninger, (2003), *Teorías de la personalidad*. Pearson Prentice Hall.
- Wilfredo Antonio Martínez Juárez, Ruth Indiana Reyes Escorcía, y Meylin y Lorena Vanegas López, (2011). *Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras (os) de los centros de Salud de la ciudad de León*. Informe final de la Investigación. Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. Nicaragua.

REVISTAS Y PERIÓDICOS:

- Apuntes de Psicología, (2007). *Validez Factorial del MBI vol. 25 N° 2*. Universidad de Sevilla., doi: lolasevillano@telefonica.net
- Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga, (Marzo-abril 2009). *Rev. Esp. Salud Pública N° 2. 83: 215-230*. doi: grauma@com.es
- Atance, (1997). Citado en: *Revista Electrónica Motivación y Emoción R.E.M.E.*

- Burke, (1971). Citado en: Martínez Pérez, Anabella, (2010).
- Cristina Ortega Ruiz y Francisca López Ríos, (2004). *El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas*. International Journal of Clinical and Health Psychology, enero, año/vol. 4, número 001. Asociación Española de Psicología Conductual. Granada España pp. 137-160
- Daniel Tepedino Peluso, Carlos Peña, (2001). *Desgaste profesional en residentes de Postgrado del Hospital Universitario de Caracas*. Rev. Medicina Interna. Órgano Oficial de la Sociedad Venezolana de Medicina Interna. Volumen 27,Nº 1, pp. 38-51.
- Dewe y cols. (1971). Citados en: Martínez Pérez, Anabella, (2010).
- Enrique Castañeda Aguilera y Javier E. García de Alba (2010). *Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de actores de riesgo*. Rev.colomb.psiqui., vol. 39. N°1 Bogotá Jan./Mar. 2010.
- Evelin Noelia Sosa (2007). *Frecuencia de los síntomas del síndrome de burnout en profesionales médicos*. Rev. Méd. Rosario 73: 12-20, 2007.
www.cimero.org.ar/pdf/02SosaOberlin.pdf
- Fernández y Díaz, (2001). Citados en: Francoise Contreras y cols. (2007).
- Francoise Contreras, Gustavo A. Esguerra, Juan Carlos Espinoza y Viviana Gómez, (2007). *Acta colombiana de Psicología*. pp. (2) 169-179. Julio 2007.
- García-Izquierdo, (1991). *Psicothema* 2004 vol. 16, nº1, pp. 125-131
- Green Graham (1961). *A Burnt-Out Case*. The New York Times. Books.

- Harrison W. D. (1983). A social competence model of burnout. En B.A. Farber (Eds). *Stress and burnout in the human services professions*. New York: Pergamum Press.
- Holroyd y Lazarus, (1982). Citados por: María Dolores Díaz Martínez y cols. (2001)
- Japcy Margarita Quiceno y Stefano Vinaccia Alpi (2007). *Burnout: "Síndrome de Quemarse en el Trabajo (SQT)"* Acta Colombiana de Psiquiatría 10 (2) : 117-125, 2007
- Kobasa (1979). *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 42 (4), Apr 1982, 707- 717. doi: 10.1037/0022-3514.42.4./707
- Kobasa, S.C. (1982b). *Personality and resistance to illness*, American Journal of Community Psychology, 7, 413-423
- Manassero y cols. (2003). Citados en: Martínez Pérez Anabella, (2010).
- Matheny, Aycock, Pugh, Curlette y Silva-Canella, (1986). Citados en: Francoise Contreras y cols. (2007).
- María de Lourdes Marreno Santos (2009). *Estrés psicosocial laboral como factor de riesgo para la frecuencia de complicaciones del embarazo*. Revista Cubana de Salud y Trabajo 2012; 13 (2): 62-74 Disponible en <http://www.arearh.com/salud%laboral>
- Martínez Pérez, Anabella, (2010). *El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. Vivat Academia. n° 12 Septiembre 2010. Recuperado: <http://www.ucm.es/info/vivataca/números/n112/DATOS.htm>
- Mercedes Alejandra Stortti, María Noelia Vanessa Thomaé, Elio Ayala y Marina Soledad Sphan (2006). *Etiología y prevalencia del síndrome de burnout en*

los trabajadores de la salud. Revista de Posgrado de la Cátedra de Medicina –N° 153 – Enero 2006 Pág. 18-21

- M. D. Sevillano-García, R. Manso-Calderón, P. Cacabelos-Pérez, (2007). *Revista de Neurología*. Rev. Neurología 17.09.07: pp 400-405. Doi. lolasevillano@telefonica.net
- Olga L. Paredes G. y Pablo A. Sanabria Ferrand, (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista médica*. Número 001, vol. (16). Mayo 12 de 2007. Colombia. 16 (I): 25-32.
- Parasuraman y Cleek (1984). Citados en: Martínez Pérez, Anabella, (2010).
- P. Andrés, Marta Inés Waldengaray y Andrés Ribera, (2005). *Anales de Psicología*. vol. 6, pp. 221-233
- Pearlin y Schooler, (1978). Citados en: Francoise Contreras y cols. (2007).
- Rafael Mella, Luis González, Jorge D´ Appolonio, Ivonne Maldonado, Alfredo Fuenzalida y Andrea Díaz (2004). *Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor*. Psykhe 2004, vol. 13, N°1, pp. 79-89. Doi: 10-4067/50718-22282004000100007
- Revista Electrónica Motivación y Emoción R.E.M.E. (2011)
- Ruth Patricia Maldonado Rivera (2010). *Tests Psicológicos*. –Ensayo- Benmer. www.buenastareas.com
- Schaufeli y Buunk, (1996), *Practice Notes* vol. 3, N°1 April 1998. From the N.C. Division of Social Service and the Family and Children´s Resource Program.
- Warr, (1987). Citado en: Paul M. Muchinsky (2005).

PAGINAS WEB:

- Antonovsky (1979): *Salud, estrés y afrontamiento*. San Francisco: Jossey-Bass. El sentido de la coherencia como un determinante de la salud. Recuperado: www.educationalrev.US.edu.pl/e12/b12.pdf
- Bernardo Moreno Jiménez, Macarena Gálvez Herrero, Eva Garrosa Hernández y Raquel Rodríguez Carvajal, (2001). *La adicción al trabajo*. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid. Publicado en: *Psicología Conductual* 13, 3, 417-428 (2005) www.uam.es
- Buceta, Bueno y Mas, (2001). Citados en: Marisa Salanova y col., (2007).
- Gordon Allport (1961). *Conceptos de Personalidad*. Ensayos y Documentos. www.buenastareas.com
- Lazarus y Folkman (1986). *Afrontamiento y calidad de vida percibida vivenciada-Monografías* . www.monografias.com
- Lucía Artazcoz, Vicenta Escribá-Agüir, Imma Cortés, (2006). *El estrés en una sociedad instalada en el cambio. Parte II Estilos de Vida*. Recuperado: <http://www.doyma.es>
- María Dolores Díaz Martínez (2001). El síndrome de burnout en cuidadores formales ancianos. 13 / feb / 2001. *Interpsiquis*. 2001; (2). www.psiquiatria.com
- Marisa Salanova y Susana Llorens, (2008). *Papeles del Psicólogo*, 2008., vol. 29(1), pp. 59-67 <http://www.cop.es/papeles>
- Moos y Billings (1986). Citados en: María Dolores Díaz Martínez (2001).

- Moos, Cronkite, Billings y Finney, (1986). Citados en: María Dolores Díaz Martínez (2001).
- Organización Mundial de la Salud, (2006). *Prevención de las enfermedades crónicas: una inversión vital*. Recuperado: http://www.who.int/chronic_disease_report/part1/es/index.html
- Pérez García y San Juan, (2003). Citados en: Marisa Salanova y col., (2007).
- Torres G., Francisco; Edith G. Pompa G., Cecilia Meza; Leticia Ancer E.; y Mónica T. González R. (2010). *Relaciones entre Auto concepto y Apoyo Social en Estudiantes Universitarios*. *Internacional Journal of Good Conscience*. 5 (2) 298-307 Octubre 2010 ISSN 1870-SS7X. doi: franciscot@gmail.com ; edithpompa@gmail.com
- Vogel, (1985). Citado por: María Dolores Díaz Martínez (2001)

CAPÍTULO 10: ANEXOS

Anexo 1: Cuestionario Sociodemográfico y Laboral.

Anexo 2: Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)

Anexo 3: Cuestionario de Salud Mental GHC28

Anexo 4: Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).

Anexo 5: Cuestionario MOS de Apoyo Social.

Anexo 6: Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR)

Anexo 7: Certificación (certificado en blanco aplicado a los participantes en los tests)

Anexo 8: Certificación del Dr. Juan Coloma, Jefe del Servicio de Clínica del Hospital General Docente Riobamba.

Anexo 9: Certificación de la Dra. María Calderón, Jefe del Área de Salud N° 6 Guano-Penipe de la ciudad de Riobamba.

ANEXO Nro. 1



**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 Afro ecuatoriano Indígena

Estado Civil Soltero Casado Viudo Divorciado o separado Unión Libre

Número de Hijos: ____ Vive solo Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria Semanal Quincenal Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre: 0-1000 USD 1001-2000 USD 2001-3000 USD

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

Datos Laborales

Enfermera Profesión: Médico/a Especialidad de medicina en: _____

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: _____

Años de experiencia profesional: _____

Tipo de trabajo: Tiempo completo Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado Público Ambos

Tipo de contrato que posee: Eventual Ocasional Plazo Fijo Indefinido

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____ Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabajo por turnos: Vespertino Matutino Nocturno Fines de semana Rotativo

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

cada cuantos días: _____

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos Alteraciones renales Quirúrgicos Cardiacos Neurológicos Diabéticos

Emergencias Cuidados intensivos Otros indique _____ Todos los anteriores

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

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

NO SI ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente Medianamente Poco Nada

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

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

ANEXO 2

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

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.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20\(salud%20mental\)%20Test%20e%20indices.pdf](http://www.centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Test%20e%20indices/Cuestionarios%20valoracion%20(salud%20mental)%20Test%20e%20indices.pdf)

Anexo 4
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

Anexo 5
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

Anexo 6
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

