



**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**

*La Universidad Católica de Loja*

**TITULACIÓN DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

“Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital “Isidro Ayora” de Loja”, durante el año 2012.

**Trabajo de fin de titulación.**

**AUTORA:**

Valdivieso, Flor María

**DIRECTORA:**

Costa Aguirre, Alicia Dolores, Mgs.

**CENTRO UNIVERSITARIO LOJA**

**2013**

## **Certificación**

Costa Aguirre, Alicia Dolores, Mgs.

**DIRECTORA DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACION**

### **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 Hospital “Isidro Ayora” de Loja”, durante el año 2012”, realizado por el profesional en formación: Valdivieso, Flor María; 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, abril de 2013

f) .....

## **Cesión de derechos**

“ Yo Valdivieso, Flor María, declaro ser autor (a) 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 y tesis de grado que se realicen a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad”

f).....

Valdivieso, Flor María

C.I. 110310023-4

## DEDICATORIA

Este trabajo lo dedico a ti madre amada, mi compañera, mi amiga,  
mi razón de vida, mi sol, mi guía, por estar siempre junto a mi  
compartiendo las penas y alegrías.

*Valdivieso, Flor María*

## **AGRADECIMIENTO**

Mi agradecimiento al Padre Eterno, Dios, y a la Sagrada Virgen María por proveerme a través del Espíritu Santo sabiduría, fe y fortaleza en mi vida diaria y en mis estudios.

A mi abnegada madre por su apoyo incondicional, dándome ánimos para la culminación de este trabajo de investigación. Mi gratitud para ti mamá.

A los profesionales médicos y enfermeras que colaboraron en el presente estudio, mis infinitas gracias.

A la Directora de Tesis, por su valioso asesoramiento para la realización de este trabajo investigativo.

*Valdivieso, Flor María*

## INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA	i
CERTIFICACION	ii
CESION DE DERECHOS	iii
DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
INDICE	vi
RESUMEN EJECUTIVO	viii
1. INTRODUCCION .....	1
2. MARCO TEORICO .....	4
CAPITULO I: CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT	
1.1 Definiciones del burnout .....	4
1.2 Modelos explicativos del burnout .....	6
1.3 Delimitación histórica del síndrome de burnout .....	10
1.4 Poblaciones propensas al burnout .....	12
1.5 Fases y desarrollo del síndrome de burnout .....	14
1.6 Características, causas y consecuencias del burnout .....	16
1.7 Prevención y tratamiento del síndrome de burnout .....	19
CAPITULO II: CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACION	
2.1 BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES .....	23
2.1.1 Variables de riesgo y protectoras .....	24
2.1.2 Motivación y satisfacción laboral .....	25
2.1.3 Investigaciones realizadas .....	27
2.2 EL BURNOUT Y LA RELACION CON LA SALUD .....	30
2.2.1 Definiciones de salud .....	31
2.2.2 Síntomas psicosomáticos .....	32
2.2.3 Ansiedad e insomnio .....	33
2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria .....	35
2.2.5 Depresión y Tipos de depresión .....	36
2.2.6 Investigaciones realizadas .....	38
2.3 BURNOUT Y AFRONTAMIENTO .....	40
2.3.1 Definición de afrontamiento .....	41
2.3.2 Teorías de afrontamiento .....	42
2.3.3 Estrategias de afrontamiento .....	44

2.3.4	Investigaciones realizadas .....	47
2.4	EL BURNOUT Y LA RELACION CON EL APOYO SOCIAL	49
2.4.1	Definición de apoyo social .....	50
2.4.2	Modelos explicativos del apoyo social .....	51
2.4.3	Apoyo social percibido .....	54
2.4.4	Apoyo social estructural .....	54
2.4.5	Investigaciones realizadas .....	55
2.5	EL BURNOUT Y LA RELACION CON LA PERSONALIDAD .....	57
2.5.1	Definición de personalidad .....	57
2.5.2	Tipos de personalidad .....	59
2.5.3	Patrones de conducta .....	60
2.5.4	Locus de control .....	63
2.5.5	Investigaciones realizadas .....	65
3.	METODOLOGIA .....	69
4.	RESULTADOS .....	77
	TABLA 1. Resultados del cuestionario sociodemográfico-laboral	77
	TABLA 47. Resultados del cuestionario MBI en médicos...	108
	TABLA 48. Resultados del cuestionario MBI en enfermeras...	109
	TABLA 49. Resultados del cuestionario de salud general (GHQ-28) en médicos	110
	TABLA 50. Resultados del cuestionario de salud general (GHQ-28) en enfermeras	111
	TABLA 51. Resultados del cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE) en médicos	112
	TABLA 52. Resultados del cuestionario de afrontamiento (BRIEF-COPE) en enfermeras	113
	TABLA 53. Resultados del cuestionario de apoyo social (MOS) en médicos	114
	TABLA 54. Resultados del cuestionario de apoyo social (MOS) en enfermeras	115
	TABLA 55. Resultados del cuestionario de personalidad (EPQR-A) en médicos	116
	TABLA 56. Resultados del cuestionario de personalidad (EPQR-A) en enfermeras	117
5.	DISCUSION .....	118
6.	CONCLUSIONES .....	125
7.	RECOMENDACIONES .....	127
8.	BIBLIOGRAFIA .....	129
9.	ANEXOS .....	135

## **RESUMEN EJECUTIVO**

La presente investigación tiene por objetivo la identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno en el Hospital Civil “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja. Para lo cual se tomó una muestra de 24 médicos y 16 enfermeras que laboran en la indicada casa de salud. Con la finalidad de identificar la incidencia de este síndrome los profesionales investigados respondieron una serie de seis cuestionarios para determinar: burnout, variables sociodemográficas y satisfacción en el empleo, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad. Luego de tabular las respuestas y el respectivo análisis de resultados, se encontró que los participantes poseen un alto grado de apoyo social y utilizan estrategias de afrontamiento apropiadas, convirtiéndose en protectores del estrés; estableciéndose que aparentemente no existe incidencia de burnout en los médicos y enfermeras que colaboraron en este estudio. Sin embargo, es importante implementar estrategias de prevención, concluyendo con algunas recomendaciones, para evitar el surgimiento del burnout en los profesionales de la salud.



## INTRODUCCION

Diversos estudios dan a conocer que el síndrome de burnout o síndrome de desgaste profesional se caracteriza principalmente por la presencia de altos niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una reducida realización personal, lo que hace que el profesional muestre una progresiva pérdida de energía, desmotivación por el trabajo, cambios en el comportamiento con los usuarios dándoles un trato distanciado y frío, presentando irritabilidad constante, baja autoestima con síntomas característicos de ansiedad y depresión.

Por lo tanto se podría decir que el burnout es un problema de salud en respuesta al estrés laboral que se ocasiona en el individuo debido a una exposición constante a factores estresantes especialmente en el lugar de trabajo como las excesivas demandas laborales con sobrecargas de horarios principalmente nocturnos, falta de recursos para realizar las tareas y la falta de apoyo de los colegas y directivos de la organización para cumplir con las actividades encomendadas.

Debido a que este síndrome acomete cada vez más, especialmente a los profesionales de la salud y aunque en nuestro país todavía no se ha tenido el suficiente conocimiento acerca del burnout, es fundamental empezar a realizar estudios sobre el tema, con la finalidad de informar y prevenir la aparición del síndrome de desgaste profesional, ya que una vez originado resulta muy difícil aplicar estrategias de intervención, con los consiguientes costes tanto para el afectado como para la entidad empleadora.

Entonces resulta de gran importancia realizar esta investigación, a fin de identificar el fenómeno del burnout en los profesionales de la salud en nuestro país, y así dar la iniciativa para que se efectúen más estudios acerca de este síndrome y lograr prevenirlo antes que sea demasiado tarde.

Los objetivos del presente estudio son en general identificar el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en Ecuador, y específicamente determinar el estado de la salud mental de los profesionales de instituciones sanitarias, identificar el apoyo social procedente de la red social, conocer los modos de afrontamiento ante situaciones adversas de los profesionales de la salud e

identificar los rasgos de personalidad de los profesionales de instituciones sanitarias los cuales presenten indicios del síndrome de burnout.

Con la finalidad de lograr los objetivos propuestos se procedió a efectuar una investigación de tipo cuantitativo, no experimental, transversal, exploratoria y descriptiva, en la cual intervinieron veinticuatro médicos y dieciséis enfermeras que laboran en las diversas áreas del Hospital Civil "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, quienes contestaron los seis instrumentos aplicados consistentes en: Cuestionario sociodemográfico y laboral, Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI), Cuestionario de Salud Mental -GHC28-, Cuestionario de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE), Cuestionario MOS de apoyo social y Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A.

El análisis de los resultados conseguidos señala que no se encuentra incidencia del síndrome de burnout en los profesionales que participaron en la presente investigación, debido probablemente al alto grado de apoyo social percibido y a las apropiadas estrategias de afrontamiento que utilizan tanto médicos como enfermeras del organismo de salud en mención.

De esta manera pienso que la presente investigación se convierte en un aporte para el área de salud ocupacional de cualquier institución de salud, ya que el conocer qué variables sociodemográficas, qué estrategias de afrontamiento, qué tipo de apoyo social y qué rasgos de personalidad pueden influir o no en el desarrollo del burnout en los profesionales de la salud, resulta esencial para informarse y comparar con estudios realizados acerca de este síndrome en otros países, y de esta manera poder definir las pautas a seguir, a fin de que los organismos de salud se encarguen de difundir información detallada sobre el significado de burnout y como viene afectando, y asimismo señalar las estrategias de afrontamiento adecuadas para enfrentar el estrés laboral y así no permitir que se desencadene el síndrome de estar quemado, lo cual contribuirá a poner más atención en la salud mental, especialmente de médicos y enfermeras, lo cual justifica el propósito de la presente investigación.

Por lo tanto es preciso que los organismos gubernamentales se interesen en establecer políticas de orientación, prevención e intervención en lo referente a salud laboral de los profesionales que prestan sus servicios en las diferentes casas de salud de nuestro

país, y así garantizar que el médico o enfermera se sienta motivado y satisfecho con su trabajo, lo cual, sin duda, se verá reflejado en la excelente atención que se brinde al paciente o usuario de los servicios de salud.

## MARCO TEORICO

### CAPITULO I: CONCEPTUALIZACION DEL BURNOUT

#### 1.1. DEFINICIONES DEL BURNOUT

En cuanto a la definición del síndrome del burnout existen diversos aportes conceptuales de varios investigadores que han contribuido y continúan apoyando a la investigación de este síndrome que cada vez más está afectando a las personas en su vida laboral.

Así se tiene algunas definiciones de diferentes autores como Freudenberger (1974) quien dio inicio a los estudios de este síndrome; él describe el burnout como una "sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador" (p. 160). Posteriormente, en 1980 el mismo autor aporta otros términos a la definición, así ya habla de un "vaciamiento de sí mismo" que viene provocado por el agotamiento de los recursos físicos y mentales tras el esfuerzo excesivo por alcanzar una determinada expectativa no realista que, o bien ha sido impuesta por él, o bien por los valores propios de la sociedad.

El trabajo como detonante fundamental del burnout va a ser básico en todas las definiciones posteriores. Cherniss (1980) es uno de los primeros autores que enfatiza la importancia del trabajo, como antecedente, en la aparición del burnout y lo define como "cambios personales negativos que ocurren a lo largo del tiempo en trabajadores con trabajos frustrantes o con excesivas demandas". Este autor precisa que es un proceso transaccional de estrés y tensión en el trabajo, y acomodamiento psicológico, destacando tres momentos: desequilibrio entre demandas en el trabajo y recursos individuales (estrés); respuesta emocional a corto plazo, ante el anterior desequilibrio, caracterizada por ansiedad, tensión, fatiga y agotamiento (tensión), cambios en actitudes y conductas (afrentamiento defensivo).

Jerry Edelwich y Archie Brodsky (1980) definen el burnout "como una pérdida progresiva del idealismo, energía y motivos vividos por la gente en las profesiones de ayuda, como resultado de las condiciones de trabajo".

En 1981, Maslach y Jackson señalan que el burnout se configura como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (sensaciones de sobreesfuerzo físico y hastío emocional), despersonalización (desarrollo de actitudes y respuestas indiferentes hacia los demás) y reducida realización personal (presencia de un negativo autoconcepto)" (p. 3).

En el mismo período de tiempo, Pines, Aronson y Kafry (1981) definen el burnout como "un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por estar implicada la persona durante largos periodos de tiempo en situaciones que le afectan emocionalmente".

Perlman y Hartman (1982), compilando las diversas conceptualizaciones utilizadas hasta ese año para definir burnout, encuentra los siguientes tópicos: fracasar y estar agotado, respuesta a un estrés crónico, y síndrome con actitudes inapropiadas hacia los clientes y hacia sí mismo, asociado con síntomas físicos y emocionales, todo ello provocado por una estimulación negativa del trabajo y la organización hacia la persona que desempeña su labor profesional.

Grebert (1992) define el burnout "como una construcción cultural que permite a los profesionales de la relación de ayuda manifestar cuáles son sus sufrimientos y dificultades" (p. 808), llegando a conceptualizarlo como un planteamiento defensivo de la profesión.

Por último, Ayuso y López (1993), siguiendo la definición de Pines et al (1981), definen el burnout como "un estado de debilitamiento psicológico causado por circunstancias relativas a las actividades profesionales que ocasionan síntomas físicos, afectivos y cognitivo-afectivos", precisando que "el síndrome de desgaste sería una adaptación a la pérdida progresiva del idealismo, objetivos y energías de las personas que trabajan en servicios de ayuda humana, debido a la difícil realidad del trabajo" (p. 43), concepción que deducen de la definición de Edelwich y Brodsky (1980).

Tomando en cuenta las concepciones de algunos autores citados anteriormente, se podría definir al síndrome del burnout como un estado de frustración y desesperanza que presenta el individuo ante el trabajo que realiza, manifestando un comportamiento ofensivo e indiferente hacia los beneficiarios de sus servicios. Puede aparecer como resultado de las intensas y agotadoras interacciones humanas que el individuo debe

atender en su trabajo diario mostrando paulatinamente los síntomas de agotamiento emocional, despersonalización y una baja realización personal como lo aseverado por Maslach y Jackson (1981).

## 1.2 MODELOS EXPLICATIVOS DEL BURNOUT

Según la investigación realizada se encuentra que existen múltiples modelos explicativos del síndrome del burnout, de los cuales se señalará aquellos modelos más relevantes para la investigación. Una de las clasificaciones más utilizada es la de Gil-Monte y Peiró (1997). Este modelo explica el burnout teniendo en cuenta variables de tipo organizacional, personal y estrategias de afrontamiento. Plantea que este síndrome es una respuesta al estrés laboral percibido (conflicto y ambigüedad del rol), y surge como producto de un proceso de reevaluación cuando la forma de afrontamiento a la situación amenazante es inadecuada. Esta respuesta implica una variable mediadora entre el estrés percibido y sus consecuencias, por ejemplo, la falta de salud, baja satisfacción laboral, pasividad, evitación, etc.). Dentro de estos modelos etiológicos se categorizan cuatro tipos de líneas de investigación: Teoría Sociocognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural, descritos de la siguiente manera:

- **Modelos etiológicos basados en la Teoría Sociocognitiva del Yo.**

Estos modelos consideran que las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, pero a la vez estas cogniciones se modifican por sus efectos y consecuencias observadas. Asimismo el empeño para la consecución de objetivos y las consecuencias emocionales de las acciones están determinadas por la autoconfianza del sujeto. Entre ellos se encuentra el **Modelo de Competencia Social de Harrison (1983)**, al igual que el **Modelo de Cherniss (1993)** quienes manifiestan que la autoeficacia que percibe el individuo al realizar su trabajo determinará o no el desarrollo del burnout, es decir si el profesional cuenta con factores de ayuda junto con una alta motivación, no presentará el síndrome del burnout, pero si al contrario existen factores de barrera que impiden lograr sus metas, le ocasionará la disminución de la autoeficacia lo que en un tiempo prolongado le puede llevar a desarrollar el burnout. Al igual, el **Modelo de Pines (1993)**, es motivacional, y plantea que sólo se quemarán aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. El síndrome del burnout sería el resultado de un proceso de desilusión

donde la capacidad de adaptación del sujeto ha quedado disminuida severamente; y el **Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)** que señalan que la autoconfianza juega un papel fundamental en el proceso de desarrollar burnout. Estos autores plantean que tras reiterados fracasos en la consecución de las metas laborales junto con altos niveles de autoconciencia, de las discrepancias percibidas o anticipadas entre las demandas y recursos, se tiende a utilizar la estrategia de afrontamiento de "retirada mental o conductual" de la situación amenazadora. Un patrón de retirada serían las conductas de despersonalización. (Martínez Pérez Anabella, 2010).

De todo esto se puede deducir que estos modelos etiológicos dan gran importancia a las variables del self, como la autoconfianza, autoeficacia, el autoconcepto, etc.

- **Modelos etiológicos basados en las Teorías del Intercambio Social**

Estos modelos plantean que cuando el sujeto establece relaciones interpersonales se pone en marcha el proceso de comparación social. A partir de dicha comparación pueden generarse percepciones de falta de equidad o falta de ganancia, lo que conllevaría a aumentar el riesgo de padecer burnout. Los modelos que siguen esta línea de investigación son: el Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) y el Modelo de Conservación de Recursos de Hobfolly Freedy (1993).

*Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993)*

Este modelo se desarrolló para explicar la aparición del burnout en enfermeras. A partir de este contexto plantea dos tipos de etiología del burnout: uno de ellos se refiere a los procesos de intercambio social con los pacientes, y pone el énfasis en los mecanismos y procesos de afiliación y comparación con los compañeros de trabajo. Según Buunk y Schaufeli (1993), existen tres fuentes de estrés que están relacionadas con los procesos de intercambio social: 1) La incertidumbre: Es la ausencia o falta de claridad sobre los propios sentimientos y pensamientos sobre cómo actuar. 2) La percepción de equidad: Hace referencia al equilibrio percibido sobre lo que se da y lo que se recibe en el curso de sus relaciones. 3) La falta de control: Se explica como la posibilidad/capacidad del trabajador para controlar los resultados de sus acciones laborales.

*Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)*

La teoría de Conservación de Recursos es una teoría motivacional basada en la idea de que cuando la motivación básica del trabajador se ve amenazada o negada lleva al estrés que, a su vez, puede producir el burnout. Según esta teoría, para reducir los niveles de burnout se deben aumentar los recursos de los empleados y, así, eliminar la vulnerabilidad a perderlos. También se debe intentar modificar de manera positiva las cogniciones y percepciones, con el fin de disminuir los niveles de estrés percibido y, por consecuencia, del burnout. Por lo tanto, las estrategias de afrontamiento que recomiendan estos autores para prevenir el desarrollo de burnout son las de tipo "activo". La idea básica del modelo de conservación de recursos es que los trabajadores se esfuerzan por aumentar y mantener sus recursos, que es lo que ellos valoran. Entonces, el burnout aparecería si esos recursos están amenazados, perdidos, o cuando el sujeto invierte en sus recursos, pero no recibe lo que espera.

○ **Modelos etiológicos basados en la Teoría Organizacional**

Estos modelos se caracterizan por basarse en la función de los estresores del contexto organizacional y de las estrategias de afrontamiento que utilizan los trabajadores ante el burnout. Según estos modelos, las variables como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima y la cultura organizacional junto a la forma de afrontar las situaciones amenazantes, están implicadas en la aparición del síndrome. Así pues, las causas varían dependiendo del tipo de estructura organizacional y de la institucionalización del apoyo social. Por ejemplo, el burnout se puede originar por agotamiento emocional en una organización burocrática mecánica y de comunicación vertical; mientras que en organizaciones con burocracias profesionalizadas (hospitales) puede aparecer el burnout por disfunciones de rol y conflictos interpersonales.

*Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988)*

Este modelo propone una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro. Así, en la secuencia, la despersonalización es la primera fase del burnout, le seguiría la realización personal disminuida y, por último, el incremento del agotamiento emocional. Golembiewski (1986), uno de los seguidores más relevantes del modelo, subraya la importancia de las disfunciones del rol -pobreza, conflicto y ambigüedad del rol- en un proceso en el que los



trabajadores disminuyen el grado de responsabilidad laboral ante la tensión del estrés laboral.

*Modelos de Cox, Kuk y Leiter (1993)*

Este modelo sugiere, desde un enfoque transaccional del estrés laboral, que el burnout es un acontecimiento particular que se da en las profesiones humanitarias, y que el agotamiento emocional es la dimensión esencial de este síndrome. La despersonalización es considerada una estrategia de afrontamiento ante el agotamiento, y la baja realización personal es el resultado de la evaluación cognitiva del estrés al que se enfrenta el trabajador.

*Modelo de Winnubst (1993)*

Este modelo adopta la definición de burnout propuesta por Pines y Aronson (1988), y plantea que surge de las interrelaciones entre el estrés, la tensión, el apoyo social en el contexto de la estructura y la cultura de la organización. Por lo tanto, la etiología del burnout estaría influida por los problemas derivados de la estructura, el clima y cultura organizacional. Para Winnubst (1993), la cultura de la organización está determinada por su estructura y, por lo tanto, los antecedentes del burnout variarán en función del tipo de cultura organizacional e institucionalización del apoyo social. Paralelamente, al estar estrechamente relacionado el apoyo social con la estructura organizacional, éste es un factor fundamental que afecta la percepción del sujeto respecto a la estructura organizacional y, por lo tanto, es una variable esencial sobre la cual intervenir para prevenir o disminuir los niveles de burnout. Este autor, al igual que Golembiewski y cols (1983; 1986) defiende que el burnout puede afectar a todo tipo de profesionales, y no sólo a aquellos que trabajan en áreas de salud o de servicios de ayuda. Otras contribuciones recientes han intentado relacionar el síndrome de burnout con la Teoría de la Acción, definiendo al burnout en términos de alteración de procesos de acción (Burisch, 1993). Con la Teoría General del Estrés lo relacionan como una falta de habilidades de afrontamiento y de motivación (Hobfoll y Fredy, 1993).

○ **Modelos etiológicos basados en la Teoría Estructural**

Estos modelos tienen en cuenta los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales para explicar la etiología del Burnout de manera integral. Se caracterizan,

porque se basan en los modelos transaccionales. Dichos modelos plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto. (Martínez Pérez Anabella, 2010).

### **1.3 DELIMITACIÓN HISTÓRICA DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

"Burn out" es una expresión originaria del inglés y se traduce al idioma español como "estar quemado". Herbert Freudenberger, médico psiquiatra que laboraba en una clínica para toxicómanos en Nueva York, en el año de 1974, observó como al cabo de un tiempo quienes se desempeñaban como voluntarios atendiendo a quienes acudían en busca de sus servicios, la mayoría de estos voluntarios mostraban una progresiva pérdida de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y de depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes, lo que Freudenberger lo definió como "debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos" analizando posteriormente que esto se debía a las excesivas demandas y expectativas no realistas creadas por el individuo mismo y/o por la sociedad (Freudenberger y Richelson, 1980).

En 1976 la psicóloga Christina Maslach estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a las personas afectadas de "sobrecarga emocional" o síndrome del burnout (quemado), dando a conocer la palabra "burnout" de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos, definiéndolo como un síndrome tridimensional que consideraba como dimensiones de análisis a los siguientes constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, haciéndose más frecuente entre aquellas personas que por la naturaleza de su trabajo estaban en contacto directo y continuado con clientes o pacientes, y que luego de meses o años de dedicación acababan por estar desgastados profesionalmente mostrando falta de concentración y apatía.

Más tarde, en los años 80, surgen muchos libros y artículos en donde se planteaban multitud de interpretaciones, se proponen ideas de intervención y se presentaban varias formas de corroborar sus evidencias por medio de cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos (Maslach, 1999). A principios de los 80, el

fenómeno burnout es casi exclusivamente estudiado en Estados Unidos, gradualmente se incorporan a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, hasta la actualidad que se puede encontrar estudios acerca del burnout en todo el mundo.

Así Starrin, Larsson y Styrborn (1990) matizan que mientras el estrés puede ser experimentado positiva o negativamente por el individuo, el burnout es un fenómeno exclusivamente negativo. De ahí que algunos autores planteen la relación entre ambos constructos en el sentido de que el burnout podría ser similar a un estrés negativo.

Oliver, Pastor, Aragonese y Moreno (1990) igualan burnout a estrés laboral asistencial, volviendo estos autores a circunscribirse en profesiones con determinadas interacciones humanas.

Según Maslach (1999), se pueden distinguir dos momentos fundamentales en la discusión del término burnout. La primera denominada por la autora como la fase pionera (que abarca la década de los 70 y principios de los 80) se caracteriza por la aparición de los primeros artículos en magazines y revistas dirigidas a colectivos profesionales específicos, donde se describía situaciones que vivían estos colectivos y usualmente proporcionaban estrategias de intervención que recomendaban.

Hernández, Terán, Navarrete, León (2007) señalan que diversos autores que han estudiado el síndrome de Burnout coinciden en que los profesionistas que tienen demasiado contacto con personas, como los médicos y enfermeras de los hospitales, son los más propensos a contraer el síndrome de Burnout, ya que les va originando una serie de síntomas físicos, conductuales, emocionales, en relaciones interpersonales, existenciales y un bajo rendimiento laboral.

En los últimos años ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Hoy en día, el síndrome de estar quemado o burnout es la denominación técnica para definir el desgaste profesional (o al profesional exhausto). Ataca a profesionales sanitarios, profesores, asistentes sociales, policías y demás profesionales cuyos trabajos demandan una alta atención emocional. El síndrome amenaza la vocación de los mejores

profesionales, preferentemente, de aquellos que tienen un contacto directo con el sufrimiento ajeno.

Es así, que desde que se dio a conocer este síndrome hace ya casi cuarenta años, se encuentra infinidad de estudios realizados por diferentes autores, especialmente en la década de los ochenta, quienes en su mayoría coinciden que el síndrome del burnout es un proceso de malestar que se desarrolla lentamente debido a factores no esperados por el profesional en el trabajo que realiza, frente al cual se tiene muchas expectativas, que luego no se cumplen, lo cual afecta sus emociones y consecuentemente en forma desapercibida va produciéndose el agotamiento emocional y la insatisfacción personal que le llevan a un comportamiento insensible con las personas que requieren de su atención.

#### **1.4 POBLACIONES PROPENSAS AL BURNOUT**

Según los historiales del burnout, en un inicio fue considerado exclusivo de aquellas profesiones de servicios sociales en las que se trabajaba en contacto directo con las personas a las que se les prestaban servicios; no obstante, Maslach *et al.* manifestaron que este síndrome podría desarrollarse en individuos cuyo trabajo no exigiera dicho contacto.

Actualmente se considera que el burnout puede suceder en cualquier profesión, las investigaciones confirman que médicos, enfermeras/os, maestros, bomberos, policías, personal que trabaja en rehabilitación, en fin todos aquellos que están en contacto permanente con otras personas, constituyen una población de alto riesgo de ser afectados por el síndrome de burnout o de desgaste profesional. Sin embargo, es importante destacar que la gran parte de los estudios realizados sobre el síndrome de burnout demuestran de nuevo que son los profesionales de la salud y los docentes quienes integran las poblaciones más vulnerables a la enfermedad, debido al estrés al que están expuestos diariamente.

El personal sanitario se enfrenta frecuentemente a situaciones de vida y muerte. Su trabajo puede ser física y emocionalmente agotador. El estrés que se deriva de este contexto implica el desarrollo de problemas conductuales como burnout y otros problemas

de salud y psicológicos (ansiedad, depresión, etc.), (Francisca López, Cristina Ortega, 2004)

Las investigaciones realizadas dan a conocer que principalmente los profesionales proclives a sufrir burnout son quienes se desempeñan en trabajos estresantes en los cuales deben estar en contacto con otras personas brindando ayuda como es el caso del campo de la medicina, donde médicos y enfermeras/os prestan sus servicios en unidades de centros de atención médica a pacientes crónicos, graves, o irrecuperables.

Es así que a lo largo de todos estos años se han estudiado poblaciones específicas para detectar la magnitud del burnout o del “desgaste profesional”. Especialmente en el área de medicina y enfermería que es una profesión caracterizada por la vocación de ayuda y cuidados e implica altos niveles de responsabilidad, relaciones interpersonales y exigencias sociales, junto con horarios de trabajo extenuantes, soportando críticas y exigencias de la familia del paciente, todo esto contribuye para que esta población sea más propensa a desarrollar este síndrome.

Los resultados de los estudios en el campo sanitario señalan que los médicos que laboran en las unidades de urgencias, cirugía, oncología debido a que se enfrentan a la presión del tiempo junto con la gran responsabilidad de tomar importantes decisiones con respecto al estado del paciente, son profesionales que se encuentran expuestos en un alto grado a desarrollar el síndrome de desgaste profesional el mismo que les ocasiona cansancio emocional, actitudes negativas hacia los demás e insatisfacción laboral.

En relación a lo mencionado en líneas anteriores se puede deducir que directivos, maestros, ejecutivos, amas de casa, abogados, trabajadores sociales, vendedores, pero especialmente las personas que trabajan en el sector salud se encuentran más propensas a desarrollar el síndrome de burnout, debido al estrés provocado por el contacto diario con las demandas de otras personas que solicitan los servicios de sanidad.

Personalmente pienso que el burnout afecta a todos como sociedad, en mayor o menor medida se está expuesto a este síndrome y se debe dar prioridad al tema de prevención en salud mental y así evitar el daño que puede ocasionarnos al no tratarlo oportunamente.

## 1.5 FASES Y DESARROLLO DEL SÍNDROME DE BURNOUT

Según Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988) plantean que el desarrollo del burnout en el profesional tiene una progresión secuencial en el tiempo, en la que la ocurrencia de un componente precipita el desarrollo de otro, explicado de la siguiente manera: En la primera fase, se desencadena el estrés por el exceso de trabajo, generando sentimientos de irritabilidad, fatiga y una disminución de la autoimagen positiva. En la segunda fase, se desarrollan estrategias de alejamiento para afrontar la situación amenazante del contexto laboral. Este tipo de estrategia puede ser constructiva o no, dependiendo de su naturaleza (empatía o cinismo). Si se desarrollan actitudes de despersonalización (cinismo), aparece el burnout. Las fases siguientes se definirán por una disminuida realización personal, para desembocar en agotamiento emocional.

Cherniss (1982) señala que el burnout se da en un proceso de adaptación psicológica entre el sujeto estresado y un trabajo estresante, en el cual el principal precursor es la pérdida de compromiso. El proceso lo describe en tres fases: fase de estrés, fase de agotamiento y fase de afrontamiento defensivo. La fase de estrés consiste en un desequilibrio entre las demandas del trabajo y los recursos de los que dispone el individuo para hacer frente a esos acontecimientos. La fase de agotamiento se produce con la respuesta emocional inmediata del sujeto ante dicho desequilibrio, es decir que el trabajador presentará sentimientos de preocupación, tensión, ansiedad, fatiga y agotamiento. La fase de afrontamiento implica cambios en la conducta y en la actitud del trabajador, caracterizándose por un trato impersonal, frío y cínico a los clientes.

En cambio para Edelwich y Brodsky (1980) el desarrollo del síndrome de burnout tiene cuatro fases por las cuales pasa todo individuo con burnout que se detallan a continuación:

**Etapas de idealismo y entusiasmo** El individuo posee un alto nivel de energía ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas poco realistas sobre él y aún no sabe lo que puede alcanzar con éste. La persona se involucra demasiado y existe una sobrecarga de trabajo voluntario. Al comienzo de su carrera existen bastantes motivaciones intrínsecas. Hay una hipervalorización de su capacidad profesional que le lleva a no reconocer los límites internos y externos, algo que puede repercutir en sus

tareas profesionales. El incumplimiento de expectativas le provoca, en esta etapa, un sentimiento de desilusión que hace que el trabajador pase a la siguiente etapa.

**Etapa de estancamiento.** Aparece como consecuencia del incumplimiento de las expectativas, supone una disminución de las actividades desarrolladas cuando el individuo constata la irrealidad de sus expectativas, ocurriendo la pérdida del idealismo y del entusiasmo. El individuo empieza a reconocer que su vida necesita algunos cambios, que incluyen necesariamente el ámbito profesional.

**Etapa de frustración:** Se caracteriza por el cuestionamiento del valor del trabajo en sí mismo y el descenso de la motivación, iniciándose los sentimientos de baja realización personal por el trabajo y agotamiento emocional. La frustración de las expectativas lleva al individuo a la paralización de sus actividades, desarrollando apatía y falta de interés.

**Etapa de apatía:** Llega la apatía como consecuencia de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y de implicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional. Empiezan a surgir los problemas emocionales, conductuales y físicos. Una de las respuestas comunes en esta fase es la tentativa de retirada de la situación frustrante. Se evita el contacto con los compañeros, hay ausencias al trabajo y en muchas ocasiones se da el abandono de éste y en los casos más extremos, de profesión. Estos comportamientos empiezan a volverse constantes abriendo el camino para el desarrollo del burnout (Martínez Pérez Anabella, 2010).

Como aporte personal puedo deducir en base a las investigaciones realizadas que el burnout va apareciendo secuencialmente en las cuatro fases más descritas donde se indica como se van manifestando los cambios de la persona poco a poco debido a los trabajos frustrantes o al exceso de tareas. Es decir, que se tiene primero la fase de entusiasmo por el trabajo a desempeñar, donde el individuo al sentir que sus expectativas respecto al trabajo no se cumplen le lleva a la fase de estancamiento que es donde pierde el entusiasmo por el trabajo, pasando luego a la siguiente fase de la frustración donde percibe la desvalorización profesional y falta de interés por el trabajo que realiza, prosiguiendo la fase de apatía donde muestra cansancio emocional y cinismo, lo que desencadena cambios en el comportamiento de la persona, mostrando una actitud

negativa hacia sus compañeros y a quienes acuden en busca de sus servicios, ocasionando todo esto sentimientos de vacío total que conducen a desarrollar el síndrome de burnout.

## **1.6 CARACTERÍSTICAS, CAUSAS Y CONSECUENCIAS DEL BURNOUT**

### **1.6.1 CARACTERÍSTICAS**

- Una de las principales características del síndrome del burnout, es el fuerte sentimiento de importancia hacia el trabajo y al mismo tiempo sentirse incapaz de realizarlo, debido al efecto de cansancio que se presenta. Es decir la labor que al comienzo era satisfactoria, con el transcurrir del tiempo ya no lo es.

- Otra característica que presenta el burnout es la agitación mental, que consiste en perturbación al tratar de concluir una labor sea de la manera que sea; este proceder desordenado refleja la confusión de una persona sometida a tensiones que se siente agobiada e inútil ante las labores que tiene que realizar.

- El burnout se caracteriza también porque la persona se siente siempre preocupada aunque tenga tiempo suficiente para realizar las labores. Es decir el trabajo ya no produce incentivos para la persona mostrando insatisfacción por el mismo.

- También se cita como una característica más, que el burnout lo presentan, especialmente, las personas altamente calificadas y comprometidas, en la que los intereses profesionales predominan sobre los intereses personales. (<http://www.saludfamilia.com/saludmental/burnout/caracteristicas>)

Asimismo Gundersen (2001) manifiesta que entre las características que presenta el burnout en médicos se incluye fatiga, desgaste emocional, incapacidad de concentración, ansiedad, insomnio, irritabilidad y depresión (citado en el artículo publicado en la web "Burnout Médico", Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez, Carvajal y Benadero, 2005).

- En fin, el burnout presenta características mentales, físicas y conductuales. A nivel mental el individuo sufre de agotamiento, sentimientos de vacío y de fracaso, baja



autoestima, inquietud, dificultad para la concentración. A nivel físico presenta insomnio, dolor de cabeza, mareos, dolores musculares, alteraciones de pigmentación en la piel, trastornos respiratorios, circulatorios y/o digestivos, variaciones en el peso. A nivel conductual se caracteriza por comportamientos paranoides y/o agresivos hacia las personas que están a su alrededor, absentismo laboral, distanciamiento afectivo, conductas adictivas como excesivo consumo de café, alcohol, fármacos.

### **1.6.2 CAUSAS**

El burnout surge como consecuencia de situaciones estresantes que provocan que el individuo esté más predispuesto a padecerlo. El estrés suele tener carácter laboral, primordialmente, ya que la interacción que el individuo mantiene con los diversos condicionantes del trabajo son la clave para la aparición del burnout.

Las actuaciones que desencadenan la aparición de este síndrome suelen ser intensas y/o duraderas, porque el burnout se conceptualiza como un proceso continuo que se manifiesta de una manera paulatina y se va interiorizando en el individuo hasta provocar en éste los sentimientos propios del síndrome.

Entre las causas que producen el burnout se puede citar las siguientes:

- Un inadecuado ambiente físico de trabajo donde existe demasiado ruido, escasa iluminación, espacio reducido para desarrollar las tareas, sin el mobiliario y equipo necesario para llevar a cabo las labores.
- Trabajos con horarios excesivos, con turnos rotativos, labores nocturnas.
- Sobrecarga de trabajo, exposición a riesgos laborales, manejo de productos contaminantes.
- Excesiva dedicación al trabajo con expectativas muy altas al empezar a trabajar, las mismas que al transcurrir el tiempo no se cumplen.
- Estancamiento profesional, sin posibilidades de promociones o ascensos en el lugar de trabajo, lo cual provoca la percepción de no avanzar.

- Remuneración económica inadecuada, ocasionando insatisfacción personal.
- Falta de reconocimiento de los logros alcanzados, de parte de los superiores.
- Insuficiente apoyo social.
- El estrés laboral caracterizado por fatiga crónica, tensiones, frustraciones y conflictos laborales, afectos y desafectos, son otra de las causas que pueden desembocar en burnout.

En resumen se puede decir que estos factores se encuentran incluidos en la naturaleza de la tarea realizada, la organización, las relaciones interpersonales, las características de la persona como edad, sexo, experiencia, estado civil, rasgos de personalidad.

### **1.6.3 CONSECUENCIAS**

Según los estudios se puede apreciar que existen muchas consecuencias del síndrome del burnout tanto a nivel individual como organizacional.

En cuanto a las consecuencias para el INDIVIDUO se cita la clasificación en tres niveles: a nivel conductual, físico y psicológico/emocional. (<http://tusaludlaboral.galeon.com/>)

A NIVEL CONDUCTUAL se manifiestan alteraciones en la conducta alimentaria, absentismo laboral, abuso de sustancias (café, tabaco, alcohol, fármacos etc.), comportamientos violentos y de alto riesgo (imprudencia al conducir, aficiones de alto grado de peligro, ludopatía), relaciones interpersonales distantes y frías, aislamiento, cambios bruscos de humor, dificultad para relajarse y de concentración, conflicto con los compañeros de trabajo, aburrimiento, falta de rendimiento y de competencia en el lugar de trabajo, deterioro de las relaciones matrimoniales y familiares, e incumplimiento en el horario de trabajo.

A NIVEL FISICO se presentan alteraciones cardiovasculares, fatiga crónica, cefaleas / migrañas, varias alteraciones orgánicas (gastrointestinales, respiratorias, del

sueño, dermatológicas), disfunciones sexuales, dolores musculares /articulatorios, hipertensión, pérdida progresiva de la energía (cansancio), pérdida de peso.

A NIVEL PSICOLOGICO/EMOCIONAL implica sentimientos de frustración profesional, baja autoestima, falta de motivación, desorientación, sentimientos de vacío, ansiedad, irritabilidad, depresión, estados de autovaloración negativa, apatía, cinismo, pérdida del idealismo inicial, disforia, sentimientos de alienación, hostilidad, melancolía, distanciamiento emocional, suspicacia, cambios negativos de actitud, respuestas rígidas e inflexibles con los demás, impaciencia, sentimientos de culpabilidad, ansiedad generalizada y focalizada hacia el trabajo, dificultades para la memorización, la abstracción y la elaboración de juicios. ([www.saludfamilia.com](http://www.saludfamilia.com))

En lo que se refiere a las consecuencias para la ORGANIZACIÓN:

- Deterioro de la calidad del servicio prestado en la organización.
- Abandono del puesto de trabajo y consecuentemente retraso en la atención a los usuarios.
- Impedimento del desarrollo de la organización debido a la escasa implicación laboral y el reducido interés por las actividades laborales.
- Incremento de los conflictos interpersonales con los supervisores, compañeros y usuarios.
- Acrecentamiento de la rotación laboral.
- Incremento de accidentes laborales.
- Imagen deficiente de la organización debido a las conductas hostiles y recriminatorias del trabajador.

En fin, según lo señalado, se puede deducir que las consecuencias del burnout pueden ir más allá de la propia persona y organización y por lo mismo tienen alta repercusión de manera directa sobre toda nuestra sociedad.

## **1.7 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DEL BURNOUT**

Según lo que indican los estudios realizados sobre la prevención y tratamiento del burnout, se han desarrollado diversas intervenciones para la prevención, control y

reducción de este síndrome, así como para mejorar la calidad de vida en el trabajador, Mingote (1998) señala que es necesario reconocer que no existe ninguna técnica simple idónea para prevenir o tratar de forma efectiva el burnout, sino que se utilizan modelos de intervención de componentes integrados de forma complementaria con técnicas orientadas al individuo junto a técnicas orientadas al ámbito organizacional (citado en el artículo "Burnout o el Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. Revisión y perspectivas", de Ortega Ruiz y López Ríos, 2004)

Estrategias que se puede considerar desde una triple perspectiva: a nivel individual, de equipo y de organización.

*A nivel individual*, en cuanto a la prevención se señala que es fundamental la planificación adecuada del tiempo, así como el modificar nuestras actitudes y aptitudes para poder alcanzar un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales con la realidad cotidiana, planteando objetivos más realistas y factibles que permitan a pesar de todo mantener una ilusión por mejorar sin caer en la desconfianza. Planificación y fomento del ocio y el tiempo libre (deportes, relajación, hobbies). Matteson e Ivancevich (1987) señalan que con estrategias como el manejo de las emociones, sesiones de relajación y el manejo de la expresión de ira y culpa se logra también resultados positivos.

También son aceptables para atenuar los efectos del burnout, instrucciones de cómo enfrentarse a situaciones productoras de estrés laboral. Así como la aceptación de la realidad es una de las claves que facilita el proceso de adaptación, sin que ello imposibilite seguir desarrollando el trabajo normalmente. Asimismo, aceptar los errores y limitaciones, equilibrar el tiempo que se dedica al trabajo con el que se requiere para asuntos personales. Aprender a manejar las emociones, equilibrar las áreas de desarrollo vital de nuestra vida que se convierten en protectores del burnout: dedicando tiempo para compartir y disfrutar en compañía de la familia, amigos, aficiones, juegos, caminatas al aire libre, evitando a toda costa que la profesión absorba completamente a la persona, más bien pensar en las gratificaciones y el estímulo personal que puede reportar el trabajo.

Según lo señala la literatura para el tratamiento y prevención dentro de las técnicas que mejores resultados han aportado son la relajación, las técnicas cognitivas como reestructuración cognitiva, resolución de problemas, entrenamiento de la asertividad,

fomentar habilidades de afrontamiento y técnicas de autocontrol dirigidas a las consecuencias conductuales.

*A nivel social, interpersonal o de equipo* es significativo el fomento de las relaciones sociales, los compañeros de trabajo son una importante fuente de apoyo, promoviendo relaciones positivas dentro de la organización originando un clima laboral favorable y la comunicación efectiva entre miembros, estimulando la colaboración en el cumplimiento de tareas, existiendo una buena atmósfera de trabajo donde se facilite espacios comunes no formales dentro de la jornada laboral, fomentar la colaboración y no la competitividad, formar grupos de reflexión emocional tanto en las relaciones con los usuarios como con compañeros de trabajo, familiares y amigos, todo esto constituye una buena protección frente a la tensión emocional y la sobrecarga diaria.

Los autores Matteson e Ivancevich (1997) recomiendan promover el apoyo social de compañeros, directivos, supervisores, amigos y familiares (citado en el artículo “Estrés laboral de Fernando Mansilla Izquierdo, publicado en [www.psicologia-online.com](http://www.psicologia-online.com))

Gil-Monte (1997) señala que el apoyo social es un factor muy importante para prevenir o tratar el burnout, ya que se ha demostrado que disminuye el impacto de los estresores crónicos relacionados con el trabajo, aumenta los niveles de realización personal, disminuye el cansancio emocional y las actitudes y conductas negativas hacia otros.

*A nivel de organización*, Cherniss (1980), De la Gángara (2002), León (1998), Maslach *et al.*, (2001) y Peiró y Salvador (1993), señalan las siguientes estrategias: tener un ritmo de trabajo eficiente con una agenda máxima de trabajo al día. Organizar las urgencias, a fin de que no interfiera en el trabajo planificado. Buscar apoyo del personal auxiliar, crear espacios comunes para intercambiar ideas y coordinar de mejor manera el trabajo. Tener departamentos con medicina preventiva para asesoramiento a los profesionales que laboran en la empresa, brindándoles información adecuada respecto al síndrome de burnout y sus manifestaciones. Motivar al profesional con formación adicional de estudios actualizados (cursos, conferencias). Hacer partícipe al trabajador en la toma de decisiones. Facilitar períodos de descanso dentro de la jornada laboral. Aumento de incentivos/recompensas, asignación e identificación de tareas y proyección en el caso que requiera a la dinámica grupal o el trabajo en equipo y planteamiento claro

de objetivos a conseguir. En el lugar de trabajo dispensar de un mobiliario adecuado, buena iluminación de las instalaciones, decoración y colores agradables lo que favorece un ambiente agradable para desempeñar las actividades encomendadas.

Asimismo, Cherniss (1980) menciona cuatro objetivos que se pueden plantear de cara a la intervención: reducir o eliminar las demandas laborales, cambiar las metas, preferencias y expectativas personales, incrementar los recursos de la persona ante las demandas y proveer estrategias acordes a las características del burnout (citado en el artículo "Burnout o el Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. Revisión y perspectivas", de Ortega Ruiz y López Ríos, 2004)

Cuando ya está presente el síndrome del burnout los dos métodos terapéuticos más eficaces que se conocen son, las técnicas cognitivas conductuales y la psicoterapia. Ambas, por su complejidad, precisan del psiquiatra y psicólogo, según lo señalado por los estudiosos del tema.

## **CAPITULO II: CONCEPTUALIZACION DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACION**

### **2.1 BURNOUT Y LA RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES**

Dentro de los estudios realizados se ha detectado que algunas variables de tipo sociodemográficas y/o laborales pueden intervenir e influir en la aparición del síndrome de burnout, el mismo que es considerado una respuesta al estrés crónico laboral.

Entre las variables de tipo sociodemográfico están: sexo, edad, estado civil, paternidad y número de hijos, zona donde vive, etnia, vivir solo o en compañía de otras personas (Martínez López C. y col., 2005)

Las variables de tipo laboral comprenden: datos descriptivos del puesto de trabajo y de la situación del trabajo, tales como: áreas de conocimiento, categorías laborales, años de trabajo, titulación académica, remuneración, puesto en el que trabaja actualmente, turnos a cumplir, horas de trabajo, aspectos de carácter cognitivo y motivacional como: absentismo, días de permiso, causas, factores de satisfacción e insatisfacción laboral, motivación en el trabajo. (J. M<sup>a</sup>. García y S. Herrero, 2008)

En los profesionales de la medicina ciertas características los hacen teóricamente más susceptibles de sufrir burnout, como son la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad, la necesidad de estar al día, la burocracia, la convivencia con otros miembros del equipo y sobre todo, el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al médico, siendo una fuente importante de ansiedad el hecho de tener que enfrentarse frecuentemente con el sufrimiento humano y la muerte (Vega, 1994).

Estas variables sociodemográficas y laborales se determinan a través del cuestionario sociodemográfico, laboral y motivacional.

### 2.1.1 Variables de riesgo y protectoras

Las variables de riesgo representan aspectos personales o situaciones en la vida de los individuos que están asociadas con un aumento en la probabilidad de sufrir los efectos del estrés crónico y por ende desarrollar el burnout.

Se ha descrito que es más fácil que aparezca este síndrome en los primeros años de la carrera profesional, cuando las expectativas son más idealistas, en las mujeres (quizás por una doble sobrecarga de trabajo profesional y familiar) y en las personas que no tienen pareja estable (por falta de apoyo familiar). (Rodolfo Quiroz, Santiago Saco, 2003, Investigación en Hospital Nacional Essalud del Cuzco) [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n23/contenido.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/contenido.htm)

Los investigadores de este síndrome consideran que dentro de las **variables de riesgo** que conllevan a presentar burnout en los profesionales se encuentran:

- El tiempo trabajado en la organización
- El género femenino
- Estar soltero
- No tener hijos
- El nivel de formación
- Tipo de ocupación
- La presencia de estresantes crónicos a nivel laboral como: la sobrecarga de trabajo, el salario insuficiente, cambios en los turnos de trabajo, temporalidad del contrato, falta de incentivos laborales, el desajuste entre las expectativas profesionales y sociales y la realidad cotidiana.
- Los diferentes rasgos de personalidad que cada uno presenta, y el grado de vulnerabilidad al estrés.

Las **variables protectoras** incluyen las características personales o elementos del ambiente, y la percepción objetiva que se tiene sobre ellos, lo que contribuye a disminuir



los efectos negativos que el burnout puede tener sobre la salud y el bienestar del individuo.

En cuanto a las variables sociodemográficas protectoras diferentes investigadores consideran que aparentemente pueden ser:

- La edad
  - Tener hijos
  - Contar con una pareja estable
  - La percepción de sentirse valorado
  - El optimismo
  - El apoyo social
- La satisfacción laboral y la valoración económica, son variables que actúan como protectoras del burnout. (Armand Grau et al., 2007)

### **2.1.2 Motivación y satisfacción laboral**

La actividad laboral es una de las múltiples acciones que el hombre desarrolla a lo largo de su vida, esta interacción social que se produce entre el trabajador y su entorno, puede tener resultados beneficiosos, no sólo en forma individual, sino también en lo referente a temas organizacionales y sociales.

En general **la motivación** es un proceso mediante el cual las personas, al realizar una determinada actividad, deciden desarrollar esfuerzos dirigidos a la consecución de ciertas metas u objetivos con la finalidad de satisfacer algún deseo o necesidad.

Así la motivación laboral implicaría la voluntad para hacer un gran esfuerzo por contribuir a alcanzar las metas de la organización, condicionado por la capacidad del esfuerzo para satisfacer alguna necesidad personal. La motivación laboral parte de una

serie de necesidades personales y se orienta a la satisfacción de éstas a través de realizaciones externas concretas de índole laboral.

En relación a la motivación laboral existen dos tipos: motivación intrínseca y motivación extrínseca.

La *motivación intrínseca* es la que lleva a la satisfacción de las necesidades superiores, según la clasificación de Maslow que son: necesidades sociales, de estima y de autorrealización. Las personas con un nivel de formación medio o elevado aumentarán su motivación si la organización mejora sus condiciones. Existen factores motivadores que se refieren al contenido del trabajo y tienen un carácter intrínseco, tales como la consecución de logros, llegar a alcanzar los objetivos de la tarea es el elemento motivador más importante; las características de la tarea que se refiere a los atributos siguientes: el interés que despierta en el trabajador, la variedad de la tarea evitando caer en la rutina y monotonía, la posibilidad de que el trabajador pueda realizar la tarea en su totalidad; además está la autonomía e independencia, la implicación de conocimientos y habilidades, la retroalimentación y reconocimiento.

En cuanto a la *motivación extrínseca* satisface las dos primeras necesidades de la escala de Maslow: las fisiológicas y las de seguridad. Se le denomina extrínseca porque tiende a la satisfacción de necesidades a partir de aspectos externos, como las retribuciones económicas. Dentro de ésta se encuentran los factores de higiene que hacen referencia al entorno laboral y tienen un carácter extrínseco en el trabajo como salario y beneficios, seguridad laboral o grado de confianza del trabajador, posibilidades de promoción, condiciones ambientales de trabajo (Odille Ruiz Nevarez, 2009, <http://www.mentesinquietas.es/blog/?p=389>)

En tanto la **satisfacción laboral** es la actitud o conjunto de actitudes que pueden ir referidas hacia el trabajo en general o hacia algo en específico el cual lleva a un estado emocional de bienestar. También es una actitud afectiva la cual se divide en dos tipos de modelos, la unidimensional y la tridimensional. El modelo unidimensional se enfoca hacia lo que es el trabajo en general; el modelo tridimensional, es la satisfacción con el trabajo, el salario, el reconocimiento de los demás, los beneficios, condiciones del trabajo, supervisión, compañeros, empresa y dirección. Por tanto la satisfacción dependerá de lo que una persona quiere y busca en su trabajo y lo que logrará.

Robbins (1999) señala que la satisfacción laboral es la diferencia entre la cantidad de recompensas que los trabajadores reciben y la cantidad que ellos creen que deberían recibir, esto representa una actitud más que un comportamiento. Este autor señala una serie de variables que determinan la satisfacción laboral, tales como trabajo mentalmente desafiante, recompensas justas, condiciones favorables de trabajo, apoyo de pares, compatibilidad entre la persona y el puesto, factores hereditarios. Del mismo modo señala el efecto de la satisfacción laboral en el trabajo, como mayor productividad, disminución del ausentismo y de la rotación laboral.

En conclusión se podría decir que la motivación en el trabajo es fundamental para obtener una verdadera satisfacción por las labores que se realiza a diario en la organización, ya que al identificar y participar activamente en el trabajo y existiendo el debido reconocimiento por el desempeño realizado y la compatibilidad entre personalidad y el puesto de trabajo, esto es causa suficiente para sentirse motivados, y así obtener un mayor rendimiento en el trabajo, identificándose con las metas de la organización y deseando mantenerse y colaborar con los proyectos de la misma, logrando un buen resultado y principalmente una gran satisfacción laboral, dado que se cumplen los objetivos propuestos. Entonces la motivación y satisfacción laboral son elementos muy importantes para el personal que labora en la organización, ya que éstos al depender el uno del otro permiten una cultura organizacional sólida y confiable de la entidad, contribuyendo a la productividad. Así se puede definir a la motivación como el impulso y el esfuerzo para satisfacer un deseo o meta. En cambio, la satisfacción se refiere al gusto que se experimenta una vez cumplido el deseo o aspiración.

### **2.1.3 Investigaciones realizadas**

Aunque no parece existir un acuerdo unánime entre los diferentes autores en las investigaciones efectuadas acerca de la relación que tienen las variables sociodemográficas con el síndrome del burnout, si existe un determinado nivel de coincidencia para algunas variables como las siguientes: (Revista Española de Salud Pública, junio 1997).

**La edad** aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un período de sensibilización debido a que habría unos años en los que el

profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo éstos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, asimilando en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas no son ni las prometidas ni las esperadas, lo cual podría influir en la aparición del burnout.

En cuanto al **género** existe controversias en afirmar si los hombres o las mujeres son más susceptibles al burnout, sin embargo, debido a que el sexo femenino combina varios tipos de estrés, sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable a padecer el burnout, ya que por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar, así como la elección de determinadas especialidades profesionales que agrandarían el rol de la mujer.

El **estado civil**, aunque se ha asociado el síndrome de burnout más con las personas que no tienen pareja estable, sin embargo no hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo aspecto los investigadores señalan que la existencia de hijos hace que las personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar.

Los **turnos de trabajo** y el horario laboral para algunos autores pueden conllevar la presencia del síndrome aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en los profesionales de enfermería donde esta influencia es mayor.

Sobre los **años que se lleva de trabajo** también las investigaciones son discutibles, pues se ha postulado que la experiencia laboral es un factor protector del burnout, como mencionan estudios realizados por docentes de la Universidad de Santiago de Compostela; y que el burnout se produce durante los primeros diez años de servicio profesional, sobre todo al final de los mismos. Otros autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestada en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de diez años de experiencia, como los

momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome, Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más burnout experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos burnout presentan y por ello siguen laborando normalmente.

Es conocida la relación entre burnout y **sobrecarga laboral** en los profesionales asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente. Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de burnout, si bien si es referida por algunos autores. También **la remuneración** ha sido señalada como otro factor que afectaría al desarrollo de burnout en los profesionales, aunque no todos los autores coinciden.

En cuanto a la variable de la **zona donde trabaja**, parece ser que las áreas urbanas y rurales presentan ventajas y desventajas por igual, mientras que las áreas suburbanas presentan más dificultades, como problemas de marginación, traslados innecesarios del personal, lo que puede volver al trabajador más vulnerable al burnout.

La variable **satisfacción en el trabajo** es un tema que provoca cada vez mayor interés. Es variable central tanto en la investigación como en la teoría de las organizaciones, desde la perspectiva del diseño de los puestos hasta el de la supervisión (Spector, 1997). Un trabajador satisfecho con su trabajo experimenta sentimientos de bienestar, placer o felicidad. Ocurre lo contrario cuando el trabajador se encuentra insatisfecho con su trabajo. Por lo tanto, la variable «satisfacción en el trabajo» puede tomar valores «positivos» o «negativos», representando sus extremos, respectivamente, las expresiones de «sentimientos de gran satisfacción» y «sentimientos de gran insatisfacción». (J. M<sup>a</sup>. García y S. Herrero, Apuntes de Psicología, 2008)

Durán, et. al. (2005) señalan que el concepto de **satisfacción laboral** se ha constituido un habitual objeto de análisis en el ámbito psicosocial y podría ser definida como una respuesta afectiva o emocional positiva hacia el trabajo en general o hacia alguna faceta de éste. (Tomado del artículo “Estrés, agotamiento profesional (burnout) y salud en profesores de acuerdo a su tipo de contrato” de Fernando Arias y Martha González, recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/33/pagina172.pdf>)

## 2.2 EL BURNOUT Y LA RELACIÓN CON LA SALUD

La salud es el bien más importante que se posee para desenvolverse en la vida, por esto la relación entre el síndrome de burnout y la salud es preocupante debido a que éste tiene repercusión negativa en la salud de las personas con los consiguientes riesgos tanto a nivel físico como mental, provocando alteraciones importantes en la salud de las personas y considerable déficit en su rendimiento laboral. Como el burnout afecta en primer lugar a las emociones y éstas a su vez influyen sobre la salud y la enfermedad mediante su capacidad para modificar las conductas saludables y no saludables, la salud física y psíquica se ve seriamente afectada por el desgaste emocional que causa el burnout. Es así que el estado de salud parece tener una relación más estrecha con el agotamiento emocional que es una dimensión del síndrome del burnout.

Al presentarse el síndrome del burnout, la salud de la persona presenta molestias en diferentes aspectos: a nivel emocional como ansiedad, depresión, neurosis; reacciones a nivel cognitivo (disminución de la concentración y de la memoria, dificultad para aprender cosas nuevas, ser creativo y tomar decisiones), adopción de ciertas conductas de riesgo para mitigar el estrés (alcohol, tabaco, drogas, comportamientos destructivos hacia sí mismo y hacia los demás, rechazo a buscar o aceptar tratamiento) y respuestas fisiológicas (alteraciones inmuno-endocrinológicas), tales como activación simpática persistente (preparación a la lucha o huida) y/o disfunciones del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal).

Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas como alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, ansiedad, depresión, etc. (Pedro R. Gil Monte, 2001, <http://psicopediahoy.com/burnout-teoria-intervencion>)

Para determinar en que grado se encuentra afectada la salud se utiliza el cuestionario de salud (Peñacoba, 1996) que evalúa el estado de salud. Es un cuestionario de sintomatología, compuesto por 28 ítems, y consta de dos subescalas: sintomatología física (14 ítems) y sintomatología psicológica (14 ítems). Cuestionario de Salud General de Goldberg, en la versión GHQ-28 (Goldberg y Williams, 1996) que mide las tres

dimensiones de la salud (física, mental y social) mediante cuatro escalas: quejas somáticas, ansiedad-insomnio, depresión y disfunción social.

### 2.2.1 Definiciones de salud

En la literatura se encuentran varias definiciones de salud, como las siguientes que proceden de la Organización Mundial de la Salud y de algunos investigadores destacados en el área sanitaria.

En el año de 1946 la Organización Mundial de la Salud (OMS) conceptualizó a la salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad". La salud implica que todas las necesidades fundamentales de las personas estén cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Se trata de una definición que resultó sumamente innovadora, ya que abría las puertas a una concepción más subjetiva y menos "normativa" de entender la salud. Intenta incluir todos los aspectos relevantes en la vida, al incorporar tres aspectos básicos del desarrollo humano: físico, mental y social.

A continuación se detalla algunas definiciones recuperadas de la página web: [www.saludmed.com/Salud CptSalud/CptSaCon.html](http://www.saludmed.com/Salud/CptSalud/CptSaCon.html))

En 1956, René Dubos expresó: "Salud es un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado". En esta definición, Dubos circunscribe a la salud entre dos dimensiones, una física y la otra mental. (Tomado de Herbert L. Dunn, en el año de 1959 describió a la salud de la siguiente forma: Como un alto nivel de bienestar manifestado en tres dimensiones: físico, psicológico y social, lo cual dependerá en gran medida del ambiente que rodea a la persona. En este concepto de salud se menciona por primera vez la dimensión social y se define lo que significa bienestar. En los siguientes años este concepto social de la salud se sigue enfatizando. Edward S. Rogers (1960) y John Fodor et al. (1966) también incluyen el componente social al concepto de salud: "Un continuo con gradaciones intermedias que fluctúan desde la salud óptima hasta la muerte". Aquí

se aprecia a la salud como en una escala continua, es decir la salud es dinámica y cambia según pasa el tiempo.

Alessandro Seppilli (1971) define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social".

Milton Terris (1975) enfatizó la dimensión social en su definición sobre la salud. Y la define como: "Salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar, y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad".

En el área de la medicina, la salud se define comúnmente como la capacidad de un organismo de responder eficientemente a los desafíos, y eficaz de restaurar y sostener un "estado de balance," conocido como homeostasis.

Clásicamente la salud se ha definido en contraposición a la enfermedad. Así, salud es "el estado del ser orgánico que ejerce normalmente todas las funciones", mientras enfermedad se refiere a la "alteración más o menos grave de la salud". ([www.saludmed.com/Salud](http://www.saludmed.com/Salud))

Reuniendo los aportes señalados en líneas anteriores, pienso que la definición de salud debe tomar en cuenta el bienestar del ser humano en su totalidad tanto en el aspecto físico, emocional, mental como social, lo cual le permite al individuo adaptarse y desempeñarse satisfactoriamente como una entidad completa en el mundo que le rodea. Si uno de estos componentes tiene alguna carencia, no se puede hablar de salud.

### **2.2.2 Síntomas psicósomáticos**

Entre los síntomas psicósomáticos que presenta el síndrome de burnout, y que afecta a la salud física y psicológica de las personas que lo sufren, están:

En lo que respecta al grupo de manifestaciones psicósomáticas es amplio y de persistir la situación estresante, podría desembocar en la instauración de patología somática. Estas manifestaciones psicósomáticas se las puede agrupar en:



- Algas. Como dolor precordial, pinchazos en el pecho, dolores cervicales y de espalda, dolor de estómago y jaqueca, dolores crónicos.

- Neurovegetativas. Como taquicardias, palpitaciones, hipertensión, calambres y temblor de manos, problemas circulatorios.

- Fenómenos psicósomáticos tipificados. Como crisis asmáticas, alergias, desórdenes digestivos, úlcera gastroduodenal, estreñimiento, diarrea.

- Otras manifestaciones: Catarros continuos, mayor frecuencia de infecciones, fatiga, alteraciones menstruales e insomnio, manos y pies fríos, alteraciones en el peso, problemas sexuales, aumento de ciertas determinaciones analíticas (colesterol, glucosa, triglicéridos, ácido úrico, etc.)

(Tomado de [http://factorespsicosociales.com/segundoforo/trabajos\\_libres/URIBE-GARCIA-PICHARDO-ETAL.pdf](http://factorespsicosociales.com/segundoforo/trabajos_libres/URIBE-GARCIA-PICHARDO-ETAL.pdf))

### 2.2.3 Ansiedad e insomnio

La ansiedad y el insomnio, según su incidencia en la persona, puede ser un aviso de presencia del síndrome de burnout, debido a que la ansiedad y el insomnio se relacionan estrechamente ya que el uno puede provocar el otro.

En este contexto se define lo que es ansiedad e insomnio. **La ansiedad** es un estado desagradable de temor que se manifiesta externamente a través de diversos síntomas y signos, y que puede ser una respuesta normal o exagerada a ciertas situaciones estresantes del mundo en que vivimos, aunque también puede ser una respuesta patológica y anormal producida por diversas enfermedades médicas y/o psiquiátricas.

La ansiedad supone una sobreactivación del sistema de alarma del organismo lo cual genera una completa incapacidad para poder dormir, por eso es uno de los principales responsables de los problemas de insomnio, especialmente el llamado insomnio de conciliación, en el cual la persona tarda mucho tiempo en poder conciliar el sueño.

Las características de la ansiedad son hipervigilancia e hiperactividad del sistema nervioso, así como un estado de tensión motora constante, tensión muscular manifestada por dolor de cabeza, incapacidad de relajación, agitación, dificultades para conciliar el sueño, palpitaciones, molestias estomacales, dificultad en la respiración, aprensión, preocupaciones, y dificultad en la atención y concentración.

En tanto **el insomnio** es un desorden del sueño causado generalmente por la tensión en cualquier área de la vida, sea personal o profesional lo que sobreviene en ansiedad. Cuando no se obtiene el descanso necesario para la mente, entonces el cerebro no piensa claramente y sin embargo sigue intentándolo; en este proceso se puede sufrir ataques de ansiedad. El mismo proceso sucede al revés cuando se sufre ataques de ansiedad se experimenta problemas en el patrón del sueño, lo cual causa el insomnio. Por lo tanto, tratar uno de los dos desórdenes generalmente resolverá el otro con el mismo proceso.

Existen diferentes tipos de insomnio:

*Insomnio de conciliación:* Como se ha comentado al principio, es la incapacidad para dormirse una vez que la persona se ha acostado con esta intención. Puede tardar varias horas hasta que finalmente se duerme.

*Insomnio de mantenimiento o despertares múltiples:* En este tipo de insomnio la persona se duerme con normalidad pero al poco rato se despierta, y a lo largo de la noche tiene múltiples despertares que impiden que tenga un sueño reparador.

*Insomnio de despertar precoz:* La persona duerme poco tiempo despertándose muy pronto por la mañana y siendo incapaz de volver a conciliar el sueño. Pero no ha descansado lo suficiente, por lo que durante el día tendrá somnolencia.

Principalmente la ansiedad afecta al insomnio de conciliación y al de despertar precoz, dentro del insomnio de conciliación el principal inconveniente son las rumiaciones, que consisten en darle vueltas a la cabeza pensando en un tema de forma repetitiva.

Existen múltiples técnicas psicológicas para combatir la ansiedad y eliminar los problemas de insomnio, por lo tanto es conveniente consultar con un profesional médico,

ya que tratadas a tiempo la ansiedad como el insomnio tienen solución y se puede estar previniendo el burnout.

(Tomado de página: <http://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/ansiedad-e-insomnio/>)

#### **2.2.4 Disfunción social en la actividad diaria**

En general “una disfunción es el desarreglo o alteración en el funcionamiento de un sistema u organismo predeterminado en una o más operaciones que le correspondan”. La disfunción social se manifiesta fundamentalmente por dificultades en la interacción social y recíproca así como en la capacidad para entablar relaciones sociales.

El síndrome del burnout también afecta a las relaciones sociales sea en el ámbito de trabajo o del hogar, lo que conlleva a graves consecuencias físicas y psicológicas. Los síntomas somáticos y emocionales que se presentan con el burnout terminan invadiendo la vida social y familiar del afectado quien prefiere aislarse y poco a poco quedarse solo, según él, en busca de tranquilidad; sin embargo esta actitud, lejos de ayudar, propicia que se ahonde más este síndrome afectando directamente la vida social del individuo y por ende al rendimiento en el trabajo y las actividades cotidianas.

Entonces la disfunción social se presenta luego de la aparición de pequeñas alteraciones emocionales que pueden complicarse si no se trata a tiempo. Estas alteraciones pueden ser episodios de ansiedad o depresión, irritabilidad, baja autoestima y bajo grado de satisfacción en el trabajo.

La disfunción social se manifiesta con síntomas tales como sentimientos de soledad, de alienación, de impotencia, ansiedad, cinismo, apatía, hostilidad, indiferencia, irritabilidad, entre otros, los cuales afectan la autoestima y personalidad del individuo causando aislamiento, incapacidad para tomar decisiones, problemas de aprendizaje, de olvido lo que provoca en las personas deseos de estar solos e incomunicados derivando en conflictos sea con sus compañeros de trabajo, familiares o amigos, lo cual repercute gravemente en las relaciones interpersonales y por ende en el trabajo.

Debido a que la disfunción social afecta notablemente al individuo, es preciso destacar que el relacionarse con quienes convergen alrededor es fundamental para complementar los recursos individuales que permiten la adaptación a situaciones nuevas o de necesidad sea en el ámbito laboral como familiar.

### **2.2.5 Depresión y Tipos de depresión**

La depresión es un trastorno médico serio que afecta el organismo, el estado de ánimo y los pensamientos. Afecta la manera de comer y dormir, la percepción que uno tiene de sí mismo y la manera de pensar. Un trastorno depresivo no es lo mismo que un sentimiento de decaimiento pasajero. No es una señal de debilidad personal ni una afección que puede desaparecer con sólo desearlo. Las personas que tienen depresión no mejoran por sí solas. Sin tratamiento, los síntomas pueden durar semanas, meses o años. Sin embargo, con un tratamiento apropiado, que generalmente incluye medicamentos y/o psicoterapia a corto plazo, la mayoría de personas que sufren de depresión mejoran.

Cualquier persona puede sufrir depresión, sin importar su edad, grupo étnico, estado socioeconómico o género; sin embargo, los estudios de investigación en gran escala han descubierto que el doble de mujeres sufren de depresión con respecto a la cantidad de hombres afectados por esta enfermedad. En los Estados Unidos, los investigadores calculan que cada año el 12% de mujeres (más de 12 millones de mujeres) y casi el 7% de hombres (más de seis millones de hombres) sufren de trastornos depresivos. No obstante, no está claro el por qué la depresión afecta de manera desigual a los hombres y a las mujeres.

Según refiere el CIE-10 dentro de los episodios depresivos están: episodio depresivo leve, moderado y grave, los mismos que pueden presentar o no síntomas somáticos.

Durante los últimos veinte años, la investigación biomédica incluyendo la genética y la de neuroimagen han ayudado a comprender mejor ciertos aspectos de la depresión y otros trastornos mentales. Ahora se entiende mejor el cerebro, cómo la bioquímica cerebral puede ser alterada y cómo aliviar el sufrimiento que causan los trastornos mentales. La tecnología de imágenes del cerebro ahora permite que los científicos

observen directamente cómo un tratamiento eficaz con medicamentos o psicoterapia produce cambios de la actividad cerebral. ([www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol](http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol))

### 2.2.5.1 Tipos de depresión

Los tres tipos de depresión más comunes son: trastorno depresivo mayor, distimia y trastorno bipolar. En cada uno de estos tres tipos de depresión, el número, la gravedad y la persistencia de los síntomas varían. De acuerdo a lo que señala el CIE-10:

**La Depresión Mayor o Trastorno Depresivo Mayor:** se manifiesta con una combinación de síntomas que incluyen un estado de ánimo deprimido o una pérdida de interés o placer en casi todas las actividades que interfieren con la capacidad de trabajar, estudiar, dormir, comer y disfrutar de las actividades que antes eran placenteras. Un episodio depresivo mayor puede ocurrir una sola vez, pero con frecuencia ocurren varios episodios durante el transcurso de la vida. En el caso de depresión mayor crónica, es posible que la persona afectada necesite continuar con el tratamiento indefinidamente. Durante un episodio depresivo grave no es probable que el enfermo sea capaz de continuar con su actividad laboral, social o doméstica más allá de un grado muy limitado.

**Distimia o Trastorno distímico:** Es un estado de ánimo crónicamente deprimido que está presente la mayor parte de la vida de las personas durante al menos dos años. Quienes presentan distimia tienen a menudo días o semanas en los que refieren encontrarse bien, pero durante la mayor parte del tiempo (frecuentemente durante meses seguidos) se sienten cansados y deprimidos, todo les supone un esfuerzo y nada les satisface. Están meditabundos y quejumbrosos, duermen mal y se sienten incapaces de todo, aunque normalmente pueden hacer frente a las demandas básicas de la vida cotidiana. La distimia pone a la persona en riesgo para desarrollar una depresión mayor.

**Trastorno Bipolar:** Se trata de un trastorno que se caracteriza por la presencia de episodios reiterados (es decir, al menos dos) en los cuales el estado de ánimo y los niveles de actividad del enfermo están profundamente alterados, de forma que en ocasiones la alteración consiste en una exaltación del estado de ánimo y un aumento de la vitalidad y del nivel de actividad (manía o hipomanía) y en otras, una disminución del estado de ánimo y un descenso de la vitalidad y de la actividad (depresión). Se denomina

también como trastorno maníaco-depresivo. Éste no es tan frecuente como los otros trastornos depresivos. Cuando una persona está en la fase depresiva del ciclo, puede padecer de uno, de varios o de todos los síntomas del trastorno depresivo. Cuando está en la fase maníaca, la persona puede estar hiperactiva, hablar excesivamente y tener una gran cantidad de energía. La manía a menudo afecta la manera de pensar, el juicio y la manera de comportarse con relación a los otros. Puede llevar a que el afectado se encuentre en graves problemas y situaciones embarazosas.

Otras formas comunes de depresión abarcan:

- **Depresión posparto:** muchas mujeres se sienten deprimidas después de tener el bebé, pero la verdadera depresión posparto es poco común.
- **Trastorno disfórico premenstrual:** se denomina así al conjunto de síntomas depresivos que ocurren una semana antes de la menstruación y desaparecen después de menstruar.
- **Trastorno afectivo estacional:** se presenta durante las estaciones de otoño e invierno, según los estudiosos debido a la falta de luz solar. Luego desaparece durante la primavera y el verano. ([www.depresion.uady.mx](http://www.depresion.uady.mx))

### 2.2.6 Investigaciones realizadas

Existe un sinnúmero de investigaciones sobre la relación entre burnout y salud, especialmente como afecta este síndrome en profesionales de la medicina y docentes, de las cuales se cita seguidamente algunas:

- La investigación titulada “El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud” realizada por la Lic. Marylin Bianchini Matamoros de Costa Rica, donde presenta un resumen de datos obtenidos de diferentes fuentes, en relación con investigaciones realizadas sobre los efectos negativos de dicho síndrome en el personal profesional de la salud, especialmente el que tiene que ver directamente con la atención al paciente.

- Síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario, realizada por Camponovo Meier, Olga E.; Morín Imbert, Patricia M. E. ,

quienes manifiestan: “En la actualidad, en la ciudad de Rosario se ha comenzado a dar un espacio importante a la investigación de los síntomas psicofísicos que surgen de la vivencia cotidiana, dentro del ambiente institucional de salud. En esa línea y en el contexto de un hospital de dependencia pública y de alta complejidad, las autoras se propusieron desarrollar este trabajo ante ciertas evidencias surgidas de la práctica diaria que abonaban la hipótesis de la existencia del Síndrome de Burnout entre los miembros de su personal. La singular importancia y trascendencia del problema en un hospital público de alta complejidad orientarán a estudiar las diferentes manifestaciones del síndrome en los agentes de salud, según el perfil profesional y funciones desempeñadas, e identificar factores de riesgo relacionados a su padecimiento. Para ello, ha seleccionado una muestra probabilística estratificada constituida por 63 médicos y 64 enfermeros. Las dimensiones del síndrome de burnout más afectadas en ambas profesiones fueron despersonalización, agotamiento emocional y consecuencias del burnout, destacándose una mayor afectación para los que desempeñaban funciones asistenciales.”

- Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un Hospital de Madrid, Romana Albaladejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P Astasio, ME Calle y V. Domínguez.- Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia. Facultad de Medicina de la Universidad Complutense de Madrid. Madrid 28040, señala: “Los estudios de trastornos psicósomáticos han demostrado la interacción de mente y cuerpo en todos los aspectos que analizan la Salud-Enfermedad; cada vez es más generalizada la tendencia a considerar que el estrés emocional contribuye a las enfermedades fisiológicas y viceversa”.

- Investigaciones acerca de Salud Laboral, Investigaciones realizadas en Colombia por Verónica Andrade Jaramillo de la Pontificia Universidad Javeriana - Cali (Colombia), Ingrid Carolina Gómez, Universidad del Valle - Cali (Colombia) manifiestan: “Este documento muestra los resultados de una revisión documental realizada con 34 artículos (19 empíricos, 15 teóricos), relativos al tema salud laboral, llevados a cabo en Colombia y publicados, la mayoría, en revistas científicas colombianas a partir de los años 90. Tiene como objetivos dar cuenta de manera general sobre las temáticas relacionadas con la salud laboral, que se han investigado en los últimos años en Colombia, y evidenciar la relevancia que tiene, dentro del estudio de este tema, la investigación e intervención desde las Ciencias Sociales y de la Salud. Se encontró que existe un desarrollo lento, respecto a

otros países, en investigaciones sobre el tema, pero que refleja la influencia de las nuevas tendencias del trabajo en la temática. Se concluye que debe promoverse la realización de una investigación que contemple metodologías mixtas y de corte longitudinal para una mayor comprensión de los fenómenos, así como fortalecer la conexión entre la academia y las organizaciones a fin de realizar investigaciones que den soluciones a problemáticas específicas de la relación salud-trabajo.”

El concepto de salud laboral ha ido desarrollándose, a lo largo de los años, en la medida en que las condiciones y medio ambiente de trabajo han intentado definirse progresivamente a favor de la salud de los trabajadores. Mañas (2001) señala que las condiciones de trabajo pueden influir positiva o negativamente en la salud, aumentando el nivel de ésta o causando la pérdida de la misma. Los daños a la salud de los empleados se concretan en enfermedades del trabajo (enfermedad profesional y enfermedad vinculada al trabajo) y accidentes laborales, aunque también existen otras expresiones de las malas condiciones de trabajo (Gómez, 2007).

Como acotación personal, pienso que la salud requiere especial atención en todo momento de nuestra vida, por eso es necesario empezar a adoptar una cultura de prevención contra las enfermedades que en cualquier momento pueden atacar y más hoy en día que el estrés acosa y es una de las causas principales que aquejan emocionalmente y psicológicamente conllevando a que el organismo se sobrecargue de trabajo en una lucha constante por defenderse y protegerse, lo cual hace que la salud se vea deteriorada y por consiguiente se originen enfermedades crónicas que limitan la vitalidad para llevar normalmente a cabo las actividades diarias. Por esta razón se debe profundizar en más investigaciones acerca de cómo afecta a nuestra salud mental y física el burnout y con ello buscar estrategias de prevención, y de intervención si ya está presente este síndrome.

### **2.3 BURNOUT Y AFRONTAMIENTO**

El afrontamiento es un elemento muy importante para resistir al síndrome de burnout, ya que según señala la literatura el afrontamiento es considerado como un mecanismo estabilizador para el individuo, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. Considerando que el síndrome



de burnout es una consecuencia del estrés laboral al que se encuentra sometido el profesional, y ante la sintomatología a nivel físico, emocional o mental la persona instintivamente necesita utilizar mucho más las diferentes clases de afrontamiento existentes para protegerse de un daño mayor, a fin de poder manejar la situación estresante y continuar con las tareas cotidianas.

### **2.3.1 Definición de afrontamiento**

En cuanto a lo que significa afrontamiento, a continuación se cita algunas definiciones de diferentes autores que opinan al respecto:

Lazarus y Folkman (1986) definieron el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas específicas que son valoradas como situaciones que exceden o desbordan los recursos de una persona. Un afrontamiento adecuado a una situación determinada conduce a un ajuste adecuado, y como evidencia de la adaptación se encuentra el “bienestar, el funcionamiento social y la salud somática” (Lazarus, DeLongis, Folkman & Gruen, 1985) ([www.psicosocial.net/de/centro-de.../94-estrategias-de-afrontamiento](http://www.psicosocial.net/de/centro-de.../94-estrategias-de-afrontamiento))

Zeidner y Hammer (1990) definen el afrontamiento “como características o conductas en curso que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición” (p. 694). ([www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000200020](http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672010000200020))

Afrontamiento es cualquier actividad que el individuo puede poner en marcha, tanto de tipo cognitivo como de tipo conductual, con el fin de enfrentarse a una determinada situación. Por lo tanto, los recursos de afrontamiento del individuo están formados por todos aquellos pensamientos, reinterpretaciones, conductas, etc., que el individuo puede desarrollar para tratar de conseguir los mejores resultados posibles en una determinada situación. ([http://www.ucm.es/info/seas/Sociedad Española para El Estudio de Ansiedad y Estrés SEAS](http://www.ucm.es/info/seas/Sociedad%20Espa%C3%B1ola%20para%20El%20Estudio%20de%20Ansiedad%20y%20Estr%C3%A9s%20SEAS))

Como aporte personal pienso que el afrontamiento es la forma como una persona trata de hacerle frente al estrés que hoy en día ataca a pasos agigantados y afecta a la salud mental y física, por tanto mediante el afrontamiento se puede intentar resistir a las contrariedades que se presentan diariamente sea en el campo profesional o personal. Ahora dependiendo del afrontamiento que se tome sea éste positivo o negativo, sin duda repercute en el comportamiento del individuo, y más aún en el tema del burnout resulta estrictamente necesaria la presencia de las estrategias de afrontamiento en sus diferentes manifestaciones como medida protectora.

### 2.3.2 Teorías de afrontamiento

#### Teoría de afrontamiento, estrés y procesos cognitivos

Lazarus sugirió que el estrés fuera tratado como un concepto organizador, y utilizado para entender un amplio grupo de fenómenos de gran importancia en la adaptación humana y animal. Para este autor, el individuo enfrenta el estrés a través del enjuiciamiento funcional de la actividad psíquica, y depende de fuerzas conscientes que se configuran como producto de una apreciación intuitiva de las demandas, los recursos y los resultados predecibles de la interacción con el medio, de acuerdo con modos peculiares de procesar la información y de integrar las experiencias. La teoría de Lazarus dice que el estrés psicológico es una relación particular entre el individuo y su entorno, evaluado por éste como agravando o desbordando sus recursos, y que pone en peligro su bienestar. Esta definición considera como fundamental la relación individuo- entorno. Así, cuando un individuo ha tenido alguna experiencia con algún agente estresante, el enfrentarse a una situación similar sea quizá menos estresante que la primera vez. Ello porque en su conciencia tiene la evaluación primaria de la situación y los procesos de afrontamiento serán más eficientes, con grandes posibilidades de que no se produzca un trastorno. La evaluación cognitiva es el proceso evaluativo que determina el por qué y hasta qué punto una relación o una serie de relaciones entre el individuo y el entorno es estresante. Esta evaluación es el proceso que determina las consecuencias que un acontecimiento dado provocará en el individuo. La respuesta emocional y conductual desarrollada por un sujeto ante un acontecimiento depende de la forma en que éste lo analice. (Martínez Pérez Anabella, 2010)

### Teoría de afrontamiento

Tal como lo define Lipowsky, el afrontamiento serían las estrategias que pone en juego el individuo ante un problema para mantener su integridad física y psicológica. La capacidad de afrontamiento de una persona depende de su trayectoria personal y de los valores y las creencias que ha ido incorporando con los años. Hablar de un proceso de afrontamiento significa hablar de un cambio en los pensamientos y actos a medida que la interacción va desarrollándose; por lo tanto, el afrontamiento es un proceso cambiante en el que, el individuo en determinados momentos debe contar principalmente con estrategias, ya sean defensivas o con otras que sirvan para resolver el problema, todo a medida que vaya cambiando su relación con el entorno. El afrontamiento o coping planteado por Lazarus se define como esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que el individuo desarrolla para manejar las demandas externas y/o internas, las cuales evalúa como excedentes o desbordantes de sus propias capacidades de manejo. (Martínez Pérez Anabella, 2010)

### Teoría del afrontamiento, personalidad y burnout

A pesar de las controversias acerca de la definición del estrés, los investigadores están de acuerdo en que el "afrontamiento" es un importante moderador en los procesos de estrés, incluido el burnout. El concepto de afrontamiento se deriva, por un lado, de la experimentación tradicional con animales y, por otro lado, de la teoría psicoanalítica del ego. El modelo animal define el afrontamiento como la disminución de la perturbación psicofisiológica a través de actos que controlan las condiciones nocivas del ambiente que generan malestar. Este planteamiento ha sido criticado por simplista, ya que trata el afrontamiento como un constructo unidimensional y sus bases empíricas se basan sólo en conductas de evitación y de huida. Por otro lado, el modelo psicoanalítico de la psicología del ego define al afrontamiento como el "conjunto de pensamientos y actos realistas y flexibles que solucionan los problemas y, por tanto, reducen el estrés" (Lazarus & Folkman, 1986; 141). Obviamente, este modelo está cerca de la psicología cognitiva, que ha aportado más soluciones al problema al poner énfasis en los diversos procesos utilizados por el sujeto para manipular la relación de éste con su entorno. Una de las

formulaciones sobre la jerarquización del afrontamiento es la de Menninger (1963), quien identifica cinco recursos reguladores clasificados de acuerdo con el nivel de desorganización interna. En su planteamiento se refiere a los recursos de afrontamiento como indicadores de la desorganización, es decir que a mayor desorganización interna serán más primitivos los recursos de afrontamiento.

A partir del análisis de estos dos modelos tradicionales, Lazarus y Folkman (1986) definen el afrontamiento como esfuerzos cognitivos y comportamentales que están en constante proceso de cambio y que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas específicas evaluadas como desbordantes de los recursos propios del sujeto. (Martínez Pérez Anabella, 2010)

### **2.3.3 Estrategias de afrontamiento**

Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes, es decir las estrategias de afrontamiento se refieren a los esfuerzos, para hacer frente a las demandas internas y externas, y los conflictos entre ellas, que exceden los recursos de la persona. Estos procesos entran en funcionamiento en todos aquellos casos en que se desequilibra la transacción individuo-ambiente. Se trata de un término propio de la psicología, especialmente vinculado al estrés.

Las estrategias de afrontamiento según Lazarus y Folkman (1986) incluyen dos categorías: una que se centra en el problema y la otra centrada en las emociones.

- El afrontamiento centrado en el problema persigue un fin: la persona que tiene estrés desarrolla un plan de acción para enfrentarlo. Este engloba un conjunto de estrategias que se pueden diferenciar en dos grupos: las que se refieren al entorno y las que se refieren al sujeto. Las primeras tratan de solucionar el problema definiendo el problema, buscando soluciones y estrategias dirigidas a modificar el entorno (resolución del problema), como son los obstáculos, los recursos, los procedimientos, etc. Las estrategias que se refieren al sujeto incluyen los cambios motivacionales o cognitivos, la variación del nivel de aspiración del sujeto o el nivel de participación del yo, desarrollo de nuevas pautas de conductas, etc.

- El afrontamiento centrado en las emociones tiene como característica, regular conscientemente las emociones. Ejemplo buscar el lado positivo de una situación. Este pretende modificar el modo de vivir la situación, incluso cuando no se pueda hacer nada para cambiar lo externo. En este tipo de afrontamiento se incluyen procesos cognitivos que se encargan de disminuir el grado de trastorno emocional, entre los que destacan la evitación, minimización, distanciamiento, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos. También existen las estrategias de afrontamiento dirigidas a la emoción que no cambian el significado de la situación, por ejemplo, la atención selectiva.

La mayoría de las personas emplean las dos estrategias: centrada en las emociones y centrada en el problema. Cuando se cree que las circunstancias amenazantes no se pueden modificar se emplea la centrada en las emociones y cuando se puede modificar entonces se utiliza las centradas en el problema.

"Las formas de afrontamiento dirigidas a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud-enfermedad" (Lazarus & Folkman, 1986, p. 238). Este modo de afrontamiento se ha relacionado con niveles altos de burnout (Burke, 1998; Burke & Greenglass, 2000, citados por Hernández Zamora, Olmedo Castejón & Ibáñez Fernández, 2004).

Las estrategias de afrontamiento activas y directas dirigidas al problema (es decir, las que intentan cambiar la fuente de estrés o a sí mismos) se asocian con niveles de burnout menores que las estrategias de afrontamiento inactivas o indirectas (Burke, 1998; Burke & Greenglass, 2000; Leiter, 1991; Pines & Kafry, 1981, citados por Hernández Zamora et al., 2004). Algunas investigaciones (Ceslowitz, 1989, citado por Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999; Ceslowitz, 1999; Greenglass & Burke, 2001, citados por Hernández Zamora et al., 2004) han hallado estos resultados en personal de enfermería, encontrando que el uso de modos de afrontamiento centrados en el problema trae aparejado mayor satisfacción en el trabajo, menor cansancio emocional y por lo tanto, niveles inferiores de manifestaciones de burnout.

El cuestionario más popular para medir el afrontamiento es el COPE (Carver, 1997) con los 14 modos de afrontamiento que defienden Carver, Scheier y Weintraub (1989) que

son los modos más comunes que la gente utiliza al enfrentarse a los problemas con estrés.

Los 14 modos de afrontamiento que ofrece la medida COPE son los siguientes:

Afrontamiento Activo: hace referencia a los esfuerzos agresivos del individuo por alterar la situación requiriendo de acciones directas.

Planificación: supone realizar el análisis del problema, una búsqueda planificada de soluciones y la puesta en práctica de las acciones.

Apoyo Emocional: se busca apoyo en amigos, familiares, compañeros con el fin de aliviar la tensión emocional que produce el problema.

Apoyo Instrumental: esfuerzos por búsqueda de apoyo en profesionales que conocen soluciones técnicas al problema y que pueden brindar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.

Religión: búsqueda de apoyo en las creencias espirituales.

Reinterpretación Positiva: esfuerzos por dar un significado positivo al problema.

Aceptación de la Responsabilidad: ser consciente y consecuente con la propia implicación en el problema.

Negación: negar la existencia del problema.

Humor: «reírse del problema», hacer bromas sobre el mismo.

Autodistracción: En lugar de afrontar el problema la persona se centra en otras tareas o actividades (dormir, ver televisión).

Autoinculpación: hacerse totalmente responsable del problema.

Desconexión Conductual: evitación y desconexión del problema.

Desahogo: expresar los sentimientos negativos.

Uso de Sustancias: consumir alcohol y drogas para evitar pensar. (Morán, C. 2008. Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos. Universidad de León. <http://www.ruct.uva.es/pdf/Revista%209/9210.pdf>)

Dewe y Guest (1990) distinguen siete tipos de estrategias de afrontamiento ante situaciones de estrés laboral. La primera se centra en el problema y el resto en las emociones: 1) abordar o trabajar sobre el problema; 2) intentar que el problema no se apodere de uno; 3) descarga emocional; 4) tomar medidas preventivas; 5) recuperarse y prepararse para abordar en mejores condiciones el problema; 6) utilizar los recursos familiares; y 7) intentos pasivos de tolerar los efectos del estrés.

Estos mismos autores afirman que no hay estrategias de afrontamiento que sean válidas para todo el mundo, sino que cada persona puede elegir una u otra según su personalidad, el contexto y el momento que se encuentre. Distinguen entre estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento, asociando el estilo a los procedimientos característicos de las personas y las estrategias se asociarían más a las condiciones ambientales, refiriéndose a acciones cognitivas o conductuales realizadas en el transcurso de un episodio estresante particular. (Martínez Pérez, Anabella 2010).

### **2.3.4 Investigaciones realizadas**

El concepto de afrontamiento ha tenido importancia en el campo de la psicología durante más de 40 años. En los años 1940 y 1950 significó un concepto organizativo en la descripción y evaluación clínica y, actualmente, constituye el centro de toda una serie de psicoterapias y de programas educativos que tienen como objetivo desarrollar recursos adaptativos.

A continuación se cita algunos estudios realizados por varios investigadores:

- El trabajo titulado: Síndrome de burnout y afrontamiento en trabajadores de acogimiento residencial de menores. Autores: Cristina Jenaro-Río, Noelia Flores-Robaina y Francisca González-Gil . Universidad de Salamanca, España. Este indica lo siguiente: “Diversos estudios constatan la presencia de elevados niveles de burnout en profesionales de servicios humanos. Dicho síndrome se asocia con la accidentalidad y absentismo laborales. En este estudio ex post facto se evalúa la presencia del síndrome de burnout y

las estrategias de afrontamiento empleadas por 64 profesionales de acogimiento residencial de menores que trabajaban en diversas provincias españolas. Los instrumentos empleados fueron el MBI y el Cuestionario de Afrontamiento COPE. Los resultados confirman la existencia de una elevada tasa del síndrome en la muestra estudiada. Así mismo, los análisis correlacionales ponen de manifiesto la existencia de asociaciones significativas entre el empleo de estrategias de afrontamiento y una elevada realización personal. Los resultados justifican la necesidad de intervenir con estos profesionales, dotándoles de estrategias que les permitan hacer frente a las demandas de este tipo de trabajos y de realizar mejoras en las propias organizaciones para hacerlas más saludables.”

- “Estudio preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI) -SciELO Argentina - Scientific Electronic Library Online- Descripción: Dado que la enfermería es considerada una profesión altamente estresante y proclive a padecer el síndrome de burnout, los objetivos de este trabajo fueron medir el nivel de burnout en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI) ya que los profesionales que trabajan en estas unidades conforman un grupo de alto riesgo para desarrollar dicho síndrome, y determinar si el perfil de afrontamiento de las enfermeras difiere en función de los niveles de manifestación del burnout. Como instrumentos de medida se aplicaron el Inventario Burnout de Maslach (Maslach & Jackson, 1997) y el Inventario de Modos de Afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1986), utilizando para su evaluación la taxonomía propuesta por Moos y Billings (1982). Mediante la ejecución de un análisis multivariado de variancia (MANOVA) sobre una muestra de 53 enfermeras mujeres, de entre 24 y 54 años de edad de instituciones públicas y privadas de la Provincia de Entre Ríos (República Argentina). Las enfermeras que presentaron niveles inferiores de burnout utilizaron estrategias de afrontamiento, tales como: el análisis lógico de la situación problemática, sus causas, consecuencias y posibles soluciones como la ejecución de acciones que resuelvan el problema y el desarrollo de gratificaciones o recompensas alternativas en otro tipo de fuentes de satisfacción, por ejemplo relaciones sociales, actividades y desarrollo personal.”

- Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios (Jorge Enrique Palacio Sañudo, Carmen Cecilia Caballero Dominguez, Orlando González Gutierrez, Melina Gravini Gomez, Katherine



Paola Contreras Santos) “Resumen.- Se indagó la relación del burnout académico y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico de una muestra de 283 universitarios tomados al azar de los programas de psicología y fisioterapia de la jornada diurna de una universidad privada de Barranquilla, quienes respondieron al MBI-SS y a la Escala de Estrategias de Afrontamiento-Modificada. Los resultados mostraron que la mayoría de los estudiantes presentaban bajos niveles de burnout académico, sin embargo se corroboró que el alto agotamiento y cinismo, afectan negativamente el promedio académico; mientras que la autoeficacia ante los estudios, lo favorecía significativamente, por lo que se establece una relación negativa entre burnout y el promedio académico. Dentro de las estrategias de afrontamiento más frecuentemente utilizadas por los estudiantes, se halló la de Solución de Problemas, la cual se asocia con resultados más favorables en el promedio académico.”

#### **2.4 BURNOUT Y RELACION CON EL APOYO SOCIAL**

El apoyo social constituye la capacidad de comunicarse y de actuar con los demás en forma adecuada y efectiva, facilitando la resolución de problemas. El atraer la cooperación y coordinar con otras personas, ayuda a tener un control más amplio sobre las interacciones sociales. Por lo tanto al carecer de apoyo social sea en el entorno laboral o familiar, el individuo es propenso a desarrollar burnout, por lo que resulta fundamental contar con familiares, amigos, compañeros, directivos, con quienes se pueda conversar, compartir, solicitar ayuda, lo que sin duda contribuirá a fortalecer emocionalmente y proteger al individuo del síndrome de burnout.

El apoyo social hace sentir a las personas queridas, útiles y proporciona bienestar, lo cual aporta un estado positivo que se proyecta en todos los aspectos de nuestra vida, por eso es importante destacar la calidad de las relaciones más que su cantidad, cuanto mayor sea su calidad más cubiertas estarán las necesidades de afecto, afiliación, el sentimiento de identidad y pertenencia serán mayores y todo esto conducirá a un aumento en la calidad de vida tanto física como psicológica de la persona.

“El apoyo social es considerado uno de los recursos más importantes para manejar y enfrentar estresores cotidianos, eventos vitales o tensiones crónicas, una especie de fondo al cual recurrir en caso de necesidad. Su ausencia es, en sí misma una

fuerza de estrés o un factor que contribuye a deteriorar la salud y el bienestar, y tiene relaciones significativas con la depresión". ([www.es.scribd.com/doc/104831584/Apoyo-Social-Disminuye-Estrés](http://www.es.scribd.com/doc/104831584/Apoyo-Social-Disminuye-Estrés))

El apoyo social juega un papel importante en relación con la salud de una persona y constituye una fuente significativa que cabe utilizar en la prevención del burnout (Baruch-Feldman, Brondolo, Ben-Dayán y Schwartz, 2002; Cordes y Dougherty, 1993; Halbesleben, 2006; Hendrix, Cantrell y Steel, 1988; Leiter, 1991; Sundin, Hochwälder, Bildt y Lisspers, 2007).

El cuestionario más utilizado para medir el grado de apoyo social es el Cuestionario MOS de Apoyo Social.

#### **2.4.1 Definición de apoyo social**

Existen diferentes definiciones de apoyo social, según los investigadores del tema, como los siguientes:

El apoyo social es un elemento reductor o amortiguador del estrés. El apoyo social se define como el conjunto de provisiones expresivas o instrumentales percibidas que son proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza, añadiendo que estas provisiones se pueden producir tanto en situaciones cotidianas como de crisis ([www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111766.pdf](http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111766.pdf))

“El apoyo social también se define como el entramado de relaciones y transacciones sociales cuya función es complementar los recursos personales para permitir el afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad”.

Heaney et al. (1993) conceptualizaron el apoyo social como un recurso que utilizan las personas para afrontar situaciones estresantes. ([www.slideshare.net/javiergenero/en-mobbing-burnout-y-apoyo-social](http://www.slideshare.net/javiergenero/en-mobbing-burnout-y-apoyo-social))

Diversos estudios indican que el apoyo social se define como amistad, acceso a la información, ayuda en situaciones difíciles lo que permite a la persona reducir el estrés,

disminuir los problemas de salud, reforzar las estrategias psicológicas de supervivencia y de afrontamiento de los individuos de esas situaciones estresoras (Matthiesen et al. 2003).

House (1981) define el apoyo social como una transacción real entre dos o más individuos en la que se da (Durá y Garcés, 1991. P. 258): una implicación emocional o conexión afectiva interpersonal en la cual cada parte apoyada podría ser la que apoye a la otra cuando viva situaciones estresoras; una ayuda instrumental, esto significa algo concreto con palabras, visualización de situaciones, diseño de estrategias de conversaciones, que una parte le proporciona a la otra; información acerca de la situación que se está pasando, a fin de ayudar a comprender el problema.

Gottlieb (citado por Barrón, Lozano y Chacón, 1988) concibe el apoyo social como: “información verbal y no verbal, ayuda tangible o accesible dada por los otros o inferida por su presencia y que tiene efectos conductuales y emocionales beneficiosos en el receptor”. ([www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/.../7Psico%2010.pd...](http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/.../7Psico%2010.pd...))

En lo personal, pienso que el apoyo social significa ayuda, es decir, que al relacionarse positivamente con quienes están alrededor se obtiene un soporte que brinda confianza y apoyo para poder enfrentar de mejor manera las situaciones estresantes que presenta la vida y por lo mismo sirve de protección ante la amenaza de padecer el síndrome de burnout.

#### **2.4.2 Modelos explicativos del apoyo social**

Tradicionalmente se han propuesto dos grandes modelos para tratar de explicar la forma en la que actúa el apoyo social. Así :

##### *Teoría de los efectos principales o directos.*

Esta teoría propone que el apoyo social potencia el bienestar y la salud –estando ambos íntimamente relacionados– y con independencia del nivel de estrés experimentado por las personas. Esta perspectiva ha sido respaldada con abundante evidencia empírica (Caplan et al., 1975; Holahan y Moos, 1981; Lin y Ensel, 1984; Barrón y Chacón, 1992; Lu y Hsien, 1997). Por otro lado, también se ha sugerido que el aumento de la autoestima que genera el apoyo, sería el mecanismo implicado en el desarrollo de la salud y el bienestar

(Heller, Swindle y Dusenbury, 1986). Igualmente, la aparición de otros mecanismos de actuación que ayudan a la persona a evitar experiencias negativas o la exposición a acontecimientos estresantes, también se han propuesto como potenciadores del bienestar (Thoits, 1985; Cohen, Teresa y Holmes, 1985). Desde esta teoría Vaux (1988) propone cinco mecanismos que explican sus efectos directos:

1. Participación social. Dicha participación posibilita el desarrollo de roles que incrementan la sensación de poder y autoestima.
2. Pertenencia. La sensación de pertenencia a un grupo o comunidad aumenta el bienestar personal.
3. Estima social. El autoconcepto y la autoestima también dependen del juicio que los demás emitan de nosotros.
4. Eventos placenteros. La pertenencia a redes sociales y el contacto con los demás proporciona experiencias agradables y positivas que influyen en el bienestar.
5. Identidades sociales. El contacto con estas redes y los demás permiten la aparición y desarrollo de identidades sociales (amistades, profesionales, familiares, etc.) que influyen en una satisfactoria participación social.

Entonces según el modelo del efecto directo, se dice que el apoyo social es positivo para un individuo independientemente de la presencia de estrés, debido a que este apoyo tiene el efecto de incrementar el bienestar emocional y físico de los individuos, o de disminuir la probabilidad de efectos negativos en tales situaciones.

*Teoría del efecto amortiguador o de los efectos protectores («buffering effect»).*

Según la “hipótesis del efecto amortiguador” (Durá y Garcés, 1991), el apoyo social modula la relación entre los estresores laborales y el burnout: esta relación o impacto será fuerte si existe un bajo apoyo social, mientras que la relación o impacto entre los estresores y el burnout será débil si la persona dispone de un elevado apoyo social (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al, 2001). Etzion (1984) confirmó esta hipótesis demostrando que el apoyo social modula el efecto del estrés laboral sobre el burnout, ayudando a los individuos a enfrentar y superar situaciones estresantes.

Desde esta teoría se sostiene que el apoyo social amortigua los efectos negativos del estrés y otros factores sobre el individuo. Igualmente, esta perspectiva ha contado con un amplio respaldo empírico (Thoits, 1982; Lakey y Heller, 1988; Pierce, Frone, Russel y Cooper, 1996). Esta teoría sugiere que las situaciones de estrés psicosocial inciden en personas con bajos niveles de apoyo social. En el caso de personas que muestran altos niveles de apoyo, sus efectos serán inferiores o nulos. Lo cual ejercería una función de amortiguación de los efectos negativos derivados del estrés. En este modelo se señala que el apoyo social interviene como variable "mediadora" en la relación entre estrés y enfermedad. Cohen (1988) a partir de esta teoría propone cuatro submodelos basados en la integración social:

- Modelos basados en la información. Disponer de un amplio círculo social de relaciones permite acceder a mayor cantidad de información relevante. Esto, va a favorecer que se eviten situaciones de riesgo, así como la adopción de conductas saludables.

- Modelos de identidad y autoestima. La integración en una red social que aprecia y valora a la persona, fomenta el desarrollo de la propia identidad y de la autoestima personal.

- Modelos de influencia social. La integración en la red social conlleva estar influenciado por la misma, favoreciendo el bienestar, pues uno siente que comparte características con los demás y al mismo tiempo, siente el respaldo de los valores compartidos.

- Modelos de recursos tangibles. Formar parte de la red social permite que la persona pueda acceder a recursos materiales y económicos necesarios (vivienda, dinero, comida, etc.), limitando su exposición a factores de riesgo.

En cualquier caso, ambos modelos poseen validez en la explicación de los efectos beneficiosos del apoyo social y por otro lado, los resultados encontrados por Frydman (1981) y Kessler y Essex (1982) con medidas estructurales muestran que el apoyo social presenta tanto efectos directos como de protección. (Tomado de Tesis Doctoral APOYO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER INMIGRANTE EN MÁLAGA por Juan Manuel Domínguez Fuentes, Málaga 2006).

### **2.4.3 Apoyo social percibido**

El apoyo social percibido se define como la apreciación que tiene el individuo en su interior acerca del apoyo que posee de parte de quienes forman parte de su vida y que sin duda puede contar con ellas cotidianamente o en momentos estresantes lo cual le proporciona un nivel de bienestar; es decir es la percepción subjetiva de que se es querido, amado, respetado, valorado, considerado, apoyado por las personas con quienes se tiene relación, sea parientes, vecinos, parejas, conocidos, compañeros de trabajo, profesionales de la salud o miembros de instituciones religiosas o asociaciones lo cual hace que el individuo sea más resistente para enfrentarse a los conflictos que se puedan presentar en cualquier aspecto de la vida diaria.

Así este tipo de apoyo no sólo protege a la persona frente al impacto negativo del estrés, sino que puede reducir los síntomas depresivos que pueden ocasionar burnout.

Según la literatura el apoyo social percibido hace referencia a dos tipos de informes subjetivos:

1. Apoyo Social Recibido: evaluación que realiza el receptor de apoyo en relación al apoyo recibido.

2. Apoyo Social Previsto: evaluación del apoyo ofrecido por parte de quien lo provee.

Desde una perspectiva psicológica y funcional, la evaluación que realizan las personas del apoyo social, se encuentra condicionado por la percepción subjetiva de “ser apoyado” y por la experiencia vivida a través del apoyo real en situaciones específicas (Quiles y Terol, 2009, citado en [es.scribd.com/sectionized/57252238/9](https://es.scribd.com/sectionized/57252238/9))

### **2.4.4 Apoyo social estructural**

Este apoyo se refiere a como está organizada la red social de la persona, sin tener en cuenta la función que cumplen. Se cree que los beneficios de las redes son directamente proporcionales a su tamaño, densidad, dispersión geográfica y que tener una relación es equivalente a obtener apoyo de la misma. La importancia de esta perspectiva

radica en que ofrece datos completos acerca de la potencialidad del ambiente social para ofrecer funciones de apoyo a sus miembros, y es imprescindible para comprender los contextos en que puede surgir el apoyo. La estructura de la red social de un individuo determina la disponibilidad potencial de ayuda emocional y material.

En este aspecto House y col. manifiestan que el concepto de apoyo social incluye dos diferentes estructuras de relaciones sociales, y tres tipos de procesos sociales. ([www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145012/196832](http://www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145012/196832))

Los elementos estructurales son: a) el grado de integración/aislamiento, esto es la existencia y cantidad de relaciones sociales; y b) la estructura de la red social, esto es, las propiedades estructurales (densidad, reciprocidad, multiplicidad y otras), que caracteriza a un conjunto de relaciones sociales dado.

Los tres procesos identificados son: a) el control social, esto es, la cualidad reguladora y/o controladora de las relaciones sociales; b) las demandas y conflictos relacionales, que se refiere a los aspectos negativos y conflictivos del apoyo social; c) el apoyo social en sí mismo, que se refiere a la asistencia emocional o instrumental de las relaciones sociales.

En definitiva el apoyo social estructural tiene que ver con la integración social o sea el número de personas que conforman el círculo social y la vinculación afectiva, es decir el grado de amistad, de pertenencia a grupos, de la relación con los compañeros de trabajo. En este tipo de apoyo tiene gran importancia los grupos ya que estos ayudan a ampliar la red social de la persona y con esto se fortalece tanto la salud física como psicológica del individuo.

#### **2.4.5 Investigaciones realizadas de apoyo social**

En lo que se refiere a la relación entre el apoyo social y el burnout, diversas investigaciones muestran que un apoyo social inadecuado, la ausencia de éste, o que no se brinda, facilita su aparición y el desarrollo de enfermedades. También se ha encontrado que los compañeros de trabajo y el jefe inmediato constituyen fuentes de apoyo importantes, asociadas con una menor incidencia de burnout. En general, la literatura

sobre apoyo social en el trabajo permite afirmar que éste ha sido el recurso más investigado en su relación al burnout y que la evidencia en relación con la importancia de la falta de apoyo es fuertemente consistente, especialmente en la falta de apoyo que brindan los jefes o supervisores más que en la falta de apoyo de los compañeros de trabajo.

La mayoría de investigaciones se han centrado en la relación existente entre burnout y apoyo social en trabajadores de la salud que laboran en servicios hospitalarios señalando la importancia del apoyo social de compañeros, supervisores, amigos íntimos y familiares en la prevención del burnout.

Tradicionalmente, el impacto del apoyo social en el burnout se ha analizado en relación con el proporcionado por los vínculos formales, y se ha prestado escasa atención al procedente de las relaciones más cercanas, como los familiares y los amigos íntimos.

Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental —dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones.

A continuación como referencia se cita un artículo publicado en la Revista de Salud Pública vol. 31 no. 4 São Paulo Aug. 1997 titulada “La investigación sobre apoyo social en salud: situación actual y nuevos desafíos”. Autores Roberto Castro, Lourdes Campero y Bernardo Hernández.- Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinares/UNAM. Cuernavaca, Mor.- México (R.C.), Instituto Nacional de Salud Pública, Centro de Investigación en Salud Poblacional. Cuernavaca, Mor,-. México (L. C., B. H.). La categoría de “apoyo social” ha permitido desarrollar toda una corriente de investigación que busca explicar algunas de las diferencias existentes en la distribución de ciertas enfermedades tanto físicas como mentales. El concepto de apoyo social presenta varios problemas que es preciso resolver. Este artículo discute algunos de estos problemas, y muestra la posibilidad de enriquecer el tema desde una perspectiva sociológica. Se discute el origen



conceptual del término y se analizan diversas definiciones del mismo. Se analiza las formas en que la investigación reciente ha tratado de vincular la disponibilidad de apoyo social con la existencia de ciertos niveles de salud y enfermedad, entre otros. Para ilustrar este argumento, se discute el caso de la atención, entendida como una forma de apoyo social, y se muestra que la distribución de la misma está determinada socialmente. Se finaliza con una reflexión sobre la necesidad de integrar diversos enfoques teórico-metodológicos como condición necesaria para lograr nuevos avances en el estudio del apoyo social”.

## **2.5 BURNOUT Y RELACION CON LA PERSONALIDAD**

El aspecto dinámico de la personalidad permite apreciar que todos los seres humanos experimentan intercambios de modo constante con el medio que los rodea, un proceso que sólo se interrumpe con la muerte. En cuanto a las formas de pensar y de actuar, muestran que la personalidad está compuesta por una vertiente interna (pensamiento) y otra vertiente de carácter externo (simbolizado en la conducta).

La personalidad individual se describe en función de características como la confianza en sí mismo, autoridad, autonomía, sociabilidad, agresividad, estabilidad emocional, afiliación y adaptabilidad. Y considerando que la personalidad tiene que ver con la salud positiva o ausencia de la misma, y por lo mismo se relaciona con enfermedades sean éstas físicas o psicológicas, se puede manifestar que existe una importante relación con el burnout, ya que dependiendo de la personalidad de la persona, ésta puede ser más vulnerable ante el estrés y por ende presentar los síntomas característicos del burnout.

### **2.5.1 Definición de personalidad**

Los investigadores de la personalidad han establecido distintos tipos de definiciones para el concepto de personalidad. Así se encuentra las presentaciones de tipo **aditivo**, que se construyen en base a la sumatoria de un conjunto de rasgos característicos; la perspectiva **integradora**, la cual resalta el estilo ordenado de esa

adición; la definición **jerárquica**, que admite la integración de los elementos contemplados en la personalidad, pero estipulan la preponderancia de ciertos rasgos sobre otros; y las definiciones **de ajuste al medio**, que también parten de una integración de elementos, pero que consideran que la organización se realiza según el entorno donde se mueve cada persona.

La personalidad es una estructura de carácter psicológico que hace referencia al conjunto de rasgos distintivos de un individuo. El experto de origen estadounidense Gordon Allport ha definido a la noción de personalidad como aquella alineación dinámica de los sistemas psicofísicos que permite establecer un modo específico de actuar y de pensar. Esta organización, sostiene Allport, varía de un individuo a otro ya que depende de la clase de adaptación al entorno que establezca cada persona.

La personalidad es un constructo psicológico, con el que se refiere a un conjunto dinámico de características de una persona. Pero nunca al conjunto de características físicas o genéticas que determinan a un individuo, es su organización interior la que hace actuar de manera diferente ante una o varias circunstancias.

Kotler (1996) define personalidad como: "Las características psicológicas y distintivas de una persona que conducen a respuestas a su ambiente, relativamente consistente y permanente."

Freud, define a la personalidad como la integración del ello, el yo y el superyo.

L. Haro Ledo, señala que la personalidad es el conjunto de características físicas y psíquicas y culturales que hacen a cada ser humano diferente a todos los demás.

Como aporte personal pienso que la personalidad es la forma usual de ser, pensar, creer y comportarse que cada ser humano tiene. Es decir es el estilo de pensamiento y conducta que nos caracteriza y distingue a unos de otros y por lo mismo hace actuar de diferentes maneras ante las circunstancias diarias.

### 2.5.2 Tipos de personalidad

Los tipos de personalidad se han propuesto desde la antigüedad hasta los tiempos modernos.

En la antigua Grecia, Hipócrates considerado como el padre de la medicina, creía que la vida afectiva e impulsiva, como todas las otras manifestaciones de la vida se hallaban regidas por cuatro humores o líquidos que eran: la sangre, flema, bilis y la atrabilis o bilis negra, por esto estableció la siguiente clasificación:

- TIPO SANGUINEO.- Optimista, alegre, le gusta los placeres de la buena mesa y los deportes, gran sentido práctico.
- TIPO MELANCOLICO.- Triste, deprimido, tímido, aislado, introvertido, descontento, meditativo.
- TIPO COLERICO.- Irascible, audaz, reacciones inmediatas, impulsivas, violentas, inestables, poco rencoroso, generoso, servicial.
- TIPO FLEMATICO.- Frío, perseverante, ordenado, metódico, logra siempre lo que se propone, negativo y económico, digno de fe, es apático.

Estos tipos de personalidad propuestos por Hipócrates han servido de base para que diferentes autores formulen varias teorías acerca de la personalidad, como el psicólogo inglés de origen alemán Hans Eysenck quien propuso un modelo de la personalidad que se plantea segmentado en tres dimensiones: psicoticismo, extraversión y neuroticismo. Por sus iniciales, este tipo de estudio se conoce como el modelo PEN.

**Extraversión** es la tendencia de una persona a ser abierta, bulliciosa, sociable, con necesidad de establecer relaciones. En el polo opuesto está la introversión que se caracteriza por la tendencia a inhibirse, la timidez, evitando situaciones incómodas o no previstas, que impliquen una interacción social y procuren el aislamiento del individuo. La mayoría de las personas se sitúan en un término intermedio, aunque se tiene tendencia hacia alguno u otro de estos lados.

El **neuroticismo**, es un rasgo psicológico relativamente estable y que define una parte de la personalidad, el cual conlleva, para quien puntúa alto en este rasgo: inestabilidad e inseguridad emocional, tasas elevadas de ansiedad, estado continuo de preocupación y tensión, con tendencia a la culpabilidad y generalmente unido a

sintomatología psicosomática. Estas personas suelen tener una percepción sesgada hacia acontecimientos negativos que les permitan continuar con sus preocupaciones y pensamientos negativos.

El **psicoticismo**, es una dimensión sobre la vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía. Las personas se muestran fríos, egocéntricos e irresponsables, pero también son más creativos, objetivos, realistas, competitivos, originales y críticos.

### 2.5.3 Patrones de conducta

Un patrón de conducta es un modelo que integra rasgos de personalidad, creencias, actitudes, conductas y una determinada activación fisiológica. Los patrones de conducta se los puede relacionar a una serie de ideas, creencias, o puntos de vista que se encuentran en el inconsciente, y que son la base sobre la cual se toma todas las decisiones, las cuales finalmente son las que mueven en un sentido u otro al individuo. Tradicionalmente, se han definido tres tipos de patrones de conducta, a su vez, relacionados con diferentes trastornos de salud, estos son los tipos A, B, y C.

#### 2.5.3.1 Patrón de conducta tipo A

El patrón de conducta tipo A resulta de la interacción entre ciertos rasgos de personalidad y características del medio ambiente. Se considera un patrón de conductas de afrontamiento a las demandas del entorno, —percibido como desafiante—.

Desde su formulación, en 1959, por parte de los cardiólogos Friedman y Rosenman, se asocia este patrón de conducta con la tendencia a desarrollar la enfermedad coronaria. Estos investigadores lo consideraron como: “...un complejo acción-emoción que puede ser observado en cualquier persona que se encuentra agresivamente implicada en un crónico e incesante conflicto para conseguir más y más en el menor tiempo posible, y si fuera necesario, en contra de los esfuerzos opositores de otras cosas o personas.” (Rosenman y Friedman, 1961, [www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/factores.pdf](http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/factores.pdf))

Las personas con un patrón de conducta tipo A presentan las siguientes características:

1. Desde el punto de vista de las disposiciones conductuales presenta competitividad, impaciencia, agresividad.

2. Desde el punto de vista de las conductas específicas existe hipervigilancia, altos niveles de tensión muscular, un habla rápida y enfática, una acelerada realización de las actividades.

3. Desde el punto de vista de las emociones se lo ha asociado fuertemente con la ira, expresa o reprimida, y más concretamente con la actitud cognitiva de hostilidad permanente.

Además las personas que presentan este patrón de conducta a menudo se vuelcan en su profesión, dejando otros aspectos de sus vidas descuidados. Este patrón no es un rasgo de personalidad ni una reacción puntual a una situación desafiante, sino una disposición del carácter de la persona.

Cabe indicar que el patrón de conducta tipo A es un estilo de vida aprendido que refleja patrones de conducta familiares y comunitarios que pueden presentar los siguientes rasgos: hostilidad, impaciencia, competitividad, desatención de síntomas de dolor/fatiga, control, indefensión. Todos estos rasgos se combinan con un resultado negativo para la salud.

Sin embargo, el patrón de conducta Tipo A no sólo está definido por los posibles efectos negativos en su interacción con el estrés, sino también por los positivos. Desde este enfoque, los efectos del estrés tanto positivos como negativos, se producen conjuntamente y de forma indisoluble. Los efectos positivos resultantes del Tipo A de su interacción con el estrés, se centran en conseguir reconocimiento social, obtención de bienes materiales, alta autoestima y una sensación de abundante energía fisiológica para enfrentarse a cualquier problema. En cambio, los efectos negativos serán también amplios, afectando a corto y mediano plazo a la actividad cognitiva, conductual y fisiológica; y a largo plazo episodios coronarios.

Estas características del patrón de conducta tipo A, podría llevar al individuo a padecer ansiedad, baja autoestima y depresión; y estos sentimientos podrían conducirlo a un aislamiento social y a la inmersión en sus tareas, convirtiéndolos en adictos al trabajo, lo que puede ocasionar una disminución del apoyo social y puede asociarse con el estrés

negativo creando un ambiente propicio para el desarrollo del síndrome de burnout. (<http://www.psicologosclnicos.com/articulos>)

### **2.5.3.2 Patrón de conducta tipo B**

El patrón de conducta tipo B se caracteriza por la tranquilidad, confianza, relajación, apertura a las emociones tanto positivas como negativas. El estado emocional es agradable por reducción de la activación o por activación placentera. En este patrón existe una mayor participación en los mecanismos de adaptación o respuesta al estrés; sin embargo, estos pueden ser desencadenantes, en algunos casos, de procesos neuróticos y depresivos.

Las personas que presentan un patrón de conducta Tipo B, son personas serenas, capaces de utilizar la energía necesaria para la resolución de problemas.

Se caracterizan por:

- Adaptabilidad
- Introversión
- Habla suave
- Expresión de calma
- Sin prisa
- Controlados
- Postura apacible
- Suavidad al andar, al moverse

Estas personas tienen menos probabilidad de sufrir estrés que las personas con patrones de conducta tipo A y C. - Tomado de Manejo del estrés (Manuel de Jesús González García, 2006).

### **2.5.3.3. Patrón de conducta tipo C**

El patrón de conducta tipo C describe a aquellas personas que presentan perfiles psicológicos introvertidos, reprimidos, obsesivos, que interiorizan su respuesta al estrés, pasivos, resignados y apacibles, cooperadores, sumisos y conformistas, siempre controlando las expresiones de hostilidad y deseos por obtener aprobación social. El estado emocional predominante es displacentero, con miedo, ansiedad y depresión. Tienden a ocultar sus emociones negativas y tratan de mantener una apariencia calmada y positiva ante los demás, aunque en su interior pueden sentir desesperanza y tristeza.

Este patrón de conducta hace que la persona sea poco asertiva, que se someta a los deseos de los demás y rara vez tiene en cuenta sus propios deseos, necesidades o preferencias. Además, son personas incapaces de expresar la ira, pueden sentirla, pero la suprimen de inmediato, la ignoran o la reprimen.

Son también personas pacientes, amables, cooperadoras, extremadamente preocupadas por complacer a los demás y ser aceptados por ellos, no suelen quejarse y tienden a sacrificarse por otros de una manera excesiva.

Ante el estrés responden con tristeza y sensación de desesperanza e impotencia, por lo que tienen predisposición a la depresión, lo que puede ser un desencadenante para el síndrome de burnout. (Guía de About.com, Ana Muñoz, <http://books.google.com.ec>)

### **2.5.4 Locus de control**

La palabra “locus” viene del latín y significa “sitio”, por tanto el constructo tiene relación con la localización en donde se sitúa el control (Marín, 2007). El locus de control se define como “la posibilidad de dominar un acontecimiento según se localice el control dentro o fuera de uno mismo” (Oros, 2005).

Rotter en 1975, propone que la percepción de control está basada en la contingencia perfecta entre el comportamiento y su resultado. Originalmente, el locus de control, fue entendido de tal manera que una persona podía ser evaluada en una sola dimensión. Ésta, abarcaba desde una fuerte creencia de los sujetos en la influencia que pueden ejercer ellos, en el desarrollo de futuros acontecimientos, hasta un convencimiento

de que las influencias externas (suerte, destino o actos de terceros) son las causas principales que desencadenan determinados resultados (Oros, 2005; Visdómine- Lozano y Luciano, 2006).

El concepto actual de locus de control, comprende el grado en que las personas creen tener control sobre los eventos y sus vidas, o sea el individuo siente que tiene la capacidad de controlar el acontecimiento, lo que se denomina **locus de control interno**, y el grado en que ellas creen que son víctimas de la suerte y de las circunstancias, es decir, el sujeto siente que sin importar sus esfuerzos, el resultado será consecuencia del azar o del poder de los otros, lo que se denomina **locus de control externo** (Oros, 2005; Visdómine- Lozano y Luciano, 2006)

En Oros (2005), se plantea que el locus de control tiene cinco dimensiones:

1- Medio de control: Corresponde a la pregunta ¿Por medio de qué o quienes es ejercido el control? Si la atribución es externa, el sujeto percibe que el control esta fuera de él y que se ejerce mediante el poder de personas específicas (poderosas) o de nadie en particular, siendo atribuido al azar, destino o suerte (fatalismo). En la atribución interna, el sujeto menciona que la facultad de control la tiene él y lo ejerce a través de su relación afectiva con otros (control afectivo), o mediante el esfuerzo propio (instrumental).

2- Agente de control: Corresponde a la pregunta ¿Quién ejerce el control? Si se ejerce a nivel personal, se habla de dominio personal. En cambio, si este se ejerce a nivel colectivo el dominio es ideológico.

3- Objeto de control: Corresponde a la pregunta ¿Sobre quién se ejerce el control? Este puede ser ejercido sobre una persona en particular o sobre instituciones.

4- Momento de control: Se refiere a si la experiencia se asocia a éxito o fracaso.

5- Sucesos: Corresponde a si estas experiencias, ya sean éxito o fracaso, forman parte de los recuerdos, es decir son parte del pasado, o forman parte de nuestras expectativas, es decir son parte del futuro.

Koeske y Kirk en Oros (2005), sugieren que las personas con locus de control interno presentan mejor calidad en sus trabajos, alta satisfacción laboral, menor fatiga emocional y menor tasa de conflictos laborales, por tanto, ayuda a amortiguar el efecto de síntomas físicos y emocionales de la enfermedad. Las personas que tienen locus de control interno, son mejores alumnos, se manejan mejor frente a problemas y conflictos de



la vida cotidiana, tienen mayor autoeficacia y presentan mejor ajuste social. Se observa también que los pacientes que tienen un locus de control interno alcanzan mejores resultados terapéuticos (Oros, 2005). ([www.uca.edu.ar/uca/.../Documento\\_de\\_trabajo\\_Locus\\_de\\_control1.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/.../Documento_de_trabajo_Locus_de_control1.pdf))

En lo personal pienso que el locus de control es la percepción que tiene la persona de cómo puede intervenir en las situaciones que se le presentan diariamente. Basándome en las investigaciones realizadas donde se señala que quienes poseen el locus de control interno tienen más probabilidades de adoptar medidas que le sean favorables para su salud tanto física como emocional, opino que estas personas saben que la responsabilidad de los hechos está dentro de ellas mismas lo que hace que experimenten menos estrés en situaciones amenazantes o presionantes, lo cual pienso es favorable para protegerse de los síntomas del burnout. En cambio, quienes tienen un locus de control externo al percibir un menor sentido de responsabilidad personal y un alto nivel de dependencia de los demás, los hace más vulnerables al estrés, lo que puede ocasionar que su salud se vea más afectada debido a los efectos negativos de éste y por lo tanto pueden ser más propensos a desarrollar síndrome de burnout.

### **2.5.5 Investigaciones realizadas**

Los estudios desarrollados en base a la personalidad abarcan dos cuestiones importantes: el desempeño intrapersonal (de tipo intrapsíquico, el cual no es posible observar de forma directa) y las diferencias individuales (compuesto por los rasgos que hacen que un ser humano sea diferente a otro).

Según Caprara y Cervone hay tres perspectivas para entender la personalidad: la del individuo (su personalidad es un conjunto de atributos e inclinaciones que dan sentido de identidad e integridad), la del observador (conjunto de características psicológicas que distinguen a unos individuos de otros y organizan sus impresiones en sistemas de creencias relativamente coherentes) y la del científico (sistema auto-regulador con la capacidad de servir al desarrollo individual, el cual surge de las interacciones del individuo con su entorno y de las relaciones entre elementos intra-psíquicos. También, como menciona Pervin: La personalidad engloba los efectos del pasado, así como construcciones del presente y del futuro. Y se hace necesaria la posibilidad de cambio, ya

que favorece la adaptación a demandas situacionales y culturales y un adecuado funcionamiento psicológico. (<http://www.psicologia-online.com>)

A continuación me permito citar algunas investigaciones realizadas en los últimos años, en cuanto a personalidad y burnout en diferentes centros de salud o de enseñanza como los siguientes:

“CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD COMO PREDICTORES DEL BURNOUT EN PERSONAL SANITARIO DE CUIDADOS INTENSIVOS por Rosa María García-Carmona y Humbelina Robles-Ortega.- (1) Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada y (2) Universidad de Granada.- Desde posturas más simplistas, el desarrollo del burnout se ha relacionado con estresores organizacionales. Así, las personas expuestas a contextos laborales caracterizados por sobrecarga de trabajo, ambigüedad o conflicto de roles, presentan mayores niveles de burnout. Sin embargo, actualmente se asumen modelos transaccionales para los que la experiencia del desgaste profesional es la consecuencia de la interacción entre determinadas variables del entorno laboral y características de personalidad. Es decir, aunque las variables organizacionales juegan un papel fundamental en el origen del burnout, las variables personales ejercen una indudable influencia en el proceso. Es en este último tipo de variables en el que las autoras se interesan: características personales que favorezcan la salud en lugar de centrarnos en factores de riesgo que lleven a la enfermedad; características personales como la personalidad resistente y el sentido de coherencia. La personalidad resistente, hace referencia al conjunto de características que capacitan a la persona para enfrentarse activamente al estrés y la protegen ante ciertas experiencias vitales negativas. Esta personalidad está compuesta de tres dimensiones: implicación o compromiso, tendencia a implicarse en todas las actividades de la vida, proporcionando el reconocimiento de las propias metas; reto, cualidad que permite percibir el cambio como una oportunidad para aumentar las propias competencias y no como una situación de amenaza; y control, convicción de que se puede intervenir en el curso de los acontecimientos. Diferentes estudios han demostrado que una alta personalidad resistente está vinculada a una mejor salud, menos bajas por enfermedad y más resistencia al estrés laboral. El objetivo del estudio ha sido determinar si la personalidad resistente y el sentido de coherencia modulan la relación entre los antecedentes organizacionales y el síndrome de burnout. La muestra se compuso de 144 profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as y

auxiliares de clínica) de la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital Virgen de las Nieves de Granada, con una media de permanencia en el servicio de 12,70 años. Los resultados fueron los siguientes: Un 36% de participantes presenta altos niveles de burnout; La variable antecedentes organizacionales tiene un gran peso en la predicción de los niveles de burnout; El personal sanitario con niveles más altos de burnout presentan más antecedentes organizacionales generadores de burnout, niveles más bajos de personalidad resistente, y menor nivel de comprensibilidad (componente del sentido de coherencia); Al menos parcialmente, estas variables personales tienen un efecto sobre los niveles de burnout. En concreto, la personalidad resistente y la comprensibilidad actúan modulando el efecto de los estresores organizacionales sobre los niveles de burnout, esto es, amortiguan los efectos negativos de las variables organizacionales. Dicho de otro modo, la influencia de las variables organizacionales sobre el burnout se atenúa cuando los niveles de personalidad resistente y comprensibilidad son altos; Estas características de personalidad podrían contribuir a modificar las percepciones que se tiene acerca de las situaciones estresantes haciéndolas menos amenazantes. En definitiva, las personas más "resistentes" tendrían percepciones más positivas ante los estímulos estresantes". García-Carmona, R.M. y Robles-Ortega, H. (2011). Personalidad resistente y sentido de coherencia como predictores del Bournout en personal sanitario de cuidados intensivos. *Ansiedad y Estrés*, 17 (2-3), 99-112."

Otra investigación es la siguiente:

“Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. Autores: M<sup>a</sup> Isabel Ríos Rísquez; Carmen Godoy Fernández; Julio Sánchez-Meca.- Resumen.- Esta investigación pretendía analizar la relevancia de las variables de tipo individual en el desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo, así como el potencial efecto de la “dureza” o “personalidad resistente” como factor de protección de dicho proceso y sus consecuencias sobre la salud de los trabajadores. La muestra estaba constituida por 97 profesionales de enfermería pertenecientes a las unidades de Intensivos y de Urgencias de un Hospital de tercer nivel. Se les aplicaron cuatro instrumentos: un cuestionario elaborado ad hoc de variables sociodemográficas y laborales, una versión española del Cuestionario de Salud General (GHQ-28), una adaptación española del Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y la

Escala de Personalidad Resistente (CPR) del Cuestionario de Desgaste Profesional del Personal de Enfermería (CDPE). Los resultados apoyan la relación entre la personalidad resistente, el síndrome de burnout y sus consecuencias sobre la salud. Finalmente, se discuten las implicaciones clínicas de los resultados, así como algunas recomendaciones para la investigación futura en este campo.” (<http://www.psiquiatria.com/articulos>)

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1 Diseño de investigación

El diseño de investigación constituye “El plan o estrategia que se desarrolla para obtener información que se requiere en una investigación”. (Hernández, 2006), el diseño debe responder a las preguntas de investigación. Es decir el diseño de investigación constituye el plan general del investigador para obtener respuestas a sus interrogantes o comprobar la hipótesis de investigación.

Mediante la investigación se puede conocer si existe el síndrome del burnout de acuerdo a las subescalas: agotamiento emocional, despersonalización, baja realización personal en los trabajadores de instituciones sanitarias, la salud mental, estrategias de afrontamiento, apoyo social y los rasgos de personalidad.

Esta investigación posee las siguientes características:

**Es cuantitativa:** Se analiza la información numérica de los instrumentos evaluados.

**Es no experimental:** Se realiza sin la manipulación deliberada de variables y se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos.

**Es transeccional (transversal):** Se centra en analizar cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado, es decir en un punto en el tiempo.

**Es exploratorio:** Se trata de una exploración inicial en un momento específico.

**Es descriptivo:** Se seleccionan una serie de cuestiones y se mide o recolecta información sobre cada una de ellas para así describir lo que se investiga (Hernández, Fernández, Baptista, 2003).

#### 3.2 Preguntas de investigación

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

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

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

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

4.2.5. ¿Cuáles son los mecanismos de afrontamiento de los trabajadores de instituciones sanitarias que experimentan burnout?

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

### **3.3 Objetivos:**

#### **General**

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

#### **Específicos**

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

### **3.4 Participantes:**

La población objeto de estudio fue el personal de médicos y enfermeras que laboran en instituciones de salud (15 médicos y 15 enfermeras); sin embargo, en el presente caso la investigación se realizó a 24 médicos de diferentes especialidades y 16 enfermeras del Hospital Civil “Isidro Ayora” de la ciudad de Loja, debido a que los directivos de la mencionada casa de salud autorizaron que la investigación la podía hacer a todos cuantos quisieran participar de este estudio.

### **3.5 Instrumentos:**

Los instrumentos que se utilizaron en el proceso de recolección de datos fueron los siguientes cuestionarios: variables sociodemográficas y laborales, burnout de Maslach, salud mental, afrontamiento, apoyo social y personalidad, los cuales fueron diseñados para ser aplicados en el personal que se encuentra vinculado a instituciones de salud, con la finalidad de cumplir los objetivos planificados en esta investigación. Se detalla a continuación en que consisten estos cuestionarios:

#### **3.5.1 Cuestionarios:**

Es uno de los instrumentos que más se utiliza en investigación social. De hecho, Hernández & otros (2006), expresan que “(...) consiste en un conjunto de preguntas respecto de una o más variables a medir.”

**Cuestionario Sociodemográfico y laboral.-** Es un instrumento ad hoc diseñado para esta investigación que tiene la finalidad de recolectar datos personales y laborales pertinentes en el estudio del síndrome de burnout de los profesionales encuestados. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo, entre otros que son de utilidad en esta investigación.

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

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

*Agotamiento Emocional:* Puntuaciones altas indican que el individuo se siente exhausto emocionalmente a consecuencia de las demandas en el trabajo.

*Despersonalización:* Puntuaciones altas reflejan el grado de frialdad y distanciamiento con respecto al trabajo.

*Realización Personal:* Indica el grado de realización, logro y autoeficacia percibida por el individuo, es por ello que en esta escala puntuaciones bajas se relacionan con el burnout.

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

A. *Síntomas somáticos:* Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, entre otros.

B. *Ansiedad e insomnio:* nerviosismo, pánico, dificultades para dormir,

C. *Disfunción social:* Sentimientos negativos hacia las actividades que realiza durante el día.

D. *Depresión grave:* Sentimientos de desvalía, pensamientos de muerte.

**La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).**- Tiene su origen en el año 1989 como una alternativa más amplia y



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

*Afrontamiento activo:* Actividades y acciones realizadas por el propio individuo para intentar eliminar o reducir la fuente del estrés.

*Planificación:* Pensar y analizar cómo hacer frente al estresor; planear los pasos a seguir para realizar un afrontamiento activo.

*Auto – distracción:* Disipar la concentración en el problema o estresor mediante la ocupación en otras actividades o proyectos.

*Apoyo instrumental:* La búsqueda de personal capacitado o instruido para encontrar ayuda o consejo sobre cómo sobrellevar la situación.

*Apoyo emocional:* Buscar en otros apoyo, comprensión y simpatía.

*Reinterpretación positiva:* Tomar la situación estresora como una oportunidad para crecer y mejorar.

*Aceptación:* Tomar conciencia y aceptar que la situación que está viviendo es real.

*Negación:* Rechazar la realidad de la situación fuente de estrés.

*Religión:* El aumento de la participación en actividades religiosas en momentos de estrés.

*Autoinculpación:* Criticarse y culparse a sí mismo por la situación estresante.

*Desahogo:* La expresión o descarga de los sentimientos que se produce cuando el individuo tiene mayor conciencia del malestar emocional que sufre.

*Desconexión conductual:* Abandonar o reducir los esfuerzos para superar o sobrellevar la situación de estrés aunque esto implique renunciar o alcanzar las metas con las que el estresor interfiere.

*Uso de sustancias:* Utilización de drogas, alcohol o medicamentos para desconectarse de la situación, sentirse bien o poder afrontarla.

*Humor:* Hacer burlas o reírse de la situación estresante.

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

*Apoyo emocional:* Posibilidad de tener alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.

*Apoyo material o instrumental:* Contar con ayuda doméstica.

*Relaciones sociales de ocio y distracción:* Incluye contar con otras personas para comunicarse.

*Apoyo afectivo:* Demostraciones de amor, cariño y simpatía.

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

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

*Neuroticismo:* Puntuaciones altas indican ansiedad, cambios de humor, desórdenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta. Esta escala permite medir si el sujeto es neurótico o estable.

*Extraversión:* Puntuaciones altas suponen un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio mientras que puntuaciones bajas indican la tendencia al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.

*Psicoticismo:* El individuo que puntúa alto presenta despreocupación, crueldad, baja empatía, conflictividad, es decir un pensamiento duro.

*Sinceridad:* Evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, esta escala mide el grado de veracidad de las respuestas.

### **3.6 Recolección de datos y procedimiento:**

El procedimiento para la recolección de datos se realizó de la siguiente manera:

La institución de salud seleccionada fue el Hospital Civil "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, donde labora una gran cantidad de profesionales médicos con estudios en diferentes especialidades y asimismo prestan sus servicios un gran número de profesionales enfermeras en las diferentes áreas existentes en esta casa de salud como son consulta externa, ginecología, neonatología, pediatría, cirugía, clínica, hemodiálisis, área de quemados, emergencia, área quirúrgica, cuidados intensivos y medicina interna.

Previo la presentación de la solicitud respectiva a la Directora del Hospital, para que otorgara la autorización para la aplicación de los cuestionarios de la presente investigación, tanto a médicos como enfermeras de dicha casa de salud, se obtuvo el permiso para realizar el estudio con los profesionales que deseen colaborar respondiendo los cuestionarios, ya que cada persona tiene su libertad de pensar y expresarse y no se le puede exigir que aporte con la investigación.

Una vez obtenida la autorización, empecé con las visitas en forma diaria durante un mes seguido tanto en el día como en la noche y fines de semana, a todos los médicos y enfermeras que laboran en esta casa de salud, exponiéndoles la naturaleza y fines de la investigación acerca del síndrome del burnout y solicitándoles la colaboración para este trabajo de investigación, señalando en primer lugar el propósito, tiempo de aplicación y

requerimientos para este trabajo y los beneficios que como profesionales de la salud pueden adquirir con el informe psicológico que se les entregaría luego de analizados los cuestionarios administrados. Asimismo se aclaró que los datos recogidos tienen carácter estrictamente confidencial y serán utilizados únicamente para fines investigativos, y una vez finalizado el estudio, luego del análisis respectivo se entregará un informe psicológico a cada participante.

Es importante anotar que visité a 31 médicos y 25 enfermeras haciéndoles conocer el motivo de la presente investigación, de los cuales respondieron 24 médicos y 16 enfermeras. De éstos 18 médicos y 07 enfermeras respondieron directamente. Los 06 médicos y 09 enfermeras restantes solicitaron les deje los cuestionarios para llenarlos luego.

En general, en su mayoría todos tuvieron una buena actitud, amabilidad y dieron apertura para realizar este estudio, a excepción claro de una minoría que directamente optaron por no responder manifestando que no tenían tiempo, y otros que amablemente hicieron quedar los instrumentos, sin embargo, no respondieron, a pesar de las múltiples veces que los visité.

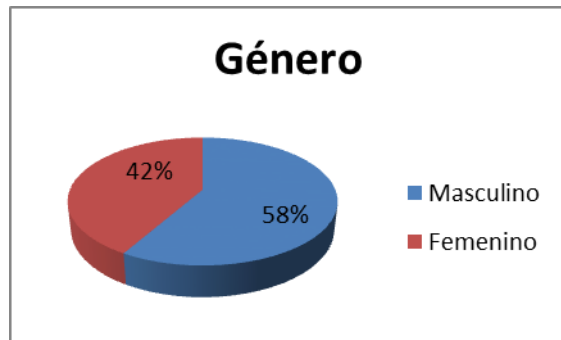
Luego de recogidos los instrumentos debidamente llenos se procedió a la tabulación respectiva, cuyos resultados se presentan en el siguiente apartado.

#### 4. RESULTADOS OBTENIDOS

##### Resultados del Cuestionario Sociodemográfico y laboral

**TABLA 1. GENERO DE LOS MÉDICOS**

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	14	58,33333333
Femenino	10	41,66666667
TOTAL	24	100



<b>PROMEDIO DE EDAD:</b>	37,83333333
--------------------------	-------------

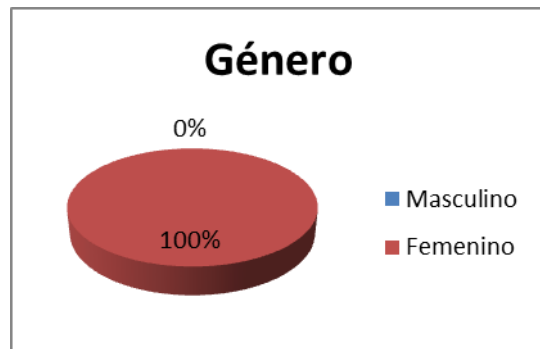
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

En lo que se refiere a los profesionales médicos se puede observar que el género masculino prevalece sobre el género femenino. Lo cual da la pauta para interpretar que en este caso los hombres tienen una mejor predisposición para responder a los instrumentos de la presente investigación. La edad promedio de los entrevistados es de 37.8

**TABLA 2. GENERO DE LAS ENFERMERAS**

GÉNERO		
Nombre	Fr	%
Masculino	0	0
Femenino	16	100
TOTAL	16	100



<b>PROMEDIO DE EDAD:</b>	43,625
--------------------------	--------

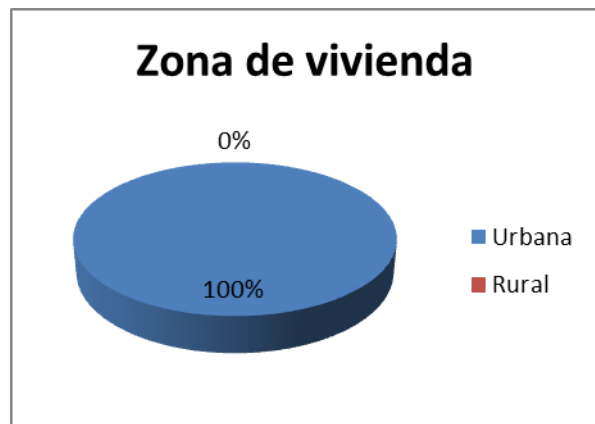
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

En cuanto al personal de enfermería todos pertenecen al género femenino con un promedio de edad de 43.6. Lo cual indica que en esta casa de salud no existe personal masculino que laboren en calidad de enfermeros.

**TABLA 3. ZONA DE VIVIENDA DE MEDICOS**

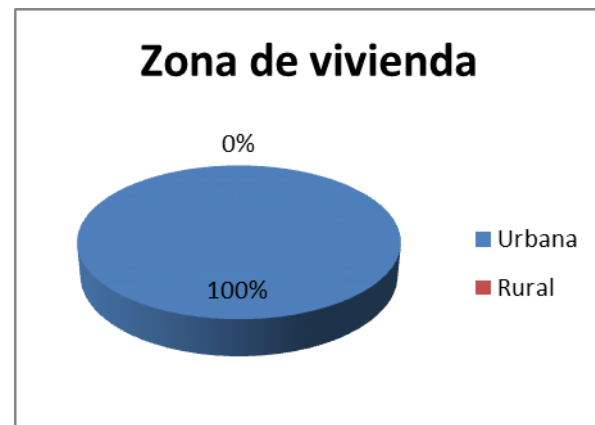
ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	24	100
Rural	0	0
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

**TABLA 4. ZONA DE VIVIENDA DE ENFERMERAS**

ZONA DE VIVIENDA		
Nombre	Fr	%
Urbana	16	100
Rural	0	0
TOTAL	16	100

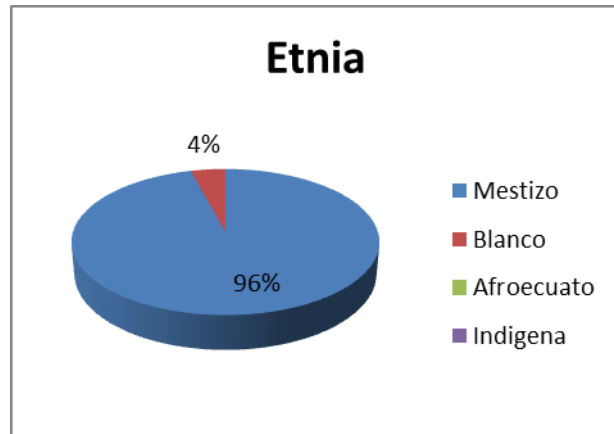


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Se observa que tanto los profesionales médicos como las enfermeras viven en la zona urbana, contando con todos los servicios básicos para vivir.

**TABLA 5. ETNIA DE LOS MÉDICOS**

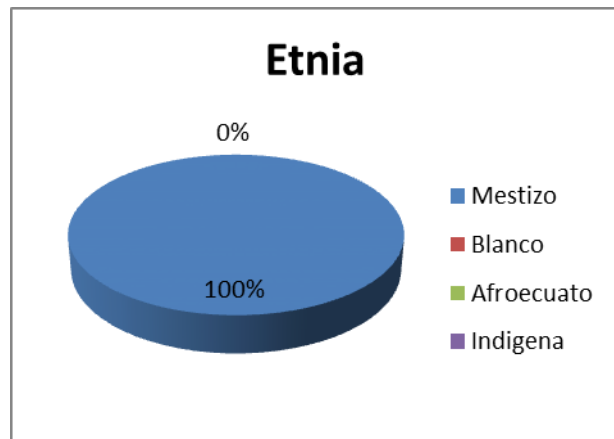
ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	23	95,83333333
Blanco	1	4,16666667
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

**TABLA 6. ETNIA DE LAS ENFERMERAS**

ETNIA		
Nombre	Fr	%
Mestizo	16	100
Blanco	0	0
Afroecuatoriano	0	0
Indígena	0	0
TOTAL	16	100

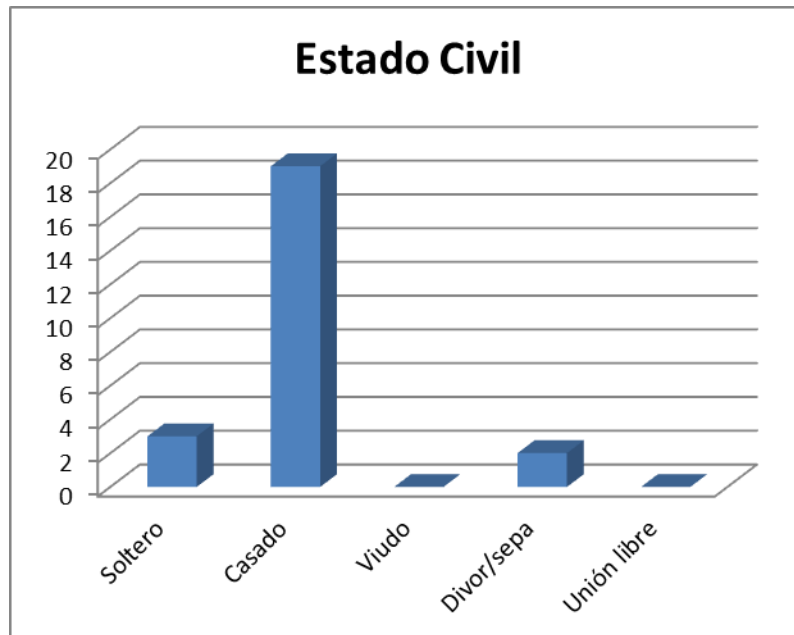


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

En esta tabla se aprecia que tanto médicos como enfermeras pertenecen a la etnia mestiza, sólo un médico pertenece a la etnia blanca.

TABLA 7. ESTADO CIVIL DE LOS MEDICOS

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	3	12,5
Casado	19	79,1666667
Viudo	0	0
Divor/sepa	2	8,33333333
Unión libre	0	0
TOTAL	24	100



<b>PROMEDIO DE HIJOS:</b>	1,91666667
---------------------------	------------

**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

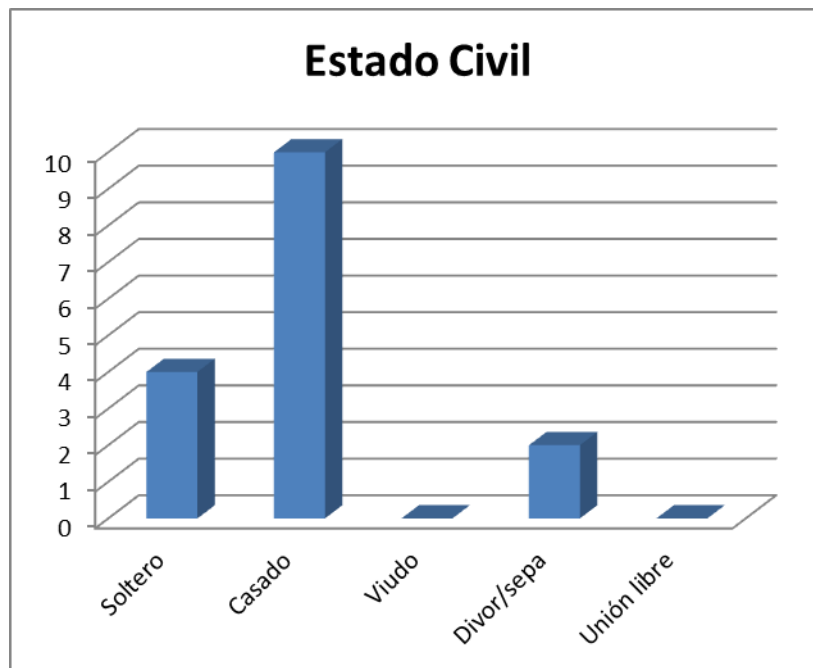
**Elaborado por:** Autora

El estado civil casado predomina sobre los solteros y divorciados o separados, con un promedio de 2 hijos cada profesional.



**TABLA 8. ESTADO CIVIL DE LAS ENFERMERAS**

ESTADO CIVIL		
Nombre	Fr	%
Soltero	4	25
Casado	10	62,5
Viudo	0	0
Divor/sepa	2	12,5
Unión libre	0	0
TOTAL	16	100



<b>PROMEDIO DE HIJOS:</b>	<b>2,1875</b>
---------------------------	---------------

**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

Al igual que los médicos el estado civil de las enfermeras predominan las casadas sobre las solteras y divorciadas o separadas, con un promedio de 2 hijos cada profesional.

**TABLA 9. CON QUIEN VIVEN LOS MEDICOS**

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	1	4,16666667
Con más personas	23	95,83333333
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

**TABLA 10. CON QUIEN VIVEN LAS ENFERMERAS**

CON QUIEN VIVE		
Nombre	Fr	%
Solo	3	18,75
Con más personas	13	81,25
TOTAL	16	100

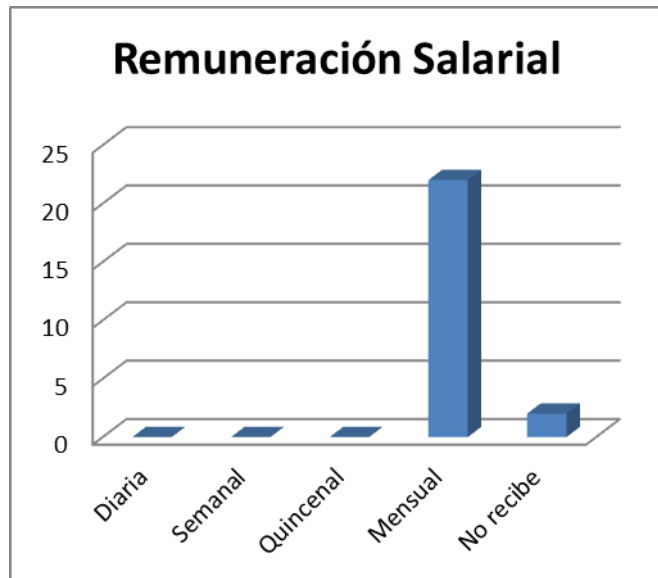


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Tanto la mayoría de médicos como enfermeras viven en compañía de otras personas, sólo cuatro personas viven solas.

TABLA 11. REMUNERACION SALARIAL DE LOS MEDICOS

REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	22	91,6666667
No recibe	2	8,33333333
TOTAL	24	100

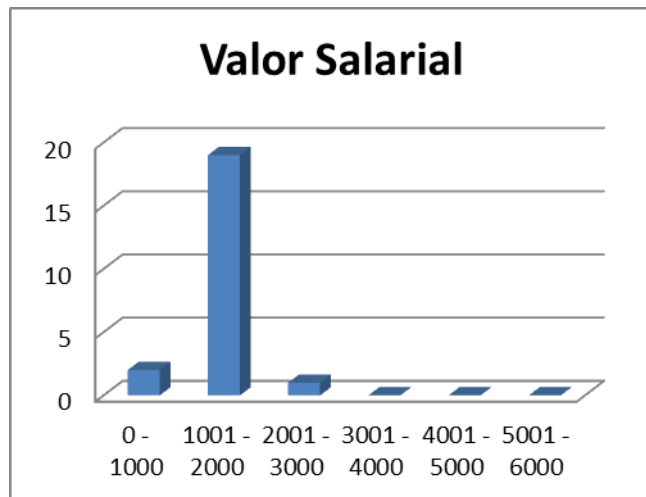


Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"

Elaborado por: Autora

TABLA 12. VALOR SALARIAL QUE RECIBEN LOS MEDICOS

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	2	9,09090909
1001 -2000	19	86,3636364
2001 - 3000	1	4,54545455
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	22	100



Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"

Elaborado por: Autora

En cuanto a la remuneración todos los médicos la reciben en forma mensual, a excepción de dos médicos que no perciben remuneración alguna debido a que están realizando una pasantía. El sueldo oscila entre \$1001 y 2000 en su mayoría, existiendo dos médicos que su sueldo está entre 0-1000 y un médico que percibe entre 2001 y 3000.

**TABLA 13. REMUNERACION SALARIAL DE LAS ENFERMERAS**

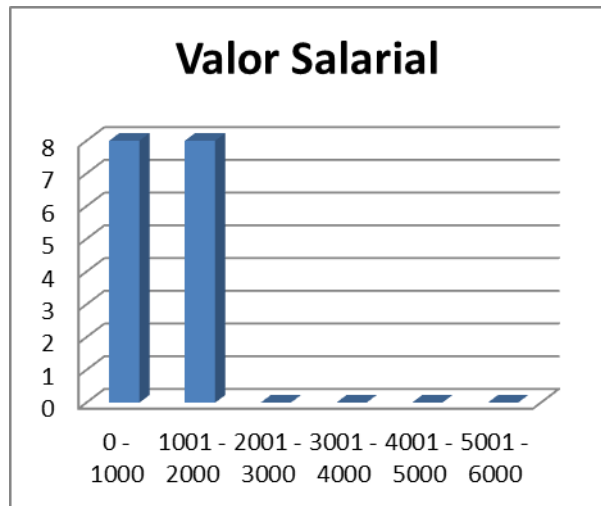
REMUNERACIÓN SALARIAL		
Nombre	Fr	%
Diaria	0	0
Semanal	0	0
Quincenal	0	0
Mensual	16	100
No recibe	0	0
TOTAL	16	100



Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"  
 Elaborado por: Autora

**TABLA 14. VALOR SALARIAL QUE RECIBEN LAS ENFERMERAS**

VALOR SALARIAL		
Nombre	Fr	%
0 -1000	8	50
1001 -2000	8	50
2001 - 3000	0	0
3001 - 4000	0	0
4001 - 5000	0	0
5001 - 6000	0	0
TOTAL	16	100



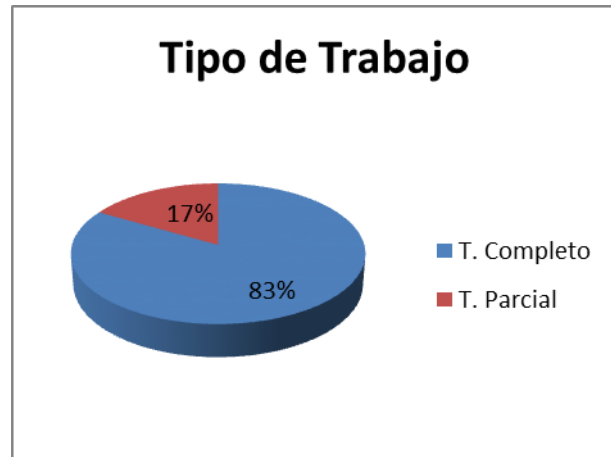
Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"  
 Elaborado por: Autora

Las enfermeras reciben la remuneración mensualmente. En la segunda tabla se aprecia que la mitad de ellas perciben el sueldo entre \$0 y 1000 y la otra mitad entre \$1001 y 2000.

TABLA 15. TIPO DE TRABAJO DE LOS MEDICOS

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	10,7
------------------------------	------

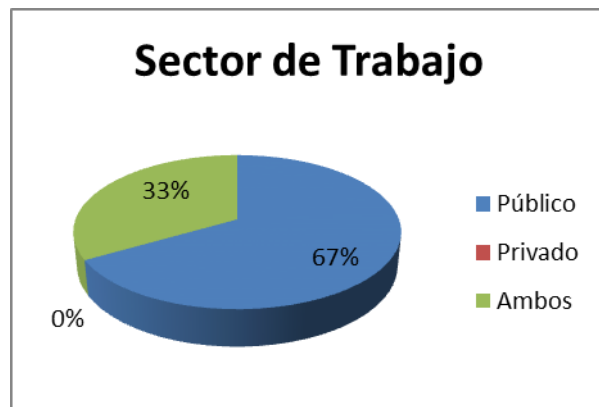
TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	20	83,3333333
T. Parcial	4	16,6666667
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

TABLA 16. SECTOR DONDE TRABAJAN LOS MEDICOS

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	16	66,6666667
Privado	0	0
Ambos	8	33,3333333
TOTAL	24	100



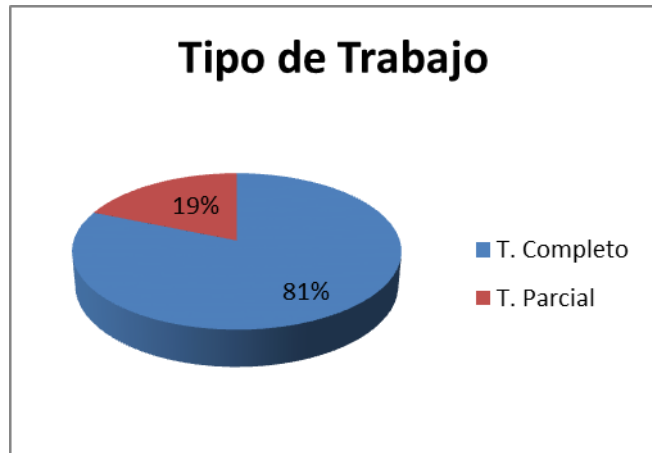
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

La mayor parte de médicos labora a tiempo completo, sólo una minoría labora en forma parcial. Asimismo el promedio de años que vienen laborando es de 10 años. Siendo el sector público donde la mayoría de ellos laboran y un grupo de ocho prestan sus servicios tanto en el sector público como privado.

TABLA 17. TIPO DE TRABAJO DE LAS ENFERMERAS

PROMEDIO DE AÑOS DE TRABAJO:	19
------------------------------	----

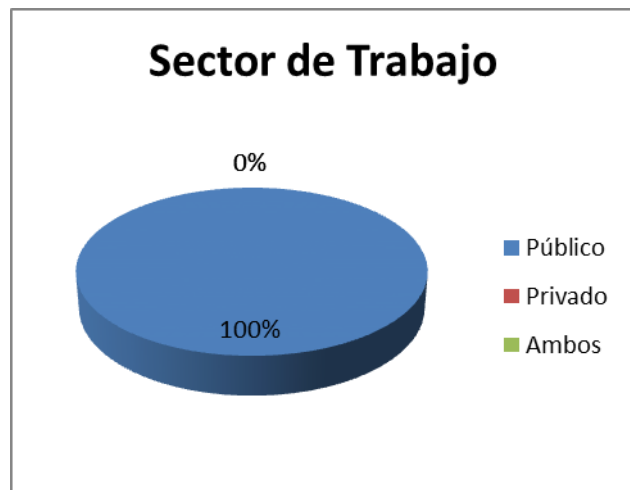
TIPO DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
T. Completo	13	81,25
T. Parcial	3	18,75
TOTAL	16	100



Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"  
Elaborado por: Autora

TABLA 18. SECTOR DONDE TRABAJAN LAS ENFERMERAS

SECTOR DE TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Público	16	100
Privado	0	0
Ambos	0	0
TOTAL	16	100

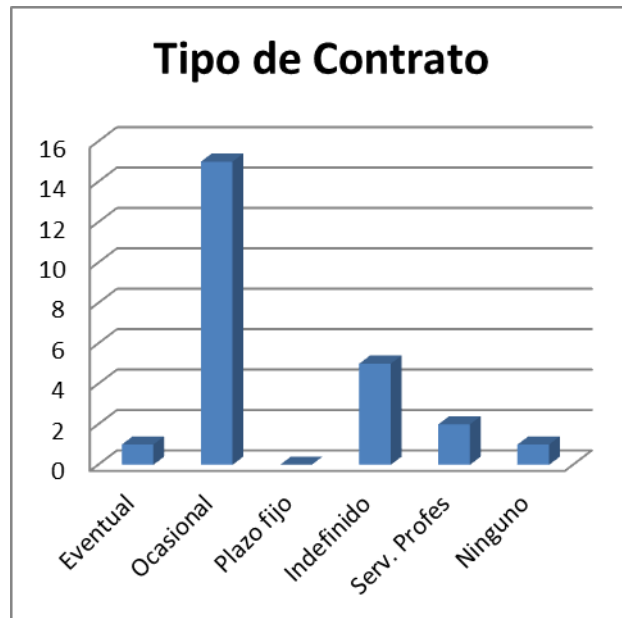


Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"  
Elaborado por: Autora

La mayoría de enfermeras entrevistadas labora a tiempo completo, sólo una minoría labora en forma parcial. Asimismo el promedio de años que vienen laborando es de 19 años. Siendo el sector público donde todas prestan sus servicios.

TABLA 19. TIPO DE CONTRATO DE LOS MEDICOS

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	4,16666667
Ocasional	15	62,5
Plazo fijo	0	0
Indefinido	5	20,83333333
Serv. Profes	2	8,33333333
Ninguno	1	4,16666667
TOTAL	24	100



PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,375
---------------------------------------	-------

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	9,26086957
SEMANALES	46,25

**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Según estos datos se puede notar que en su mayoría los médicos tienen un tipo de contrato ocasional con un promedio de 09 horas diarias de trabajo y 46 horas semanales.

TABLA 20. TIPO DE CONTRATO DE LAS ENFERMERAS

TIPO DE CONTRATO		
Nombre	Fr	%
Eventual	1	6,25
Ocasional	6	37,5
Plazo fijo	0	0
Indefinido	9	56,25
Serv. Profes	0	0
Ninguno	0	0
TOTAL	16	100



PROMEDIO DE INSTITUCIONES TRABAJADAS:	1,0625
---------------------------------------	--------

PROMEDIO DE HORAS DE TRABAJO	
DIARIAS	7,6875
SEMANALES	43,875

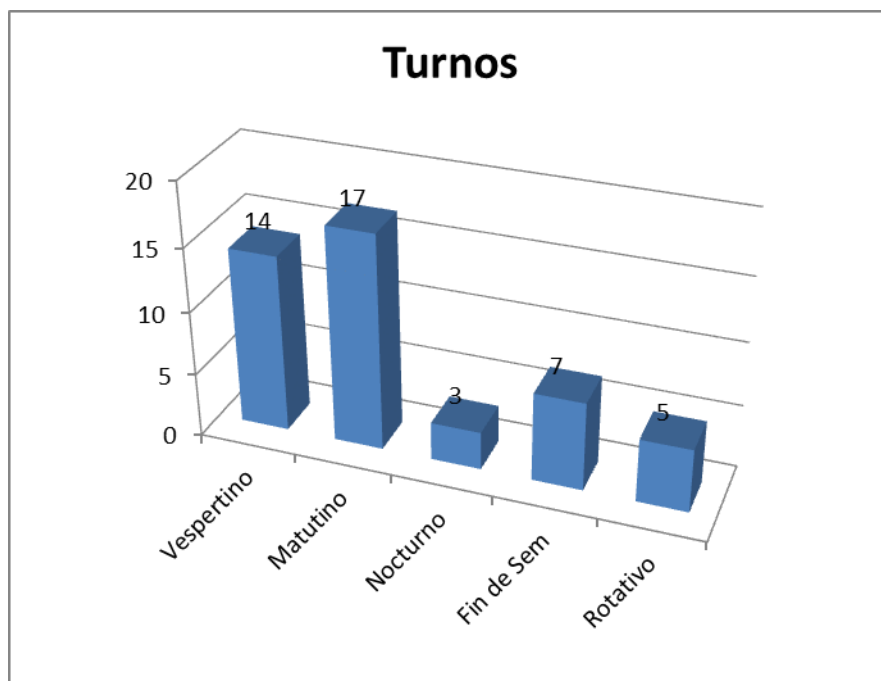
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

En lo referente a las enfermeras la mayor parte tienen un contrato indefinido. El promedio de horas diarias trabajadas es 7.6 horas y semanalmente 43.8 horas.



TABLA 21. TURNOS QUE LABORAN LOS MEDICOS

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	14	30,4347826
Matutino	17	36,9565217
Nocturno	3	6,52173913
Fin de Sem	7	15,2173913
Rotativo	5	10,8695652
TOTAL	46	100



GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	26,4
DÍAS	3,8

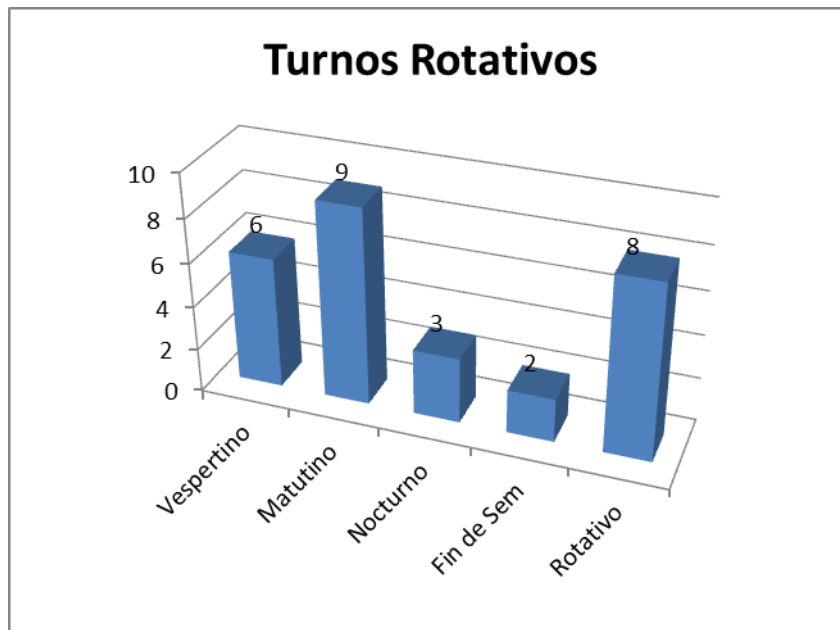
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

La mayoría de médicos investigados laboran en turnos matutino y vespertino, siendo un grupo minoritario que trabajan en horario nocturno, fines de semana y turnos rotativos, con un promedio de guardias nocturnas de 26 horas cada cuatro días.

TABLA 22. TURNOS QUE LABORAN LAS ENFERMERAS

TURNOS		
Nombre	Fr	%
Vespertino	6	21,4285714
Matutino	9	32,1428571
Nocturno	3	10,7142857
Fin de Sem	2	7,14285714
Rotativo	8	28,5714286
TOTAL	28	100



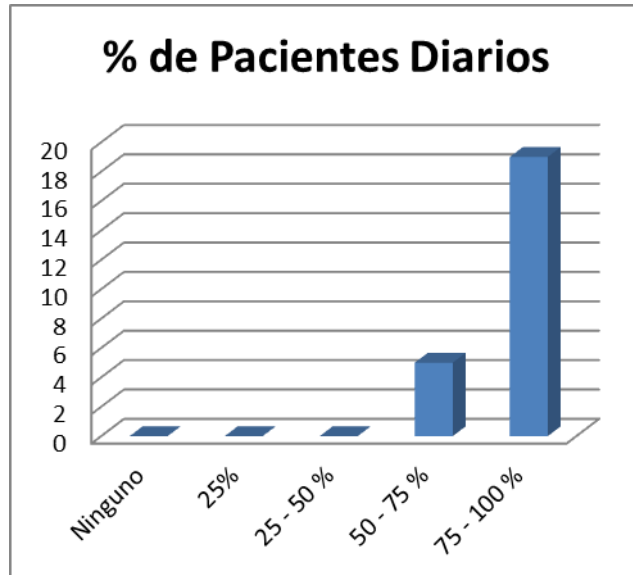
GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	
HORAS	12
DÍAS	4,25

**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Las enfermeras trabajan en turnos matutinos y rotativo y por ende siendo turnos rotativos de acuerdo al cronograma los realizan sea en la mañana, tarde, noche, fines de semana. En cuanto a las guardias nocturnas trabajan un promedio de 12 horas cada cuatro días.

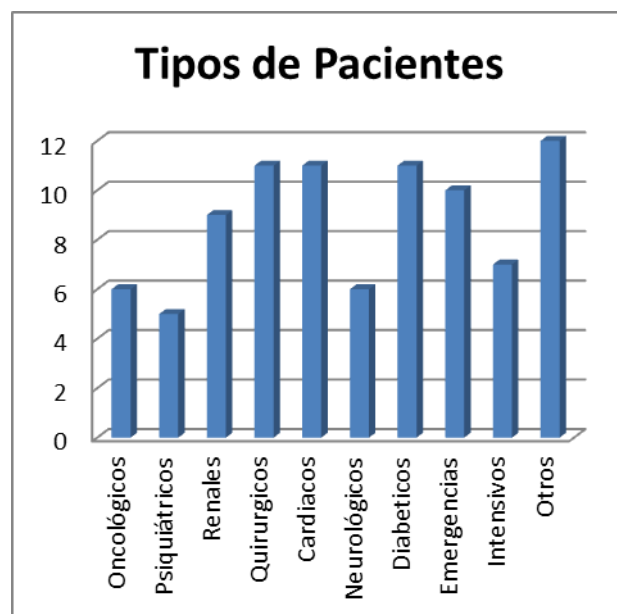
**TABLA 23. PORCENTAJE Y TIPOS DE PACIENTES DIARIOS QUE ATIENDEN LOS MEDICOS**

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	0	0
50 - 75 %	5	20,83333333
75 - 100 %	19	79,1666667
TOTAL	24	100



PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	29,1667
-------------------------------	---------

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	6	6,81818182
Psiquiátricos	5	5,68181818
Renales	9	10,2272727
Quirúrgicos	11	12,5
Cardiacos	11	12,5
Neurológicos	6	6,81818182
Diabeticos	11	12,5
Emergencias	10	11,3636364
Intensivos	7	7,95454545
Otros	12	13,6363636
TOTAL	88	100

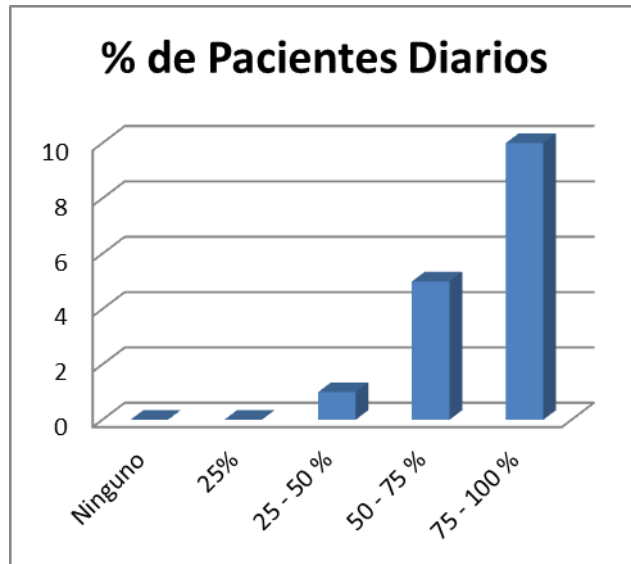


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Se puede determinar que la mayoría de médicos dedican todas sus horas de trabajo principalmente a la atención de los pacientes. La mayor parte de pacientes presentan cuadros quirúrgicos, cardiacos, diabéticos, emergencias, renales y otros. Con un promedio de 29 pacientes diarios atendidos.

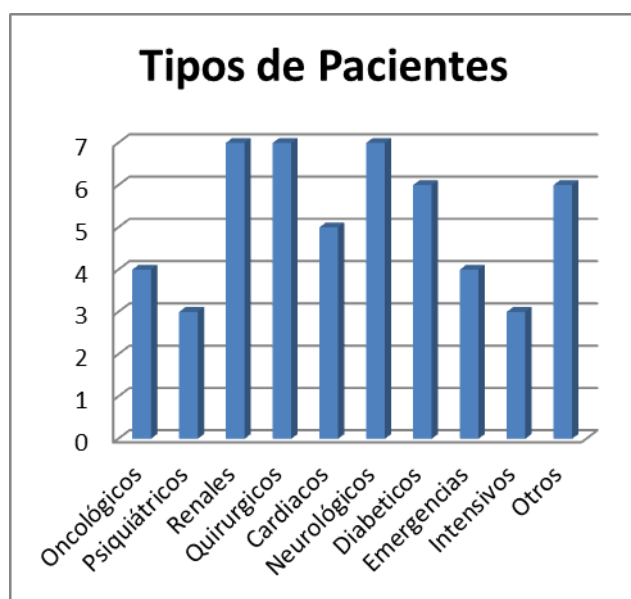
**TABLA 24. PORCENTAJE Y TIPOS DE PACIENTES DIARIOS QUE ATIENDEN LAS ENFERMERAS**

% DE PACIENTES DIARIOS		
Nombre	Fr	%
Ninguno	0	0
25%	0	0
25 - 50 %	1	6,25
50 - 75 %	5	31,25
75 - 100 %	10	62,5
TOTAL	16	100



PROMEDIO DE PACIENTES POR DÍA	26,188
-------------------------------	--------

TIPOS DE PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Oncológicos	4	7,69230769
Psiquiátricos	3	5,76923077
Renales	7	13,4615385
Quirúrgicos	7	13,4615385
Cardíacos	5	9,61538462
Neurológicos	7	13,4615385
Diabéticos	6	11,5384615
Emergencias	4	7,69230769
Intensivos	3	5,76923077
Otros	6	11,5384615
TOTAL	52	100



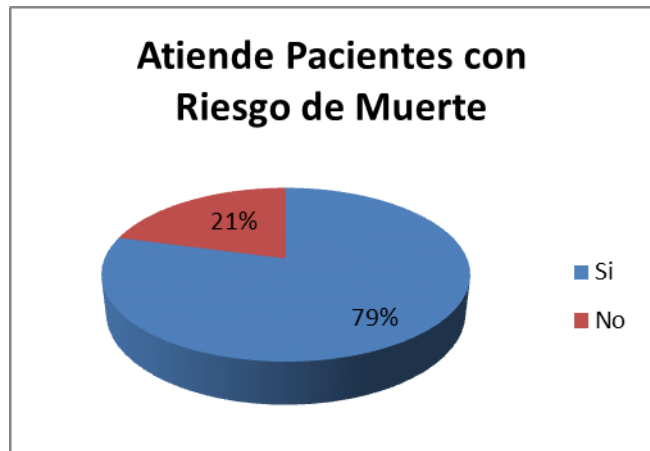
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

Las enfermeras la mayor parte de su tiempo la dedican a la atención del paciente, siendo un grupo menor las que dedican la mitad de su tiempo a los pacientes y la otra mitad desempeñan labores administrativas. La mayor parte de pacientes presentan cuadros quirúrgicos, renales, neurológicos, diabéticos, cardíacos y otros El promedio de pacientes diarios atendidos es de 26.

**TABLA 25. PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE ATENDIDOS POR LOS MEDICOS**

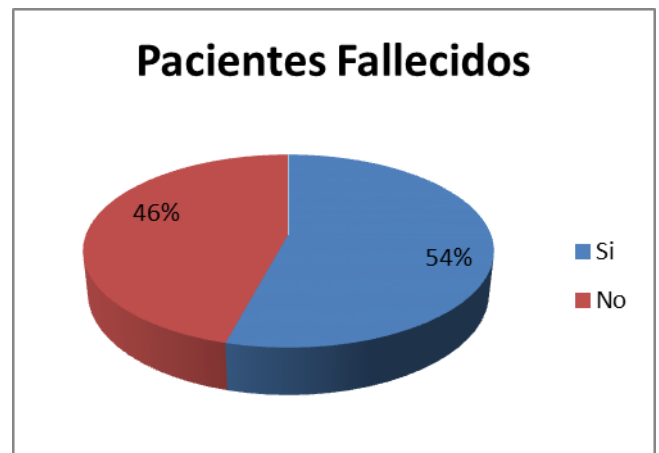
PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	19	79,1666667
No	5	20,8333333
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

**TABLA 26. PACIENTES FALLECIDOS EN EL ULTIMO AÑO (MEDICOS)**

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	13	54,1666667
No	11	45,8333333
TOTAL	24	100



<b>PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS</b>	1,16667
---	---------

**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Se puede apreciar que la mayoría de pacientes atendidos por los médicos presentan riesgo de muerte. Igualmente la mayor parte de estos pacientes han fallecido con un promedio de un paciente por médico en el último año.

**TABLA 27. PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE ATENDIDOS POR LAS ENFERMERAS**

PACIENTES CON RIESGO DE MUERTE		
Nombre	Fr	%
Si	15	93,75
No	1	6,25
TOTAL	16	100

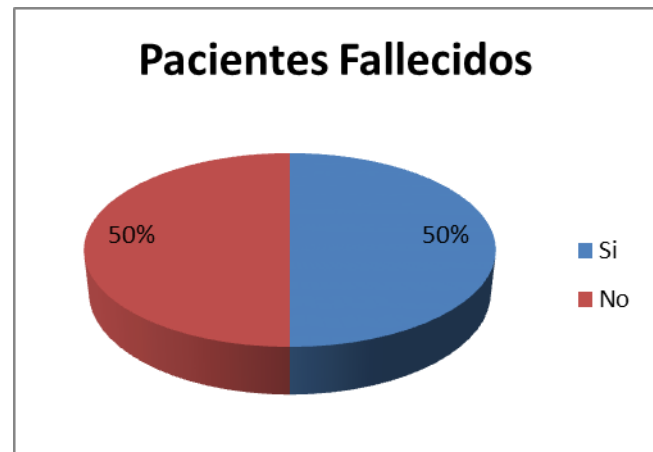


Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"

Elaborado por: Autora

**TABLA 28. PACIENTES FALLECIDOS EN EL ULTIMO AÑO (ENFERMERAS)**

PACIENTES FALLECIDOS		
Nombre	Fr	%
Si	8	50
No	8	50
TOTAL	16	100



<b>PROMEDIO DE PACIENTES FALLECIDOS</b>	1,142 9
---	------------

Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"

Elaborado por: Autora

La mayoría de pacientes atendidos por las enfermeras presentan riesgo de muerte. La mitad de pacientes atendidos por las enfermeras en el último año han fallecido, con un promedio de 01 paciente por enfermera.

**TABLA 29. RECURSOS NECESARIOS QUE TIENE LA INSTITUCION PARA QUE TRABAJEN LOS MEDICOS**

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	3	12,5
Medianamente	11	45,83333333
Poco	10	41,66666667
Nada	0	0
TOTAL	24	100



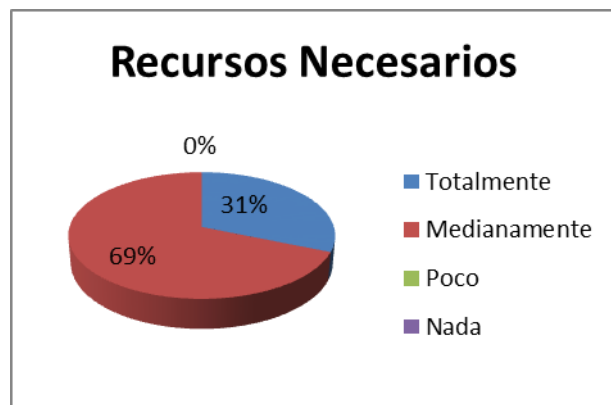
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

En esta tabla se observa que la institución brinda medianamente los recursos necesarios para que los médicos puedan laborar.

**TABLA 30. RECURSOS NECESARIOS QUE TIENE LA INSTITUCION PARA QUE TRABAJEN LAS ENFERMERAS**

RECURSOS NECESARIOS		
Nombre	Fr	%
Totalmente	5	31,25
Medianamente	11	68,75
Poco	0	0
Nada	0	0
TOTAL	16	100



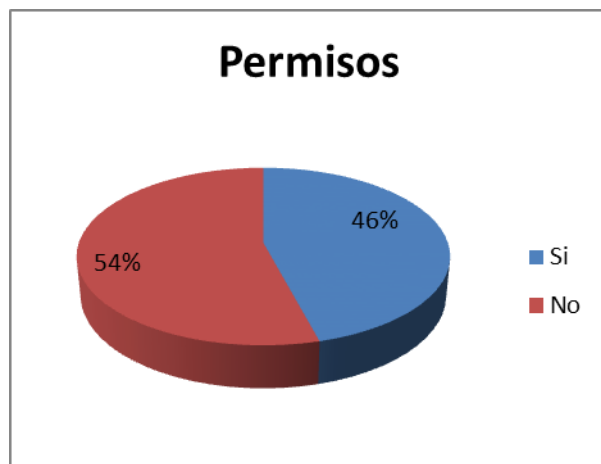
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

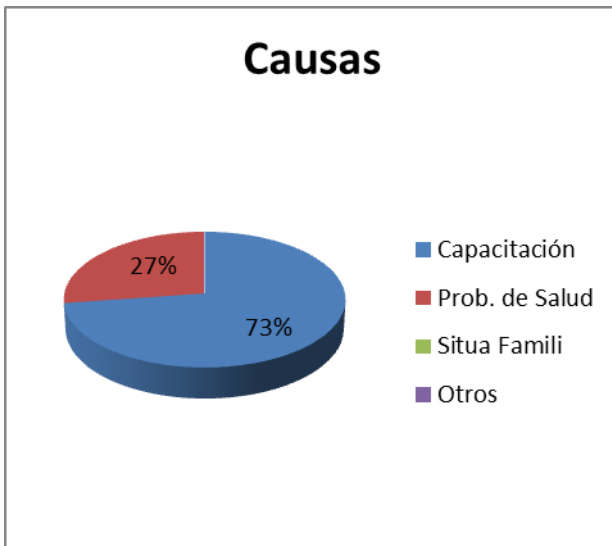
En cuanto a las enfermeras se aprecia que su mayoría cuentan medianamente con los recursos necesarios para prestar sus servicios.

**TABLA 31. PERMISOS QUE HAN SOLICITADO LOS MEDICOS EN EL ÚLTIMO AÑO Y CAUSAS PARA ESOS PERMISOS**

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	11	45,83333333
No	13	54,16666667
TOTAL	24	100



CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	8	72,7272727
Prob. de Salud	3	27,2727273
Situa Famili	0	0
Otros	0	0
TOTAL	11	100



PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	
	2,875

Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"  
Elaborado por: Autora



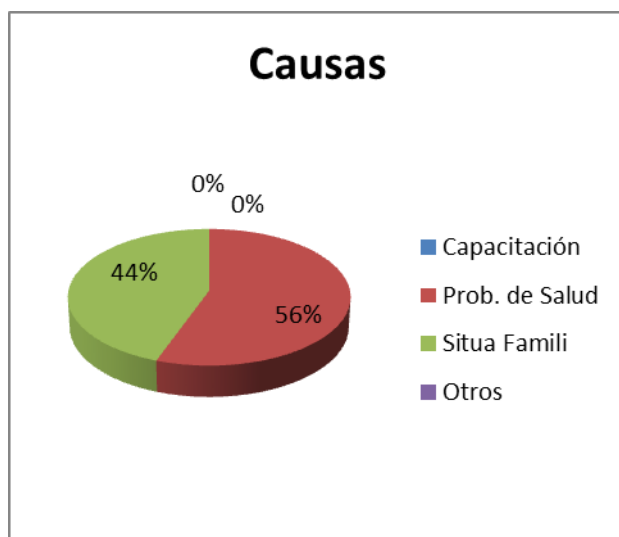
Se observa que de los médicos investigados un grupo menor ha solicitado permiso y de ellos la mayoría lo ha hecho por motivos de capacitación. Sólo en un pequeño porcentaje han solicitado permiso por problemas de salud (cirugías).

**TABLA 32. PERMISOS QUE HAN SOLICITADO LAS ENFERMERAS EN EL ÚLTIMO AÑO Y CAUSAS PARA ESOS PERMISOS**

PERMISOS		
Nombre	Fr	%
Si	9	56,25
No	7	43,75
TOTAL	16	100



CAUSAS		
Nombre	Fr	%
Capacitación	0	0
Prob. de Salud	5	55,5555556
Situac. Familiares	4	44,4444444
Otros	0	0
TOTAL	9	100



PROMEDIO DE DÍAS DE PERMISO	5,3125
-----------------------------	--------

Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"  
Elaborado por: Autora

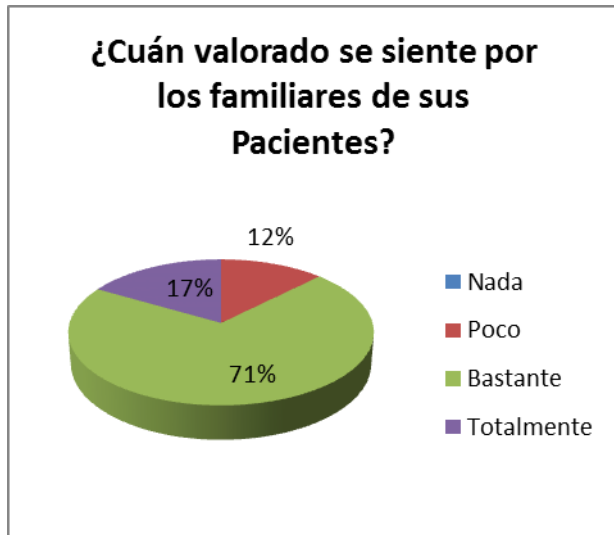
En el caso de las enfermeras se puede observar que la mayoría han solicitado permiso y lo han hecho por problemas de salud y situaciones familiares, con un promedio de cinco días de permiso.

**TABLA 33. CUAN VALORADOS SE SIENTEN LOS MEDICOS TANTO POR LOS PACIENTES COMO POR LOS FAMILIARES DE LOS MISMOS**

VALORACIÓN PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	12,5
Bastante	13	54,1666667
Totalmente	8	33,3333333
TOTAL	24	100



VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	3	12,5
Bastante	17	70,8333333
Totalmente	4	16,6666667
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

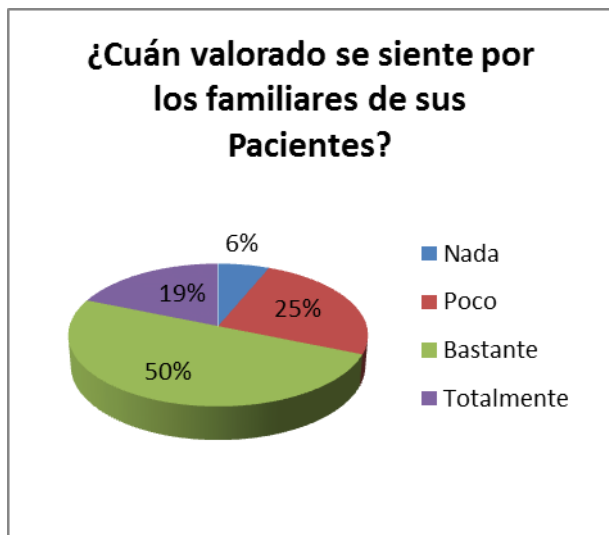
En lo que se refiere a como sienten la valoración por parte de los pacientes y los familiares de los mismos hacia los médicos se observa que la mayoría expresan sentirse bastante valorados. Sin embargo, hay tres profesionales que dicen sentirse poco valorados.

**TABLA 34. CUAN VALORADAS SE SIENTEN LAS ENFERMERAS TANTO POR LOS PACIENTES COMO POR LOS FAMILIARES DE LOS MISMOS**

VALORACIÓN		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	12,5
Bastante	8	50
Totalmente	6	37,5
TOTAL	16	100



VALORACIÓN FAMILIARES		
Nombre	Fr	%
Nada	1	6,25
Poco	4	25
Bastante	8	50
Totalmente	3	18,75
TOTAL	16	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

La mitad de las enfermeras se sienten bastante y totalmente valoradas por parte de los pacientes, dos personas manifiestan no sentirse valoradas por los pacientes. Referente a la valoración por parte de los familiares la mitad de enfermeras indica que se sienten

bastante valoradas, distribuyéndose la otra mitad para quienes dicen sentirse poco valoradas y en menor porcentaje quienes dicen que se sienten totalmente valoradas, existiendo una persona que manifiesta sentirse nada valorada por los familiares de los pacientes.

**TABLA 35. CUAN VALORADOS SE SIENTEN LOS MEDICOS TANTO POR SUS COLEGAS COMO POR LOS DIRECTIVOS DE LA INSTITUCION**

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	8,33333333
Bastante	17	70,83333333
Totalmente	5	20,83333333
TOTAL	24	100



VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	10	41,66666667
Bastante	10	41,66666667
Totalmente	4	16,66666667
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

Por parte de los colegas, los médicos se sienten valorados en su mayoría, existiendo dos personas que se sienten poco valoradas por los colegas. En cuanto a la valoración por

parte de los directivos de la institución existe un grupo menor que dice sentirse totalmente valorado, mientras que la mayoría se divide en dos grupos, de los cuales un grupo indica sentirse bastante valorado y el otro dicen sentirse poco valorados.

**TABLA 36. CUAN VALORADAS SE SIENTEN LAS ENFERMERAS TANTO POR SUS COLEGAS COMO POR LOS DIRECTIVOS DE LA INSTITUCION**

VALORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	2	12,5
Bastante	8	50
Totalmente	6	37,5
TOTAL	16	100



VALORACIÓN DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	25
Bastante	6	37,5
Totalmente	6	37,5
TOTAL	16	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

La mayoría de enfermeras se sienten bastante y totalmente valoradas. En un menor porcentaje manifiestan sentirse poco valoradas por sus colegas. Por parte de los directivos

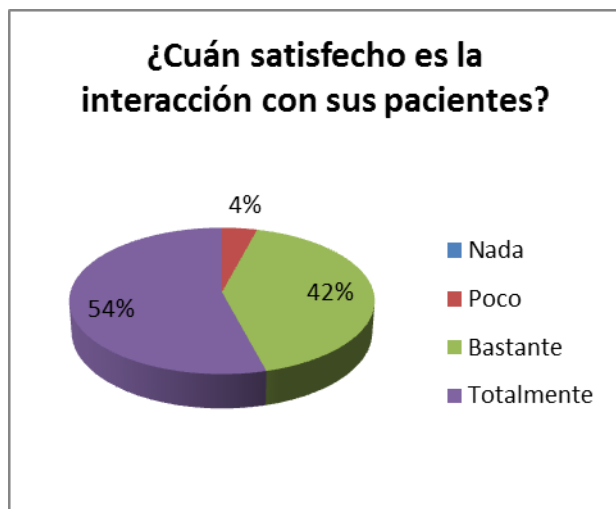
de la institución la mayor parte de ellas se dividen entre totalmente y bastante valoradas, un grupo minoritario dice sentirse poco valorada.

**TABLA 37. CUAN SATISFECHOS ESTAN LOS MEDICOS CON EL TRABAJO QUE REALIZAN Y CON LA INTERACCION CON SUS PACIENTES**

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	9	37,5
Totalmente	15	62,5
TOTAL	24	100



INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	4,16666667
Bastante	10	41,66666667
Totalmente	13	54,16666667
TOTAL	24	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

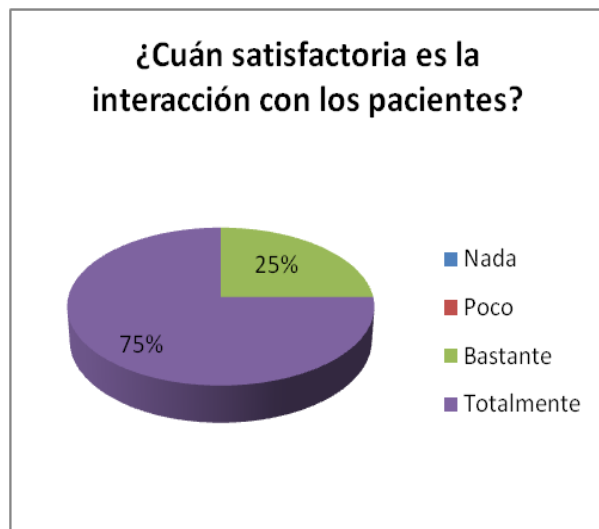
En lo que se refiere a la satisfacción con el trabajo que realizan, la mayor parte de médicos expresan sentirse satisfechos. Igualmente en la interacción con los pacientes la mayoría están totalmente satisfechos, un grupo menor están bastante satisfechos.

**TABLA 38. CUAN SATISFECHAS ESTAN LAS ENFERMERAS CON EL TRABAJO QUE REALIZAN Y CON LA INTERACCION CON SUS PACIENTES**

SATISFECHO CON EL TRABAJO		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	6	37,5
Totalmente	10	62,5
TOTAL	16	100



INTERACCIÓN CON LOS PACIENTES		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	0	0
Bastante	4	25
Totalmente	12	75
TOTAL	16	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Se puede apreciar que las enfermeras en su gran mayoría están totalmente satisfechas con el trabajo que realizan y en la interacción con sus pacientes.

**TABLA 39. CUAN SATISFECHOS ESTAN LOS MEDICOS CON EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE LA INSTITUCION DONDE LABORAN**

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	16	66,6666667
Bastante	5	20,8333333
Totalmente	3	12,5
TOTAL	24	100

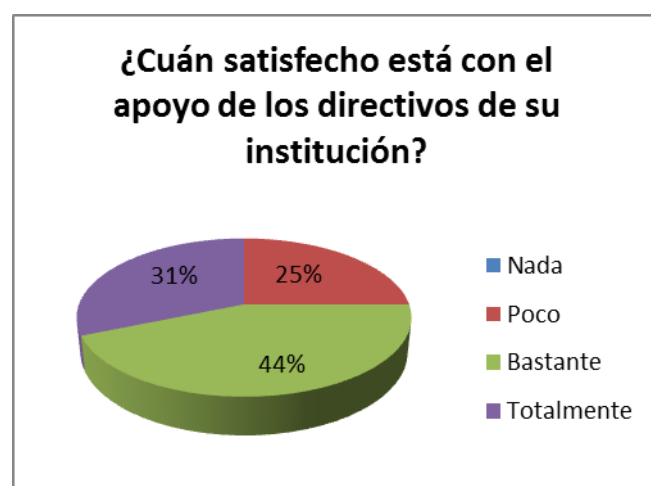


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

La mayor parte de médicos dicen estar poco satisfechos con el apoyo de los directivos y en menor porcentaje se sienten bastante y totalmente satisfechos.

**TABLA 40. CUAN SATISFECHAS ESTAN LAS ENFERMERAS CON EL APOYO DE LOS DIRECTIVOS DE LA INSTITUCION DONDE LABORAN**

APOYO DIRECTIVOS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	25
Bastante	7	43,75
Totalmente	5	31,25
TOTAL	16	100



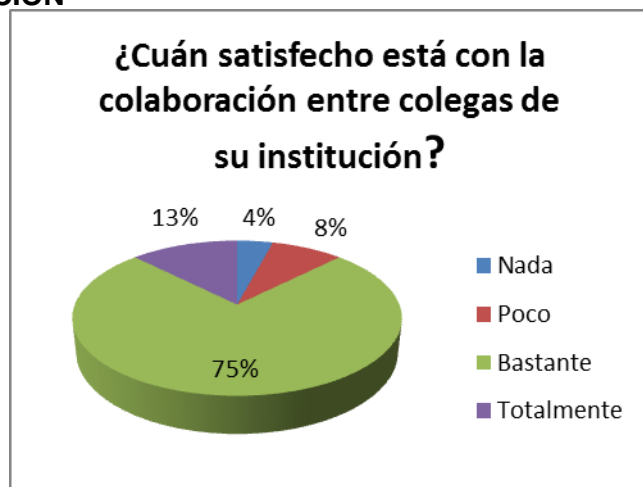


**Fuente:** Hospital Civil “Isidro Ayora”  
**Elaborado por:** Autora

En cuanto a las enfermeras, en su gran mayoría están bastante satisfechas con el apoyo de los directivos, siguiendo en un porcentaje menor que están totalmente satisfechas.

**TABLA 41. CUAN SATISFECHOS ESTAN LOS MEDICOS CON LA COLABORACION ENTRE COLEGAS DE LA INSTITUCION**

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	1	4,16666667
Poco	2	8,333333333
Bastante	18	75
Totalmente	3	12,5
TOTAL	24	100

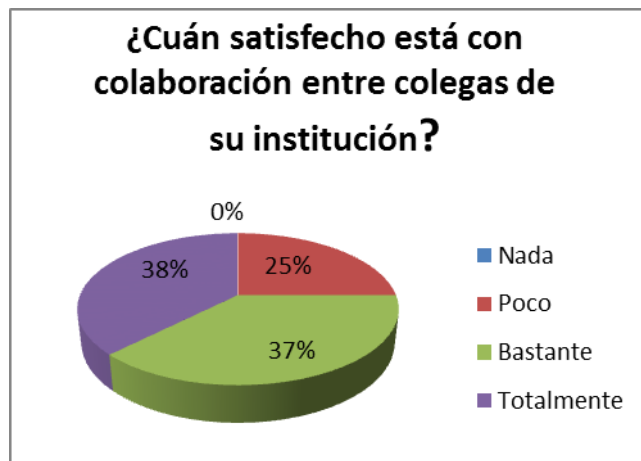


**Fuente:** Hospital Civil “Isidro Ayora”  
**Elaborado por:** Autora

Una gran mayoría de médicos se sienten satisfechos con la colaboración de sus colegas. Un pequeño porcentaje indica estar poco satisfecho.

**TABLA 42. CUAN SATISFECHAS ESTAN LAS ENFERMERAS CON LA COLABORACION ENTRE COLEGAS DE LA INSTITUCION**

COLABORACIÓN COLEGAS		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	4	25
Bastante	6	37,5
Totalmente	6	37,5
TOTAL	16	100



**Fuente:** Hospital Civil “Isidro Ayora”  
**Elaborado por:** Autora

Referente a las enfermeras se aprecia que en su gran mayoría están totalmente y bastante satisfechas con sus colegas, lo cual significa que hay una buena relación con los compañeros de trabajo.

**TABLA 43. CUAN SATISFACTORIA ES LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LOS MEDICOS**

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	1	4,16666667
Poco	1	4,16666667
Bastante	11	45,83333333
Totalmente	11	45,83333333
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



**Fuente:** Hospital Civil “Isidro Ayora”  
**Elaborado por:** Autora

Se observa que la mayor parte de médicos se divide entre totalmente y bastante satisfechos con su experiencia profesional.

**TABLA 44. CUAN SATISFACTORIA ES LA EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LAS ENFERMERAS**

SATISFACCIÓN EXPERIENCIA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	1	6,25
Bastante	7	43,75
Totalmente	8	50
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

En esta tabla se observa que la mitad de enfermeras entrevistadas están totalmente satisfechas con su experiencia profesional, siguiendo en un menor porcentaje que dicen estar bastante satisfechas.

**TABLA 45. CUAN SATISFECHOS ESTAN LOS MEDICOS CON SU ECONOMIA**

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	2	8,33333333
Poco	16	66,6666667
Bastante	3	12,5
Totalmente	3	12,5
TOTAL	24	100

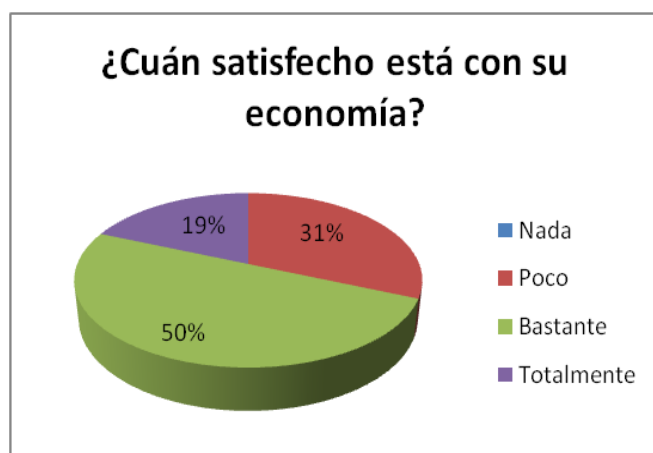


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

En esta tabla se observa que en un alto porcentaje los médicos están poco satisfechos con su economía. Es reducido el número de médicos que están total y bastante satisfechos.

**TABLA 46. CUAN SATISFECHAS ESTAN LAS ENFERMERAS CON SU ECONOMIA**

ECONOMÍA		
Nombre	Fr	%
Nada	0	0
Poco	5	31,25
Bastante	8	50
Totalmente	3	18,75
TOTAL	16	100



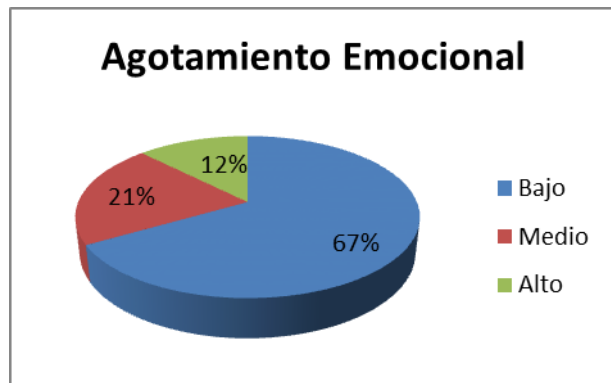
Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"

Elaborado por: Autora

En general la mitad de enfermeras entrevistadas se encuentran bastante satisfechas con su economía. Un porcentaje minoritario dicen estar poco satisfechas.

**TABLA 47. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT) EN LOS MEDICOS**

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	16	66,6666667
Medio	5	20,8333333
Alto	3	12,5
TOTAL	24	100



Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	24	100
Medio	0	0
Alto	0	0
TOTAL	24	100



Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	0	0
Alto	24	100
TOTAL	24	100

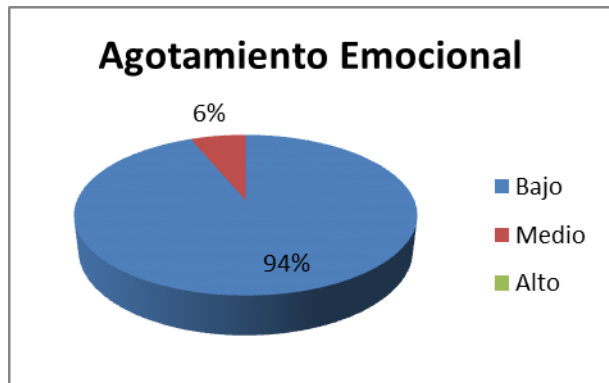


**Fuente:** Hospital Civil “Isidro Ayora”  
**Elaborado por:** Autora

De acuerdo a los resultados obtenidos en esta tabla se observa que existe bajo agotamiento emocional en la mayoría de médicos entrevistados. Un grupo menor presentan medio y alto agotamiento emocional. Sin embargo, ninguno presenta despersonalización, si manifiestan una alta realización personal.

**TABLA 48. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE MBI (INVENTARIO DE BURNOUT) EN LAS ENFERMERAS**

Agotamiento Emocional		
Nivel	fr	%
Bajo	15	93,75
Medio	1	6,25
Alto	0	0
TOTAL	16	100



Despersonalización		
Nivel	fr	%
Bajo	15	93,75
Medio	1	6,25
Alto	0	0
TOTAL	16	100



Realización Personal		
Nivel	fr	%
Bajo	0	0
Medio	2	12,5
Alto	14	87,5
TOTAL	16	100

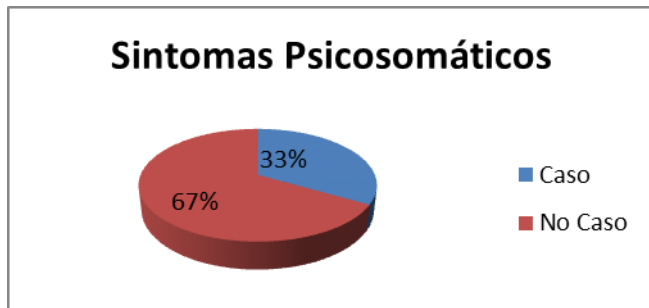


Fuente: Hospital Civil "Isidro Ayora"  
 Elaborado por: Autora

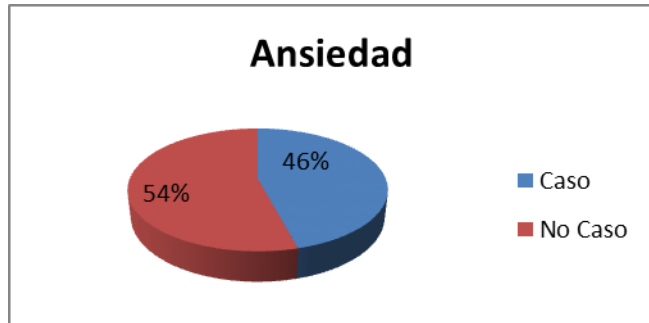
Las enfermeras entrevistadas en su gran mayoría demuestran bajo agotamiento emocional, no muestran despersonalización y tienen un alto grado de realización personal. Sin embargo, existe un mínimo porcentaje que exteriorizan un nivel medio de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

**TABLA 49. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHQ-28) EN LOS MEDICOS**

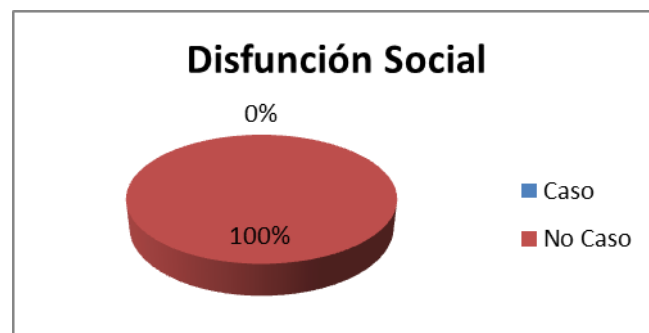
Síntomas Psicósomáticos		
Estado	fr	%
Caso	8	33,3333
No Caso	16	66,6667
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



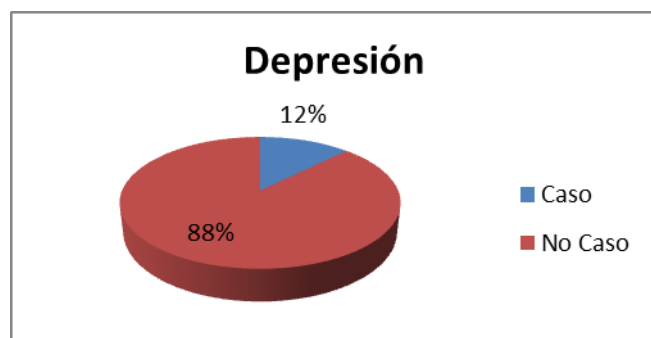
Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	11	45,8333
No Caso	13	54,1667
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	24	100
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>



Depresión		
Estado	fr	%



Caso	3	12,5
No Caso	21	87,5
<b>TOTAL</b>	<b>24</b>	<b>100</b>

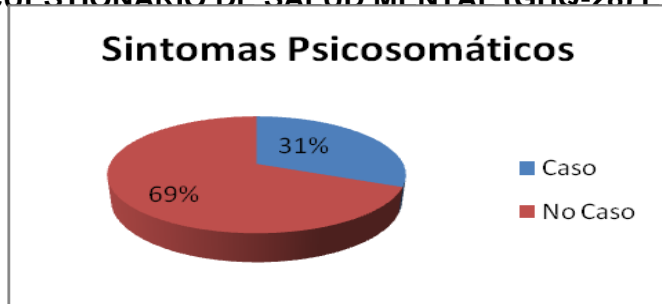
**Fuente:** Hospital Civil “Isidro Ayora”

**Elaborado por:** Autora

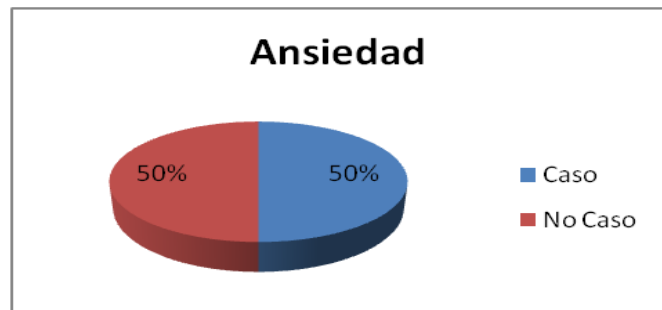
Se aprecia que la mayor parte de médicos entrevistados no presentan síntomas psicosomáticos, ansiedad ni depresión. Ninguno muestra disfunción social. Un porcentaje menor exhiben síntomas psicosomáticos y depresión. Once personas manifiestan ansiedad.

**TABLA 50. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE SALUD MENTAL (GHQ-28) EN LAS ENFERMERAS**

Síntomas Psicosomáticos		
Estado	fr	%
Caso	5	31,25
No Caso	11	68,75
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>



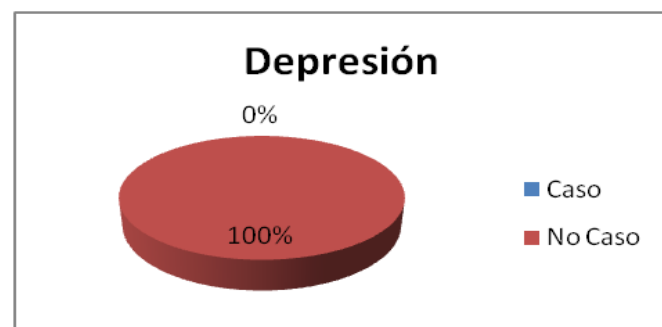
Ansiedad		
Estado	fr	%
Caso	8	50
No Caso	8	50
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>



Disfunción Social		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	16	100
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>



Depresión		
Estado	fr	%
Caso	0	0
No Caso	16	100
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>



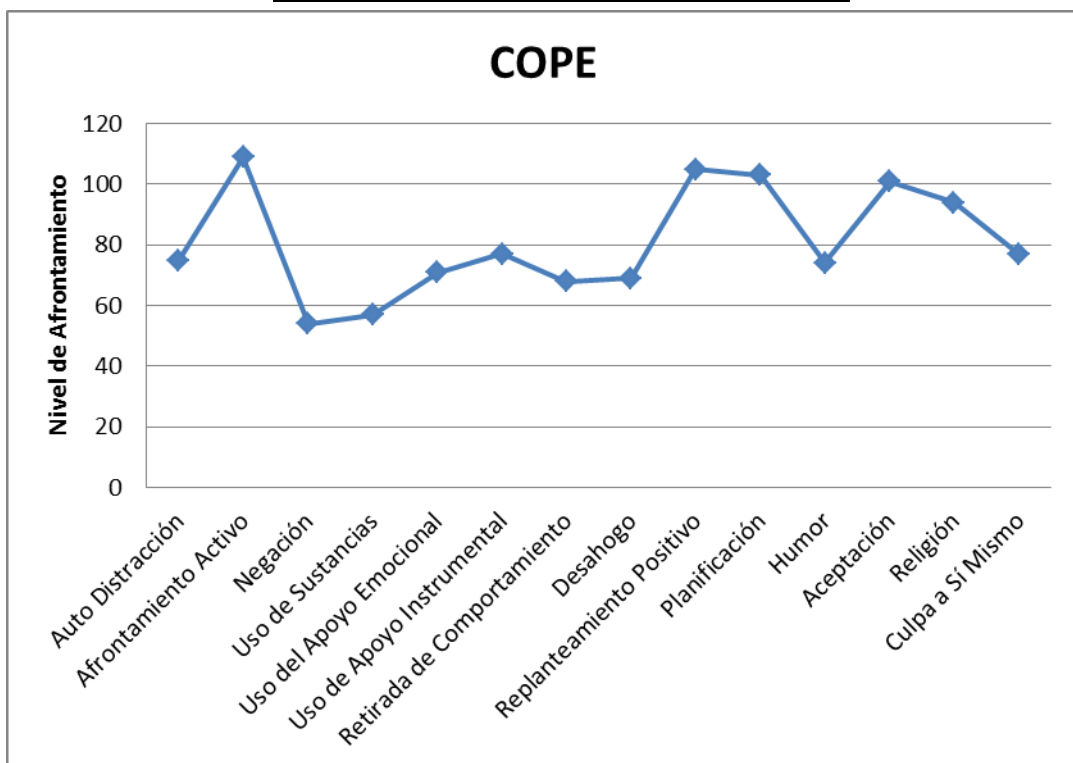
Caso	0	0
No Caso	16	100
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

**Fuente:** Hospital Civil “Isidro Ayora”  
**Elaborado por:** Autora

De acuerdo a lo que proyectan estos resultados se observa que ninguna de las enfermeras exhiben síntomas de disfunción social ni depresión. En su mayor parte tampoco presentan síntomas psicossomáticos y la mitad de ellas no presentan ansiedad. Ocho personas manifiestan ansiedad y cinco manifiestan síntomas psicossomáticos.

**TABLA 51. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE) – MEDICOS**

COPE	
Estrategia	Sumatoria
Auto Distracción	75
Afrontamiento Activo	109
Negación	54
Uso de Sustancias	57
Uso del Apoyo Emocional	71
Uso de Apoyo Instrumental	77
Retirada de Comportamiento	68
Desahogo	69
Replanteamiento Positivo	105
Planificación	103
Humor	74
Aceptación	101
Religión	94
Culpa a Sí Mismo	77





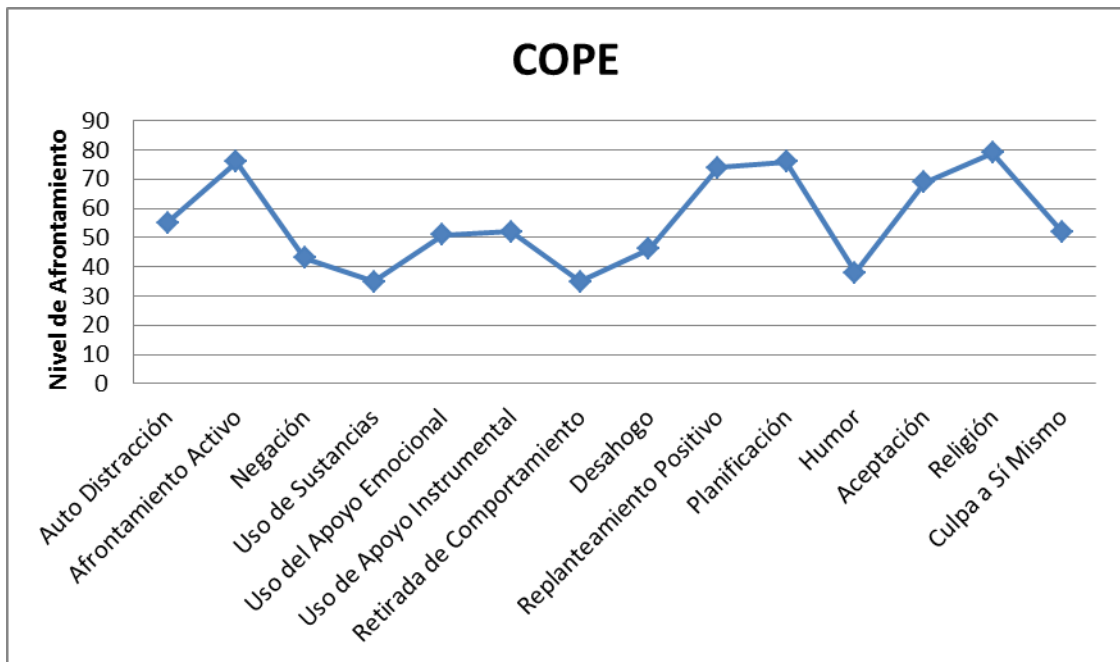
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

Estos resultados indican que la mayoría de estrategias de afrontamiento utilizadas por los médicos entrevistados son las de afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación y aceptación.

**TABLA 52. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE AFRONTAMIENTO (BRIEF-COPE) - ENFERMERAS**

<b>COPE</b>	
<b>Estrategia</b>	<b>Sumatoria</b>
Auto Distracción	55
Afrontamiento Activo	76
Negación	43
Uso de Sustancias	35
Uso del Apoyo Emocional	51
Uso de Apoyo Instrumental	52
Retirada de Comportamiento	35
Desahogo	46
Replanteamiento Positivo	74
Planificación	76
Humor	38
Aceptación	69
Religión	79
Culpa a Sí Mismo	52

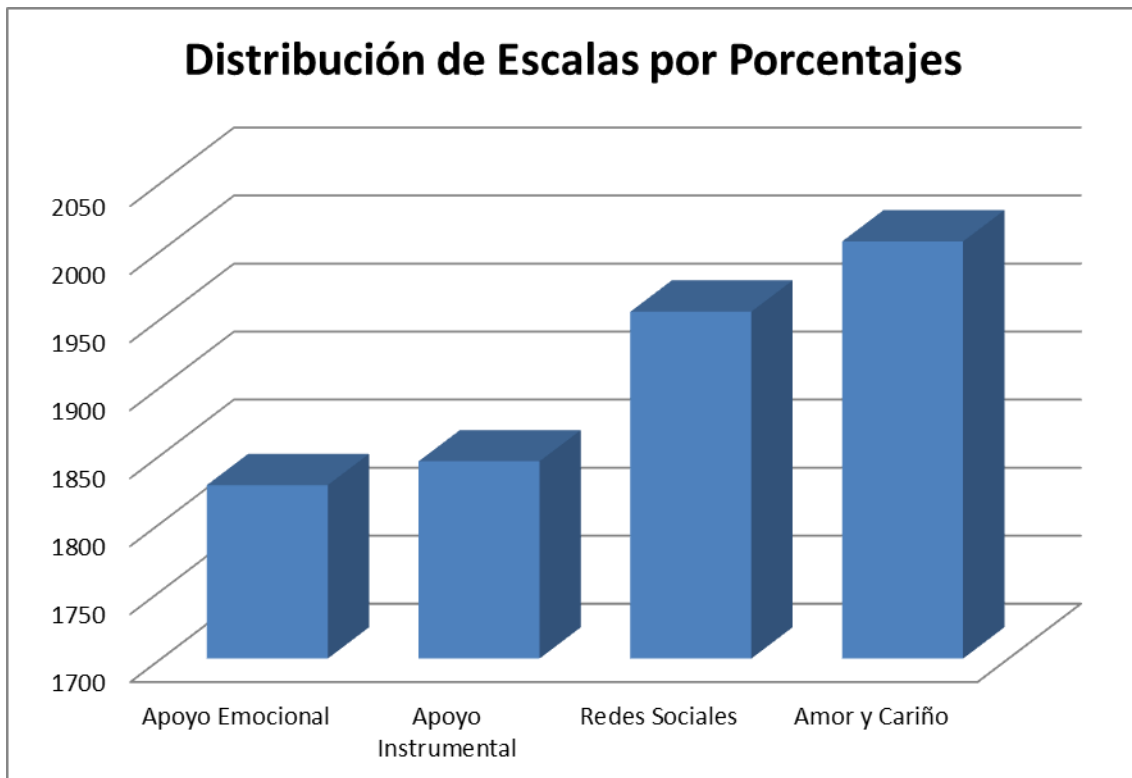


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

En esta tabla se observa que la estrategia de afrontamiento más utilizada por las enfermeras es la religión, seguida por el afrontamiento activo, planificación y replanteamiento positivo.

**TABLA 53. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL – MEDICOS**

<b>Apoyo Social</b>	
Apoyo Emocional	1827,5
Apoyo Instrumental	1845
Redes Sociales	1955
Amor y Cariño	2006,66667



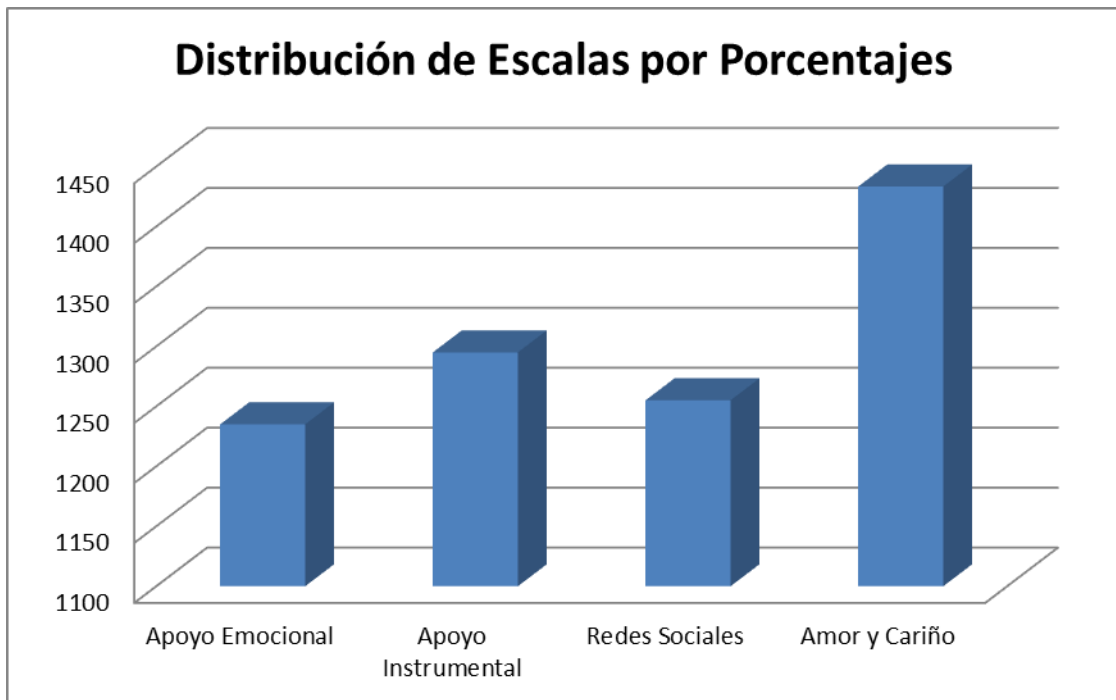
**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

**Elaborado por:** Autora

Se observa que los médicos entrevistados reciben un alto grado de apoyo afectivo que consiste en amor y cariño, seguido por el apoyo de las redes sociales que poseen. En un menor grado reciben apoyo instrumental y social.

**TABLA 54. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL – ENFERMERAS**

<b>Apoyo Social</b>	
Apoyo Emocional	1235
Apoyo Instrumental	1295
Redes Sociales	1255
Amor y Cariño	1433,33333



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"

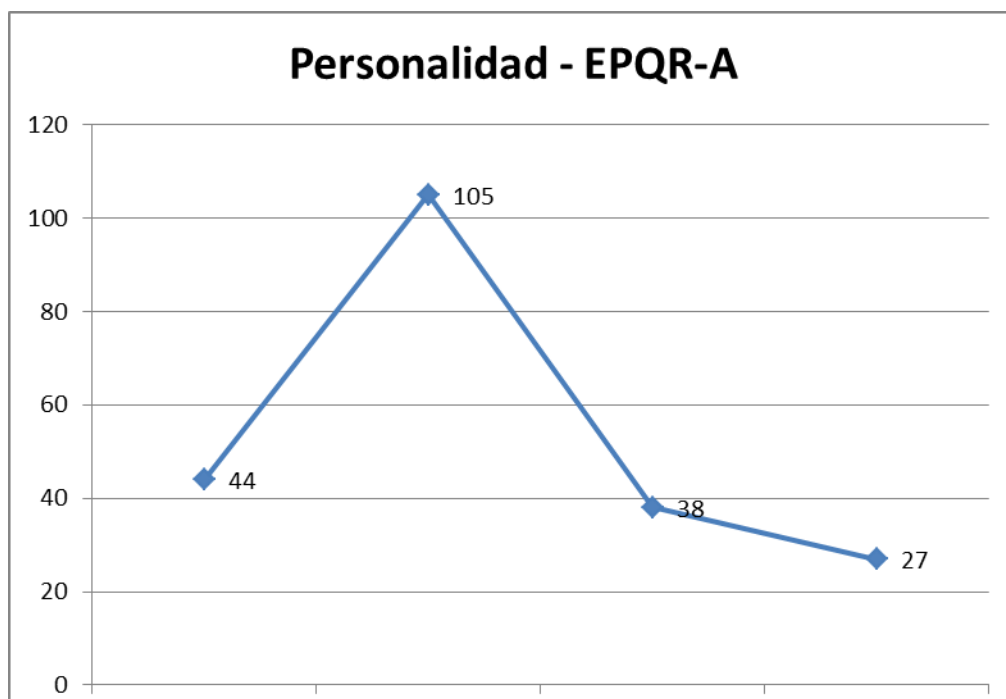
**Elaborado por:** Autora

Las enfermeras entrevistadas reflejan en su mayoría tener el amor y cariño por parte de quienes están a su alrededor, seguido por la utilización del apoyo instrumental. En menor grado cuentan con las redes sociales y el apoyo emocional.

<b>Personalidad - EPQR-A</b>		
<b>Tipo</b>	<b>Fr</b>	<b>%</b>
Neuroticismo	44	20,5607477
Extroversión	105	49,0654206
Psicoticismo	38	17,7570093
Sinceridad	27	12,6168224
<b>TOTAL</b>	<b>214</b>	<b>100</b>

TABLA 55.

## RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A) MEDICOS

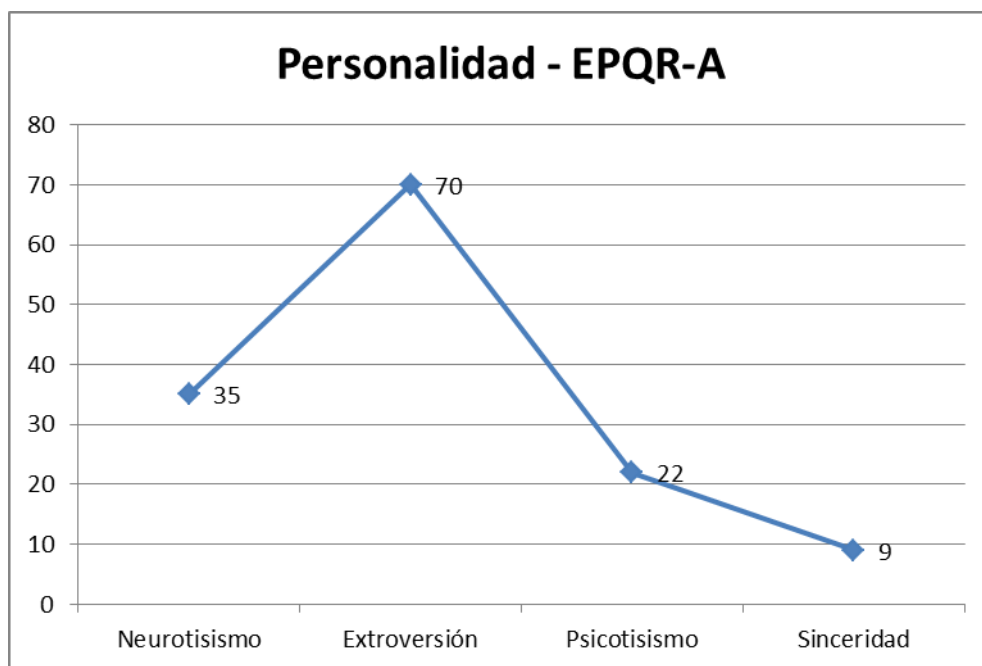


**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

En estos resultados se aprecia que existe un alto grado de extroversión en todos los médicos, seguido en menor grado por rasgos de neuroticismo y psicoticismo, con un nivel bastante bajo de sinceridad.

**TABLA 56. RESULTADOS DEL CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (EPQR-A) ENFERMERAS**

Personalidad - EPQR-A		
Tipo	Fr	%
Neuroticismo	35	25,7352941
Extroversión	70	51,4705882
Psicoticismo	22	16,1764706
Sinceridad	9	6,61764706
TOTAL	136	100



**Fuente:** Hospital Civil "Isidro Ayora"  
**Elaborado por:** Autora

Según estos resultados, las enfermeras entrevistadas presentan como principal tipo de personalidad la extroversión, con rasgos de neuroticismo y psicoticismo. Presentan bajo grado de sinceridad.

## 5. DISCUSION

Como la literatura señala, el burnout es un síndrome de desgaste profesional manifestado por síntomas de cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal (Maslach y Jackson, 1981), atacando principalmente a quienes laboran en el sector salud sea en calidad de médicos o enfermeras, y mucho más en los profesionales que se dedican a las áreas de oncología, cuidados intensivos y emergencias de las instituciones hospitalarias (Armand Grau et al., 2007)

Pedro R. Gil Monte (2001) manifiesta que dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) ocupan un lugar destacado, pues son una de las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo, y fuente de accidentabilidad y absentismo.

Debido a que en Ecuador, en la actualidad son escasos los estudios acerca del burnout y en razón que el Código de Trabajo requiere conocer los factores de riesgos psicosociales, entre ellos el burnout en el diseño del perfil del puesto, la Universidad Técnica Particular de Loja ha decidido contribuir a la temática iniciando con la identificación del burnout en los profesionales de la salud que laboran en las instituciones sanitarias de nuestro país e identificar cuáles son los factores relacionados con este fenómeno.

En primer lugar es preciso destacar que no se puede hablar solamente de la presencia o ausencia del burnout. De acuerdo a lo manifestado por diferentes autores, el burnout se manifiesta en intensidades o grados. Asimismo, es importante subrayar que el cuestionario del MBI no mide la existencia o no existencia del síndrome, sino que mide la frecuencia (nunca, una vez, etc) e intensidad del burnout (alto, bajo, medio) a través de tres subescalas (agotamiento, despersonalización y realización personal). (González, De la Gándara, 2004)

Es así que de acuerdo a diversos estudios efectuados, el factor sociodemográfico laboral compuesto por sexo, edad, estado civil, paternidad y número de hijos, zona donde vive, etnia, vivir solo o en compañía de otras personas, remuneración (Martínez López C. y col., 2005), así como variables de tipo laboral que consisten en datos descriptivos del puesto y de la situación de trabajo, aspectos de carácter cognitivo y motivacional como: absentismo, días de permiso, causas, factores de satisfacción e insatisfacción laboral, motivación en el trabajo, todo esto puede ocasionar situaciones estresantes que ligados a otros factores negativos podrían influir en la aparición del burnout. (J. M<sup>a</sup>. García y S. Herrero, 2008)

En base a lo expuesto sobre variables sociodemográficas no se evidencia índices de burnout en el presente estudio, lo que puede deberse a que la mayoría de médicos y enfermeras investigados cuentan con el apoyo familiar, de sus colegas y de los directivos de la institución, igualmente se sienten bastante valorados por los pacientes y sus familiares, además viven en zona urbana donde cuentan con todos los servicios básicos para vivir, aunque la agitación de las grandes ciudades produce estrés, este no es el caso, porque nuestra ciudad todavía cuenta con algo de tranquilidad, entonces todo esto hace que no se presenten casos significativos de estrés, a pesar que existen factores estresantes como el atender a pacientes con alto riesgo de muerte y poca satisfacción con la economía. Y en el menor porcentaje que manifiestan sentirse poco valorados tampoco les afecta en demasía ya que se sienten satisfechos con su profesión y con la interacción con los pacientes y en todos los demás puntos, incluyendo su experiencia profesional, lo cual es muy importante. Esto confirma lo que expresa el Modelo de Competencia Social de Harrison (1983), al igual que el Modelo de Cherniss (1993) quienes manifiestan que la autoeficacia que percibe el individuo al realizar su trabajo determinará o no el desarrollo del burnout, es decir si el profesional cuenta con factores de ayuda junto con una alta motivación, no presentará el



síndrome del burnout, pero si al contrario existen factores de barrera que impiden lograr sus metas, le ocasionará la disminución de la autoeficacia lo que en un tiempo prolongado le puede llevar a desarrollar burnout.

En los profesionales de la medicina ciertas características los hacen teóricamente más susceptibles de sufrir burnout, como son la sobrecarga de trabajo, las guardias, la competitividad, la necesidad de estar al día, la burocracia, la convivencia con otros miembros del equipo y sobre todo, el trato directo con los pacientes cuyas demandas físicas y emocionales se trasladan al médico, siendo una fuente importante de ansiedad el hecho de tener que enfrentarse frecuentemente con el sufrimiento humano y la muerte (Vega, 1994), lo que se asocia con la presente investigación donde se puede apreciar que los médicos dedican todas sus horas de trabajo principalmente a la atención de los pacientes, con un promedio de veinte y nueve pacientes diarios, presentando la mayor parte de ellos riesgo de muerte. Preocupa las guardias de veinte y seis horas continuas cada cuatro días que realizan los médicos, lo cual puede significar una sobrecarga de trabajo que podría afectar a los profesionales y estar ocasionando síntomas de ansiedad que pueden luego repercutir en situaciones de altos niveles de estrés. (Tablas 21 a la 28)

Maslach y Jackson (1981), señalan que el burnout se configura como "un síndrome tridimensional caracterizado por agotamiento emocional (sensaciones de sobre esfuerzo físico y hastío emocional), despersonalización (desarrollo de actitudes y respuestas indiferentes hacia los demás) y reducida realización personal (presencia de un negativo autoconcepto)". Al respecto en la presente investigación se observa que la mayor parte de médicos presentan bajo nivel en agotamiento emocional y despersonalización y un alto nivel de realización personal. Sin embargo, resulta de interés los casos de cinco médicos que muestran un grado medio de agotamiento emocional y tres un grado alto, lo que significa un señal de alarma ya que al existir progresiva pérdida de energía, característica del agotamiento emocional, puede ser un indicativo de estrés negativo y por lo mismo propiciar el burnout. En cuanto a las enfermeras, una persona presenta un grado medio de agotamiento emocional, otra persona muestra nivel medio de despersonalización y realización personal; y dos personas que muestran nivel medio de realización personal, lo cual resulta preocupante porque podría indicar una posible tendencia a desarrollar niveles más fuertes de estrés (Tablas 47 y 48). Este agotamiento emocional podría estar ocasionando síntomas psicosomáticos y ansiedad en los profesionales, ya que según los

resultados del presente estudio en relación a la salud, existen trece casos que presentan síntomas psicosomáticos (dolores de cabeza, problemas cardiovasculares, fatiga crónica, problemas gastrointestinales, alteraciones respiratorias, trastornos del sueño, dolores musculares sin causa aparente), diecinueve casos con ansiedad (hiperactividad del sistema nervioso autónomo manifestada por sudoración, palpitaciones, tensión muscular, incapacidad de relajación, agitación, insomnio, preocupaciones, y dificultad en la atención y concentración), y tres casos con depresión (disminución del estado de ánimo, pérdida de interés por realizar actividades cotidianas, irritabilidad, una visión sombría del futuro, sentimientos de culpa y falta de gusto por la vida) (Tablas 49 y 50). Estos elementos constituyen una señal de alarma, ya que la ansiedad junto con la depresión y los síntomas psicosomáticos pueden ser factores propicios para desarrollar altos niveles de estrés y por ende predisponer al síndrome de burnout, lo cual lleva a la reflexión que pese a que ninguno de los profesionales investigados no presentan niveles altos de burnout, si están expuestos a elevados grados de estrés, que se manifiestan con síntomas psicosomáticos y ansiedad principalmente, situaciones que pueden estarse ocasionando por las condiciones estresantes que son características propias del área de medicina como estar en contacto diariamente con pacientes que presentan riesgos de muerte, como lo dicen diferentes investigaciones “el hecho de diariamente enfrentarse a la muerte es causa de estrés”. Igualmente la sobrecarga laboral es otro factor estresante que en la presente investigación puede estar afectando especialmente a los médicos debido a las guardias nocturnas de veinte y seis horas cada cuatro días que realizan. Esto se relaciona con lo que señala la Revista Cubana de Enfermería en el Artículo de Carlos León Román, 2007 que manifiesta que el trabajar con personas a las que hay que atender, cuidar, orientar, ayudar o sencillamente acompañar cansa doblemente. Durante el proceso del cuidado el profesional médico o de enfermería se enfrenta al dolor, al sufrimiento y a la muerte, a los riesgos biológicos, al estrés mantenido por situaciones de urgencias y emergencias, así como la función propia de roles familiares. Igualmente confirma lo manifestado por Pedro R. Gil Monte, (2001), que dice el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés de forma que, si permanece a lo largo del tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicosomáticas como alteraciones cardiorespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, ansiedad, depresión, etc.

Ahora en cuanto al afrontamiento los diferentes autores señalan que es la forma como una persona trata de hacerle frente al estrés que hoy en día ataca fuertemente y afecta a la salud mental y física, es así que mediante el afrontamiento se puede intentar resistir a las contrariedades que se presentan diariamente sea en el campo profesional o personal. Ahora dependiendo del afrontamiento que se tome sea éste positivo o negativo, sin duda repercute en el comportamiento del individuo, y más aún en el tema del burnout resulta estrictamente necesaria la presencia de las estrategias de afrontamiento en sus diferentes manifestaciones como medida protectora.

Es así que la mayoría de estrategias de afrontamiento utilizadas por los investigados son las de afrontamiento activo (concentrar los esfuerzos en buscar y aplicar una solución, tener control sobre la situación y saber que se va a resolver), replanteamiento positivo (dar un significado positivo al problema viéndolo como una oportunidad para crecer), planificación (tomar medidas preventivas, análisis y búsqueda planificada de soluciones), aceptación (ser consciente y consecuente con la propia implicación en el problema), y religión (Tablas 51 y 52). Como se observa todas estas estrategias radican en realizar acciones específicas y útiles para intentar eliminar o reducir las fuentes de estrés, lo cual se relaciona con lo manifestado por Burke, 1998; Burke & Greenglass, 2000; Leiter, 1991; Pines & Kafry, 1981, citados por Hernández Zamora et al., 2004, que señalan: Las estrategias de afrontamiento activas y directas dirigidas al problema (es decir, las que intentan cambiar la fuente de estrés o a sí mismos) se asocian con niveles de burnout menores que las estrategias de afrontamiento inactivas o indirectas. Algunas investigaciones (Ceslowitz, 1989, citado por Moreno-Jiménez & Peñacoba, 1999; Ceslowitz, 1999; Greenglass & Burke, 2001, citados por Hernández Zamora et al., 2004) han hallado estos resultados en personal de enfermería, encontrando que el uso de modos de afrontamiento centrados en el problema trae aparejado mayor satisfacción en el trabajo, menor cansancio emocional y por lo tanto, niveles inferiores de manifestaciones de burnout. Cabe aclarar que la estrategia de religión tiene sus ventajas y desventajas ya que es conveniente si la persona acude a realizar actividades religiosas para tomar fuerza y fortalecer su fe para enfrentar los problemas, y de hecho como nuestro medio se caracteriza por la práctica religiosa esto resulta normal, pero si la persona llega a una actitud de fanatismo y se refugia en la religión pensando que sólo de esa manera se van a resolver los problemas sería una desventaja debido a que no estaría afrontando activamente el estrés. En fin las estrategias de afrontamiento utilizadas por los investigados se identifican con lo señalado por Dewe y

Guest (1990) quienes afirman que no hay estrategias de afrontamiento que sean válidas para todo el mundo, sino que cada persona puede elegir una u otra según su personalidad, el contexto y el momento que se encuentre.

Referente al apoyo social, tanto médicos como enfermeras partícipes de esta investigación perciben un alto grado de apoyo social consistente en recibir amor y cariño principalmente, seguido del apoyo de las redes sociales donde obtienen confianza, empatía, y distracción a través del contacto social que poseen (Tablas 53 y 54). En el caso de las enfermeras utilizan en un gran porcentaje el apoyo instrumental que consiste en contar con el apoyo de personal capacitado o instruido para ayudar en tareas domésticas o brindar consejo acerca de cómo sobrellevar un problema. En general se puede determinar que todos los investigados cuentan con un elevado apoyo social, lo que se convierte en un protector del burnout ya que el contar con un buen círculo de apoyo social con el cual se puede conversar, compartir penas y alegrías, realizar actividades de ocio, divertirse, permite que las situaciones estresantes sean más llevaderas, resultando ser este factor un inhibidor del burnout, lo cual confirma lo aseverado por Gil Monte y Peiró (1997) que dice: “El apoyo social desempeña un papel importante en la salud y el bienestar de las personas. Cuando no se carece de éste y el que hay es el adecuado, se mejoran los niveles de salud o se mantienen estables; a su vez un buen estado de salud facilita el mantener un apoyo social apropiado. En el ambiente laboral, las relaciones interpersonales pueden llegar a convertirse en una fuente de estrés, pero cuando existe una buena comunicación interpersonal y se percibe apoyo social, se amortiguan los efectos negativos del estrés sobre la salud”.

Según la “hipótesis del efecto amortiguador” (Durá y Garcés, 1991), el apoyo social modula la relación entre los estresores laborales y el burnout: esta relación o impacto será fuerte si existe un bajo apoyo social, mientras que la relación o impacto entre los estresores y el burnout será débil si la persona dispone de un elevado apoyo social (Cordes y Dougherty, 1993; Maslach et al, 2001).

En lo que concierne al factor personalidad se evidencia que los investigados en su gran mayoría muestran la extroversión como el tipo de personalidad predominante, con rasgos de neuroticismo y psicoticismo y con un bajo grado de sinceridad (Tablas 55 y 56). Según Hans Eysenck, la extroversión se caracteriza por un carácter abierto al cambio, comunicativo, desinhibido, activo, optimista, sociable, dominante, con necesidad de

establecer relaciones sociables, condición que aparentemente hace que los profesionales investigados posean una mejor adaptación a las condiciones difíciles en el ambiente de trabajo. Aunque algunos autores indican que debido a que las personas extrovertidas también se caracterizan por tener altas expectativas y por ser demasiado activas, son propensas a desarrollar burnout, lo cual puede relacionarse en la presente investigación con los síntomas de ansiedad que presentan un gran porcentaje de los investigados, teniendo también relación con lo manifestado en el Modelo de Pines (1993), que plantea que sólo se queman aquellos sujetos con alta motivación y altas expectativas. Asimismo García-Carmona, R.M. y Robles-Ortega, H. (2011) en la revista *Ansiedad y Estrés*, indican que la personalidad resistente y la comprensibilidad actúan modulando el efecto de los estresores organizacionales sobre los niveles de burnout, esto es, amortiguan los efectos negativos de las variables organizacionales. Dicho de otro modo, la influencia de las variables organizacionales sobre el burnout se atenúa cuando los niveles de personalidad resistente y comprensibilidad son altos.

Debido a que el neuroticismo según Eysenck se caracteriza por inestabilidad emocional con cambios de humor frecuentes, estado continuo de preocupación y tensión, ansiosos, con tendencia a la culpabilidad; y el psicoticismo se caracteriza por conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía, tornando a la persona egocéntrica e irresponsable, mostrándose indiferente a los demás y ante el peligro. Todo esto hace que los individuos estén siempre preocupados con pensamientos negativos y conductas agresivas respectivamente, factores que pueden llevar a desarrollar altos niveles de estrés; sin embargo, en el presente caso ninguno de los profesionales presenta un grado considerable de neuroticismo o psicoticismo. El índice de estos rasgos es menor en esta investigación y como dice Eysenck todas las personas poseen uno que otro de estos rasgos.

Preocupa en este caso el bajo nivel de sinceridad, lo cual lleva a reflexionar que puede existir encubrimiento de niveles altos de estrés. A mi criterio personal la poca sinceridad podría deberse quizá a la situación de renuncias obligatorias y a las evaluaciones aplicadas por el sistema gubernamental, que habían enfrentado los profesionales unos dos meses antes de realizada esta investigación, razón por la cual quizá se encontraban algo ansiosos y por lo mismo no expresaron una total sinceridad como precaución ante una posible evaluación laboral.

## 6. CONCLUSIONES

- En el presente estudio no se encontró incidencia de altos grados de síntomas de burnout, debido a que los profesionales de la salud investigados muestran un nivel bajo de agotamiento emocional y despersonalización y un alto grado de realización personal, lo cual significa que se sienten a gusto con el trabajo que realizan y satisfechos consigo mismos y su profesión.

- Se determina que existen cinco casos con nivel medio y tres con nivel alto de agotamiento emocional en los médicos. En cuanto a las enfermeras se encuentra que una persona presenta un grado medio de agotamiento emocional, otra persona muestra nivel medio de despersonalización y realización personal; y dos personas que muestran nivel medio de realización personal, lo cual resulta preocupante porque podría indicar una posible tendencia a desarrollar niveles elevados de estrés.

- Los profesionales que colaboraron en esta investigación, en general gozan de un buen estado de salud mental, con la excepción de los síntomas de ansiedad presentados por la mitad del porcentaje de médicos y enfermeras participantes, debido a los altos niveles de estrés propios de la profesión, lo cual es necesario poner atención ya que la ansiedad puede estar ocasionando agotamiento emocional.

- Se aprecia que existen trece casos que presentan síntomas psicósomáticos diecinueve presentan ansiedad y tres depresión, lo cual hace reflexionar que pese a que ninguno de los profesionales investigados no presentan niveles altos de burnout, si están expuestos a elevados grados de estrés, que se manifiestan con síntomas psicósomáticos y ansiedad principalmente, situaciones que pueden estarse ocasionando por las características propias del área de medicina como el estar en contacto diariamente con pacientes que presentan riesgos de muerte y la sobrecarga laboral.

- Existe un alto grado de apoyo social tanto en médicos como enfermeras, basado principalmente en el amor y cariño de sus seres queridos, en el apoyo de las redes sociales en general y en el apoyo instrumental, factores que se convierten en atenuantes del estrés.

- Tanto médicos como enfermeras utilizan el afrontamiento activo, la religión, replanteamiento positivo, planificación y aceptación, que constituyen estrategias de afrontamiento eficaces para enfrentar el estrés laboral y por ende prevenir la aparición del burnout.

- Los profesionales de la salud partícipes del presente estudio muestran principalmente una personalidad extrovertida, lo cual da la pauta para concluir que debido a que la extroversión se caracteriza especialmente por un carácter abierto al cambio, comunicativo, optimista, sociable, contribuye a que los profesionales en mención se adapten mejor ante las situaciones estresantes. Aunque los estudios indican que las personas extrovertidas son propensas a desarrollar burnout por el hecho de que anhelan hacer las cosas eficientemente y en el menor tiempo posible y tienen altas expectativas, lo que muchas de las veces no logran y puede producir elevados niveles de estrés.

- Resulta preocupante el bajo nivel de sinceridad de los entrevistados, lo que conlleva a deducir que puede existir encubrimiento de síntomas de altos niveles de estrés.

- Como conclusión final y en general se puede decir que la no presencia de altos niveles de burnout en los veinticuatro médicos y dieciseis enfermeras que colaboraron en la presente investigación y que laboran en el Hospital Civil "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, se debe al elevado apoyo social que poseen, a las adecuadas estrategias de afrontamiento que utilizan, a las características de su personalidad y a los favorables elementos sociodemográficos con los que cuentan, componentes que atenúan el estrés provocado por el trabajo diario.

## 7. RECOMENDACIONES

- Debido a que el tamaño de la muestra de profesionales investigados es relativamente pequeño, se hace necesario realizar un estudio en todo el personal de médicos y enfermeras que laboran en el Hospital "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, a fin de determinar oportunamente factores estresantes que puedan estar afectando a los profesionales de la salud y así poder prevenir el desarrollo del síndrome de burnout.

- Aunque no exista incidencia del burnout en los médicos y enfermeras partícipes de esta investigación, es importante que de parte de los directivos de esta casa de salud, se tomen medidas cautelares en relación al síndrome de burnout, brindando charlas informativas y preventivas en forma periódica acerca de este síndrome que cada vez va en aumento, sobre todo en las personas que se desempeñan en el ámbito de la salud.

- Se recomienda que los directivos de la institución de salud brinden el apoyo necesario a médicos y enfermeras con la gestión de recursos para implementar las herramientas de trabajo necesarias y modernas, así como mejorar la infraestructura de los consultorios con la suficiente ventilación e iluminación y el mobiliario adecuado, a fin de que los profesionales puedan brindar una atención de calidad y calidez a los pacientes que acuden en busca de sus servicios, con lo cual se fomentaría la satisfacción y motivación laboral y por ende la prevención de condiciones estresantes.

- Si bien, en general los investigados gozan de un buen estado de salud mental, es necesario que el Departamento de Salud Ocupacional del Hospital, tome en cuenta los casos que presentan un nivel medio y alto de agotamiento emocional y ansiedad moderada, a fin de encontrar las causas que están contribuyendo a presentar estos síntomas y buscar las soluciones apropiadas para cada caso.

- Es preciso aplicar pruebas psicotécnicas que ayuden a determinar el grado de sinceridad de los profesionales de la casa de salud estudiada, con la finalidad de detectar oportunamente síntomas de estrés laboral que pudieran estar presentándose y de esta manera evitar el surgimiento del síndrome de burnout.



- Aunque las estrategias de afrontamiento utilizadas son excelentes, es recomendable recordar que sigan cultivando y manteniendo dichas estrategias especialmente el afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, religión y aceptación, tomando en cuenta eso sí, que la estrategia de religión debe ser empleada objetivamente para que contribuya a afrontar las situaciones adversas.

- Es importante recomendar a los profesionales que en forma permanente se continúe fortaleciendo el apoyo social tanto con familiares, amigos, compañeros de trabajo y comunidad en general, debido a que éste constituye una herramienta fundamental para protegerse del síndrome del burnout.

- En fin, como prevención del burnout se recomienda emplear estrategias de afrontamiento efectivas, contar con un elevado círculo de apoyo social, evitar la vida sedentaria realizando los deportes favoritos o ejercitándose en casa en forma diaria, dedicar tiempo a compartir con quienes están alrededor, caminando, paseando, jugando, escuchando música moderada, bailando o simplemente aquietando unos minutos la mente observando el horizonte y aspirando positivismo para luego continuar con energía renovada las labores a cumplir.

## 8. BIBLIOGRAFIA

### ○ LIBROS:

- Balseiro Almario, L. (2010). El síndrome de burnout como factor de riesgo laboral en el personal de enfermería. México, Editorial Trillas.
- Barlow David H., Durand Mark V. (2001). Psicología anormal, un enfoque integral. 2ª. Edición, México, Editorial Thomson-Learning.
- Bosqued, M. (2008). Quemados, el síndrome del Burnout. Qué es y cómo superarlo. Barcelona-España, Ediciones Paidós Ibérica, S.A.
- CIE 10 Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades Trastornos mentales y del comportamiento (1992). Organización Mundial de la Salud, Ginebra. Meditor
- Cloninger Susan C. (2003) Teorías de la personalidad, 3ra. Edición. México, Editorial Pearson.
- Colom Marañón Roberto. (2007). Psicología de las diferencias individuales.- Teoría y práctica. Madrid, Ediciones Pirámide.
- Morris Charles G., Maisto Albert. (2001). Introducción a la Psicología, decima edición, México, Editorial Pearson.
- Muchinsky Paúl M. (2005). Psicología aplicada al trabajo, sexta edición, México, D.F, Editorial Thomson-Learning.
- Newstrom John W. (2007), Comportamiento humano en el trabajo, duodécima edición, México, Editorial MGH.
- Ramírez Rocío, (2011). Manual de trabajo de investigación y elaboración del informe de fin de carrera, Centro de Educación y Psicología de la Modalidad Abierta de la Universidad Técnica Particular de Loja. Loja-Ecuador, Editorial UTPL.
- Tonón G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional, una mirada al síndrome de burnout. Buenos Aires-Argentina. Editorial Espacio.

### ○ BIBLIOGRAFIA VIRTUAL:

- Aranda C., Pando M., Pérez MB. (2004). Apoyo social y síndrome de quemarse en el trabajo o burnout: una revisión. Psicología y Salud. Instituto de Investigaciones Psicológicas. Universidad de Veracruz. México. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=29114109>

- Armand Grau (1, 2), Daniel Flichtentrei (3), Rosa Suñer (1, 4), María Prats (3) y Florencia Braga (3) (2007). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. Revista española de salud pública (2009). Recuperado de <http://www.msc.es/biblioPublic/publicaciones/>
- Avendaño Cecilia, Bustos Patricia, Espinoza Paula, García Felipe, Pierart Tamara (2009). Burnout y apoyo social en personal del servicio de psiquiatría de un hospital público. Recuperado de <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v15n2/art07.pdf>
- Buendía J., Eventos vitales, afrontamiento y desarrollo. pág. 41-42. Recuperado de <http://www.books.google.com> › [Psychology](#) › [General](#).
- Castañeda E., García J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Revista colombiana de Psiquiatría. Vol. 39 número 1. Recuperado de [www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid)
- Carlin Maicon y J. Garcés de los Fayos Ruiz E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. 2010, vol. 26, nº 1 (enero). Recuperado de [http://www.um.es/analesps/v26/v26\\_1/20-26\\_1.pdf](http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf)
- Domínguez J.M. (2006). Tesis Doctoral APOYO SOCIAL, INTEGRACIÓN Y CALIDAD DE VIDA DE LA MUJER INMIGRANTE EN MÁLAGA. Recuperado de <http://riuma.uma.es/xmlui/handle/10630/2682>
- García-Carmona, RM y Robles Ortega H. (2011) "*Personalidad Resistente y sentido de coherencia como predictores del Burnout en personal Sanitario de cuidados intensivos*". Revista Ansiedad y Estrés, 17 (2-3) 99-112. Recuperado de [www.ucm.es/info/seas/Revista/list\\_crono.htm](http://www.ucm.es/info/seas/Revista/list_crono.htm)
- García Martín, MA. (2002). Beneficios del Apoyo Social durante el envejecimiento: efectos protectores de la actividad y el deporte. Universidad de Málaga España. Revista digital Año 8, Nº 51 Agosto 2002. Recuperado de [www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm](http://www.efdeportes.com/efd51/bien2.htm)
- Gil-Monte & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis. En Gil-Monte, P., (2006). *Riesgos psicosociales y Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*. Editorial Mexicana S.A. Recuperado de <http://www.uv.es/gilmonte>
- Gil Monte. (2001). El Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): aproximaciones teóricas para su explicación y recomendaciones para la intervención. Revista Psicología Científica. Recuperado de <http://www.psicologiacientifica.com>

- Gil Monte. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. Universidad de Valencia. España. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/pe/v7n1/v7n1a01.pdf>
- González García M. de J. (2006). Manejo del estrés. Recuperado de <http://books.google.com.ec>
- Grimaldi Herrera, C.: (2009). *Desarrollo de la personalidad. Teorías*, en Contribuciones a las Ciencias Sociales, noviembre 2009. Recuperado de [www.eumed.net/rev/cccss/06/cgh8.htm](http://www.eumed.net/rev/cccss/06/cgh8.htm)
- Hernández, Terán, Navarrete, León. (2007). El Síndrome de Burnout: una aproximación hacia su conceptualización, antecedentes, modelos explicativos y de medición. Año 3, Número 5. Recuperado de [http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/rubrique.php3?id\\_rubrique=7](http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/rubrique.php3?id_rubrique=7)
- Hernández, Olmedo. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome de “estar quemado” (burnout) y su relación con el afrontamiento. Granada-España. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740206.pdf>
- J. M<sup>a</sup>. García y S. Herrero (2008). *Burnout en el Hospital Psiquiátrico Penitenciario.- Apuntes de Psicología, Vol. 26, número 3, págs. 459-477.* Recuperado de <http://www.saludmed.com/Salud>
- Mansilla, F. *El síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Artículo publicado en la web.* Recuperado de [http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4\\_4.shtml](http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_4.shtml)
- Martínez P., A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivat Academia. nº 112. Septiembre. 2010. Recuperado de <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. Ciencia & Trabajo, Recuperado de <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/pagina37.pdf>
- Morán, C. (2008). Satisfacción en el empleo, burnout y afrontamiento en servicios humanos. Universidad de León. Recuperado de <http://www.ruct.uva.es/pdf/Revista%209/9210.pdf>
- Moreno-Jiménez, B., González J., Garrosa E. (2001) Desgaste profesional (burnout), Personalidad y Salud percibida. Madrid. Recuperado de <http://web.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf>

- Moreno-Jiménez, B., Gálvez Herrera, M., Garrosa Hernández, E., Mingote Adán, J.C. (2006). Nuevos planteamientos en la evaluación del burnout. La evaluación específica del desgaste profesional médico. *Atención Primaria*, Recuperado de [http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud\\_laboral.htm#cursos](http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud_laboral.htm#cursos)
- Moreno, Seminotti, Garrosa, Rodríguez, Carvajal y Benadero. (2005). El burnout médico: la ansiedad y los procesos de afrontamiento como factores intervinientes. *Revista Ansiedad y Estrés*. Madrid. Recuperado de [www.uam.es/gruposinv/esalud/personalidad.htm](http://www.uam.es/gruposinv/esalud/personalidad.htm)
- Ortega Ruiz, C., López Ríos F. (2004). El Burnout o el Síndrome de estar quemado en los profesionales Sanitarios: Revisión y perspectivas. Universidad de Almería. España. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/337/33740108.pdf>
- Orozco Africano, J. M. (2006) Evaluación de la aplicación de políticas públicas de salud en la ciudad de Cartagena.- Recuperado de <http://www.eumed.net/libros/2006c/199/1b.htm>
- Ríos, Peñalver, Godoy. (2008). Burnout y Salud Percibida en profesionales de enfermería de cuidados intensivos. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España. Recuperado de [www.elsevier.es/en/node/2069655](http://www.elsevier.es/en/node/2069655)
- Robbins, Stephen (1999). Comportamiento Organizacional, teoría y práctica, séptima edición. Universidad Estatal de San Diego. Recuperado de [http://books.google.com.ec/books/about/Comportamiento\\_Organizacional.html](http://books.google.com.ec/books/about/Comportamiento_Organizacional.html)
  - **Páginas de Internet:**
    - <http://med.unne.edu.ar/revista/revista153>).
    - <http://books.google.com.ec>
    - [http://books.google.com.ec/books/about/Comportamiento\\_Organizacional.html](http://books.google.com.ec/books/about/Comportamiento_Organizacional.html)
    - <http://definicion.de/salud/>
    - <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=50770103>
    - <http://www.ucm.es/info/seas/> Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés
    - <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/33/pagina172.pdf>
    - [www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111766.pdf](http://www.dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/111766.pdf)
    - [http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud\\_laboral.htm](http://www.uam.es/gruposinv/esalud/salud_laboral.htm)
    - <http://www.saludyfamilia.com/saludmental/burnout/caracteristicas/>

- [http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista\\_Inv\\_Web](http://www.rosario.gov.ar/sitio/salud/Revista_Inv_Web)
- <http://www.tusaludlaboral.galeon.com>
- <http://www.intramed.net/UserFiles/archivos/burnout.pdf>
- <http://www.who.int/suggestions/faq/es/index.html>
- <http://psicologo-especialista-barcelona.com/blog/ansiedad-e-insomnio/>
- <http://www.psicosocial.net/de/centro-de.../94-estrategias-de-afrontamiento>
- <http://www.slideshare.net>
- <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol>
- <http://www.depresion.uady.mx/index.php?a=4>
- <http://www.scielo.org.co/scielo.php>
- <http://www.ecured.cu/index.php/Afrontamiento>
- <http://www.istas.net/ecoinformas08>
- <http://www.mentesinquietas.es/blog/?p=389>
- <http://es.scribd.com/doc/104831584/Apoyo-Social-Disminuye-Estres>
- <http://www.slideshare.net/javiergenaro/en-mobbing-burnout-y-apoyo-social>
- <http://psicologia.costasur.com/es/apoyo-social.html>
- [http://www.aniorte-nic.net/apunt\\_psicolog\\_salud](http://www.aniorte-nic.net/apunt_psicolog_salud)
- <http://psicologosenlinea.net>
- <http://www.psicocardiologia.com.ar>
- [http://factorespsicosociales.com/segundoforo/trabajos\\_libres/URIBE-GARCIA-PICHARDO-ETAL.pdf](http://factorespsicosociales.com/segundoforo/trabajos_libres/URIBE-GARCIA-PICHARDO-ETAL.pdf)
- <http://estreslaboral.fullblog.com.ar/patron-de-conducta-genero-y-estres->
- <http://www.psicologia-online.com>
- <http://www.psicologosclinicos.com/articulos>
- <http://psicologamadrid-cardiovascular.blogspot.com/2012>
- <http://www.consumer.es/web/es/especiales>
- <http://www.salves.com.br/virtua/burnout.htm>
- [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004\\_n23/contenido.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2004_n23/contenido.htm)
- <http://www.ruct.uva.es/pdf/Revista%209/9210.pdf>
- [www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145012/196832](http://www.raco.cat/index.php/Periferia/article/download/145012/196832)
- [www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/.../7Psico%2010.pd...](http://www.palermo.edu/cienciassociales/publicaciones/pdf/.../7Psico%2010.pd...)

- [www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/factores.pdf](http://www.uji.es/bin/publ/edicions/jfi2/factores.pdf)
- [www.uca.edu.ar/uca/.../Documento\\_de\\_trabajo\\_Locus\\_de\\_control1.pdf](http://www.uca.edu.ar/uca/.../Documento_de_trabajo_Locus_de_control1.pdf)

## **9. ANEXOS**





## 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  Indígena  Afro ecuatoriano Estado Civil Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado  Unión Libre 

Número de Hijos: \_\_\_\_\_

Vive solo  Vive con otras personas Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual No recibe remuneración 

La remuneración se encuentra entre:

0-1000 USD  1001-2000 USD  2001-3000 USD 3001-4000 USD  4001-5000 USD  5001-6000 USD **Datos Laborales**Profesión: Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_Enfermera/o 

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

"IDENTIFICACION DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y PROGRAMA DE GRADUACION  
FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENOMENO EN EL ECUADOR"

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 son únicas. MUCHAS GRACIAS por su tiempo y por haber contestado a todas las preguntas formuladas en el cuestionario.



ANEXO 2.1

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

## ANEXO 2.2

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA  
Cuestionario (GHQ-28)

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

<p><b>A1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Mejor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><b>B1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba un energizante?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de corrido toda la noche?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A4. ¿Ha tenido la sensación de que estaba enfermo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le iba a estallar?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B6. ¿Ha tenido la sensación de que todo se le viene encima?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>
<p><b>A7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>B7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. No, en absoluto.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. No más de lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>



"IDENTIFICACION DEL BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD Y  
FACTORES RELACIONADOS CON ESTE FENOMENO EN EL ECUADOR"

PROGRAMA DE GRADUACION

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

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

## Anexo 2.3

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

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



## Anexo 2.4

UNIVERSIDAD 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.					



## Anexo 2.5

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

## CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

ANEXO Nro. 8

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

CERTIFICACIÓN

Yo,..... con cédula de identidad  
N° ....., certifico haber participado, completando los seis  
instrumentos, para el programa de investigación en "Identificación del burnout en profesionales de salud y  
factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador.", en colaboración con la egresada Flor  
María Valdivieso, C.I. 1103100234, es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

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

Atentamente;

Firma .....

No. de Teléfono: .....

Número del Registro del Ministerio de Salud Pública .....





**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**  
*La Universidad Católica de Loja*

Loja, 17 de Enero de 2012

Dra.  
Natasha Samaniego  
**DIRECTORA DEL HOSPITAL REGIONAL "ISIDRO AYORA" DE LOJA**  
En su despacho.-

De mi consideración:

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

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

Concedores de su alto espíritu de colaboración y compromiso con la sociedad y la ciencia solicito a usted Sr.(a) Director (a) se autorice a **Flor María Valdivieso**, egresado (a) de la Escuela de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, para realizar la recolección de información dirigida a 30 funcionarios (15 médicos y 15 enfermeras) de la salud de la Institución que usted tan acertadamente dirige.

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

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

Atentamente,

Mg. Rocío Ramírez Zhindón  
**DIRECTORA (ENCARGADA) DE LA ESCUELA DE PSICOLOGIA**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA**



Antonio

Copias a:  
- Subdirección  
- Tarefas Humanas  
- Comité Salud Ocupacional

Walter  
2012-01-18  
81130

Rec. 18/01/2012  
Cm/10440

16:10 flld