



Universidad Técnica Particular de Loja

La Universidad Católica de Loja

TITULACION DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA.

“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y Ffctores relacionados con este fenómeno en el Hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreses Colmont” de SOLCA Manabí durante el año 2012”

Trabajo de fin de titulación.

Autor:

Zamora Rezabala, Kathy Elizabeth

Director:

Alvarado Chamba Julio Cesar, Lic.

Centro Universitario: Portoviejo

2012

CERTIFICACION

Licenciado

Julio Alvarado Chamba

TUTOR DEL TRABAJO DE TESIS

CERTIFICA:

Haber realizado 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, Kathy Elizabeth Zamora Rezabala declaro ser autor (a) 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”

.....
Kathy Elizabeth Zamora Rezabala
1310792104

AUTORIA

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

.....

Kathy Elizabeth Zamora Rezabala

1310792104

AGRADECIMIENTO

A todos Uds. este proyecto, ya que sin Uds., no hubiese podido ser.

A mis padres con mucho amor y respeto, les dedico esta tesis, en reciprocidad a sus mimos y cuidados a lo largo de mi vida, apoyando con ese calor de casa único.

Al amor de mi vida, mi enamorado entonces, mi esposo y padre de mis hijos ahora, quien gracias a sus palabras me llevaron a escoger la carrera y fue la persona, quien me ha impulsado desde entonces, sobre todo en aquellos momentos de declive y de cansancio, en los cuales quería olvidarme de trabajar por la meta, ataviada entre quehaceres, cansancio y sentimientos de culpa por dejar tiempo con mis hijos.

A mi empresa, quien en cada seminario siempre me inculcó que el éxito dependía de mí, que estudiar y trabajar si era posible y para ello, siempre brindó todas las facilidades. A la UTPL, quien gracias a su infraestructura virtual, permite forjar exitosamente a excelentes profesionales, para nuestra patria.

También, hoy puedo dedicarme esta tesis y este título a mí mismo, por todo el esfuerzo y el trabajo puesto para la realización de esta tesis, como muestra de que llegar a la meta, no es cuestión de fuerza, sino de resistencia, la pondré muy cerca, para recordar que esta es ahora, una nueva línea de partida.

Kathy Elizabeth Zamora Rezabala

DEDICATORIA

La concepción de este título académico está dedicada a mis hijos Aaron Salvatore y Aleshka Kathina, motores que dan energía a mi vida. Sin ellos, mi vida, no tendría ese vaivén que adoro, ya que entre mis piernas veo a mis hijos, que corren a mi llegada o lloran por mi partida.

Mi logro está dedicado a ellos, para que cuando crezcan sepan que estudiar equivale a superior, a estar un paso adelante, a marcar la diferencia y eso puede darte a ti mismo la milla extra, para ser más. Te da un giro de 180° a tu vida, que te llena de un sentido de satisfacción, del cual sobran tanto las palabras, que no encuentras las que las describan perfectamente o quizás sí: “Estoy feliz” y más al escuchar, felicidades mami.

INDICE

CERTIFICACION.....	ii
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS DE TESIS DE GRADO	iii
AUTORIA.....	IV
AGRADECIMIENTO.....	V
DEDICATORIA.....	VI
1. Resumen.....	1
2. Introducción.....	2
3. Marco teórico.....	5
CAPITULO 1.	
3.1. Conceptualización del estrés.....	
3.1.1- Antecedentes del estrés. Origen, definición.....	5
3.1.2.- Desencadenantes del estrés.....	7
a. Factores medioambientales.	7
b. Factores hormonales.....	8
c. Estrés alérgico.....	8
3.1.3.- Tipos de estresores	9
3.1.4.- Estrés laboral.....	9
Síntomas que pueden provocar el estrés laboral.....	10
3.1.5.- Moduladores del estrés.....	11
3.1.6.- Consecuencias del estrés.....	12
3.1.7. Medidas preventivas y control del estrés.....	13
CAPITULO 2	
3.2. Conceptualización del Burnout.....	
3.2.1. Definiciones del Burnout.....	15
3.2.2. Delimitación histórica del síndrome de Burnout.....	16
3.2.3. Poblaciones propensas al burnout.....	18
3.2.4. Fases y desarrollo del síndrome de Burnout.....	19
3.2.5. Características, causas y consecuencias del burnout.....	21
3.2.6. Modelos explicativos del burnout.....	23
3.2.7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.	25

CAPITULO 3

3.3.	Conceptualización de las variables de la investigación.	
3.3.1	Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	27
a.	Variables de riesgo y protectoras.....	27
b.	Motivación y satisfacción laboral.....	27
c.	Investigaciones realizadas.....	28
3.3.2	El burnout y la relación con la salud mental	
a.	Definición de Salud Mental.....	29
b.	Salud Mental y el Estrés.....	30
c.	Síntomas somáticos.....	31
d.	Ansiedad e insomnio.....	32
e.	Disfunción social en la actividad diaria.....	33
f.	Tipos de depresión.....	34
g.	Investigaciones realizadas.....	35
3.3.1.	El burnout y el afrontamiento	
a.	Definición de afrontamiento.....	36
b.	Teorías del afrontamiento.....	37
c.	Estrategias de afrontamiento.....	38
d.	Investigaciones realizadas.....	40
3.3.4.	El burnout y la relación con el apoyo social	
a.	Definición de Apoyo Social.....	43
b.	Modelos explicativos del apoyo social.....	44
c.	Apoyo social percibido.....	45
d.	Apoyo social estructural.....	46
e.	Investigaciones realizadas.....	47
3.3.2.	El burnout y la relación con la personalidad.	
a.	Definición de personalidad.....	48
b.	Tipos de personalidad (personalidad positiva y de salud).....	49
c.	Patrones de conducta y personalidad.....	51
d.	Locus de control	52
e.	Investigaciones realizadas.....	52

4. Metodología.....	53
4.1. Diseño de investigación.....	54
4.2. Participantes.....	55
4.3 .Instrumentos.....	56
Cuestionario Sociodemográfico laboral.....	56
Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	57
Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).....	58
Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	59
Cuestionario MOS de apoyo social.....	60
Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQ-R.....	60
4.4 Recolección de datos.....	61
5. RESULTADOS OBTENIDOS.....	63
6. DISCUSION.....	84
7. CONCLUSIONES.....	90
8. RECOMENDACIONES.....	91
9.- BIBLIOGRAFIA.....	92
10.- ANEXOS.....	95

RESUMEN

El siguiente trabajo tiene como objetivo la "Identificación en Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Dr. Julio Villacreces Colmon ", estudio realizado en el hospital Oncológico de Solca Manabí, participando voluntariamente 15 médicos especialistas y 41 enfermeros (as), los cuales por la naturaleza de sus funciones y el tipo de hospital en donde trabajan, diariamente se tienen que enfrentar a pacientes adultos y niños críticamente enfermos, su muerte, necesidades y cuestiones de los familiares , responsabilidades que implican un desgaste emocional importante.

Para esta investigación se aplicaron los siguientes 6 cuestionarios a cada uno de los participantes: Sociodemográfico, MBI, Salud General, Afrontamiento, Apoyo Social y Personalidad, cuyos resultados determinaron que en la población participante no hay presencia del síndrome, pero si hay profesionales con tendencia a adquirirlo si no se toman acciones de cambio para prevenir su aparición, sobre todo medidas de afrontamiento afectivo y cambios en la parte organizacional; teniendo más prevalencia de poder adquirirlo los enfermeros (as) que los médicos, esto en base a los resultados obtenido.

INTRODUCCION

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de su centro de Educación y Psicología (CEP) ha desarrollado el proyecto nacional de investigación bajo la temática "Identificación del Burnout en Profesionales de Salud y Factores relacionados con este Fenómeno en el Ecuador", investigación que nace, debido a la necesidad de conocer, que tanto el nivel de responsabilidad y disponibilidad en los trabajos hospitalarios para con los pacientes tanto personal como laboral, puede dar como resultado una excepcional altura del estrés.

Los médicos tienen una salud física mejor, pero una peor salud mental que la población general. Así mismo, la prevalencia de tentativa de suicidio, sobre todo en las especialidades médicas, es mayor que la que presenta la población general. Pudiéndose explicar en gran medida, por el tipo de trabajo realizado que implica estar expuesto a un importante número de factores de riesgo de tipo psicosocial; como el contacto con el sufrimiento y la muerte, la falta de recursos materiales, las largas jornadas de trabajo, los horarios irregulares, la falta de recompensas profesionales, etc.

La Comisión Europea, a través de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y Trabajo (1999) ha realizado un estudio sobre el estrés laboral en el que concluye que el 28% de los trabajadores europeos padece estrés y el 20% "quemados" en su trabajo se sienten Burnout. Med J Aust; (2006). La prevalencia del burnout es mayor en España y Argentina; y los profesionales que más lo padecen son los médicos, pero existen variables protectoras como son el optimismo, la percepción de sentirse valorado, la satisfacción laboral, la valoración económica, entre otras.

El estudio y divulgación del síndrome de burnout se ha incrementado especialmente en la última década. El desgaste profesional en Latinoamérica, a pesar de ser incipiente resulta escaso. Si bien en los últimos años han aparecido trabajos en diferentes países de Latinoamérica como Argentina (Albanesi de Nasetta Morales de Barbenza, 2002), Chile (Barría, 2003), Colombia (Vinaccia Flórez, 2004) y México (Aranda, Pando, Brizuela, Acosta Reyes, 2003; Palmer, Gómez, Cabrera, Prince Searcy, 2005), la limitación común a todos ellos es que las muestras utilizadas han sido medianamente extensas, por lo que la extrapolación de los datos a otros contextos resulta arriesgada.

En un estudio del 2009 realizado por Armand Grau, Daniel Flichtentrei, Rosa Suñer, María Prats y Florencia Braga en la cual participaron 11.530 profesionales de la salud de habla hispana residentes en España y Latinoamérica en la que la participación fue de Argentina en el 65,1%, México en el 9,8%. Ecuador, Perú, Colombia, Uruguay, Guatemala, España y El Salvador teniendo una participación superior al 1%; la prevalencia del burnout en España con un 14.9 % de y Argentina con un 14.4%, con diferencia de un 10% sobre la mayoría de los restantes países de habla hispana.

Si bien en el Ecuador actualmente no se presenta ningún estudio publicado sobre el burnout en los profesionales de la salud ni en otros sectores, actualmente el IESS en conjunto con Riesgo de trabajo y el Ministerio de Relaciones Laborales están tomando acciones para concientizar en las empresas sobre el estrés laboral y sus causas y las prevenciones que se deben tomar para evitarlo, valiéndose en el decreto Ejecutivo 2393 que expidió el “Reglamento de Seguridad y Salud de los trabajadores y Mejoramiento del medio ambiente de Trabajo” que en su artículo 5, numeral 2 señala que será función del IESS : Vigilar el mejoramiento del medio ambiente laboral y de la legislación relativa a prevención de riesgos profesionales utilizando los medios necesarios y siguiendo las directrices que imparta el Comité Interinstitucional.”

El síndrome de burnout es más conocido como el síndrome de “desgaste profesional” como “síndrome de quemarse en el trabajo” fue descrito por Freudenberg en el año 1974, y desde esa época se han mencionado un cantidad de definiciones siendo la más conocida la de Maslach y Jackson (1981 quienes consideraban que es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar, Interviniendo en su desarrollo factores ambientales, culturales y personales, componiéndose el burnout de tres dimensiones:

- ✓ La primera dimensión que surge es la del agotamiento emocional que se caracteriza por la ausencia o falta de energía, entusiasmo, desencadenando una reacción defensiva que se manifiesta con el alejamiento del profesional de su clientela.
- ✓ La sigue la fase y dimensiones subsecuentes, la despersonalización o deshumanización que se caracteriza porque el individuo muestra insensibilidad emocional, el cinismo y la crítica exacerbada a todo lo que está a su alrededor.

- ✓ Disminución de la realización personal, en donde surge el sentimiento de la incompetencia sintiéndose infelices consigo mismo, insatisfechos con su desarrollo personal, experimentando una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito. Maslach y Jackson (1981); Maslach (1982).

En una investigación realizada en el 2010 por el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, menciona que entre las principales consecuencias del síndrome de burnout en el personal sanitario se encuentran: a) síntomas físicos: dolores de cabeza constantes, trastornos gastrointestinales, taquicardias, entre otros signos y síntomas; b) trastornos psicológicos: ansiedad, depresión, agresividad, hostilidad; y c) problemas conductuales que están relacionados directamente con el ausentismo laboral, retrasos, deterioro en la calidad de la atención médica, percepción de baja eficacia en el trabajo, incremento en el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, como la omisión de algunas actividades de cuidado y asistencia al paciente, y la falta de atención en los procesos de cuidado e incremento de iatrogenias. Estas consecuencias tienen, a su vez, un impacto directo en el deterioro de la calidad de los servicios de salud, y con el compromiso social de las instituciones de salud. Por estas razones, es primordial controlar los factores de riesgo que promueven el desarrollo de este síndrome en el personal sanitario, así como los factores protectores.

Conociendo las consecuencias del burnout, es importante por tanto dar a conocer el objetivo de este proyecto "Identificación del nivel del burnout en los médicos y enfermeras del Hospital Oncológico de Solca Manabí y factores relacionados con este fenómeno", empleados sanitarios que constantemente se enfrentan a situaciones de vida y muerte y por lo tanto termina siendo física y emocionalmente agotador cuando no se toman medidas de precaución. En el marco teórico se ofrece información más ampliada sobre el burnout junto con la conceptualización de sus variables, con la finalidad de poder comprender aun mejor la finalidad de este proyecto. Posterior se encontrarán los resultados obtenidos de los 6 cuestionarios aplicados a toda la población objeto de estudio junto con su discusión de resultados sus conclusiones y recomendaciones.

3. MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO 1.

3.1. Conceptualización del estrés.

3.1.1- Antecedentes del estrés. Origen, definición

La palabra estrés viene del latín stringere que significa oprimir, aceptar, apretar, atar, que en francés dio origen a estrechar. Antes del siglo XX la palabra estrés no se encuentra en la lengua francesa y por lo tanto durante siglos se utilizó en el lenguaje inglés. Fue a partir del siglo XVII que se usó para expresar sufrimientos, privación, problemas, calamidades. Pero en el siglo XVIII cambia de la consecuencia emocional a la causa de su origen es decir a la fuerza, presión, la carga que produce una tensión.

El científico húngaro Hans Selye, quien era en los años veinte un estudiante fue quien debido a su intriga por descubrir el porqué las diferentes enfermedades infecciosas se presentaban con sintomatologías comunes y con signos específicos, se dedicó a investigar las hormonas sexuales a partir de experimentos con las ratas. En sus experimentos, Selye indujo a ratas en una variedad de maneras. Encontró típicas y constantes respuestas psicológicas y físicas, respuestas a las situaciones adversas que se impusieron a las ratas. En ratas expuestas a estrés constante, se manifestó la ampliación de las glándulas suprarrenales, úlceras gastrointestinales, y atrofia de la respuesta inmune (defensa) del sistema. Hizo un llamamiento a estas respuestas de estrés de "la adaptación general o síndrome de estrés". Descubrió que estos procesos que fueron de adaptación y normal para el organismo en alejar al estrés, podría llegar a ser muy similar a las enfermedades. Es decir, los procesos de adaptación, si son excesivas, podrían dañar el cuerpo. Aquí entonces es el comienzo de una comprensión de por qué el estrés. Sobre como el estrés realmente puede ser perjudicial y por qué la palabra estrés se ha ganado una mala reputación. En los años cincuenta Selye diferencia dos efectos del estrés: "eustrés" o también llamado efectos buenos y "distrés", que son efectos malos del estrés sobre el individuo.

Desde 1950 en que Selye se convierte en el padre del estrés a nuestros días, cientos de investigaciones abrieron camino a una concepción sobre el origen del estrés permitiendo constantemente adoptar una concepción nueva de la enfermedad y

corroborando que los mecanismos bioquímicos hacen que el organismo humano produzca diferentes respuestas dependiendo del tipo de estrés que este percibiendo el sistema nervioso

La definición del término estrés ha sido muy controvertida desde el momento en que se importó para la psicología por parte del fisiólogo canadiense Selye (1956). El estrés ha sido entendido como:

- Reacción o respuesta del individuo (cambios fisiológicos, reacciones emocionales, cambios conductuales, etc.)
- Estímulo (capaz de provocar una reacción de estrés.)
- Interacción entre las características del estímulo y los recursos del individuo.

EL estrés es un tipo de respuesta que genera el cuerpo ante cualquier demanda física, mental y social y por tanto no siempre puede traer efectos negativos. El estrés se presenta de dos tipos:

- Estrés positivo que se presenta con una respuesta positiva al cuerpo y organismo y se da cuando da como resultado una sensación de júbilo y satisfacción consigo mismo.
- Estrés negativo que se presenta como una respuesta negativa al cuerpo y organismo, lo que genera una reacción no satisfactoria y perjudicial

Al estrés se lo concibe como la respuesta ante sucesos que nos resultan amenazadores o que nos generan conflictos. El estrés puede causar daño en muchas formas y tiene consecuencias biológicas y psicológicas. Con frecuencia, la reacción inmediata al estrés, es biológica. La exposición a estímulos estresantes, incrementa la secreción de determinadas hormonas producidas por las glándulas suprarrenales, aumenta la presión arterial y el ritmo cardíaco y produce cambios en la capacidad de la piel para conducir impulsos eléctricos. A corto plazo, estas respuestas pueden ser adaptativas, debido a que producen una “reacción de emergencia” en la que el cuerpo se prepara para defenderse por medio de la activación del sistema nervioso simpático. Estas respuestas pueden permitir un afrontamiento más efectivo de la situación estresante.

3.1.2.- Desencadenantes del estrés:

El estrés se puede desencadenar por cualquier estímulo externo o interno que de manera directa o indirecta puede ocasionar el desequilibrio del orgánico

d. Factores medioambientales.

Son múltiples los aspectos del ambiente físico de trabajo que pueden desencadenar experiencias de estrés laboral: el ruido, la vibración, la iluminación, la temperatura, la humedad, etc.

Demandas del propio trabajo, la propia actividad laboral puede presentar fuentes de estrés como el turno de trabajo, la sobrecarga de trabajo o la exposición a riesgos, etc. Los contenidos del trabajo o las características de las tareas que hay que realizar son también potenciales desencadenantes del estrés laboral.

El desempeño de los roles plantea también potenciales desencadenantes, son ampliamente conocidos y han sido estudiados el conflicto, la ambigüedad y la sobrecarga de rol.

Las relaciones interpersonales y grupales pueden ser fuentes de estrés. Entre ellas podemos mencionar las relaciones con los superiores, con los compañeros, subordinados, clientes, etc. Además el desarrollo de la carrera en sus múltiples aspectos, es una fuente potencial también. En concreto cabe mencionar estresores como la inseguridad laboral, las diferentes transiciones de rol, las situaciones de las distintas etapas de desarrollo, las promociones excesivamente rápidas.

Diferentes aspectos relacionados con los nuevos avances tecnológicos son también fuentes potenciales de estrés.

Hay componentes de la estructura o del clima organizacional que pueden resultar estresantes como una excesiva centralización o un clima muy burocratizado o de poco apoyo social. Finalmente cabe mencionar toda una serie de estresores laborales que tienen que ver con las relaciones entre el trabajo y otras esferas de la vida como la vida familiar y las demandas conflictivas entre la actividad laboral y los roles familiar.

e. Factores hormonales

Generalmente cuando no funciona bien nuestro organismo y nuestro cuerpo, este da signos de alguna manera para alertarnos del problema que esta por suscitar. Cada vez que nos enfermamos lo primero que aparece para alertarnos de la próxima enfermedad son los síntomas previos. Situación similar ocurre con las hormonas que influyen en estrés como lo son la serotonina, noradrenalina y la dopamina.

Estas hormonas para alertarnos de que estamos próximos a sufrir un trastorno de estrés se presentan con síntomas como el cansancio, fatiga y sobre todo el poco ánimo a no “querer hacer nada” síntomas que llegan a nuestro cuerpo por la poca producción de cantidad de noradrenalina quien es la encargada de brindar energía al cuerpo humano. La dopamina es la encargada del placer y el dolor, por lo tanto cuando el organismo está próximo a desencadenar un estado estresor, el cuerpo humano comienza a sentir múltiples dolores y bajos niveles placenteros, por lo que hasta el más mínimo sentido de vida se vuelve más pesado y doloroso desencadenando principalmente la angustia, llanto, nerviosismo, ansiedad.

La pubertad, el síndrome premenstrual, el post parto y la menopausia son los episodios más frecuentes en donde se desencadena el estrés productos de los cambios bruscos hormonales

f. Estrés alérgico

Otro tema muy importante es la estrecha relación que hay entre estrés y alergia. La alergia es una condición que se da en muchos pacientes y parece que el SNC está muy relacionado. Es necesario tener presente, que el estrés moderado produce un aumento de los glucocorticoides y por tanto frena la síntesis de histamina. Esto es muy importante, porque cuando hay estrés grave y mantenido, se liberan grandes cantidades de histamina lo que va a tener un efecto muy importante a nivel periférico sobre las poblaciones de linfocitos TH2 y a exacerbar la dermatitis, la rinitis alérgica y la urticaria.

Es muy frecuente que los lactantes con dermatitis atópica acentuada por aumento permanente de factores liberadores de histamina presenten un trastorno psiquiátrico, debido a que el prurito se transforma en una verdadera enfermedad aparte de la

dermatitis atópica. Además, hay un hecho interesante, en el sentido que el aumento de la histamina puede actuar sobre los monocitos y macrófagos y llevar una disminución de la síntesis de IL-12.

3.1.3.- Tipos de estresores

Los estresores son la fuerza o el estímulo que actúa sobre el individuo y que luego da lugar a una respuesta, como lo indica el libro *estrés y fatiga crónica* (2006)

- a) Estresores psicosociales: Son los que tienen una respuesta cognitiva en el organismo. En este tipo de estresores, lo que más cuenta es un elemento subjetivo y cuenta mucho la forma en cómo los individuos interpretamos las diferentes situaciones y estímulos que se nos presentan. La importancia está dada por la mirada del sujeto sobre la situación o elemento. Por ejemplo el estrés que se puede desencadenar por el miedo al hablar en público, ya que puede ser experimentado por uno y no por otros.
- b) Estresores Biogénéticos.- Son los estresores que tienen la capacidad de que determinada situación o estímulo, produzca cambios eléctricos o bioquímicos que terminan actuando directamente sobre el organismo, desencadenando la respuesta de estrés. Trabajan directamente en los núcleos elicítadores neurológicos y afectivos sin que sea necesaria la valoración cognitiva.
- c) Estresores Internos. Son aquellos que nacen de nuestra psiquis, como miedos, frustraciones, ambiciones, expectativas, etc.
- d) Estresores Externos.- Son aquellos estresores que son ajenos a las características personales del individuo.

3.1.4.- Estrés laboral.

El estrés ha sido identificado como uno de los riesgos emergentes más importantes en el panorama laboral actual y como uno de los principales retos para la seguridad y la salud a la que se enfrentan las organizaciones. Es el que se produce debido al

conjunto de fenómenos que suceden en el organismo del trabajador debido a los distintos agentes estresantes derivados directamente de su trabajo.

Según, Landivar. D (1996) a sido definido como un conjunto de reacciones complejas a nivel biológico, psicológico y social, ante situaciones nocivas del contenido, organización o entorno de trabajo: caracterizado por los altos niveles de excitación y angustia, con la sensación de no poder hacer frente a la situación.

Síntomas que pueden provocar el estrés laboral

La mayor parte de los cambios biológicos que se producen en el organismo cuando está expuesto a una situación de estrés, no son perceptibles para el ser humano a simple vista. En cambio a nivel psicológico mucho de los síntomas producidos por el estrés son fácilmente identificados, sobre todo cuando se presenta la reacción mas frecuente que es ansiedad, tomando en consideración que además de este síntoma también se produce enfado, ira, tristeza-depresión y otras reacciones emocionales que también podemos reconocer, estas acompañadas del cansancio físico y la falta de rendimiento.

El Dr Antonio Cano Vincel presidente de la SEAS (2002) menciona que los síntomas de la ansiedad más frecuentes son los que se presentan:

- A nivel cognitivo-sujeto: Preocupación, temor, inseguridad, miedo, pensamientos negativos sobre uno mismo y sobre nuestra actuación con los otros, dificultar para estudiar, concentrarse, pensar. Etc
- A nivel fisiológico: sudoración, tensión muscular, palpitaciones, taquicardia, temblor, molestias en el estomago, gástricas, dificultades respiratorias, sequedad de boca, dolor de cabeza, mareo, nauseas tiritar etc.
- A nivel motor u observable: Evitación de situaciones temidas, fumar, comer o beber en exceso, intranquilidad motora (movimiento repetitivo, rascarse, tocarse etc) tartamudear, llorar, quedarse paralizado etc.

3.1.5.- Moduladores del estrés

Hay una serie de factores personales o ambientales y situacionales que pueden modular el proceso del estrés y tienen como objeto disminuir o incrementar el impacto del estrés sobre el bienestar personal del sujeto. Manuel Gonzales Maron en su libro El síndrome de Agostamiento Profesional, destaca 5 factores relacionados con las características propias del individuo:

- a. La competencia personal percibida que no es otra cosa que la creencia individual y generalizada que se crea el individuo de sí mismo, creyendo de que es capaz de salir airoso y victorioso de las situaciones estresantes a las que puede verse sometido o en todo caso la actitud positiva para conseguir aquellas metas u objetivos deseado. Los individuos con una alta competencia personal percibida, tienden a ver los logros como resultados de sus acciones y estímulos y por lo general tienen mucho amor propio. Estas personas tienden a ver las situaciones adversas como retos por lo que lo afrontan el estrés de manera activa, dando como resultado una mejor adaptación. En este sentido como menciona Smith, Dobbins y Wallston (1991) la competencia percibida podría jugar un papel mediador entre los antecedentes y la adaptación psicosocial a las situaciones de ansiedad y estrés
- b. La Predictibilidad: Cuando el sujeto se imagina algún acontecimiento, este causa menor impacto de estrés en su organizamos por tanto son menos estresantes. Aquellos acontecimientos predecibles son mucho menos estresantes que los que no.
- c. La expectativas de autoeficacia y de resultados: Cuanto más creencia tenga un individuo de su capacidad para realizar cualquier tarea, más empeño pondrá la persona para afrontar cualquier situación, persistirá más en sus objetivos y por tanto menor impacto tendrá el estrés.
- d. La experiencia previa: Como su nombre lo indica se refiere a los aprendizajes y experiencias previas similares que se presentaron y por tanto deja como consecuencia positiva el efecto del estrés en menor escala.
- e. Los rasgos de personalidad: Que son las diferencias individuales que influyen en la elección de las estrategias de afrontamiento y en las situaciones o valoraciones

de la situación, modulando, por tanto, la situación estresante. Las personas optimistas tienden a ver el lado positivo de las experiencias negativas, logrando por tanto que el impacto negativo sea menor.

Manuel Gonzales Maron en su libro El síndrome de Agotamiento Profesional, también destaca 2 factores sociales que son también modulares del estrés:

- a. El apoyo social.- El impacto del estrés es mucho menor en aquellas personas que tienen un buen apoyo social
- b. Las pautas generales relacionadas con los estereotipos y valores culturales y morales que pueden facilitar o dificultar el afrontamiento a la situación estresante. La cultura juega un papel muy importante en nuestra percepción del estrés, ya que determina las expectativas sobre la probabilidad de ocurrencia de determinados acontecimientos, influyendo en la valoración o apreciación de la situación como estresante o no, y determina, en muchos casos, el apoyo social.

3.1.6.- Consecuencias del estrés

Como consecuencia el estrés no siempre desde primera instancia es negativo, ya que muchas ocasiones inicialmente se presenta dinamizando la actividad del individuo provocando un proceso de incremento de la memoria, la atención, rendimiento, logrando por tanto, el incremento de la productividad. Sin embargo, cuando este proceso de activación es muy intenso y se prolonga por mucho tiempo, los recursos se agotan y es aquí cuando llega en forma intensa el cansancio y la pérdida. El estrés laboral influye negativamente de manera fisiológica, cognitiva y motora.

- **Fisiológica**.- Vindel C y Tobal M (1994) mencionan que el estrés influye produciendo una alta activación fisiológica, que puede ocasionar disfunciones psicofisiológicas o psicosomáticas. Labrador y Crespo, (1993) mencionan a su vez que el estrés puede producir una inmunodepresión logrando el riesgo de padecer infecciones y a su vez puede aumentar la probabilidad de desarrollar enfermedades inmunológicas como el cáncer.
- **Cognitivas**.- Vindel C y Tobal M (1996) mencionan que el estrés influye desarrollando un serie de sesgos o errores cognitivos (pensamientos) en la

interpretación de su activación fisiológica, que pueden afectar a la conducta, las emociones y la salud. El estrés también puede ocasionar una serie de perturbaciones sobre los procesos cognitivos superiores como los son la atención, percepción, memoria, toma de decisiones, juicios, etc. y un deterioro del rendimiento en contextos académicos o laborales.

- ✓ **Motora-** Modificando los hábitos relacionados con la salud, aumentando las conductas no saludables como fumar, beber, o comer en exceso, y reduciendo las saludables como hacer ejercicios físicos, guardar una dieta, tener conductas preventivas de higiene etc. Esta influencia puede desarrollar adicciones perniciosas para salud, como es el caso de las adicciones, hace aumentar el estrés, los programas de intervención para la reducción del peso, o los programas de intervención en adicciones, o el tratamiento de los trastornos de alimentación, etc., deben incluir técnicas de reducción de ansiedad y manejo del estrés, pues cuando así se hace mejoran su eficacia.

El estrés también genera consecuencias perjudiciales para la salud de la persona y el ambiente social y, además, inhibe la creatividad, la autoestima y el desarrollo personal. SEAS (2002)

3.1.7. Medidas preventivas y control del estrés

Desde los años 30 hasta nuestros días, los médicos y psicoterapeutas han desarrollado números métodos de lucha contra el estrés, siendo el objetivo principal disminuir y reducir los síntomas fisiológicos, cognitivos y motores que lo único que ocasionan es la no relajación de las funciones vitales y que dan como resultados positivo el dominio del estrés.

Saber qué medidas preventivas se deben tomar y que control debe tener cada individuo, organización y sociedad para evitar el estrés, son múltiples y variadas, sin embargo la mejor forma de dar batalla a este síntoma es con la predisposición y la voluntad al cambio inmediato de cada individuo.

Cuando el síntoma comunes son perceptible como angustia, depresión, insomnio, trastornos sexuales, desde siempre la humanidad a recorrido a prevenciones caseras, como lo son la ingesta de las famosas vitaminas llamadas anti-estrés, somníferos,

tranquilizantes, provocando en el individuo que toma en exceso un comportamiento robotizado.

Sin dejar de valorar lo indicado anteriormente, siempre y cuando un médico especialista este dando respaldo de la manera correcta de la administración, la persona puede prevenir la aparición del estrés fomentando pautas de conducta que favorezcan su salud.

- ✓ Desarrollar un buen estado físico.- El desarrollo y mantenimiento de un buen estado físico, tiene buenos efectos en la prevención del estrés; para ello, es aconsejable la realización de ejercicios de manera habitual. El sedentarismo es una de las causas de estrés. En general, el ejercicio aumenta la resistencia física y psicológica del individuo a los efectos del estrés.
- ✓ Procurar mantener una dieta balanceada. Las recomendaciones alimenticias que se pueden ofrecer para la prevención del estrés son muy similares a las que se dan en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades más frecuentes en la sociedad occidental (enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes). El buen funcionamiento de nuestro sistema nervioso, depende en parte de nuestra nutrición. La carencia de estos elementos altera nuestra capacidad cognitiva (forma de procesar la información que recibimos) y nuestro estado de ánimo, nuestra manera de pensar, de sentir, de percibir las cosas, depende también de nuestro estado nutricional.
- ✓ Priorizar las actividades, procurando un equilibrio entre las obligaciones y los placeres
- ✓ Reconocer y confiar en sus valores, metas y prioridades que aprecian su propia capacidad ya que el sistema de creencias minimiza la sensación de amenaza ante diversos acontecimientos manteniendo la esperanza en situaciones difíciles.

CAPITULO 2.

3.2. Conceptualización del Burnout

3.2.1. Definiciones del Burnout

En la literatura especializada se puede encontrar el burnout con diferentes terminologías, como síndrome de estar quemado (una aproximación a su traducción del término anglosajón), síndrome de quemazón, desgaste profesional y desgaste psíquico, que son términos que vienen a ser equivalentes. Aunque deberíamos diferenciarlo de otros conceptos que se pueden solapar con él como depresión, estrés e insatisfacción laboral

El término "burnout" fue utilizado por primera vez por Freudenberg (1974) describiendo el Burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resultaba de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" . El autor afirma que el Burnout es el Síndrome que ocasiona la "adicción al trabajo para referirse a los problemas de los servicios sociales. Pero fue C. Maslach quién dio a conocer esta palabra de forma pública en 1977, dentro del Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (A.P.A.). Ella usó esta expresión para referirse a una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos y era el hecho de que después de meses o años de dedicación, estos trabajadores acababan "quemándose" El término tuvo tanto éxito por ser tan directo y explícito.

En Pines y Aronson (1988) la definen como "El estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por la involucración crónica en el trabajo en situaciones con demandas emocionales". Proponen esta definición más amplia y no restringida solamente en los profesionales de ayuda, ya que consideraron que las excesivas demandas psicológicas no se dan únicamente en los profesionales de ayuda como profesionales sanitarios y educadores como definió Maslach en 1976, sino que puede darse también en otros ámbitos laborales como en puestos directivos, en el trabajo comercial, en deportistas de elite, en la política etc.

Brill (1984) propuso “que es un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo en una persona que no padece otra alteración psicopatológica mayor, en su puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo si no es por una intervención externa de ayuda por un reajuste laboral”

La definición del "burnout" más consolidada es la de Maslach y Jackson (1981) quienes consideraban que es una respuesta inadecuada a un estrés emocional crónico cuyos rasgos principales son: un agotamiento físico y/o psicológico, una actitud fría y despersonalizada en la relación hacia los demás y un sentimiento de inadecuación a las tareas que ha de realizar, a partir de estos componentes se elaboró el Maslach Burnout Inventory (MBI) Cuyo objetivo era medir el burnout personal en las áreas de servicios humanos.

Por último Gil Monte (1.991) afirma que aunque el *burnout* y la insatisfacción laboral, son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Moreno y Peñacoba (1.996) en un afán de aclarar este término, mencionan que el *burnout* no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. Las personas no son receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que, en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos.

3.3.2. Delimitación histórica del síndrome de burnout

Desde que 1.974 Freudenberger acuñó el término, han pasado más de dos décadas de definiciones, modelos teóricos y componentes en base a investigaciones hacia el burnout, despertando desde esa década interés también en la población general ya que se trata de una problemática que afecta a mucha gente y que añade unos costes personales sociales y económicos elevados. En este sentido, Cherniss (1.980) describió el interés de este concepto basándose en cuatro razones: afecta a la moral y el bienestar psicológico del personal implicado, afecta a la calidad de cuidados y

tratamiento que reciben los pacientes, tiene una fuerte influencia en las funciones administrativas y es necesario prevenir a nivel comunitario en programas de servicios.

La definición del burnout ofrecida en 1981 por Maslach y Jackson, entiende que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal.

- ✓ El agotamiento emocional hace referencia a las sensaciones de sobreesfuerzo físico y la disminución de la pérdida de los recursos emocionales.
- ✓ La despersonalización supone el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad y respuestas cínicas, hacia los receptores del servicio prestado
- ✓ Y la baja realización personal, es la tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa: Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima familiar

Freudenberger introdujo el término burnout profesional cuando observó cómo los voluntarios que trabajaban con toxicómanos, tras un tiempo en su puesto de trabajo, sufrían una pérdida de energía, para luego llegar al agotamiento y desmotivación por su labor. Este autor describió a estas personas como menos sensibles, poco comprensivas y agresivas en su relación con los pacientes, incluso dándoles un trato distante y cínico. Conceptualizó entonces al burnout como la sensación de agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral, que surge especialmente en aquellos que se dedican a profesiones de servicios como consecuencia del contacto diario con su trabajo. Gil-Monte, (1991).

Como añade Moreno (1.998) el estudio de burnout y su análisis comenzó más bien en un área aplicada y clínica plagada de descripciones y escasos estudios empíricos. Posteriormente, Maslach y Jackson (1.986) utilizaron el mismo término acuñado para describirlo como el proceso de pérdida gradual de responsabilidad y desinterés entre los compañeros de trabajo en el campo de psicología social. Tal vez la definición más aceptada entre los investigadores, es la que aportaron estas autoras, que la conceptualizaron como el cansancio emocional que lleva a una pérdida de motivación y que suele progresar hacia sentimientos de inadecuación y fracaso.; Maslach, Schaufeli y Leiter (1995).

3.3.3. Poblaciones propensas al burnout.

El burnout puede afectar a toda persona profesional o no profesionales que se desempeñe en organizaciones que exigen entrega, idealismo, compromiso y servicio al personal, siendo las más comunes: escuelas, universidades, hospitales, centros de salud y corporaciones policíacas es decir aquellos profesionales la existencia de interacciones humanas trabajado-cliente de carácter intenso y/o duradero, debido al estado de necesidad emocional de las personas a las cuales se asiste, ya que la excesiva demanda de esas personas y el alto grado de dependencia del trabajo, hace que el síndrome tenga mayor probabilidad de que aparezca, sumando a esto las condiciones físicas y sociales del trabajo diario. Cuando más intensa son las relaciones interpersonales mayor es el riesgo de padecer el síndrome.

El síndrome de burnout es más probable que aparezca en el personal sanitario médicos, enfermeras, terapeutas ocupacionales, terapeutas familiares, esto en base a múltiples estudios que se han realizado y se siguen realizando al personal sanitario, en donde sus resultados arrojan este resultado. Al personal administrativo y docente, a ingenieros, deportistas de elite, policías., fuerzas armadas también son propensos a adquirirla

En cuanto al género, la mujer es más propensa a adquirirlo, según diversas investigaciones, esto debido a su papel tradicional de madre mas el trabajo domestico, roles en los que está claramente relacionado el afecto y cuidado a otras personas, sumándole además el papel de la madre actual que se incluye en el mercado laboral, desempeñando un nuevo papel que la hace trabajadora a doble jornada.

Según, Modlin y Montes, citado en corsis (2000) en cuanto a las condiciones personales, el perfil de la persona más propensa a adquirir el burnout, se caracteriza por una elevada auto exigencia, bajo nivel de tolerancia al fracaso, necesidad excesiva de excelencia y perfección, necesidad de control y un sentimiento de omnipotencia frente a la tarea.

3.3.4. Fases y desarrollo del síndrome de burnout

El burnout es un proceso de respuestas a la experiencia cotidiana de ciertos acontecimientos y se desarrolla secuencialmente en cuanto a la aparición de rasgos y síntomas globales, y el hecho de que la sintomatología no sea la misma para todos los individuos, esto a creado discrepancias entre algunos autores en el momento de definirlo. Martines A (2010) menciona que desde 1974 se han venido dando una variedad de modelos tratando de explicar el desarrollo del síndrome, a pesar de que ninguno de ellos ha sido aceptable y satisfactorio.

En 1.980 Brodsky y Edelwich, propusieron un modelo por el que atraviesa el trabajador hasta llegar al burnout, que se desarrolla en cuatro etapas diferentes:

- a. Etapa del idealismo y entusiasmo: Esta es la fase inicial en donde el individuo se siente excesivamente movilizado por motivaciones intrínsecas, existiendo un alto nivel de entusiasmo, energía desbordante. Hay una supervaloración de su capacidad profesional a tal punto que pierde la noción del peligro. En caso de que estas expectativas no se cumplan, se desarrolla la frustración, llevándolo al sentimiento de la desilusión, logrando por tanto que pase a la siguiente etapa, la del estancamiento.
- b. Etapa de estancamiento: Surge tras no cumplirse las expectativas originales ya que el individuo constata la irrealidad de las mismas, ocurriendo por tanto la pérdida del idealismo y el entusiasmo, desencadenando por tanto la frustración.
- c. Etapa de apatía: Ocurre cuando el individuo tiene dificultad para superar el momento de la etapa del estancamiento. A esta etapa se la considera el núcleo del burnout, ya que frustración de las expectativas conlleva a que el individuo comience a desarrollar apatía falta de interés y por tanto termina paralizando sus actividades, surgiendo problemas emocionales, comportamentales y físicos. En unos casos la persona abandona totalmente el trabajo o comienza a faltar consecutivamente y en otras solo se evita el contacto con el cliente
- d. Etapa de distanciamiento: Cuando los comportamientos de la etapa de apatía se vuelven contantes, se da paso para la etapa del distanciamiento, en donde la persona ya esta crónicamente frustrada en su trabajo, ocasionando sentimientos

de vacío total. Si bien hay una inversión del tiempo dedicada a su trabajo en la cual la insatisfacción es relevante, este sacrificio lo justifica con el sueldo.

Cherniss (1982) postuló que el burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y el trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida del compromiso, por tal lo describió en 3 fases: La fase del estrés, que consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La siguiente es la fase de agotamiento que se produce con la respuesta emocionales inmediatas del sujeto como tensión, miedo, ansiedad, fatiga ante dicho desequilibrio, y la última fase es de afrontamiento en la cual ya hay cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico con los clientes.

Maslach y Schaufely indicaron que el estrés y el burnout no se diferencian en sus síntomas, sino en su proceso, ya que aunque la experiencia del burnout tiene relación con los sentimientos de depresión, no son sinónimos.

Las dimensiones tridimensionales que explican la evolución del síndrome son: La primera dimensión que surge es la del agotamiento emocional que se caracteriza por la ausencia o falta de energía, entusiasmo, generalmente relacionada con las excesivas demandas provenientes del trabajo, desencadenando una reacción defensiva que se manifiesta con el alejamiento del profesional de su clientela. La sigue la fase y dimensiones subsecuentes, la despersonalización o deshumanización en el cual el individuo muestra insensibilidad emocional, el cinismo y la crítica exacerbada a todo lo que está a su alrededor. Como resultado de todo este funcionamiento defensivo surge lo que sería la última fase, que es la de disminución de la realización personal, en donde surge el sentimiento de la incompetencia sintiéndose infelices consigo mismo, insatisfechos con su desarrollo personal, experimentando una declinación en el sentimiento de competencia y de éxito. Maslach y Jackson (1981); Maslach (1982).

3.3.5. Características, causas y consecuencias del burnout.

Características:

Cuando en un profesional se presentan las características del estrés acompañado con molestias o síntomas físicos, el resultado final es el “burnout” o “síndrome de estar quemado” y lo presentan principalmente las personas altamente calificadas y comprometidas, en las que los intereses profesionales predominan sobre los intereses personales.

Entre las características sociales del burnout que presentan los profesionales al pertenecer a una organización a la que prestan sus servicios, está el cinismo y otros más de índole conductual, como el absentismo, repetitivos retrasos, multiplicación de descanso y las intenciones de abandonar la organización. Volverse anhedónica es otra de las características, es decir se pierde la capacidad para experimentar placer, perdiéndose el interés o satisfacción al realizar cualquier actividad.

Entre las características del burnout de carácter físico están los problemas de falta de apetito presentando variaciones en el peso, disfunciones sexuales, problemas de sueño, las cefaleas, los dolores musculares y especialmente los dorsales. Shirón (1.989) considera que la manifestación más habitual sería la fatiga crónica.

Entre las características psicofisiológicas, estarían los trastornos alérgicos, gastrointestinales, úlceras, trastornos cardiovasculares, recurrencia de infecciones y de trastornos respiratorios.

Maslach y Jackson (1981) configuran al burnout como un síndrome tridimensional caracterizado por tres dimensiones que son: Agotamiento emocional, despersonalización, y baja realización persona, por lo tanto conocer cuáles son las características que se presentan en cada fase es importante para poder tomar medidas a tiempo.

- ✓ **Agotamiento emocional y físico.** Se caracteriza por una ausencia o falta de energía, entusiasmo y un sentimiento de escasez de recursos. A estos sentimientos puede sumarse los de frustración, y tensión en los trabajadores.

- ✓ **Despersonalización o deshumanización.** Se caracteriza por tratar a las personas dentro del ámbito laboral como a objetos. Insensibilidad emocional, cinismo, disimulación afectiva o crítica exacerbada son las características principales de este factor.

- ✓ **Disminución de la realización personal.** Se caracteriza por una tendencia a autoevaluarse de forma negativa. Las personas se sienten infelices e insatisfechas con su desarrollo profesional y disminuye su sentimiento de competencia y su capacidad de interacción con otro.

Causas:

Cuando Freudenberg (1.974) utilizó por primera vez el término *burnout* se refirió a aquellos voluntarios que trabajaban en clínicas y que al cabo de un período más o menos largo, entre uno y tres años en la mayoría de las ocasiones, se encontraban desmotivados, faltos de todo interés por el trabajo. El tipo de trabajo que estas personas hacían, como ha comentado Leiter (1.991), se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener una paga muy escasa y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido además de la habitual falta de preparación sistemática de los trabajadores que suplían con el entusiasmo la falta de preparación profesional. El síndrome burnout suele deberse a múltiples causas y a un proceso duradero e intenso de estrés y se origina principalmente en profesiones de alto contacto con personas y con horarios de trabajo excesivos, en donde la naturaleza de la tarea, los valores (sueldo) y las relaciones interpersonales (clima laboral interno entre compañeros de trabajo) junto con las características psicosociales de la persona determinan su definitiva adquisición.

Consecuencias:

El síndrome de burnout es un estado que se produce por la acumulación excesiva del estrés, por tanto la consecuencia de padecerlo puede ser bastante grave. Al referirnos a las consecuencias hay que direccionarlas hacia las de carácter personal, laboral y familiar.

En cuando a las consecuencias personales las de carácter psicossomáticos y emocionales son las principales: Psicosomáticos: Alteraciones del sueño, agotamiento, dolores de cabeza o musculares, hipertensión arterial, pérdida de peso, crisis de asma, etc. que puede derivar en infartos y diferentes enfermedades crónicas. Emocionales: Distanciamiento afectivo, aburrimiento, impaciencia e irritabilidad, desorientación, falta de concentración, sentimientos depresivos Todas estas consecuencias muchas veces terminan ocasionando el abuso en la administración de los fármacos, tranquilizantes, estimulantes alcohol y otras drogas.

García y Matud (2002), señalan que la insatisfacción con el rol laboral y la presión en el trabajo correlacionan con sintomatología de tipo somático, depresiva, de ansiedad e insomnio. El síndrome de burnout tiene consecuencias laborales negativas que afectan a la organización y al clima laboral interno y se manifiestan con un deterioro en la comunicación y en las relaciones interpersonales por la manifestación de la indiferencia, frialdad y cinismo, disminuyendo por tanto el rendimiento, la productividad y la calidad del trabajo. Actitud negativa y descuidada, volverse insensibles, crueles, pocos compasivos con sus clientes, son las consecuencias que las organizaciones tienen que padecer, cuando existe este síndrome entre sus empleados. Se produce además una insensibilidad ante las dificultades humanas, corroborando por tanto el legado más desbastador del burnout "el endurecimiento del corazón". El absentismo laboral es otra clara consecuencia en las organizaciones.

Finalmente es en la familia, en donde la consecuencia se evidencia más, cuando el síndrome pasa factura y termina ocasionando maltrato y el divorcio, ya que la irritabilidad, el cansancio, el llegar tensos a casa y agotados física y emocionalmente, termina generando un cuadro no adecuado de vida familiar y pareja.

3.2.7 Modelos explicativos del burnout.

Martínez Pérez, Anabella (2010) en su estudio sobre el síndrome de burnout menciona que esta etiología ha suscitado mucha polémica ya que se han atribuido distintas, causas, diferentes antecedentes, consecuencias, dando lugar al desarrollo de múltiples modelos explicativos.

Aunque el síndrome de burnout surge con Freudemberg en 1974, en un ambiente clínico, hasta el momento se han dado dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

Seguendo las líneas de Gli-Monte y Peiró (1997) la perspectiva clínica argumenta que el burnout es un estado que y la perspectiva psicosocial, se considera al estrés como un proceso. Al considerar al burnout como un estado supone una serie de conductas y sentimientos asociados al estrés laboral y el considerarlo como proceso asume una serie de etapas con diferentes fases que a su vez tienen diferentes sintomatologías. Gli-Monte y Peiró (1997) han clasificado los modelos etiológicos en cuatro tipos de línea de investigación, las cuales son las más utilizadas y actualizadas: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural. Martínez Pérez, Anabella (2010)

a) Modelos elaborados desde la teoría del Sociocognitiva del Yo. Estos modelos analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción y el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano., siendo inspirados en los trabajos de Albert Bandura. Los modelos que se encuentran son:

- a. Modelos de competencia social de Harrinson (1983).
- b. Modelo de Pines (1993).
- c. Modelo de autoeficacia Chermis (1993)
- d. Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)

b) Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estas teorías parten de los principios de la teoría de la equidad. Los modelos que siguen esta línea de investigación son:

- Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)
- Modelo de Conservación de Recursos de Hodfoll y Freddy (1993)

c) Modelo desarrollados desde la teoría organizacional. Estos modelos tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse en el trabajo. Todos los modelos que forman parte de esta teoría consideran al síndrome de burnout como respuesta al estrés laboral.

- Modelo de fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)
- Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)
- Modelos de Winnubst (1993)

c. Modelos basados en la teoría Estructural. Estos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto. Los conforma:

- Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

3.2.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.

Al ser considerado el burnout como una enfermedad profesional, es responsabilidad corporativa, individual, colegial e institucional la tarea de mejorar las condiciones de trabajo del personal, para poder así realizar la tarea de prevención y tratamiento a un nivel óptimo de calidad y de eficiencia.

Debido a las múltiples consecuencias que produce el burnout tanto personales y familiares, como sociales y laborales, el estudio de la prevención y tratamiento es un tema fundamental. A pesar de que Lorente (1982) indicó que las investigaciones centradas en la intervención suelen ser “imprecisas, ambiguas y bastantes contradictorias” siguen proliferándose estudios centrados en estrategias para afrontar el burnout.

Según, Monte y Peiro (1997), las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo puede agruparse en tres categorías.

a. Estrategias de intervención individual: En empleo de estrategias de afrontamiento de control o centradas en el problema previene el síndrome de quemarse en el trabajo y dentro de las técnicas y programas que se emplean para fomentarlas se encuentran:

- ✓ Las técnicas conductuales que se centran en conseguir que la persona domine un conjunto de habilidades y competencias que le faciliten el afrontamiento de los problemas laborales, tales como enseñar a desconectarse del trabajo y separar la vida personal y familiar de lo laboral, mejorar la ejecución del trabajo, logrando por tanto mayor asertividad, habilidad social, solución de problemas y autocontrol. Todas estas

habilidades y competencias acompañadas de una dieta equilibrada, de no fumar ni beber en exceso y de no consumir excitantes ni fármacos psicoactivos junto con ejercicio físico mejoran el estado de salud y el sistema inmunológico, aumentando por tanto la resistencia ante los efectos del estrés. Peiró (1992).

- ✓ Técnicas fisiológicas, que se centran en reducir la activación fisiológica y el malestar emocional y físico provocado por las fuentes de estrés laboral destacándose las técnicas de relajación física, el control de la respiración y biofeedback según Guerrero y Vicente (2001).
 - ✓ Técnicas cognitivas. Esta técnica busca mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los problemas laborales y de los recursos personales que realiza el individuo, siendo las más empleadas la desensibilización sistemática, la detención del pensamiento, el control de los pensamientos irracionales, la eliminación de actitudes disfuncionales. (Guerrero y Vicente, 2001; Rubio 2003)
- b. Estrategia de intervención social.** Sandin (1995) afirma que el apoyo social actúa sobre la salud en forma directa, por lo que esta estrategia busca romper el aislamiento y mejorar los procesos de socialización al potencializar el apoyo social, incrementando por tanto la capacidad del individuo para afrontar el estrés, resultado que fue comprobado por Adler y Mathew (1994) corroborando que el apoyo social se relaciona significativamente con la salud física y psicológica.
- c. Estrategia de intervención organizacional.** Esta estrategia busca modificar las condiciones laborales generadoras de estrés. Parkes (2001) afirma de manera categórica que es ingenuo e incluso éticamente discutible el someter a los trabajadores a programas de entrenamiento contra el estrés mientras persista en la empresa las exigencias excesivas o las condiciones de trabajo inapropiadas, por tanto, las organizaciones deben de disponer de diversas estrategias para prevenir el burnout como pueden ser mejorar el ambiente físico, formar planes de carrera, prestar atención a los aspectos relacionados con los turnos, fomentar el trabajo en grupo etc.

CAPÍTULO 3.

3.4. Conceptualización de las variables de la investigación

3.3.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

a) Variables de riesgo y protectoras

Las variables de riesgo y protectoras son

- ✓ Sociodemográficas: sexo, edad, estado civil, etc.
- ✓ Laborales: comprende datos descriptivos y situación laboral
- ✓ Motivacionales: absentismo laboral, ausencias por enfermedad, incapacidad, etc.

Todas estas variables resultan ser riesgosas para desencadenar un burnout y en otros casos resultan ser antes protectoras para no adquirirlo, todo esto dependiendo mucho del momento emocional en que nos encontremos en ese momento y de la personalidad y carácter de cada individuo.

b) Motivación y satisfacción laboral

El burnout se reconoce como una respuesta afectiva negativa del trabajador ante las condiciones de trabajo, e insatisfacción laboral. Es considerado por la OMS como una enfermedad laboral que provoca deterioro en la salud física y mental de los individuos. Recordando esta definición es por tanto evidente que la motivación y la satisfacción laboral juegan un papel muy fundamental, ya que cuando las personas presentan bajos niveles de motivación, satisfacción laboral, estas se encuentran en riesgo de padecer el burnout.

Se entiende a la motivación como un estado interno que excita y sostiene al comportamiento del hombre impulsándolo a actuar, por lo que tiene su base en un conjunto de necesidades que el ser humano experimenta y que pueden ser satisfechas mediante su vínculo laboral. Este puede ser impulsado por dos tipos

de motivaciones: La intrínseca que vienen de dentro de uno mismo y las recompensas son propias del individuo y las extrínsecas que son a causa de factores externos, los que son dados por otros.

Se entiende a la satisfacción laboral como una actitud, debido a que hace referencia a diversas opiniones y conductas del trabajador hacia sus labores, por lo que se puede decir que se trata de “actitudes laborales positivas”, las que demuestran que las personas manifiestan “sentimientos de satisfacción cuando piensan o hablan de sus puestos de trabajo, aunque diversos aspectos del trabajo pueden resultar en tipos diferentes de sentimientos” (Hulin, 1991) entonces, el sentirse constantemente motivado tanto intrínseca como extrínsecamente y satisfecho laboralmente, ocasiona altos niveles de experiencia laboral, definiendo la permanencia de los trabajadores, por tanto el hacer que esta experiencia sea saludable depende de un conjunto de estrategias que la organización tiene que desarrollar para mejorar la calidad del contexto tanto a nivel de efectividad de la empresa, como de satisfacción de su personal. Personal. Gonzáles, Peiró y Bravo (1996).

c) Investigaciones realizadas

En un estudio para relacionar variables sociodemográficas como moduladores del burnout en enfermeras Carmona, Sanz y Marín (2001) encuestaron a 30 profesionales en enfermería. Los resultados que encontraron señalan que la relación de las puntuaciones en el MBI con las características sociodemográficas de los sujetos, no logran significación estadística para considerar que estas ejercen un efecto modulador sobre el síndrome de burnout. El único factor sociodemográfico que posee un nivel de significado estadístico es el estado civil, coincidiendo con el estudio de Martínez-López y López-Solache (2005), quienes al estudiar el MBI y las características sociodemográficas encontraron que las personas con tendencia al burnout tienen más probabilidades de no estar casadas.

Brofman y Pinto (2007), investigando las respuestas 30 trabajadores de una ONG boliviana al MBI y a la escala de satisfacción marital de Barragán y otros, encontraron que a mayor satisfacción marital menor es la probabilidad de presentar indicadores del síndrome de burnout.

Jiménez (2004); Gil, Alcover, Peiró (2005); Grau, Suner, García, y otros (2005), Molina, García y Alonso (2003) llevaron a cabo varios estudios que plantean la probabilidad de que existe relación entre satisfacción laboral y burnout, en todos ellos se demuestra un alto nivel de significación estadística en la correlación negativa entre ambos factores, es decir, a mayor puntaje de los componentes del síndrome del burnout, menor es la satisfacción labora.

Demerouti, Bakker, Nachreiner, y Schaufeli (2000) investigaron la relación entre el síndrome de burnout y la satisfacción laboral en 109 enfermeras alemanas, encontrando que los altos niveles de exigencia laboral determinan mayor probabilidad de manifestar agotamiento emocional y despersonalización, asociadas al descenso de la satisfacción con el trabajo.

Grau, Suner, García y otros (2005) estudiaron las respuestas de 1.095 enfermeras al MBI y a un cuestionario de clima laboral, encontraron que la experiencia en la profesión, el optimismo, y la valoración del trabajo como útil, además de percibir que se es valorado por los demás se asociaron inversamente con la despersonalización. La baja realización personal se asoció inversamente con el optimismo, la valoración de la utilidad del trabajo y el equipo de trabajo. Mediante un análisis de regresión logística múltiple, hallaron un alto nivel de cansancio emocional asociado al consumo de tranquilizantes o antidepresivos, mientras que el optimismo y la satisfacción profesional tuvieron una asociación inversa.

3.3.3. El burnout y la relación con la salud mental

a) Definición de Salud Mental

La Salud Mental ha sido conceptualada en formas diferentes dependiendo del entorno, la cultura y las influencias socioeconómicas y políticas.

Según Karl Meninger (1947): “Definamos la salud mental como aporte de los seres humanos al mundo y a ellos mismos con el máximo de efectividad y felicidad. No se trata solo de eficiencia o satisfacción o del don de obedecer alegremente las reglas del grupo: todo esto junto a una conducta socialmente considerada y una disposición feliz; esta, creo, es una mente sana”

La Merriam-Webster, compañía estadounidense que publica libros de referencia y diccionarios desde 1928, definen a la salud mental como un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana

Jehoda (1958) explico en la declaración de la OMS de 1947 que “la salud mental no es solo la ausencia de enfermedad sino un estado completo de bienestar físico, psicológico y social”

La OMS (2011) define a la salud mental como: un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base para el bienestar y funcionamiento efectivo de un individuo y una comunidad.

La salud Mental involucra un amplio rango de conductas, emociones, cogniciones y aptitudes, por lo tanto la persona que goza de buena salud mental se siente bien, tolera la presión y se adapta a las circunstancias que cambian, disfrutando de las buenas relaciones personales. Es una emoción positiva (afecto) tal como sentimiento de felicidad, incluso un rasgo de la personalidad de los recursos psicológicos de autoestima y control, y como resiliencia o capacidad para hacer frente a la adversidad.

b) Salud Mental y el Estrés.

Los problemas de salud mental son muy comunes en todo la población constituyendo una de las causas más frecuentes de incapacidad y de pérdidas de días de trabajo y de productividad. Las personas que lo padecen sufren con frecuencia de soledad y baja calidad de vida, afectando más a aquellas personas que necesitan altas dosis de entrega e implicación. El estrés así mismo es un fenómeno frecuente en todos los grupos de humanos, es producto de la interacción entre el individuo y su medio ambiente, estilo de vida, relaciones interpersonales, y se asocia a diferentes situaciones, conflictos, perdida o

amenazas que lo impactan en determinados momentos o periodos de su vida y representa un fenómeno psicofisiológico multicausal. El estrés es un factor de riesgo significativo de morbilidad mental, pero también de otras enfermedades y de accidentabilidad, por lo cual es de interés para la salud ocupacional. El trabajo permite remover la salud mental de las personas, pero también puede representar riesgos. Truco. M. (2004).

Los problemas de salud mental están íntimamente relacionados con el síndrome de burnout ya que este afecta más a aquellos profesionales que requieren un contacto directo con las personas es decir, aquellas que necesitan altas dosis de entrega e implicación, como es el caso de los profesionales sanitarios. Edwards, Burnard, P.Coyle (2007).

Como se ha mencionado, el estrés es un fenómeno común en la población, siempre y cuando sean controlados por el organismo y el cuerpo, sin embargo cuando este fenómeno se vuelve crónico el resultado será el “burnout” desencadenando una respuesta inadecuada llamada baja realización personal. En concreto: El burnout será consecuencia de eventos estresantes que disponen al individuo a padecerlo.

Cuando una persona comienza a sentir pérdida de confianza en la realización personal seguido por la presencia de auto-conceptos negativos de sí mismo, decimos que está padeciendo de una reducida realización personal, pudiendo deducir que no tiene una buena salud mental, sin embargo, mantener un pensamiento positivo de uno mismo y confiar en que podemos lograr todo lo que nos proponemos aun sabiendo que se pueden presentar obstáculos, significa que mentalmente estamos con buena salud mental.

c) Síntomas somáticos

La somatización se considera como una problemática frecuente de un fenómeno que afrontan los médicos a nivel de atención primaria. Es un fenómeno que conduce al paciente a buscar ayuda médica por síntomas o malestares de cuerpo, los cuales, a veces, aun cuando no existe evidencia medica de los mismos, el paciente erróneamente lo atribuye a una enfermedad orgánica. Bass (1990).

El concepto de somatización fue primero usado en el pensamiento psicoanalítico por Stekel (1991) en los comienzos del presente siglo para referirse a un proceso hipotético en el cual los mecanismos de defensa natural no permiten la expresión de la ansiedad y, en su lugar, sólo es posible una «expresión visceral», impidiendo la manifestación de la ansiedad experimentada conscientemente por el individuo.

Lipowski (1988) define la somatización como «una tendencia a experimentar y comunicar tensión somática y síntomas no establecidos en los hallazgos patológicos, a atribuir estos síntomas a una enfermedad física y a buscar ayuda por ellos» (1988:1358). El mismo autor presenta un enfoque comprensivo para definir que somatización incluye tres aspectos básicos: el aspecto experiencial, es decir cómo el paciente percibe y subjetivamente reconoce el dolor; un aspecto cognitivo que se refiere a como el individuo define e interpreta los síntomas como siendo o no serios; y finalmente un aspecto conductual, cómo el paciente reacciona al dolor, los cursos de acción que él/ella llevan a cabo para manejarse con el dolor y cómo el/ella lo comunica.

Ned H. Cassem en su libro “Psiquiatría de enlace” define a la somatización como la presentación de síntomas físicos y psicológicos en las que el cuerpo asume y carga un malestar de origen emocional, para los que no hay causa orgánica observable, constituyendo un reto fascinante para el especialista consultor. Kellner (1994) en un estudio concluyó, que estos pacientes somáticos que persisten en su dolor, buscan una causa medica de sus síntomas funcionales, arriesgándose a los peligros de las técnicas diagnosticas agresivas, cirugías innecesarias y a los ensayos medicamentosos terapéuticos mal dirigidos, que pueden ser amenazas vitales y con costos injustificados.

d) Ansiedad e insomnio

El sueño es un fenómeno homogéneo, básico y sobre imprescindible–fundamental para mantener una buena salud, además nos permite cumplir con las exigencias diarias en nuestro trabajo y vida personal. Son múltiples las causas que provocan que no podamos tener un sueño reconfortador y una de ellas son las reacciones emocionales, reacciones que terminan influyendo y condicionando el dormir de varias manifestaciones y por lo tanto provocando el insomnio.

Cuando las reacciones emocionales son poco controlables, la ansiedad aparece manifestándose en los campos físicos, afectivos, cognitivos y de conducta como un conjunto de perturbaciones. Cuando estas perturbaciones son físicas pueden afectar cognitivamente y conductualmente, por lo tanto posibilitan la dificultad para conciliar y mantener el sueño, con la calidad de este y con las famosas pesadillas. La sensación de preocupación, aprensión y pensamientos relacionados con peligro emocional o corporal son las perturbaciones cognitivas y la ansiedad que provoca una multitud de respuestas relacionadas con la disminución o la evitación del entorno son las conductuales.

Por lo general, la ansiedad va acompañada de una sensación de tensión interna y de dificultades para relajarse confirmando por tanto que un estado de ansiedad moderado produce dificultad para conciliar el sueño y de la misma forma uno de los síntomas del trastorno de ansiedad es el insomnio.

La relación entre ansiedad e insomnio no solo se manifiesta en el problema para conciliar y mantener el sueño de calidad, sino que cuando ambos fenómenos se vuelven prisioneros, terminan desencadenando una cantidad de comportamientos como: alteraciones en el estado de ánimo, cansancio, cinismo, dificultad para la concentración, dolores de cabeza, náuseas, vomito, los cuales si no son tratados a tiempo pueden ser causa de sobre estrés y por tanto culminar en Burnout.

e) Disfunción social en la actividad diaria

El término disfunción social, es el factor que mide la gravedad de los síntomas y la necesidad del tratamiento, consecuencias que tienden a disminuir la integración y estabilidad de la sociedad o de cualquiera de sus partes mediante el rechazo social de padres, amigos y familiares, acortando las posibilidades de supervivencia y persistencia, causando un gran daño a la personalidad. Por ejemplo, la carencia de amistades o de relaciones debido a la falta de contacto interpersonal se consideraría indicativo de disfunción social.

f) Tipos de depresión.

El origen de la depresión es complejo, ya que en su aparición influyen factores genéticos, biológicos y psicosociales. Las personas con poca autoestima y que se abruma fácilmente por el estrés se perciben a sí mismas y perciben al mundo en forma pesimista y están predispuestas a la depresión.

Algunos autores estiman que la depresión sigue al burnout y que los altos niveles de exigencia psicológica, los bajos niveles de libertad de decisión y de apoyo social en el trabajo, sumado al estrés por la labor inadecuada, son predictores significativos para una depresión subsiguiente según Lacovides y Col.,(2003). El agotamiento emocional es uno de los factores multidimensionales del burnout y cuando se presenta este factor se presentan en el individuo muchos sentimientos siendo uno de ellos la depresión.

La depresión presenta diversas formas que alteran la gravedad y el tratamiento de la misma. Los más comunes son el trastorno depresivo grave y el trastorno distímico.

En las líneas que siguen hemos tratado de realizar un resumen con los tipos de depresión existentes, sus principales síntomas y cómo estos repercuten en nuestra vida diaria.

- **Depresión mayor:** se manifiesta por una combinación de síntomas que interfieren con la capacidad para trabajar, estudiar, dormir, comer, etc., imposibilita la capacidad de disfrutar la vida de una manera placentera
- **Depresión atípica:** sus síntomas con comer y dormir en exceso. Son paciente con sentimientos oprimidos y reacción fuertemente al rechazo.
- **Distimia:** Es una forma de depresión más leve que dura años si no se recibe tratamiento. Los pacientes aquejados de distimia pueden llevar una vida normal pero se sienten permanentemente con dificultad para disfrutar la vida y poseen menos energía, una negatividad general, y un sentido de insatisfacción y desesperanza.

Otras formas comunes de depresión abarcan:

- **Depresión posparto:** Se presenta de manera severa en las mujeres después de tener un bebé he incluye síntomas de depresión mayor. Es importante indicar que muchas mujeres se sienten deprimidas después de tener al bebé, sin que esto a primera instancia signifique depresión posparto.
- **Trastorno disfórico premenstrual:** Son los síntomas depresivos que se presentan en las mujeres una semana antes y desaparecen después del proceso de menstruación.
- **Trastorno afectivo estacional:** Este estado de depresión se presenta con mayor frecuencia durante las estaciones de otoño e invierno desapareciendo durante la primavera e invierno, estando probablemente relacionado con la luz solar.

g) Investigación realizada.

Investigación: Estudio realizado en el 2008 por María Sol Pastorino y Rubén Alvarado con el tema “Factores psicosociales del trabajo y síndrome de burnout en trabajadores de la salud”.

Muestra: El diseño del estudio fue Observacional y Transversal. El universo estuvo conformado por 2259 trabajadores del hospital San Borja Arriaran, ubicado en la ciudad de Santiago de Chile de los cuales voluntariamente decidieron participar solo 416. La muestra estuvo constituida por 95 hombres (22,8%) y 321 mujeres (77,2 %) siendo el promedio de edad de 40,5 años.

Instrumentos utilizados: La encuesta estuvo conformada por tres instrumentos: 1) un cuestionario para la evaluación de factores psicosociales ISTAS 21; 2) la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) y 3) el Cuestionario de Salud General de Goldberg en su versión de 28 preguntas (GHQ-28). Los casos de Burnout fueron definidos a través de un análisis de conglomerados (utilizando la técnica de k – medias), con base en las puntuaciones obtenida en la Escala de Efectos Psíquicos de Burnout (EPB) y en el Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28).

Resultados: La prevalencia de trabajadores con Burnout fue del 25% y se encontró una asociación significativa con mayores niveles de exigencias psicológicas, así como con una interacción entre apoyo social y control en las tareas. Conclusiones: el síndrome de Burnout está asociado a los tres factores psicosociales del modelo demanda-control-apoyo social.

3.3.4. El burnout y el afrontamiento

a) Definición de afrontamiento

Webster's en 1979, indicó que el término "afrontar" (to cope with) es un dicho colonial británico. Significa literalmente enfrentarse a un adversario o a un obstáculo de frente, o luchar contra algún enemigo victoriosamente, en un plano de igualdad. Afrontar también significa ser capaz de competir con alguien o algo que constituye una amenaza.

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, manifestando el esfuerzo tanto de tipo cognitivo, conductual y emocional con el fin de enfrentarse a las exigencias específicas tanto internas como externas que le pueden retar o amenazar. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación.

Folkman y Lazarus (1980) lo definieron como el afrontamiento, sugirieron que este consiste en todos los esfuerzos cognitivos y conductuales para superar, reducir o tolerar las demandas sin importar si las demandas están impuesta desde el exterior es decir la familia, el trabajo, y los amigos o desde el interior por ejemplo: cuando de lucha por un conflicto emocional o cuando se colocan patrones muy elevados posibles de alcanzar. El afrontamiento busca, de algún modo, suavizar o atenuar el impacto de las demandas.

b) Teorías del afrontamiento

Para Lazarus & Folkman (1986) El concepto de afrontamiento se deriva por un lado de experimentación tradicional con animales y por otro lado de la teoría psicoanalítica del ego:

- **El modelo animal** define al afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológicas a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que genera malestar, siendo este planteamiento criticado por ya que se basa solo en conducta de evitación y huida.
- **El modelo psicoanalítico** de la psicología del ego define al afrontamiento como el conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas, por lo tanto, reducen el estrés estando cerca de la psicología cognitiva que ha puesto énfasis en los procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno.

Para Lazarus y Folkman (1986) partiendo de estos dos modelos tradicionales confirman que el afrontamiento no es un rasgo sino un proceso ya que son esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. De este concepto Lazarus y Folkman (1986) mencionan que el afrontamiento tiene múltiples funciones, resaltando dos: las que van dirigidas a alterar el problema objetivo y las que resultan del afrontamiento dirigido a regular las respuestas emocionales.

Las que van dirigidas a alterar el problema objetivo, engloban un conjunto de estrategias diferenciándose en dos grupos: las estrategias que se refieren al entorno y las estrategias que se refieren al sujeto.

A partir de esta exposición se manifestaron planteamiento como el de Wylie (1979) en donde postula que las variables de personalidad son como recursos internos de afrontamiento que influyen en las estrategias de éste.

Desde los años ochenta, los estudios sobre el Burnout no han dejado de proliferar, pero es a fines de la década de los noventa cuando se logran acuerdos básicos sobre la conceptualización, análisis, técnicas e incluso programas de prevención. Uno de los modelos explicativos generales es el de Gil- Monte & Peiró (1997), y sobre estrategias y técnicas de intervención, son de suma importancia los de Manassero y cols. (2003), Ramos (1999), Matteson e Ivansevich (1997), Peiró y cols, (1994), Leiter, (1988), entre otros. Sin embargo, aún contando con los avances desarrollados en campos específicos, todavía existen diversas interpretaciones sobre el síndrome y más aún sobre los tipos de intervenciones apropiadas para corregirlo, bien de tipo individual, acentuando la acción psicológica, bien de tipo social u organizacional, incidiendo en las condiciones de trabajo.

c) Estrategias de afrontamiento

Antes de iniciar con la conceptualización de lo que son las estrategias de afrontamiento se hace preciso diferenciarla de los estilos de afrontamiento. Según Fernández – Abascal (1997) “los estilos de afrontamiento se refieren a predisposiciones personales para hacer frente a las situaciones y son los responsables de las preferencias individuales en el uso de unos u otros tipos de estrategia de afrontamiento, así como de su estabilidad temporal y situacional. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son los procesos concretos que se utilizan en cada contexto y pueden ser altamente cambiantes dependiendo de las condiciones desencadenantes” Así, mientras los estilos son las formas habituales, relativamente estables, que tienen una persona para manejarse con el estrés, las estrategias son situacionalmente dependientes, constantemente cambiantes y están influidas por los estilos que tiene un sujeto de afrontar los problemas de la vida diaria.

Las estrategias de afrontamiento (a veces llamadas con el término inglés coping) se ha venido investigando en los últimos 20 años, y se refiere a analizar cómo se enfrenta la gente ante las diversas manifestaciones estresante, es decir el conjunto de respuestas que manifiesta del individuo, para hacer frente a las demandas problemáticas internas y ambientales, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona y por lo tanto reducir las tensiones que esta situación genera.

Según Girdano y Everly (1986) las estrategias de afrontamiento pueden resultar

- ✓ Adaptativas: Reducen el estrés y promueven la salud a largo plazo
- ✓ Inadaptativas: Reducen el estrés solo a corto plazo, teniendo un efecto nocivo en la salud a largo plazo.

Folkman y Lazarus (1985) crearon un instrumento que evalúa una cantidad de pensamientos y acciones que se efectúan para manejar las situaciones de estresantes llamada La escala de modos de afrontamiento (Way of Coping. WOC), que cubre ocho maneras diferentes de afrontamiento:

- ✓ 2 estrategias centradas en la solución de problemas: Confrontación y planificación.
- ✓ 5 estrategias centradas en la regulación emocional: distanciamiento, autocontrol, aceptación de responsabilidad, escape - evitación, reevaluación positiva.
- ✓ 1 estrategia centrada en la solución de problemas y la regulación emocional: Búsqueda de apoyo social.

Lazarus y Folkman (1986) una vez que dieron a conocer su escala, distinguieron dos tipos de estrategias de afrontamiento:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema o estrategias de resolución de problemas: Son aquellas centradas en hacer frente a la situación, buscando manejar o alterar al problema que ha provocado la disonancia cognitiva. Este tipo de estrategias son la confrontación, la búsqueda de apoyo social y la búsqueda de soluciones.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción o estrategia de regulación emocional: son los métodos dirigidos a busca la regulación de las respuestas emocionales activadas por la presencia de la situación estresante. Las estrategias son el autocontrol, el distanciamiento, la reevaluación positiva, la autoinculpación y el escape/evitación.

Son muchas las maneras posibles de cómo un individuo puede usar las estrategias de afrontamiento y el uso de cada una de ellas depende de la naturaleza del estresor, y las circunstancias en las que se produce, todo esto a pesar de que muchas veces estas pueden resultar con éxito y otras no.

Olson y Mc Cubbin (1989) señalan la importancia de entender al afrontamiento tanto como un proceso, como una estrategia. El afrontamiento constituye un proceso que el sujeto pone en marcha para hacer frente a situaciones estresantes; sin embargo, no siempre la puesta en marcha de este proceso garantiza su éxito. Si al hacerlo el individuo tiene éxito para solucionar el evento presente, repetirá el mismo ante situaciones similares; en caso contrario buscará otro recurso. Así, y según Fernández-Abascal (1997), estaríamos ante una situación de aprendizaje por ensayo y error.

d) Investigaciones realizadas

Investigación: Estudio realizado en el 2008 por Maria Soledad Popp licenciada en Psicología con el tema: Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de cuidados intensivos de terapia intensiva (UTI).

Muestra: La muestra estuvo compuesta por 53 enfermeras mujeres que desempeñaban sus actividades en Unidad de Terapia Intensiva, de diferentes instituciones hospitalarias, sanatorios y clínicas de la Provincia de Entre Ríos (República Argentina), quienes fueron seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico intencional.

La edad osciló entre los 24 y 54 años, siendo el promedio de 36 años. El 41.5% de las enfermeras se desempeñaba en instituciones públicas, el 43.4% en instituciones sanitarias privadas y el 15.1% en ambos tipos de instituciones. Participaron 366 trabajadores de Servicios Humanos. Los varones son 140 (39%) y 216 mujeres (59%); 10 casos no señalaron el género. La media de edad fue 38 años, el más joven tenía 20 años y el mayor 65. Se aplicaron varios cuestionarios entre los que está el *Ways of Coping Questionnaire* de Lazarus y Folkman (1986) que consta de 67 ítems presentados en forma afirmativa, que valoran los

diferentes modos de enfrentar los problemas a partir de una escala tipo Likert que expresa lo siguiente: (1) *en absoluto*, (2) *en alguna medida*, (3) *bastante* y (4) *en gran medida*. A estas opciones propuestas originalmente por los autores se agregó una quinta opción (*no se puede realizar*) para que los respondientes señalen las acciones que les resultan irrealizables o los sentimientos que fueran inadecuados para la situación planteada que le haya provocado malestar.

Resultados: en los modos de afrontamiento según el nivel de *burnout*, en la dimensión *cansancio emocional* los resultados generales no fueron significativos. Sin embargo, los análisis univariados revelaron resultados significativos con relación a *control afectivo*. Las enfermeras con un nivel medio de cansancio emocional utilizarían en mayor medida el control afectivo que las enfermeras con nivel bajo o alto de agotamiento emocional. En cuanto a las diferencias en los modos de afrontamiento según el nivel de *burnout*, se halló que existen diferencias significativas en las estrategias utilizadas entre las enfermeras que presentan diferentes niveles, principalmente en cuanto a las dimensiones de despersonalización y baja realización personal. Las enfermeras de UTI tenderían a utilizar estrategias de afrontamiento menos funcionales a medida que aumenta el nivel de *burnout*.

Segunda Investigación: Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores, realizada por Cristina Jenaro-Río, Noelia Flores-Robaina y Francisca González-Gil (Universidad de Salamanca, España. (2006).

Muestra: Los participantes en esta investigación fueron una muestra de conveniencia compuesta por 64 profesionales de acogimiento residencial de menores pertenecientes a centros de cinco provincias españolas. De esos 64 profesionales, 33 eran varones.

Instrumentos: versión española de seis dedos (1997) el Inventario de Burnout de Maslach (MBI), para evaluar el afrontamiento se empleó el Cuestionario COPE- que evalúa las maneras generales de afrontamiento en sus aspectos cognitivos y conductuales; y un cuestionario socio demográfico.

Resultados: Respecto al tipo de estrategias de afrontamiento más utilizadas por los participantes, las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en estrategias

centradas en el problema: crecimiento personal, reinterpretación positiva búsqueda de apoyo social, afrontamiento activo y concentrar los esfuerzos para solucionar la situación. Por otro lado, las puntuaciones promedio más bajas se obtuvieron en estrategias como la negación, el abandono de los esfuerzos de afrontamiento, la evasión y el consumo de alcohol o drogas. En los factores de segundo orden, el afrontamiento conductual y cognitivo obtuvieron puntuaciones superiores, mientras que el consumo de alcohol o drogas y el escape cognitivo fueron objeto de las valoraciones más bajas. Los análisis correlacionales ponen de manifiesto la existencia de asociaciones significativas entre el empleo de estrategias de afrontamiento y una elevada realización personal. Los análisis de varianza indican la existencia de diferencias significativas en función de variables sociodemográficas como el género, así como en función de variables organizacionales (existencia de turnos o satisfacción con la remuneración, entre otras)

3.3.5. El burnout y la relación con el apoyo social

El apoyo social es considerado como un recurso importante para manejar y enfrentar los eventos y estresores cotidianos y juega un papel importante en la salud y bienestar de las personas. La ausencia del apoyo social puede ser una fuente de estrés y así mismo puede ser un factor que contribuya a deteriorar la salud y el bienestar. En relación al burnout, Aranda C, Pando M, Perez M (2004) manifiesta que un apoyo inadecuado, o que no se brinda, facilita la aparición y desarrollo de enfermedades.

Bakker AB, Demerouti E, Verbeke W (2004) manifestaron que dentro del burnout el apoyo social dentro del trabajo es un recurso muy investigado y que la evidencia en relación con la importancia de la falta de apoyo es fuertemente consciente, especialmente cuando esta falta de apoyo es de los jefes y compañeros de trabajo. El apoyo social ha formado parte imprescindible en los estudios enfocados al área laboral y en particular con el síndrome de burnout. Autores como Aranda (2004,2006,) Albar (2004), Topa (2007) coincide que ante un bajo e inadecuado apoyo social el desarrollo del síndrome es más factible, en ocasiones hacia algunas de las dimensiones del burnout o en su totalidad.

Se sabe que cuando un individuo recibe y percibe un adecuado apoyo social por parte de su red, independientemente de que sea este técnico, emocional, económico, moral, etc. Llega a ser tan benéfico que puede reducir los sentimientos de quemarse por el trabajo e incrementar la autoestima, mejorar el estado de salud y bienestar y por lo tanto la calidad de vida. Sin embargo, ciertos estudios evidencian que una minoría de la población reporta un bajo o malo e inadecuado apoyo, porcentaje que inclina la balanza hacia la asociación con el síndrome de burnout.

a) Definición de apoyo social

La definición de apoyo social es muy compleja, ambigua y sobre todo multidimensional y por tanto se presta para diferentes interpretaciones en el que se mezclan diversos aspectos que tienen relación con las redes sociales, vínculos familiares, integración social, estado civil y más información. Entre las definiciones más conocidas se tienen las siguientes y todas muestran un aspecto común que es el de la interrelación del individuo con los seres que lo rodean y mediante el cual obtiene estímulos positivos todo esto lo menciona Alonso Fachado (2009).

Caplan (1974): El apoyo social es un sistema de relaciones formales e informales por las cuales los individuos reciben ayuda emocional, material o de información, para afrontar situaciones que generan estrés emocional.

Thoits (1982): Es el grado en que las necesidades sociales básicas de las personas con satisfechas mediante la interacción con los otros, entendiendo como necesidades básicas la afiliación, el afecto, la permanencia, la identidad, la seguridad, la aprobación.

Otra definición más esclarecedora es la de Bowling (1991): El apoyo social es el proceso interactivo en el que el individuo consigue ayuda emocional, instrumental o económica de la red social en la que se encuentra. El apoyo social constituye uno de los factores protectores más investigados en la actualidad y con resultados más positivos para aumentar la resistencia del individuo ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y en el momento de adaptación o ajuste a las enfermedades, especialmente, las de

carácter crónico. Adler & Matthews, 1994; Feldman, 2001; Ganster & Victor, 1988; Pacheco & Suárez, (1997).

El apoyo social puede darse a través de todos aquellos que rodean a la persona y los recursos que le brindan, lo cual proporciona un soporte emocional tangible, la oportunidad para compartir intereses comunes y unas condiciones por las cuales se sienta comprendida y respetada. Es importante destacar que no se trata sólo de la presencia de los elementos que brindan el apoyo social, sino de la percepción que la persona tenga de ellos. Según Turner y Marino (1994), existen tres constructos en torno al apoyo social, a saber: recursos de apoyo en redes, conducta de apoyo y apoyo percibido subjetivamente. Es decir, que el apoyo social es un fenómeno que envuelve tanto elementos objetivos (eventos actuales y actividades) como elementos subjetivos (en términos de la percepción y significado otorgado por el individuo).

El concepto más conocido y empleado sobre el apoyo social es aquel que hace referencia a las transacciones que se llevan a cabo entre las personas. Cassel, (1.976); Rodríguez (1.995), Barrón (1.996). La influencia que el apoyo social tiene sobre la salud es el prevenir o disminuir las respuestas ante el estrés, ya sea de forma directa o moduladora (Cohen, 1.985; Gil-Monte, 1.997) a favor de la calidad de vida. Algunos autores mencionan que el número de contactos que forman la red del sujeto si influyen sobre su salud, otros refieren que nada tiene que ver el número de contactos ni la frecuencia con los que ve y habla con su red en el bienestar de la persona, otros más infieren que es la calidad del apoyo y el grado de satisfacción percibida lo que ayuda al individuo a disminuir o amortiguar los efectos en la salud.

b) Modelos explicativos del apoyo social

Cuando mencionamos los modelos de apoyo social, nos estamos refiriendo a la forma de cómo la gente afronta los hechos y como es la experiencia en distintos grupos de población, teniendo estos modelos la ventaja de poner de manifiesto que parte del impacto, de los efectos y consecuencias están mediados por diferentes factores, con variables de tipo personal como el grado de optimismo de la gente y con el grado de apoyo social, es decir, tener un red con la cual uno pueda enfrentar mejor el hecho traumático, percibir que esa red realmente

funciona y que si sirve de apoyo , estando asociado con un aumento por tanto de bienestar. Dos han sido las principales teorías que se han expuesto para explicar los efectos positivos del apoyo social:

Barron en 1996 propuso la teoría de que el apoyo social actúa sobre el bienestar y la salud de un modo directo (modelo del efecto directo) independientemente del nivel de estrés al que está sometido el sujeto, favoreciendo los niveles de salud, además de que es positivo para el individuo, incrementando el bienestar emocional y físico o disminuyendo las probabilidades de efectos negativos. Este modelo postula dos mecanismos: Que el apoyo social tiene efectos en algunos procesos fisio - psicológicos y por tanto mejora la salud e impide las enfermedades y que el apoyo social favorece el cambio de conductas de los individuos, teniendo consecuencias positivas para la salud. El segundo modelo de apoyo es conocido como efecto buffer o modelo del efecto amortiguador, modelo propuesto por Cohen (1996) postula que el apoyo social protege a los individuos de los efectos patogénicos de las enfermedades o efectos estresantes interviniendo como variable mediadora. Lazarus y Folkman (1986) de acuerdo a su modelo transaccional, el apoyo social actuaría: 1) Permitiendo a los individuos redefinir la situación estresante como menos dañina y amenazante y enfrentarla mediante estrategias no estresantes, o bien, inhibiendo los procesos psicopatológicos que podrían desencadenarse en la ausencia de apoyo social y 2) forma es evitando que los individuos definan una situación como estresante.

c) Apoyo social percibido

Para Caplan (1974) el apoyo social puede estudiarse desde dos perspectivas.: la primera el Apoyo recibido (objetivo) la que hace referencia a los aspectos estructurales de las redes sociales caracterizándose por su objetividad, aspectos físicos a los que la gente puede recurrir en caso de necesitarlos: La segunda el apoyo percibido (subjetivo) la que se basa en los aspectos funcionales del apoyo social la cual hace referencia a la percepción de disponibilidad de apoyo. Al decir disponibilidad de apoyo se refiere al número de transacciones que ocurre o han ocurrido en situaciones problemáticas que el sujeto las ha necesitado. Se define como la apreciación que un individuo realiza sobre su red social y los recursos que fluyen sobre ella, esta red se configuran por los nexos de los lazos interpersonales que unen al individuo con familia, amigos y otros individuos los

cuales se proveen un tipo de soporte. Landero & González, (2006); Gracia, (1.997); Pernice-Duca, (2.010); Milardo,(1.998). El apoyo percibido tiene más impacto en la salud que el apoyo recibido.

El apoyo social percibido es el que determina el bienestar físico y psicológico del sujeto y muchas veces no todo este apoyo puede ser percibido por el sujeto como suficiente y adecuado. Actúa aumentando los sentimientos de autovalía y eficacia, incrementando la autoconfianza y mejora el afrontamiento de las situaciones estresantes o adversas.

d) Apoyo social estructural

El apoyo social es una especie de fondo al cual recurrir en caso de cualquier necesidad, es considerado uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas, siendo su ausencia una posible causa de deterioro de salud y bienestar. Es posible distinguir dos medidas del apoyo social: 1) apoyo funcional que está centrado en la evaluación subjetiva del apoyo social, especialmente en las conductas de apoyo – percepción y recepción de apoyo y en las funciones implicadas en esta conducta. 2) la función de apoyo estructural está centrado en la dimensión más objetiva de las relaciones que constituyen la red social del individuo. Abril VJ (1997). Es el apoyo tangible o material que hace referencia a la posibilidad de disponer de ayuda directa, siendo su función, proveer de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas pudiendo ser mediante las redes sociales que representan un importante punto de referencia para la persona necesitada. De Paulo, Nadler & Fisher, (1983).

Como se mencionó el apoyo Social estructural se limita únicamente a la parte material, a las características cuantitativas de la red de apoyo social por tal, motivo el apoyo funcional quizás sea el más importante porque además de ser multidimensional, también analiza los efectos de emocionales, instrumentales informativo de valoración y compañerismo.

Investigaciones realizadas

❖ I Investigación

En un estudio en donde se exploró la relación entre el síndrome de burnout, el apoyo procedente de la red social de enfermeras y auxiliares de Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla, en donde participaron 254 profesionales de la Salud, enfermeros y auxiliares de enfermería seleccionados mediante muestreo aleatorio sistemático se utilizaron para la recogida de datos la Multidimensional Support Scale, Maslach Burnout Inventario (MBI) y Registro de variables socio-demográficas, se obtuvieron los siguientes resultados: a) el agotamiento emocional se relacionó positivamente con el apoyo social de los compañeros, y b) la suficiencia con el apoyo de la familia y de los amigos estaba asociada a la realización personal.

❖ II Investigación.

Estudio realizado por los profesionales Cecilia Avendaño, Patricia Bustos, Paula Espinoza Felipe García, Tamara Pierart con el tema “Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público” en el 2009 cuyo objetivo fue identificar la presencia de burnout y establecer su relación con el apoyo social en el trabajo en personal de un servicio de psiquiatría de un hospital público. Para esta investigación participaron el 71% del personal profesional y de apoyo de servicio del hospital.

Los instrumentos utilizados para evaluar fueron: Burnout: el Maslach Burnout Inventory (MBI). Percepción de apoyo social recibido en el trabajo: se utilizó una escala compuesta por 6 ítems relativos a percepción de apoyo social recibido en el trabajo del Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS21 (CoPsoQ), que es la adaptación para el Estado español del Cuestionario Psicosocial de Copenhague (CoPsoQ). Las variables sociodemográficas consideradas fueron edad y sexo, y las variables laborales ocupación, antigüedad en el servicio, esquema de trabajo (con sistema de turnos o sin turnos), el tipo de turnos realizados (rotatorio o de fin de semana), y sector en que trabaja en el servicio de salud (público/ privado). En base a los resultados arrojados, la mayoría del personal profesional y de apoyo del Servicio de Psiquiatría estudiado evidencia estrés laboral crónico o burnout, siendo

particularmente alta la presencia de agotamiento emocional. Destaca también la mayor despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes judicializados, y en los subgrupos de de servicio. Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo la mayoría del personal enfermeras, técnicos paramédicos y auxiliares.

Esta investigación determinó que la influencia del apoyo social es notable en la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores.

3.3.6. El burnout y la relación con la personalidad.

a) Definición de personalidad

Se define a la personalidad como el conjunto de características o patrón de sentimientos, emociones, pensamientos, actitudes, hábitos y de conducta que se manifiestan en el comportamiento de cada individuo otorgándole identidad, diferenciándolo de los otros, persistiendo en el tiempo y manifestándose en distintas situaciones o momentos. La personalidad es la forma en cómo pensamos, sentimos, nos comportamos e integramos a la realidad, permitiendo reaccionar de diferentes manera ante los estímulos del mundo. La personalidad es importante para el desarrollo de las habilidades del individuo y para la integración con grupos sociales.

Desde que Existen muchas definiciones de personalidad, las cuales dependen mucho del marco teórico del cual surjan, sin embargo como comenta Eysench (1971) a pesar de los esfuerzos que la psicología de la personalidad ha realizado en sus investigaciones científicas para contextualizarla, la definición vigente es la que realizó Allport en 1973 “ La personalidad, es una organización dinámica dentro del individuo de los sistemas psicofísicos que determinan la conducta y el pensamiento en el interior del individuo; individuo que es capaz de la expansión y convertirse en más de lo que es”.

b) Tipos de personalidad (personalidad positiva y de salud)

Potkay y Allen (1986) mencionan que tipo de personalidad se refiere a quien poseen varios rasgos en común, y podría incluir categorías como tipo ejecutivo, no convencional, tipo maternal, etc. El suizo Carl Jung propuso clasificar la personalidad en:

- Introvertido es tímido y egocéntrico; su atención se centra en si mismo.
- Extrovertido es atrevido y locuaz; su atención se dirige al exterior.

Pero a la vez, es más introvertido el individuo más ingenioso, atrevido; y extrovertido a quien tanto le gustan las fiestas. Así mismo, un individuo extremadamente introvertido es asertivo y sociable en ciertas ocasiones.

El estudio de las características individuales se ha venido concretando más en relación a la vulnerabilidad de la persona a los estresores y las consecuencias a medio-largo plazo para la salud. Dentro de esta perspectiva los tres tipos de personalidad que han sido valorados como claramente influyentes en la percepción del estrés y en sus consecuencias se clasifican en: Tipo A, Personalidad Resistente y Neuroticismo / Ansiedad.

- Personalidad Tipo A:

Este patrón fue inicialmente identificado por los cardiólogos Meyer Friedman y Ray H. Rosenman (1.959) como “típico de los varones jóvenes con cardiopatía isquémica”. Las personas tipos A son impacientes, agresivas y sobre todo hostiles, presentan mayor tensión física y emocional, tendiendo a dejarlo todo en el trabajo los cuales son con alto nivel de demanda, no les importa sacrificar su vida familiar.

Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo (1988) menciona que la personalidad tipo A “está constituido por una serie observable de comportamientos o una forma de vida que se caracterizan por un nivel considerable de hostilidad, competitividad, prisa impaciencia, desasosiego, agresividad (a veces, enérgicamente reprimida), explosividad del lenguaje y un elevado nivel de alerta acompañado de tensión muscular”, siendo este patrón

más bien una forma de reaccionar de la persona a su entorno, que en los últimos años y ante los cambios en la sociedad se ha visto potenciado por ser mucho más. Las investigaciones apuntan que las personas que desarrollan este patrón de comportamiento tienen un mayor riesgo de padecer dolencias coronarias (trastornos cardiovasculares), aumentos de presión arterial, niveles más altos de colesterol sérico y catecolaminas con el consiguiente riesgo para la salud de las mismas. También se ha comprobado que esto es independiente de que asuman otros factores de riesgo en éste tipo de dolencias (tabaquismo, sedentarismo y sobrepeso. Esta personalidad nos predispone a padecer día a día más estrés.

- Personalidad Resistente (Hardy Personality):

Según Kobasa, Expresa un fuerte control de sobre su vida, siendo capaz de tomar decisiones y saber escoger lo que tiene que hacer, cómo y cuando en el momento adecuado y sobre todo siempre ve los cambios como retos. Este tipo de personalidad sabe manejar de forma adecuada las situaciones demandantes de estrés, a tal punto que en momentos como estos sacan a relucir su personalidad de optimismo, autoestima, bienestar, desarrollando habilidad para afrontar, resistir e incluso aprender y crecer de las situaciones más adversas. Según su autora Kobasa (1979) El planteamiento de la personalidad resistente se hace dentro de la teoría existencial, definiéndola como “la actitud de una persona ante su lugar en el mundo que expresa simultáneamente su compromiso, control y disposición a responder ante los retos” señalando tres factores fundamentales en las estrategias que emplean estas personas: Compromiso, Control, Reto. En fin los sujetos que poseen estas características y poseen estos factores intrapersonales positivos tienen una mayor resistencia frente al estrés laboral y cotidiano, promoviendo su salud, mayor rendimiento, bienestar y satisfacción laboral y obviamente poseen menos niveles de sintomatología psicología de estrés. Esta personalidad nos ayuda a afrontar el estrés y sobrevivir al mismo.

- Neuroticismo / Ansiedad:

Es una de las características de las personas que están vinculadas directa al estrés, ya que estas personas se sienten inseguros, son mas aprensivos y tienen a reaccionar con síntomas de ansiedad ante situaciones de presión. Las

personas de este tipo engloban un amplio rango de estados de ánimos aversivos, que incluyen ira, repugnancia o disgusto, desprecio, culpa, aprensividad y depresión y por lo tanto son predisponentes al estrés. Esta personalidad nos hace más vulnerables a las situaciones de estresantes.

c) Patrones de conducta y personalidad

Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada actividad fisiológica., siendo la forma habitual de ver y reaccionar ante el entorno y las circunstancias. Los patrones de conducta específicos son una forma de comportamiento aprendido que influye en cómo se afrontan las circunstancias cotidianas de la vida y que pueden contribuir al estrés laboral como así mismo inciden en la no aparición del síntoma.

- Patrón de conducta tipo A.-

El patrón de conducta tipo A, resulta de la interacción entre ciertos rasgos de personalidad y características del medio ambiente. Friedman y Rosseman lo definen como un complejo de características de acción y emoción, con un afán intenso y constante por conseguir metas establecidas, con una marcada complejidad, con alta motivación al logro y estado de alerta permanente al logro. Es considerado como un patrón de conducta de afrontamiento a las demandas del entorno, basándose en un uso abusivo de estrategias activas, junto con las respuestas emocionales de hostilidad y apresuramiento, percibiéndose como desafiante, las cuales son las responsables de sus nefastas consecuencias. El patrón de conducta tipo A es un estilo de vida aprendido que refleja patrones de conducta familiares y comunitarios.

- Patrón de conducta tipo B.

Estos sujetos son generalmente tranquilos, confiados, relajados, abiertos a las emociones, incluidas las hostiles. El estado emocional es agradable.

d) Locus de control

El locus de control es un concepto introducido y desarrollado por J. Rotter (1966) para referirse al concepto de control interno frente a control externo. En el contexto de una teoría general de aprendizaje social, se refiere a la capacidad que tiene un sujeto para controlar el medio que lo rodea y hace referencia a las creencias que tiene una persona sobre si en su conducta o un factor externo fuera de su control, lo que determina que le ocurre a la gente. Lefcourt, (1981) Kirsch, Revicki y May (1985). Las personas con locus de control interno perciben que los sucesos son contingentes a su conducta, es decir creen que lo que acontece en su vida depende de cuánto se esfuercen y que nadie va a darles nada, pero que todo está a su alcance si se empeñan. Sandler y Lakey (1982) se refieren estas personas como las más beneficiadas por el apoyo social y cuando están ante una situación de estrés permanecen con niveles adecuados de salud, mientras que las personas con locus de control externo no consideran que los sucesos son fortuitos a su acción, sino que atribuyen los resultados a los agentes incontrolables tales como la suerte, el destino o a fuerza sociales muy peligrosas, es decir perciben que su destino está controlado por factores fuera de ellos mismos. Como creen que no tienen control sobre los que les sucede, no se esfuerzan mucho en la vida.

Diversos autores como Wilson y Chiwakata (1989), encuentran correlaciones significativas entre locus de control externo y aumento de Burnout. Cuanto menos control de la situación cree tener el individuo mayores posibilidades que apareciera el síndrome, sobre todo ante situaciones ambiguas, difíciles o novedosas, en las que la persona cree tener poca o ninguna posibilidad de controlar.

e) Investigaciones realizadas

En cuanto a la investigación del burnout y la estructura de personalidad, se ha encontrado relación entre neuroticismo y burnout, utilizando la escala de Eysenck (Buhler, Land, 2003). Un estudio reciente en Japón, realizado por Lee y Ahktar (2007) aplicando el MBI en 2267 enfermeras de 43 hospitales públicos de Hong Kong, concluye en la necesidad de investigar las relaciones del síndrome de

burnout con otros factores psicológicos como auto eficacia y factores de personalidad.

Por su parte Bencomo, Paz y Liebste (2005) en un grupo conformado por 115 profesionales en enfermería del Hospital Universitario en Maracaibo aplicaron la escala MBI el MMPI-2 para establecer rasgos psicopatológicos, el NR-18 y el NORMALALTA, ambos para definir el grado de ajuste psicológico. Los resultados les permitió concluir que las personas con alto puntaje de burnout presentaron los siguientes rasgos de personalidad: sensibilidad a la crítica, desconfianza hacia los demás, dificultad para establecer contactos sociales y bajo ajuste psicológico. Aquellas personas con bajo nivel de burnout emocional presentaron las siguientes características de personalidad: optimismo, perspectiva realista ante acontecimientos, capacidad para establecer contactos interpersonales y alto ajuste psicológico. La conclusión más importante de estos investigadores es que el síndrome de burnout no se relaciona con una personalidad tipo, sino, que se trata de rasgos de personalidad que se encuentran asociados con la capacidad de ajuste psicológico.

Maslach, la creadora del MBI llevó a cabo un estudio junto a Schaufeli y Leiter (2001) pretendiendo identificar los factores de riesgo del síndrome ligados a los rasgos de personalidad. Siguiendo esta línea de investigación, Ghorpadem, Lackritz, y Singh (2007) llevaron a cabo un análisis regresivo en las respuestas de 265 docentes universitarios al MBI y al Big Five mini test, identificando que el agotamiento emocional se relaciona negativamente con la extraversión y positiva con la apertura a la experiencia; por su parte, la despersonalización se relaciona de manera negativa con la amabilidad y el neuroticismo. Finalmente la realización personal posee una asociación positiva con la extraversión, responsabilidad, amabilidad y bajo puntaje en neuroticismo.

4. METODOLOGÍA

Para poder conceptualizar este proyecto, fue de suma importancia conocer varias investigaciones y metodologías realizadas últimamente con el tema “identificación del Burnout en Profesionales de la Salud y Factores relaciones con este fenómeno” la cual permitió poder validar, comparar y analizar los resultados de mi proyecto con los de otras poblaciones que también fueron objeto de estudio.

Para la investigación de campo y la recolección de datos participaron 41 enfermeros (as) y 15 especialistas del Hospital Oncológico de Solca en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí en el mes de Julio y Septiembre del 2012, los cuales luego de la explicación de la finalidad del proyecto y de la aceptación firmada de la misma, decidieron voluntariamente participar respondiendo los 6 cuestionarios entregados.

La principal característica de nuestra población es que es un hospital Oncológico público – privado que garantiza la atención de salud gratuita o de bajo costo a pacientes que padecer de algún tipo de cáncer.

Esta investigación es cuantitativa, no experimental, transeccional (transversal), es exploratoria y descriptiva.

4.1. Diseño de investigación

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de su departamento de Psicología ha desarrollado el proyecto nacional de investigación bajo la temática “Identificación del Burnout en Profesionales de Salud y Factores relacionados con este Fenómeno en el Ecuador”, investigación que nace debido a la necesidad de conocer, que tanto el nivel de responsabilidad y disponibilidad en los trabajos hospitalarios para con los pacientes tanto personal como laboral, puede dar como resultado una excepcional altura del estrés, por lo que la salud mental de los profesionales sanitarios requiere de una especial atención de investigación, debido a la naturaleza de sus funciones diarias, en las que existe constantemente un excesiva demanda tanto física como emocional, esto a causa de las frecuentes situaciones de vida o muerte a las que tienen que enfrentarse estos profesionales.

Por ser un proyecto nacional, la UTPL a través del departamento de Psicología, me otorgó la decisión de investigar este fenómeno en el Hospital Oncológico “Dr. Julio Villacreces Colmont “de Solca en Manabí, hospital que tiene la misión de luchar contra el cáncer para las provincias de Manabí y Esmeraldas. Al ser un hospital Oncológico, los profesionales oncológicos hacen frente constantemente ante pacientes críticamente enfermos, ante su muerte, necesidades y cuestiones de los familiares y el mantenimiento de equipos técnicos muy complejos, responsabilidades que implican un desgaste emocional importante que junto con problemas personales, escaso apoyo o dificultades organizacionales favorecen el desarrollo del desgaste profesional, esto

como lo menciona Ullrich y Fitzgerald (1990). Por lo tanto, sabiendo que el burnout puede producirse en aquellos profesionales que frecuentemente están expuestos a situaciones de vida o muerte y sabiendo que este trabajo es física y emocionalmente agotador por la intensa relación con el paciente y familiares, Solca Portoviejo fue la opción más acertada para el proyecto.

4.2. Participantes

Si bien el comité de Investigación solicitó que la población objeto de estudio sean todos los médicos especialistas y todos los Licenciados (as) que trabajan actualmente en esta institución, una vez conocido y explicado el documento de información para participantes y consentimiento informado, no todos aceptaron voluntariamente participar.

La población universo del Hospital es de 54 médicos y 76 licenciados (as), de los cuales la población objeto de estudio que aceptó participar fue de 15 médicos y 41 enfermeros (as) del Hospital Oncológico "Dr Julio Villacreces Colmont" perteneciente a SOLCA Manabí.

1. Los 15 médicos especialistas, pertenecen a las siguientes especialidades:

- ✓ Urólogo Clínico 1,
- ✓ Infectólogo Clínico 1
- ✓ Ginecólogos 2
- ✓ Anestesiología 3
- ✓ Gastroenterólogos clínicos 5
- ✓ UCI 2
- ✓ Radioterapia 1

2. Los 41 enfermeros (as) que aceptaron participar se desempeñan rotativamente en varias áreas tanto ambulatorias como no ambulatorias

Se analizaron datos de toda la población participante, sin embargo en el caso de los licenciados (as) si bien se analizaron para el estudio todos los 41 instrumentos entregados en sobre sellado, solo 39 pudieron obtener su informe individual ya que 3

de ellos diligenciaron de manera incompleta los instrumentos, no firmando el consentimiento informado.

Con referencia al género: en el caso de los médicos fueron 8 hombres y 7 mujeres. En el caso de los enfermeros (as) 4 fueron 4 hombres y 37 mujeres. Los participantes aceptaron voluntariamente firmar el consentimiento informado una vez leído y analizado el documento de información para participantes, en donde se les explicaba detalladamente el objetivo, propósito y finalidad del estudio.

4.3 Instrumentos

El éxito de una investigación depende mucho de la calidad de los instrumentos de investigación y de datos que se vaya a aplicar, ya que de acuerdo a la calidad de preguntas o cuestionarios que se generen, se alcanzaran los objetivos de estudio.

Los instrumentos utilizados para el proceso de recolección de datos se manejaron con total responsabilidad y ética profesional. Fueron seleccionados por el Departamento de Psicología de la UTPL con la finalidad de cumplir con los objetivos planificados para esta investigación, siendo 6 en cuestionarios en total aplicados en el mismo orden que se mencionan.

- I. Cuestionario Sociodemográfico y laboral
- II. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)
- III. Cuestionario de Salud Mental (GHQ28)
- IV. La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)
- V. Cuestionario MOS de apoyo social
- VI. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysench. EPQRA-A

Cuestionario Sociodemográfico laboral.-

Finalidad: Tienen la finalidad de recolectar datos personales y laboral pertinentes en el estudio del síndrome de burnout en 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 gran utilidad en la investigación.

Modo de aplicación: Es una escala auto-administrativa, en donde la colocación de un visto o una cruz en la casilla que el encuestado considere pertinente a la pregunta es la forma correcta de llenarlo. En las preguntas en las cuales se muestre una línea como esta “_____”, la finalidad será que el encuestado llene con la respuesta correcta. En la última parte en donde se busca recabar datos sobre la percepción de valoración y satisfacción en el trabajo, se le presenta al encuesta la posibilidad de escoger la respuesta marcando la numeración correspondiente en una escala de liker. (Anexo1)

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).

Finalidad: Se utiliza para detectar y medir la existencia del burnout en el individuo. De la factorización de los 22 ítems resulta en 3 factores medibles por medio de escala que se denominan

- ✓ Cansancio o Agotamiento emocional (CE). Puntuación altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo
- ✓ Despersonalización (DP): Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.
- ✓ Baja realización personal (BRP): Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se denominan con el burnout.

Modo de aplicación: Es un cuestionario auto-administrativo, en donde se plantea al sujeto 22 afirmaciones que permitirán valorar sus sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo, y que deberán ser contestadas por medio de una cruz o un visto en la casilla correspondiente a una escala de likert que presenta 7 opciones. Importante indicar al encuestado que las opciones presentadas en la escala se refieren a la frecuencia con la que sucede la afirmación correspondiente. (Anexo 2).

Para diagnosticar al trabajador con Síndrome de Burnout, este debe tener un valor alto en el componente de CE y DP, mientras que el de BRP debe ser bajo respecto a la distribución de frecuencias. Los sujetos por encima del percentil 95 se incluirán en la categoría “alto”, entre el percentil 95 y 5 en la categoría de “medio” y por debajo del percentil 5 en la categoría “bajo”.

Cuestionario de Salud Mental (GHQ28).

Finalidad: El GHQ28 es una versión abreviada del General Health Questionnaire, Goldberg en 1970, 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”. En esta versión el individuo realiza una apreciación de su estado de salud general.

El GHQ-28 es un cuestionario auto-administrado que consta de 28 ítems agrupados en cuatro subescalas de 7 ítems cada una en donde cada pregunta tiene 4 posibles respuestas.

- ✓ Subescala A - síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento entre otros
- ✓ Subescala B - ansiedad e insomnio: nerviosismo, pánico, dificultad para dormir.
- ✓ Subescala C - disfunción social: Sentimientos hacia actividades que realiza en el día
- ✓ Subescala D (depresión grave): Sentimiento de desvalía, pensamiento de muerte.

Modo de aplicación: Es un cuestionario de tipo auto-administrativo. Se presentan al individuo 28 preguntas y cada una de ellas con 4 tipos de opciones de respuesta que varían desde afirmar que lo que se pregunta sucede mucho, bastante, no más de lo habitual o nunca. El encuestado deberá marcar la opción que más se ajuste a su situación. (Anexo 3)

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

Finalidad: Tiene como finalidad evaluar los distintos tipos de maneras en la que el individuo responde ante el estrés o situaciones difíciles. Las respuestas o formas de afrontamiento que se evalúan son:

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

Modo de aplicación: Es una escala multidimensional que consta de 28 ítems, en la que el tipo de respuesta se encuentra en una escala de likert que varía desde 1 hasta el 4. El encuestado al responder debe basarse en como maneja los problemas o dificultades cuando los ha tenido, sin importar que al momento no tenga ninguno. (Anexo 4)

Cuestionario MOS de apoyo social

Finalidad: Es un cuestionario que se utiliza en primera instancia para investigar la amplitud de la red social del individuo es decir, el apoyo estructural y para conocer cuatro dimensiones de apoyo social funciones (apoyo percibido) que son:

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

Modo de aplicación: Es un instrumento auto-administrativo, que consta de un total de 20 ítems y dividido en tres partes: la primera en donde el individuo deberá colocar el número de amigos íntimos y familiares cercanos que posee y una segunda parte que comprende 19 ítems en donde el encuestado deberá colocar un visto o cruz según la frecuencia. (Anexo 5)

Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQ-R

Finalidad: Este cuestionario permite conocer el tipo de personalidad del encuestado mediante 4 factores:

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

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

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

Modo de aplicación: Este instrumento es también auto-administrativo y propone una serie que consta de 24 preguntas cuyas respuestas son de carácter dicotómico, es decir solo puede escoger entre dos opciones, en este caso “SI” o “NO”. En caso de existir respuestas dudosas se pedirá que elijan la que se acerque más a su realidad. (Anexo 6)

4.4 Recolección de datos

Para la recopilación de la información, se visitó el hospital Oncológico “Vicente Villacreses Colmont” de Solca Portoviejo, previo a la autorización del Director Médico del Hospital (Anexo 7) y al Jefe de docencia tanto de los especialistas como de los enfermeros (as) previa exposición de los objetivos y alcance que este proyecto auspiciado por la UTPL a través del centro de Investigación y Psicología estaba promoviendo, garantizando la confiabilidad de la información obtenida y confirmando a la vez la entrega de un informe psicológico individual en caso de necesitarlo cada profesional, con los resultados obtenidos a cada cuestionario aplicado. Con todas estas garantías el comité de investigación aprobó la aplicación del proyecto en esta institución, facilitándonos la nomina de sus médicos especialistas y enfermeros (as) para la planificación del cumplimiento del objetivo

Se incluyó a todo el personal sanitario del hospital que estaba constituido por 130 trabajadores, de los cuales, 54 son médicos, 76 enfermeros (as). Se excluyeron del estudio a las personas que manifestaron su inconformidad con el estudio, así como los cuestionarios incompletos o llenados indebidamente y a las personas que no

devolvieron la encuesta. Asimismo, se excluyó al personal médico residente por pedido del departamento de docencia junto con los auxiliares de enfermería.

El estudio inició con la entrega personal de un sobre sellado y voluntario a los 54 médicos especialistas el cual contenía los 6 cuestionarios, el consentimiento informado para su análisis y firma de aceptación correspondiente y una carta de agradecimiento solicitándose un plazo de 8 días para su devolución, conociendo la naturaleza de sus funciones. A causa de la complejidad con el factor tiempo que enfrentan los especialistas en el Hospital, fue muy baja la respuesta para entregar los cuestionarios, receptándose apenas 15 sobres enviados en un lapso superior a 30 días.

En el caso de los enfermeros (as) se realizó una charla de sensibilización a su mayoría sobre: epidemiología clínica y diagnóstico del burnout, para luego proceder a iniciar el estudio con los que voluntariamente aceptaron a participar.

Para el análisis de los datos se usó unas plantillas en Excel proporcionadas por la Universidad.

5. RESULTADOS OBTENIDOS

Para la “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Oncológico Dr Julio Villacreses Colmont de Solca Manabí”, se aplicaron 6 instrumentos, los cuales se presentan a continuación sus resultados en orden de aplicación.

No se diagnosticó Burnout en ninguno de los 15 médicos y 41 enfermeras que aceptaron participar en el proyecto, sin embargo se puede evidenciar que en algunos de los resultados que se representaran a continuación, se presentan síntomas y factores que podrían ser desencadenantes a corto plazo de este síndrome.

1. CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO Y LABORAL

Tabla Nº 1

MEDICOS SIN BURNOUT					ENFERMEROS SIN BURNOUT			
GENERO	MASCULINO		FEMENINO		MASCULINO		FEMENINO	
		8	53,3%	7	46,7%	4	9,8%	37
ZONA DE VIVIENDA	URBANA		RURAL		URBANA		RURAL	
	15	100%	0	0,0%	39	95,1%	2	4,9%
CON QUIEN VIVE	SOLO		CON PERSONAS		SOLO		CON PERSONAS	
	4	26,7%	11	73,3%	5	12,2%	36	87,8%

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico

Elaboración: Kathy Zamora. R

En el cuadro resumen de género, en los médicos, se evidencia una equidad, sin embargo es comprobable el mayor porcentaje en el sexo femenino en los enfermeros.

En cuanto a su zona de vivienda en ambas poblaciones su mayor porcentaje pertenece a la zona urbana y viven acompañados

ETNIA

Gráfico N°1

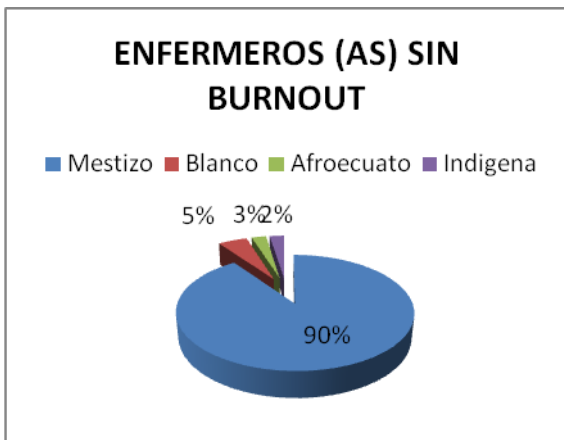
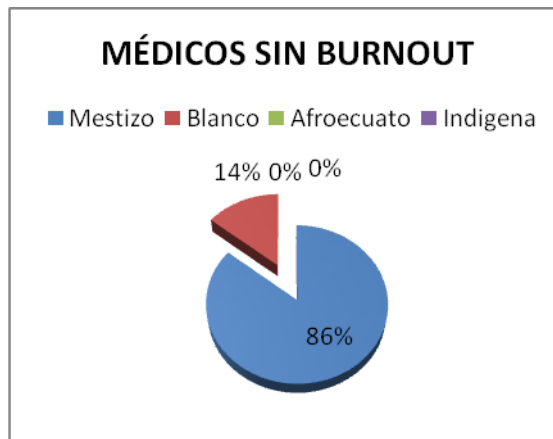


Gráfico N°2



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

En cuanto a los rasgos culturales en ambas poblaciones tanto de médicos como enfermeras su mayor población se identifica como mestizos, existiendo además en menor proporción blancos, indígenas y afroecuatorianos.

ESTADO CIVIL

Gráfico N°3

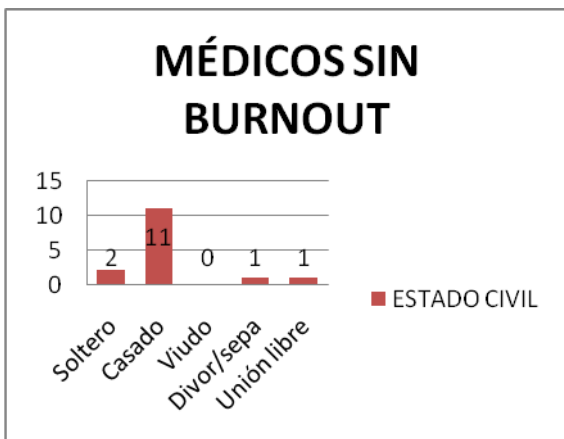
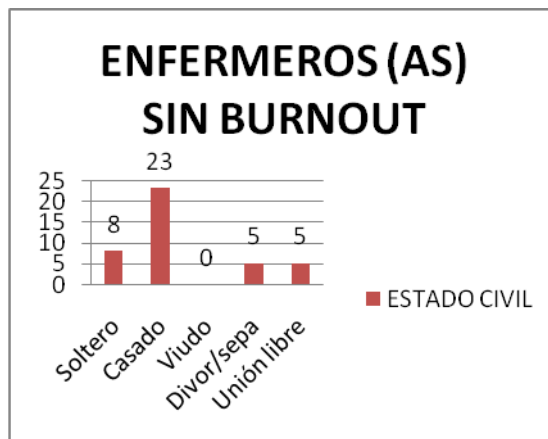


Gráfico N°4



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

En ambas poblaciones encuestadas el estado civil de casados es el de mayor frecuencia seguido por el soltero en los médicos y unión libre y separados en los enfermeros

REMUNERACION SALARIAL vs VALOR SALARIAL

Tabla N°2

REMUNERACION SALARIAL	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Diaria	0	0	0	0
Semanal	0	0	0	0
Quincenal	0	0	0	0
Mensual	15	100	41	100
No recibe	0	0	0	0

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Tabla N°3

VALOR SALARIAL	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
0 -1000	0	0	10	24,39
1001 -2000	6	40	30	73,17
2001 - 3000	7	47	1	2,44
3001 - 4000	2	13	0	0,00
4001 - 5000	0	0	0	0,00
5001 - 6000	0	0	0	0,00

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Ambas poblaciones confirmaron al 100% el pago de su remuneración salarial de forma mensual por los servicios que prestan, sin embargo el valor salarial del médico esta mejor remunerado que el de las enfermeras, ya que el promedio de sueldo está entre 1001-4000, sin embargo el de las enfermeras está entre los 0-2000

PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS vs SECTOR DE TRABAJO Y TIPO DE TRABAJO.

Tabla N°4

PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS	MEDICOS SIN BURNOUT	ENFERMEROS SIN BURNOUT
	1,33	1,47

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico

Elaboración: Kathy Zamora. R

Tabla N°5

SECTOR DE TRABAJO	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Público	2	13,33	1	2,56
Privado	8	53,33	24	61,54
Ambos	5	33,33	14	35,90

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico

Elaboración: Kathy Zamora. R

Tabla N°6

TIPO DE TRABAJO	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
T.COMPLETO	9	60,00	28	71,79
T.PARCIAL	6	40,00	12	30,77

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico

Elaboración: Kathy Zamora. R

A pesar, de que el promedio de instituciones en que trabajan ambas poblaciones es menor a 2, se evidencia que una gran proporción de los encuestados tanto enfermeras como médicos, mantienen dos fuentes de sectores de trabajo, las cuales pueden ser ambas de tiempo completo o parcial, aunque su mayoría sobre todo en los enfermeros indica que trabaja solo en el sector privado y cumple en Solca trabajo tiempo completo.

TIPO DE CONTRATO vs PROMEDIO DE AÑOS TRABAJADOS

Tabla N°7

TIPO DE CONTRATO	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Eventual	1	7,14	2	4,88
Ocasional	0	0,00	0	0,00
Plazo fijo	1	7,14	10	24,39
Indefinido	11	78,57	28	68,29
Serv. Profes	1	7,14	1	2,44
Ninguno	0	0,00	0	0,00
TOTAL	14	93	41	100,00

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Tabla N° 8

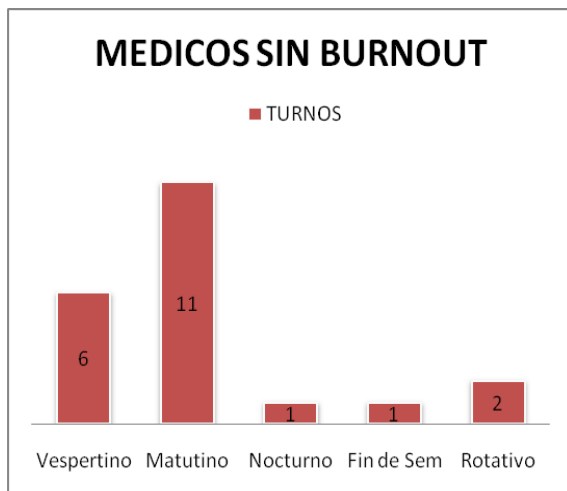
PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO	MEDICOS SIN BURNOUT	ENFERMEROS SIN BURNOUT
		14,66

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Es observa, según los resultados obtenidos que siendo el promedio de años trabajados en Solca Manabi mayor a 10 años en cada población, el tipo de contrato que mantienen ambos profesionales es el indefinido con un porcentaje de 78.57% en los médicos y 68.29% en los enfermeros.

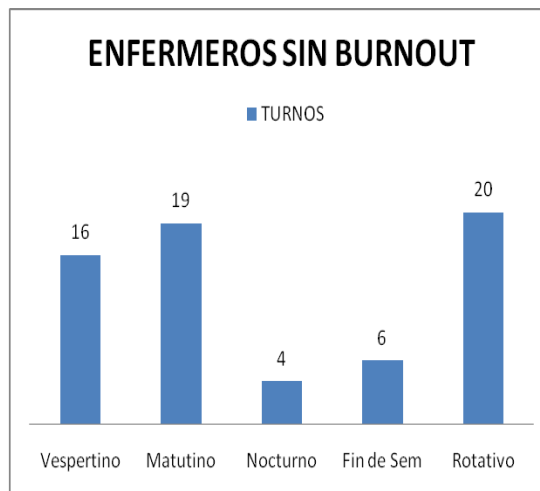
TURNOS vs PROMEDIO HORAS NOCTURNAS y PROMEDIO HORAS TRABAJADAS

Gráfico N° 5



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 6



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N°9

		MEDICOS SIN BURNOUT	ENFERMEROS SIN BURNOUT
PROMEDIO HORAS NOCTURNAS	HORAS	12	10,91
	DIAS	2	1,88
PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS	DIARIAS	8,57	8,487
	SEMANALES	43,21	41,88

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

El promedio de horas trabajadas tanto en los médicos como en los enfermeros está dentro de lo que indica el MRL. Las horas promedios nocturnas de los médicos y enfermeras presenta una cierta igualdad a pesar de que los médicos tienen un horarios que por lo general es matutino o vespertino, escenario que se presenta diferente en los enfermeros quienes debido a las funciones que desempeñan, el turno con mayor porcentaje es el rotativo, seguido por el matutino y vespertino

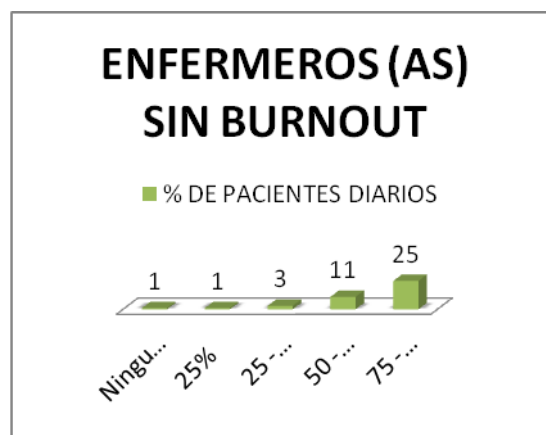
NUMERO DE PACIENTES DIARIOS vs TIPOS DE PACIENTES

Gráfico N° 7



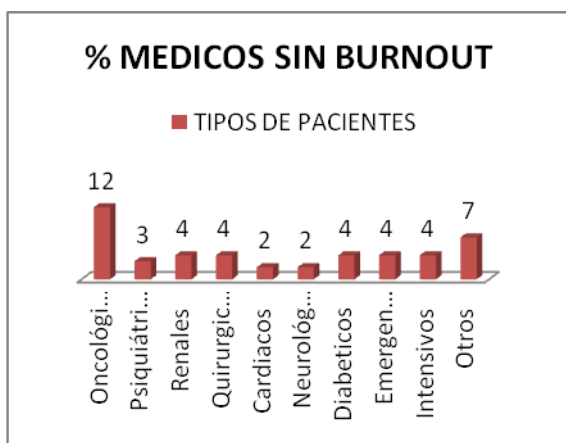
Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 8



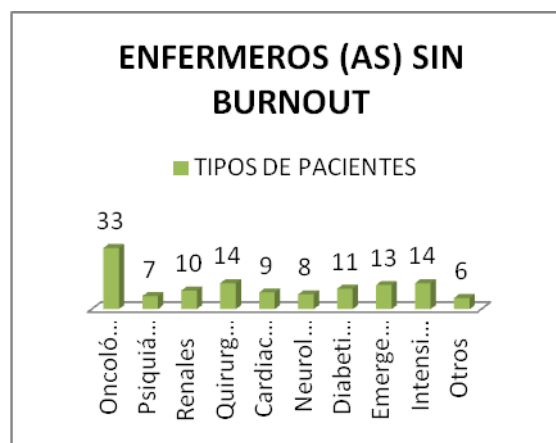
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 9



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 10



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Tabla N° 10

PROMEDIO DE PACIENTES POR DIA	MEDICOS SIN BURNOUT	ENFERMEROS SIN BURNOUT
	11,64	13,95

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

En el gráfico 7 y 8 se evidencia que ambos profesionales al día invierten de su tiempo un 75%-100% a atender pacientes, porque el promedio de pacientes que atienden diariamente ambos es superior a los 11.64. Es notable además notar que ambos profesionales tratan con mayor frecuencia pacientes oncológicos y en parecida frecuencia otros tipos de pacientes.

**PACIENTES CON RIESGOS DE MUERTE vs PACIENTES FALLECIDOS Y
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS.**

Tabla N° 11

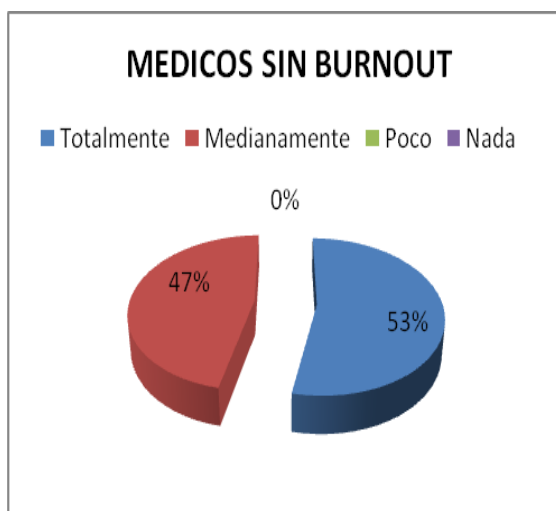
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTES	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
SI	10	66,67	33	84,62
NO	5	33,33	2	5,13
PACIENTES FALLECIDOS	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
SI	9	60,00	30	76,92
NO	6	40,00	11	28,21
PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	3,125		4	

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

En todos los casos se muestra que ambos profesionales están en contacto permanente con pacientes en riesgo de muerte y por tanto el índice de pacientes fallecidos es alto para ambos.

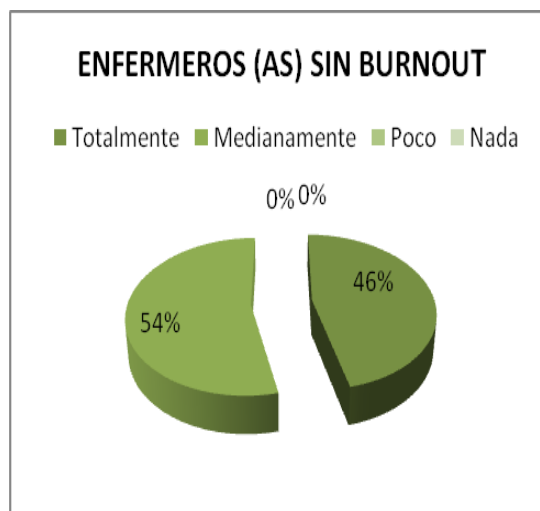
RECURSOS NECESARIOS

Gráfico N° 11



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 12



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Como se aprecia, los médicos consideran en mayor porcentaje que la institución les provee totalmente los recursos necesarios situación contraria a los enfermeros que consideran que la institución les provee medianamente.

PERMISOS. CAUSAS vs PROMEDIO DIAS DE PERMISOS

Tabla N°12

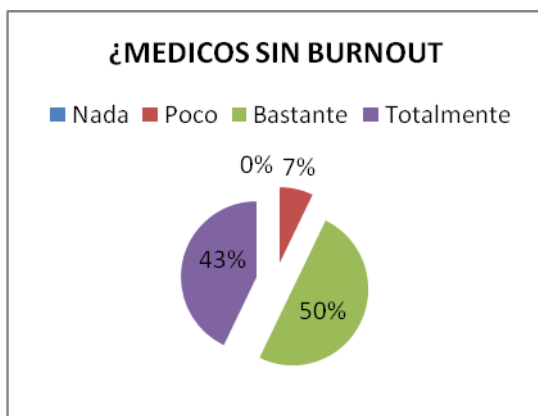
PERMISOS	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
SI	11	73,33	34	85
NO	4	26,67	6	15
CAUSAS	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Capacitación	4	33,33	6	17,65
Prob. de Salud	3	25,00	15	44,12
Situa Famili	1	8,33	10	29,41
Otros	4	33,33	3	8,82
PROMEDIO DE DIAS DE PERMISOS	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	23,83		8,89	

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Este resultado evidencia que ambos profesionales han solicitado permiso en el último año, siendo los médicos los que han pedido mayor días por la causa principal de capacitación y otros no especificados, mientras que los enfermeros por problemas de salud seguido por situaciones familiares.

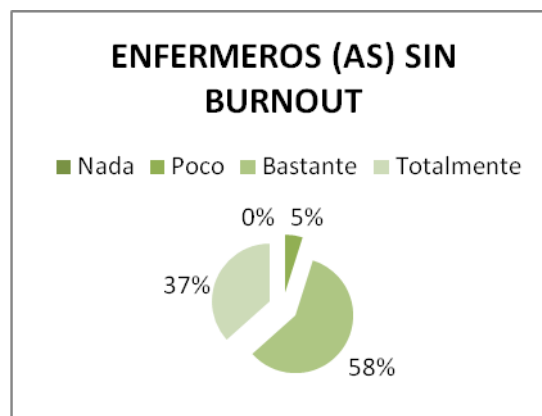
VALORACION.

Gráfico Nº 13



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico Nº 14



Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán valorado se siente por sus pacientes? Ambos profesionales indican en mayor porcentaje el nivel de bastante.

VALORACION FAMILIAR vs VALORACION COLEGAS Y VALORACION DIRECTIVOS

Tabla Nº 13

VALORACION FAMILIARES	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Nada	0	0,00	0	0
Poco	4	28,57	4	10
Bastante	6	42,86	27	67,5
Totalmente	4	28,57	9	22,5

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes? Ambas profesiones indicaron que en mayor proporción se sienten bastante valorado seguido por el totalmente, sin embargo en los enfermeros es porcentaje del bastante tiene más peso

Tabla Nº 14

VALORACION COLEGAS	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Nada	0	0,00	0	0,00
Poco	1	7,14	8	20,51
Bastante	8	57,14	16	41,03
Totalmente	5	35,71	15	38,46

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán valorado se siente por sus colegas? Ambas poblaciones encuestadas dieron mayor valor al bastante seguidos por el totalmente. No se presenta en ninguno de los dos casos valoración nada.

Tabla Nº 15

VALORACION DIRECTIVOS	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Nada	2	14,29	1	2,56
Poco	3	21,43	12	30,77
Bastante	5	35,71	19	48,72
Totalmente	4	28,57	7	17,95

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán valorado se siente por los directivos de la institución? Las enfermeras en mayor cantidad promedian en bastante su valoración por parte de los directivos. Los médicos por una diferencia del 10% dan mayor valor al bastante seguido del totalmente.

SATISFECHO CON EL TRABAJO

Tabla Nº 16

SATISFECHO CON EL TRABAJO	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Nada	0	0	0	0
Poco	1	6,67	1	2,44
Bastante	9	60	7	17,07
Totalmente	5	33,33	33	80,49

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán satisfecho esta con el trabajo que realiza? Este resultado nos indica que los médicos dan mayor valor al bastante seguido por el totalmente, muy contrario es el resultado de los enfermeros quien dan mayor peso al totalmente seguido por el bastante.

INTERACCION CON LOS PACIENTES

Tabla Nº 17

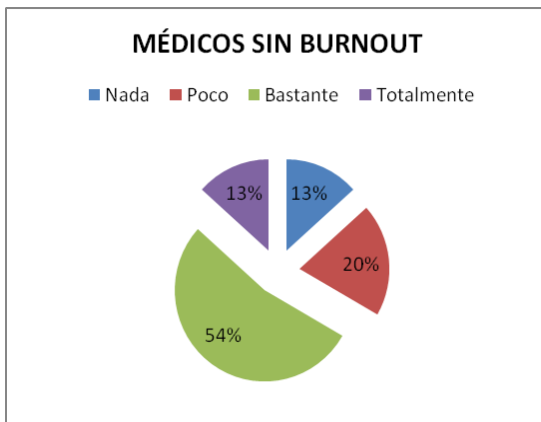
INTERACCION CON LOS PACIENTES	MEDICOS SIN BURNOUT		ENFERMEROS SIN BURNOUT	
	Fr	%	Fr	%
Nada	0	0	0	0
Poco	1	6,67	1	2,44
Bastante	8	53,33	9	21,95
Totalmente	6	40	31	75,61

Fuente: Médicos y enfermeros (as) a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes? Los resultados indican que los médicos se sienten bastante satisfechos seguidos por el totalmente, mientras que los enfermeros se sienten totalmente satisfechos seguidos con por el bastante satisfechos

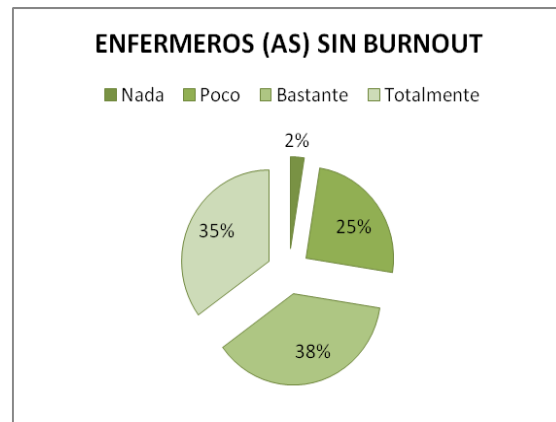
APOYO DIRECTIVOS

Gráfico N° 15



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 16

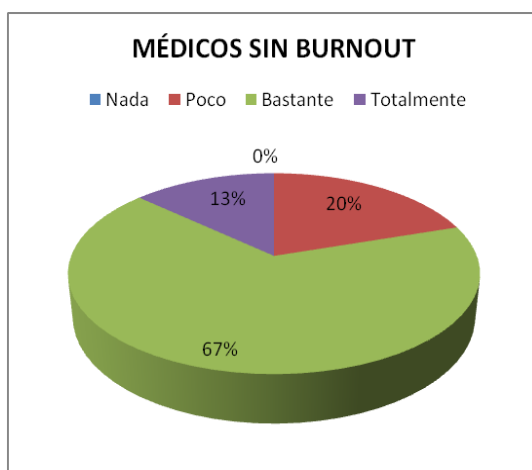


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán satisfecho está con el apoyo de los directivos de la institución? En ambos gráficos se evidencia que ambas poblaciones consideran que se sienten bastante satisfechos. En el caso de los médicos el porcentaje que les sigue es el totalmente y en el caso de los enfermeros el poco

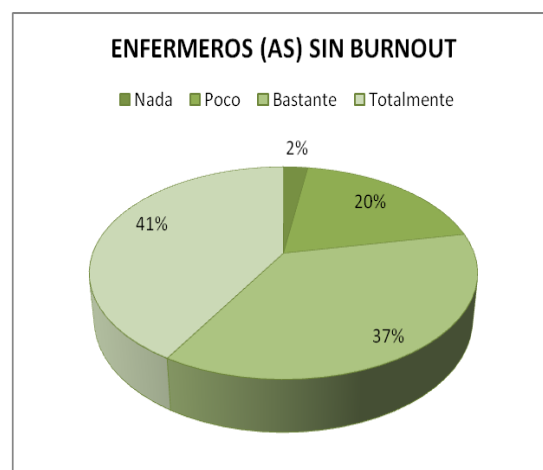
COLABORACION COLEGAS

Gráfico N° 17



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 18

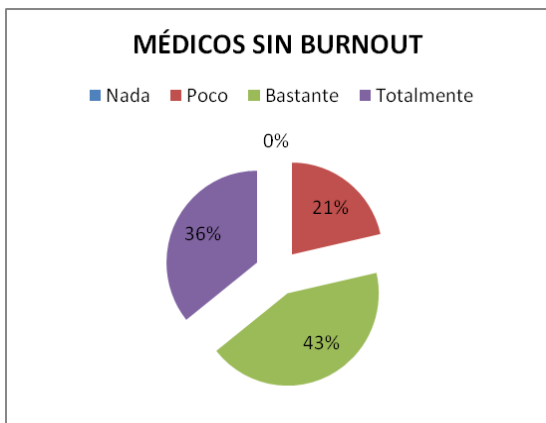


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán satisfecho esta con colaboración entre colegas de su institución? En esta variable podemos observar que los médicos indican que se sienten en mayor porcentaje bastante satisfecho seguidos por el poco. Los enfermeros consideran que se sienten totalmente satisfechos en mayor porcentaje seguido por el bastante.

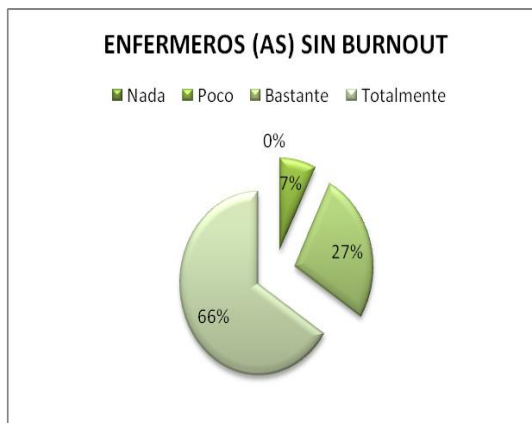
SATISFACCION EXPERIENCIA

Gráfico N° 19



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 20

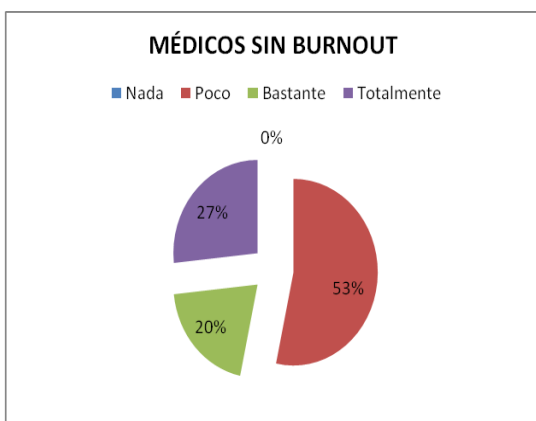


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general? El 43% de los médicos indican que se sienten bastante satisfechos con su experiencia seguidos por el totalmente, mientras que el 66% de los enfermeros indica que se siente totalmente satisfechos

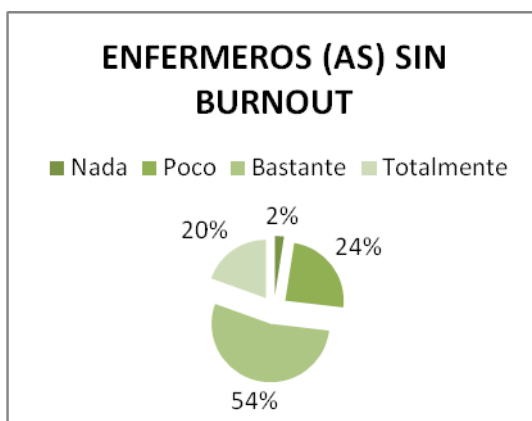
ECONOMIA

Gráfico N° 21



Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 22



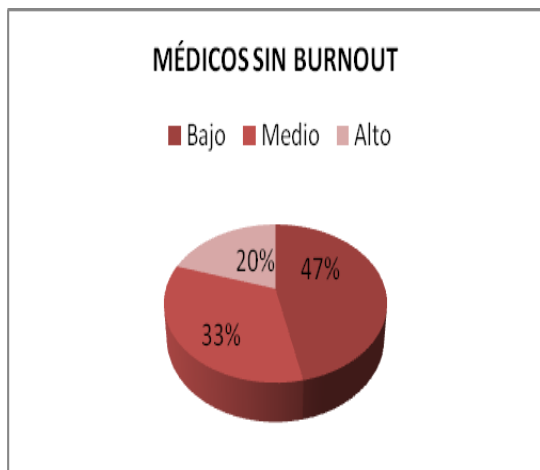
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico
Elaboración: Kathy Zamora. R

¿Cuán satisfecho está con su economía? Se destaca una diferencia importante en los resultados con referencia a la economía. Los médicos consideran con un 53% poco satisfecho y los enfermeros con un 54% bastante satisfecho.

2. CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT)

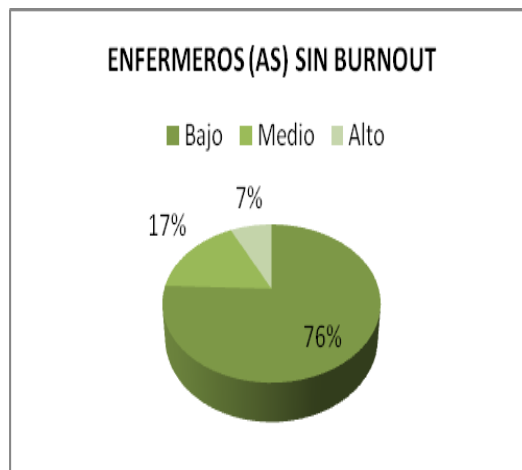
AGOTAMIENTO EMOCIONAL

Gráfico N° 23



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 24

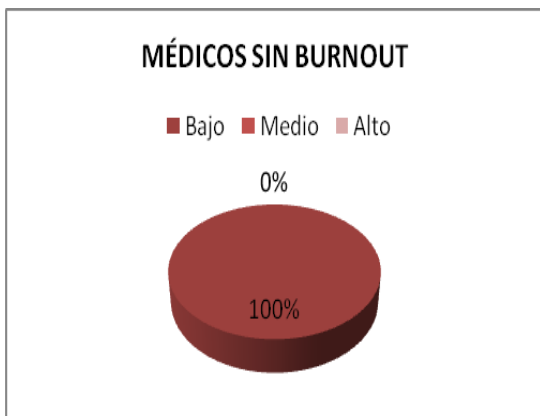


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario de MBI
Elaboración: Kathy Zamora. R

El agotamiento emocional que es la disminución y pérdida de los recursos emocionales, en los enfermeros se presenta en un 76% en promedio bajo, siendo una mínima parte de 7.31% que lo presenta alto, en el caso de los médicos presentan un 46.66% bajo y un 20% alto.

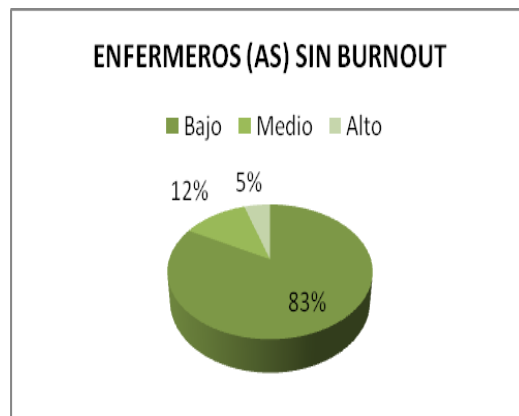
DESPERSONALIZACION

Gráfico N° 25



Fuente: Médicos a través de cuestionario de BMI
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 26

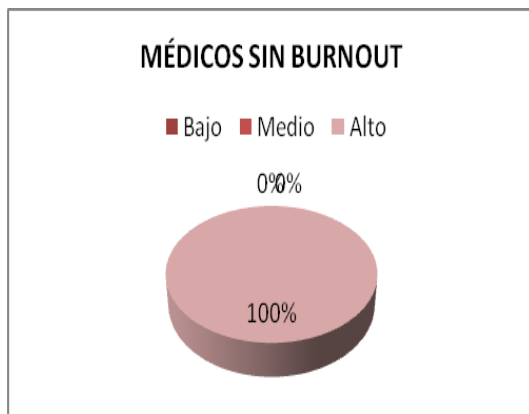


Fuente: Enfermeros a través de cuestionario de MBI
Elaboración: Kathy Zamora. R

La despersonalización o deshumanización, que no es otra cosa que el desarrollo de actitudes negativas, insensibles de cinismo hacia los demás en los médicos se presenta 100% bajo identificándose en los enfermeros que 5 ya lo tiene en promedio medio y 1 ya lo tiene alto

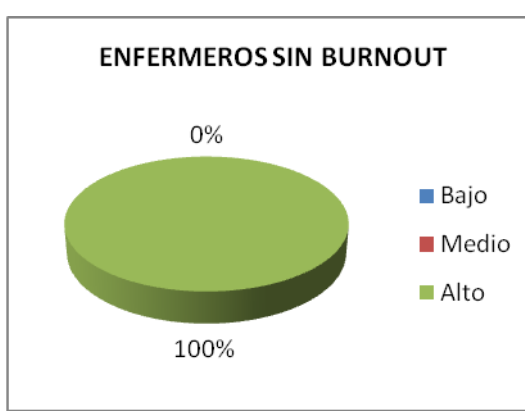
REALIZACION PERSONAL

Gráfico N° 27



Fuente: Médicos a través de cuestionario de MBI
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 28



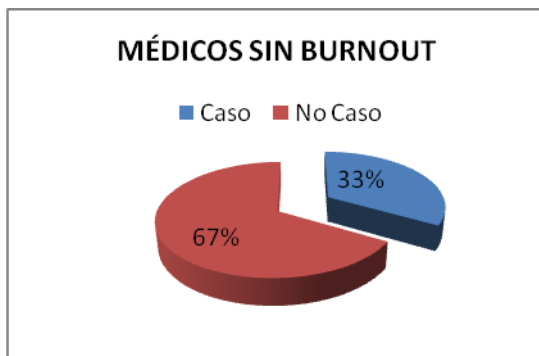
Fuente: Enfermeros a través de cuestionario de MBI
Elaboración: Kathy Zamora. R

La alta realización personal que se evidencia en ambos profesionales, evidencia el positivismo que tienen para evaluar el trabajo de sí mismo, la satisfacción profesional y alta autoestima personal que tienen tanto los médicos como los enfermeros.

3. INVENTARIO DE SALUD GENERAL (GHQ-28)

SINTOMAS PSICOSOMATICOS

Gráfico N° 29



Fuente: Médicos a través de cuestionario de GHQ-28
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 30

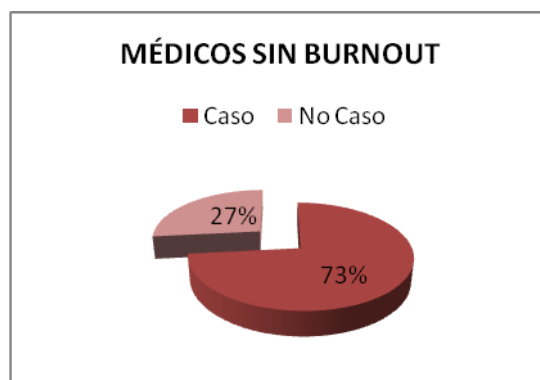


Fuente: Enfermeros (as) a través del GHQ-28
Elaboración: Kathy Zamora. R

En esta escala el síntoma psicossomático que es el síntoma de tener fenómenos corporales sin sentido, no se presenta en la mayoría de los profesionales, sin embargo el porcentaje de caso que pudieran estar padeciendo, es en los médicos en el 33% que corresponde 5 y en los enfermeros esta en el 34% que corresponde a 17 profesionales.

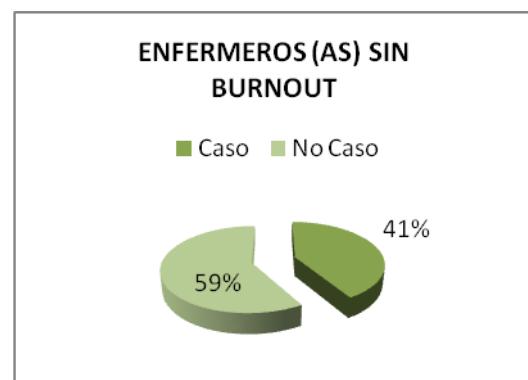
ANSIEDAD

Gráfico N° 31



Fuente: Médicos a través del GHQ-28
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 32

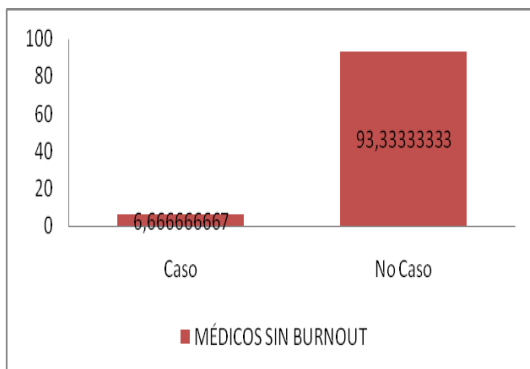


Fuente: Enfermeros (as) a través del GHQ - 28
Elaboración: Kathy Zamora. R

La ansiedad laboral desemboca en el burnout, y se evidencia notablemente en los médicos en un 73%, y en los enfermeros en un 59% de la población encuestada que ya lo tiene y un 41% que está próximo a tenerla.

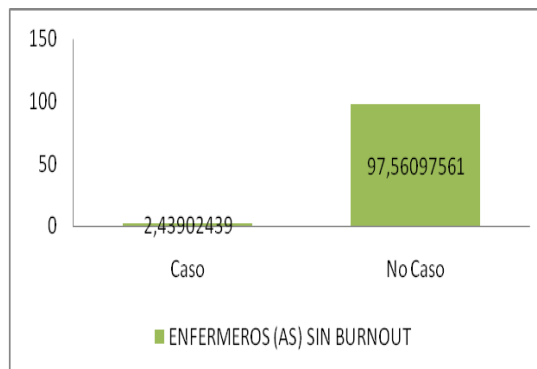
DISFUNCION SOCIAL Y DEPRESION

Gráfico N° 33



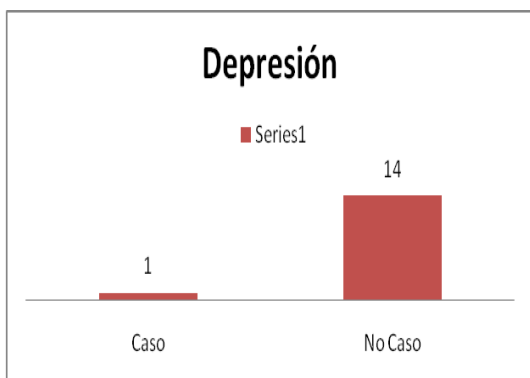
Fuente: Médicos a través del GHQ-28
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N°34



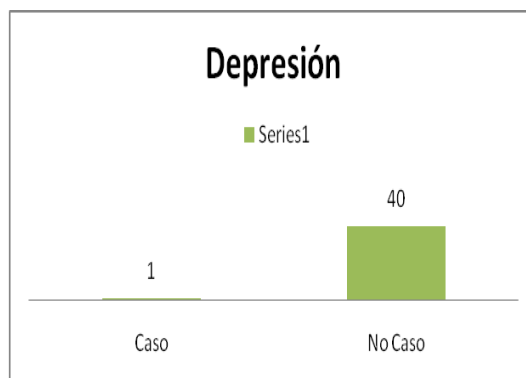
Fuente: Enfermeros (as) a través del GHQ – 28
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 35



Fuente: Médicos a través del GHQ-28
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 36

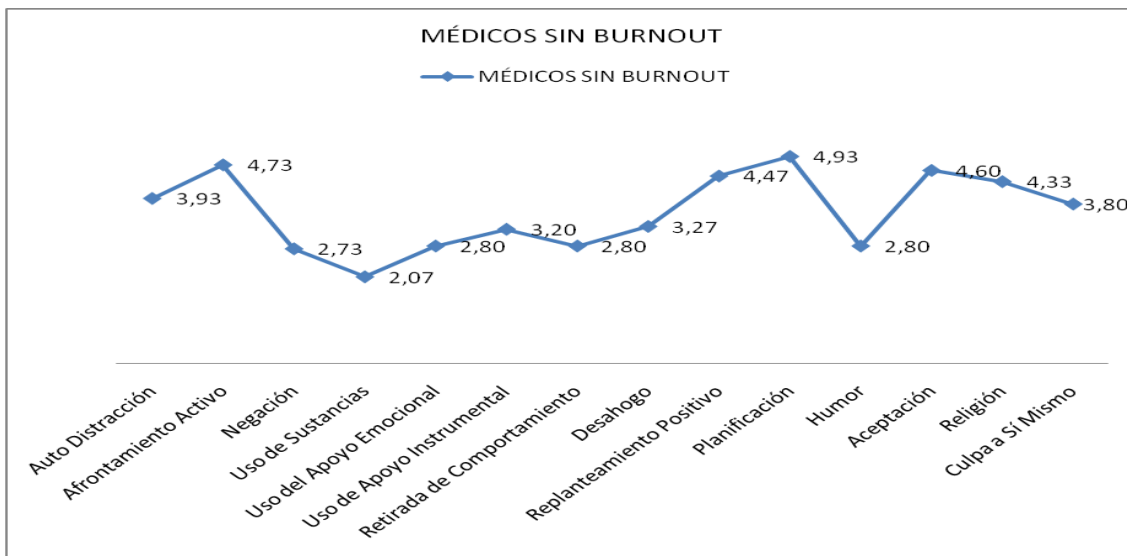


Fuente: Enfermeros (as) a través del GHQ – 28
Elaboración: Kathy Zamora. R

Ambas escalas muestran tener una minoría de casos de disfunción social que consiste en las consecuencias que se tienden a presentar y disminuyen la integración y la estabilidad de la sociedad y de sus miembros y la depresión. Favorablemente la mayoría en ambos profesionales no presentan ninguno de estos casos.

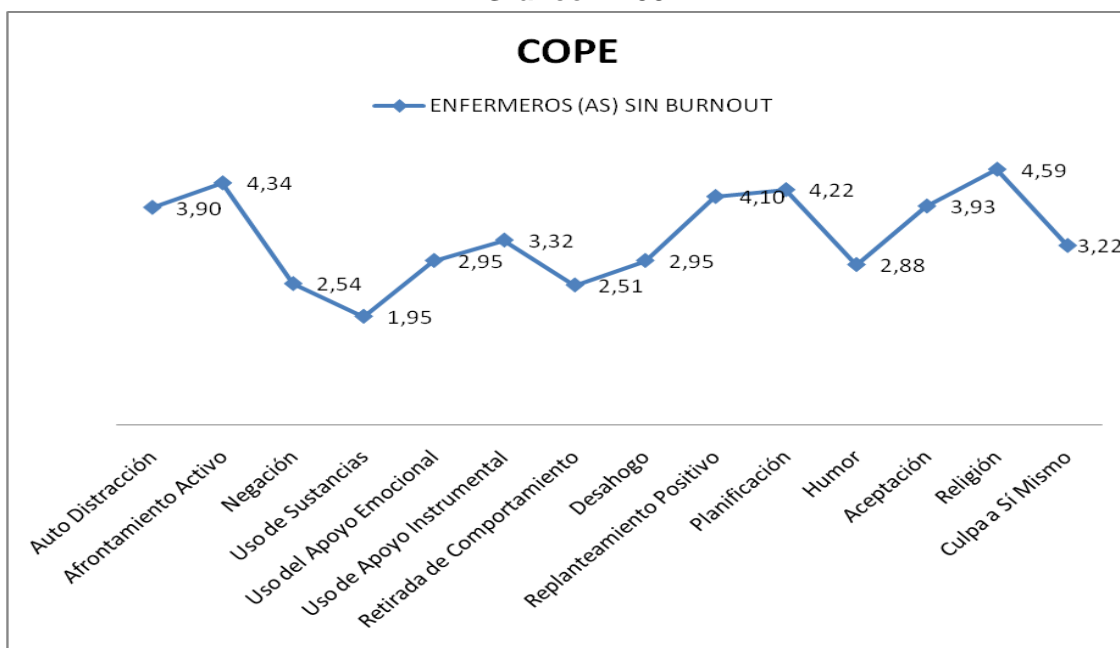
4. CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE)

Gráfico N° 37



Fuente: Médicos a través del cuestionario de afrontamiento
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 38

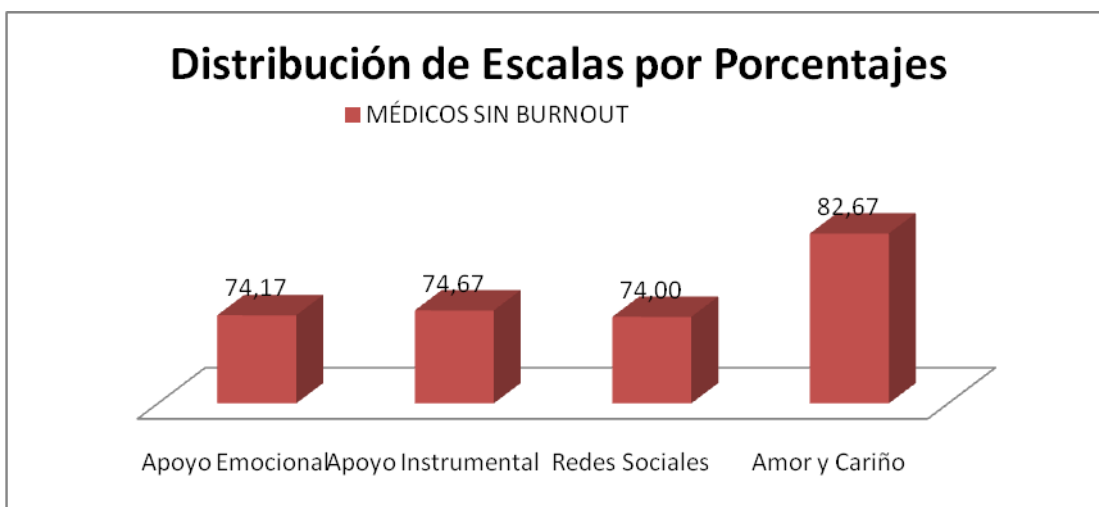


Fuente: Médicos a través del cuestionario de afrontamiento
Elaboración: Kathy Zamora. R

En cuanto a los tipos de afrontamiento que se presentan los positivos que se destacan son el replanteamiento y afrontamiento positivo, la planificación, la aceptación y la religión dependiendo de la personalidad del sujeto puede ser positivo o negativo.

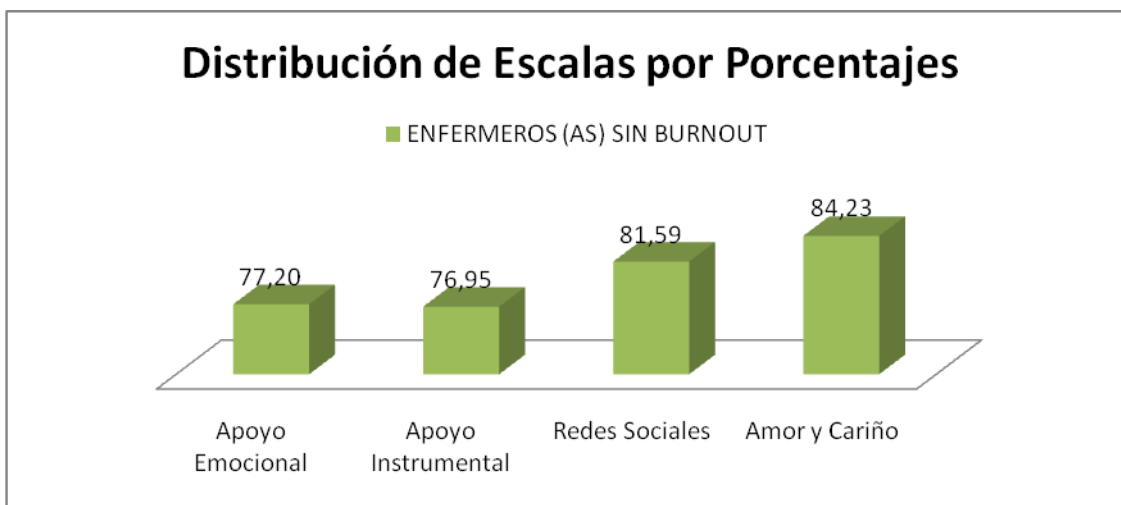
5. CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL

Gráfico N° 39



Fuente: Médicos a través de cuestionario de apoyo social.
Elaboración: Kathy Zamora. R

Gráfico N° 40

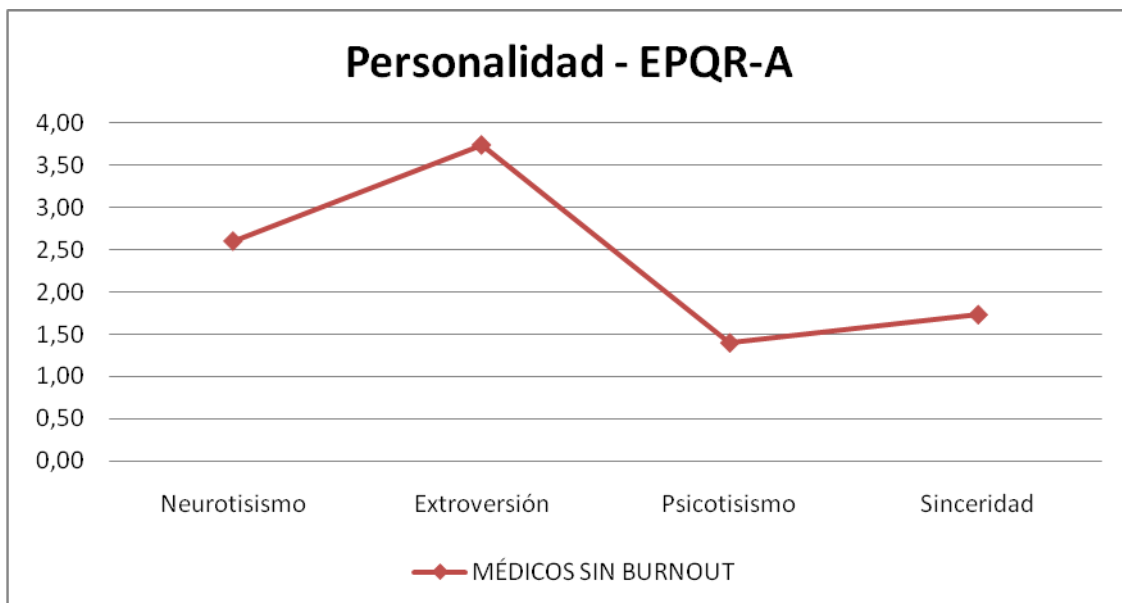


Fuente: Médicos a través de cuestionario de apoyo social.
Elaboración: Kathy Zamora. R

El cuanto al apoyo social que mide este cuestionario, podemos apreciar en la gráfica, que para los médicos el amor y cariño es el principal apoyo que se ve evidenciado seguido por el de las redes sociales. Sin embargo a pesar de estar más presionados en tiempos, en los enfermeros el amor y cariño junto con el de redes sociales son el apoyo principal.

6. CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD - EPQR-A

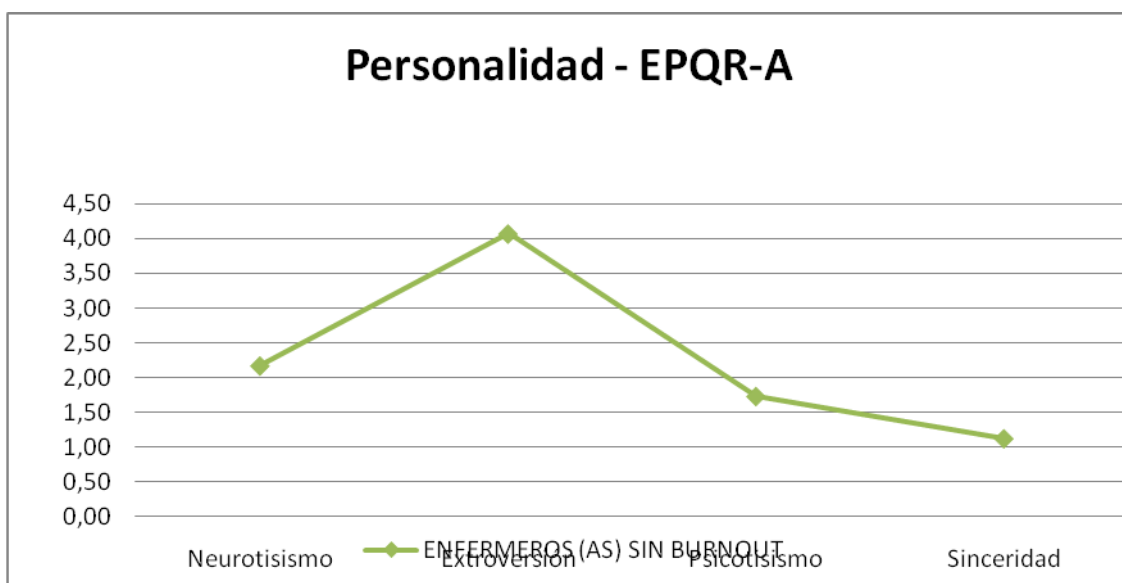
Grafico Nº 41



Fuente: Médicos a través de cuestionario de personalidad – EPQR-A

Elaboración: Kathy Zamora. R

Grafico Nº 42



Fuente: Enfermeros (as) través de cuestionario de personalidad – EPQR-A

Elaboración: Kathy Zamora. R

En ambas sub-escalas la sociabilidad y la reacción a reaccionar con rapidez ante las situaciones predomina en casi igual porcentaje, siguiendo de igual forma el neurotismo. En un tercer puesto descendiente está el psicotismo y por último la sinceridad.

6. DISCUSIÓN

La Universidad Técnica Particular de Loja, a través de la titulación de psicología, preocupados por la salud mental de los trabajadores en el área de la salud, han desarrollado la presente investigación acerca de los factores relacionados con el síndrome del burnout; en este apartado se informará los resultados extraídos de la población concentrada en el Hospital Oncológico "Dr. Julio Villacreses Colmont"

En los dos grupos de la población estudiada, se destaca que hubo una mayor cantidad de enfermeros (as) que médicos dispuestas a participar voluntariamente del proyecto, estando representadas las mujeres en un 90.24% entre los profesionales de enfermería y entre los de profesión médica se presenta una equidad de género en participación. La edad promedio y el tiempo de experiencia en el desempeño de su profesión son mayores en los médicos seguidos muy de cerca por el de las enfermeras.

Desde las consecuencias individuales y síntomas que caracterizan el síndrome y partiendo del enfoque psicosocial como lo definió Maslach (1976), el burnout se ha conceptualizado como un síndrome de sintomatología de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo.

Se han mencionado varios modelos que discuten cuál es la primera respuesta que surge ante el estrés laboral, es decir, al ordenamiento temporal en que sucede el síntomas del burnout, adaptando esta investigación al modelo original de Maslach que luego fue refinada por Leiter (1988), en donde indica que el agotamiento emocional es el componente más relevante para explicar el burnout y que este lleva a un sentimiento de realización personal reducido, si y solo si, la despersonalización actúa como una variable de medición. En los resultados del MBI el agotamiento emocional se presenta en un 20% en niveles alto y un 33.33% niveles medios en el caso de los médicos; En el caso de los enfermeros se presenta un 7.31% de niveles altos y un 17.07 de niveles medios. Con referencia a la despersonalización y baja realización personal que son los otros dos síntomas que se presentan cuando esta ya próximo a padecer o padeciendo el profesional el síndrome, satisfactoriamente se evidencia que en la población de profesionales médicos el cuestionario arroja niveles totalmente satisfactorios, es decir, tanto la despersonalización como la realización personal están con un nivel del 100% baja y alta respectivamente. En el caso de los

enfermeros la despersonalización se presenta con un nivel alto de 4.87 % y medio de 12.19% y en el caso de la realización personal el resultado es también 100% satisfactoriamente alto, dándonos este resultado final la identificación de que no existe el síndrome de burnout en la población que participó en esta investigación, sin embargo reconociéndose que la atención al paciente provoca una satisfacción laboral y que además constituye la primera causa de estrés en el personal sanitario, existe tendencia en el Hospital de padecerlo, debido a la pacientes críticamente enfermos que diariamente asisten, la cual muchas veces son diagnosticados con etapa final de vida por el grado de la enfermedad y además deben hacer frente a los cuestionamientos no solo de los pacientes sino también a la de los familiares. El aumento considerable de distintos tipos de cáncer, unido con las medidas de aumentar la calidad del cuidado de sus pacientes y por tanto lograr la efectividad de sus tratamientos, hace que se maximice el potencial humano. Maslach (1982) manifestó que los profesionales de la salud interactúan con los problemas psicológicos, sociales y físicos del paciente, estando más vulnerables al estrés crónico, al desgaste emocional y finalmente al desgaste profesional, constituyendo una característica vulnerable propia del personal de salud para desarrollar el Síndrome de Burnout.

El burnout puede evolucionarse insidiosamente o súbitamente y en este caso las causas para adquirirlo han tenido que actuar a lo largo de mucho tiempo, porque a pesar de que el promedio de antigüedad en los médicos es de 14.66 y en las enfermeras de 11.53 años de experiencia, este no ha sido un desencadenante para adquirir del síndrome, sino mas bien se ha convertido en una forma de afrontamiento para evitar el contagio, ya que algunos autores como Hillhouse JJ, Adler CM (1997) manifiestan que después de los 10 años puede existir un periodo de sensibilización a partir del cual el profesional sería especialmente vulnerable, pudiendo por tanto esta teoría a futuro asociarse más a los enfermeros (as) por los resultados obtenidos.

Por otro lado, entre los factores profesionales también es conocida la relación de la presencia del Burnout y los distintos servicios hospitalarios. Maslach C, Jackson S (1986) Bustinza A, López-Herce J, Carrillo A, Vigil MD, de Lucas N, Panadero E (2000). Se sabe que en todas las áreas clínicas y especialmente en servicios como oncología y unidades de cuidados intensivos se requieren de unas aptitudes que no todos poseen: una dedicación y vocación muy definidas, estabilidad psicológica y emocional, y una salud física y capacidad de trabajo que permita hacer frente a la gran carga asistencial y emocional de estas unidades de urgencias, como mencionan Constantini A, Solano L Di Napoli R, Bosco A (1996). En este sentido los datos de

nuestro estudio confirman que estas aptitudes están siendo practicadas por las profesiones en este hospital ya que concuerdan con los resultados obtenidos de los especialistas, en donde el agotamiento presenta niveles significativamente más altos y la despersonalización niveles totalmente bajos; y en los enfermeros ambos presentan niveles medios y bajos.

Al analizar los niveles de Burnout se evidencia que los enfermeros (as) son los más propensos en esta población a adquirirlo esto debido a la naturaleza estresante de su trabajo. El estrés y el trabajo asociado a los trabajos asistenciales han sido un hecho conocido siempre, ya que trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar, o sencillamente acompañar cansa física y emocionalmente el doble, mas sobre todo si es un paciente oncológico al que hay que brindar cuidados no solo intensivos sino también prolongados, el que exige una alta concentración y responsabilidad que terminan ocasionando el desgaste físico y mental y la exigencia de compartir con el enfermo y su familia, las horas de angustias, depresión y dolor. El enfermero (a) está sometido a múltiples factores estresantes, tanto de carácter organizacional como propios de la tarea a realizar, siendo estas características consecuencias de que el síndrome de burnout tenga incidencia alta en esta población.

En la literatura revisada se encontró que el síndrome de burnout es más frecuente en el sexo femenino que en el masculino asociando a que la mujeres presentan más conflictos de rol, sintomatología depresiva, conflicto familiar – trabajo entre otras, por lo que están más propensas a adquirir esta síndrome, siendo esto establecido por Pines y Kafry (1981) Etzion y Pines (1986), afirmación que se asemejan a los resultados obtenidos en esta investigación, ya que si bien no se encontraron profesionales que padecen el burnout existe una población de enfermeras que podría estar próxima a adquirirlo si no se toman medidas de afrontamiento tanto personales como organizacionales de forma inmediata.

Con relación al trabajo en turnos como factor para precipitar a largo plazo el síndrome en los médicos no sería factor de riesgo, sin embargo en los enfermeros la metodología de trabajo en donde cada 48 horas realizan 24 horas de turno podría a largo plazo explicar el hallazgo.

Con relación al estado civil, Barria (2002) en sus artículos publicados, menciona que una de las variables predictivas del burnout es el estado civil, se dice que la mayoría de los solteros son los que se predisponen mas a presentar el síndrome ya que estos

no cuentan con una pareja estable, una seguridad emocional como la que presentan las personas casadas o que mantienen una relación estable, información que confirma el resultado favorable obtenido ya que en nuestra investigación encontramos que tanto los especialistas como los enfermeros (as) en su mayor porcentaje son casados y tienen hijos.

Si bien la prevalencia del burnout en la población estudiada de profesionales de Solca no es alta, el porcentaje de profesionales que manifiestan cansancio emocional alcanza niveles considerables, especialmente en el colectivo de médicos, presentándose vulnerables por tanto a padecer este trastorno. Si analizamos los valores obtenidos en la evaluación de salud percibida mediante el GHQ-28, se puede observar que los resultados son superiores a los que se obtuvieron en la investigación realizada por Rios M y Godoy G (2004) en el Hospital Morales de Murcia- España. Nuestro estudio en concreto obtiene que se presenta malestar psíquico, con una mayor incidencia de los síntomas de ansiedad e insomnio en 73.33% y de síntomas somáticos de origen psicológicos en 33.33% en el caso de los médicos y de 41.46% y 34.14 % respectivamente en el caso de los enfermeros (as), correlacionando lo mencionado con los estudios realizados de Gil-Monte P (1996) en el sentido de encontrar una relación significativa entre el síndrome de burnout y la falta de salud y bienestar, siendo la dimensión de agotamiento emocional la que se encuentra fuertemente asociada con la falta de salud y bienestar y más concretamente con la frecuencia de síntomas de ansiedad como se evidencia. De ello se puede deducir el papel relevante que toman las emociones en el contexto laboral, como variable a tener en cuenta en el desarrollo del síndrome del burnout y sus potenciales consecuencias sobre la salud o bienestar de los profesionales, por lo que probablemente estos profesionales estén afrontando actualmente síntomas relacionados con problemas para conciliar el sueño, despertarse frecuentemente, irritabilidad, tensión psíquica etc. Esto posiblemente debido a que como comenta Pavlat (2002) durante la última década el médico ha tenido que enfrentarse al aumento de la instrumentalización y la burocratización de la profesión, por lo tanto la realización personal del médico como las actividades con los pacientes se ha visto afectada, de manera que estos profesionales se han encontrado sometidos a una mayor presión y mayores riesgos potenciales que han contribuido a un aumento en sus niveles de ansiedad.

La disponibilidad de ayuda o apoyo social tiene efectos beneficiosos sobre el estado de salud y por tanto la deficiencia de este se relaciona con los riesgos de enfermedades, teniendo influencia en variables como salud percibida, respuestas

afectivas, la calidad de vida y la autoestima. Teniendo en cuenta la población investigada y los resultados obtenidos en los cuestionarios ya mencionados, se podría indicar que esta variable ha funcionado como un estado protector para que no se genere el síndrome, sin embargo aquí se relaciona el resultado obtenido del cuestionario sociodemográfico en donde tanto los médicos como los enfermeros se muestran valorados por sus pacientes, directivos y compañeros en nivel bastante, es decir falta algún complemento en la parte de apoyo social que no permite que el nivel de medición sea totalmente satisfactorio, esto sobre todo en los médicos en donde la satisfacción laboral personal no se encuentra en el máximo nivel, situación que si ocurre con los enfermeros.

Las diferencias individuales bajo estrés son el resultado de los esfuerzos del afrontamiento de las personas para cambiar o regular las situaciones estresantes o emocionales, siendo por tanto el afrontamiento como un factor estabilizador ante estas situaciones de estrés. Un afrontamiento adecuado a una situación determinada conduce a un ajuste adecuado y como evidencia de la adaptación encontramos el bienestar, el funcionamiento social y la salud somática tal como lo menciona Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, (1985). Las estrategias de afrontamiento positivas ante el estrés más utilizadas en ambos profesionales son el afrontamiento activo, la aceptación, la planificación, el replanteamiento positivo y la religión significando por tanto una relación positiva en la parte laboral y en forma negativa con el cansancio emocional.

La baja prevalencia del Síndrome de Burnout en esta población puede atribuirse a las ventajas asociadas a un sistema privado de atención de salud, como por ejemplo el mejor nivel de ingresos económico del personal, así como el de contar con un ambiente de trabajo donde el uso de materiales, equipos y herramientas no es una limitante junto con él. Los resultados parecen indicar que el contacto con pacientes terminales es un factor directo del desgaste emocional, lo que implica consecuencias importantes de tipo preventivo en este tipo de profesionales que deberían llevar a dotarles de medios y recursos eficaces, especialmente con lo que respecta al control del estado de ansiedad y complementariamente de sistemas de afrontamiento positivos como la búsqueda del apoyo emocional y el humor.

Con referencia a los rasgos de personalidad, se evidencia en ambas poblaciones el mayor nivel en la extraversión, suponiendo por tanto individuos sociables, impulsivos, optimistas, resultado que está correlacionado con el resultado del MBI de realización

personal en donde ambos profesionales demostraron un nivel alto al 100%. El factor que le sigue es el de Neuroticismo el cual esta correlacionado con el agotamiento emocional, ya que puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humos, midiendo por tanto la estabilidad neurótica del sujeto. La sinceridad en ambos grupos se presenta con los niveles más bajos, dejando por tanto la inquietud de que este resultado es fiable o no, a pesar de que en los médicos la sinceridad presenta niveles más altos que en los enfermeros

7. Conclusiones

- No se identificó ningún caso de síndrome de burnout en la población investigada, presentando si una población minoría en el caso de los médicos con cansancio emocional medio de 33.33% y en los enfermeros con el 17.07%. No se evidencia despersonalización al 100% en los médicos pero si en una pequeña población de enfermeros. La realización personal en ambos profesionales al 100%.
- Entre las variables sociodemográficas, se evidencian como factores de afrontamiento el estado civil, la edad, la antigüedad, la valoración, sin embargo se confirma en este estudio que las mujeres son más propensas adquirir el síndrome.
- El estado de salud mental actual de los profesionales de la institución se presenta con niveles altos en la ansiedad en los médicos, resultado que se correlaciona con los del BMI en agotamiento emocional en donde los médicos presentan niveles altos, adicional a los síntomas psicósomáticos que están con un 33.33% en la población de médicos y un 34.14% en los enfermeros.
- El apoyo social procedente del amor y cariño es más necesitado en ambos resultados de ambas poblaciones, sin embargo los otros 3 tipos de apoyo presentan niveles favorables superiores al 74%.
- Los modos de afrontamiento positivos que ambos profesionales usan ante situaciones adversas se mencionan con mayor porcentaje: el afrontamiento activo, el replanteamiento positivo, la planificación, la aceptación y la religión, modos que se correlacionan positivamente al la despersonalización y la realización personal.
- Los rasgos de personalidad que se evidencian en ambos profesionales sanitarios son la extroversión como nivel más alto y el neuroticismo en siguiente escala, rasgos que se asocian en ambos con los resultados detallados de agotamiento emocional y en los enfermeros también con los niveles de despersonalización.

8.- Recomendaciones

Como se menciona, no se encontró ningún caso que satisficiera la definición del Burnout. Por el contrario, la escala RE (realización personal) fue la que mostró el puntaje más alto en ambas poblaciones de estudio y la escala AE (agotamiento emocional) mostró alguna sensibilidad a las condiciones laborales del personal bajo estudio. A continuación se dan algunas sugerencias aplicables, tomando en consideración los sujetos estudiados y su condición sociodemográfica y laboral:

- En el plano Organizacional se recomienda como parte integral en los equipos sanitarios tanto de enfermeros como médicos, un abordaje preventivo o terapéutico del estrés laboral y del desgaste profesionales en sus miembros por medio de un psicólogo (a), fomentando con ello la salud psicofisiológica de los profesionales, la cohesión y rendimiento del equipo, así como la mejora de la calidad asistencial que se proporciona al paciente y su familia
- Analizar las condiciones laborales de cada profesional y comprobar cuál es la sensación de estrés que sienten estos profesionales.
- En el plano individual, dentro de las estrategias adecuadas para evitar la aparición del Burnout están detectar y atacar las fuentes de estrés, es decir, se hace necesario conocer y entrenar en la solución de problemas, en la asertividad y en el manejo del tiempo, optándose una actuación sencilla como olvidarse de los problemas laborales fuera del trabajo, llevar a cabo prácticas de relajación, parar y desconectarse en pequeños descansos a lo largo de la jornada laboral.
- Hacer ejercicio físico es importante. El ejercicio físico de intensidad moderada y practicado con regularidad suele estar indicado para todas las personas cuyas exigencias laborales son mayoritariamente de tipo sedentario. La falta de ejercicio favorece la flacidez muscular y la aparición de la sensación de cansancio cuando se realiza algún esfuerzo físico moderado, además, puede afectar no sólo a la capacidad de resistencia física sino también a la emocional pues, la fatiga repercute de manera global sobre todo el organismo.

9. Bibliografía.

- Agülar V, Artazcoz L, Pérez-Hoyos S. (2008) *Efecto del ambiente psicosocial y de la satisfacción laboral en el síndrome de burnout en médicos especialistas*. Valencia-España.
- Armand Grau D, Suñer R, Prats M, Braga F (2009). *Influencia de los factores personales, profesionales y transnacionales en el Síndrome de Burnout en Personal Sanitario Hispanoamericano y Español*. Rev Esp Salud Pública 2009; 83: 215-230.
- Boada i Grau J, Agulló E, de Diego R. (2004) *El burnout y las manifestaciones psicósomáticas como consecuentes del clima organizacional y de la motivación laboral*. Psicothema.; 16. 125-31
- Castro R, Campero L y Hernández B (2007). *La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos*
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003489101997000400012&script=sci_arttext#back
- Dr.Cano Vindel A. (1996) *El estrés*. Jean Benjamin Zaldívar D. *El conocimiento y dominio del estrés*. La habana: Editorial Ciencia y Técnica
- Estudio del psicoanálisis y psicología.
<http://psicopsi.com/Tratamientos-del-Sindrome-de-Burnout.asp>
- E. Gaynésa, M.Giménez B y M. Portell. *El burnout en los profesionales sanitarios: una aproximación bibliométrica*.
http://www.scsmt.cat/pdf/24-31_burnout.pdf
- Feldman Robert (2005) Pág. 325-335
Psicología con aplicaciones a los países de habla hispana. Editorial: Mc Graw-hill

- Fernández O. (1998) *Estudio de la satisfacción laboral y el síndrome de burnout entre los profesionales sanitarios de un hospital general*. Universidad de Zaragoza. Tesis doctoral
- Francis. R, Abueg y Bruce H. Young. (1988) *Terapia cognitivo- conductual de los desastres: Primeras ayudas psicológicas, relajación, entrenamiento en habilidades de afrontamiento y exposición directa*.
- Pedro R. Gil-Monte, P. Valcárcel, Rosa María Grau Gumbau, José María Peiró Silla (1996). *La incidencia del síndrome de burnout sobre la salud: un estudio correlacional en profesionales de enfermería*.
Revista de psiquiatría, psicología médica y psicosomática,
- Guerrero B. E, Rubio J. C.(2005)
Salud Mental. Instituto Mexicano de Psiquiatria Ramón de la Fuente.
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/582/58252804.pdf>
- Grau A, Suñer R, García MM. (2005) *Desgaste profesional en personal sanitario y su relación con factores personales y ambientales*.
Barcelona. Gaceta Sanitaria
- Johannes Gutenberg (2002). *El estrés y afrontamiento Teorías*.
- María Inés Figueroa Silvina Cohen Imach. (2006)
Estrategias y estilos de afrontamiento del estrés en adolescentes
Revista de psiquiatría y Salud Mental.
- Martínez Pérez A. (2010). *El síndrome de burnout. evolución conceptual y estado actual de la cuestión*. La Rioja – España
<http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>
- Mc Evoy RD; Lack LL, (2006).
Medical staff working the night shift: can naps help? Med J Aust;

- Medicina y Seguridad en el Trabajo. (2011). *Influencia de los turnos de trabajo y las guardias nocturnas en la aparición del Síndrome de Burnout en médicos y enfermeras.*
<http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n224/original3.pdf>
- Moreno B. -Jiménez, E.Garrosa, R.Rodríguez y M.E. Morante. (2009)
El desgaste profesional o burnout en los profesionales de oncología
<http://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N79-1.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2004). *Promoción de la Salud Mental*
http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf.
- Revista de Psicología. Universidad de Chile. (2001).
<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/264/26410110.pdf>
- Rodriguez Espinola y Carmelo (2010). *Validación Argentina del Cuestionario MOS de apoyo social percibido.*
<http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010 PDF.>
- Roth, E y Pinto B. (2010) *Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz – Argentina.*
- Silvestre Cristina Di. Master of Sciences (2004). McMaster University. Canada. Profesora Departamento de Sociología. Universidad de Chile.
<http://www2.facso.uchile.cl/publicaciones/moebio/04/silvestre.htm>
- Trucco Burrows M (2004) *El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo: Documento de Trabajo de la Asociación Chilena de Seguridad.*
Director Médico, HT
<http://es.scribd.com/doc/96299058/20070904090911estres-Salud-Mental-Trabajo>
- Vázquez Valverde, M. Crespo López y J. M. Ring. (2003) *Estrategias de afrontamiento. Modelo Psicología del Estrés.* Barcelona: Masson.

ANEXOS

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 (Nombramiento)

Servicios profesionales Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: _____

Horas que trabaja Diariamente _____

Horas que trabaja Semanalmente _____

Trabaja usted en turno rotativo: SI No

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

Jueves Viernes Sábado Domingo Todos los anteriores

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

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

Ninguno 25 % 25-50% 50-75% 75% o más

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Oncológicos Psiquiátricos Alergias 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.							

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

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 2° plano) en las reuniones o encuentros sociales?		
16. ¿Cree que la gente dedica demasiado tiempo para asegurarse el futuro mediante ahorros o seguros?		
17. ¿Alguna vez ha hecho trampas en el juego?		
18. ¿Sufre usted de los nervios?		
19. ¿Se ha aprovechado alguna vez de otra persona?		
20. Cuando está con otras personas ¿es usted más bien callado/a?		
21. ¿Se siente muy solo/a con frecuencia?		
22. ¿Cree que es mejor seguir las normas de la sociedad que las suyas propias?		
23. ¿Las demás personas le consideran muy animado/a?		
24. ¿Pone en práctica siempre lo que dice?		

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

ANEXO 7



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

Of. No. 117- PSC – UTPL
Loja, 31 de Mayo de 2012

Dr.
Angel Ganchozo
DIRECTOR SOLCA PORTOVIEJO
En su despacho.-

De mi consideración:

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

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

Conocedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted autorice a que un grupo de egresados de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, puedan realizar la recolección de información.

Los objetivos de la investigación están en función de:

- Identificar el nivel del Burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador.
- Determinar el estado de la salud de los profesionales de instituciones sanitarias.
- Identificar el apoyo social procedente de la red social.
- Conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud.
- Identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales que sean identificados con el Burnout.

La propuesta actual es realizar la investigación de los funcionarios de salud que se encuentran laborando en esta institución.

Informamos a usted que nos encontramos ya recolectando los datos de SOLCA Cuenca, SOLCA Loja, SOLCA Quito, entre otras instituciones de salud que nos han dado acogida para realizar la investigación.

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

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

Atentamente,

M^{te}. Rocio Ramirez Zhindón

**DIRECTORA (ENCARGADA) DEL DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

Adj: Instrumentos de Investigación
Documento de Información para participantes y consentimiento informado

