



Universidad Técnica Particular de Loja
La Universidad Católica de Loja

TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, en el hospital del INNFA de Conocoto, en el centro Médico Universitario PUCE-Quito, en CEMOPLAF-Ambato y en el hospital Metropolitano-Quito, durante el período mayo – diciembre 2012.

Trabajo de fin de titulación.

Autor:

Ayala Mogollón, María Lorena

Directora:

Vivanco Vivanco María Elizabeth, Mgs.

Centro Universitario: San Rafael

2012

Certificación.

Magister

María Elizabeth Vivanco Vivanco

DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE CARRERA

C E R T I F I C A:

Que el presente trabajo, denominado: **“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador, realizado en el Hospital del INNFA de Conocoto, en el Centro Médico Universitario PUCE-Quito, en CEMOPLAF-Ambato y en el Hospital Metropolitano-Quito, durante el período mayo – diciembre 2012”** realizado por el profesional en formación: **Ayala Mogollón María Lorena**; cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la Universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido, por lo cual me permito autorizar su presentación para los fines pertinentes.

Loja, diciembre del 2012

f)

Cl.

Cesión de derechos.

“Yo, **Ayala Mogollón María Lorena** declaro ser autora del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a sus representantes legales de posibles reclamos o acciones legales.

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

f.

Autor: Ayala Mogollón María Lorena

C.C.: 1712189990

Autoría.

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

f.

Autor: Ayala Mogollón María Lorena

C.C.: 1712189990

Dedicatoria.

Para mis preciosos hijos Mateo y David, quienes han sido siempre mi inspiración para continuar con todas las metas propuestas.

María Lorena Ayala Mogollón

Agradecimiento.

Agradezco a Dios, a mi madre, a mi familia, a mis profesores y amigos que me comprendieron y apoyaron en toda mi vida estudiantil.

María Lorena Ayala Mogollón

Índice de contenidos.

1.	Resumen.....	1
2.	Introducción.....	2
3.	Marco Teórico.....	4
3.1	Capítulo 1. Conceptualización del Estrés.....	4
3.1.1	Antecedentes del estrés. (Origen, definición).....	4
3.1.1.1	Origen	4
3.1.1.2	Definición.....	4
3.1.2	Desencadenantes del estrés.	5
3.1.2.1	Factores medioambientes.....	5
3.1.2.2	Factores hormonales.	5
3.1.2.3	Estrés alérgico.....	6
3.1.3	Tipos de estresores.	6
3.1.3.1	Estresores psicosociales.	6
3.1.3.2	Estresores biogénéticos.	6
3.1.4	Estrés laboral.....	7
3.1.5	Moduladores del Estrés.	7
3.1.6	Consecuencias del estrés.....	8
3.1.7	Medidas preventivas y control del estrés.	9
3.2	Capítulo 2. Conceptualización del Burnout.	9
3.1.1	Definiciones del Burnout.....	9
3.1.2	Delimitación histórica del síndrome de Burnout.	10
3.1.3	Poblaciones propensas al Burnout.	12
3.1.4	Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.	12
3.1.5	Características, causas y consecuencias del Burnout	14

3.1.6	Modelos explicativos del Burnout.....	14
3.1.7	Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout.....	15
3.3	Capítulo 3. Conceptualización de las variables de la investigación.....	17
3.3.1	Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.....	17
3.3.1.1	Variables de riesgo y protectoras.....	17
3.3.1.2	Motivación y satisfacción laboral.....	17
3.3.1.3	Investigaciones realizadas.....	17
3.3.2	El Burnout y la relación con la salud mental.	19
3.3.2.1	Definiciones de salud mental.	19
3.3.2.2	Salud Mental y el Estrés.	20
3.3.2.3	Síntomas somáticos.	20
3.3.2.4	Ansiedad e insomnio.	20
3.3.2.5	Disfunción social en la actividad diaria.	21
3.3.2.6	Tipos de depresión.	21
3.3.2.7	Investigaciones realizadas.....	23
3.3.3	El Burnout y el afrontamiento.....	25
3.3.3.1	Definición de afrontamiento.	25
3.3.3.2	Teorías de afrontamiento.....	25
3.3.3.3	Estrategias de afrontamiento.	25
3.3.3.4	Investigaciones realizadas.....	27
3.3.4	El Burnout y la relación con el apoyo social.....	29
3.3.4.1	Definición de apoyo social.	29
3.3.4.2	Modelos Explicativos del apoyo social.....	29
3.3.4.3	Apoyo Social Percibido.....	30
3.3.4.4	Apoyo Social Estructural.....	30
3.3.4.5	Investigaciones realizadas.....	31
3.3.5	El Burnout y la relación con la personalidad.	32
3.3.5.1	Definición de personalidad.....	32

3.3.5.2	Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud).	32
3.3.5.3	Patrones de conducta y personalidad.	33
3.3.5.4	Locus de control.	33
3.3.5.5	Investigaciones realizadas.	34
4.	Metodología.	36
4.1	Diseño de investigación.	36
4.2	Participantes.	36
4.3	Instrumentos.	36
4.4	Recolección de datos.	37
5.	Resultados obtenidos.	39
5.1	Datos sociodemográficos y laborales.	39
5.2	Cuestionario de subescalas del síndrome de Burnout.	63
5.3	Cuestionario de salud mental con las dimensiones correspondientes.	66
5.4	Cuestionario de estilos de afrontamiento con las subescalas.	70
5.5	Cuestionario de apoyo social.	73
5.6	Cuestionario de personalidad.	75
6.	Discusión.	76
7.	Conclusiones y recomendaciones.	82
7.1	Conclusiones.	82
7.2	Recomendaciones.	83
8.	Bibliografía.	84
8.1	Textos y revistas.	84
8.2	Páginas Web.	87
9.	Anexos.	95
9.1	Cuestionario sociodemográfico y laboral.	95
9.2	Cuestionario MBI.	97
9.3	Cuestionario de salud mental.	98
9.4	Cuestionario BRIEF-COPE.	100

9.5	Cuestionario de apoyo social.	101
9.6	Cuestionario de personalidad.	102

1. Resumen.

El síndrome de Burnout es la respuesta al estrés crónico laboral que aqueja a los profesionales que prestan sus servicios al público, siendo el sector sanitario uno de los más vulnerables; es así, que esta investigación tiene como objetivo identificar la presencia del síndrome en 30 profesionales de la salud divididos en 15 médico/as y 15 enfermera/os.

Los instrumentos que se aplicaron son seis cuestionarios que son: **sociodemográfico y laboral** orientado a recolectar datos personales y laborales, **MBI (Maslach Burnout Inventory)** mide la existencia del síndrome de Burnout, **GHQ28 (Cuestionario de Salud Mental)** que detecta los cambios en la salud mental, **EPQR-A (Cuestionario de Personalidad)** que identifica rasgos de personalidad, **MOS (Cuestionario de Apoyo Social)** que evalúa la calidad de las relaciones sociales y el **BRIEF-COPE (Cuestionario de Afrontamiento)** que verifica respuestas ante situaciones estresantes. Con estos datos se concluye que de los quince médicos encuestados uno padece el síndrome y de los quince enfermeros, dos lo presentan, debido a que muestran un elevado agotamiento y ansiedad por la demanda de pacientes atendidos diariamente y las horas de trabajo excesivas.

2. Introducción.

La “Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador” corresponde al programa de graduación de la Universidad Técnica Particular de Loja, de la Escuela de Psicología, propuesto a los estudiantes que obtuvieron su diploma de egresados en el seminario de fin de Carrera que se realizó en la ciudad de Loja del 26 al 28 de abril de 2012.

La investigación para estudio de análisis verificará la salud mental, el apoyo social procedente de la red social, estilos de afrontamiento y los rasgos de personalidad del profesional de la salud porque no solo afecta el ámbito laboral sino que se extiende a las esferas familiares, sociales y privadas. Es así, que su análisis es de gran importancia para evitar absentismo, bajo rendimiento, probabilidad de errores en la práctica profesional, menor productividad y costes económicos graves.

El Burnout es un problema de salud que se ha generalizado en el siglo XXI en profesionales de la sanidad debido a la sobrecarga de trabajo, a la gran demanda de interacción humana y a horarios de trabajo excesivos.

A nivel mundial existe una cultura de mejora de la calidad de vida laboral supervisado por organizaciones interesadas en el bienestar de los profesionales.

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo (2004), señala que el síndrome afecta a uno de cada quince trabajadores y se ha considerado al Burnout como el segundo problema de salud laboral, es así que la Unión Europea en sus pronunciaciones sobre salud y seguridad ocupacional enfatiza la necesidad de identificar y prevenir el síndrome de Burnout.

La Sociedad Española de Medicina Rural y Generalista (2003) determinó que el Burnout afecta al 20% de los médicos, como consecuencia del estrés laboral y la falta de motivación.

Aranda, Pando y Torres (2005) afirman que se ha constatado la prevalencia del Burnout en México en un 41,8%.

Grau (2007) manifiesta que existe Burnout en un 14,4% en Argentina y es del 7,9% en Uruguay. Los profesionales de Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias del síndrome entre 2,5% y 5,9%.

El porcentaje de incidencia del Burnout en el Ecuador es mínimo, pero no deja de ser un problema objeto de estudio ya que constituye un factor de riesgo a nivel psicosocial que al no ser afrontado adecuadamente puede acrecentar paulatinamente.

Esta investigación tiene como objetivo identificar la presencia del síndrome en 30 profesionales de la salud con una muestra de 15 médicos en servicio activo y 15 enfermeros titulados de la siguiente manera: 5 médicos y 3 enfermeros del Hospital del INNFA-Conocoto, 9 enfermeros del Hospital Metropolitano de Quito, 5 médicos y 3 enfermeras del Centro Médico Universitario PUCE-Quito y 5 médicos de Cemoplaf-Ambato, en un plazo preestablecido por la UTPL que está considerado entre el 15 de junio al 15 de agosto de 2012.

Se aplican seis encuestas: en primer lugar el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) para detectar y medir la presencia del Burnout, luego el cuestionario sociodemográfico y laboral con la finalidad de recolectar datos personales y laborales afines al síndrome. El cuestionario de Salud Mental (GHC28), en tercer lugar, que detecta los cambios en la salud mental de los evaluados. El cuestionario de Personalidad (EPQR-A) para identificar los rasgos de personalidad. El Cuestionario de Afrontamiento (BRIEF-COPE) mide los tipos de respuesta ante situaciones de estrés y finalmente el cuestionario de Apoyo Social (MOS) identifica los diferentes tipos de apoyo social.

Estas encuestas permiten identificar en el profesional si existe o no el síndrome con sus respectivos síntomas, como son los sentimientos de fracaso profesional, fallas en las relaciones interpersonales con pacientes y familiares, agotamiento emocional, desarrollo de actitudes y conductas de despersonalización; todo esto con la finalidad de facilitar recomendaciones a través de la presentación de un informe psicológico entregado a nivel personal a cada profesional médico y enfermero en las unidades sanitarias señaladas anteriormente.

3. Marco Teórico.

3.1 Capítulo 1. Conceptualización del Estrés

3.1.1 Antecedentes del estrés. (Origen, definición).

3.1.1.1 Origen

El origen del estrés se remonta a 1890 cuando James-Lange señalaron que si una persona percibe un acontecimiento que le produce una emoción se activan cambios viscerales del organismo donde el cerebro los interpreta como una experiencia emocional.

Luego Cannon-Bard (1929) postularon que las reacciones fisiológicas y emocionales se producen a la par como consecuencia de un impulso nervioso.

En 1926 Hans Selye realizó un estudio en enfermos en el cual verificó que el paciente a más de la enfermedad por la cual estaba siendo atendido presentaba otro tipo de síntomas como cansancio, falta de apetito, etc. e hizo un estudio sobre el tema determinando que era estrés y ansiedad.

Ivancevich y Mattenson (1989) citan que fue Walter Cannon quien adoptó el término estrés y en sus estudios habló sobre los “niveles críticos del estrés” definiéndolos como aquellos que podrían provocar un debilitamiento de los mecanismos homeostáticos (se refiere al mantenimiento del medio interno).

Wallace y Szilagyi (1982) sostienen que la gran variedad de condiciones organizacionales y ambientales son capaces de producir estrés y depende de los individuos su manera de respuesta.

3.1.1.2 Definición

El estrés se define como la respuesta de un organismo por estímulos de amenaza o de peligro que producen sentimientos con componentes físicos y cognitivos de la situación. Las

emociones que se dan nos preparan para la acción y cuando están sobrecargadas de estímulos negativos sobreviene el estrés.

El National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), EE.UU (1999) indica “el estrés en el trabajo puede definirse como las respuestas nocivas físicas y emocionales que se producen cuando las exigencias del trabajo no corresponden a las capacidades, recursos o necesidades del trabajador. El estrés en el trabajo puede conducir a una mala salud o a una lesión”.

3.1.2 Desencadenantes del estrés.

Burns (1990) señala que entre los desencadenantes del estrés se encuentran los factores medioambientales, factores hormonales y el estrés alérgico:

3.1.2.1 Factores medioambientales.

Se consideran dentro de estos factores al entorno físico y personal donde se desenvuelve el profesional de la salud, entre los cuales se puede mencionar al ruido, falta de iluminación, escasez de ventilación, la vida cada vez más acelerada del actual mundo globalizado, trabajo demandante, cambios de turnos, los problemas familiares y de pareja.

Las situaciones demandantes que circundan a la persona y que no se las sabe manejar acertadamente se transforman en factores amenazantes con mucha carga de estímulos estresantes producto de los factores medioambientales y de nuestra percepción.

3.1.2.2 Factores hormonales.

Cuando surge una exposición prolongada al estrés el cuerpo produce respuestas hormonales y nuestro sistema nervioso autónomo se activa con la producción de epinefrina, norepinefrina y glucocorticoides secretadas por la glándula adrenal.

La epinefrina y norepinefrina aumentan el flujo sanguíneo que elevan la presión sanguínea. Los glucocorticoides producen aún más daño a la salud ya que afectan al tejido muscular, suprimen las respuestas del sistema inmunológico, dañan el hipocampo, se acelera el envejecimiento celular e incluso se es más susceptible a infecciones.

3.1.2.3 Estrés alérgico.

Las situaciones estresantes pueden producir síntomas alérgicos en algunas personas o viceversa. El organismo se manifiesta con señales, en este caso alérgicas, que denotan un desbalance corporal donde el sistema autoinmune se ve afectado y obliga a tomar medicamentos. Sin embargo, la mejor medida para que el cuerpo nuevamente retome su balance cambiando de actividad o modificando el estilo de vida que provoca el estrés a través de ejercicio, estilos de vida que incluya recreación a fin de que se restablezca el balance corporal.

3.1.3 Tipos de estresores.

Everly (1989) distingue dos tipos principales de estresores los psicosociales y los biogénéticos.

3.1.3.1 Estresores psicosociales.

Se encuentran en la función cognitiva de la persona y como ejemplo se pueden citar a los recuerdos, pensamientos, miedo al hablar en público, etc.

3.1.3.2 Estresores biogénéticos.

Los estresores biogénéticos pueden ser internos y externos. Se consideran estresores biogénéticos internos el malestar físico por una enfermedad, los síntomas de una mala alimentación o dolor corporal por una lesión, etc. Los estresores biogénéticos externos serían los causados por el medioambiente como por ejemplo el clima, el ruido, etc.

3.1.4 Estrés laboral.

Actualmente el estrés laboral es una enfermedad que afecta el rendimiento del profesional que realiza una actividad y se expande a su vida personal.

El profesional experimenta que su actividad es demasiado demandante, percibe que no es capaz de realizarla adecuadamente. El ambiente laboral puede ser estresante y tornarse nada placentero para el desarrollo del trabajo. La persona percibe a la situación como demasiado demandante, exigente y fácilmente pierde el control porque no es un trabajo placentero ya el sujeto se encuentra vulnerable y manifiesta tensión.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) en 1993 se refirió al estrés laboral como: “enfermedad peligrosa para las economías industrializadoras y en vías de desarrollo perjudicando a la producción, al afectar a la salud física y mental de los trabajadores”. Además, la OIT propugna que: “las empresas deben ayudar a sus empleados a hacer frente al estrés y reorganicen con cuidado el ambiente laboral en todo sus ámbitos tienen más posibilidades de lograr ventajas competitivas ya que los gastos y pérdidas derivadas por el costo del estrés aumentan año a año, determinados por los índices de ausentismo, baja productividad, accidentes profesionales, baja motivación y lo que es más importante la incidencia sobre la salud mental y física de los individuos”.

3.1.5 Moduladores del Estrés.

Según Zaldívar (1996) señala que los factores moduladores del estrés son comportamientos que disminuyen las tensiones y emociones negativas. Entre los moduladores del estrés se encuentran:

- Vulnerabilidad del estrés: una persona es más susceptible a desarrollar estrés y se considera en riesgo su capacidad para prevenir, resistir o sobreponerse a un impacto.
- Autoestima: es lo que percibimos de nosotros mismos como nuestras propias evaluaciones, sentimientos, comportamientos, etc.

- Personalidad: es el conjunto de características propias que definen a una persona, su carácter, su temperamento, su tipo de inteligencia, su integridad.
- Apoyo Social: se refiere a la calidad de relaciones de tipo social que mantiene una persona en cualquiera de sus entornos y que es indispensable para mantener una adecuada salud.
- Estilo de Afrontamiento: se encamina a todos los esfuerzos y recursos que una persona realiza para hacer frente al estrés y no presentar ningún tipo de desequilibrio.

3.1.6 Consecuencias del estrés.

Labrador (1992) propone las siguientes consecuencias del estrés subdivididas en factores fisiológicos, cognitivos y motores.

Tabla n°. 1
Consecuencias del estrés.

Fisiológicas	Cognitivas	Motoras
• Aumento de la tasa cardíaca. • Aumento de la presión arterial. • Aumento de la sudoración. • Aumento del ritmo respiratorio. • Aumento de la tensión muscular. • Aumento en los niveles de adrenalina y noradrenalina. • Aumento del azúcar en la sangre. • Aumento del metabolismo basal. • Aumento del colesterol. • Aumento del nivel de corticoides. • Inhibición del sistema inmunológico. • Sensación de tener un nudo en la garganta.	• Preocupaciones. • Incapacidad para tomar decisiones. • Sensación de confusión. • Incapacidad para concentrarse. • Dificultad para dirigir la atención. • Sentimiento de falta de control. • Estrechamiento de la atención. • Desorientación. • Olvidos frecuentes. • Bloqueos mentales. • Hipersensibilidad a la crítica. • Mal humor.	• Habla rápida. • Voz entrecortada. • Imprecisión. • Precipitación. • Explosiones emocionales. • Consumo de drogas legales (tabaco, alcohol, fármacos, etc.). • Comer en exceso. • Falta de apetito. • Conductas impulsivas. • Consumo de drogas ilegales. • Risas nerviosas.

Fuente: Labrador, F., (1992).

3.1.7 Medidas preventivas y control del estrés.

Bosqued (2008) propone varias técnicas encaminadas a prevenir y controlar el estrés, entre las cuales se mencionan:

A nivel general con una dieta adecuada, mantenimiento de relaciones sociales adecuadas (distracciones, buen humor).

Otra medida sería la transformación del pensamiento de negativo a positivo y solucionables al problema, autocontrol, entrenamiento asertivo como técnicas cognitivas-conductuales.

En cuanto técnicas fisiológicas se pueden citar las de relajación a nivel muscular y de respiración.

3.2 Capítulo 2. Conceptualización del Burnout.

3.1.1 Definiciones del Burnout.

El psiquiatra Herbert Freudenberger describió por primera vez el término Burnout como desgaste profesional en 1974 en Estados Unidos y lo definió como: “un conjunto de síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía”.

Christina Maslach expuso en el Congreso Anual de la APA (Asociación Americana de Psicología) el término Burnout como un proceso de estrés crónico por contacto y lo definió en 1981 como: “un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan en contacto directo con cliente o pacientes”.

Cherniss (1980) indica que es “un proceso en que las actitudes y las conductas de los profesionales cambian de forma negativa en respuesta al estrés laboral”.

El profesor de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones de la Universidad de Valencia, Pedro R. Gil-Monte (2005) dice que es “una respuesta al estrés laboral crónico que tiene una gran incidencia en los profesionales del sector servicios que trabajan hacia personas. Se caracteriza por un deterioro cognitivo, una experiencia de desgaste psicológico y por la aparición de actitudes y conductas negativas hacia los clientes y hacia la organización”.

3.1.2 Delimitación histórica del síndrome de Burnout.

El síndrome del Burnout se remonta a los años setenta ya que en esta época a través de literatura especializada se toma este término para indicar que existe una variedad de empleos especialmente aquellos que otorgan servicios humanos y que provocan agotamiento de energía y síntomas que se identifican con el Burnout.

McGrath (1970) señaló que es un estado de fatiga o de frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo.

Herbert Freudenberger es el psiquiatra que describe clínicamente el síndrome del Burnout en 1974 como un proceso de deterioro del profesional que presta atención a nivel sanitario. Freudenberger observó que el personal voluntario a partir de su primer año de actividades sufrían pérdida de energía, desmotivación, síntomas de ansiedad hasta llegar al agotamiento”.

Christina Maslach utilizó el término para referirse al “proceso gradual de pérdida de responsabilidad profesional, al desinterés y al desarrollo de un cinismo con los compañeros de trabajo”. En 1981 a través de sus años de estudio propone su instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) que es un cuestionario con 22 ítems que se plantea a un sujeto para determinar sus pensamientos y sentimientos con relación a su interacción con el trabajo.

Fischer (1983) consideró al Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conlleva a una disminución en la autoestima de los sujetos.

Para Brill (1984) el Burnout es “un estado disfuncional y disfórico relacionado con el trabajo, en una persona que padece otra alteración psicopatológica mayor, en un puesto de trabajo en el que antes ha funcionado bien, tanto a nivel de rendimiento objetivo como de satisfacción personal, y que luego ya no puede conseguirlo de nuevo, ni no es por una intervención externa de ayuda, o por un reajuste laboral; y que está en relación con las expectativas previas”.

La definición más conocida es la propuesta por Maslach y Jackson en 1986 que señala que “es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas”.

Pines y Aronson en 1988 consideran que “es un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima y va acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimiento de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un auto concepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma”.

Leiter (1992) define al Burnout “como una crisis de autoeficacia”. Moreno y Oliver (1993) indican que el Burnout “sería la consecuencia de un afrontamiento incorrecto del trabajo de asistencia y de las preocupaciones ligadas a él”.

Gil-Monte y Peiró (1997) han constatado que el síndrome de quemarse en el trabajo queda establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia la persona con la que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Existen visiones desde el campo de la psicopatología, donde se menciona la definición hecha por el Dr. M. Meeroff (1997), pionero de la bioética y la antropología médica, que definió el síndrome de Thomas o síndrome de Burnout como: “Enfermedad que contraen los profesionales del cuidado de la salud, en primer término los médicos, que adquiere habitualmente cronicidad, afecta preferentemente a los profesionales de menor categoría, sin diferencias de edad y sexo, contagiosa de persona a persona por ‘vía mental’,

últimamente muy difundida, especialmente en los centros de mucha población, que repercute intensamente en el medio familiar, de tratamiento muy complejo y escaso resultado aún”.

Estudios recientes realizados con metodología cualitativa y de carácter exploratorio sugieren que los “sentimientos de culpa podrían ser un síntoma del síndrome de quemarse por el trabajo” (Gil-Monte, P. R., Bravo y otros 2001).

3.1.3 Poblaciones propensas al Burnout.

Bosqued (2008) señala que el Burnout puede afectar a cualquier grupo ocupacional, sin embargo existen profesiones más propensas que exigen compromisos fuertes de servicio a personalizado. Entre ellas las que requieren un constante contacto con otras personas entre los medios sanitarios y de enseñanza.

A nivel sanitario se podría citar a médicos, psicólogos clínicos, profesionales de enfermería, trabajo social y auxiliares clínicos.

En cuanto al medio educativo podrían estar afectados en mayor medida los profesionales que atienden a nivel secundario por cuanto los alumnos suelen tener más conflictos y menos motivación.

También se pueden citar otras profesiones como policías, personal de ONG's, sacerdotes, bomberos, personal que atiende al cliente, vendedores, abogados, jueces, informáticos, periodistas, personal que trabaja en empresas públicas, deportistas, controladores aéreos, correctores de pruebas, etc.

3.1.4 Fases y desarrollo del Síndrome de Burnout.

Edelwich y Brodsky (1980) señalan que el Burnout consta de cinco fases progresivas para su desarrollo:

- Fase inicial, de entusiasmo: la persona tiene mucha energía para desenvolverse en su nueva asignación laboral, tiene grandes expectativas, su jornada de trabajo no se vuelve para nada agotadora e incluso permanece más tiempo en el trabajo.
- Fase de estancamiento: la persona determina que sus expectativas laborales no se cumplen y que sus esfuerzos no van acorde con lo económico, se desanima y empieza a estresarse fácilmente, siente incapacidad y no se desenvuelve adecuadamente en su puesto de trabajo.
- Fase de frustración: la persona siente desilusión, se frustra frecuentemente, entorpece su trabajo y los de sus compañeros al ser una persona problemática, su conducta no es asertiva.
- Fase de apatía: se desentiende de su trabajo y de sus clientes, se vuelve distante en el trato y en sus obligaciones, antepone sus necesidades a la buena y eficiente atención.
- Fase de agotamiento severo: la persona sufre un trastorno emocional y cognitivo que afecta a su salud e incluso puede optar por abandonar el trabajo.

3.1.5 Características, causas y consecuencias del Burnout

Tabla n°. 2
Características, causas y consecuencias del Burnout.

Características	Causas	Consecuencias
• Percepción de fracaso profesional. • Incapacidad laboral. • Agotamiento. • Actitudes negativas hacia compañeros y clientes. • Estrés laboral crónico. • Cansancio emocional. • Despersonalización. • Abandono de trabajo. • Abandono de realización personal.	• Problemas organizacionales. • Ambiente laboral inadecuado. • Falta de procesos. • Desorganización en tareas. • Horas laborales extensas. • Falta de incentivos económicos. • Sueldos inapropiados. • Falta de autonomía para toma de decisiones. • Falta de herramientas adecuadas para el trabajo.	• Psicósomáticos (fatiga, dolores de cabeza, falta de sueño, desórdenes gastrointestinales, dolores musculares, pérdida de peso, etc.). • Conductuales: manifestaciones de violencia, absentismo laboral, abuso de drogas, evasión de contacto personal. • Emocionales: Irritabilidad, impaciencia, depresión, falta de comportamientos afectivos. • Ambiente laboral: falta de calidad en su servicio, falta de comunicación, hostilidad. • Despersonalización: negativismo, insensibilidad con clientes. • Falta de realización personal: evaluación negativa del trabajo y su presente y futuro profesional, falta de autoestima. • Manifestaciones mentales: se aprecia nerviosismo, falta de concentración, intolerancia y agresividad hacia los demás incluyendo familiares, sentimientos de vacío.

Fuente: Red de Universidades, Universia, España, 2000.

3.1.6 Modelos explicativos del Burnout.

- Cherniss (1993) propone el modelo etiológicos basados en la teoría sociocognitiva del yo que analiza los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción para el funcionamiento humano.
- Buunk y Schaufeli (1993) consideran los principios teóricos de la equidad en su modelo etiológico basado en el intercambio social y a las relaciones interpersonales que provocan comparación social y muchas veces se puede percibir falta de equidad o falta de ganancia que puede aumentar el riesgo de padecer Burnout.
- Modelo etiológico basado en la teoría organizacional propuesto por Golembiewsky y otros (1983) se basa en la función de los estresores del contexto organizacional y las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores.

- Modelo tridimensional del MBI-HSS es una evaluación psicométrica del Burnout donde se evalúan aspectos cognitivos, emocionales y actitudinales. Maslach (1982) señala que el Burnout se inicia con la aparición del agotamiento emocional, posteriormente aparece la despersonalización y que da lugar a la baja realización personal en el trabajo.
- Edelwitch y Brodsky (1980) proponen su modelo que señala que el Burnout es un proceso de desilusión hacia la actividad laboral.
- El modelo de Price y Murphy (1984) acotan que hay un deterioro emocional, desgaste emocional y sentimientos de culpa. El profesional atraviesa por las fases de desorientación, inestabilidad emocional, sentimientos de culpa por el fracaso profesional y soledad.
- Gil-Monte y Peiró (1997) propusieron dos perfiles del proceso del Burnout. El primero se caracteriza por la presencia de la baja ilusión, alto desgaste psíquico sin sentimientos de culpa. Como segundo perfil constituyen los casos clínicos más deteriorados por el síndrome.

3.1.7 Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout.

Gil-Monte (2005) señala que los programas de prevención y tratamiento dirigidos a profesionales deben estar encaminados tanto al nivel organizacional, nivel interpersonal y a nivel individual.

En lo organizacional con el desarrollo de acciones para entrenar a los trabajadores para el cambio, como por ejemplo el rediseño de tareas, procesos claros, toma de decisiones efectivas, flexibilidad laboral, etc.

A nivel interpersonal con la inclusión de estrategias de apoyo social, liderazgo y autoeficacia.

En lo individual respondiendo a las necesidades personales a través de respuestas de afrontamiento de los aspectos demandantes del trabajo, mantenimiento de relaciones personales, familiares y de compromiso social.

Adicionalmente, vale la pena indicar que el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de Estados Unidos, NIOSH (2007) establece las siguientes medidas preventivas en los lugares de trabajo:

- Horario de trabajo (diseñar los horarios de trabajo de manera que eviten conflictos con las exigencias y responsabilidades externas al trabajo. Los horarios de los turnos rotatorios deben ser estables y predecibles).
- Participación/control (favorecer que los trabajadores aporten ideas a las decisiones o acciones que afecten a su trabajo).
- Carga de trabajo (comprobar que las exigencias de trabajo sean compatibles con las capacidades y recursos del trabajador y permitir su recuperación después de tareas físicas o mentales particularmente exigentes).
- Contenido (diseñar las tareas de forma que confieran sentido, estímulo y la oportunidad de hacer uso de las capacitaciones).
- Roles (definir claramente los roles y responsabilidades en el trabajo).
- Entorno social (crear oportunidades para la interacción social, incluidos el apoyo social y la ayuda directamente relacionada con el trabajo).
- Futuro (evitar la inseguridad en temas de estabilidad laboral y fomentar el desarrollo de la carrera profesional).

3.3 Capítulo 3. Conceptualización de las variables de la investigación.

3.3.1 Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales.

Las variables sociodemográficas son sexo, edad, estado civil, tener hijos o no. Las variables laborales como la antigüedad laboral, categoría profesional, desempeño del rol, sobrecarga laboral, objetivos profesionales.

3.3.1.1 Variables de riesgo y protectoras.

Las variables de riesgo son el estrés laboral, acoso laboral (mobbing) absentismo, rotación frecuente de puesto de trabajo, abandono del puesto, disminución de la productividad.

Entre las variables protectoras tenemos la satisfacción con el equipo de trabajo, la autonomía, participación en la toma de decisiones, éxito laboral, apoyo del supervisor y compañeros de trabajo, calidad de vida laboral.

3.3.1.2 Motivación y satisfacción laboral.

Las variables que contemplan la motivación y satisfacción laboral en el empleado como la capacidad y el conocimiento del puesto en el cual se está desempeñando, necesidad de autorrealización, satisfacción laboral, calidad de su rendimiento, buen sueldo acorde a sus funciones, capacitación, ascensos, trabajo seguro.

3.3.1.3 Investigaciones realizadas.

A continuación se citan cinco investigaciones a nivel de variables sociodemográficas y laborales:

- **Investigación 1.**

Beltrán, C.A. y otros (Marzo 2011). "Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en médicos especialista del Hospital Valentín Gómez Farías, México".

Conclusión: "Es probable que los médicos con síndrome de Burnout no se encuentren en condiciones de salud favorables para laborar, por lo que consideramos urgente identificar los problemas que originan tal evento, para con ello proponer tanto medidas de prevención como de tratamiento".

- **Investigación 2.**

Rodríguez, A.M. y otros (Diciembre 2008). "Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile". **Conclusión:** "Se evidencia una presencia de estrés laboral crónico o Burnout, lo que los convierte en un grupo vulnerable dentro del ámbito asistencial, con tendencias a manifestar alteraciones físicas y psicológicas asociadas a este síndrome".

- **Investigación 3.**

Paredes, O.L., Sanabria, P.A. (2008). "Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales".

Conclusión: "No se encontró ninguna relación estadística significativa entre Síndrome de Burnout y las variables sociodemográficas y laborales como la especialidad, la edad, el género, el estado civil, el número de hijos, el año de residencia cursado y el número de horas laborales por semana en el hospital".

- **Investigación 4.**

Díaz, N.L. y otros, (2006). "Factores demográficos y síndrome de Burnout en practicantes de enfermería y psicología".

Conclusión: "Los factores demográficos, edad, sexo y estado conyugal son similares. No existe relación entre los factores demográficos edad, sexo y estado conyugal con las dimensiones del Síndrome de Burnout".

- **Investigación 5.**

Pereda, L. y otros, (Mayo 2009). "Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico".

Conclusión: "Entre las variables que se consideraron factores de riesgo en nuestro estudio se encuentra el estado civil. Asimismo, el trabajar en el turno vespertino y ofrecer sus

servicios en la consulta externa también estuvieron relacionados con mayor predisposición al síndrome de Burnout”.

3.3.2 El Burnout y la relación con la salud mental.

3.3.2.1 Definiciones de salud mental.

En el año 1946 la Conferencia Internacional de la Salud, en Nueva York, definió la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, y desde entonces la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó esta definición.

Davini, Gellon de Salluzi, Rossi, (1968) indican que en psicología cuando se habla de salud mental se la entiende como un “estado relativamente perdurable en el cual la persona se encuentra bien adaptada, siente gusto por la vida y está logrando su autorrealización. Es un estado positivo y no la mera ausencia de trastornos mentales”.

Según Vidal y Alarcón (1986) indican que la psiquiatría considera que la salud mental “es el estado de equilibrio y adaptación activa y suficiente que permite al individuo interactuar con su medio, de manera creativa, propiciando su crecimiento y bienestar individual, y el de su ambiente social cercano y lejano, buscando mejorar las condiciones de la vida de la población conforme a sus particularidades”.

Según Trucco y Horwitz (2003), para algunos científicos la “salud mental es equivalente a la madurez emocional, abarcando la capacidad de enfrentar con éxito los problemas de la vida cotidiana, incluyendo los de la familia, el trabajo y la sociedad”.

Para Parra (2004) indica que “la salud mental no se refiere a la ausencia de enfermedad mental ni menos se debe usar el término para referirse a la enfermedad mental. Este es un concepto amplio que tiene que ver con el bienestar psicológico como parte del bienestar global, incluyendo temas como la satisfacción con la calidad de vida y la autoestima, entre otras”.

En el 2007 la OMS señala que “la salud mental no es sólo la ausencia de trastornos mentales. Se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”.

3.3.2.2 Salud Mental y el Estrés.

El estrés es sumamente dañino porque afecta el bienestar en general de las personas y se manifiesta con sensaciones de fatiga, cansancio, falta de concentración, afecta a la salud mental ya que hay ansiedad generalizada y la única forma que el organismo tiene para defenderse es provocar síntomas visibles para alertar al cuerpo a fin de contrarrestarlos con una vida sana y equilibrada, que se enfoca en respuestas adecuadas para los desafíos del diario vivir y que están llenos de situaciones estresantes.

3.3.2.3 Síntomas somáticos.

El estrés puede provocar que el cuerpo presente ciertas manifestaciones que se van intensificando y entre las cuales se pueden enumerar las siguientes: opresión en el pecho, sudor corporal excesivo o más frecuente en ciertas partes del cuerpo (manos, axilas, rostro), palpitaciones, dificultad para respirar, tensión muscular, temblores corporales, falta o aumento de apetito, diarrea, fatiga, etc.

3.3.2.4 Ansiedad e insomnio.

Tanto la ansiedad como el insomnio suelen ser frecuentes cuando una persona tiene estrés. La ansiedad es una respuesta ante algo displacentero para el organismo y donde la persona manifiesta comportamientos observables y que no se ajustan al medio y en niveles altos puede desencadenar en patologías con consecuencias negativas para quien lo padece. Cabe indicar que la ansiedad a un nivel moderado no es mala porque permite que el organismo dé respuestas adecuadas ante ciertas situaciones, pero cuando la persona no sabe manejar las situaciones que le provocan ansiedad y éstas se tornan muy repetitivas

intoxica al cuerpo porque activa el sistema periférico de forma acelerada produciendo exceso de dopaminas.

El insomnio es un trastorno del sueño que impide que el cuerpo se recupere de un día de trabajo durante el descanso nocturno y que trae consecuencias negativas para la persona durante el día porque provoca baja concentración, incapacidad para mostrarse activo, somnolencia diurna. Un médico o enfermera por su situación laboral de horarios y turnos rotativos, veladas, etc. no tiene hábitos regulares de sueño y puede ser una consecuencia para que se padezca de insomnio.

3.3.2.5 Disfunción social en la actividad diaria.

Cuando la persona se priva o no tiene la necesidad de contar con un amigo, se aleja de su círculo social y compañeros o amistades de trabajo se habla de una disfunción social que es un comportamiento anormal para una persona porque somos seres sociales.

3.3.2.6 Tipos de depresión.

Entre los tipos de depresión que constan en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV) se pueden citar:

- **Trastorno depresivo mayor, episodio único o recidivante** con los siguientes criterios:
 - Criterio A: donde la persona para ser diagnosticada dentro de esta clasificación debe presentar por los menos cinco de los siguientes síntomas durante por lo menos dos semanas:
 - Estado de ánimo (triste, disfórico o irritable).
 - Incapacidad para mostrar interés o placer en actividades.
 - Disminución o aumento de peso.
 - Insomnio o hipersomnio.
 - Enlentecimiento o agitación psicomotriz.
 - Debilidad física (astenia).
 - Sentimientos de inutilidad o culpa.

- Disminución de la capacidad intelectual.
- Ideas de muerte o suicidas.
- Criterio B: la persona no debe manifestar trastornos afectivos mixtos (síntomas maníacos y depresivos), trastornos esquizoafectivos o esquizofrénicos.
- Criterio C: El cuadro repercute negativamente en la esfera social, laboral o en otras áreas vitales del paciente.
- Criterio D: Los síntomas no se explican por el consumo de sustancias tóxicas o medicamentos, ni tampoco por una patología orgánica.
- Criterio E: No se explica por una reacción de duelo ante la pérdida de una persona importante para el paciente.
- **Trastorno distímico** que puede tener los siguientes criterios:
 - Criterio A: Estado de ánimo depresivo o triste durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días, durante un mínimo de dos años.
 - Criterio B: Deben aparecer dos o más de estos síntomas: variaciones de apetito, insomnio o hipersomnio, astenia, baja autoestima, falta de concentración, desánimo o desesperanza.
 - Criterio C: Si hay periodos libres de los síntomas señalados en A y B durante los dos años requeridos, no constituyen más de dos meses seguidos.
 - Criterio D: No existen antecedentes de episodios depresivos mayores durante los dos primeros años de la enfermedad.
 - Criterio E: No existen antecedentes de episodios maníacos, hipomaniacos o mixtos, ni trastorno bipolar.

- Criterio F: No hay criterios de esquizofrenia, de trastorno delirante o consumo de sustancias tóxicas.
- Criterio G: No hay criterios de enfermedades orgánicas.
- Criterio H: Los síntomas originan malestar y deterioro de las capacidades sociales, laborales o en otras áreas del funcionamiento del paciente.
- **Trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o mixto** (ansiedad y ánimo depresivo) ocurre en respuesta a un acontecimiento vital estresante, y no más allá de los tres meses siguientes a su aparición.
- **Trastorno depresivo no especificado** donde hay síntomas depresivos, pero no son suficientes para el diagnóstico de alguno de los trastornos previos.
- Otros tipos: **Duelo patológico.**

3.3.2.7 Investigaciones realizadas.

Entre las investigaciones sobre salud mental a continuación se detallan las cinco siguientes:

- **Investigación 1.**

Esteva, M. y otros, (n.f.). “La salud mental en los médicos de familia de atención primaria de un área de Mallorca, efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo”.

Conclusión: “La salud mental de los médicos de atención primaria parece estar protegida por una mayor satisfacción laboral; sin embargo, es más precaria entre los que presentan mayor estrés laboral. Estos hechos deben ser asumidos no tanto como un problema individual de los médicos, sino como un problema de toda organización sanitaria”.

- **Investigación 2.**

Morales, G. y otros (Febrero 2004). “La incidencia y relaciones de la ansiedad y el Burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales”.

Conclusión: “Los profesionales de los Servicios Sociales están cada vez más concienciados de los graves efectos del estrés (sistémico y traumático) sobre la salud en general, y de su relación con los problemas de salud mental, absentismo laboral, la productividad y adecuación de la toma de decisiones en situaciones tan delicadas como la protección infantil”.

- **Investigación 3.**

Álvarez, E., Fernández, L. (1991). “El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (II): estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental”. **Conclusión:** “Dada la complejidad de los problemas en las estructuras de los equipos y las organizaciones, es necesario intervenir en diferentes niveles: sobre el trabajo en red y en equipo, que implica el cuidado de la comunicación, coordinación y cooperación, así como compartir modelos mentales de la organización, situación y tarea”.

- **Investigación 4.**

Palmer, Y. y otros. (Febrero 2005). “Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos”.

Conclusión: “En muchas ocasiones, a causa de este síndrome se llega a poner en peligro la vida de los pacientes, además de que repercute en la salud mental del médico anestesiólogo que lo padece”.

- **Investigación 5.**

Barraza, J.H. y otros (Diciembre 2009). “Indicadores de salud mental y Síndrome de Burnout en Internos rotatorios en SSN en Tepic, Nayarit”.

Conclusión: “Resultan realmente preocupantes los altos índices de cada una de las dimensiones que conforman al Burnout y al estado de salud mental de los internos, esto nos habla que hay una gran labor a ejercer en cuanto a salud mental con los profesionistas de la salud, la calidad de la atención que ellos proporcionan depende mucho de condiciones biopsicosociales del individuo y habrá que hacer una gran labor de prevención y atención a la salud mental”.

3.3.3 El Burnout y el afrontamiento.

3.3.3.1 Definición de afrontamiento.

Lazarus y Folkman (1984) definieron el afrontamiento como “los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar las demandas específicas interna y/o externas que son evaluadas como excesivas en relación con los recursos de que dispone la persona”.

Con el afrontamiento una persona se puede enfrentar cualquier situación a fin de conseguir los mejores resultados, pone de por medio sus pensamientos, conductas, recursos, etc. para sobrellevar dificultades y obtener eficazmente una solución.

3.3.3.2 Teorías de afrontamiento.

- La Teoría Cognitiva de Holroyd y Lazarus (1982) identificaron dos técnicas de afrontamiento, una que se centra en el problema y la otra que se centra en la emoción.
- La Teoría Dinámica de Folkman y Lazarus (1985) que define al afrontamiento como esfuerzos cognitivos y conductuales que se transforman de acuerdo con las demandas externas o internas del medio en que se desenvuelve la persona.

3.3.3.3 Estrategias de afrontamiento.

- En el estudio de Pines y Kafry (1981) confirmaron que las estrategias activas y directas son más efectivas en el afrontamiento del “estar quemado”, mientras que las más ineficaces fueron las estrategias inactivas/indirectas.
- Holroyd y Lazarus (1982) identificaron dos tipos de estrategias de afrontamiento centradas en el problema o en la emoción:

- Estrategias de afrontamiento centradas en el problema o de aproximación: Las herramientas que posibilitan el éxito de esta estrategia son:
 - Confrontación: la persona enfrenta directamente la situación con acciones que la modifican.
 - Búsqueda de apoyo social: la persona busca en otra/s consejos, información, incluso comprensión ante la situación para visualizarla de otra manera.
 - Búsqueda de soluciones.
- Estrategias de afrontamiento centradas en la emoción: Entre estas se encuentran:
 - Autocontrol: con lo cual la persona regula sus sentimientos y emociones para la toma de acciones.
 - Distanciamiento: la persona se esfuerza para alejarse de la situación.
 - Revaluación positiva: el individuo busca lo positivo de la situación ya que esto afianza su desarrollo como persona.
 - Autoinculpación.
 - Escape/evitación.
- Steptoe (1991) señala que las estrategias deben ser cognitivas y conductuales y las identifica en 4 grupos de estrategias de afrontamiento:
 - Estrategias centradas en el problema de carácter conductual: con acciones que actúan sobre el hecho estresante.
 - Estrategias centradas en el problema de carácter cognitivo: visualizar lo positivo de la situación estresante a fin de modificar su percepción.

- Estrategias centradas en la emoción de carácter conductual: a fin de mejorar los efectos de la situación estresante.
 - Estrategias centradas en la emoción de carácter cognitivo: son acciones para mejorar emocionalmente la situación estresante.
- Gil-Monte y Peiró (1997) señaló que las estrategias de intervención para la prevención y tratamiento del síndrome de quemarse por el trabajo pueden ser agrupadas en tres categorías:
 - Estrategias individuales: encaminadas a solucionar problemas buscando la asertividad, manejo adecuado del tiempo, no llevar problemas laborales a casa, tomar pequeños momentos de descanso en el trabajo, fomentar conductas que eliminen la situación estresante, dialogar al respecto para desahogarse u obtener consejo.
 - Estrategias grupales: fomentar el apoyo social y emocional a través de la escucha activa que provoca autoestima, mantener contacto social de índole informal que previene de mejor manera el síndrome.
 - Estrategias organizacionales: las organizaciones que velan por sus empleados para su salud laboral lo prefieren realizar de una manera colectiva e integradora consciente que es mejor la prevención y genera políticas de clima y ambiente laboral adecuados. Adicionalmente, la empresa genera charlas de motivación y salud ocupacional.

3.3.3.4 Investigaciones realizadas.

A continuación se presentan cinco investigaciones sobre afrontamiento:

- **Investigación 1.**

Hernández, G.L. y otros, (Mayo 2004). "Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento".

Conclusión: "Se encuentran relaciones positivas entre factores del síndrome de Burnout y factores de afrontamiento centrado en la emoción. Los sujetos que utilizan como estrategias de afrontamiento el escape-evitación presentan mayores niveles de cansancio".

- **Investigación 2.**

Ortega, C., López, F., (Enero 2004). "El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y Perspectivas 1".

Conclusión: "La situación estresante puede llevar a producir en el personal sanitario una serie de consecuencias graves en su salud, tanto física como psíquica, como resultado de un afrontamiento basado en la aceptación de tales condiciones, dando lugar al Burnout como un todo".

- **Investigación 3.**

Blandin, J., Martínez, D., (Junio 2005). "Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar: Dr. Carlos Arvelo".

Conclusión: "La sub-escala de Afrontamiento no Funcional arrojó valores significativos como buen predictor del Síndrome de Burnout, así que médicos residentes con estilos de afrontamiento no funcionales tienen mayor probabilidad de padecer Síndrome de Burnout".

- **Investigación 4.**

Cruz, B., y otros, (Septiembre 2010). "Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de Burnout "o de desgaste profesional" en trabajadores de la salud".

Conclusión: “El uso de estrategias activas de afrontamiento (solución de problemas, búsqueda de información, análisis de circunstancias para actuar de manera más efectiva) tienen efectos protectores ante el síndrome de Burnout entre el personal de salud”.

- **Investigación 5.**

Popp, M.S., (Julio 2008). “Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI)”.

Conclusión: “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 despersonalización y baja realización personal”.

3.3.4 El Burnout y la relación con el apoyo social.

3.3.4.1 Definición de apoyo social.

Según Barrón (1996) y Felton y Shinn (1992) señalaron que “el apoyo social hace referencia a las transacciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo”.

3.3.4.2 Modelos Explicativos del apoyo social.

- Barrón (1996) propuso dos modelos de apoyo social:
 - Modelo donde el apoyo social actúa sobre variables de forma directa e independientemente del nivel de estrés al cual está expuesto el individuo.
 - Modelo de efecto buffer o amortiguador en el cual el apoyo social interviene cuando la persona está estresada e influye en su estado de ánimo, salud y bienestar en general.

- En cambio Lazarus y Folkman (1986) proponen un modelo transaccional donde el apoyo social actúa de forma primaria y secundaria.
 - De forma primaria se refiere a la provisión de apoyo social de otras personas a fin de aminorar la situación estresante.
 - De forma secundaria, el apoyo social amplifica la apreciación de la capacidad de afrontar la situación estresante.
- Heller y Swindle (1983) proponen un modelo de apoyo social que incorpora al modelo buffer otros aspectos como: la historia previa de aprendizaje, las predisposiciones temperamentales, o los estilos de afrontamiento que presenta el sujeto, etc. que influyen en la valoración cognitiva de la situación de estrés y en sus respuestas de afrontamiento.
- Lin y Ensel (1989) proponen un modelo integrador en el cual la persona con hábitos saludables, una alta autoestima y un apoyo social superan adversidades e influyen en el bienestar del sujeto.

3.3.4.3 Apoyo Social Percibido.

Según Gracia (1997) indicó que el apoyo social percibido se refiere a la valoración que una persona hace sobre su red social y los recursos que fluyen desde ella, lo que implica destacar el grado de satisfacción que se obtiene del apoyo disponible.

3.3.4.4 Apoyo Social Estructural.

Riquelme (1997) señala que hace referencia a las características objetivas de la red de apoyo social como son el tamaño, densidad, dispersión, geografía, etc. y también los contactos a los cuales la persona puede recurrir en caso de necesitarlos.

3.3.4.5 Investigaciones realizadas.

Entre las investigaciones acerca de apoyo social se indican las cinco siguientes:

- **Investigación 1.**

Vinaccia, S., Alvaran, L., (Octubre 2003). "El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio".

Conclusión: "La muestra tiene niveles de apoyo social moderado y se considera importante combatir las fuentes de estrés con la conformación de equipos de trabajo que mediante refuerzos sociales que buscan un mayor compromiso institucional".

- **Investigación 2.**

Albar, M.J. y otros. (2004). "Apoyo social, características sociodemográficas y Burnout en enfermeras y auxiliares de hospital".

Conclusión: "Los programas de socialización anticipatoria en el trabajo podrían prevenir su aparición al enseñar a los sujetos estrategias que les permitan afrontar con éxito las dificultades del puesto".

- **Investigación 3.**

Ortega, C., López, F., (Enero 2004). "El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y Perspectivas 1".

Conclusión: "El apoyo social mantendría en el caso del Burnout su efecto amortiguador".

- **Investigación 4.**

Avendaño, C. y otros (Agosto 2009). "Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público".

Conclusión: “El reforzamiento de la capacidad de entregar apoyo de supervisores y jefes mediante un programa de entrenamiento de bajo costo podría tener un efecto altamente positivo”.

- **Investigación 5.**

Pogostking, M.C. (Marzo 2011). “Mobbing y Burnout: El efecto modulador del apoyo social”.

Conclusión: “El apoyo de los colegas, al ser un factor del ambiente psicosocial de trabajo, sólo puede reducir los efectos que el mobbing genera en la dimensión interpersonal del Burnout; siendo incapaz de modificar los efectos que el mobbing produce en las dimensiones intrapersonales del Burnout”.

3.3.5 El Burnout y la relación con la personalidad.

3.3.5.1 Definición de personalidad.

El experto de origen estadounidense Gordon Allport (1937) definió a la personalidad como aquella alineación dinámica de los sistemas psicofísicos que permite establecer un modo específico de actuar y de pensar. Allport señala que la personalidad varía de un individuo a otro ya que depende de la clase de adaptación al entorno que establezca cada persona.

3.3.5.2 Tipos de Personalidad (personalidad positiva y de salud).

La personalidad positiva permite que la persona mantenga un estilo de afrontamiento activo y constructivo frente a una situación difícil o estresante; es decir, que de igual manera una perspectiva positiva beneficia a la salud permitiendo una regulación óptima de la persona porque se facilitan los procesos adaptativos y de afrontamiento a cualquier situación demandante.

3.3.5.3 Patrones de conducta y personalidad.

Se llama patrón de conducta y personalidad a la manera usual de manejarse en el entorno o en ciertas situaciones. Las actitudes, creencias, conductas manifiestas y rasgos de personalidad forman los patrones de conducta.

Friedman y Rosenman (1974) propusieron los tipos de personalidad A y B.

- Tipo A: corresponden a personas donde sus rasgos son irritables, agresivos, hiperactivos, impacientes, impulsivos, dominantes, etc. por lo cual sus relaciones se tornan difíciles y hostiles.
- Tipo B: son sujetos calmados, estables relajados, abiertos, etc.

Temoshok y Dreher (1992) propusieron la existencia de un patrón de conducta tipo C:

- Tipo C: son personas introvertidas, reprimidas, obsesivas, pasivas, sumisas, conformistas, etc. y que necesitan de la aprobación de otros para realizar sus actividades.

3.3.5.4 Locus de control.

Rotter (1966) propone que el locus de control se refiere al grado con que el individuo crea control de su vida y cómo los acontecimientos influyen en ella. Los sujetos que atribuyen sus resultados a circunstancias externas son más vulnerables al estrés laboral, presentan insatisfacción, desamparo, síntomas de Burnout, etc. Los internos tienden a percibir menos amenazas, a orientarse hacia metas en la actividad laboral y a ser más activos por la percepción de control de la situación, es decir que suelen utilizar el afrontamiento dirigido al problema.

3.3.5.5 Investigaciones realizadas.

- **Investigación 1.**

Bencomo, J., Paz, C., Liebster, E., (Junio 2004). "Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería".

Conclusión: "Existen rasgos de personalidad asociados tanto a sujetos agotados como a los no agotados".

- **Investigación 2.**

Roth, E., Pinto, B. (Agosto 2010). "Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz".

Conclusión: "Se hallaron asociaciones entre los componentes del síndrome del Burnout con algunos factores de la personalidad".

- **Investigación 3.**

Torres, M., Lajo, R., (Diciembre 2008). "Variables psicológicas implicadas en el desempeño laboral médico docente".

Conclusión: "La personalidad tipo A como el afrontamiento al estrés y el síndrome de Burnout influyen significativamente en el desempeño laboral de los médicos docentes, afectando positiva o negativamente su rendimiento".

- **Investigación 4.**

Ortega, M.E. y otros, (Junio 2007). "Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente".

Conclusión: “El modelo de personalidad resistente ejerce una influencia moduladora en los procesos de estrés y Burnout. La relación que hay entre la personalidad resistente y el Burnout fue negativa”.

- **Investigación 5.**

Cáceres, G.G., (2006). *“Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario militar”*.

Conclusión: “Aparecen niveles altos de cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal”.

4. Metodología.

4.1 Diseño de investigación.

Esta investigación es de tipo cuantitativa, no experimental, transaccional, explorativa y descriptiva y está encaminada a medir la prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales de la salud.

4.2 Participantes.

La muestra objeto de estudio está conformada por 30 profesionales de la salud, 15 médicos en servicio activo de cualquier especialidad y 15 enfermeros titulados, todos ellos vinculados a instituciones sanitarias públicas o privadas del Ecuador en las siguientes instituciones:

- Centro de Salud INNFA-Conocoto (5 médicos y 3 enfermeros)
- Hospital Metropolitano de Quito (9 enfermeros)
- Centro Médico Universitario PUCE-Quito (5 médicos y 3 enfermeras)
- Cemoplaf-Ambato (5 médicos)

4.3 Instrumentos.

Para cumplir con los objetivos planteados en esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos de aplicación.

- **Cuestionario sociodemográfico y laboral:** Su aplicación fue autoadministrada y su objetivo radica en la recolección de información con datos personales y laborales de importancia para la investigación.
- **Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI):** Su aplicación fue auto administrada y este instrumento consta de 22 ítems que permiten detectar y medir la existencia del síndrome de Burnout en el profesional de la salud.

- **Cuestionario de salud mental GHQ28:** De igual manera es un instrumento que se auto administró para determinar el estado de salud mental del individuo.
- **Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE):** el cual a través de 22 preguntas se busca conocer cómo el profesional maneja el estrés en situaciones difíciles.
- **Cuestionario de apoyo social (MOS):** instrumento auto administrado que a través de sus 20 ítems permitió conocer el número de amistades, así como la frecuencia de apoyo social que posee la persona.
- **Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A):** instrumento con 24 preguntas autoadministradas que permiten conocer la personalidad del encuestado.

4.4 Recolección de datos.

El 15 de junio de 2012 me acerqué a la Clínica de la Mujer de la ciudad de Quito para solicitar a su director la colaboración de la institución a su cargo para la elaboración de este proyecto de tesis. Presenté la carta facilitada por la Escuela de Psicología de la Universidad Particular de Loja, la cual indicaba el objetivo del trabajo a realizar. El Sr. Director estuvo de acuerdo.

El 22 de junio la Universidad Técnica Particular de Loja autorizó que la Clínica de la Mujer de la ciudad de Quito sea la plaza donde se realizarían las encuestas.

Por tal motivo, me comuniqué con el Director de la clínica mencionada, le entregué las 30 encuestas y ofreció entregármelas llenas hasta fines del mes de junio de 2012.

A fines de junio de 2012 llamé a la señorita recepcionista de la clínica, quien era la persona responsable de entregarme las encuestas, pero, lamentablemente me indicaron que la señorita había tenido un percance médico, de difícil recuperación. A la semana siguiente, nuevamente me acerqué a la clínica, la recepcionista seguía delicada de salud y el Sr. Director estaba fuera del país. Hasta finales de julio y mediados de agosto de 2012 no tuve una respuesta positiva.

Por lo expuesto, no volví a insistir a la clínica y me pareció que la mejor opción por la premura del tiempo, para la entrega de la tabulación de datos a la UTPL, sería encontrar otra institución que facilitara su colaboración.

El 24 de agosto de 2012 solicité a la UTPL una prórroga para la entrega de datos tabulados, explicando el inconveniente, y me fue concedida.

Sin embargo, no encontré en un solo sitio, el número total de participantes para la muestra requerida, ya que el personal sanitario, en su gran mayoría, se encontraba de vacaciones en los meses de agosto y septiembre de 2012.

Afortunadamente, a través del contacto con amigos y familiares tuve la oportunidad de realizar las encuestas, previa información del tema y sus objetivos, en las siguientes instituciones:

- Centro de Salud INNFA-Conocoto (5 médicos y 3 enfermeros)
- Hospital Metropolitano de Quito (9 enfermeros)
- Centro Médico Universitario PUCE-Quito (5 médicos y 3 enfermeros)
- Cemoplaf-Ambato (5 médicos)

La tabulación de datos la realicé paulatinamente, apenas tenía una encuesta llenaba las matrices, pero al fin, a pesar de los inconvenientes, para el 24 de septiembre se entregó a la UTPL el total de datos tabulados.

5. Resultados obtenidos.

5.1 Datos sociodemográficos y laborales.

Tabla n.º 3
Género, zona de vivienda, con quién vive, tipo de trabajo, pacientes con riesgo de muerte y fallecidos.

	Médicos sin Burnout				Médicos con Burnout			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
GENERO	6	43	8	57	1	100	0	0
ZONA DE VIVIENDA	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
	12	86	2	14	1	100	0	0
CON QUIÉN VIVE	Solo	%	+ Personas	%	Solo	%	+ Personas	%
	0	0	14	100	0	0	1	100
TIPO DE TRABAJO	T/C	%	T/P	%	T/C	%	T/P	%
	8	57	6	43	1	100	0	0
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
	4	29	10	71	0	0	1	100
PACIENTES FALLECIDOS	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
	4	29	10	71	0	0	1	100

Fuente: Médicos a través de cuestionario sociodemográfico.

Tabla n.º 4
Género, zona de vivienda, con quién vive, tipo de trabajo, pacientes con riesgo de muerte y fallecidos.

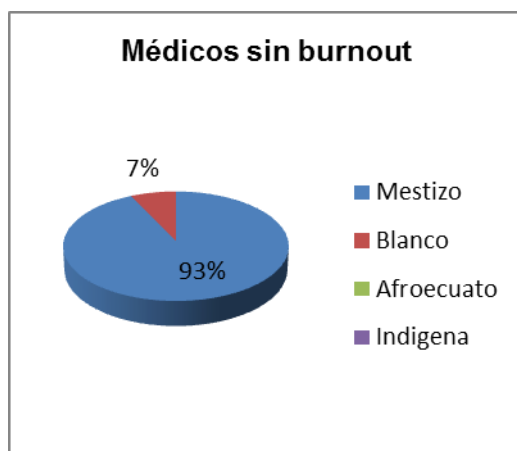
	Enfermeros sin Burnout				Enfermeros con Burnout			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
GENERO	4	31	9	69	1	50	1	50
ZONA DE VIVIENDA	Urbano	%	Rural	%	Urbano	%	Rural	%
	13	100	0	0	2	100	0	0
CON QUIÉN VIVE	Solo	%	+ Personas	%	Solo	%	+ Personas	%
	2	15	11	85	0	0	2	100
TIPO DE TRABAJO	T/C	%	T/P	%	T/C	%	T/P	%
	10	77	3	23	2	100	0	0
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
	5	38	8	62	2	100	0	0
PACIENTES FALLECIDOS	SI	%	NO	%	SI	%	NO	%
	2	15	11	85	2	100	0	0

Fuente: Enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico.

En estos cuadros se aprecia que tanto el grupo de médicos (57%) como en el grupo de enfermeros (69%) en su mayoría son de sexo femenino. En cuanto a la zona de vivienda los dos grupos (médicos y enfermeros) viven en su mayoría en el sector urbano y solo un 14% de médicos viven en el sector rural. En cuanto a la dedicación laboral el 57% de médicos trabajan a tiempo completo y un 77% de enfermeros de igual manera; únicamente el 43% de médicos y el 23% de enfermeros tienen una dedicación a tiempo parcial. Tanto el grupo de médicos como el de enfermeros en su mayoría no trabajan con pacientes con riesgo de muerte y tampoco han experimentado la vivencia de contar con pacientes fallecidos. Sin embargo, solamente en el grupo de enfermeros con Burnout dos de cada uno de ellos indican que laboran con pacientes con riesgo de muerte y han tenido la experiencia de pacientes fallecidos.

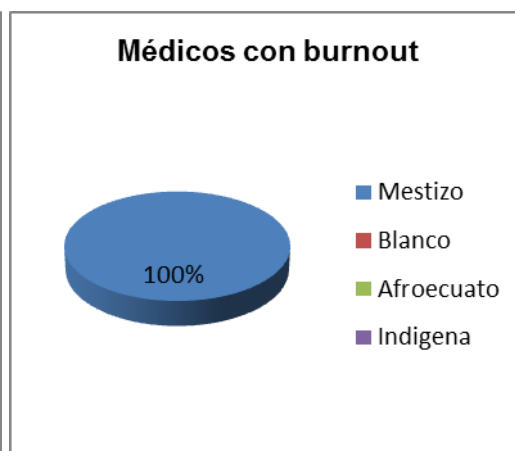
Etnia.

Gráfico n.º 1



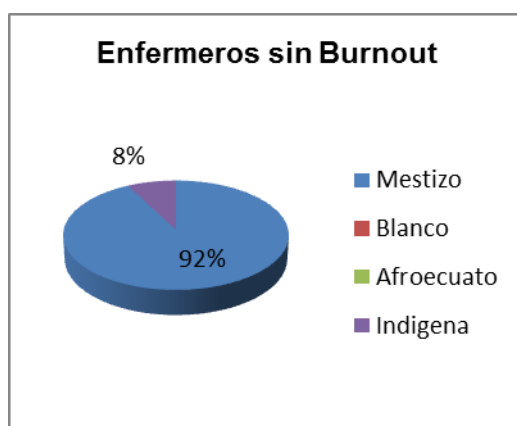
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico.

Gráfico n.º 2



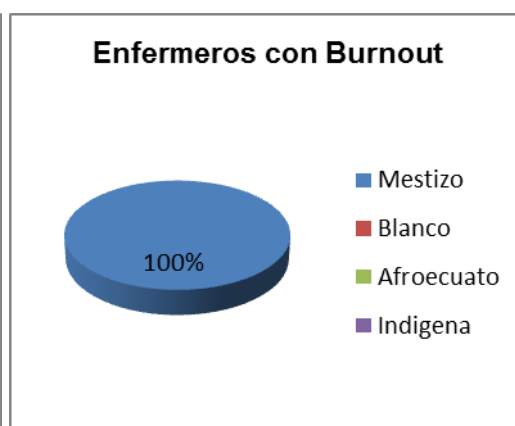
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico.

Gráfico n.º 3



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico.

Gráfico n.º 4

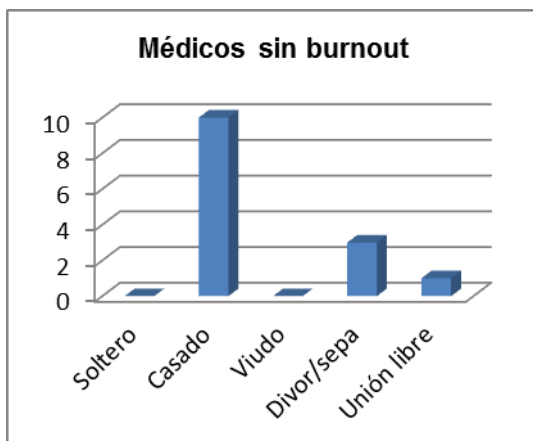


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico.

Los cuatro grupos presentan una población en su gran mayoría mestiza. El grupo de médicos sin Burnout tiene un 7% de población blanca y los enfermeros sin Burnout un 8% de población indígena.

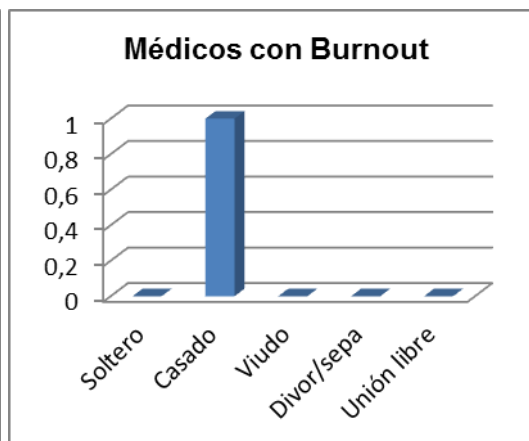
Estado civil.

Gráfico n.º 5



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 6



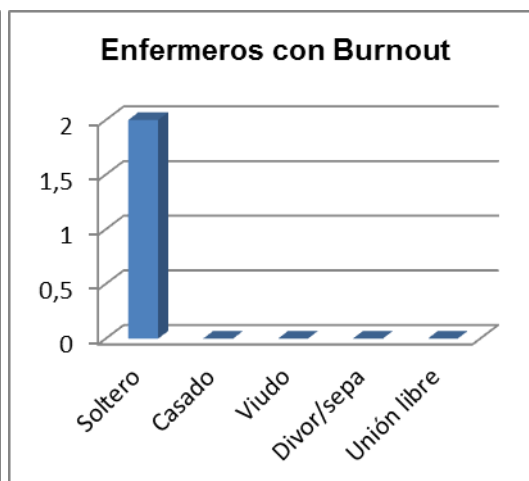
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 7



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 8

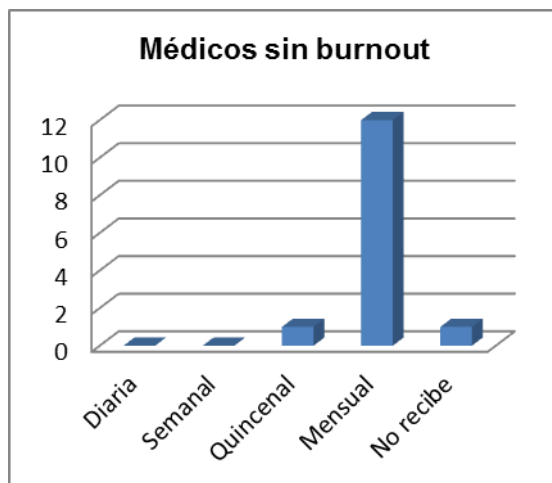


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En este caso los médicos y enfermeros sin Burnout en su mayoría son solteros o casados y muy pocos son divorciados o mantienen unión libre. En cambio los médicos con burnout son casados y los enfermeros con Burnout son solteros.

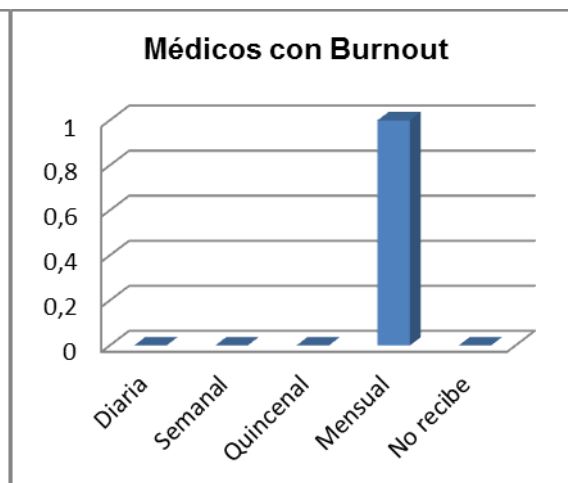
Remuneración salarial.

Gráfico n.º 9



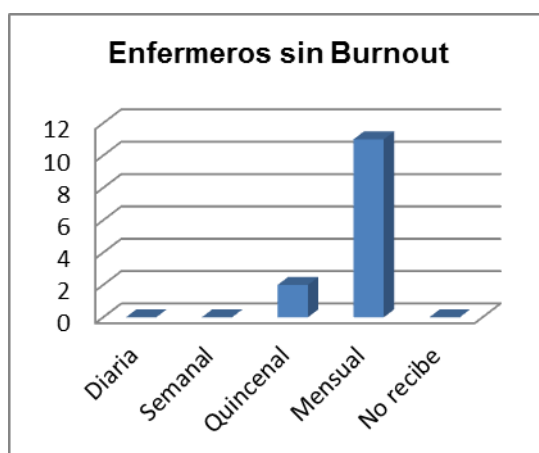
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 10



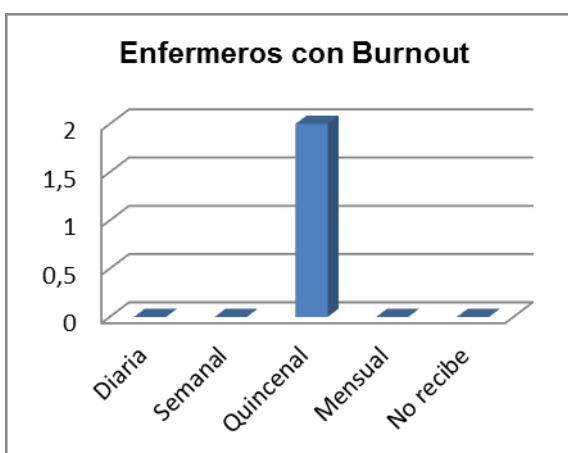
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 11



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 12

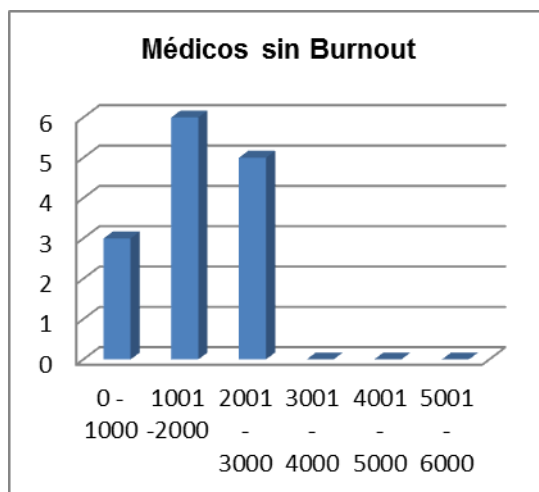


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En esta variable tanto los médicos y enfermeros sin Burnout como los médicos con Burnout reciben en su gran mayoría su remuneración mensual. Solo los enfermeros con Burnout reciben su remuneración quincenalmente.

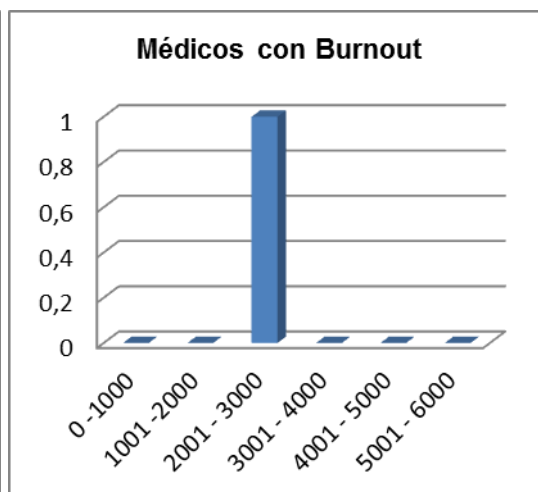
Valor salarial.

Gráfico n.º 13



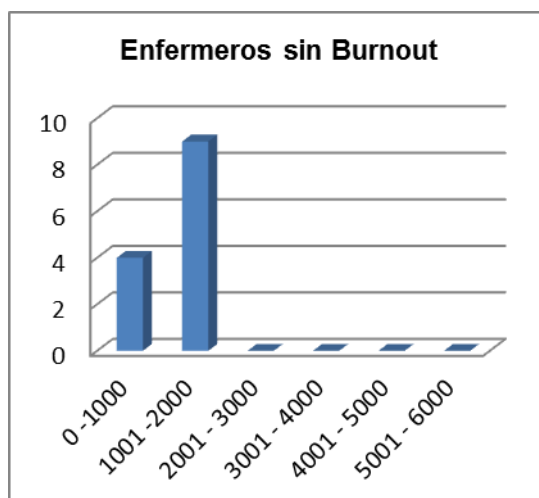
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 14



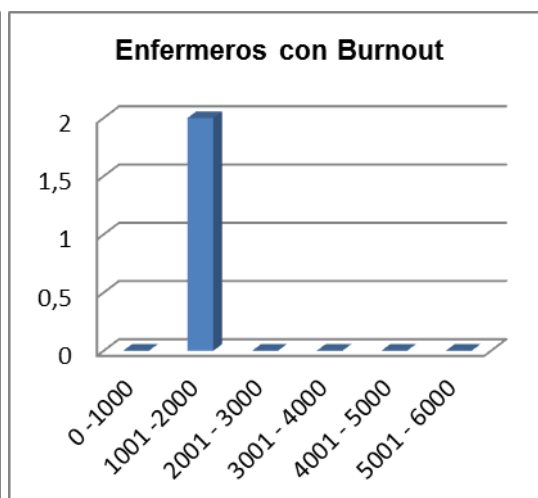
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 15



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 16

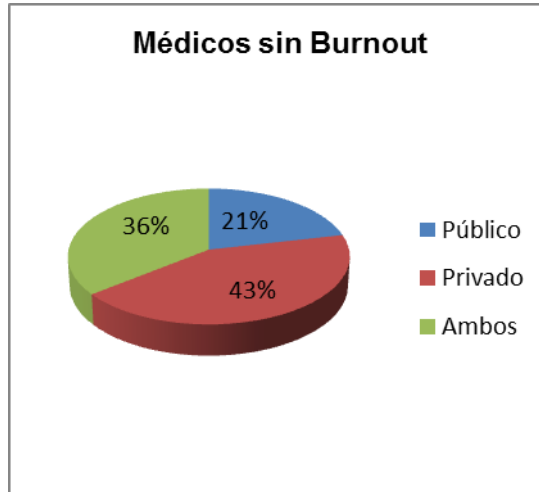


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El valor salarial en el grupo de enfermeros es un su mayoría está en un rango de 1001 y 2000. En cambio el valor salarial de los médicos sin Burnout varía entre 0 y 3000. El médico con Burnout percibe un valor salarial entre 2001 y 3000.

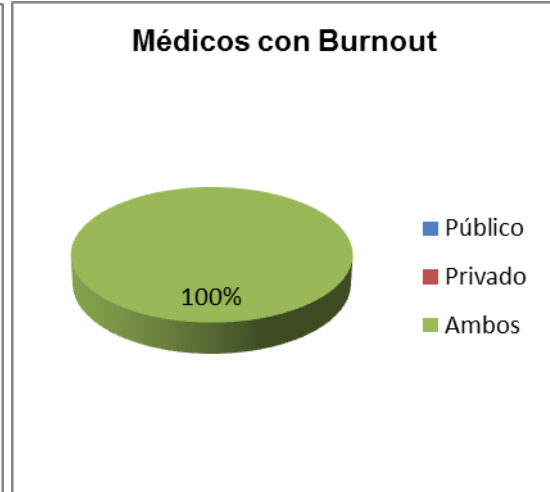
Sector de trabajo.

Gráfico n.º 17



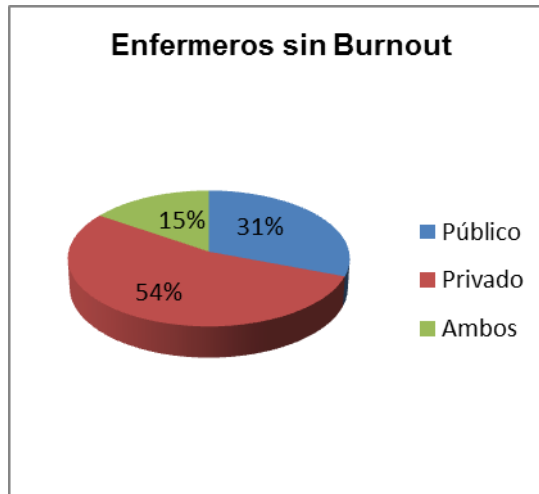
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 18



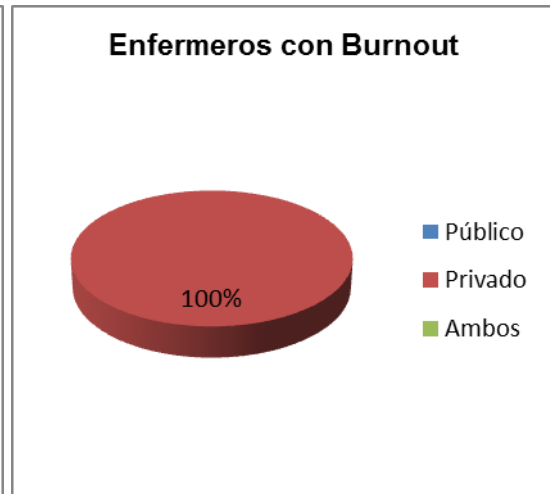
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 19



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 20

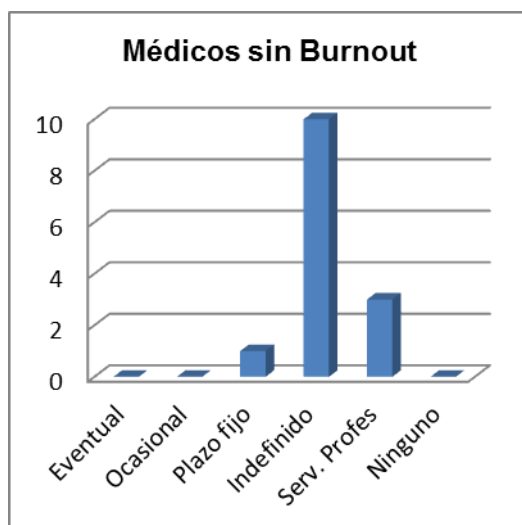


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los grupos de médicos y enfermeros sin Burnout trabajan en su mayoría en el sector privado y un menor porcentaje de ambos se dedican a trabajar tanto en el sector privado como público. Se puede observar que los médicos con Burnout trabajan en ambos sectores y los enfermeros con Burnout trabajan en un 100% en el sector privado.

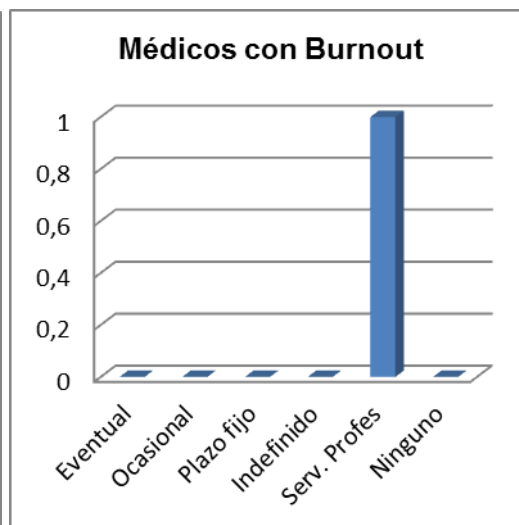
Tipo de contrato.

Gráfico n.º 21



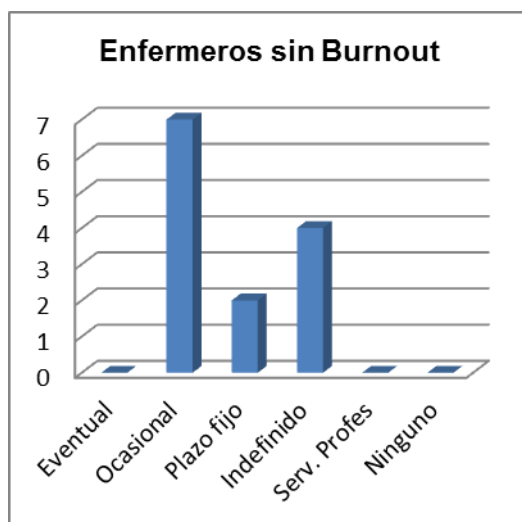
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 22



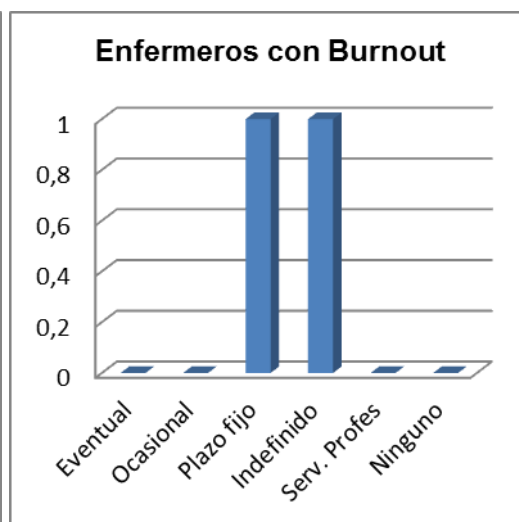
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 23



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 24

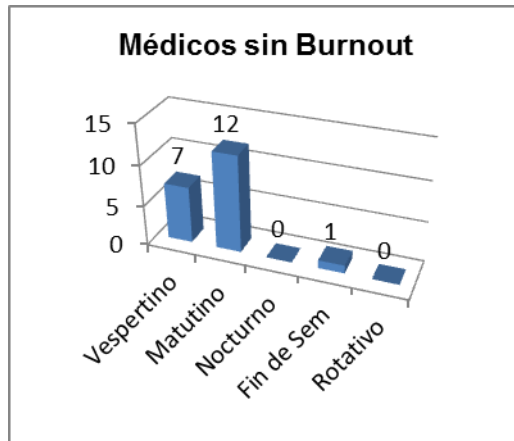


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los médicos sin Burnout tienen en su mayoría un contrato indefinido, en cambio los médicos con Burnout tienen un contrato por servicios profesionales. En su mayoría los enfermeros sin Burnout tienen un contrato ocasional y los enfermeros con Burnout comparten en su mayoría contratos tanto a plazo fijo como indefinidos.

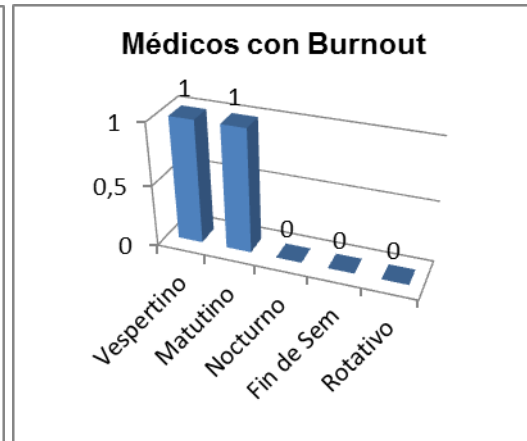
Turnos.

Gráfico n.º 25



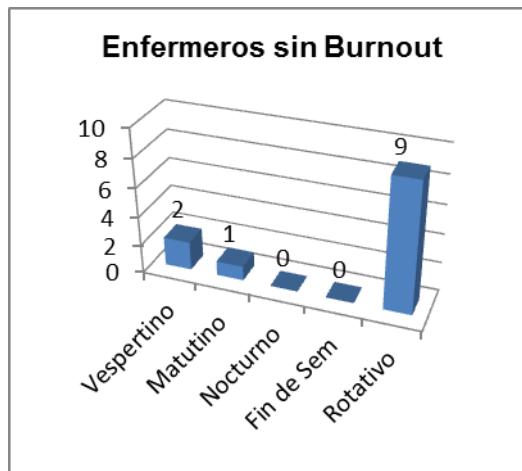
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 26



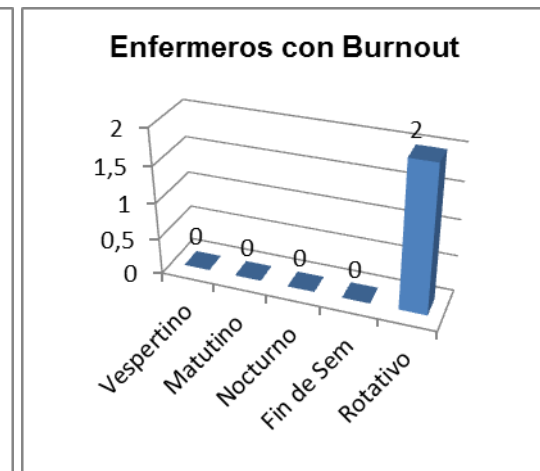
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 27



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 28

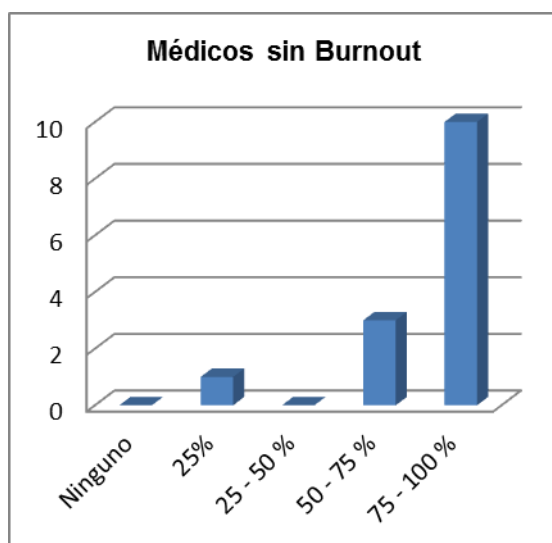


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los médicos cuentan con una baja incidencia de atención en turnos nocturnos, fines de semana y rotativos; en cambio se observa que los grupos de enfermeros tanto con como sin burnout trabajan con turnos rotativos.

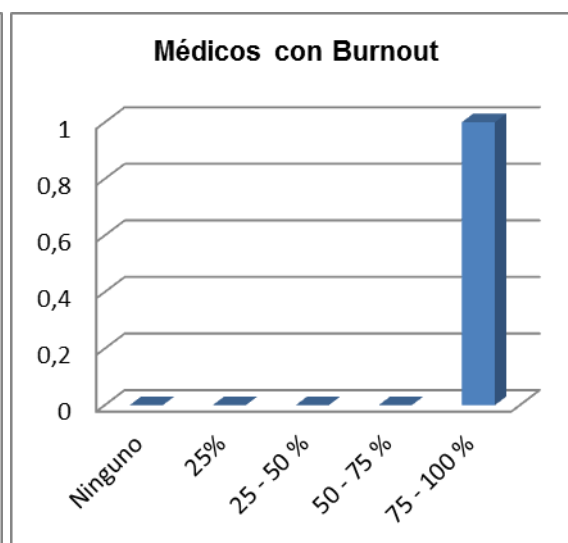
Porcentaje de pacientes diarios.

Gráfico n.º 29



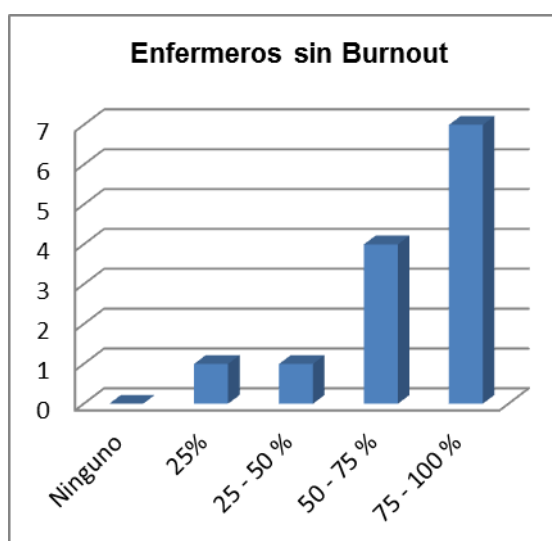
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 30



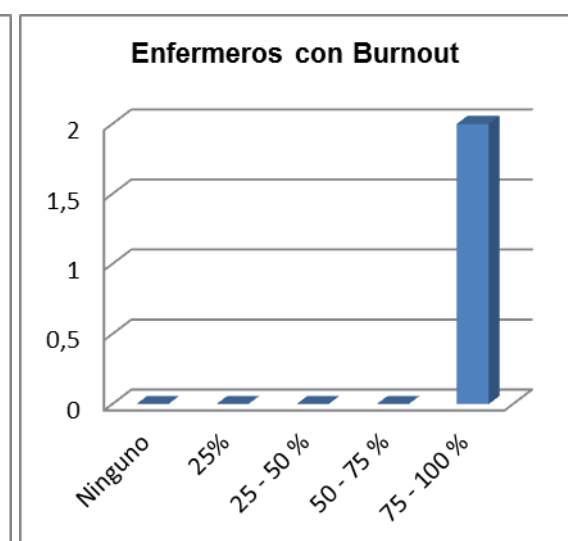
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 31



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 32

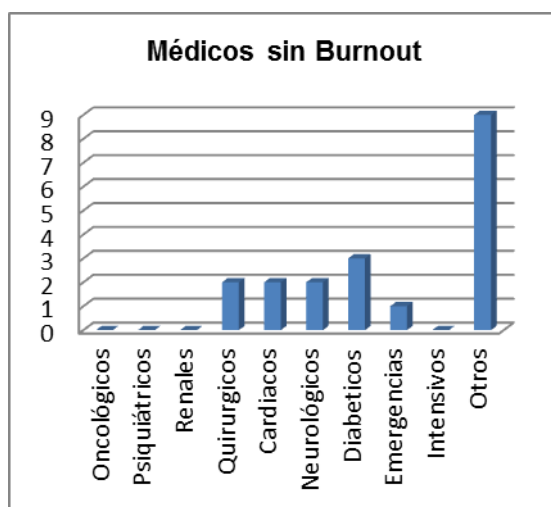


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En los cuatro grupos se aprecia un porcentaje de 75 a 100% del tiempo empleado en la atención de pacientes.

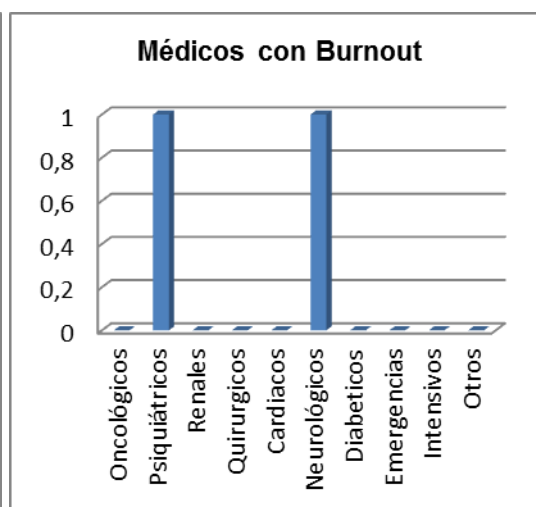
Tipos de pacientes.

Gráfico n.º 33



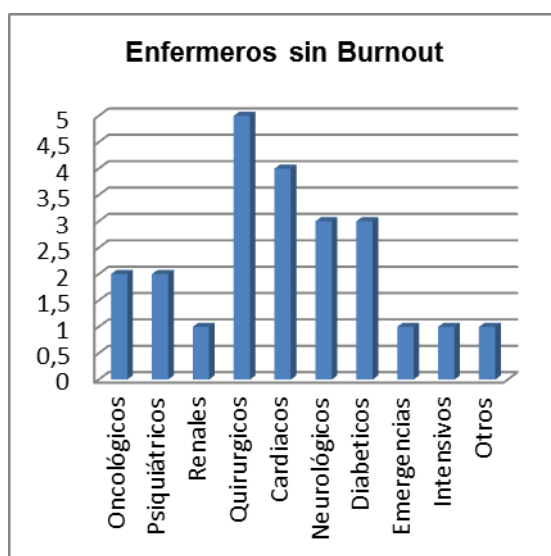
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 34



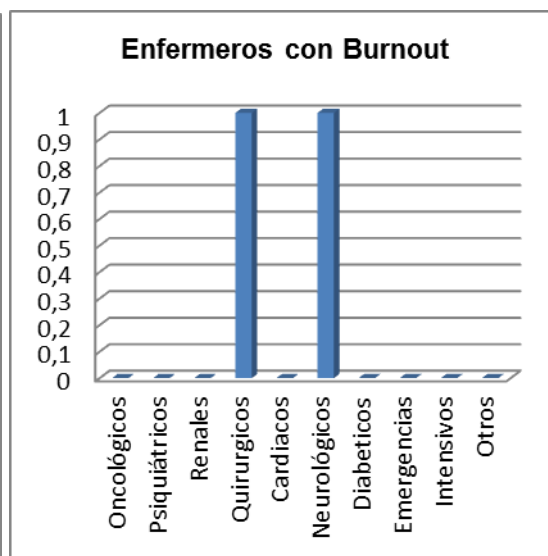
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 35



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 36



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se puede apreciar que los tipos de pacientes tanto para los médicos como enfermeros sin burnout son más variados. Los médicos con Burnout atienden en un nivel alto a pacientes psiquiátricos y neurológicos. Los enfermeros con Burnout atienden a pacientes quirúrgicos y neurológicos.

TABLA n.º 5
Resumen de promedios.

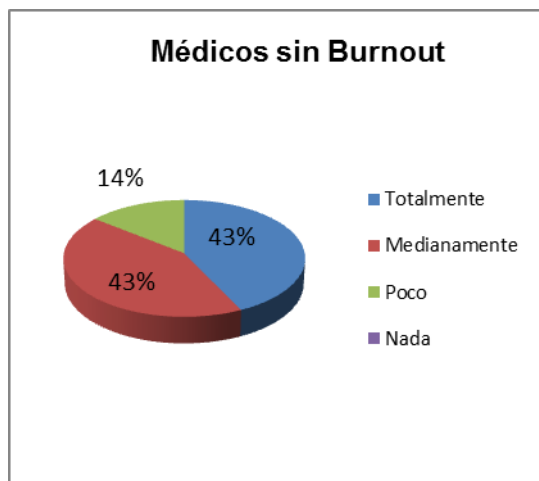
PROMEDIO	Médicos sin Burnout	Médicos con Burnout	Enfermeros sin Burnout	Enfermeros con Burnout
Edad	48,57	43	36,08	29
Hijos	2,29	2	1,31	0
Años de trabajo	21,86	12	12,92	4,50
Instituciones trabajadas	1,36	2	1,31	1,50
Horas diarias	7,43	14	8,38	9
Horas semanales	39,43	70	43,38	55
Guardias nocturnas/horas	0	0	6,54	12
Guardias nocturnas/días	0	0	1,54	2
Pacientes por día	19,43	36	24,38	6
Pacientes fallecidos	0,77	0	0,15	1
Días de permiso	3	0	10,38	0

Fuente: médicos y enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se puede evidenciar una diferencia importante respecto con el número de horas de trabajo semanal del grupo de médicos con Burnout (70 horas promedio) que el grupo de enfermeros con Burnout que tiene un promedio de 55 horas semanales. Las guardias nocturnas por horas o por días son de exclusividad del grupo de enfermeros y en mayor demanda de los que tienen Burnout. Los médicos con Burnout tienen una fuerte demanda de atención de pacientes con un promedio de 36. Adicionalmente, no hay días de permiso en el grupo de médicos y enfermeros con Burnout.

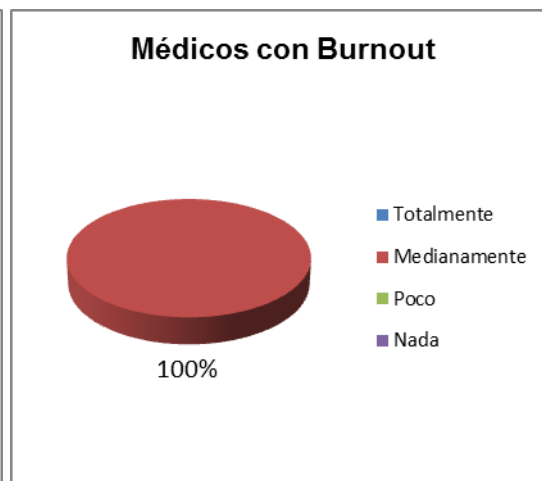
Recursos necesarios.

Gráfico n.º 37



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 38



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 39



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 40

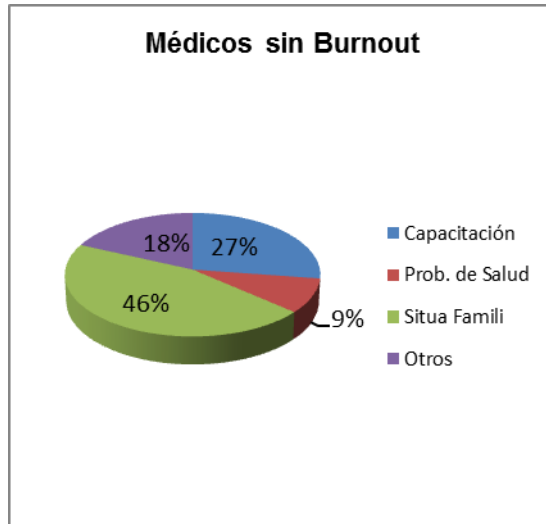


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En los grupos sin Burnout se percibe que cuentan con los recursos necesarios y están total y medianamente satisfechos. El grupo de médicos con Burnout se siente medianamente satisfechos con los recursos proporcionados y el grupo de enfermeros con Burnout cuenta con los recursos necesarios.

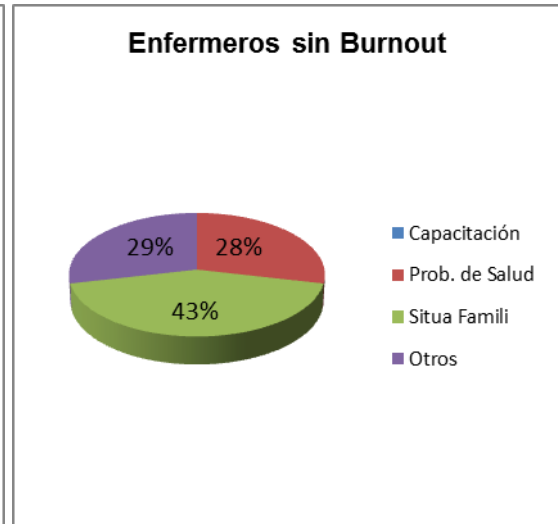
Causas de permisos.

Gráfico n.º 41



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 42

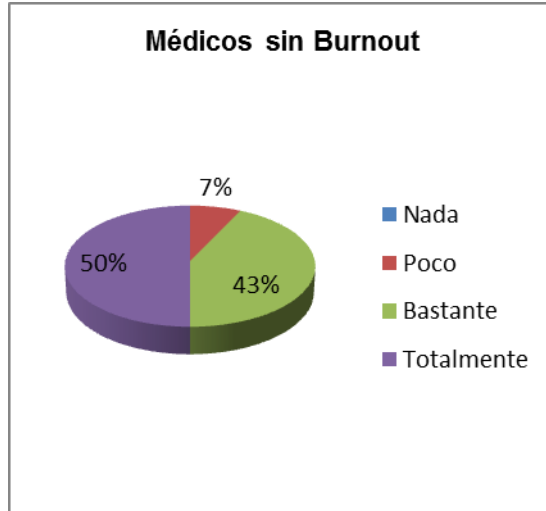


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los permisos son en su mayoría por situaciones familiares tanto para el grupo de médicos como de enfermeros sin Burnout. El grupo de médicos y enfermeros con Burnout no ha solicitado permisos en el último año.

Valoración de pacientes.

Gráfico n.º 43



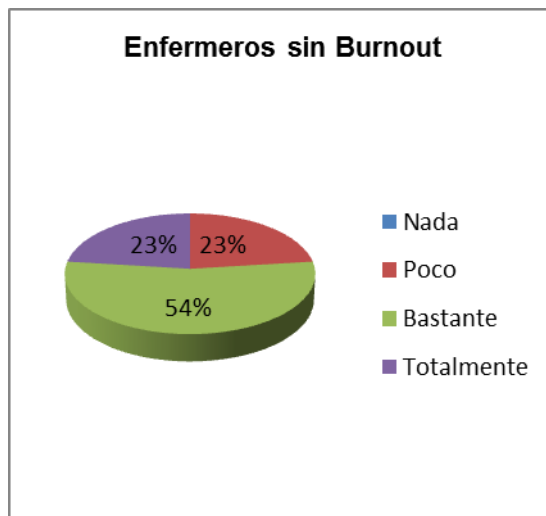
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 44



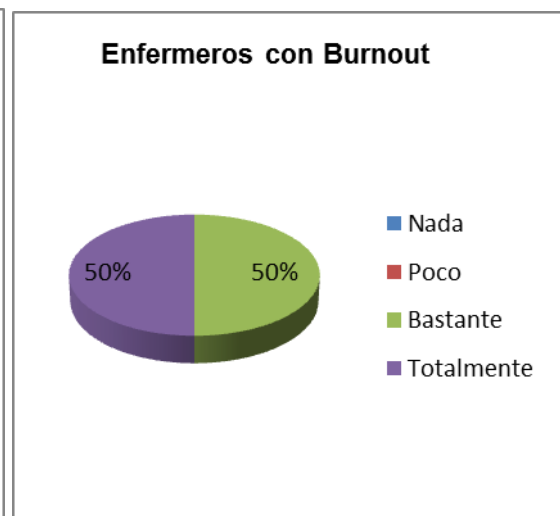
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 45



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 46

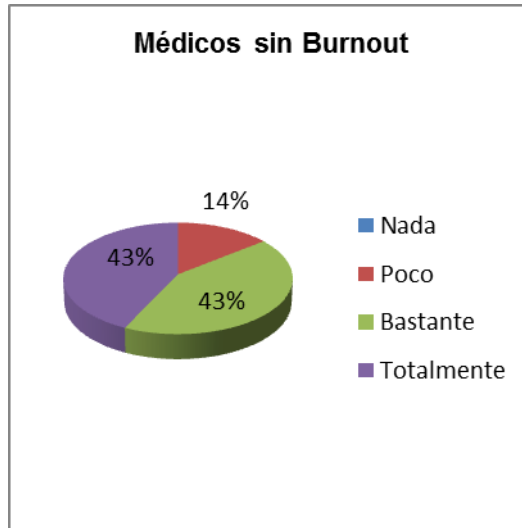


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los médicos con Burnout se sienten bastante valorados por sus pacientes y los enfermeros con Burnout se sienten entre total y bastante valorados. Tanto los médicos como los enfermeros con Burnout en un porcentaje menor se sienten poco valorados.

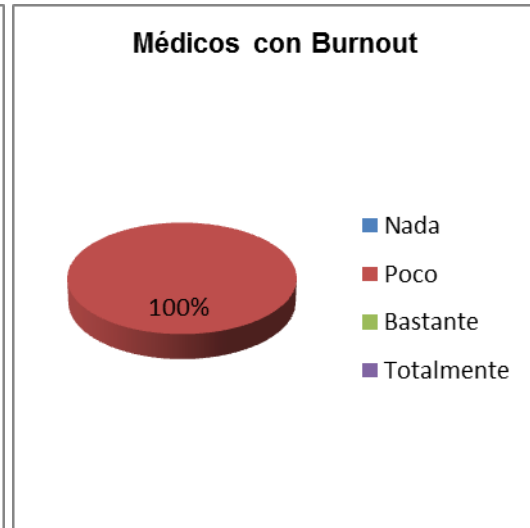
Valoración familiares.

Gráfico n.º 47



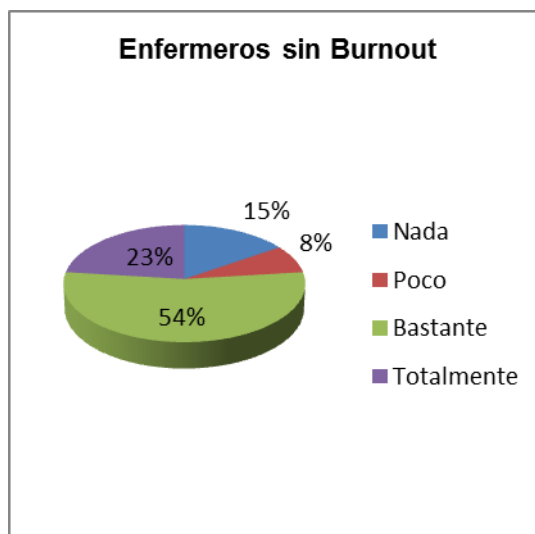
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 48



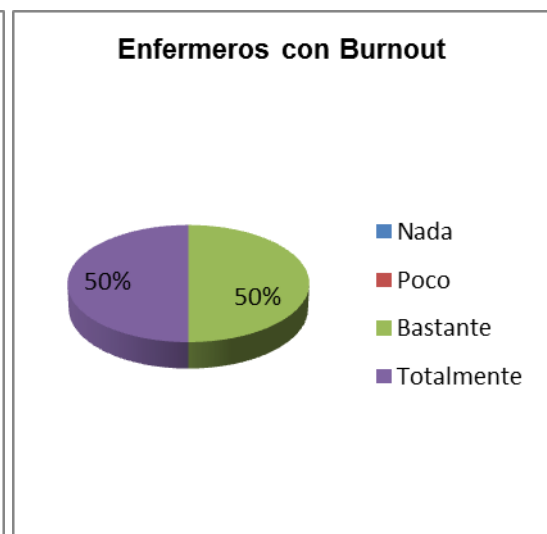
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 49



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 50

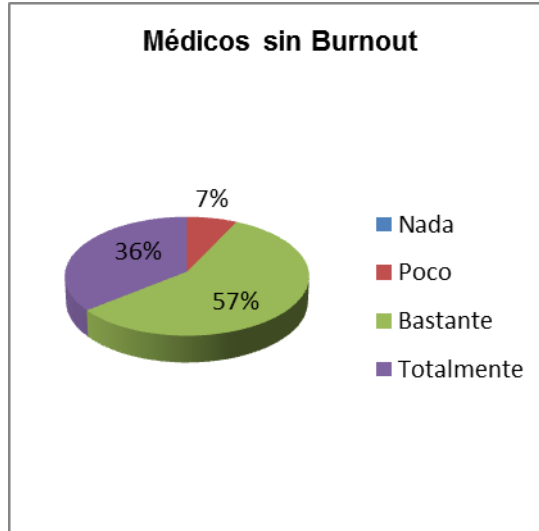


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El grupo de médicos con burnout se siente poco valorado y el grupo de enfermeros con Burnout tiene una percepción positiva entre bastante y totalmente. Un pequeño porcentaje de médicos y enfermeros sin Burnout se siente poco valorado.

Valoración colegas.

Gráfico n.º 51



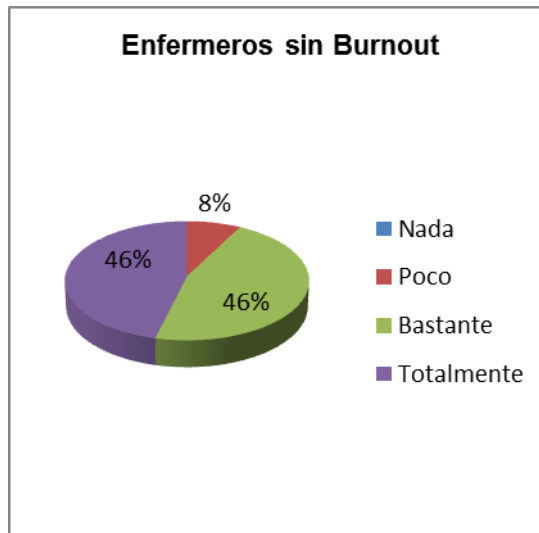
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 52



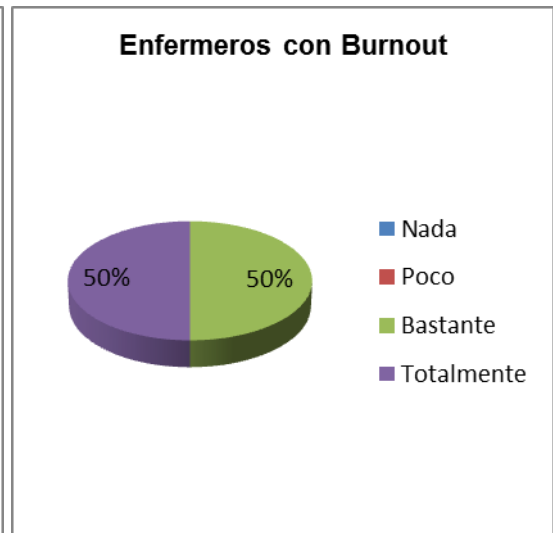
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 53



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 54

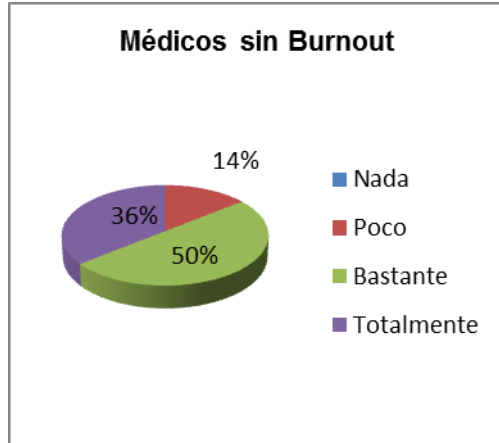


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se observa que el grupo de médicos y enfermeros sin Burnout se sienten bastante valorados y en un pequeño porcentaje poco valorados. El grupo de médicos con Burnout se siente en un 100% bastante valorados y el grupo de enfermeros se siente entre bastante y totalmente.

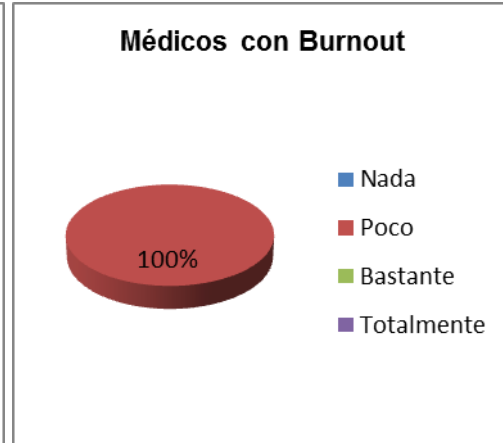
Valoración directivos.

Gráfico n.º 55



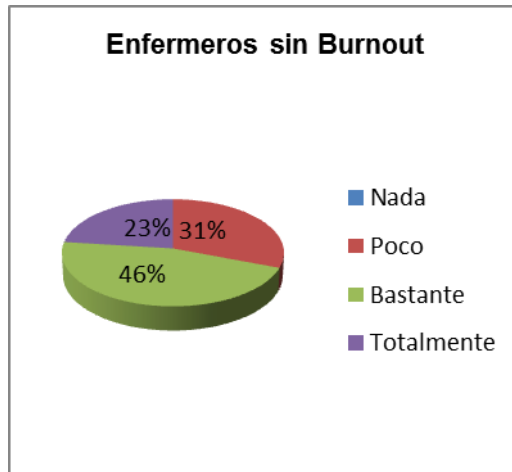
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 56



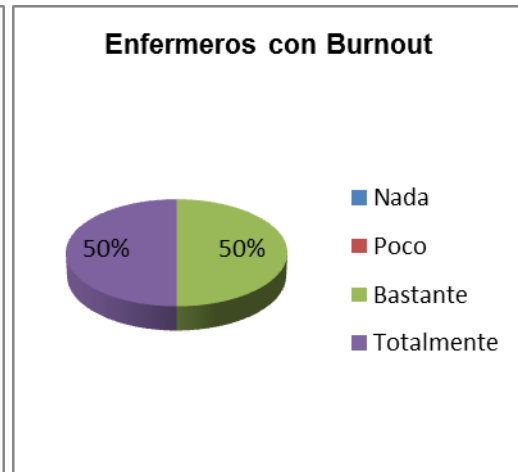
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 57



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 58

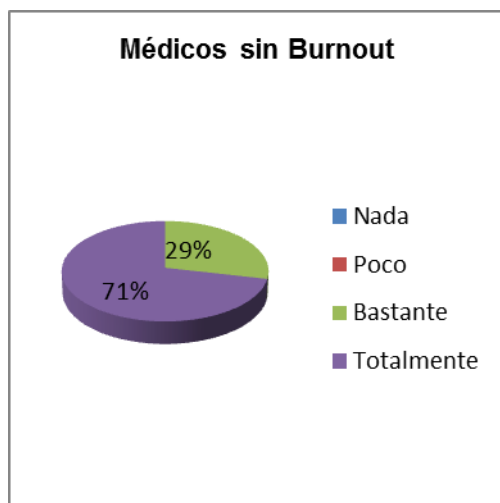


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

El 50% de los médicos sin Burnout se siente bastante valorado por los directivos. El grupo de enfermeros sin Burnout se siente en un 42%. En cambio los médicos con síndrome de Burnout se sienten poco valorados y los enfermeros con burnout se sienten en un término medio bastante y totalmente valorados.

Satisfacción con el trabajo.

Gráfico n.º 59



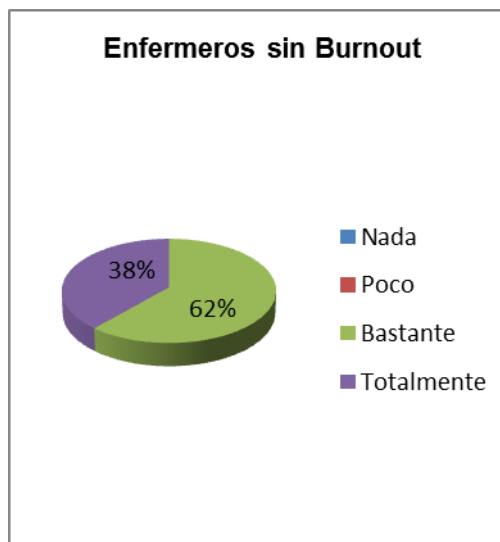
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 60



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 61



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 62

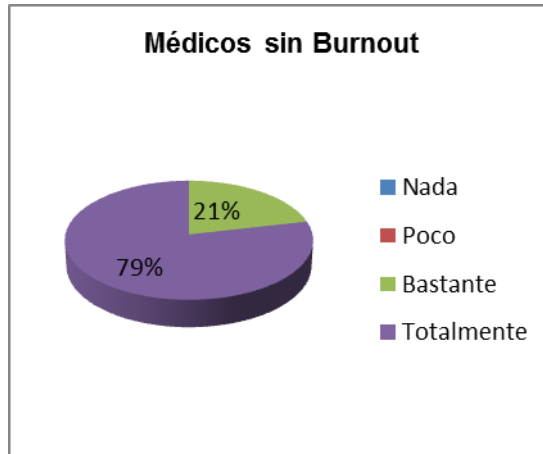


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

En su mayoría los cuatro grupos se sienten bastante satisfechos con su trabajo y vale mencionar que tanto el 100% de los médicos como el 100% de enfermeros con Burnout tienen niveles altos de satisfacción.

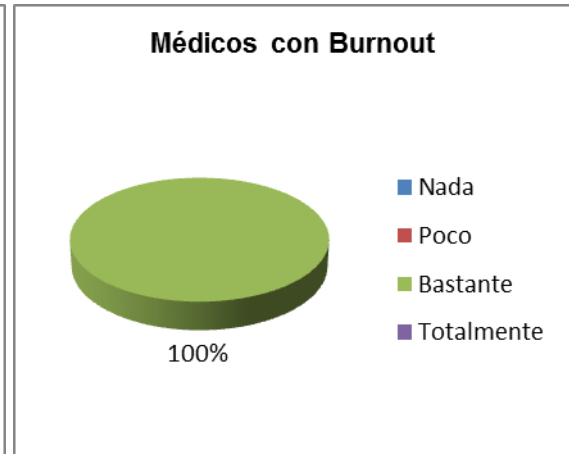
Interacción con pacientes.

Gráfico n.º 63



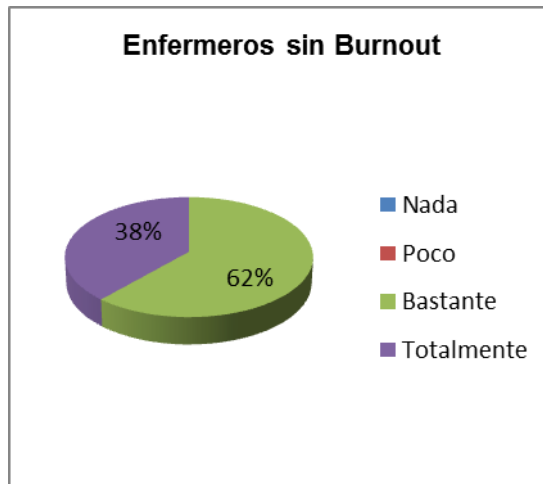
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 64



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 65



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 66

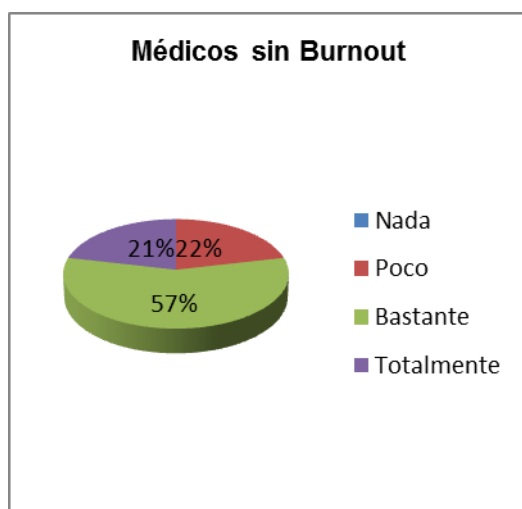


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Tanto el grupo de médicos como enfermeros con Burnout interactúan 100% con sus pacientes. El grupo de médicos y enfermeros sin Burnout interactúan entre bastante y totalmente.

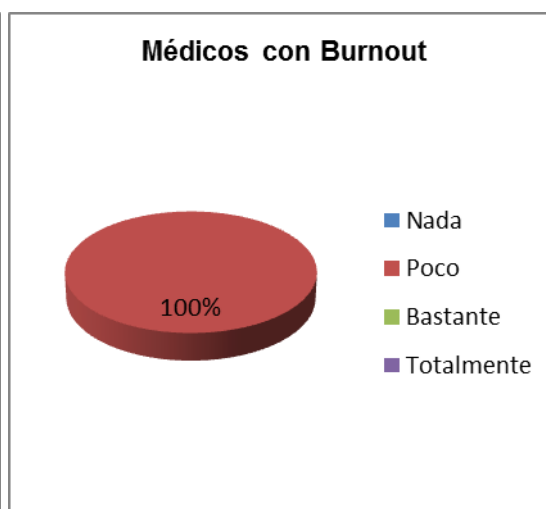
Apoyo de directivos.

Gráfico n.º 67



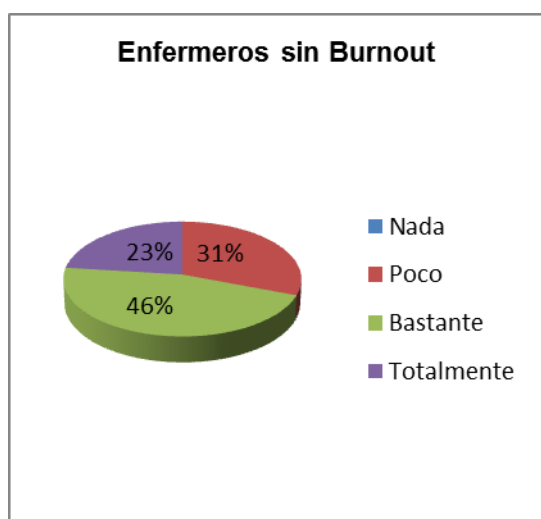
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 68



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 69



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 70

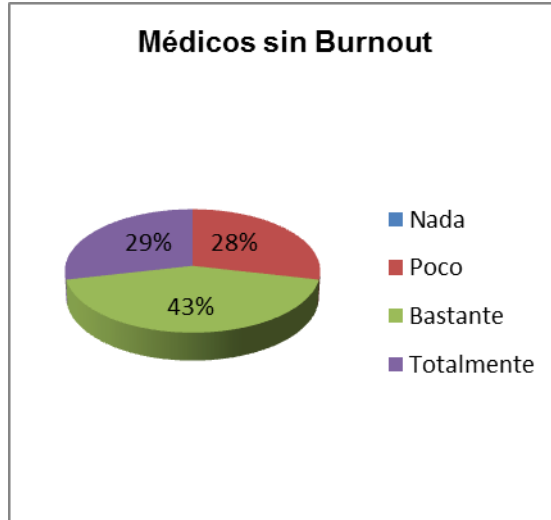


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

La visión de apoyo recibido por parte de directivos es en su mayoría bastante entre el grupo de médicos y enfermeros sin Burnout, sin embargo el 43% de médicos sin Burnout considera que el apoyo es poco o nada. Los médicos con Burnout consideran que el apoyo es poco en su totalidad. Los enfermeros en cambio consideran que el apoyo de directivos es bastante en un 100%.

Colaboración colegas.

Gráfico n.º 71



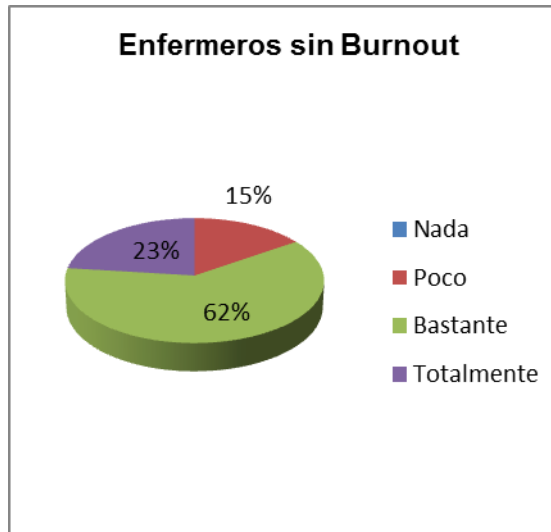
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 72



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 73



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 74

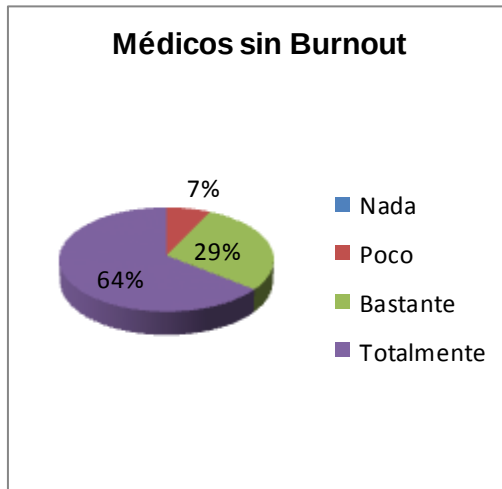


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los médicos y enfermeros sin Burnout en su mayoría tienen bastante colaboración de los colegas, sin embargo los médicos con Burnout consideran lo contrario y en un 100% indican que tiene poca colaboración de sus colegas. Los enfermeros con Burnout señalan que tienen bastante colaboración entre ellos.

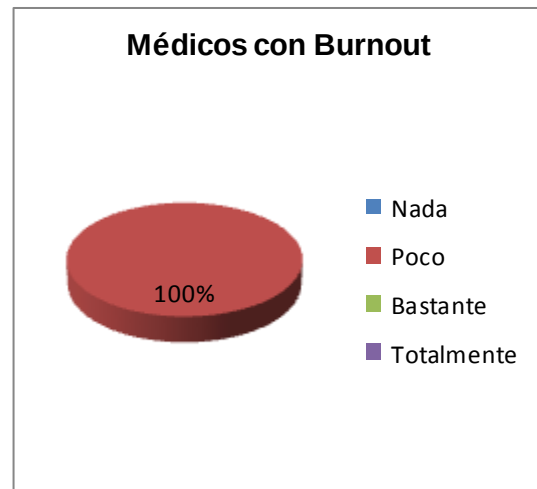
Satisfacción experiencia.

Gráfico n.º 75



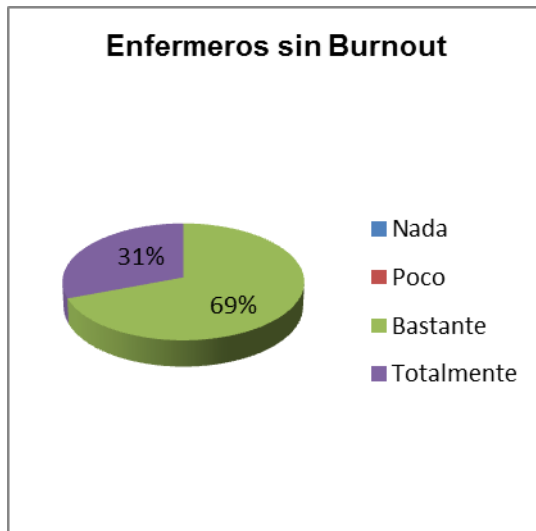
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 76



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 77



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 78

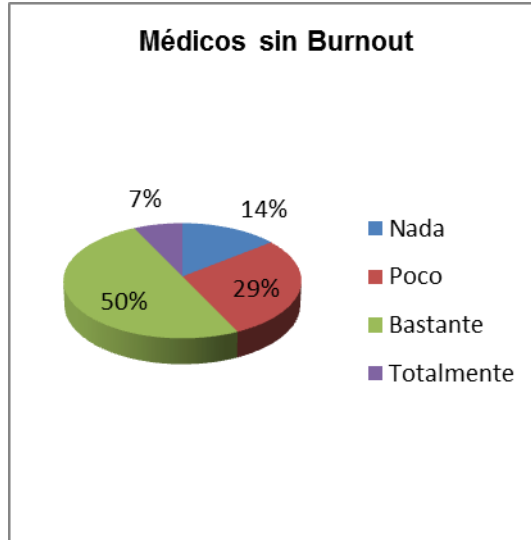


Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Se puede observar que los médicos y enfermeros sin Burnout tienen una total y bastante satisfacción con su experiencia profesional, vale la pena mencionar que un 7% de médicos sin Burnout tiene poca satisfacción. Los médicos con Burnout consideran en un 100% que tienen poca satisfacción con su experiencia; sin embargo, los enfermeros con Burnout consideran que tienen bastante satisfechos.

Economía.

Gráfico n.º 79



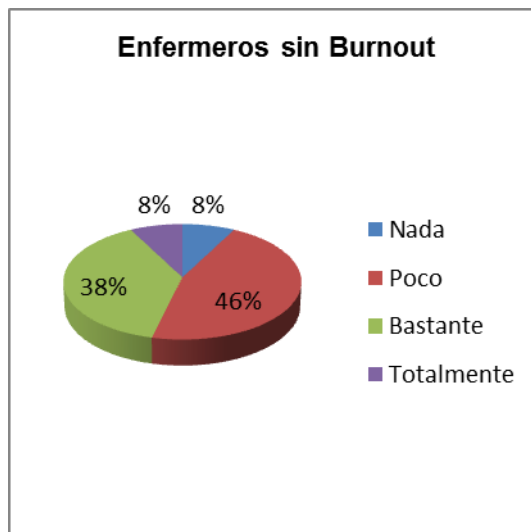
Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 80



Fuente: médicos a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 81



Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Gráfico n.º 82



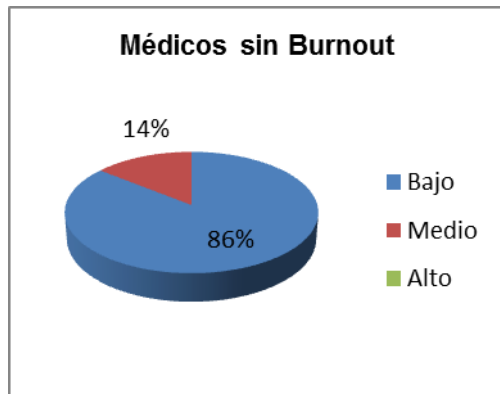
Fuente: enfermeros a través de cuestionario sociodemográfico

Los médicos sin Burnout están bastante satisfechos con su situación económica en un 50%, sin embargo un 43% está poco o nada satisfecho. Los enfermeros con Burnout en su mayoría están poco satisfechos en un 46%. El grupo de médicos con Burnout está poco satisfecho en un 100% y los enfermeros con Burnout se consideran bastante satisfechos con su situación económica.

5.2 Cuestionario de subescalas del síndrome de Burnout.

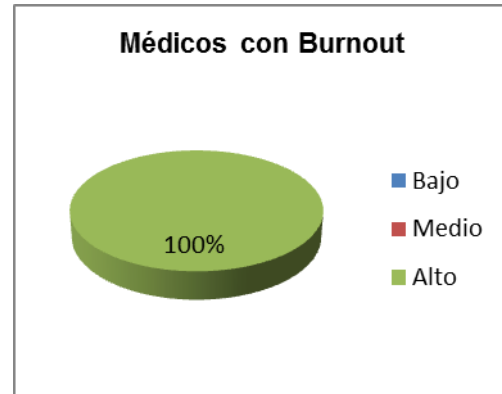
Agotamiento emocional.

Gráfico n.º 83



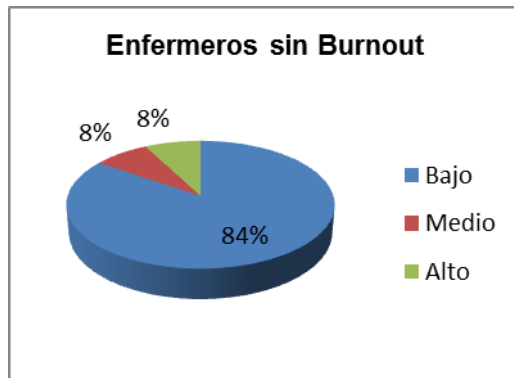
Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 84



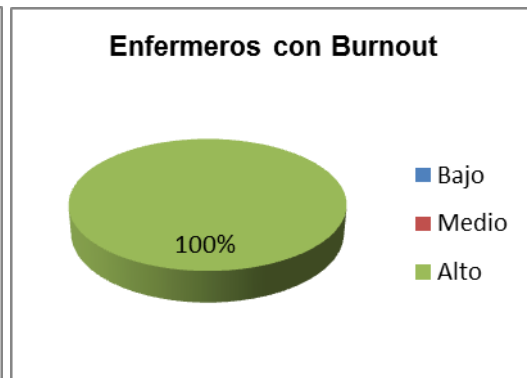
Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 85



Fuente: enfermeros a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 86

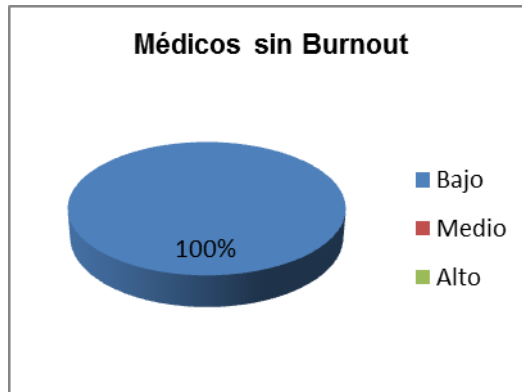


Fuente: enfermeros a través de cuestionario MBI

Los médicos y enfermeros con Burnout tienen en su mayoría un bajo agotamiento emocional. Se evidencia un alto agotamiento emocional en un 100% tanto en médicos como en enfermeros con Burnout.

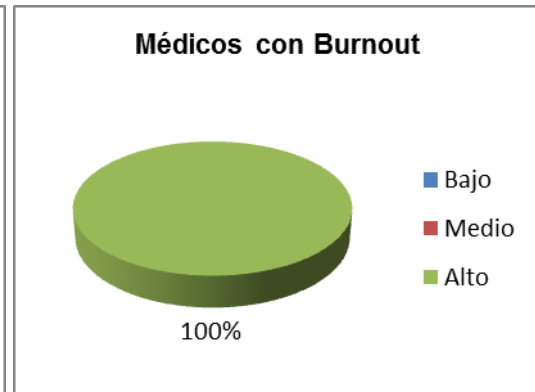
Despersonalización.

Gráfico n.º 87



Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 88



Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 89



Fuente: enfermeros a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 90

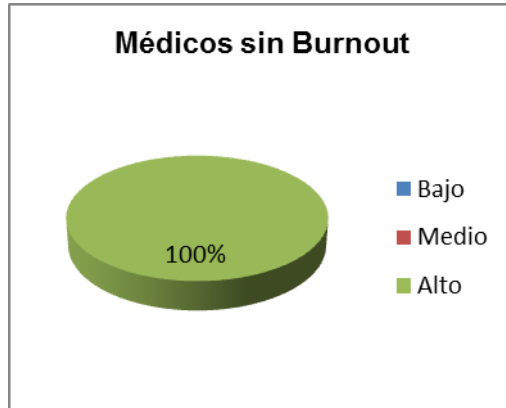


Fuente: enfermeros a través de cuestionario MBI

Los grupos de médicos y enfermeros sin Burnout evidencian una baja despersonalización. El grupo de médicos y enfermeros con Burnout tienen marcados sentimientos de despersonalización en un 100% cada uno.

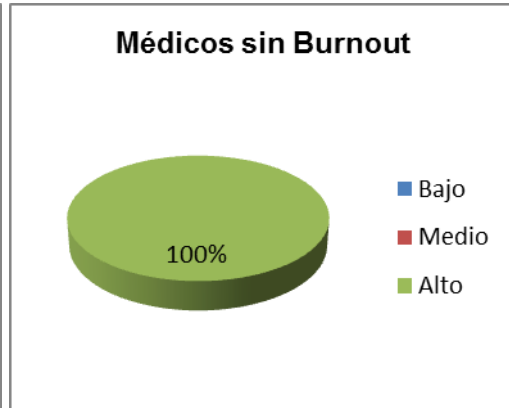
Realización personal.

Gráfico n.º 91



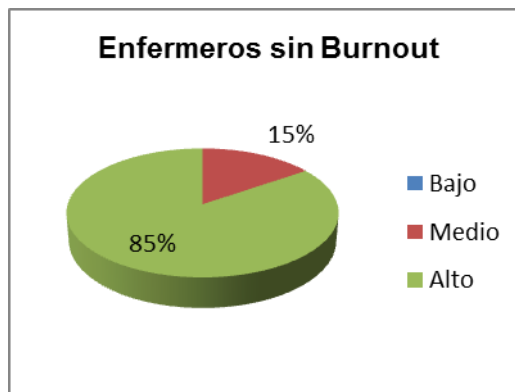
Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 92



Fuente: médicos a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 93



Fuente: enfermeros a través de cuestionario MBI

Gráfico n.º 94



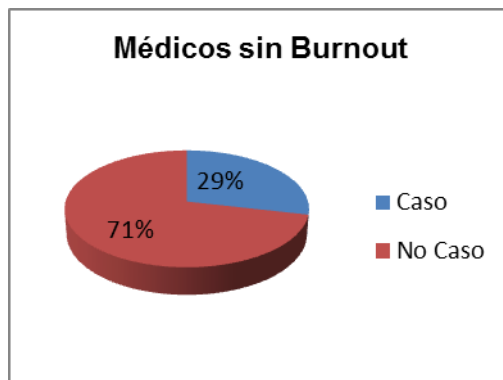
Fuente: enfermeros a través de cuestionario MBI

Se puede observar que los cuatro grupos tienen una alta realización personal en un 100% para el grupo de médicos sin Burnout, médicos y enfermeros con Burnout. Solo un 15% de enfermeros sin Burnout tiene un nivel medio de realización personal.

5.3 Cuestionario de salud mental con las dimensiones correspondientes.

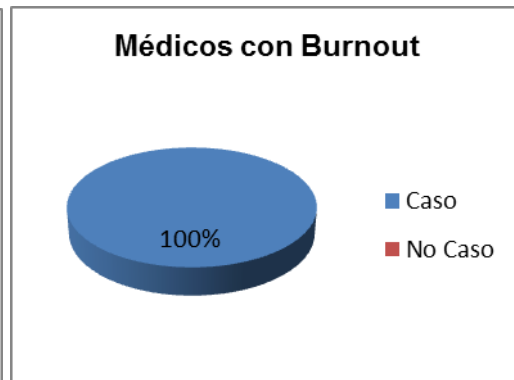
Síntomas psicósomáticos.

Gráfico n.º 95



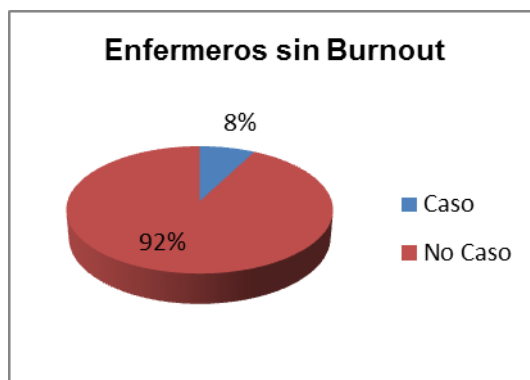
Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 96



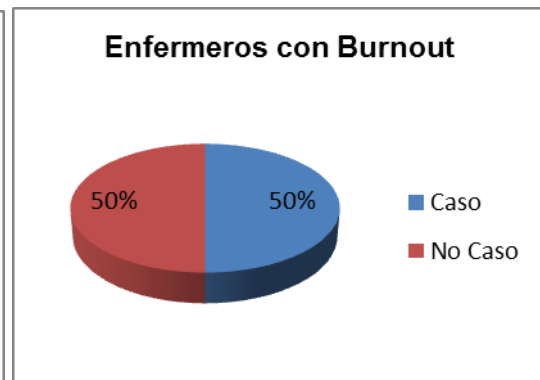
Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 97



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 98

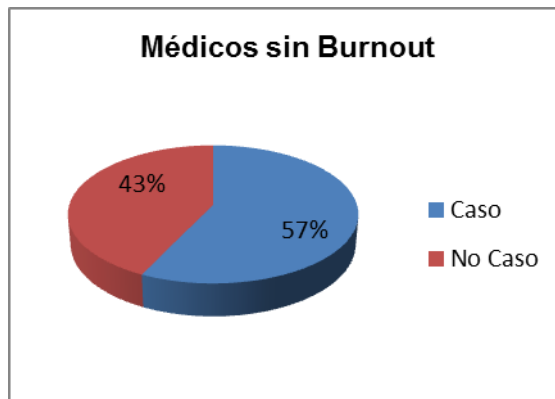


Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

Los médicos y enfermeros sin Burnout presentan síntomas psicósomáticos en un 29% y 8% respectivamente. Hay una clara evidencia que los médicos con Burnout en un 100% presentan síntomas y los enfermeros con Burnout en un 50%.

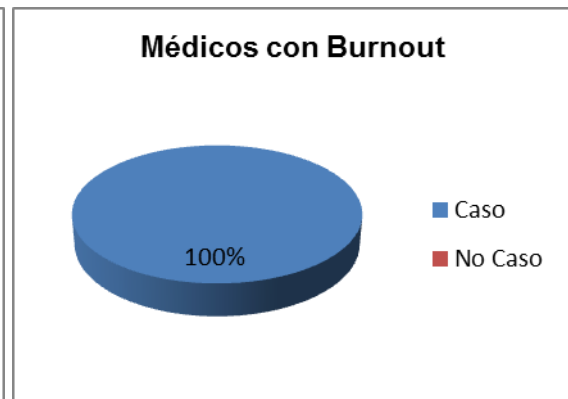
Ansiedad.

Gráfico n.º 99



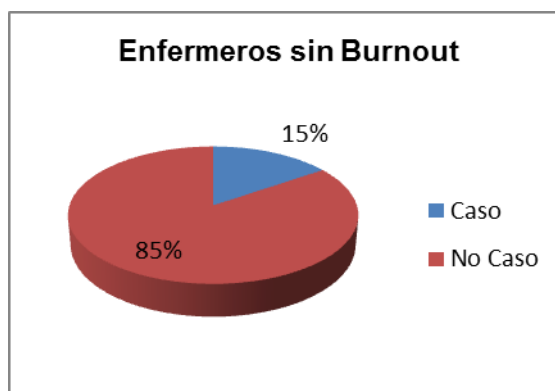
Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 100



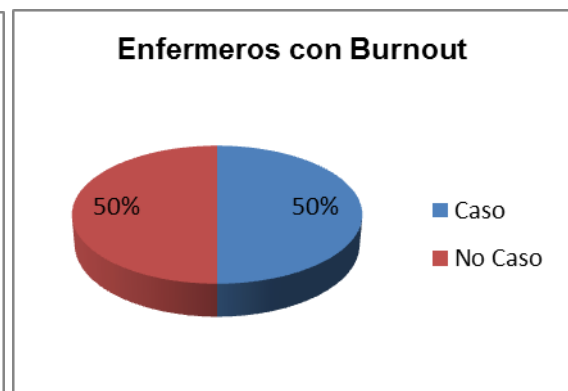
Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 101



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 102

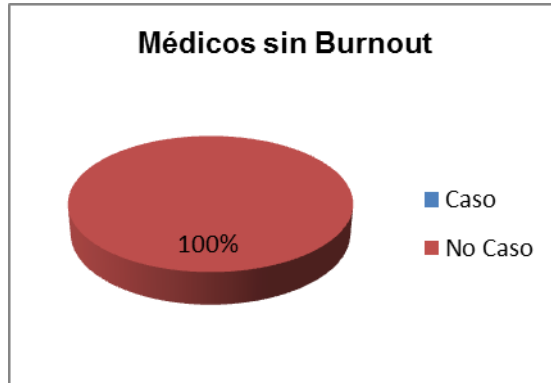


Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

En el grupo de médicos sin Burnout hay un 57% con síntomas de ansiedad a diferencia del grupo de enfermeros sin Burnout que solo manifiestan estos síntomas en un 15%. Los médicos con Burnout tienen un 100% de síntomas de ansiedad y el grupo de enfermeros con Burnout en un 50% lo manifiestan.

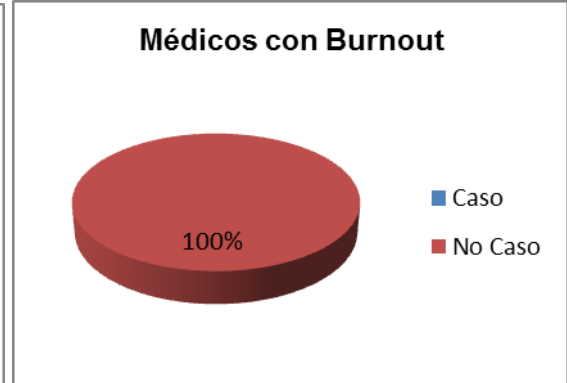
Disfunción social.

Gráfico n.º 103



Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 104



Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 105



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 106

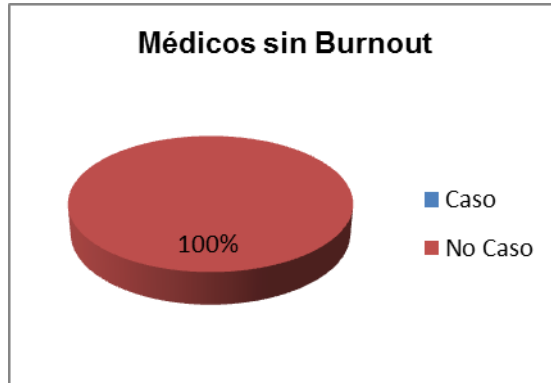


Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

El desempeño social en los cuatro grupos es bueno, no representa caso.

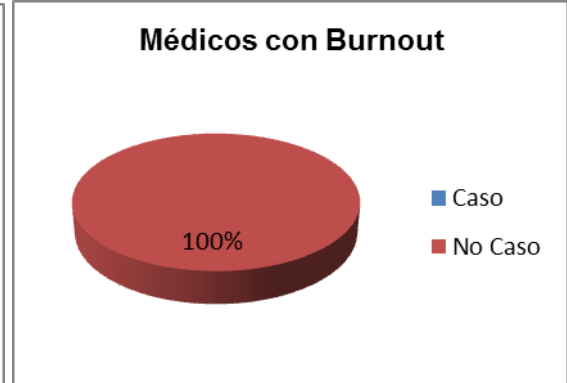
Depresión.

Gráfico n.º 107



Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 108



Fuente: médicos a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 108



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

Gráfico n.º 109



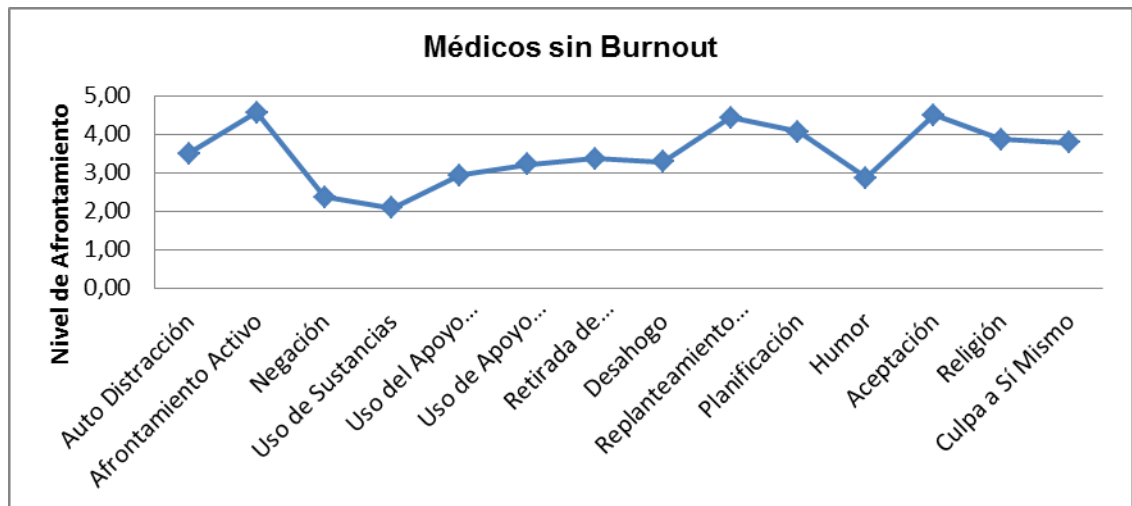
Fuente: enfermeros a través de cuestionario de salud mental

De igual manera ningún grupo presenta indicios de depresión.

5.4 Cuestionario de estilos de afrontamiento con las subescalas.

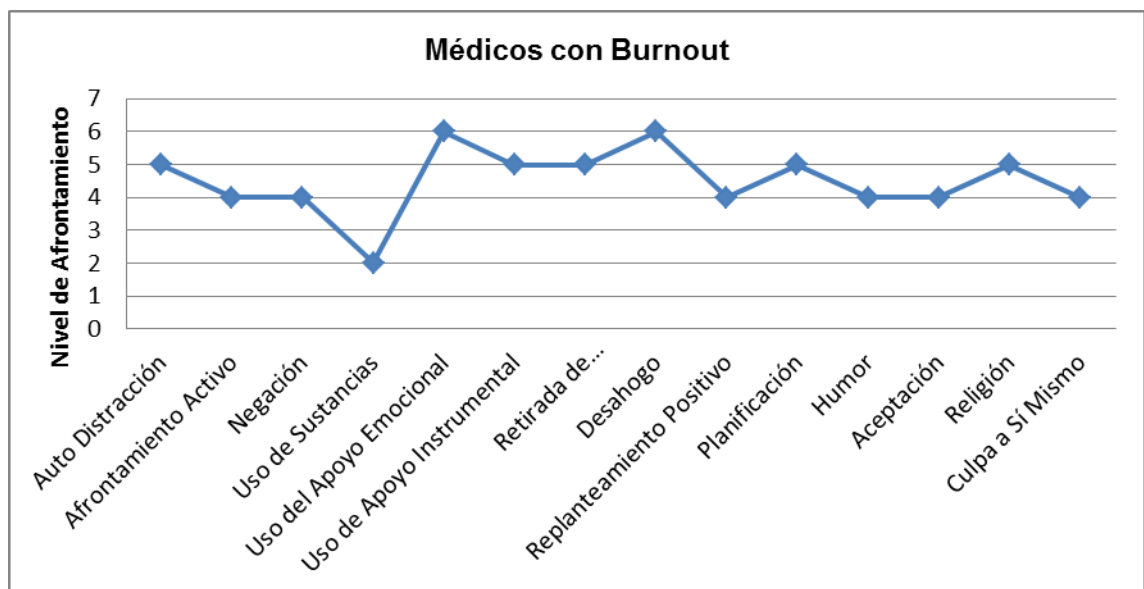
Afrontamiento.

Gráfico n.º 110



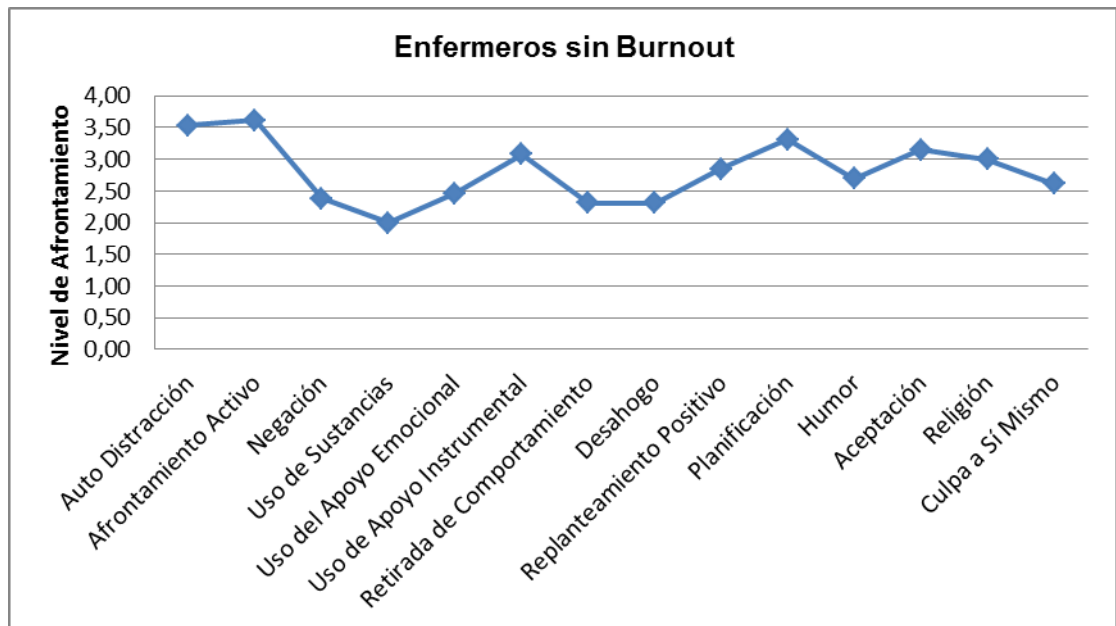
Fuente: médicos a través de cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico n.º 111



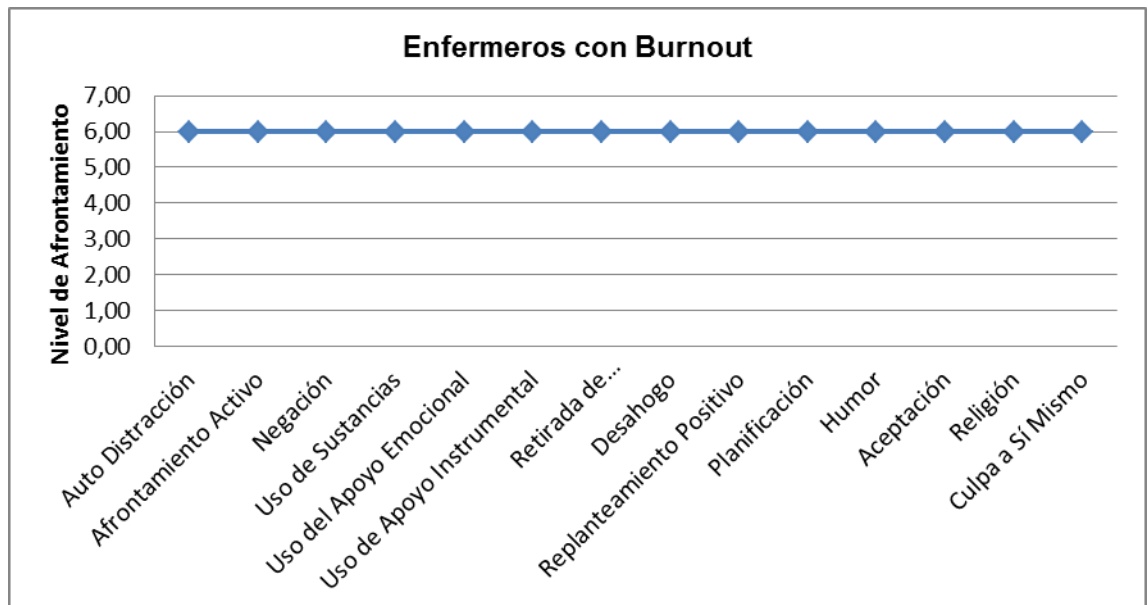
Fuente: médicos a través de cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico n.º 112



Fuente: enfermeros a través de cuestionario BRIEF-COPE

Gráfico n.º 113



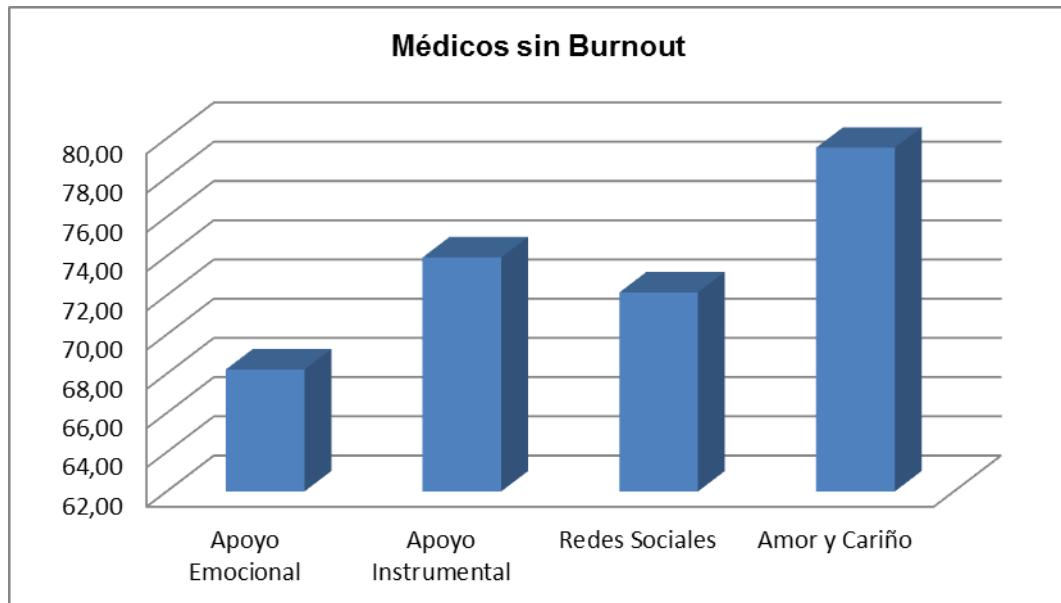
Fuente: enfermeros a través de cuestionario BRIEF-COPE

Tanto los médicos sin y con Burnout como los enfermeros sin Burnout presentan unas gráficas con picos altos y bajos en general parecidos a excepción del apoyo emocional de 6 donde es alto para los médicos con Burnout a diferencia de los otros dos grupos. Se destaca la gráfica lineal del grupo de enfermeros con Burnout donde se combinan una forma de afrontamiento positivo con una carga fuerte de afrontamiento negativo como negación, uso de sustancias, autoculparse.

5.5 Cuestionario de apoyo social.

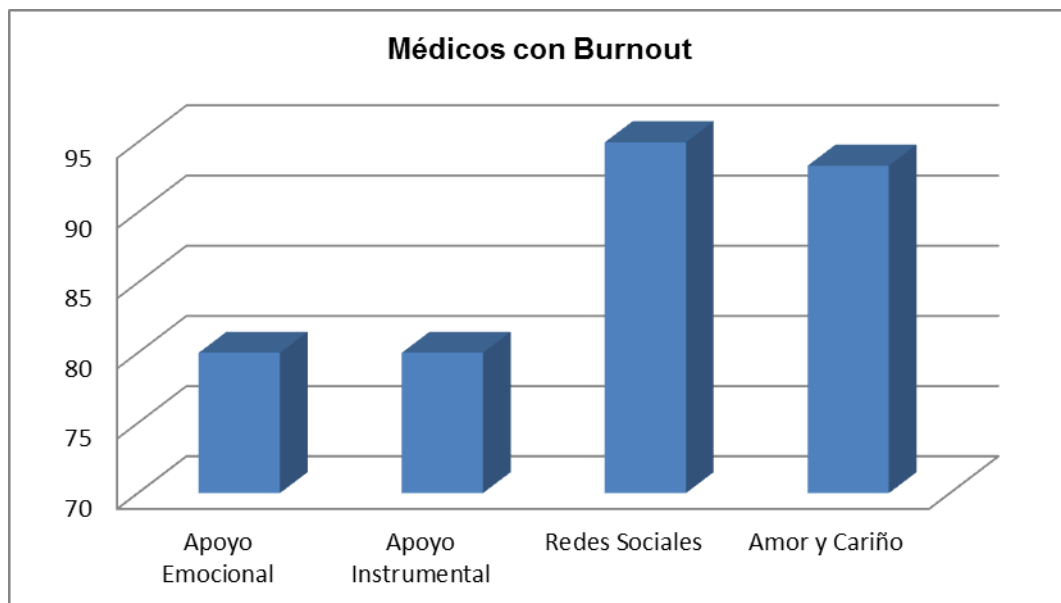
Apoyo social.

Gráfico n.º 114



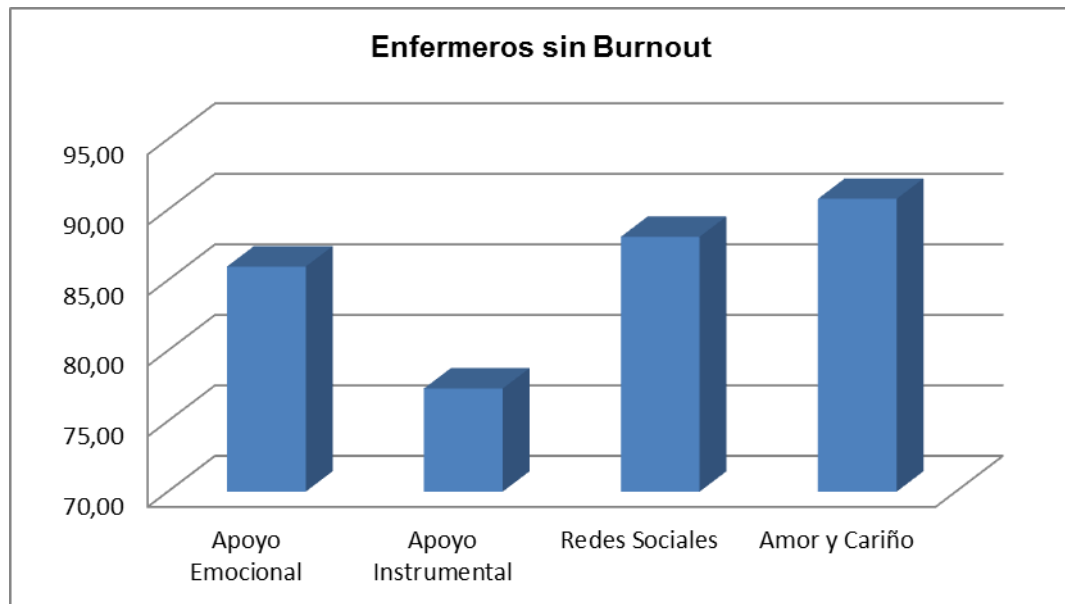
Fuente: médicos a través de cuestionario de apoyo social

Gráfico n.º 115



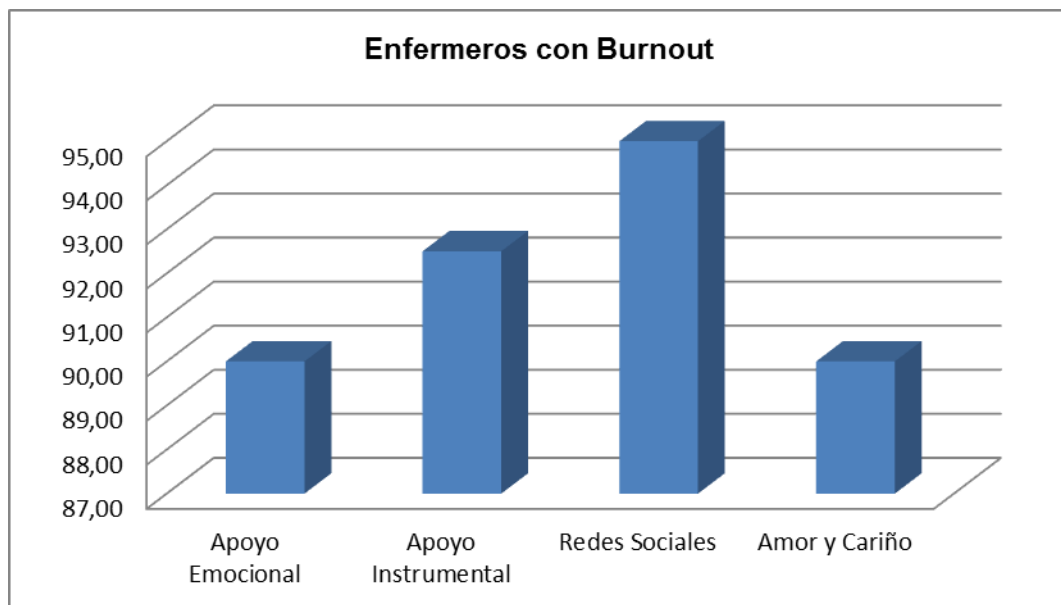
Fuente: médicos a través de cuestionario de apoyo social

Gráfico n.º 116



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de apoyo social

Gráfico n.º 117



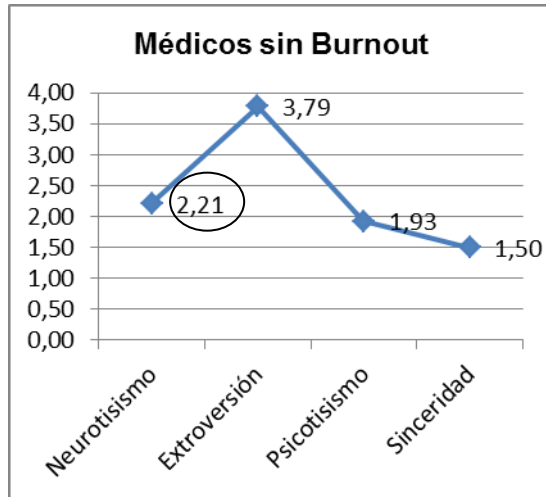
Fuente: enfermeros a través de cuestionario de apoyo social

Los cuatro grupos cuentan con equivalencias porcentuales altas es decir, que cuenta con un buen círculo de apoyo social y pueden modular los efectos del estrés.

5.6 Cuestionario de personalidad.

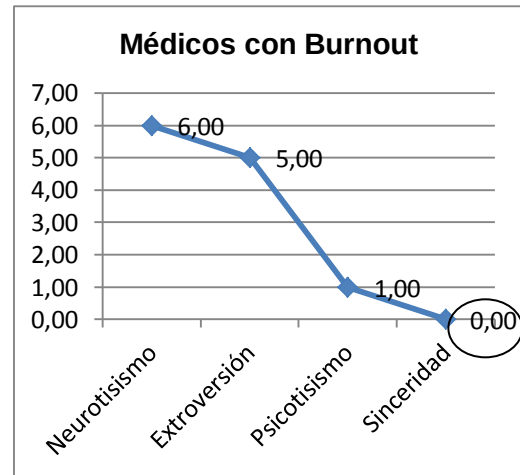
Personalidad.

Gráfico n.º 118



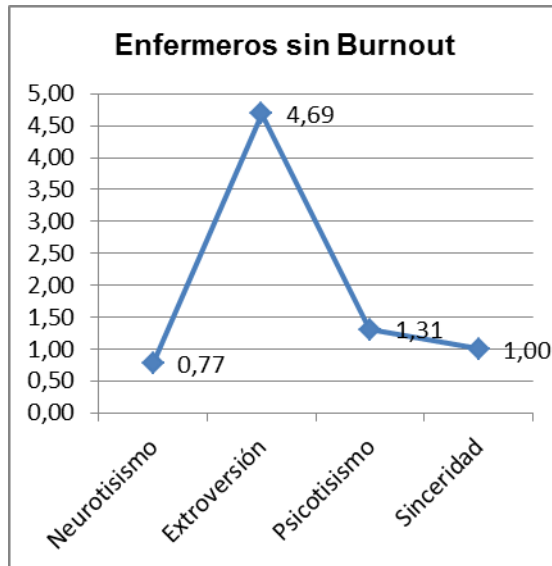
Fuente: médicos a través de cuestionario de personalidad

Gráfico n.º 119



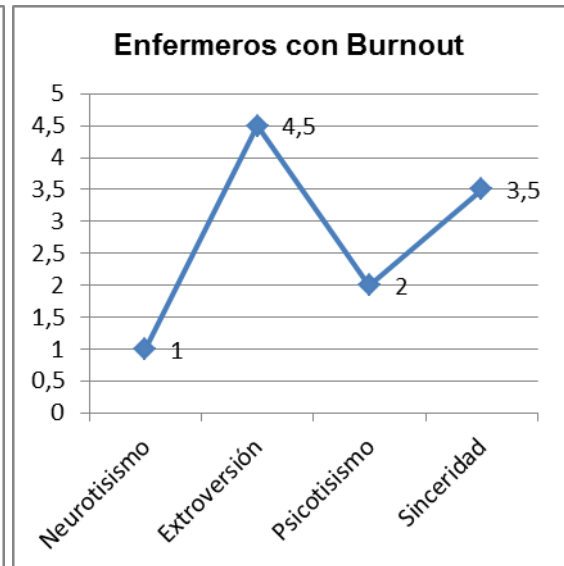
Fuente: médicos a través de cuestionario de personalidad

Gráfico n.º 120



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de personalidad

Gráfico n.º 121



Fuente: enfermeros a través de cuestionario de personalidad

Se puede evidenciar que el nivel de sinceridad es significativamente mayor en un 3,5 en los enfermeros con Burnout así como el psicotismo en un 2. El nivel de neuroticismo tiene un puntaje elevado en los médicos con Burnout de 6. Todos los grupos tienen un alto nivel de extroversión entre 3,79 y 5.

6. Discusión.

Freudenberger (1974) definió al Burnout como desgaste profesional que provoca síntomas médico-biológicos y psicosociales inespecíficos, que se desarrollan en la actividad laboral, como resultado de una demanda excesiva de energía.

Actualmente, las empresas están interesadas en implementar estrategias adecuadas encaminadas a la prevención del síndrome de Burnout, con la finalidad de generar cambios adecuados y estables en el estilo de vida de los profesionales para mejorar su rendimiento laboral.

El Burnout provoca estrés crónico laboral, minimiza la calidad de atención hacia el paciente y afecta al entorno personal del profesional.

Por lo expuesto, la presente investigación, cuyo objetivo principal es la identificación del Burnout en profesionales de la salud y sus consecuencias permite medir la prevalencia del síndrome para obtener resultados verificables a través de la aplicación de seis encuestas que contienen constructos especializados para evaluar el síndrome de Burnout.

La muestra objeto de esta investigación estuvo conformada en su totalidad por 30 profesionales de la salud de las siguientes unidades sanitarias: 5 médicos y 3 enfermeros del Hospital del INNFA-Conocoto, 9 enfermeros del Hospital Metropolitano de Quito, 5 médicos y 3 enfermeras del Centro Médico Universitario PUCE-Quito y 5 médicos de Cemoplaf-Ambato. La participación de los profesionales se realizó de forma voluntaria, previa la explicación de los alcances de la investigación.

En primer lugar se aplicó el **cuestionario sociodemográfico y laboral** que está diseñado para recolectar datos del encuestado a fin de identificar la realidad personal y laboral del profesional.

Los resultados reflejan que no existen factores totalmente determinantes del síndrome en cuanto a género, edad, estado civil, el número de hijos por la diversidad de resultados tanto para el grupo de médicos como para el de enfermeros, al igual que lo señala Paredes y Sanabria (2008) en su investigación sobre el síndrome de Burnout y

su relación con las variables sociodemográficas y laborales, en la cual concluyó que estos factores no tienen relación estadística significativa.

Adicionalmente, en el grupo de médicos su mayoría corresponde al sexo femenino y en el grupo de enfermeros existe la presencia del sexo masculino aunque en menor porcentaje. El grupo étnico está compuesto en su mayoría por mestizos. Estas variables tampoco son determinantes del síndrome.

Los resultados en cuanto a las variables a nivel laboral permiten evidenciar que no incide para la presencia del síndrome la forma como se percibe la remuneración salarial ya que en su mayoría es tanto mensual como quincenal.

En cuanto al tipo de contrato los médicos y enfermeros sin Burnout, así como los médicos sin el síndrome cuentan con contratos indefinidos, ocasionales y a plazo fijo. En cambio el médico que tiene el síndrome tiene un contrato por servicios profesionales lo cual puede ser una causa para manifestar los síntomas del Burnout ya que no tiene una relación de dependencia con la institución ni un fuerte compromiso de relación laboral.

La variable que mide la satisfacción económica revela que todos tienen un deseo de que la institución les mejore su salario percibido, sin embargo no se demuestra una inconformidad salarial. Se evidencia que el sector privado tiene mejores sueldos que el público, esto se relaciona con la carga horaria, años de servicio y experiencia. De acuerdo con el estudio de Buunk y Schaufeli (1993) el personal que tiene menor salario puede percibir falta de equidad o falta de ganancia que puede aumentar el riesgo de padecer Burnout.

Se determina que el personal de la salud tiene la posibilidad de diversificar su trabajo en cualquier sector (privado, público o ambos), pero un exceso en horas de atención es un factor que incide en la presencia del síndrome.

El trabajo a tiempo completo tiene mayor demanda en la actualidad tanto para médicos como para los enfermeros. Sin embargo, hay que tomar en cuenta el trabajo para galenos del sector público no debe exceder las cuarenta horas semanales, según lo estipula el Ministerio de Salud Pública del Ecuador (2012).

Los resultados del personal de enfermería reflejaron que un factor importante se relaciona con las guardias y turnos que deben realizar con pacientes de cuidados quirúrgicos. Este factor constituye un riesgo para la aparición del Síndrome de Burnout, según lo determina el Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de Estados Unidos, NIOSH (2007) que establece como medida preventiva el rediseño de los turnos rotativos en forma estable y predecible.

También, se evidencia que los médicos que presentan el síndrome se sienten desmotivados porque indican que tienen poca valía y falta de apoyo por parte de directivos y colegas lo que desencadena muy poca satisfacción a nivel laboral y profesional. Sin embargo, el médico con Burnout cuenta con una valoración alta por parte de sus pacientes, lo cual disminuye el Burnout y concuerda con el estudio de Zaldívar (1996) que manifiesta que el apoyo social adecuado es un factor modulador del estrés en las tensiones y emociones negativas.

Adicionalmente, se identificó que el grupo de médicos tiene una sobrecarga de pacientes que se atienden a diario y pocos recursos para atenderlos adecuadamente lo que puede ser un determinante para la prevalencia del Burnout.

Se evidencia que la interacción con los pacientes es demasiado demandante tanto para el personal médico como de enfermería, lo que genera desgaste profesional y atención inadecuada a pacientes en los últimos turnos debido al cansancio laboral.

Otra variable que merece atención es, que a pesar de presentar un agotamiento laboral los médicos y enfermeros que presentan el síndrome no han pedido permiso por motivos de salud, más bien estos permisos obedecen a factores de índole familiar, según lo manifiestan en las encuestas. Este factor merece cuidado ya que constituye un problema que impide que el profesional afronte adecuadamente sus responsabilidades, exigencias en su puesto de trabajo y manifiesten falta de compromiso laboral.

En relación con el **cuestionario MBI** que es el instrumento con el cual se mide la existencia del síndrome a través de tres escalas como son la de agotamiento personal, despersonalización y realización personal se pudo determinar que de los quince

médicos, uno presenta el síntoma. En los enfermeros dos de los quince lo presentan con los siguientes resultados:

Los médicos y enfermeros padecen de un alto agotamiento emocional y despersonalización, lo que determina que el profesional manifieste una pérdida de energías para un adecuado desenvolvimiento laboral, presentan rasgos irritables constantes y no disfrutan de su trabajo, lo cual contrasta con lo señalado por los autores Maslach y Jackson (1986) en cuanto a las características principales que presenta el síndrome de Burnout.

Adicionalmente, debido a la despersonalización presentan actitudes negativas por la falta de motivación hacia la tarea que incluye distanciamiento con respecto al trabajo. Sin embargo, contrario a estos aspectos negativos, los grupos con Burnout manifestaron una alta realización personal, les gusta su profesión y la realizan con entusiasmo, lo cual es un aliciente para que contrarresta los síntomas del síndrome.

Los datos del **cuestionario de salud mental GHQ28** que evalúan los aspectos de neuroticismo extraversión, psicotismo y sinceridad indican que en relación a los síntomas psicosomáticos se evidencia que de los médicos y enfermeros con Burnout, uno de cada grupo representa caso de síntoma y pueden presentar dolores de cabeza, escalofríos y más síntomas como parte del estrés y depresión que manifiestan.

De igual manera un profesional de cada grupo que presenta el síndrome presenta síntomas de ansiedad que incluye dificultad para conciliar el sueño, nerviosismo, irritabilidad, tensión, sentimientos de preocupación que concuerda con lo propuesto por el autor Parra (2004) que señala que la persona debe tener un bienestar psicológico como parte de su bienestar global para no afectar su calidad de vida y autoestima.

Las variables disfunción social y depresión no son determinantes para la presencia del síndrome porque ningún grupo las presenta; es decir que el desempeño social es adecuado y no tienen indicios de depresión.

Respecto al **cuestionario de afrontamiento BRIEF-COPE** evalúa las formas de afrontamiento ante situaciones estresantes que reflejaron los siguientes resultados:

Los médicos sin Burnout presentan afrontamiento activo para reducir la fuente de estrés, ven a la situación estresante como una oportunidad para mejorar y la aceptan. De acuerdo con la investigación de Cruz, B. y otros (2010) estos resultados se ajustan al efecto protector ante el síndrome de Burnout entre el personal de salud.

Los enfermeros sin Burnout no presentan métodos de afrontamiento elevados aunque se menciona que los más utilizados son la autodistracción, el afrontamiento activo, apoyo instrumental y planificación.

Los médicos con Burnout tienen en su mayoría métodos de afrontamiento entre los cuales se encuentran la autodistracción, el apoyo emocional, el apoyo instrumental, el desahogo, la planificación y la religión como métodos positivos, pero negativamente se evidencia una desconexión conductual, es decir que reduce los esfuerzos para sobrellevar situaciones estresantes.

La situación de los enfermeros con Burnout es lineal y presentan métodos de afrontamiento como autodistracción, afrontamiento activo, apoyo emocional e instrumental, desahogo, replanteamiento positivo, planificación, humor, aceptación y religión como métodos positivos; sin embargo, negativamente indican que utilizan la negación, el uso de sustancias, desconexión conductual y la autoinculpación, estas últimas con la finalidad de desconectarse de la realidad estresante.

En cuanto a esta variable todos los grupos presentan maneras de afrontar situaciones estresantes lo cual concuerda con lo propuesto por los autores Lázarus y Folkman (1984) como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes para manejar situaciones estresantes.

Las variables que **identifican los diferentes tipos de apoyo social** que tiene como finalidad determinar cuán amplia es o no la red social del profesional reflejaron que todos los grupos tienen un alto apoyo emocional, elevado apoyo instrumental, cantidades bastante aceptables de relaciones sociales y apoyo afectivo. Lo cual constituye una red que permite modular los efectos negativos del estrés y por obvias razones permiten disminuir la prevalencia del síndrome en los médicos y enfermeros que presentan los síntomas. Esto ratifica lo enunciado por los autores Barrón (1996) y

Felton y Shinn (1992) que indican que el apoyo social hace referencia a las transacciones entre las personas que conforman la red de apoyo del individuo.

El **cuestionario de personalidad EPQR-A** evalúa las variables de neuroticismo, extraversión, psicoticismo y sinceridad y se evidencia lo siguiente:

Todos los grupos presentan rasgos elevados de extroversión en su personalidad lo constituye un factor protector contra el síndrome en especial en médicos y enfermeros que lo padecen, ya que cuentan con una personalidad optimista, arriesgada y por lo general son bastante sociales, aunque entre los aspectos negativos de esta variable es que tienden a la agresividad y a perder rápidamente el control.

Los enfermeros con Burnout presentaron niveles altos de sinceridad y psicotismo lo que evidencia que son personas francas aunque por su trabajo tienden a insensibilizarse ante los problemas médicos de los pacientes porque los visualiza como algo de rutina por lo cual se tornan nada empáticos.

El médico con Burnout tiene elevada personalidad neurótica es decir que presenta ansiedad, preocupaciones, cambios de estado de ánimos y depresiones constantes que evidencian trastornos emocionales combinados con conductas inapropiadas que determinan que existe la prevalencia del síndrome. Adicionalmente, se evidencia que un bajo grado de sinceridad lo cual indica que es una persona que generalmente solo interviene en temas estrictamente deseables para él.

Aunque los resultados de esta investigación evidenciaron que existe una baja prevalencia del síndrome de Burnout en los profesionales encuestados en un 10%, no deja de ser preocupante porque afecta la calidad de atención ofrecida a sus pacientes y tiene repercusiones a nivel personal y familiar. La detección a tiempo del síndrome permitirá establecer factores organizacionales e individuales combinados con estrategias de afrontamiento eficaces que brinden una estabilidad en lo emocional, en lo personal y lo profesional.

7. Conclusiones y recomendaciones.

7.1 Conclusiones.

- Los resultados del MBI indican que un médico y dos enfermeros padecen Burnout presentando altos puntajes en las variables de agotamiento y despersonalización.
- El médico y enfermeros con Burnout son un grupo vulnerable porque tienen una alta demanda de atención de pacientes lo que provoca horas excesivas de trabajo a la semana.
- El médico que presenta el síndrome no cuenta con el apoyo de directivos y colaboradores lo cual representa una baja satisfacción profesional.
- El médico con Burnout presenta síntomas psicosomáticos y de ansiedad en un 100% y los enfermeros con Burnout en un 50% en las mismas variables.
- En relación con el apoyo social el médico y los enfermeros que presentan el síndrome tienen un apoyo social positivo como una medida adecuada de prevención del Burnout.
- Respecto a los modos de afrontamiento ante situaciones adversas el médico que presenta el síndrome maneja de mejor manera las situaciones estresantes, sin embargo presenta una desconexión conductual. En cambio, los enfermeros con Burnout presentan síntomas de negación, uso de sustancias, desconexiones conductual y autoinculpación que no son moduladores adecuados del Burnout.
- Sobre los rasgos de personalidad asociados a los profesionales de la salud, el médico con Burnout presenta elevados niveles de neuroticismo y extroversión y los enfermeros tienen rasgos de extroversión y sinceridad elevados.

7.2 Recomendaciones.

- Limitar la actividad laboral a una sola institución, lo cual les permitiría realizar alguna actividad física que equilibra la salud mental y corporal.
- La práctica de técnicas de relajación para sobrellevar las situaciones estresantes que aporta con resultados benéficos para la salud.
- En atención al apoyo social, los profesionales deben continuar y mantener sus relaciones personales, familiares y sociales como una excelente estrategia de afrontamiento que les ha permitido sobrellevar adecuadamente los síntomas.
- En cuanto al afrontamiento se recomienda que los médicos visualicen como pasajera la situación estresante a fin de no abandonar sus metas presentes y futuras.
- En cambio, los enfermeros deben mejorar su autoestima y manejar el momento estresante a través de soluciones objetivas que les permita afrontar cualquier problema sin desconectarse de la realidad.
- Establecer métodos de reflexión que les permita identificar la mejor manera de enfrentar una situación estresante con calma y con un adecuado control de la situación.
- Contemplar que el área de Talento o Recursos Humanos realice estrategias de prevención ante el estrés y sus efectos contemplando actividades internas o externas que permitan mantener una permanente y efectiva comunicación con los profesionales y sus necesidades. Así, el empleado se identifica con la institución y mantiene altos estándares de liderazgo, motivación y autoestima.

8. Bibliografía.

8.1 Textos y revistas.

- Bosqued, M., (2008). Quemados: el síndrome de Burnout, qué es y cómo superarlo. Ediciones Paidós ibérica, S.A. Barcelona, España.
- Brill, P.L., (1984). The need for an operational definition of burnout. Family and Community Health. 6:12-24.
- Buunk, B., y Schaufeli, W., (1993). Burnout: a perspective from social comparison theory. Taylor & Francis Editons, Londres.
- Cannon, W.B., (1929). Organization for pshysiological homeotatics. Physiological Review. 9, 280-289.
- Cherniss, C., (1980). Professional Burnout in Human Service Organizations, Nueva York, Praeger.
- Cherniss, C., (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. Taylor & Francis Editions. Londres.
- Davini, Gellon de Salluzi, Rossi. (1968). Psicología General. Argentina: Kapelusz.
- Edelwich y Brodsky (1980). Burnout: stages of disillusionment in the helping professions.
- Everly, G., (1989). A clinical guide to the treatment of the humanstress response. Nueva York, Plenum Press.

- Fischer, H., (1983). A pshychoanalytic view of burnout. Farber Editions. Nueva York: Pergamon Press.
- Freudenberger, H. J., (1974). Staff burnout, Journal of social Issues, 30, Nueva York.
- Gil-Monte, P., (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una perspectiva histórica, Zaragoza, Egido.
- Gil-Monte, P., y Peiró, J., (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome e quemarse. Madrid: Síntesis.i
- Golembiewski, R., Munzenrider, R. y Carter, D., (1983). Phases of progressive burnout and their work site covariants: Critical issues in OD research and proxis. Journal of Applied Behavioral Science.
- Grau, A., (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Rev. Esp. Salud Pública, vol.83, n.2, pp. 215-230. ISSN 1135-5727.
- Ivancevich y Mattenson (1989). Estrés y Trabajo. San Francisco, Jossey-Bass Publishers.
- James, W., (1890). The principles of psychology, Nueva York: Holt.
- Lazarus, R., Folkman, S., (1984). Stress, appraisal and Coping. Nueva York: Springer Publishing. Traducción española: Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca, Primera Edición.

- Leiter, M., (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. Work and Stress.
- Maslach, C., (1981). Maslach Burnout Inventory Manual, Palo Alto University of California, Consulting Psychologists Press.
- Maslach, C., (1982). Burnout: The cost of caring. Nueva York: Prentice-Hall Press.
- Maslach, C., Jackson, S., (1986). Maslach burnout inventory manual. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press, Inc.
- Meeroff, M., (1997). Enfermedad laboral del médico. Síndrome de Tomás y Burnout. Revista de la Asociación Médica Argentina, 110(2).
- McGrath, J., (1976). Stress and behavior in organizations. Dunnette Editions. Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago.
- Organización Internacional del Trabajo, (1993). El trabajo en el mundo, cap. 5, Ginebra, OIT.
- Parra, M., (2004). Promoción y Protección de la Salud Mental en el Trabajo: Análisis conceptual y sugerencias de acción. Ciencia & Trabajo, 6 (14), 153-161.
- Pines, A. y Aronson, E., (1988). Career burnout: Causes and cures. Nueva York: The Free Press.
- Price, D., y Murphy, (1984). Staff burnout in the perspective of grief theory. Death Education.

- Seyle, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents", The Journal of Neuropsychiatry & Clinical Neurosciences. Hans Seyle Article.
- Steptoe, A., (1991). Psychological coping, individual differences and physiological stress responses. Cooper y Payne Editions. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Temoshok, L. y Dreher, A.W. (1992). The Type C Connection. New York: Random House.
- Trucco, M. y Horwitz, N. (2003). Una guía para la promoción de la salud mental en los lugares de trabajo. Boletín Científico de la Asociación Chilena de Seguridad. 23-28.
- Zaldívar, D., (1996). El conocimiento y dominio del estrés. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica.

8.2 Páginas Web.

- Albar, M.J., Romero, M.E., González, M.D., Carbayo E., García, A., Gutiérrez, I., Algaba, S. (2004). "Apoyo social, características sociodemográficas y Burnout en enfermeras y auxiliares de hospital". Unidad de Investigación Hospital Universitario Virgen Macarena, Revista de Enfermería Clínica. Obtenido desde URL <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/35/35v14n05a13066827pdf001.pdf>
- Allport, G., (1937). Definición de personalidad. Obtenido desde URL <http://definicion.de/personalidad/>
- Álvarez, E., Fernández, L. (1991). El síndrome de "Burnout" o el desgaste profesional (II): estudio empírico de los profesionales gallegos del área de salud mental. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Volumen 11,

número	39.	Obtenido	desde	URL
http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15232/15093				

- Avendaño, C., Bustos, P., Espinoza, P., García, F., Pierart, T., (Agosto 2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Revista de Ciencia y Enfermería, versión on-line ISSN 0717-9553, Vol. 15, No. 2, Granada-España, pp. 55-68. Obtenido desde URL http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532009000200007
- Barraza, J.H., Romero, J.J., Flores, L., Trejo, J., (Diciembre 2009). Indicadores de salud mental y Síndrome de Burnout en Internos rotatorios en SSN en Tepic, Nayarit. Revista on line Wasapa 1, Vol. 1, No. 1. Obtenido desde URL <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2009/wax091h.pdf>
- Barrón, A., (1996). Apoyo social, aspectos teóricos y aplicaciones. Madrid: Siglo XXI. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114109.pdf>
- Beltrán, C.A., Zarate, B., Pando, M., Sahún J.E. (Marzo 2011). Síndrome de Burnout, variables sociodemográficas y laborales en médicos especialista del Hospital Valentín Gómez Farías, México. Revista Colombiana de Salud Ocupacional, pp 13-17. Obtenido desde http://www.unilibrecali.edu.co/Revista_Colombiana_Salud_Ocupacional/detalle-articulo.php?nroarticulo=6
- Bencomo, J., Paz, C., Liebster, E., (Junio 2004). Rasgos de personalidad, ajuste psicológico y síndrome de agotamiento en personal de enfermería. Artículo de Investigación Clínica, versión impresa ISSN 0535-5133, Vol. 45, No. 2, Maracaibo. Obtenido desde URL http://www.scielo.org.ve/scielo.php?pid=S053551332004000200002&script=sci_arttext

- Blandin, J., Martínez, D., (Junio 2005). Estrés Laboral y Mecanismos de Afrontamiento: su relación en la aparición del Síndrome de Burnout en Médicos Residentes del Hospital Militar: Dr. Carlos Arvelo. Archivos Venezolanos de Psiquiatría y Neurología, Vol. 51, No. 104. Obtenido desde URL <http://svp.org.ve/images/articulo2n104.pdf>
- Burns, S., (1990). Las Bases Medicas del Estrés, Depresión, Angustia, Insomnio y Drogadicción. Desencadenantes del estrés. Obtenido desde URL <http://www.teachhealth.com/spanish.html>
- Cáceres, G.G., (2006). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal sanitario militar. Memoria para optar al grado de doctor de G. Cáceres, Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Medicina, ISBN 978-84-692-0062-9. Obtenido desde URL <http://eprints.ucm.es/8070/1/T29584.pdf>
- Conferencia Internacional de la Salud, (1946). Salud mental. Nueva York. Obtenido del URL http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf
- Cruz, B., Austria, F., Herrera, L., Vásquez, J.C., Vega, C.Z., Salas, J., (Septiembre 2010). Estrategias activas de afrontamiento: un factor protector ante el síndrome de Burnout “o de desgaste profesional” en trabajadores de la salud. Trabajo del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Vol. 69, No. 3:137-142, Iztacala-Méjico. Obtenido desde URL <http://www.medigraphic.com/pdfs/neumo/nt-2010/nt103b.pdf>
- Díaz, N.L., Castro M.E., Mendo, T.A., Vásquez, C. (2006). Factores demográficos y síndrome de Burnout en practicantes de enfermería y psicología. Revista de Psicología, presentación anual ISSN 1990-6757. Obtenido desde URL http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/rev_psicologia_cv/v09_2007/pdf/a03.pdf
- Esteva, M., Larraz, C., Jiménez, F. (n.f.). La salud mental en los médicos de familia de atención primaria de un área de Mallorca, efectos de la satisfacción y el estrés en el trabajo. Revista Clínica Española, Volumen 206, páginas 77-83.

Obtenido desde URL
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0014256506727266?via=sd&cc=y>

- Felton, B., Shinn, M., (1992). Social integration and social support: Moving social support beyond the individual level. Journal of Community Psychology. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29114109.pdf>
- Folkman, S. y Lazarus, R.S., (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. Journal of Personality and Social Psychology, 47, 150-170. Obtenido desde URL <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Friedman y Rosenman (1974). Tipos de personalidad. Obtenido desde URL <http://blognitiva.blogspot.com/2007/07/personalidad-tipo.html>
- Gil-Monte, P. R., Bravo, M. J., Rodríguez, I. y Caballer, A., (2001). Obtenido desde URL <http://revistapsyquis.blogspot.com/2011/06/sindrome-de-burn-out.html>
- Gracia, E., (1997). El apoyo social en la intervención comunitaria. Barcelona: Paidós. Obtenido desde URL <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/2682/1711228x.pdf?sequence=1>
- Heller, K. y Swindle, R.W. (1983). Social Networks and Social Support. En S. Cohen y S. Syme (Eds.), Social Support and Health (pp. 23-41) Nueva York: Academic Press. Obtenido desde URL <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Hernández, G.L., Olmedo, E., Ibáñez, I., (Mayo 2004). Estar quemado (Burnout) y su relación con el afrontamiento". International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 4, número 002, Asociación Española de Psicología

Conductual (AEPC), Granada-España, pp. 323-336. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740206.pdf>

- Holroyd, K.A. y Lazarus, R.S. (1982). Stress, coping and somatic adaptation. En L. Goldberger y S. Breznitz (Eds.), Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects. New York: Free Press. Obtenido desde URL <http://reme.uji.es/articulos/agarce4960806100/texto.html>
- Instituto Nacional de Seguridad y Salud Laboral de Estados Unidos, NIOSH (2007). Prevención y tratamiento del síndrome de Burnout. Obtenido desde URL http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo3_6.shtml
- Lin, N., Ensel, W. (1989). Life stress and health: stressors and resources. American Sociological Review, 54, 382-399. Obtenido desde URL <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Labrador, F., (1992). El estrés. Nuevas técnicas para su control. Madrid. Temas de hoy. Obtenido desde URL <http://www.aidex.es/estres/articuloseloisa/eloisa2.htm>
- Lazarus y Folkman, S., (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. Obtenido desde URL <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Morales, G., Gallego, L., Rotger, D. (Febrero 2004). La incidencia y relaciones de la ansiedad y el Burnout en los profesionales de intervención en crisis y servicios sociales. Obtenido desde URL <http://hdl.handle.net/10401/3118>
- Moreno y Oliver (1993). Historia del síndrome de Burnout. Obtenido desde URL <http://www.salves.com.br/virtua/burnout.htm>

- National Institute of Occupational Safety and Health (NIOSH), EE.UU (1999). Estrés laboral. Obtenido desde URL <http://www.cdc.gov/niosh/docs/99-101/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS, (2007). <http://www.who.int/features/qa/62/es/index.html>
- Ortega, C., López, F., (Enero 2004). El Burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: Revisión y Perspectivas 1. International Journal of Clinical and Health Psychology, Vol. 4, No. 001, Granada-España, pp. 137-160. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/337/33740108.pdf>
- Ortega, M.E., Ortiz, G.R., Coronel, P.G., (Junio 2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. Revista de Psicología y Salud, Universidad Veracruzana, ISSN (versión impresa) 1405-1109, pp. 5-16, Xalapa-México. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/291/29117101.pdf>
- Palmer, Y., Gómez-Vera, A., Cabrera, C., Prince-Vélez, R., Searcy, R. (Febrero 2005). Factores de riesgo organizacionales asociados al Síndrome de Burnout en médicos anestesiólogos. Revista de Salud Mental, Vol. 28, No. 1. Obtenido desde URL <http://www.medigraphic.com/pdfs/salmen/sam-2005/sam051i.pdf>
- Paredes, O.L., Sanabria, P.A. (2008). Prevalencia del síndrome de Burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. Revista Med, Universidad Militar Nueva Granada, versión on-line, ISSN 1909-7700, Colombia. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx>
- Pereda, L., Márquez, F.G., Hoyos, M.T., Yáñez, M.I. (Mayo 2009). Síndrome de Burnout en médicos y personal paramédico. Red de revistas científicas de América Latina y el Caribe, Salud Mental, Vol. 32, Núm. 5. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=58212261006>

- Pines, A., Aronson, E. y Kafry, D., (1981). Burnout: From tedium to personal growth. En C. Cherniss (Ed.), Staff Burnout: Job Stress in the human services. Nueva York: The Free Press. Obtenido desde URL <http://www.psicolatina.org/11/burnout.html>
- Pogostking, M.C. (Marzo 2011). Mobbing y Burnout: El efecto modulador del apoyo social. Documento on line División Investigación y Publicaciones, IP.001 Javier Género & Asociados. Obtenido desde URL <http://www.slideshare.net/javiergenero/en-mobbing-Burnout-y-apoyo-social>
- Popp, M.S., (Julio 2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). Artículo INTERDISCIPLINARIA, Versión on-line ISSN 1668-7027, Argentina. Obtenido desde URL http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001
- Red de Universidades, Universia, (2000). Características, causas y consecuencias del Burnout. Obtenido desde URL <http://contenidos.universia.es/especiales/burn-out/index.htm>
- Riquelme, A., (1997). Depresión: un estudio empírico. Murcia: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Obtenido desde URL <http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/Psico7/7Psico%2010.pdf>
- Rodríguez, A.M., Cruz, M., Merino, J.M. (Diciembre 2008). Burnout en profesionales de enfermería que trabajan en centros asistenciales de la octava región, Chile. Revista de Ciencia y Enfermería, versión on-line ISSN 0717-9553. Obtenido desde URL http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532008000200010
- Rotter, J., (1966). Locus de control. Obtenido desde URL: <http://www.wilderdom.com/psychology/loc/LocusOfControlWhatIs.html>

- Roth, E., Pinto, B. (Agosto 2010). Síndrome de Burnout, Personalidad y Satisfacción Laboral en Enfermeras de la Ciudad de La Paz. Publicación on line Ajayu, 8, p.p. 62-100, ISSN 2077-2161. Obtenido desde URL <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v8n2/v8n2a4.pdf>
- Torres, M., Lajo, R., (Diciembre 2008). Variables psicológicas implicadas en el desempeño laboral médico docente. Revista de Investigación en Psicología, ISSN 1609-7475, versión on line. Lima-Perú. Obtenido desde URL http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1609-74752008000200008
- Vidal y Alarcón, (1986). Salud mental. Obtenido desde URL <http://www.ucb.edu.bo/publicaciones/Ajayu/v1n1/v1n1a01.pdf>
- Vinaccia, S., Alvaran, L., (Octubre 2003). El síndrome del Burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. Universitas Psychologica, Vol. 3, No. 001, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá-Colombia, pp. 35-45. Obtenido desde URL <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/647/64730105.pdf>
- Wallace y Szelagi (1982). Estrés. Obtenido desde URL <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0090.pdf>

9. Anexos.

9.1 Cuestionario sociodemográfico y laboral.

ANEXO Nro. 2



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

Profesión: Médico/a ☐ Especialidad de medicina en: ____

Enfermera ☐

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: ____

Años de experiencia profesional: ____

Tipo de trabajo: Tiempo completo ☐ Tiempo parcial ☐

Sector en el que trabaja: Privado ☐ Público ☐ Ambos ☐

Tipo de contrato que posee:

Eventual ☐ Ocasional ☐ Plazo Fijo ☐ Indefinido (Nombramiento) ☐

Servicios profesionales ☐ Ninguno ☐

En cuántas instituciones trabaja: ____

Horas que trabaja Diariamente ____

Horas que trabaja Semanalmente ____

Trabajo por turnos: Vespertino ☐ Matutino ☐ Nocturno ☐ Fines de semana ☐ Rotativo ☐
 Señale los días en los que usted regularmente trabaja: Lunes ☐ Martes ☐ Miércoles ☐
 Jueves ☐ Viernes ☐ Sábado ☐ Domingo ☐ Todos los anteriores ☐
 En el caso de realizar guardia indique el número de horas: _____ y cada cuantos días: _____

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

Ninguno ☐ 25 % ☐ 25-50% ☐ 50-75% ☐ 75% o más ☐

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: _____

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

Psiquiátricos ☐ Alteraciones renales ☐ Quirúrgicos ☐ Cardiacos ☐ Neurológicos ☐ Diabéticos ☐

Emergencias ☐ Cuidados intensivos ☐ Otros indique _____ Todos los anteriores ☐

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

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

NO ☐ SI ☐ ¿Cuántos? _____

La institución provee de los recursos necesarios para su trabajo.

Totalmente ☐ Medianamente ☐ Poco ☐ Nada ☐

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

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros ☐ ¿Cuáles? _____

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

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

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

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

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

9.2 Cuestionario MBI.

ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

9.3 Cuestionario de salud mental.

Anexo 2. 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.

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

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

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

9.4 Cuestionario BRIEF-COPE.

Anexo 2.4.
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
2. He estado concentrando mis esfuerzos en hacer algo acerca de la situación en la que estoy.	1	2	3
3. Me he estado diciendo a mí mismo "esto no es real".	1	2	3
4. He estado tomando alcohol u otras drogas para sentirme mejor.	1	2	3
5. He estado consiguiendo apoyo emocional de los demás.	1	2	3
6. He estado dejando de intentar hacerle frente.	1	2	3
7. He estado dando pasos para intentar mejorar la situación.	1	2	3
8. Me he estado negando a creer que esto ha sucedido.	1	2	3
9. He estado diciendo cosas para dejar salir mis sentimientos desagradables.	1	2	3
10. He estado recibiendo ayuda y consejo de otras personas.	1	2	3
11. He estado consumiendo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.	1	2	3
12. He estado intentando verlo desde otra perspectiva que lo haga parecer más positivo.	1	2	3
13. Me he estado criticando a mí mismo.	1	2	3
14. He estado intentando dar con alguna estrategia acerca de qué hacer.	1	2	3
15. He estado consiguiendo consuelo y comprensión de alguien.	1	2	3
16. He estado dejando de intentar afrontarlo.	1	2	3
17. He estado buscando algo bueno en lo que está pasando.	1	2	3
18. He estado haciendo bromas sobre ello.	1	2	3
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
20. He estado aceptando la realidad del hecho de que ha ocurrido.	1	2	3
21. He estado expresando mis sentimientos negativos.	1	2	3
22. He estado intentando encontrar consuelo en mi religión o creencias espirituales.	1	2	3
23. He estado intentando conseguir consejo o ayuda de otros acerca de qué hacer.	1	2	3
24. He estado aprendiendo a vivir con ello.	1	2	3
25. He estado pensando mucho acerca de los pasos a seguir	1	2	3
26. Me he estado culpando a mí mismo por cosas que sucedieron.	1	2	3
27. He estado rezando o meditando.	1	2	3
28. He estado burlándome de la situación.	1	2	3

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>

9.5 Cuestionario de apoyo social.

Anexo 2.5.
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.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/violencia.pdf>

9.6 Cuestionario de personalidad.

Anexo 2.6.
UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO EPQR-A

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

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