



Universidad Técnica Particular de Loja

*La Universidad Católica de Loja*

ÁREA SOCIO HUMANÍSTICA

TITULACION DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

**“Identificación del Burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de Quito durante el año 2012”.**

TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

AUTOR: Hata Upegui, Lieko Elizabeth

DIRECTOR: Jiménez Gaona, Marco Antonio, Lic.

**CENTRO UNIVERSITARIO QUITO**

**2013**

## CERTIFICACIÓN

Licenciado.

Marco Antonio Jiménez Gaona.

DIRECTOR DEL TRABAJO DE FIN DE TITULACIÓN

### CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado: **"Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados con este fenómeno, en el Ecuador en el año 2011-2012"** realizado por el profesional en formación: ***Hata Upegui Lieko Elizabeth***; 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, junio del 2013

---

Jiménez Gaona Marco Antonio, Lic.

## DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS

“Yo, **Hata Upegui Lieko Elizabeth** 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”

.....  
Hata Upegui Lieko Elizabeth  
C.I. 1710674241

## *DEDICATORIA*

*A mi hija Liekito quien ha sacrificado momentos de juego y compañía, que espero poder compensarlos algún día; ella es mi motivación, espero que siga como hasta ahora y deseo ser el gran ejemplo de su vida, su amor y su mejor amiga.*

*A mi amigo y compañero, mi esposo el que me ha motivado a alcanzar esta tan anhelada meta, apoyándome en momentos difíciles.*

*A estos dos seres que son la luz de mi vida, a ellos que hacen que cada día sea un reto en mi existencia, para ellos hoy y siempre.....*

*Y a mi padre quien estaría tan orgulloso de verme culminar este hermoso sueño.*

*Lieko Elizabeth Hata Upeguí*

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por su sabiduría, y guía permanente, permitiéndome cumplir con el sueño de ser una profesional.

A mis padres y hermanos por su confianza, y el amor.

A mi esposo por su apoyo incondicional, su amor y motivación.

A la Universidad Técnica Particular de Loja y su cuerpo docente por su guía a lo largo de estos cinco años por su entrega y profesionalismo, mi admiración y respeto.

A mi tutor de tesis, Lcdo. Marco Jiménez por su dedicación, paciencia y guía acertada.

Lieko Elizabeth Hata Upegui

## INDICE DE CONTENIDOS

CARATULA.....	i
CERTIFICACION.....	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA Y CESIÓN DE DERECHOS.....	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	vi
RESUMEN EJECUTIVO.....	1
ABSTRACT.....	2
INTRODUCCIÓN.....	3
CAPÍTULO 1. QUÉ ES EL ESTRÉS.....	5
1. Conceptualización del estrés.....	6
1.1. Origen y definición del estrés.....	6
1.2. Desencadenantes del estrés.....	7
1.2.1. Factores medio-ambientales.....	7
1.2.2. Factores hormonales.....	8
1.2.3. Estrés alérgico.....	9
1.3. Tipo de estresores.....	9
1.3.1. Factores psicosociales.....	9
1.3.2. Estresores biogénicos.....	11
1.3.3. Estresores internos.....	11
1.3.4. Estresores externos.....	11
2. Estrés laboral.....	11
3. Moduladores de estrés.....	12
3.1. Auto-eficacia percibida.....	12
3.2. Apoyo social.....	12
3.3. Personalidad resistente.....	13
3.4. Autoestima.....	13
4. Consecuencias del estrés.....	13
5. Medidas preventivas y control del estrés.....	14
CAPÍTULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	17
1. Definiciones del síndrome de burnout.....	18
2. Delimitación histórica del síndrome de burnout.....	18
3. Poblaciones propensas al síndrome de burnout.....	19
4. Fases y desarrollo del síndrome de burnout.....	19

4.1. Agotamiento emocional (AE).....	19
4.2. Despersonalización (DP).....	20
4.3. Realización personal (RP).....	20
5. Características, causas y consecuencias del burnout.....	20
6. Modelos explicativos del síndrome de burnout.....	22
7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout.....	23
7.1. Estrategias orientadas al individuo.....	24
7.2. Estrategias sociales.....	25
7.3. Estrategias organizacionales.....	25
<b>CAPÍTULO 3. CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN</b> .....	<b>27</b>
1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales .....	28
1.1. Variables de riesgo y protectoras.....	28
1.2. Motivación y satisfacción laboral.....	29
1.3. Investigaciones realizadas.....	29
2. Burnout y la relación con la salud mental.....	30
2.1. Definición de salud mental.....	30
2.2. Salud mental y el estrés.....	30
2.3. Síntomas somáticos.....	31
2.4. Ansiedad.....	31
2.5. Insomnio.....	32
2.6. Disfunción social en la actividad diaria.....	33
2.7. Depresión definición.....	33
2.7.1. Clasificación de los trastornos depresivos.....	33
2.8. Investigaciones Realizadas.....	34
3. Burnout y el afrontamiento.....	36
3.1. Definición de afrontamiento.....	36
3.2. Teorías de afrontamiento.....	36
3.2.1. Modelo biologicista de Selye.....	36
3.2.2. Modelo psicoanalítico.....	36
3.2.3. Modelo cognitivo del estrés de Lazarus y colaboradores.....	37
3.3. Estrategias de afrontamiento.....	37
3.3.1. Las estrategias dirigidas al entorno.....	38
3.3.2. Las estrategias dirigidas a regular la respuesta emocional.....	38
3.3.3. Las estrategias pasivas.....	38
3.4. Investigaciones realizadas.....	38
4. Burnout y la relación con el apoyo social.....	39

4.1.	Definición de apoyo social.....	39
4.2.	Modelos explicativos del apoyo social.....	40
4.2.1.	Perspectiva desde la sociología y la psicología social.....	40
4.2.2.	Teoría general de los modelos del estrés y la salud.....	40
4.3.	Apoyo social percibido.....	40
4.4.	Apoyo social estructural.....	41
4.5.	Investigaciones realizadas.....	41
5.	Burnout y la relación con la personalidad.....	42
5.1.	Definición de personalidad.....	42
5.2.	Tipos de personalidad.....	42
5.2.1.	Neurotisisismo.....	43
5.2.2.	Extroversión.....	43
5.2.3.	Apertura a la experiencia.....	43
5.2.4.	Amabilidad.....	43
5.2.5.	Responsabilidad.....	44
5.2.6.	Psicotisisismo.....	44
5.3.	Patrones de conducta y personalidad.....	44
5.3.1.	Patrón de conducta tipo A.....	44
5.3.2.	Personalidad resistente.....	45
5.4.	Locus de control.....	46
5.4.1.	Locus de control externo.....	46
5.4.2.	Locus de control interno.....	46
5.5.	Investigaciones realizadas.....	46
6.	Metodología.....	47
6.1.	Contexto.....	47
6.2.	Objetivos de la investigación.....	49
6.3.	Diseño de la investigación.....	49
6.4.	Población.....	49
6.5.	Instrumentos.....	49
6.5.1.	Cuestionario sociodemográfico y laboral.....	50
6.5.2.	Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	50
6.5.3.	Cuestionario de Salud Mental GHQ-28.....	50
6.5.4.	Escala multidimensional de evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	50
6.5.5.	Cuestionario MOS de apoyo social.....	51
6.5.6.	Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQR-A.....	51

6.6. Procedimiento.....	51
7. Análisis de resultados.....	53
7.1. Datos sociodemográficos y laborales.....	53
7.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).....	66
7.3. Cuestionario de Salud Mental GHQ-28.....	68
7.4. Escala multidimensional de evaluación de los estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).....	70
7.5. Cuestionario MOS de apoyo social.....	71
7.6. Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQR-A.....	72
8. Discusión de resultados.....	73
CONCLUSIONES.....	81
RECOMENDACIONES.....	83
BIBLIOGRAFÍA.....	84
ANEXOS.....	90
Anexo 1: Cuestionario sociodemográfico y laboral.....	91
Anexo 2: Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.....	93
Anexo 3: Cuestionario de salud mental GHQ-28.....	94
Anexo 4: Escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE).....	96
Anexo 5: Cuestionario MOS de apoyo social.....	97
Anexo 6: Cuestionario revisado de personalidad de Eysenck EPQR-A.....	98
Anexo 7: Documento de Información para participantes y Consentimiento Informado...	99
Anexo 8: Certificado de la Institución de Salud.....	101

## RESUMEN EJECUTIVO

El "Burnout", es un síndrome psicológico provoca deterioro en la salud física y mental de quién lo padece, respuesta inadecuada ante estresores emocionales e interpersonales crónicos en el trabajo.

Su aparición se ve influenciada por factores de tipo laboral: motivación, satisfacción laboral; características personales como: estrategias de afrontamiento utilizadas para manejar las situaciones estresantes, personalidad y el tipo de apoyo social con el que cuenta.

Afecta considerablemente a profesionales de la salud por su trato permanente al público, esta investigación está dirigida a identificar su existencia entre 15 médicos y 15 enfermeras de cuidados intensivos de un hospital de Quito. Se les aplico un cuestionario sociodemográfico y laboral, cuestionario de Maslach Burnout Inventory, cuestionario de salud mental (GHQ28), escala multidimensional de evaluación de los estilos de afrontamiento (BRIEF-COPE), cuestionario de apoyo social y cuestionario revisado de personalidad de Eysenck (EPQR-A).

Se concluye que en esta muestra no se detecto ningún caso de Burnout, se determinan las características sociodemográficas, laborales y personales que actuaron como variables protectoras al padecimiento de esta enfermedad de tipo psicosocial.

**Palabras clave:** Burnout, satisfacción laboral, afrontamiento, personalidad, salud, apoyo social.

## ABSTRACT

The "Burnout" is a psychological syndrome causes deterioration in physical and mental health who suffers it is inadequate response to chronic emotional and interpersonal stressors on the job.

Its appearance is influenced by factors of work motivation, job satisfaction, personal characteristics such as coping strategies used to handle stressful situations, personality and type of social support that counts.

Significantly affects health professionals for their ongoing treatment to the public. This research is aimed at identifying its existence among 15 doctors and 15 nurses in intensive care at a hospital in Quito. They applied a demographic information questionnaire , Maslach Burnout Inventory , mental health questionnaire ( GHQ28 ) , multidimensional scale for assessing coping styles ( BRIEF- COPE ) , social support questionnaire and questionnaire revised Eysenck Personality ( EPQR -A).

We conclude that in this sample did not detect any case of Burnout, determine the socio demographic, work and personal protective variables acting as the suffering of this disease on psycho social.

**Key words:** Burnout, job satisfaction, coping, personality, health, social support.

## INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Burnout se lo ha identificado como uno de los principales riesgos de tipo psicosocial que afecta en su mayoría a profesionales que proporcionan ayuda y servicio a gente necesitada, donde los clientes exigen un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional, entre las que destacan médicos, enfermeras, profesores, psicólogos, policías, incluso amas de casa.

Se lo identifica como una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia de tipo subjetivo de carácter negativo, es un proceso que inicia con la vivencia de sentirse cansado, de estar agotado emocionalmente, sentimiento de desmotivación, luego surge una despersonalización, un trato frío y distante hacia quien se presta el servicio, esto produce una decepción de sí mismos provocando un logro personal reducido. Cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el sujeto utiliza para manejar las situaciones estresantes, evoca en un conjunto de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, en particular los clientes y hacia el propio rol profesional.

Su aparición se ve influenciada por factores ambientales de tipo laboral como la motivación, la satisfacción laboral y características personales, como las estrategias de afrontamiento que el sujeto utiliza para manejar las situaciones estresantes, su personalidad, el tipo de apoyo social con el que cuenta, todo esto puede afectar significativamente en su salud física y mental.

Así investigaciones como la de Armand Grau et. Al. (2007) donde se estudiaron 11.530 profesionales de la salud de habla hispana, se encontró una prevalencia de Burnout en España de 14%, Argentina del 14,4%, y en Uruguay del 7,9%; los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2% y Odontología, Psicología y Nutrición obtuvieron cifras inferiores al 6%. El Burnout predominaba en los profesionales que trabajan en urgencias (17%), e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas 5% y 5,3% respectivamente.

Esta investigación tiene como objetivo identificar los factores relacionados implicados en el desarrollo del síndrome en 15 médicos y 15 enfermeras de Cuidados Intermedios e Intensivos del Servicio de Neonatología (Hospitalización) del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de la ciudad de Quito durante el año 2012.

El diseño de la investigación es de tipo cuantitativa, no experimental, transversal, exploratorio y descriptiva, entre médicos y enfermeras 22 son mujeres y 8 hombres, el promedio de edad es 38 años entre los 26 y 67 años.

Se aplican seis test psicológicos: **Cuestionario Sociodemográfico y Laboral**, recolecta datos personales y laborales pertinentes en el estudio del Síndrome, **Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI)**, detecta y mide la existencia de Burnout, **Cuestionario de Salud Mental (GHQ28)**, detecta cambios en la salud en general, **La Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE)**, evalúa los distintos tipos de respuesta de los individuos ante el estrés, **Cuestionario MOS de apoyo social**, investiga la calidad de las relaciones personales, **Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck (EPQR-A)**, evalúa la personalidad.

En la presente investigación no se detecto ningún caso de Burnout tanto en médicos como enfermeras, las características sociodemográficas protectoras encontradas fueron vivir con más personas, tener hijos, la valoración por parte de pacientes y sus familiares, así como la valoración entre colegas y directivos, la satisfacción laboral, la satisfacción en la interacción con pacientes, apoyo de los directivos, colaboración entre colegas, experiencia laboral, estabilidad laboral; la edad, género, promedio de años de trabajo y estado civil se asociaron de manera independiente al síndrome. El estado de salud mental presenta ansiedad e insomnio posiblemente influenciada por las nuevas políticas de Gobierno que están siendo implementadas, el uso inadecuado de estrategias de afrontamiento y características de personalidad inciden en la aparición de síntomas psicósomáticos y problemas de ansiedad e insomnio. Las estrategias de afrontamiento activo como variables protectoras encontradas fueron afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, auto distracción, aceptación, apoyo instrumental y apoyo emocional. El rasgo de personalidad sobresaliente en médicos fue la extroversión y en enfermeras fue extroversión muy seguido de neuroticismo, esta variabilidad afecta la manera de afrontar con eficacia situaciones estresantes deteriorando el grado de estabilidad emocional y salud mental.

## **CAPÍTULO 1. ¿QUÉ ES EL ESTRÉS?**

## **1. Conceptualización del Estrés**

El síndrome de Burnout es una enfermedad de tipo psicosocial que se desarrolla como respuesta a un estrés laboral crónico, se ve influenciado por factores ambientales de tipo laboral y de relación interpersonal donde juega mucho la personalidad y los mecanismos de afrontamiento así como el apoyo social que el sujeto posea para evitarlo o desarrollarlo, por lo que se será necesario hacer un análisis de todo lo que conlleva el estrés.

### **1.1. Origen y definición del estrés**

Desde el punto de vista de salud, “estrés” se lo puede definir como un fenómeno psicobiológico complejo, de alarma y adaptación que permite al organismo hacer frente a situaciones de peligro.

El estrés produce una respuesta inespecífica y automática, poniendo en alerta a todas nuestras capacidades, pudiendo aparecer ante acontecimientos agradables y los que no lo son.

Un aporte interesante en el siglo XIX, es el que realiza George Beard (1839-1883), este investigador dio a conocer el término “Neurastenia”, resultado de una “sobrecarga” a causa de las demandas del nuevo siglo, describiéndola como fatiga física de origen nervioso. Este científico toma en cuenta las condiciones sociales y demandas de la nueva vida moderna y que las mismas pueden ocasionar un desajuste en el individuo y desencadenar una enfermedad mental.

El neurólogo Walter Cannon (1935), famoso por sus investigaciones sobre la “homeostasis” que es el equilibrio interior necesario para la vida humana, observó como ciertos estresores ambientales producen cambios en el organismo y éste a través de su sistema endocrino y vegetativo busca estabilizarse para evitar daños orgánicos, concluyendo que si estos cambios son intensos o prolongados en el tiempo pueden ocasionar un quiebre en ellos, afectando por tanto a la salud de quien lo padece.

De esta manera la definición de estrés considera que son los “estímulos” del medio ambiente los que perturban el funcionamiento del organismo, y que provocan alteración emocional, agotamiento psicológico, cansancio físico.

En 1936, Hans Selye, dio el nombre de “Síndrome de estar enfermo” al conjunto de síntomas como cansancio, pérdida de apetito, baja de peso, etc., y elaboró un modelo de estrés múltiple, en donde incluía tanto las características de la “respuesta” fisiológica del

organismo ante las demandas estresantes, como las consecuencias perjudiciales a nivel orgánico que puede ocasionar un estrés excesivo o prolongado.

De acuerdo a Selye, lo que desencadena el estrés es siempre algún factor que altere el equilibrio homeostático del organismo. El estrés entonces sería la respuesta no específica del organismo ante cualquier situación demandante, puede ser esta que de un efecto mental o somático. (Sadin, 1995).

Selye describe el “Síndrome General de Adaptación” como la activación fisiológica ante el estrés, del eje hipotálamo- hipofísico-suprarrenal y del sistema nervioso autónomo, proceso que se desarrollo en tres etapas diferenciadas consecutivas: 1) Reacción de alarma; 2) Fase de resistencia; 3) Fase de agotamiento. (Pérez, Calés 2000).

En suma podemos decir que el estrés es la “respuesta” del organismo frente a cualquier demanda, externa o interna, que se le presente, y sus consecuencias son los efectos a corto y largo plazo tanto físico como psicológico que aparecen en la salud de quienes lo padecen.

## **1.2. Desencadenantes del estrés**

Los desencadenantes pueden ser algún hecho o situación perturbadora que provoca un desorden o desequilibrio en el organismo, afectándolo psicológicamente.

¿Qué es lo que desencadena el estrés? Entre estos eventos podemos mencionar situaciones de divorcio, exámenes académicos, pérdida de seres queridos, encarcelamiento, cuidado de seres queridos con problemas crónicos de salud, discapacidad o enfermedades de tipo mental, problemas financieros, relaciones interpersonales poco funcionales en el lugar de trabajo, etc.

### **1.2.1. Factores medioambientales.**

Un estresor podría ser cualquier cosa, no se puede clasificar objetivamente cuáles serían éstos, sin embargo, algunas condiciones externas tienen más probabilidad de actuar como estresores con respecto a otras.

Podemos hablar entonces de:

- ❖ Estresores de ambiente físico: iluminación, ruido, vibraciones, temperatura, ambientes contaminados, estrechos, etc.
- ❖ Estresores relativos a la sobrecarga cualitativa: Excesivas demandas intelectuales o mentales en relación con los conocimientos y habilidades del trabajador, dificultad excesiva de la tarea.

- ❖ Estresores relativos a la sub-carga cualitativa: Realizar tareas muy sencillas que debido a la falta de estimulación, aburrimiento y monotonía también pueden producir estrés.
- ❖ El escaso control sobre la tarea, el grado de autonomía, iniciativa y responsabilidad que el ambiente laboral le permita al individuo.
- ❖ El grado de autonomía dado por la mayor o menor dependencia jerárquica en el desempeño de las funciones ejecutadas.
- ❖ Estresores relativos a la organización: conflicto y ambigüedad del rol, jornada de trabajo, relaciones interpersonales, promoción y desarrollo de la carrera profesional, escasa valoración y pérdida de reconocimiento, problemas de comunicación, la formación, la experiencia obtenida, la participación de los trabajadores en la toma de decisiones, los aspectos organizacionales y los aspectos relacionados con las nuevas tecnologías.

Las características individuales también tiene un aporte muy importante, las personas pueden reaccionar de diferentes maneras, unas se fortalecerán mientras otras se agotarán a causa del desgaste físico y/o mental. Entre estas características están, la edad, el género, la personalidad, vivencias personales, experiencia, estado de ánimo, etc.

De esta manera, cuando los factores medioambientales influyen de manera negativa en el desarrollo de las actividades laborales del individuo y se han prolongado en el tiempo provocando un tipo de estrés laboral crónico, deriva en lo que hoy por hoy constituye uno de los riesgos psicosociales más preocupantes como es el síndrome de burnout o estar quemado por el trabajo, del cual se hablara posteriormente.

### **1.2.2. Factores hormonales.**

Cuando enfrentamos una situación estresante, el organismo pone en marcha mecanismos psicofisiológicos como respuesta al estrés, permitiendo la adaptación y supervivencia del sujeto con el objetivo central de lograr un equilibrio homeostático y la salud del individuo.

La respuesta fisiológica del estrés, activa sistemas como el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal (eje HPA), ésta comienza en el hipotálamo con la producción de la *hormona liberadora de corticotropina* (CRH) dirigida al sistema circulatorio de la *glándula pituitaria*, la cual segrega la *hormona adenocorticotropa* (ACTH) produciendo hormonas glucocorticoides, especialmente cortisol, catecolaminas, citoquinas, aminoácidos excitatorios, hormonas tiroideas, entre otras. (McEwen, 2007)

Las glándulas suprarrenales liberan el cortisol para facilitar la preparación del sistema inmune para manejar sus defensas contra bacterias, virus, heridas e inflamaciones.

De igual manera, otro sistema que se activa es el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual genera la secreción de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas generan un aumento en la concentración de glucosa en la sangre facilitando un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, fuerza muscular y resistencia al dolor; todo este proceso se manifiesta en cuestión de minutos. La liberación de dichas hormonas causadas por un estresor permite el inicio de un proceso de interacción inmediata con otras áreas del cerebro y el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático, enlazando la experiencia del estrés con los componentes psicofísicos y bioquímicos de la emoción y preparando el organismo para un estado de alerta (Padgett & Glaser, 2003).

Tanto el incremento de cortisol como de adrenalina, noradrenalina y las hormonas secretadas durante la situación de estrés agudo cumplen una función eminentemente protectora y de supervivencia, tratando de mantener un equilibrio homeostático, protegiendo al organismo de quebrantar su salud integral, facilitando el proceso de adaptación del organismo a los diferentes eventos estresantes a los que está expuesto diariamente. Sin embargo, cuando la situación de estrés se prolonga en el tiempo e intensidad, nuestro organismo sufre un desgaste al no lograr el equilibrio requerido, evocando problemas de salud tanto físicos como psicológicos.

### **1.2.3. Estrés alérgico.**

Las reacciones alérgicas son producidas por una hipersensibilidad del sistema inmunológico y uno de los factores que afectan a la vulnerabilidad del sistema inmune es el estrés. El estrés provoca un descenso de la competencia inmunológica, por tanto, el organismo muestra una mayor sensibilidad a ser afectado por agentes externos como pueden ser el polen, los ácaros, o las gramíneas. “Existe evidencia de una asociación entre el estrés y el brote o exacerbación de reacciones alérgicas en personas predispuestas”, tal como lo señalan Belloch, Sandín y Ramos en su libro *Manual de Psicopatología* (2009). Estos autores también señalan que: “los factores estresantes pueden inducir cambios emocionales y de afrontamiento que pueden modificar la eficacia de la función inmunológica”.

## **1.3. Tipo de estresores**

### **1.3.1. Factores psicosociales.**

Los factores psicosociales son las condiciones presentes en el trabajo, relacionadas tanto con la organización del trabajo, como con el contenido del puesto, y con la realización de la tarea incluyendo el entorno, y que pueden afectar positiva o negativamente no solo el desarrollo del trabajo, sino a la salud física, psíquica y social de los trabajadores, mismas

que pueden conducir en el corto plazo al estrés, y a largo plazo a desencadenar entre los principales síndromes el de Burnout.

De acuerdo a la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, los factores psicosociales son aquellas “Interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización por una parte, y, por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud, el rendimiento y la satisfacción en el trabajo” (OIT/OMS 1984, P.3).

Cuando los factores psicosociales son desfavorables y son percibidos negativamente por los trabajadores tienen consecuencias perjudiciales para la salud, hablamos entonces de factores de riesgo psicosocial o fuentes de estrés laboral, capaces de causar daño psicológico, físico, o social a los afectados. Según el informe publicado por la Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo (European Agency 2007) los identificados serían:

- ❖ Las nuevas formas de contratación laboral, contratos de trabajo precarios y la sub contratación e inseguridad en el puesto de trabajo.
- ❖ El envejecimiento de la población activa, que la hace más vulnerable a la carga mental y emocional.
- ❖ Intensificación del trabajo, caracterizado por la necesidad de manejar cantidades de información cada vez mayores, bajo una mayor presión en el ámbito laboral.
- ❖ Fuertes exigencias emocionales en el trabajo, junto con un incremento del acoso psicológico y de la violencia, en especial en los sectores de la asistencia sanitaria y de los servicios en general.
- ❖ Y el desequilibrio y conflicto entre la vida laboral y personal debido a la falta de ajuste entre las condiciones de trabajo y contratación y la vida privada de las personas.

(Lazarus y Folkman, 1984, 1986), hablan de los denominados “ajetres diarios”, daily hassles, acontecimientos en las pequeñas rutinas cotidianas pero de alta frecuencia. Estas llegan a causar daño psicológico por su alta frecuencia en la vida del afectado como las responsabilidades domésticas, las tareas escolares, el trabajo, la salud, la vida personal, la afectividad con la familia y los amigos.

En referencia a lo antedicho, los estresores pueden aparecer entonces en diferentes contextos, ya sea laboral, familiar o social, lo importante es promover investigaciones en el sentido de encontrar la manera de prevenir o intervenir en estos factores de riesgo psicosocial que hoy por hoy constituyen un problema a nivel mundial.

### **1.3.2. *Estresores Biogénicos.***

La situación estresante evoca cambios bioquímicos, que intervienen en forma directa a nivel fisiológico en ausencia de procesos psicológicos, principalmente sobre los núcleos elicítadores neurológicos y afectivos.

### **1.3.3. *Estresores internos.***

La concepción irracional de pensamientos, es la interpretación y evaluación negativa que hace el individuo de su entorno y su autovaloración lo que determina el origen y desarrollo del estrés, cuando dicha interpretación acerca de su entorno es de amenaza y desborda sus recursos, da origen a la incertidumbre, aumentando la tasa cardíaca, preparando al cuerpo para la defensa.

### **1.3.4 *Estresores externos.***

Pueden ser la mayoría de los estresores a los que estamos expuestos a diario fuera del ámbito laboral. Por ejemplo, sufrir graves problemas de salud, ser víctima de violencia, vivir alguna catástrofe natural, situaciones que presentan cambios dramáticos en condiciones altamente traumáticas, y sus consecuencias se prolongan en el tiempo. O ciertas situaciones que provocan la pérdida de control de quien las vivencia, por ejemplo el fallecimiento de un familiar o un ser muy querido.

## **2. Estrés laboral**

El estrés provocado por el trabajo, incide tanto en la salud de los trabajadores como en el desarrollo de su actividad laboral, las consecuencias van desde reducción de la calidad de trabajo y conflictos laborales hasta la aparición de trastornos mentales, ansiedad, depresión y problemas psicosomáticos como problemas de sueño, cansancio, dolor de cabeza, mareos, falta de concentración, ausentismo laboral, etc.

El estrés laboral está relacionado no solamente con las condiciones y efectos inmediatos del trabajo y problemas de salud innegables, sino que afecta indirectamente otros ámbitos, por ejemplo, la relación trabajo-familia, los trastornos cardiovasculares, el bajo peso al nacer de trabajadoras gestantes, entre otros.

La Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo, recoge en un informe que el estrés es el segundo problema de salud relacionado con el trabajo informado con más frecuencia, afectando en 2005 al 22% de los trabajadores de la UE.

El estrés laboral es un fenómeno que afecta a un alto porcentaje de trabajadores en el mundo globalizado, y que conlleva un alto coste personal, psicosocial y económico. De ahí la importancia de la reflexión acertada acerca del control de los factores psicosociales precursores del estrés laboral y facilitadores de sus consecuencias, su identificación para la prevención e intervención son fundamentales para de alguna manera detener o aminorar su prevalencia. (Gil-Monte, 2009)

### **3. Moduladores de estrés**

Los moduladores son aquellos amortiguadores que permiten lidiar mejor con los acontecimientos y situaciones vitales que día a día enfrentan las personas, éstos varían de acuerdo a las personas, pues son características individuales que hacen la diferencia en cuanto a la vulnerabilidad al estrés que posea una persona.

#### **3.1. Auto-eficacia percibida.**

La auto-eficacia percibida por el individuo es un potente modulador del estrés, es decir, es la creencia de poder manejar con eficacia los potenciales estresores ambientales y percibir control sobre esos estresores, por lo que éstos difícilmente serán evaluados como perturbadores. Así desde la teoría social cognitiva se considera la auto-eficacia como variable relevante en el control del entorno (Bandura, 1977).

La auto-eficacia percibida permite el empleo de conductas protectoras y promotoras de salud, así como las bajas expectativas de eficacia presentan ansiedad y estrés, depresión y síntomas psicosomáticos (Bandura, 1997)

Es posible que los sujetos con altos niveles de auto-eficacia tiendan a usar conductas de afrontamiento activo y centrado en el problema, mientras que los sujetos con una baja auto-eficacia usarían más estrategias centradas en la emoción, y en ellos mismos.

#### **3.2. Apoyo social.**

El apoyo social ha sido considerado como un modulador del estrés, pues su presencia incrementa la habilidad para hacer frente a situaciones de estrés mantenido, es el ambiente social positivo en el trabajo, las relaciones interpersonales positivas entre pares y supervisores, que retroalimentan la acción laboral.

Es el sentimiento de sentirse querido y respaldado en situaciones difíciles por amigos, familiares, así como de sus compañeros en el área laboral.

### **3.3. Personalidad resistente.**

La personalidad resistente al estrés se caracteriza por el compromiso y seguridad en confiar en sus propias destrezas y habilidades, especialmente conoce lo que hace porque tiene dominio y lo sabe hacer bien, es consciente de que los cambios son importantes y le permiten crecer.

### **3.4. Autoestima.**

La autoevaluación positiva y la alta autoestima, contribuyen a mejorar el estado de salud y el comportamiento social positivo, actúa en defensa de los impactos de las influencias negativas en la vida, facilita una mejor percepción de la realidad y comunicación interpersonal.

## **4. Consecuencias del estrés**

En palabras de Cannon (1935), “el esfuerzo del organismo para reajustarse en su equilibrio y salvar la situación estresante, cuando se prolonga en exceso, conduce a la enfermedad”.

Para algunos individuos el estrés podrá ser percibido como amenazante mientras para otros constituirá parte de su crecimiento personal, sin embargo lo relevante es que “estas respuestas pueden activar mecanismos fisiopatológicos de una enfermedad”.

Una de las consecuencias del estrés en el sistema inmunológico, aumenta la probabilidad de la aparición de enfermedades infecciosas, cuando se aprecia una excesiva utilización o, a veces, un manejo ineficiente de hormonas, cortico-esteroides y catecolaminas por parte de los ejes hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA) y el eje simpático-suprarrenal-medular (SAM) (McEwen, 2007), causando un impacto negativo en el sistema nervioso activando cambios bioquímicos y un desbalance hormonal que repercute en los sistemas endocrino e inmune.

Del estudio de diversos autores (Selye, 1936, 1956, 1960; Katz y Kahn, 1978; Kahn, 1981; Lazarus y Folkman, 1984; Borrás, 1992; Peiró y Salvador, 1993, etc.) sobre las consecuencias del estrés sobre la salud se resume de la siguiente manera:

- ❖ Entre las alteraciones físicas (crónicas o transitorias): Trastornos cardiovasculares, gastrointestinales, respiratorios, dermatológicos, trastornos endocrinológicos, neurológicos (migrañas), desarrollo de tumores.
- ❖ Entre las alteraciones psicológicas y emocionales: Depresión, ansiedad, hostilidad, Irritabilidad, pérdida de autoestima, empeoramiento de síntomas ya existentes (esquizofrenia).

- ❖ En el ámbito social podemos observar deterioro de las relaciones interpersonales, deterioro del desempeño organizacional como disminución del rendimiento, aumento de los accidentes laborales, aumento de la rotación, aumento del absentismo y deterioro de la eficacia personal.
- ❖ Podemos añadir agotamiento físico denotado en fatiga, cansancio, no descanso adecuado, y trastornos del sueño como insomnio, pesadillas, etc.

Esta alteración en los sistemas reguladores (HPA y SAM) productores de glucocorticoides y hormonas, producen un desgaste en las variadas funciones cerebrales, endocrinas e inmunológicas, evocando el desarrollo de las alteraciones físicas y mentales antes mencionadas. En este sentido, los resultados de estudios empíricos dejan científicamente establecido que el estrés crónico produce alteraciones en las neuronas del hipocampo, generando problemas de la memoria (McEwen, 2001).

Desde el punto de vista metabólico, el estrés crónico induce al consumo excesivo de calorías, que produce el incremento de cortisol, glucosa e insulina, causantes de la obesidad, la diabetes tipo II y un significativo número de enfermedades cardiovasculares (Dallman, 2003; Epel, Lapidu & McEwen, 2000).

## 5. Medidas preventivas y control del estrés

Para prevenir y controlar de alguna manera el estrés, se deberá en primera instancia tomar en consideración todos los aspectos del modelo biopsicosocial que cumplen un rol importante en el proceso de desarrollo del estrés crónico y como lo hemos venido demostrando su impacto en el cerebro, los sistemas nervioso, endocrino e inmune, aquellos factores ambientales y el estilo de vida del individuo, con el objetivo central de promover el bienestar y reducir los niveles de estrés. Reeducar al individuo en lo que se refiere a:

- ❖ Estrategias de afrontamiento efectivas, aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales que permitan al sujeto obtener la habilidad de manejar situaciones estresantes
- ❖ Seguir un programa de ejercicios físicos moderados y continuos en la medida en que se conviertan en hábitos saludables contribuyendo a una mejor calidad de vida
- ❖ Técnicas de relajación como la de Benson, permite centrar la atención y la conciencia en:

Nuestro **cuerpo** a través de la respiración

Nuestra **mente** a través del pensamiento, y en

Nuestro **entorno** a través de nuestros sentidos

El uso de diferentes técnicas de relajación han demostrado ser efectivas en los tratamientos de la presión arterial, control y reducción de estrés, empleadas en todas aquellas situaciones que recomiendan la reducción de la actividad simpática del sistema neurovegetativo, de la tensión muscular o del estado de alerta general del organismo, pretenden influir sobre componentes fisiológicos, cognitivos y temperamentales.

- ❖ Técnicas de Biofeedback intervención terapéutica utilizada en trastornos psicosomáticos como el estrés, migrañas, hipertensión, cefaleas tensionales, cuyo objetivo es:
  - Adquirir el control del sistema de respuesta fisiológica por medio de entrenamiento
  - Mantener el autocontrol del sistema de respuesta fisiológica en ausencia de feedback
  - Conseguir la generalización y mantenimiento del autocontrol aprendido
  
- ❖ Promover un adecuado soporte social, con familiares, amigos, colegas
- ❖ Implementar un plan nutricional, poniendo especial énfasis en:
  - Eliminación del consumo del tabaco
  - Reducción de alcohol, calorías y grasas saturadas
  
- ❖ Terapia Cognitiva Centrada en el Mindfulness (TCCM), desarrollada por investigadores de la Universidad de South Florida, postula que:
  - Centrarse en el aquí y ahora facilita el autoconocimiento de la experiencia presente, aprendiendo que el estrés y las experiencias negativas que se presentan en la vida tienen una razón de ser, permitiendo incrementar el valor adaptativo como seres humanos
  
- ❖ En lo laboral:
  - ❖ De acuerdo con el manual de funciones estar claro del trabajo a ejecutar y de que se cuente con los implementos necesarios para su desarrollo
  - ❖ Evaluar que las tareas encomendadas estén acordes tanto con los recursos como habilidades del sujeto
  - ❖ Evitar tareas repetitivas, implementar rotación de tareas y ocupaciones, motivando al empleado en el interés de realizarlas con entusiasmo y trabajo en equipo
  - ❖ Organizar y planificar eficazmente el tiempo para la realización del trabajo en el horario establecido

- ❖ Apoyar las ideas y cambios que se requieran por parte del personal, demostrando interés por su participación, dando valor a que su involucramiento es importante para la excelencia de resultados
- ❖ Observar el lugar de trabajo, sonido, iluminación, ventilación, todas aquellas condiciones medio ambientales que podrían causar malestar físico y mental

## **CAPÍTULO 2. CONCEPTUALIZACIÓN DEL BURNOUT**

## 1. Definiciones del síndrome de burnout

El término “Burnout” (síndrome de quemarse por el trabajo), se puede definir como un tipo de respuesta prolongada ante estresores emocionales e interpersonales crónicos en el lugar de trabajo, una experiencia de tipo subjetivo de carácter negativo que inicia con la vivencia de sentirse cansado, de estar agotado emocionalmente, sentimiento de desmotivación, luego surge una despersonalización, un trato frío y distante hacia quien se presta el servicio, esto produce una decepción de sí mismos provocando un logro personal reducido. Cuando fallan las estrategias de afrontamiento que el sujeto utiliza para manejar las situaciones estresantes, evoca en un conjunto de cogniciones, emociones y actitudes negativas hacia el trabajo, en particular los clientes y hacia el propio rol profesional.

Este término Burnout Freudenberger lo definió como: “Un estado de fatiga o frustración producido por la devoción a una causa, forma de vida o de relación que no produce el esperado refuerzo” describiéndose así el desgaste profesional que sienten algunas personas como consecuencia de su vida laboral. (Freudenberger, 1974).

El Burnout es descrito por Maslach y Jackson como un proceso que se caracteriza por altos niveles de agotamiento emocional (AE) y despersonalización (DP) y una reducida realización personal (RP). (Maslach, C., Jackson, SE. 1986)

En su lugar (Gil-Monte & Peiró, 1997), lo definen como una respuesta al estrés laboral crónico, compuesto por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con la que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

El Síndrome de “Burnout”, es considerado por la OMS (Ginebra, 2001) como una enfermedad laboral que provoca detrimento en la salud física y mental de los individuos.

## 2. Delimitación histórica del síndrome de burnout

El psiquiatra norteamericano Herbert Freudenberger en 1974 fue uno de los pioneros en investigar científicamente este fenómeno, según el cual hay dos condiciones para que se desarrolle el Síndrome de Burnout:

- ❖ Gran dedicación y compromiso con el trabajo, especialmente en profesiones de ayuda a otras personas.
- ❖ El aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo que aparecerían generalmente después de un año del comienzo del trabajo.

El término Síndrome de Burnout fue acuñado a la psicóloga social Cristina Maslach en 1976, quien realizó una clasificación general de las características del trabajo propio del personal sanitario y estudio los procesos emocionales de los profesionales en diferentes situaciones laborales y el comportamiento manifestado de estos con sus clientes. (Maslach & Pines, 1977)

Cristina Maslach y Jackson en 1986, definen el Burnout como un proceso que inicia con agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, evaluado por el cuestionario de su autoría el MBI Maslach Burnout Inventory.

### **3. Poblaciones propensas al síndrome de burnout**

Las poblaciones que se han visto más afectadas por este síndrome, son profesiones donde se proporciona ayuda y servicio a gente necesitada, donde los clientes exigen un nivel permanente e intenso de contacto personal y emocional.

Entre las que se destacan los profesionales de servicios de salud como médicos y enfermeras, en el ámbito académico, se resalta que no solo profesores sino también estudiantes universitarios son víctimas de este mal, del mismo modo que cualquier profesional se encuentran bajo presiones y sobrecargas propias de la actividad académica, en donde jóvenes reflejan agotamiento por las demandas del estudio además de actitudes de desinterés, así también son afectados psicólogos, orientadores, profesionales que trabajan en servicios sociales, policías, incluso amas de casa han sido el foco de atención en este sentido.

El hecho es que la mayoría de las investigaciones realizadas acerca del Burnout se sigue basando en muestras de cuidado de salud, educación y servicios humanos (Maslach et. al. 1996; Schaufeli y Enzmann, 1998).

### **4. Fases y desarrollo del síndrome de burnout**

A principios de la década de 1980 aparece el “Maslach Burnout Inventory” (MBI) (Maslach y Jackson, 1981) es el instrumento más utilizado para su evaluación, con base en él se define el fenómeno como un proceso que se compone de tres síntomas denominados: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal.

#### **4.1 Agotamiento Emocional (AE).**

Definido como la incapacidad de dar más de sí mismos en términos emocionales y afectivos, es un cansancio que puede ser físico y/o mental. La primera evidencia para reconocer un caso de Burnout, es el cansancio, acompañado de depresión, trastornos de sueño y

cambios de apetito. En esta primera fase la persona afectada siente un inusual agotamiento al sentirse agobiada por la carga de trabajo, cansancio no solo físico sino emocional, es difícil detectar que algo más está sucediendo con su persona por lo que ésta espera que con el tiempo vaya cambiando tal situación sin darse cuenta que están rumbo a desarrollar algo un poco más grave. El agotamiento es la manifestación primaria del síndrome y su dimensión central.

#### **4.2 Despersonalización (DP).**

En la segunda fase, ya se ha perdido el placer, el gusto por lo que se está haciendo, aparece la insatisfacción. Surgen entonces los sentimientos de indiferencia, y frialdad, es una respuesta impersonal en ocasiones insolente y desconsiderada hacia los receptores de los servicios o cuidados del profesional. El distanciamiento es una reacción tan inmediata al agotamiento que en relación al burnout se ha detectado invariablemente en gran variedad de ámbitos organizativos y profesionales.

#### **4.3 Realización Personal (RP).**

Lo que comenzó con un cansancio y fue seguido de insatisfacción, termina en pensamientos de fracaso personal e ineficacia profesional, ésta auto evaluación negativa ocasiona la pérdida de confianza en sí mismo, un negativo auto-concepto y sentimientos de baja autoestima, al darse cuenta de que la manera de afrontar la situación estresante no resultó como esperaba, y sin darse cuenta se incorporan hábitos tóxicos y el abandono laboral, el sentimiento de querer dejarlo todo sin importar nada.

### **5. Características, causas y consecuencias del Burnout**

En el desarrollo de este síndrome debemos tomar en cuenta las variables personales del sujeto, que aumentan la probabilidad de padecerlo:

- ❖ Afecta principalmente a aquellos sujetos que desean marcar una diferencia en la vida del otro pero su intención se ve frustrada, ya que estas personas piensan que al ayudar a los demás confirmaran su sentido de poder. El comenzar a trabajar con un altísimo entusiasmo, baja remuneración económica independiente del nivel educativo y jerárquico dentro de la organización, pero carecen del apoyo y refuerzo dentro de la institución, el utilizar inadecuadamente los recursos y ser empleado joven.
- ❖ Su entorno familiar se dice que las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout, esto puede ser a causa de la implicación del sujeto con la familia, el apoyo moral y emocional constante que recibe de ellos, hace que tengan mayor capacidad de afrontar los problemas y conflictos emocionales.

- ❖ El género, las mujeres parecen ser más proclives al desgaste profesional que los hombres, aunque hay que tener cuidado con este tipo de evaluación pues pueden influir aspectos como el tipo de contratación que tengan, si su trabajo le permite libertad de decisión, influyen también las demandas familiares, la educación, los ingresos, etc.
- ❖ Las estrategias de afrontamiento con las que cuente el sujeto también son importantes, influye la personalidad del individuo, así se habla de personalidad resistente al estrés, aquellas personas que funcionan mejor bajo la presión del estrés. Aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables personales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias.

Entre los aspectos de riesgo organizacional para el desarrollo del burnout se pueden identificar: carga de trabajo, control, recompensa, relaciones interpersonales, equidad y valores.

- ❖ La sobrecarga en el trabajo, el principal factor que evoca el agotamiento, los empleados sienten que tienen demasiado trabajo por hacer, no cuentan con el tiempo suficiente para realizarlo, sumándose la falta de recursos para hacerlo bien. Obviamente existe un desbalance entre las exigencias del trabajo y la capacidad del sujeto para satisfacer esas demandas. Los trabajadores que experimentan sobrecarga en el trabajo están también experimentando un desequilibrio en la carga entre su trabajo y su vida familiar. Pues dejan de pasar tiempo con la familia puesto que no han terminado su trabajo.
- ❖ La sensación de falta de control se relaciona fuertemente con elevados niveles de estrés y el burnout.
- ❖ Cuando existe la creencia de que las recompensas son insuficientes por su desempeño laboral. Para algunos las recompensas pueden ser el sueldo o beneficios especiales, pero para otros el reconocimiento, sería lo más importante. En la mayoría de los casos el estado de ánimo de los empleados se basa mucho en las recompensas y en el reconocimiento.
- ❖ El quiebre de las relaciones interpersonales continuas que los empleados tienen con otras personas en el trabajo, caracterizadas por falta de apoyo y confianza, y por un conflicto no resuelto. Si las relaciones con sus pares, jefes en el trabajo están funcionando bien, entonces hay un gran apoyo social, y los empleados tienen medios efectivos de resolver desacuerdos. Pero cuando hay un quiebre de las relaciones interpersonales y no hay mucho apoyo, existe competencia, se vuelve difícil resolver conflictos. Bajo tales condiciones, el estrés y el burnout son altos, y el trabajo se hace difícil.

- ❖ Percibir que el lugar de trabajo es injusto e inequitativo es probablemente el mejor predictor de la dimensión de despersonalización o cinismo del burnout. Es probable que surjan la rabia y la hostilidad cuando las personas sienten que no están siendo tratadas con el respeto que conlleva ser tratadas de manera justa.

Entre las consecuencias a nivel de organización se puede mencionar que:

- ❖ Cuando un empleado sufre de burnout se evidencia mala calidad del trabajo, cometen más errores, son poco cuidadosos, y tienen menos creatividad para resolver problemas.
- ❖ Muchas veces el afectado hace uso de su poder sobre el cliente o paciente para defenderse de la presión a la que se siente sometido debido a las exigencias o demandas de los clientes o pacientes en caso de casas asistenciales. Evocando respuestas de despersonalización, dando como resultado el deterioro de la calidad de servicio de la organización y el malestar del profesional por los sentimientos de culpa y de fracaso profesional que le genera su comportamiento.
- ❖ El burnout ha sido asociado con insatisfacción laboral, bajo compromiso con la organización, absentismo, intención de dejar el trabajo, y rotación de trabajo (Schaufeli y Enzmann 1998).
- ❖ Cuando el Burnout alcanza la etapa de despersonalización alta, puede derivar en un mayor ausentismo y rotación. Los empleados con burnout, no se presentan con regularidad, dejan el trabajo temprano y abandonan sus trabajos en mayor medida que los empleados comprometidos, y motivados.

Las consecuencias negativas para la salud son inevitables e incluyen:

- ❖ Síntomas psicósomáticos como: cefaleas, algias corporales, musculares y osteoarticulares, cambios significativos de peso, úlceras, desórdenes gastrointestinales.
- ❖ En la afectación emocional se puede mencionar: irritabilidad, ansiedad generalizada y focalizada al trabajo, depresión, frustración, sentimientos de inutilidad, aburrimiento.
- ❖ Entre las conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas como café, tabaco, alcohol, fármacos y,
- ❖ En la esfera social: relaciones frías y distantes, conductas de riesgo, llanto inespecífico.

## 6. Modelos explicativos del síndrome de burnout

Una de las clasificaciones más utilizada y actualizada es la de Gil-Monte y Peiró (Gil-Monte y Peiró, 1997). En base a cuatro tipos de Investigación: Teoría Socio-cognitiva del Yo, Teoría del Intercambio Social, Teoría Organizacional y Teoría Estructural, cada una subdividido en modelos como muestra la tabla siguiente:

**Tabla 1. Clasificación de los Modelos Explicativos del Burnout**

Teorías	Breve descripción	Modelos derivados
Socio-cognitiva del Yo	Las cogniciones influyen en la forma de percibir la realidad, y la autoconfianza del sujeto determinan el empeño para la consecución de objetivos y consecuencias emocionales de las acciones. Las variables relevantes son el self, como ser, la autoconfianza, el auto-concepto.	Modelo de Competencia Social de Harrison (1983) Modelo de Pines (1993) Modelo de Chernnis (1993) Modelo de Thompson, Page y Cooper (1993)
Intercambio Social	Parten de la teoría de la seguridad y de la teoría de recursos. Las percepciones de falta de equidad o de ganancia de los sujetos a partir de su comparación social en sus relaciones interpersonales aumentarán el riesgo a desarrollar el síndrome de Burnout.	Modelo de Comparación Social de Buunk y Schaufeli (1993) Modelo de Conservación de Recursos de Hobfoll y Freedy (1993)
Teoría Organizacional	Consideran al Burnout como una respuesta al estrés laboral. Lo relevante son los estresores del contexto organizacional como las funciones del rol, el apoyo percibido, la estructura, el clima, la cultura organizacional y los mecanismos de afrontamiento de los involucrados están relacionados en la aparición del Burnout.	Modelo de Fases de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1988) Modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) Modelo de Winnubst (1993)
Teoría Estructural	Toman de una manera integral los antecedentes personales, interpersonales y organizacionales. Se basan en los modelos transaccionales. Plantean que el estrés es consecuencia de una falta de equilibrio de la percepción entre las demandas y la capacidad de respuesta del sujeto, es decir, estrategias de afrontamiento.	Modelo de Gil-Monte y Peiró (1997)

**Fuente:** Clasificación de los Modelos Explicativos del Burnout (Gil-Monte y Peiró 1997)

**Elaborado por:** Gil-Monte y Peiró 1997

## 7. Prevención y tratamiento del síndrome de burnout

Las estrategias y técnicas de intervención se basan en los conocimientos desarrollados para afrontar y manejar el estrés. Unos programas se centran en hacer ver a los trabajadores la importancia de prevenir los factores de riesgo con el fin de que conozcan el problema, así como en el entendimiento en aspectos específicos (afrontamiento, reestructuración cognitiva, organización del tiempo, estilos de vida, etc.)

Uno de los primeros en plantear un modelo con las fases a seguir es Paine (1982):

1) Identificar el Burnout.

- 2) Prevenirlo mediante información y afrontamiento.
- 3) Mediar para reducir o invertir el proceso que conduce al desarrollo del síndrome.
- 4) Restablecer, es decir, aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados.

Ramos (1999) planteó diversas estrategias de intervención en personas ya diagnosticadas, que en resumen son:

- ❖ Modificar los procesos cognitivos de autoevaluación de los profesionales (entrenamiento en técnicas de afrontamiento, principalmente a las orientadas a la tarea/solución de problemas).
- ❖ Desarrollar estrategias cognitivo-conductuales que eliminen o neutralicen las consecuencias del Burnout.
- ❖ Desarrollar habilidades de comunicación interpersonal., habilidades sociales y asertividad.
- ❖ Fortalecer las redes de apoyo social.
- ❖ Disminuir y, si es posible, eliminar los estresores organizacionales.

Ramos distinguió también los distintos niveles de intervención, diferenciándolos:

- ❖ Individual, fortalecimiento de la persona para el afrontamiento al estrés laboral.
- ❖ Interpersonal, relacionado con la formación en habilidades sociales y desarrollo del apoyo social en el contexto social laboral.
- ❖ Organizacional, en referencia a la eliminación o disminución de estresores en el trabajo.

Peiró, Ramos y Gonzales, Román (1994), citados por Hombrados (1997), clasifican los programas de intervención en tres niveles como se explica a continuación:

### **7.1. Estrategias orientadas al individuo.**

Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento:

- ❖ Entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo eficaz del tiempo, relaciones sociales, estilo de vida. (Matteson e Ivancevich, 1987)
- ❖ Entrenamiento en la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones, entrenamiento en técnicas de relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de los sentimientos de culpa. (Matteson e Ivancevich, 1987)

- ❖ Aumento de la competencia profesional con una formación continuada, rediseño de la ejecución, organización personal, planificación del ocio y tiempo libre como son las distracciones extra laborales, ejercicios, hobby, tomar descansos-pausas en el trabajo, planteamiento de objetivos reales y alcanzables. (Matteson e Ivancevich, 1987)
- ❖ El manejo del humor como medio para adquirir el control de los pensamientos y las emociones Poter (1987)
- ❖ Biofeedback, técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardíaco, ondas cerebrales, presión sanguínea y tensión muscular), con el fin de reducir la tensión y los síntomas somáticos relacionados con el estrés. (Ramos, 1999 y Manassero & cols. 2003)
- ❖ Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes. (Ramos, 1999 y Manassero & cols. 2003)
- ❖ Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas por medio de una aproximación gradual al estímulo estresante hasta que se elimine la ansiedad. (Ramos, 1999 y Manassero & cols. 2003)
- ❖ Como último recurso se aconseja cambiar de puesto de trabajo dentro o fuera de la institución para evitar el abandono de la profesión. (Grau, A & cols, 1998).

### **7.2. Estrategias sociales.**

El apoyo social es de gran importancia, la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto (Gil-Monte, 1997 y Leiter, 1988), fomentarlo en los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación, de manera que sea consciente de que existen seres quienes lo apoyan y comprenden y en el ámbito laboral constatar que se valora su trabajo. (Ramos, 1999).

### **7.3. Estrategias organizacionales.**

- ❖ Evaluar el desempeño de funciones, verificando la claridad del cargo, nivel real de logros del trabajador, alcance de responsabilidades
- ❖ Evaluar la discrepancia entre carga de trabajo y recursos personales e instrumentales para su ejecución
- ❖ Evaluar la existencia de un balance entre las exigencias del trabajo y la capacidad del sujeto para satisfacer esas demandas
- ❖ Evaluar el nivel de control sobre la tarea, nivel de autonomía y toma de decisiones

- ❖ Revisar recompensas, beneficios especiales, promoción de carrera profesional, dentro de la motivación en el desarrollo de funciones
- ❖ Demostrar en realidad equidad y respeto hacia los trabajadores
- ❖ Cuidar las condiciones medio ambientales idóneas para el desempeño de labores
- ❖ Impulsar una cultura de trabajo en equipo
- ❖ Ampliar las comunicaciones, crear un mejor ambiente de trabajo

## **CAPITULO 3.**

### **CONCEPTUALIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN**

## 1. Burnout y la relación con variables sociodemográficas y laborales

Los estudios acerca de las variables demográficas en relación al burnout son relativamente escasos. La edad, el sexo, el estado civil, y condiciones como el clima laboral, la profesión, el nivel de formación y la ambigüedad del rol, han sido considerados como variables antecedentes en el desarrollo del Síndrome de Burnout.

### 1.1. Variables de riesgo y protectoras.

Entre las **variables de riesgo** que podrían correlacionarse con el desarrollo del síndrome de Burnout, están:

- ❖ La **edad**, entre los más jóvenes (30 o 40 años) el nivel de burnout se reporta como más alto. La edad se confunde claramente con la experiencia laboral, sin embargo se ha observado que el burnout es más un riesgo al principio de la carrera de una persona que más tarde.
- ❖ El **sexo**, no ha sido un indicador sólido del burnout. Los hombres a menudo tienen una puntuación ligeramente más alta en la dimensión de despersonalización, en otros estudios las mujeres tienen una puntuación ligeramente más alta en agotamiento. Estos resultados podrían estar relacionados con estereotipos de rol de género, pero es posible que reflejen también la confusión de sexo con ocupación (por ejemplo, es más probable que los oficiales de policía sean hombres, es más probable que las enfermeras sean mujeres). Sin embargo, en otros se evidencia que las mujeres se ven más afectadas por este síndrome debido a la diversidad de tareas profesionales y de carácter familiar, lo que repercute en el desempeño laboral.
- ❖ El **estado civil**, aquellos que no son casados parecen ser más propensos al burnout comparados con aquellos que están casados. Los solteros parecen experimentar incluso niveles más altos de burnout que aquellos que están divorciados.
- ❖ La **etnicidad**, ha sido poco evaluada por lo que no es posible resumir ninguna tendencia empírica.

Entre las **variables protectoras** podríamos mencionar entonces el estar casado, tener hijos, relaciones interpersonales estables, contar con un apoyo social, la valoración de la situación económica, la situación laboral junto con la percepción de sentirse valorado por quienes lo rodean, grado de optimismo, mayor experiencia laboral, la motivación con la que cuenta el sujeto y su satisfacción laboral.

## 1.2. Motivación y satisfacción laboral.

La motivación es ese motor que nos impulsa en la consecución de etapas para alcanzar los objetivos planteados y lograr satisfacción de la tarea o trabajo realizado.

La satisfacción laboral está estrechamente relacionada con reconocimiento recibido interna y externamente, la valoración percibida por el trabajador por su desempeño. Hablamos entonces de motivación intrínseca la que nace del interior de la persona y causa mucha satisfacción y la motivación extrínseca aquella que se estimula desde el exterior por medio de recompensas.

Es también el grado de identificación con el trabajo, sus metas y objetivos y la capacidad para alcanzarlos.

La satisfacción laboral como actitud, se compone de tres elementos: el *cognitivo*, son las creencias, valores y hábitos que las personas tienen hacia su trabajo; el *afectivo*, son los sentimientos y emociones; y el *conativo*, que es la predisposición de comportarse de cierta manera hacia diversos aspectos del trabajo.

## 1.3. Investigaciones realizadas.

En el estudio realizado por Armand Grau et al. (2007) a 11.530 profesionales de la salud de habla hispana, se encontró una prevalencia de Burnout en España de 14%, Argentina del 14,4%, y en Uruguay del 7,9%; los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y el Salvador presentaron prevalencias entre 2,5% y 5,9%. Medicina tuvo una prevalencia del 12,1%, Enfermería del 7,2% y Odontología, Psicología y Nutrición obtuvieron cifras inferiores al 6%. El burnout predominaba en los profesionales que trabajan en urgencias (17%), e internistas (15,5%), mientras que anestesistas y dermatólogos tuvieron las prevalencias más bajas 5% y 5,3% respectivamente.

Las variables protectoras encontradas fueron la mayor edad (0,96), tener hijos (0,93), la percepción de sentirse valorado (0,53), el optimismo (0,80), la satisfacción profesional (0,80) y la valoración económica (0,91).

De los resultados obtenidos la prevalencia global de Burnout fue del 11,4%. Aunque la prevalencia era mayor en las mujeres (12,9%) y en las personas solteras (14,6%), el sexo y el estado civil no mantuvieron una asociación estadísticamente significativa con el caso de burnout en el estudio multivariado.

## 2. Burnout y la relación con la salud mental

Los problemas de salud están íntimamente relacionados con el síndrome de burnout, pues como hemos visto afecta más aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas, servicios asistenciales, personas que necesitan altas dosis de entrega e implicación, por ejemplo médicos, enfermeras, etc.

### 2.1. Definiciones de salud mental.

La Psicología Positiva se centra más en el salud mental que en la enfermedad. Entiende por **salud mental** no sólo la ausencia de síntomas sino también la experiencia de bienestar psicológico (Wright & López, 2002)

La salud mental es el estado de equilibrio entre una persona y su entorno sociocultural, lo que garantiza su desarrollo en lo laboral, intelectual y de relaciones para alcanzar un bienestar y calidad de vida.

La definición presentada en los diccionarios de la Merriam-Webster dice que: salud mental es un estado de bienestar emocional y psicológico en el cual el individuo es capaz de hacer uso de sus habilidades emocionales y cognitivas, funciones sociales y de responder a las demandas ordinarias de la vida cotidiana. (La Merriam-Webster publica libros de referencia y diccionarios desde 1928)

### 2.2. Salud mental y el estrés.

El estrés es la respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que intenta adaptarse a presiones internas y externas, por otro lado, el estrés laboral surge cuando se da un desajuste entre la persona, el puesto de trabajo y la propia organización, entonces, la persona percibe que no dispone de los recursos suficientes para afrontar la problemática laboral y aparece la experiencia del estrés.

La exposición prolongada a este tipo de situaciones estresantes y la desadaptación que éstas producen en el organismo tendrán como principal consecuencia la aparición de determinadas alteraciones con una sintomatología muy variada como: temblores, tensión muscular, cefaleas, sudoración, sequedad bucal, dolor abdominal, mareos, arritmias, cansancio, irritabilidad, dificultades para dormir. Sin embargo, todo esto estará determinado tanto por las características del estresor como por variables moduladoras y de resistencia y vulnerabilidad del trabajador.

La incapacidad de lidiar con el estrés producido por este desajuste, derivan muchas ocasiones en desilusión, ineficacia percibida, depresión, la que repercute en la vida laboral, ocasiona reducción en la efectividad en el trabajo, se ha observado una prevalencia mayor en trabajadores del servicio público, ocasionando un fuerte impacto en el cuidado y atención de los pacientes cuando quienes los padecen son médicos o personal paramédico, puede condicionar farmacodependencia, alcoholismo, ausentismo laboral, conflictos familiares, etc., y que contribuyen a un mayor número de accidentes y de iatrogenias por el descuido de los pacientes o porque pueden recibir malos tratos, poca calidad y calidez de atención o descuido en la terapéutica.

### 2.3. Síntomas somáticos.

Resulta habitual que los trabajadores expuestos a este tipo de riesgo psicosocial como es el Burnout lleguen a presentar distinta sintomatología clínica que incluye:

- ❖ Síntomas psicosomáticos: insomnio, cefaleas, algias corporales, musculares y osteoarticulares, cambios significativos de peso, úlceras, desórdenes gastrointestinales;
- ❖ Emocionales: irritabilidad, ansiedad generalizada y focalizada al trabajo, depresión, frustración, sentimientos de inutilidad, aburrimiento; y
- ❖ Conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas como café, tabaco, alcohol, fármacos, relaciones frías y distantes, conductas de riesgo, llanto inespecífico

### 2.4. Ansiedad.

La **ansiedad** es un estado emocional de tensión, preocupación, nerviosismo y temor de forma desagradable, puede ser:

- ❖ **Adaptativa** si es proporcional a la amenaza;
- ❖ **Transitoria**, es decir que dura mientras se está expuesto al estímulo y facilita la puesta en marcha de recursos, y;
- ❖ **Desadaptativa**, cuando es desproporcionada a la amenaza, implica un aumento anómalo de la frecuencia, intensidad o duración de los síntomas y se mantiene en el tiempo.

Cursa con una sintomatología tanto física como psíquica, asociada a manifestaciones somáticas como: insomnio, dolor de cabeza, mareos, presenta un incremento en la actividad del sistema nervioso autónomo simpático.

La ansiedad y la depresión constituyen dos de los factores psicológicos de riesgo más importantes en los trastornos del sueño, hasta un 63% de pacientes con ansiedad presenta insomnio y hasta un 90% de los pacientes con depresión presentan algún tipo de trastorno del sueño (Maté J, Hollenstein MF, Gil FL, 2004). El trastorno por ansiedad generalizada suele ocasionar dificultad para el inicio y/o el mantenimiento del sueño (Salomé Díaz M, Pareja JA, 2008)

La depresión provoca por lo general, que el tiempo total de sueño sea corto debido al despertar precoz con incapacidad de reanudar el sueño. En depresiones leves-moderadas, con importante ansiedad asociada, aparecerá casi siempre insomnio de conciliación (Salomé Díaz M, Pareja JA, 2008)

### **2.5. Insomnio.**

El *insomnio*, se lo puede definir como la incapacidad para tener un sueño adecuado, éste se puede manifestar como una dificultad para conciliar el sueño, con despertares frecuentes durante la noche o con un despertar precoz, dando como resultado una insuficiente cantidad y calidad de sueño. Es más frecuente en ancianos y mujeres.

Las características más frecuentes observadas tras el insomnio son:

- ❖ Cambios de humor, irritabilidad excesiva
- ❖ Cansancio, decaimiento, agotamiento lo que interfiere en la actividad diaria
- ❖ La disminución del rendimiento laboral, de concentración, lentitud mental, dificultad de atención causan importantes repercusiones en el mundo laboral, provocando numerosas bajas laborales, accidentes
- ❖ Alteraciones endocrinas y metabólicas, referidas a una alteración del metabolismo de la glucosa y a una desregulación del eje hipotálamo-hipofisario-suprarrenal desarrollando en individuos predispuestos una resistencia a la insulina, obesidad e hipertensión
- ❖ Disminución de la secreción de la hormona del crecimiento
- ❖ Puede reducir el nivel de leptina, hormona que regula el metabolismo de los carbohidratos, lo que hace que el organismo anhele más carbohidratos y aumente su consumo

### **2.6. Disfunción social en la actividad diaria.**

Todo esto conlleva a un deterioro gradual de la calidad de vida, interfiriendo en su rendimiento social, laboral o escolar y en otras áreas importantes de su vida cotidiana.

La aparición de emociones asociadas como angustia, ansiedad, frustración o depresión, son capaces de provocar un mayor número de accidentes tanto laborales como domésticos. Los cambios bruscos de humor e irritabilidad deterioran sus relaciones familiares, laborales y sociales.

El no conseguir un descanso reparador asociada al insomnio y la ansiedad, conlleva como hemos observado cansancio, fatiga, agotamiento, irritabilidad, lo que incide en la dificultad de concentración, lentitud mental, lo que puede hacer difícil e incluso peligrosas las tareas de la vida diaria como conducir y un bajo desempeño laboral por el aumento de accidentes en el trabajo, incluso en el sector sanitario se han observado un número considerable de iatrogenias por el descuido de los pacientes o porque pueden recibir malos tratos, poca calidad y calidez de atención o descuido en la terapéutica.

## **2.7. Depresión definición.**

La Organización Mundial para la Salud (OMS, 2001) define la depresión como un desorden mental caracterizado por disminución en el estado de ánimo, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa, autoestima baja, alteraciones del sueño o el apetito y problemas para la concentración, puede ser crónico o recurrente y condicionar un deterioro substancial en las capacidades de los individuos para cuidarse por sí mismos o cumplir con sus responsabilidades diarias.

Actualmente 121 millones de personas sufren depresión, una de cada cinco personas desarrollará un cuadro depresivo en su vida. La incidencia es dos veces mayor en mujeres y afecta más a jóvenes (OMS, 2001, American Psychiatric Association, 1995).

### **2.7.1. Clasificación de los trastornos depresivos.**

De acuerdo al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) en (Durand y Barlow, 2007) los trastornos depresivos se clasifican en:

**Tabla 2: Clasificación de los trastornos depresivos**

Tipo	Descripción breve
Episodio depresivo mayor	<p>Tipo de depresión más común y severa</p> <p>Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día</p> <p>Interés o placer marcadamente disminuidos en la mayor parte de las actividades diarias</p> <p>Considerable pérdida o subida de peso sin ninguna dieta, o bastante aumento o falta de apetito</p> <p>Aparición de insomnio o hiperinsomnio</p> <p>Agitación o retardación psicomotora</p> <p>Fatiga o pérdida de energía</p> <p>Sentimientos de inutilidad o de culpa excesiva</p> <p>Destreza disminuida para pensar o concentrarse</p> <p>Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida o intentos de suicidio</p> <p>Aflicción o deterioro clínicamente significativo, no asociado con duelo</p> <p>Persistencia en más de dos meses</p>
Trastorno depresivo mayor de episodio único	<p>Ausencia de episodios maníacos o hipomaniacos antes o durante el episodio</p> <p>No existe un historial familiar de depresión</p>
Trastorno depresivo mayor recurrente	<p>Cuando dos o más episodios depresivos mayores separados por al menos dos meses que el individuo no se deprime</p> <p>Existe un historial familiar de depresión</p> <p>La duración media de los episodios es de 4 a 5 meses</p>
Trastorno distímico	<p>Se caracteriza por al menos 2 años en los que ha habido más días con estado de ánimo depresivo que sin él</p> <p>Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, o casi todos los días, al menos durante esos dos años</p> <p>Presencia de la menos dos de lo siguiente: pobre apetito o comer en exceso, insomnio o hiperinsomnio, baja energía o fatiga, baja autoestima, baja concentración o dificultad para tomar decisiones, sentimientos de desesperanza.</p> <p>Durante los dos años o más de alteración, la persona no ha estado sin los síntomas por más de dos meses a la vez</p> <p>Ausencia de episodio depresivo mayor durante este período</p> <p>Ausencia de episodio maníaco y los criterios no se han satisfecho para un trastorno ciclotímico.</p> <p>Los síntomas no son causados por los efectos psicológicos directos de una sustancia o una condición médica.</p> <p>Aflicción clínicamente significativa o deterioro del funcionamiento</p>
Trastorno depresivo no especificado	<p>Sus características depresivas no cumplen los criterios para un trastorno depresivo mayor, trastorno distímico, trastorno adaptativo con estado de ánimo depresivo o trastorno adaptativo con estado de ánimo mixto ansioso y depresivo (o síntomas depresivos sobre los que hay una información inadecuada o contradictoria).</p>

**Fuente:** Tipos de Depresión de acuerdo al DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000)

**Elaborado:** Durand y Barlow, 2007

## 2.8. Investigaciones realizadas.

La investigación publicada en la Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento, 2010, vol. 2, No.2, 60-67, titulada “Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia” con sus siglas INNN, cuyas autoras son: Velásquez-Pérez, Leora, González G., Margarita y Contreras, Guadalupe A, su objetivo fue

evaluar la prevalencia de síntomas depresivos y del Síndrome de Burnout. Se aplicó el Burnout Inventory (MBI-HS) y el inventario Depresión de Beck (BDI). Este fue un estudio observacional, transversal y descriptivo.

La muestra fue de 150 sujetos, de los cuales 69 pertenecen al área de enfermería 50 mujeres, 12 hombres 7 no describen el sexo, 75 secretarias del área administrativa y 6 trabajadoras sociales.

El puntaje promedio del BDI fue de 4.1, el 90% de la muestra no presentó sintomatología depresiva, 9% leve y el 1% moderada. Siendo las secretarias y enfermeras quienes tuvieron mayor frecuencia de síntomas depresivos de tipo leve, el 1% de secretarias fue moderado. Los enfermeros y las trabajadoras sociales no presentaron sintomatología depresiva.

En cuanto al MBI-HS tanto la escala de despersonalización como la de agotamiento emocional tuvieron el mayor porcentaje de respuestas (nivel bajo), la escala de falta de realización personal presentó nivel bajo y alto.

Las secretarias fue el grupo que tuvo mayor frecuencia de respuesta en el nivel alto en las tres escalas, pero la falta de realización personal presentó mayores alteraciones lo cual es estadísticamente significativo al comparar con las otras dos categorías de trabajadores.

Es probable, que el personal secretarial y de enfermería por no contar en su mayoría con estudios de licenciatura presenten más frecuentemente una baja realización personal con respecto a los médicos de otros estudios que por el contrario presentan mayor cansancio emocional y despersonalización. El hecho de que las secretarias refirieran mayor agotamiento emocional y más apatía para el desempeño de sus actividades, puede estar relacionado con que son un grupo que frecuentemente se enfrentan a cambios imprevistos como el clima institucional, la incorporación de nuevas tecnologías, además que puedan existir factores personales que contribuyan a la presencia del síndrome.

El personal del Instituto Nacional de Neurología y Neurociencia (INNN) a pesar de no haber presentado un nivel significativo del Síndrome de Burnout, manifestó un fuerte agotamiento emocional (falta de energía y cansancio). La edad del personal y la antigüedad en el puesto (promedio 13.6 años) no influyeron en las respuestas, ya que fueron semejantes en las distintas categorías de trabajadores, una explicación puede ser que conforme avanzan los años el trabajador adquiere mayor seguridad en las tareas que realiza y es menos vulnerable al estrés, y a las personas jóvenes les cuesta más trabajo enfrentarse a sus conflictos emocionales y tienen menor tolerancia al estrés.

### 3. Burnout y el afrontamiento

Muchos investigadores están de acuerdo en que el “afrontamiento” es un importante modulador en los procesos de estrés, incluido el Burnout, que no es más que la respuesta al estrés laboral percibido, que surge de un proceso cuando las estrategias de afrontamiento por los trabajadores son ineficaces para reducirlo.

#### 3.1 Definición de afrontamiento.

El afrontamiento son todos esos pensamientos que dirigen nuestra conducta para solucionar problemas, nos permiten tomar control de la situación y reducir el estrés.

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”.

#### 3.2 Teorías de afrontamiento.

(Snyder, 1999) El estudio actual sobre el afrontamiento está dominado por el tema de las diferencias individuales. Distingue 3 modelos teóricos:

##### 3.2.1. *Modelo biologicista de Selye:*

- ❖ El afrontamiento, actos que controlan las condiciones dañinas del entorno y disminuyen el grado de perturbación psicofisiológica producida por éstas.
- ❖ Es un enfoque reduccionista
- ❖ No explica lo complejo de la conducta humana del afrontamiento
- ❖ No considera las variables cognitivo-emocionales
- ❖ Centra su atención en el nivel de activación ocasionado por la perturbación
- ❖ Mide la respuesta psicofisiológica al estrés
- ❖ Las conductas que estudia son la huida y la evitación

##### 3.2.2. *Modelo Psicoanalítico:*

- ❖ El afrontamiento, conjunto de pensamientos y acciones que conducen a la solución de los problemas y reducen el grado de estrés
- ❖ Se centra exclusivamente en la persona
- ❖ No contempla variables cognitivas
- ❖ Descuida las variables del entorno

- ❖ Sus representantes diferencian entre afrontamiento y mecanismos de defensa, establecen jerarquías entre los procesos utilizados por la persona para manejar el entorno
- ❖ El afrontamiento incluye procesos más organizados o maduros del “yo”
- ❖ Se identifica con el éxito en el control del entorno y la conducta adaptativa
- ❖ Se vincula a planteamientos clínicos centrados en psicopatología

### **3.2.3. Modelo Cognitivo del Estrés de Lazarus y col.:**

- ❖ Relevancia en las variables cognitivas
- ❖ El estrés psicológico viene dado por la relación persona-ambiente cuando las demandas evaluadas agotan o exceden los recursos personales
- ❖ La Evaluación incluye dos procesos:
  - Evaluación Primaria: La persona juzga si la situación es irrelevante o estresante. Será estresante cuando implica amenaza, desafío, pérdida o daño; de serlo pasa al siguiente paso
  - Evaluación Secundaria: La persona evalúa los recursos y las estrategias de afrontamiento disponibles, su posible eficacia y consecuencias de su uso.

### **3.3. Estrategias de afrontamiento.**

Las estrategias son aquellas conductas o respuestas del sujeto para manejar el estrés efectivamente. Desde la perspectiva del Modelo Cognitivo del Estrés las estrategias de afrontamiento tienen dos funciones:

- ❖ La resolución del problemas implica:
  - El manejo de las demandas internas o ambientales que suponen una amenaza y que descompensan la relación persona-entorno por medio de:
    - Modificación de las circunstancias problemáticas;
    - Aportación de nuevos recursos

Objetivo: Contrarrestar el efecto dañino de las condiciones ambientales

- ❖ El control emocional incluye:
  - ❖ Esfuerzo por modificar el malestar, y
  - ❖ Manejar los estados emocionales

Objetivos que se pueden conseguir:

- Evitar la situación estresante,

- Reevaluar cognitivamente el suceso perturbador,
- Atender selectivamente los aspectos positivos de uno mismo o del entorno

### **3.3.1. Estrategias dirigidas al entorno.**

El afrontamiento centrado en el análisis y solución de problemas, para cambiar el entorno, estilos racionales y activos que incluyen una confrontación apropiada de las propias emociones dirigidas a cambiar los pensamientos mismos, al desarrollo o modificación de pautas de conducta, se halla relacionado con mayor bienestar psicológico y estados afectivos positivos, por lo que se consideran como estilos favorables.

### **3.3.2. Estrategias dirigidas a regular la respuesta emocional.**

Su objetivo será cambiar la manera de experimentar la situación estresante. Aquí entran en juego los procesos cognitivos, la manera de pensar que ayudará a disminuir el grado de trastorno emocional, los recursos que se usan entonces serán la evitación, minimización, atención selectiva, comparaciones positivas y extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos.

### **3.3.3. Estrategias pasivas.**

Como retraimiento, tratar de no pensar en el problema, tratar de no sentir nada, ignorar, negar o rechazar la situación, bromear, tomar las cosas a la ligera y tomar una actitud de aceptación pasiva, estas estrategias pasivas, emocionales y que eluden la situación, implican estilos disfuncionales en la regulación y manejo de emociones, constituyen estilos poco adaptativos e ineficaces, que suelen predecir estados afectivos negativos, como depresión y ansiedad, probablemente porque implican una tendencia a percibir que se ha perdido el control sobre la situación, parte central de estados emocionales negativos.

## **3.4. Investigaciones realizadas.**

En el estudio llamado "Prevalencia del Síndrome de burnout y Estrategias de afrontamiento durante una epidemia por Influenza AH1N1" participaron 477 trabajadores de la salud de un hospital de tercer nivel de la ciudad de México, el estudio fue descriptivo transversal. Los instrumentos utilizados fueron: el Maslach Burnout Inventory versión Human Services (MBI-HSS) de 1986. Y para medir las Estrategias de Afrontamiento (EA) se utilizó a conveniencia

la Escala de Afrontamiento utilizada por López y Marván (2004) en sus estudios frente a riesgos extremos, recomendada para medir el impacto a las reacciones ante desastres, riesgos naturales, efectos postraumáticos como el estrés y percepción de riesgo en situaciones de peligro extremo.

En cuanto a los resultados se pudo confirmar una prevalencia del Síndrome de Burnout en el 24%, la escala cansancio emocional más alta corresponde a médicos residentes, grupo más comprometido en la atención de pacientes y familiares con influenza, tuvo mayor sobrecarga de trabajo durante turnos largos y restricción de salidas y contacto con familiares.

Este estudio pretendió principalmente el impacto de la epidemia en los trabajadores de la salud durante la contingencia nacional por influenza AH1N1, en el análisis se pudo constatar que el uso de estrategias de afrontamiento fue selectivo y aunque se utilizaron ambas (estrategias activas y pasivas) con similar frecuencia, su uso varió en algunos. Así mismo, las estrategias activas tuvieron una función moderadora al síndrome de Burnout, y protectora a la escala de cansancio emocional, que parece aumentar cuando hay realización personal. Estos resultados permiten identificar el nivel de riesgo por grupos, siendo los médicos residentes los más vulnerables al Burnout, y los administrativos con más baja realización personal.

#### **4. Burnout y la relación con el apoyo social**

En relación al Burnout, la presencia de un apoyo social inadecuado, o que no se brinda, facilita su aparición y el desarrollo de enfermedades. Dentro del ámbito laboral, se ha demostrado que el apoyo que brinda tanto el jefe inmediato como los compañeros de trabajo está asociado a menor incidencia del mismo.

##### **4.1. Definiciones de apoyo social.**

El Apoyo Social es la estructura social que nos rodea, desde la familia, hasta las relaciones interpersonales en nuestro lugar de trabajo, es esa confianza de disponer del mismo en caso de ser requerido, considerado como moderador de estrés. El apoyo social es una variable importante en el bienestar de los individuos asociado a la salud, favorece la adaptación personal, familiar, escolar y social. En su ausencia podría ser un agente estresor en sí mismo, contribuyendo al deterioro de la salud, relacionado significativamente con la depresión.

## **4.2. Modelos explicativos del apoyo social.**

### **4.2.1. Perspectiva desde la Sociología y la Psicología Social.**

Apoyo Social, variable con efectos positivos frente al estrés, por ende frente al Burnout

- ❖ En el ambiente laboral, las relaciones interpersonales pueden convertirse en fuente de estrés, sin embargo:
  - ❖ Cuando existe una buena comunicación interpersonal y se percibe apoyo social, se amortiguan los efectos negativos del estrés sobre la salud; empero
  - ❖ La aparición de Burnout puede darse:
    - ❖ Si las relaciones con los usuarios o con los pares o supervisores son tensas, conflictivas y prolongadas
    - ❖ Por la falta de apoyo de los compañeros y supervisores, o de la dirección o la administración de la organización
    - ❖ Existencia de problemas internos entre la empresa y el sujeto
    - ❖ La desorganización en el ámbito laboral pone en riesgo el orden y la capacidad del rendimiento del empleado, la competencia desmedida entre compañeros y la escasez de herramientas.

### **4.2.2. Teoría general de los modelos de estrés y salud.**

Apoyo Social, funciona como soporte emocional que se tiene en el trabajo.

Los efectos directos del apoyo social sobre:

- ❖ Los sentimientos de “agotamiento emocional” :
  - ❖ la falta de apoyo social en el trabajo y las relaciones laborales pobres afectan los niveles de tensión emocional, ampliando su espectro sobre los síntomas que desarrolla como respuesta al estrés
- ❖ La “falta de realización personal y en el trabajo”:
  - ❖ Se verá reflejado por el éxito o el fracaso profesional, desarrollando en la persona mayores sentimientos de realización en el trabajo y mejorando sus actitudes hacia su entorno profesional o viceversa.
- ❖ Sobre la dimensión “despersonalización”:
  - ❖ El apoyo social facilitaría que el sujeto evalúe de forma adecuada su entorno social, así como sus actitudes hacia los demás

## **4.3. Apoyo social percibido.**

El apoyo social percibido o funcional es la evaluación subjetiva de percepción y recepción de apoyo, es decir, la utilidad de ese apoyo social. El apoyo social funcional puede ser:

- ❖ **Emocional:** cuando se expresa a través de empatía, amor y confianza;
- ❖ **Instrumental:** cuando nos ayuda a la solución del problema; e
- ❖ **Informativo:** cuando a través de éste se obtiene información útil para afrontar el problema.

#### **4.4. Apoyo social estructural.**

El apoyo social estructural es el tamaño de la red social, es la dimensión más objetiva de las relaciones que forman la red social del individuo.

#### **4.5. Investigaciones realizadas.**

La investigación realizada en el Hospital Guillermo Grant, dirigido al personal de servicio de psiquiatría, su objetivo identificar la presencia de Burnout y establecer su relación con el apoyo social. El estudio tuvo un diseño transversal de tipo descriptivo y correlacional. Los participantes fueron 98 personas. Los instrumentos utilizados fueron el Maslach Burnout Inventory (MBI), y para la percepción de apoyo social recibido en el trabajo el Cuestionario de Evaluación de Riesgos Psicosociales en el Trabajo ISTAS21 (CoPsoQ).

Los resultados ubican al 30% de los participantes sin burnout, 49% en proclividad al burnout y 20% con burnout. La puntuación media más alta es en agotamiento emocional (AE), seguida por baja realización (BRP) y despersonalización (DE). En AE casi 70% de los sujetos presentan proclividad al burnout o con burnout y en DE y BRP un 66% está en los mismos niveles.

Los resultados de apoyo social percibido en el trabajo evidencian que la media en la puntuación total fue 2,8 (DE=1); 71,5% de los sujetos están ubicados en los niveles de mediano y alto apoyo social total percibido. La puntuación media en percepción de apoyo recibido de compañeros (2,9) es más alta que la media de percepción de apoyo recibido de superiores (2,5).

En conclusión, la mayoría del personal profesional y de apoyo del Servicio de Psiquiatría estudiado evidencia estrés laboral crónico o burnout, siendo particularmente alta la presencia de agotamiento emocional. Es importante también la mayor despersonalización entre quienes realizan turnos y atienden pacientes judicializados, y en los subgrupos de enfermeras, técnicos, paramédicos y auxiliares de servicio. Estos resultados señalan la presencia de un grupo ocupacional en situación de vulnerabilidad expresada en un riesgo importante de deterioro de su salud física y mental y con consecuencias laborales negativas sobre la calidad del servicio, la propensión al abandono de la institución, la satisfacción laboral y la tendencia al ausentismo. Finalmente, la influencia de apoyo social es notable en

la disminución de los niveles de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, sobre todo cuando proviene de los superiores.

## **5. Burnout y la relación con la personalidad**

La personalidad puede ser vista como un recurso interno de afrontamiento que influye en la conducta del individuo para hacer frente a las diferentes situaciones que se le presenten en la vida. Con relación al burnout se ha señalado que cierto tipo de personalidad como el neuroticismo predispone al padecimiento de este síndrome, mientras que poseer una personalidad resistente es modulador frente a los efectos del estrés y evita bajas por enfermedad.

### **5.1. Definición de personalidad.**

La personalidad comprende la forma en que una persona se enfrenta al mundo, se adapta a las demandas y oportunidades en el ambiente, en este sentido, la personalidad es influida por nuestras formas de pensar acerca de nuestras capacidades, así como de nosotros mismos y de la demás gente.

Freud fue uno de los que enfatizó, que la personalidad se desarrolla con el tiempo, en especial la experiencia en la niñez, juega un papel importante en la manera en que cada persona se desarrolla hacia su propia personalidad. Las teorías del aprendizaje proponen que el aprendizaje temprano puede influir significativamente en el curso de la personalidad a lo largo de la vida. Se podría decir que es el resultado de la interacción de determinantes biológicos y de aprendizaje que se denotan en el curso del desarrollo individual.

Allport (1937) definió la personalidad como “la organización dinámica dentro del individuo de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos al ambiente”. El concepto de consistencia de la personalidad a lo largo del tiempo y de las situaciones es central, afirmaba que la consistencia empieza temprano: “desde la infancia temprana hay consistencia en el desarrollo de la personalidad”

### **5.2. Tipos de personalidad.**

Eysenck planteó un modelo de personalidad jerárquica y organizada en distintos niveles y concluyó que es posible entender la personalidad según tres factores básicos: psicoticismo, extraversión y neuroticismo.

McCrae y Costa (1990) coinciden en que la personalidad es la organización de la experiencia y la conducta, desde esta perspectiva se identifican cinco grandes dominios que permiten entender mejor el concepto de personalidad (Costa & McCrae, 1994) estos son:

### **5.2.1. Neuroticismo.**

- ❖ Es esencialmente negativo
- ❖ Los individuos experimentan más eventos vitales negativos
- ❖ Denotan ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos
- ❖ Inestabilidad Emocional
- ❖ Ideas no realistas
- ❖ Antojos o urgencias excesivas
- ❖ Respuestas de afrontamiento no adaptativas

### **5.2.2. Extroversión.**

- ❖ Son sujetos predispuestos a experimentar emociones positivas y a tener un afecto positivo
- ❖ Suelen tener amigos
- ❖ Optimistas
- ❖ Impulsivos
- ❖ Invierten más tiempo en situaciones sociales
- ❖ Estas habilidades les permiten tener mayor probabilidad de encontrar sus interacciones sociales más reforzantes.

### **5.2.3. Apertura a la Experiencia.**

- ❖ Búsqueda y valoración activa de la experiencia en sí misma
- ❖ Relacionada con la creatividad artística y científica
- ❖ Baja religiosidad
- ❖ Pensamiento divergente
- ❖ Experimentan las emociones tan profundamente, sean estén buenas o no, lo cual puede resultar inadecuado
- ❖ Tolerantes
- ❖ Exploración de lo desconocido

### **5.2.4. Amabilidad.**

- ❖ Relacionada con la felicidad
- ❖ Individuos motivados en lograr establecer relaciones interpersonales más cercanas, esto les permite percibir mayores niveles de bienestar
- ❖ Compasivos
- ❖ Sensibles

- ❖ Dispuestos a cooperar y a evitar el conflicto

#### **5.2.5. Responsabilidad.**

- ❖ Relacionada con satisfacción laboral
- ❖ Tendencia a implicarse y comprometerse con su ocupación
- ❖ Mayor probabilidad de éxito
- ❖ Organización
- ❖ Perseverancia
- ❖ Motivación en la conducta dirigida a un objetivo

Podemos agregar del modelo propuesto por Eysenck:

#### **5.2.6. Psicoticismo.**

- ❖ Despreocupación
- ❖ Crueldad
- ❖ Baja empatía
- ❖ Conflictividad
- ❖ Pensamiento duro

### **5.3 Patrones de conducta y personalidad.**

Entre los rasgos de personalidad que se ha demostrado que tienen influencia importante en el proceso y generación de estrés estarían los patrones de conducta, que son las formas de comportamiento que pueden incidir directamente en la aparición o no de síntomas.

Con relación al Burnout, los sujetos más propensos son aquellos que tienen baja autoestima, un locus de control externo, bajos niveles de resistencia y un patrón de conducta tipo A. se ha evidenciado que el neuroticismo por su carácter ansioso, hostil, inestabilidad emocional están en mayor riesgo de padecerlo.

#### **5.3.1. Patrón de conducta tipo A.**

- ❖ Se manifiesta en ambientes de demandas desafiantes, competitivas y de urgencia
- ❖ Vulnerables al estrés
- ❖ Impaciencia
- ❖ Agresividad
- ❖ Hostilidad
- ❖ Irritabilidad
- ❖ Implicación

- ❖ Compromiso excesivo en el trabajo
- ❖ Gran necesidad y deseo de logro y estatus social
- ❖ Lucha por el éxito
- ❖ Motivados por la acción-emoción de lo que hacen

### 5.3.2. *Personalidad resistente.*

Dos características importantes en el modelo de Kobasa 1979 son:

- ❖ La conceptualización del hombre como alguien que de forma continua y dinámica va construyendo su personalidad a través de sus conductas, y
- ❖ La consideración de la vida como un inevitable cambio asociado a situaciones de estrés

Este constructo está constituido por tres dimensiones:

**Compromiso:** Tendencia a desarrollar comportamientos caracterizados por la implicación personal en todas las actividades de la vida,  
Considerado como moderadora de los efectos de estrés  
Es un sentimiento de competencia personal que incluye un sentimiento de comunidad y/o cooperación. (Peñacoba y Moreno, 1998).

**Control:** Es la convicción que tiene el sujeto de poder intervenir en el curso de los acontecimientos.

Esta capacidad de control le permite percibir en muchos de las situaciones estresantes consecuencias predecibles a su propia actividad, lo que

Le permite manejar los estímulos en su propio beneficio, atenuando los efectos del estrés

**Reto:** Creencia de que el cambio, frente a la estabilidad, es la característica habitual de la vida

Entiende al estímulo estresante como una oportunidad o un incentivo para el desarrollo personal, y no como una amenaza a la propia seguridad

La personalidad resistente actúa sobre la salud de dos formas diferentes:

- ❖ De forma indirecta: reduciendo el impacto de los eventos estresantes a través del empleo de estrategias de afrontamiento positivas;
- ❖ De forma directa: Por los propios componentes del constructo, en especial el compromiso

#### **5.4. Locus de control.**

Una de las características cognitivas principales que influyen en las respuestas a los estresores, es el locus de control, que hace referencia a las explicaciones que una persona se da a sí misma sobre las cosas que le suceden.

##### **5.4.1. Locus de control externo.**

Individuos que atribuyen los sucesos que les acontecen a circunstancias externas, que dependen de la suerte o del destino. Son más vulnerables al estrés, manifiestan insatisfacción, desamparo, síntomas de Burnout.

##### **5.4.2. Locus de control interno.**

Personas que atribuyen los sucesos que les acontecen a sí mismos, a circunstancias internas. Estos perciben que tienen el control de la situación, lo que influye en las expectativas de afrontamiento, experimentando menos amenaza ante los estresores y respondiendo más adecuadamente, ya que buscan información y se enfrentan al problema.

Al contrario, cuando el individuo atribuye sus resultados a sí mismo, tienden a percibir menos amenazas, se orientan hacia las metas de la organización, perciben que tienen el control de la situación, es decir sus estrategias de afrontamiento son funcionales, dirigidas al problema.

#### **5.5. Investigaciones realizadas.**

El presente estudio fue realizado en el Hospital Morales Meseguer de Murcia, llamado "Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería" publicado en anales de psicología, vol. 27, núm.1, enero, 2011, pp.71-79. La muestra fue de 97 profesionales de enfermería entre enfermeras y auxiliares, de los servicios de Urgencias y Cuidados Intensivos. Se utilizaron cuatro instrumentos: un cuestionario elaborado 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).

El cansancio emocional y la personalidad resistente global fueron las variables que predicen de forma significativa la presencia global de malestar psíquico, dando como resultado una relación positiva para cansancio emocional  $B=0,317$  y negativa para personalidad resistente  $B=-0,311$ . Ahora el cansancio emocional presentó una relación positiva con la presencia de sintomatología psicosomática  $B=0,321$ , mientras que el factor reto de la personalidad

resistente se relacionó de forma negativa con la misma  $B=-0,243$ . Con relación a síntomas de ansiedad e insomnio (GHQ-B), el cansancio emocional presentó una relación positiva con la frecuencia de síntomas de ansiedad  $B=0,415$ , mientras que el factor control se relacionó negativamente  $B=-0,237$ .

La puntuación global de personalidad resistente se relacionó de forma negativa con la frecuencia de síntomas de disfunción social o malestar cotidiano  $B=0,367$ , mientras que la ausencia de hijos se asoció a una mayor frecuencia de síntomas en esta escala  $B= -0,193$ .

De acuerdo a estos resultados, queda demostrado que las variables personales deben ser tomada en consideración. La forma en que las personas perciben, sienten y actúan (su personalidad) media o modula las consecuencias que un ambiente laboral estresante pueda tener sobre la persona. Esto resulta especialmente importante en el caso de personal de enfermería, frecuentemente sometidos a severas fuentes de estrés como son el afrontamiento del dolor, la enfermedad, el sufrimiento, la muerte, la incertidumbre, etc. En este sentido, se encontró que aquellos individuos que expresan mayores niveles de personalidad resistente experimentan menos el síndrome de quemarse por el trabajo, así como una menor frecuencia de síntomas de malestar psíquico. Se evidencia, el papel protector de esta estructura de personalidad frente a la presencia de trastornos en la salud de los sujetos sometidos a diversas fuentes de estrés.

## **6. Metodología**

### **6.1. Contexto.**

Este trabajo forma parte del proyecto a nivel nacional impulsado por la Universidad Técnica Particular de Loja para la obtención del título de Licenciatura en Psicología.

La presente investigación se realizó en el Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA) de la ciudad de Quito al personal de médicos y enfermeras de Cuidados Intermedios e Intensivos del Servicio de Neonatología (Hospitalización).

Breve reseña histórica de la Institución donde se desarrollo la investigación:

En 1899 se funda la primera maternidad de Quito "Asilo Vallejo-Rodríguez" por Juana Miranda (primera promoción de comadronas profesionales y Abadesa del Hospital de Caridad de Quito).

En el Acta de Constitución de la Maternidad Isidro Ayora, se escogió dicho nombre en honor al ex - presidente de la República Dr. Isidro Ayora Cueva: 23 de febrero de 1951, gracias a la iniciativa de la Honorable Junta Central de Asistencia Pública, y con el beneplácito del Gobierno del Ecuador y del Servicio Interamericano de Salud Pública. Y la fecha de su inauguración fue el 8 de marzo de 1951. Epoca en la que se atendía a una población de 250.000 a 300.000 habitantes de la ciudad de Quito, y con el transcurrir de los años se ha convertido en un Hospital de referencia para Pichincha, la sierra ecuatoriana y para todo el territorio nacional.

Al momento, el Hospital Gineco-Obstétrico "Isidro Ayora" de Quito es una unidad de tercer nivel del Ministerio de Salud, considerada como Hospital de Especialidad, que atiende a mujeres adultas y adolescentes gestantes, en labor de parto, madres lactantes, recién nacidos/as normales y patológicos y mujeres en la esfera ginecológica.

Desde sus inicios, en el HGOIA ha atendido a personas de escasos recursos económicos. A partir de los años de la crisis de fin de siglo (desde 1997 en adelante), la población que solicita atención ha aumentado y se ha diversificado.

El hospital cuenta con una dotación de 249 camas y la atención en las áreas de obstetricia, ginecología, pediatría y odontología, para madres adultas, adolescentes y sus recién nacidos/as.

Según el informe estadístico del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora (HGOIA), para el año 2010 se atendieron 11618 partos de los cuales se verificaron 11575 nacidos vivos, de ellos 2372 requirieron tratamiento médico de especialidad en la sala 205 de patología neonatal y de ellos a su vez se registraron 184 defunciones.

Su VISION en el largo plazo integrará el sistema nacional de atención especializada en las áreas de salud reproductiva y materno-infantil, con amplia infraestructura, recursos humanos capacitados, materiales suficientes y procesos técnicos-administrativos estandarizados para ofertar a los usuarios externos servicios de calidad.

Su MISIÓN es garantizar la salud integral de la mujer y el recién nacido, mediante la atención permanente con alta calidad técnica y humana para lograr la satisfacción de los usuarios.

## 6.2. Objetivos de la investigación.

**Objetivo general:** “Identificar el nivel de Burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno en el Ecuador”.

### Objetivos específicos:

- ❖ Describir las características socio demográficas y laborales del personal
- ❖ Determinar el estado de la salud mental de los profesionales de la institución investigada
- ❖ 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 la institución identificados con el síndrome de Burnout

## 6.3. Diseño de investigación.

**Es cuantitativa**, pues analiza la información numérica de los instrumentos evaluados.

**Es no experimental**, pues se realizó sin la manipulación deliberada de variables y se observó la situación en su ambiente natural para su posterior análisis.

**Es transaccional (transversal)**, se centra en el análisis de cuál es el nivel o estado de una o diversas variables en un momento dado.

**Es exploratorio**, se trata de una exploración inicial en un momento específico.

**Es descriptivo**, pues se seleccionaron una serie de cuestiones y se midió y/o recolecto información sobre cada una de ellas para poder describir lo investigado.

## 6.4. Población.

Los participantes objeto de estudio fueron 30 profesionales de la salud, 15 médicos pediatras y 15 enfermeras de Cuidados Intermedios e Intensivos del Servicio de Neonatología (Hospitalización), de los cuales 22 son mujeres y 8 hombres, el promedio de edad es de 38 años oscilan entre 26 y 67 años.

## 6.5. Instrumentos.

Los datos de esta investigación fueron recogidos mediante la aplicación de una batería de instrumentos psicométricos diseñada para ser aplicada en el personal que se encuentra laborando en instituciones de salud, son los siguientes:

### **6.5.1. Cuestionario sociodemográfico y laboral.**

Cuestionario de elaboración propia, recolecta datos personales y laborales pertinentes en el estudio de Burnout. Estos datos son: edad, estado civil, número de hijos, años de experiencia, tiempo de contacto con pacientes, satisfacción en el trabajo, entre otros que nos ayudarán a determinar la presencia o no del síndrome.

### **6.5.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory (MBI).**

Identifica el nivel de burnout en los profesionales de la salud y los factores relacionados con este fenómeno, plantea al sujeto 22 enunciados para valorar sus sentimientos y pensamientos acerca de su trabajo y su valoración por medio de tres subescalas: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal. Siendo el agotamiento una variable continua con diferentes grados de intensidad, cuanto mayor el puntaje en agotamiento emocional y despersonalización es mayor el grado de burnout experimentado por el sujeto, en el caso de la realización personal el puntaje es inversamente proporcional, es decir, a menor puntuación de realización o logro personal más afectado está el sujeto.

### **6.5.3. Cuestionario de Salud Mental GHQ28**

Por medio de éste el sujeto evalúa su estado de salud general, estructurado por 28 preguntas con 4 tipos de opciones de respuesta desde que lo que se pregunta sucede mucho, bastante, no más de lo habitual o nunca, cuyo objetivo es identificar disturbios psiquiátricos menores y evaluar el estado de salud mental del encuestado. La evaluación se realiza mediante cuatro subescalas:

- ❖ Síntomas somáticos: Dolores de cabeza, escalofríos, agotamiento, entre otros.
- ❖ Ansiedad e insomnio: Problemas de sueño, nerviosismo, pánico.
- ❖ Disfunción social: Sentimientos frente a las labores realizadas durante el día.
- ❖ Depresión: Percepción de desvalía, incapacidad, tristeza profunda, pensamientos de muerte.

### **6.5.4. Escala Multidimensional de Evaluación de los Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE).**

Busca conocer la manera en la que el individuo afronta el estrés o situaciones difíciles a partir de 28 afirmaciones cuyo tipo de respuesta se encuentra en una escala de likert.

Las formas de afrontamiento que se evalúan son: Afrontamiento activo, Planificación, Auto-distracción, Apoyo instrumental, Apoyo emocional, Reinterpretación positiva,

Aceptación, Negación, Religión, Autoinculpación, Desahogo, Desconexión conductual, Uso de sustancias, Humor.

#### **6.5.5. Cuestionario MOS de Apoyo Social**

Partiendo de la premisa de la importancia y beneficios que tiene el apoyo social sobre el estado de salud, este cuestionario auto administrado, multidimensional de 20 ítems investiga 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: contar con alguien que brinde asesoramiento, información y consejo.
- ❖ Apoyo material o instrumental: Disponer de ayuda doméstica
- ❖ Relaciones sociales de ocio y distracción: Contar con personas para comunicarse
- ❖ Apoyo afectivo: Demostraciones de amor, cariño y simpatía

#### **6.5.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck. EPQR-A**

Cuestionario de 24 ítems, evalúa la personalidad mediante cuatro factores:

- ❖ Neuroticismo: Esta escala permite medir si el individuo es neurótico o estable. Puntuaciones altas demuestran ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, mientras que puntuaciones bajas indican calma, control emocional, tono débil de respuesta.
- ❖ Extraversión: Puntuaciones altas dan a conocer un individuo sociable, impulsivo, optimista, abierto al cambio, en tanto que puntuaciones bajas muestran un sujeto tendiente al retraimiento, desconfianza, reserva, control y baja tendencia a la agresión.
- ❖ Psicoticismo: Puntuaciones altas muestran un sujeto despreocupado, cruel, con baja empatía, conflictivo, de pensamiento duro.
- ❖ Sinceridad: Evalúa la tendencia a dar respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, midiendo el grado de verdad en las respuestas.

### **6.6. Procedimiento.**

Fase 1: Acercamiento personal al centro de salud, solicitar la cita con el director de la institución.

Fase 2: Solicitar el permiso para la realización de la investigación, para lo cual el jefe de docencia indica que se debe presentar un protocolo de investigación según el formato recibido por parte del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora por sus siglas HGOIA.

Fase 3: Elaboración del Protocolo de Investigación, requisito previo para el desarrollo de la investigación, indicando los objetivos, explicando la problematización, un resumen del marco conceptual de lo que se desea investigar, su justificación, los beneficios que cada participante obtendrá con su participación que es el informe psicológico de su situación actual referente a la investigación, explicando el tipo de diseño metodológico, breve explicación de los instrumentos a utilizar, la población requerida para la misma con criterios de inclusión y exclusión, técnica y procedimiento, recursos, procedimiento ético como es el solicitar el consentimiento informado pues las encuestas no son de carácter anónimo, y el cronograma en el que se realizará la recolección de datos.

Fase 4: Aprobado el protocolo, entrevista con el jefe del área y jefe de enfermeras para la programación del horario para la inducción y entrega de instrumentos y listado de los participantes.

Fase 5: Inducción a médicos y enfermeras con la finalidad de agradecer su participación, dar a conocer el motivo de la investigación, la problematización, explicar que es el Síndrome de Burnout, el alcance y beneficios de la investigación, explicar detalladamente la manera en que deben ser llenados los cuestionarios, y el tiempo aproximado que demora el llenarlos, levantamiento de información y ética en la administración de los mismos, confirmando con anticipación de que los participantes no han llenado la misma información con anterioridad.

Fase 6: Por tratarse del área de Cuidados Intensivos tanto médicos como enfermeras por falta de tiempo en el lugar de trabajo para llenar los instrumentos, se entrega en sobre cerrado la batería psicométrica grapada en el orden que deben ser contestados, despejar todas las inquietudes acerca de los mismos.

Fase 7: Entrega y recolección del consentimiento informado firmado por cada participante, aceptando su libre y voluntaria participación, se les garantizó la confidencialidad de la información y que podrían retirarse de la investigación en el momento que considerasen.

Fase 8: Recolección de instrumentos para el proceso de ingreso de resultados en las fechas acordadas con los profesionales, en el lapso de 15 días.

## 7. Análisis de resultados

### 7.1. Datos sociodemográficos y laborales.

**Tabla 3: Resumen variables sociodemográficas  
Médicos y Enfermeras sin burnout**

GÉNERO	Médicos sin Burnout				Enfermeras sin Burnout			
	Masculino	%	Femenino	%	Masculino	%	Femenino	%
	8	53	7	47	0	0	15	100
EDAD PROMEDIO	38				39			
CON QUIEN VIVE	Solo	%	Más personas	%	Solo	%	Más personas	%
	1	7	14	93	0	0	15	100
HIJOS PROMEDIO	1,5%				1,2%			
TIPO DE TRABAJO	T/C	%	T/P	%	T/C	%	T/P	%
	13	87	2	13	13	87	2	13
PACIENTES RIESGO MUERTE	Si	%	No	%	Si	%	No	%
	15	100	0	0	14	93	1	7
PACIENTES FALLECIDOS	Si	%	No	%	Si	%	No	%
	11	73	4	27	10	71	4	29
AÑOS TRABAJO PROMEDIO	9				12			
HORAS TRABAJO PROMEDIO	DIARIAS		SEMANALES		DIARIAS		SEMANALES	
	8,23		48,9		7,7		45,4	
GUARDIAS NOCTURNAS PROMEDIO	HORAS		DIAS		HORAS		DIAS	
	27,7		5,9		12		4,7	

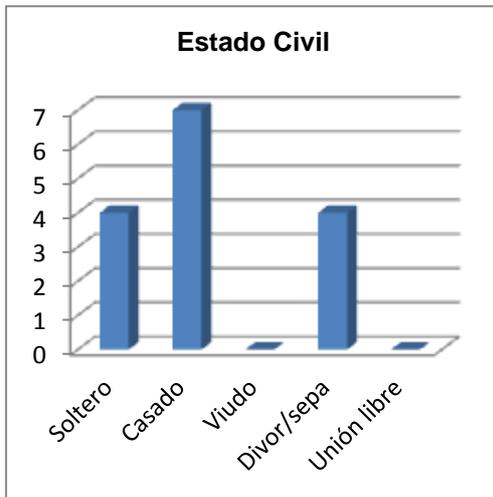
**Fuente:** Cuestionario Sociodemográfico aplicado a Médicos y Enfermeras

**Elaborado por:** Lieko Elizabeth Hata U.

En esta muestra de médicos y enfermeras no se encontró ningún caso de Burnout, el análisis se centrará en las variables que actuaron como protectoras al padecimiento del mismo. El sexo femenino predomina 22 en su conjunto siendo en médicos 46,6% y enfermeras 100%, mientras el sexo masculino es del 53,3%. La edad promedio de los médicos es de 38 años y el de las enfermeras 39 años. Vivir con más personas, tener hijos, trabajar con una carga horaria adecuada tanto a tiempo completo como a tiempo parcial han actuado como variables protectoras. A pesar de trabajar con pacientes con riesgo de muerte y en su mayoría han tenido la experiencia de decesos, el apoyo en general tanto de jefes como de colegas han ayudado a paliar la carga emocional que esto conlleva.

## Estado Civil

**Grafico 1 Médicos sin burnout**



**Gráfico 2 Enfermeras sin burnout**

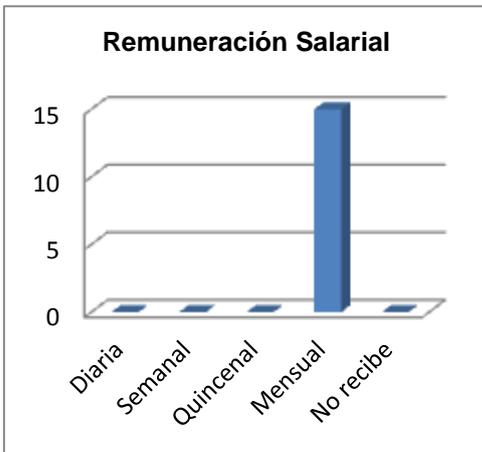


**Fuente:** Cuestionario Sociodemográfico aplicado a Médicos y Enfermeras

Los médicos sin burnout en su mayoría son casados 46,7%, mientras que las enfermeras en su mayoría son solteras 66,7%.

**Remuneración Salarial**

**Gráfico 3 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 4 Enfermeras sin Burnout**

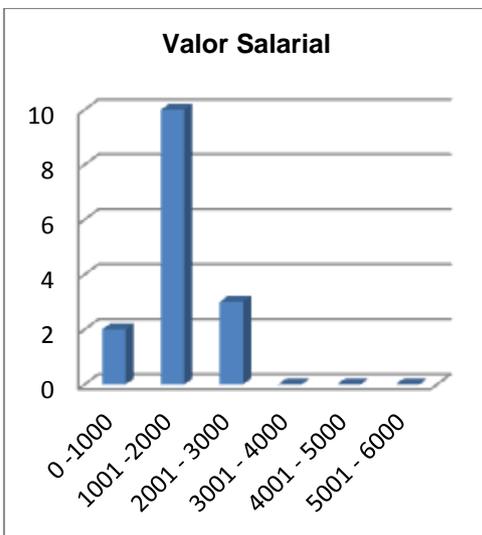


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a Médicos y Enfermeras

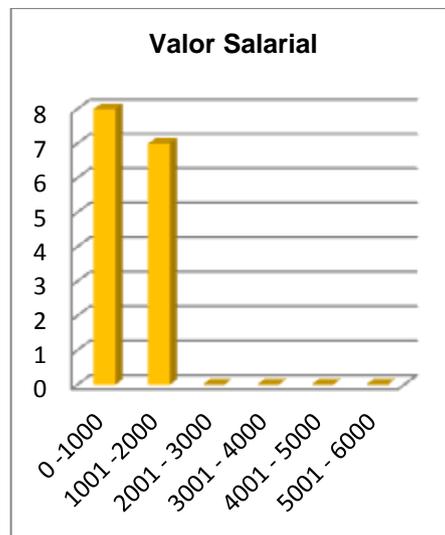
El 100% de médicos como de enfermeras sin burnout su remuneración salarial es mensual.

**Valor Salarial**

**Gráfico 5 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 6 Enfermeras sin Burnout**

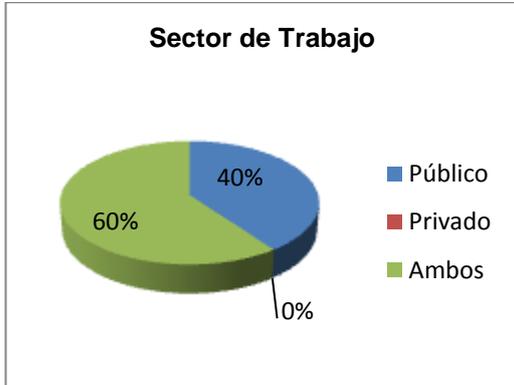


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a Médicos y Enfermeras

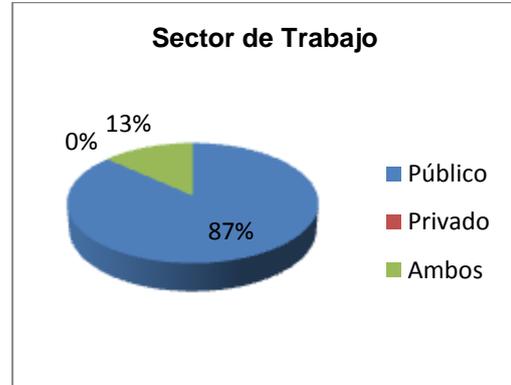
El 66,7% de los médicos sin burnout percibe un valor salarial entre los 1001 y 2000 dólares, por su parte el 53,3% de la enfermeras perciben un valor salarial de hasta 1000 dólares seguido del 46,6% cuyo valor oscila entre 1001 a 2000 dólares.

**Sector de Trabajo**

**Gráfico 7 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 8 Enfermeras sin Burnout**

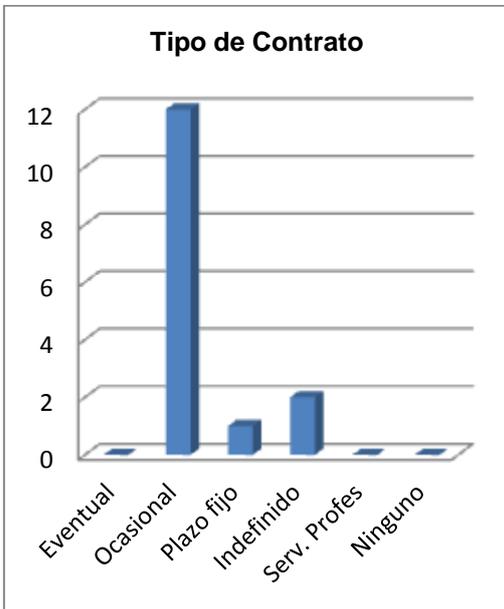


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a Médicos y enfermeras

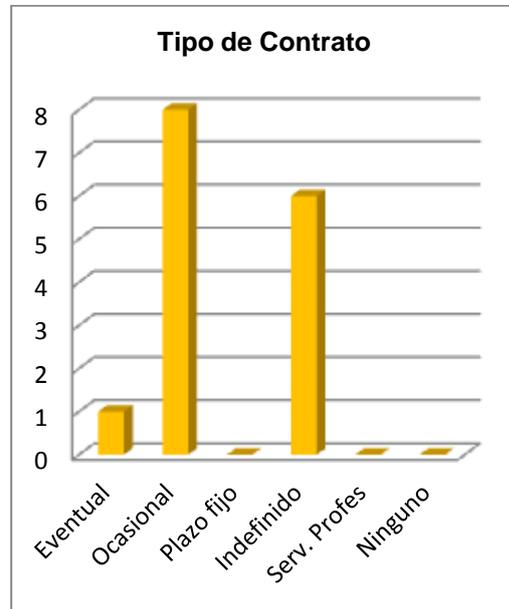
Los Médicos sin Burnout el 60% trabajan tanto en el sector público como privado y el 40% lo hace en el sector público, mientras que en su mayoría las enfermeras 87% trabajan en el sector público y el 13% entre público y privado.

**Tipo de Contrato**

**Gráfico 9 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 10 Enfermeras sin Burnout**

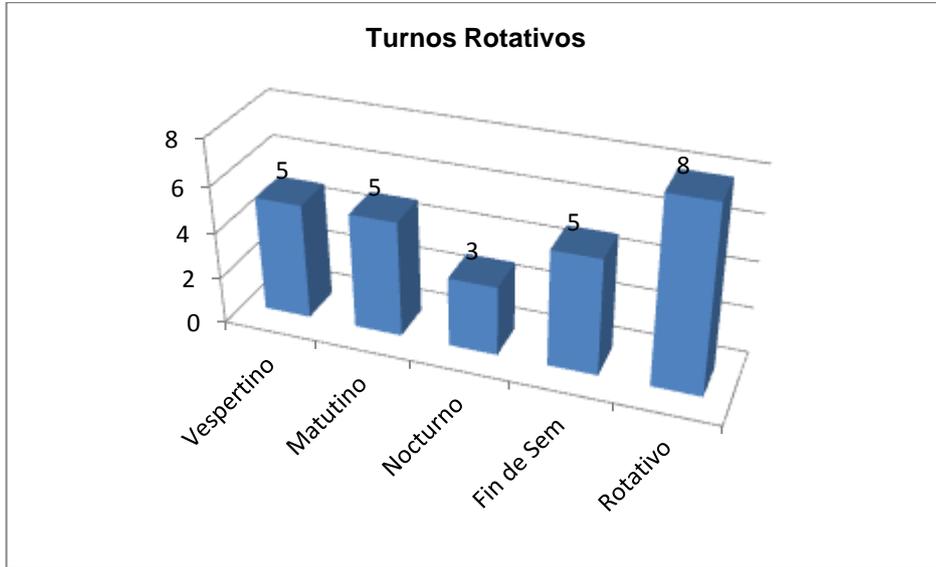


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a Médicos y enfermeras

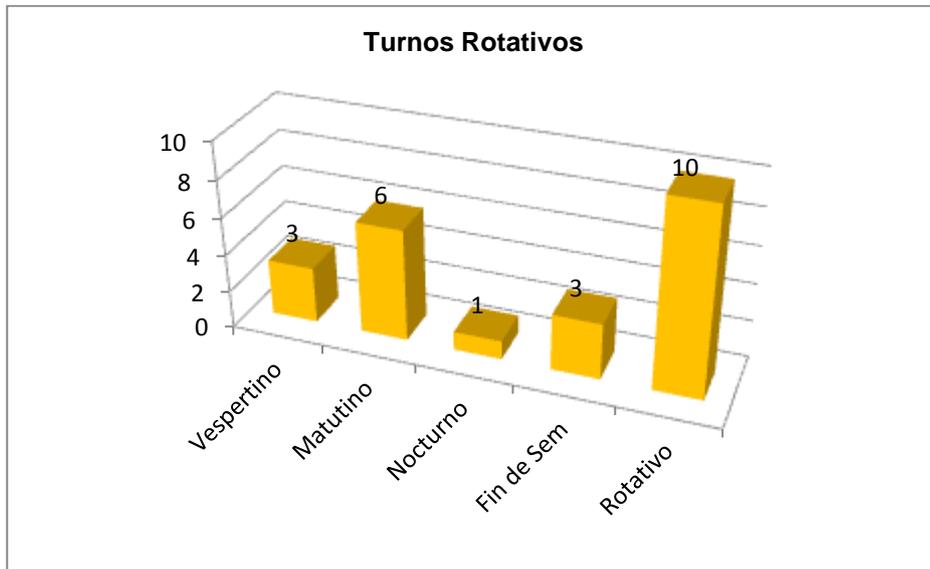
Los médicos sin burnout el 80% tienen un contrato ocasional, seguido de un 13,3% cuyo contrato es indefinido mientras que las enfermeras 53,3% tienen un contrato ocasional, seguido del 40% cuyo contrato es indefinido.

**Turnos Rotativos**

**Gráfico 11 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 12 Enfermeras sin Burnout**



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

Los médicos sin burnout trabajan en turnos rotativos 31%, en turnos vespertino, matutino y fin de semana un 19% y en horario nocturno el 12%, las enfermeras sin burnout en turnos rotativos laboran el 43,5%, matutino el 26%, en vespertino y fines de semana el 13%, y nocturno 4,34%.

### Tipo de pacientes

Gráfico 13 Médicos sin Burnout

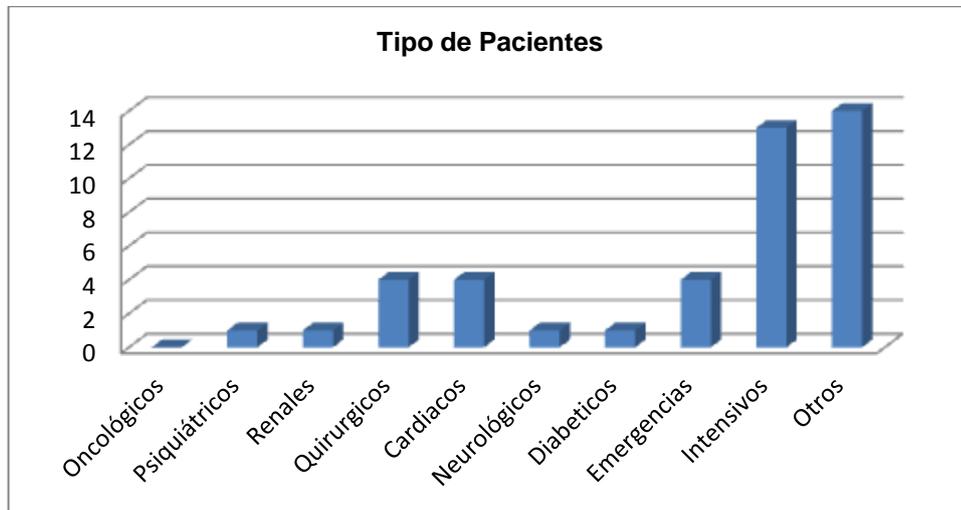
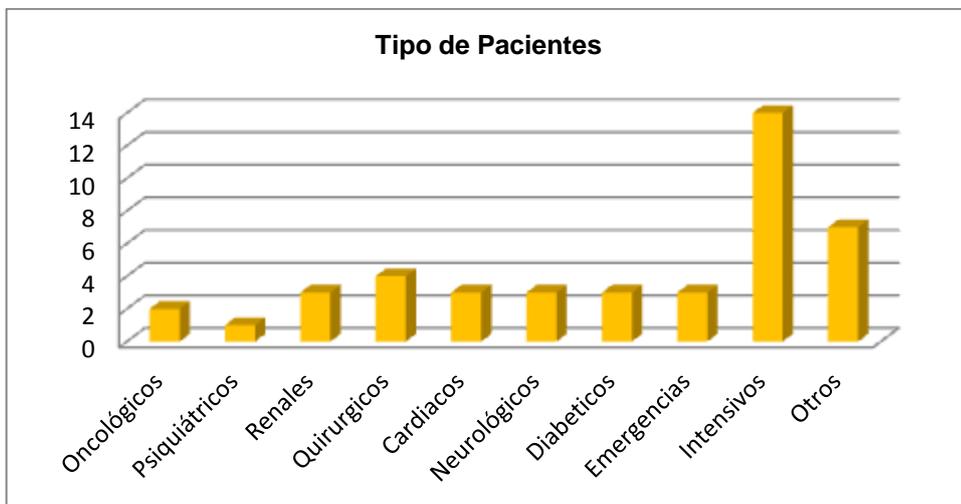


Gráfico 14 Enfermeras sin Burnout



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

Los médicos sin burnout refieren que entre los pacientes que atienden entre “otros” corresponde al 33%, intensivos 30,2, y las enfermeras sin burnout los pacientes intensivos ocupan el 33%, otros 16,3% entre los que en su mayoría atienden.

## Recursos Necesarios

Gráfico 15 Médicos sin Burnout

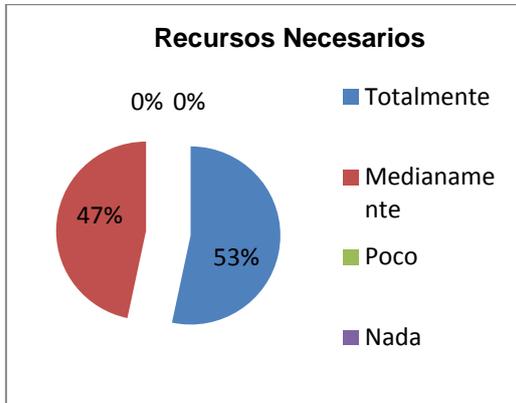
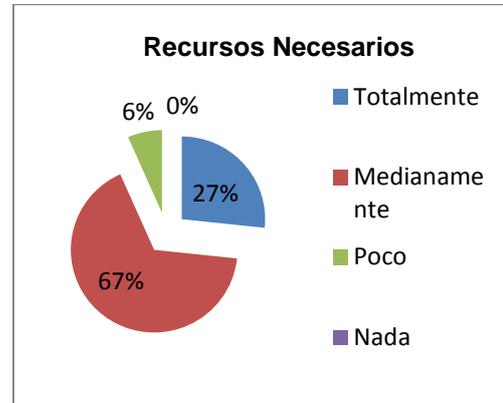


Gráfico 16 Enfermeras sin Burnout



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

En cuanto a la dotación de recursos para poder desempeñar sus labores diarias los médicos sin burnout opinan que el hospital los provee totalmente 53% y medianamente 47%, a este respecto las enfermeras sin burnout opinan en un 67% que tienen totalmente los recursos.

## Permisos

Gráfico 17 Médicos sin Burnout

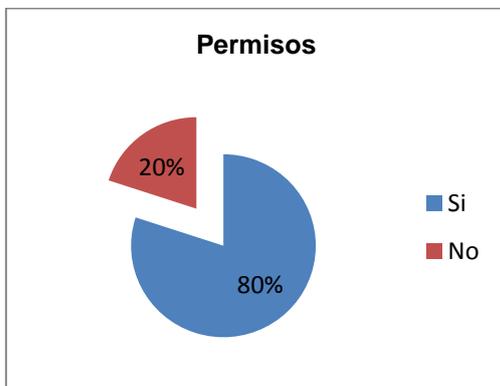
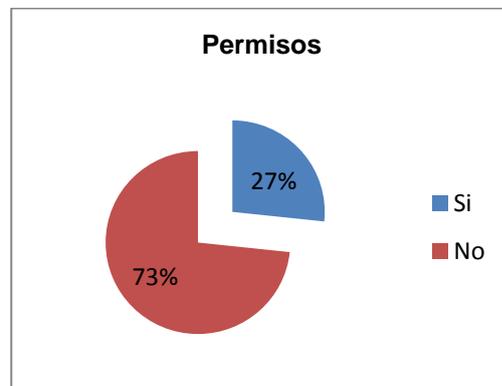


Gráfico 18 Enfermeras sin Burnout

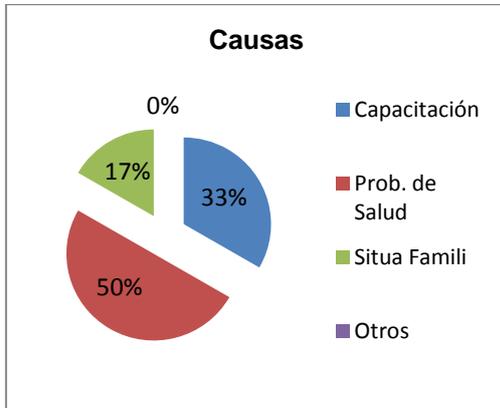


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

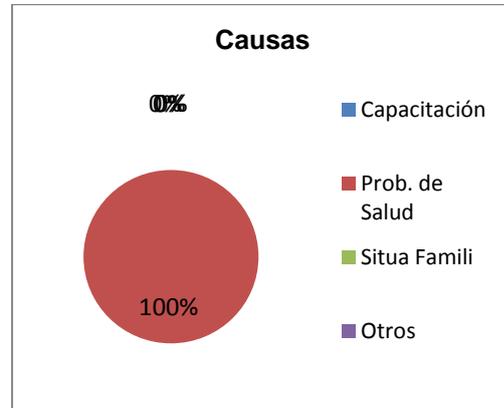
Los médicos comentan que han solicitado permiso 80%, y las enfermeras 73% el promedio de días de permiso de los médicos es de 6 frente a 3 de las enfermeras.

## Causas

**Gráfico 19 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 20 Enfermeras sin Burnout**



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

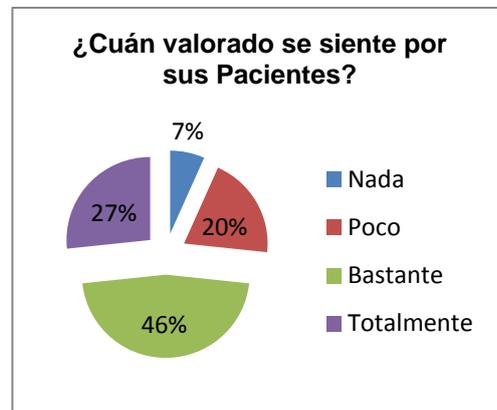
Las causas de los permisos en los médicos 50% por problemas de salud, un 33% por capacitación, y 17% debido a situaciones familiares, con relación a las enfermeras que manifiestan haber pedido permiso 100% por problemas de enfermedad.

## Cuán valorado se siente por sus pacientes

**Gráfico 21 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 22 Enfermeras sin Burnout**

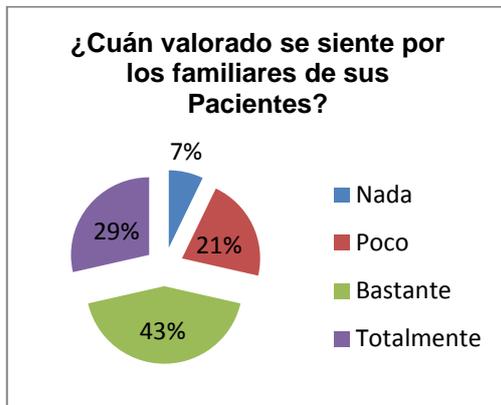


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

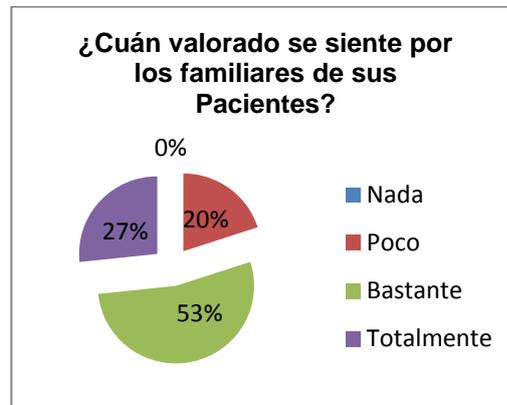
En cuanto a la valoración que siente por parte de sus pacientes los médicos se sienten bastante y totalmente valorados con un 40% respectivamente, un 20% dicen sentirse nada valorados. Mientras que las enfermeras en un 46% se sienten bastante valoradas, 27% totalmente, 20% poco y 7% nada valoradas.

### Cuán valorado se siente por los familiares de sus pacientes

**Gráfico 23 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 24 Enfermeras sin Burnout**

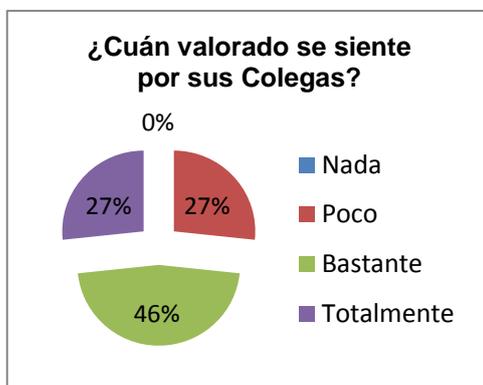


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

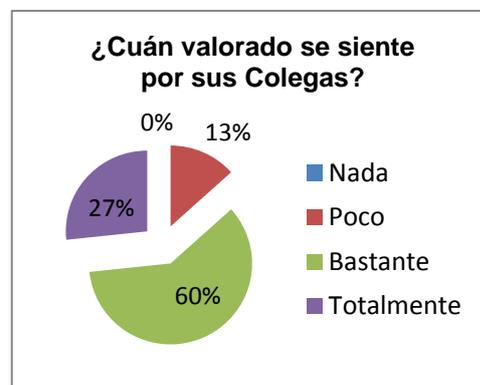
Frente a la valoración por parte de los familiares de los pacientes los médicos sienten el 43% bastante valorado, 29% totalmente, 21% poco y 7% nada valorados. Por su parte las enfermeras se sienten 53% bastante valoradas, 27% totalmente y 20% poco valoradas.

### ¿Cuán valorado se siente por sus Colegas?

**Gráfico 25 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 26 Enfermeras sin Burnout**



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

Los médicos sin burnout se sienten valorados por sus colegas el 46% bastante, 27% por igual en totalmente y poco valorados. Y las enfermeras se sienten 60% bastante valoradas, 27% totalmente y 13 % poco valoradas.

### ¿Cuán valorado se siente por los directivos de la Institución?

**Gráfico 27 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 28 Enfermeras sin Burnout**



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

Frente a la valoración de los directivos de la Institución los médicos sin burnout se sienten 40% bastante valorados, en igual proporción 27% totalmente y poco, el 6% nada valorados. Las enfermeras sin burnout opinan 87% sentirse bastante valoradas, 7% totalmente y 6% poco valoradas.

### ¿Cuán satisfecho esta con el trabajo que realiza?

**Gráfico 29 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 30 Enfermeras sin Burnout**

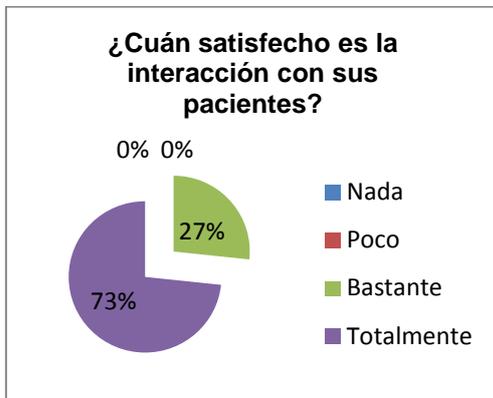


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

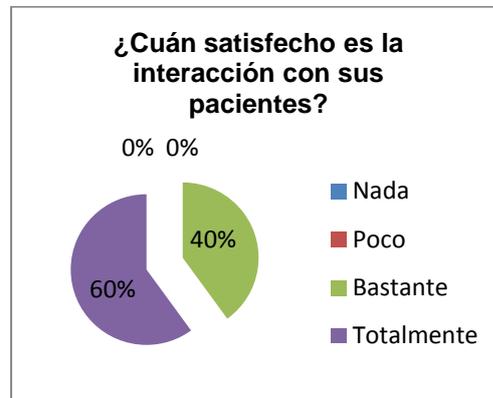
La satisfacción con el trabajo que realiza los médicos sin Burnout opinan el 73% estar totalmente satisfechos, 20% bastante y 7% poco satisfechos. Las enfermeras sin Burnout opinan el 60% estar totalmente y 40% bastante satisfechas.

### ¿Cuán satisfecho es la interacción con sus pacientes?

**Gráfico 31 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 32 Enfermeras sin Burnout**

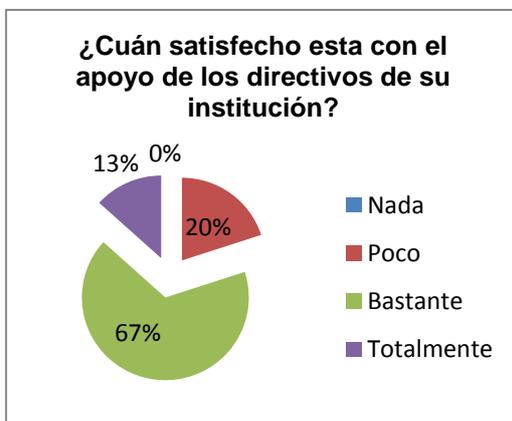


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

En cuanto al grado de satisfacción en la interacción con sus pacientes los médicos sin Burnout comentan el 73% estar totalmente satisfechos y 27% bastante satisfechos, mientras que las enfermeras sin Burnout están 60% totalmente satisfechas y 40% bastante satisfechas.

### ¿Cuán satisfecho esta con el apoyo de los directivos de su institución?

**Gráfico 33 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 34 Enfermeras sin Burnout**

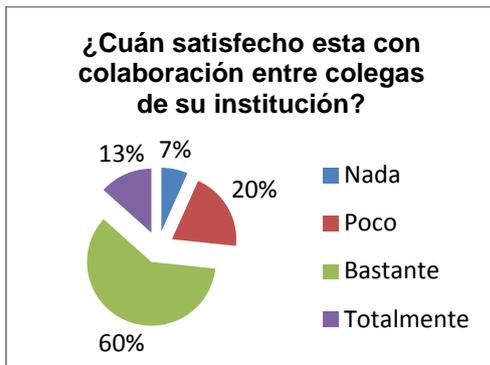


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

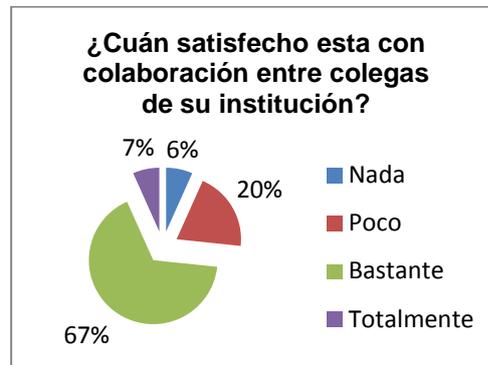
La satisfacción con el apoyo de los directivos de la institución la mayoría de los médicos sin Burnout 67% están bastante satisfechos, y las enfermeras sin Burnout en su mayoría también 67% se encuentran bastante satisfechas.

### ¿Cuán satisfecho esta con la colaboración entre colegas de su institución?

**Gráfico 35 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 36 Enfermeras sin Burnout**



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

La satisfacción en relación a la colaboración entre colegas de su institución los médicos sin Burnout el 60% están bastante satisfechos, las enfermeras sin Burnout están 67% bastante satisfechas.

### ¿Cuán satisfactoria es su experiencia profesional en general?

**Gráfico 37 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 38 Enfermeras sin Burnout**

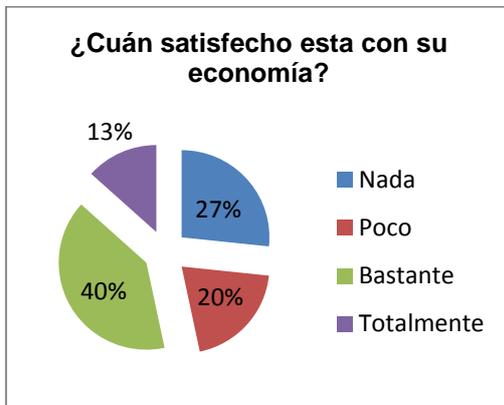


**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

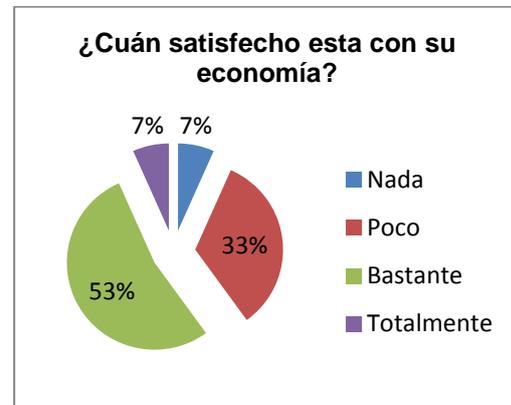
La satisfacción en su experiencia laboral en general los médicos sin Burnout 53% dijo estar totalmente satisfechos, 27% bastante. Las enfermeras 47% están totalmente satisfechas y casi sin diferencia 46% bastante satisfechas.

### ¿Cuán satisfecho esta con su economía?

**Gráfico 39 Médicos sin Burnout**



**Gráfico 40 Enfermeras sin Burnout**



**Fuente:** Datos del Cuestionario Sociodemográfico aplicado a médicos y enfermeras

Con relación a la satisfacción económica los médicos sin Burnout mencionan estar 40% bastante satisfechos, y 13% totalmente satisfechos. Y las enfermeras sin Burnout dicen el 53% estar bastante satisfechas, 33% poco satisfechas y 7% totalmente satisfechas.

## 7.2. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory - MBI

### Variables predictivas del síndrome de burnout

#### Médicos sin burnout

Gráfico 41

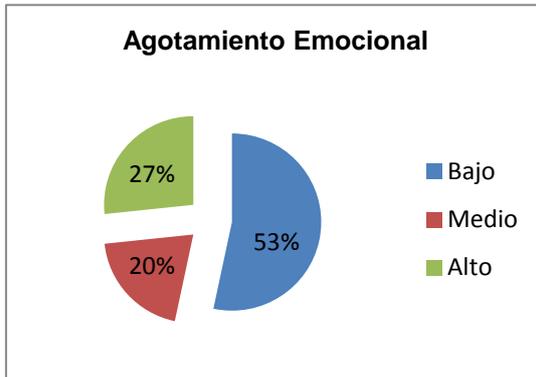


Gráfico 42



Gráfico 43



**Fuente:** Datos tomados del Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado a Médicos

En cuanto a los resultados obtenidos del Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado a Médicos, tenemos que el 53% tienen bajo Agotamiento Emocional, 27% reflejan tener un nivel alto y 20% un nivel medio. En lo que tiene que ver con Despersonalización el 93% indica un bajo nivel frente a un 7% que se encuentra en un nivel alto. El 100% tienen una alta Realización Personal. Recordemos que el Síndrome de Burnout se determina cuando se registra un alto nivel de Agotamiento Emocional y Despersonalización y una baja Realización Personal, lo cual no es este el caso.

### Enfermeras sin burnout

Gráfico 44

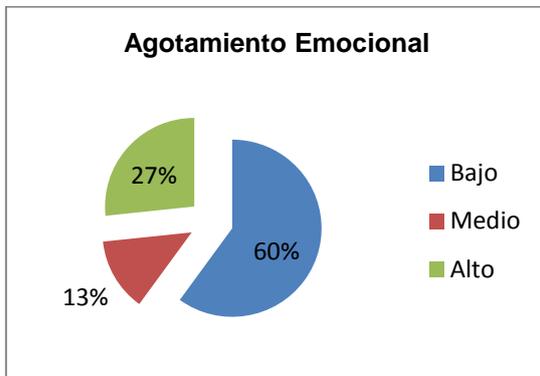


Gráfico 45



Gráfico 46



**Fuente:** Datos tomados del Maslach Burnout Inventory (MBI) aplicado a Enfermeras

De los resultados obtenidos en el Maslach Burnout Inventory aplicado a Enfermeras, tenemos que el 60% tiene un bajo Agotamiento Emocional, 27% registra un alto nivel y 13% un nivel medio. El 100% de las enfermeras sin Burnout tienen bajo en Despersonalización, el 93% registra una alta Realización Personal, frente al 7% que se encuentra en un nivel medio.

### 7.3. Cuestionario de Salud Mental GHQ28

#### Médicos sin burnout

Gráfico 47

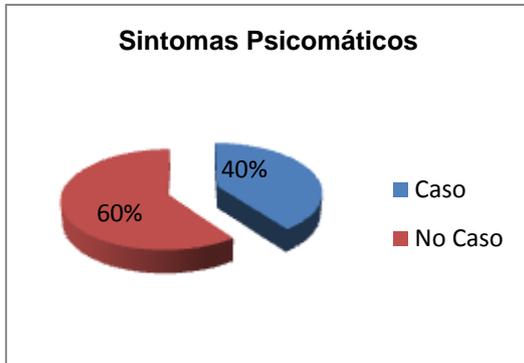


Gráfico 48

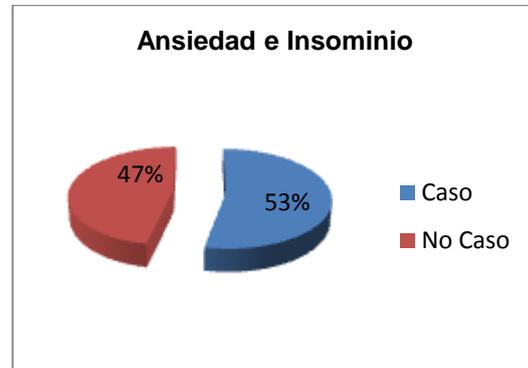


Gráfico 49

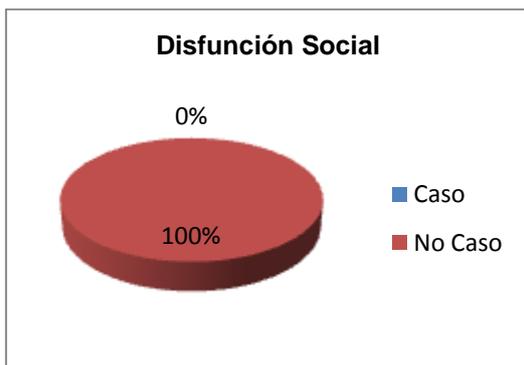
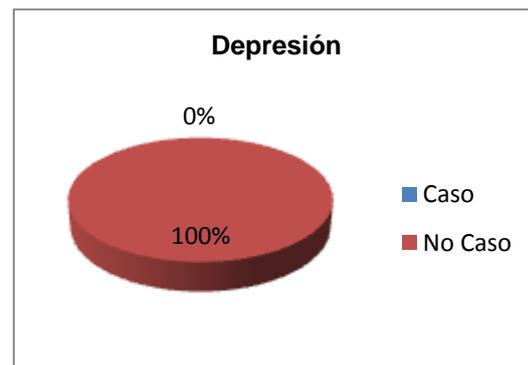


Gráfico 50



**Fuente:** Datos tomados del Cuestionario de Salud Mental (GHQ28) aplicado a Médicos

Partiendo de la consideración de que puntuaciones altas son indicativas de Caso Probable y bajas No Caso, la apreciación del estado de salud general que nos informan estos resultados podemos decir que los médicos sin Burnout en 60% no presentan Síntomas Psicósomáticos y en ningún caso presentan Disfunción Social y Depresión, sin embargo 53% presentan ansiedad e Insomnio.

### Enfermeras sin burnout

Gráfico 51

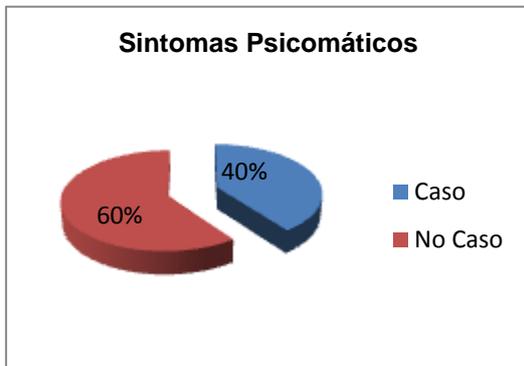


Gráfico 52

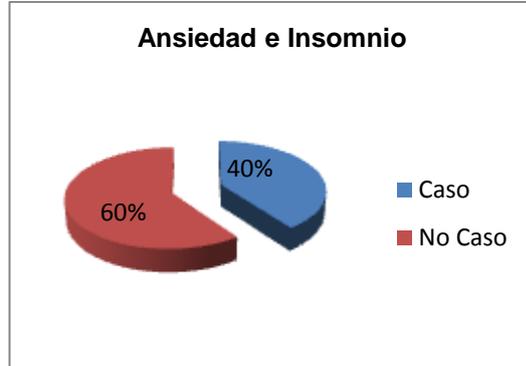


Gráfico 53

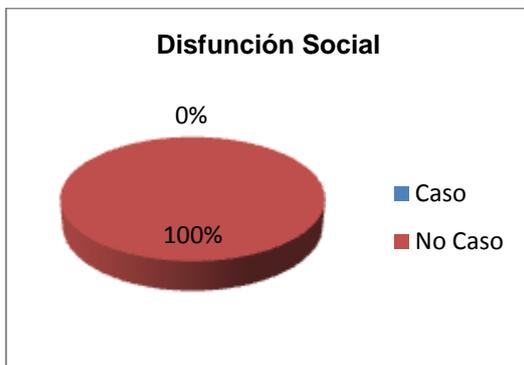
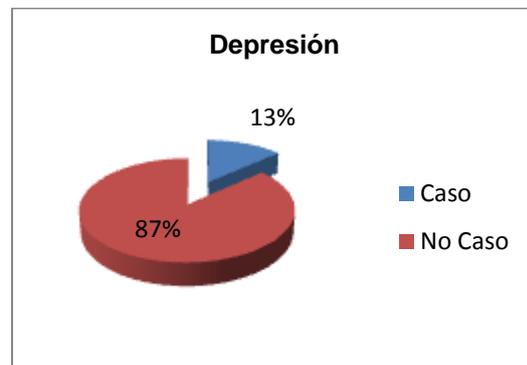


Gráfico 54



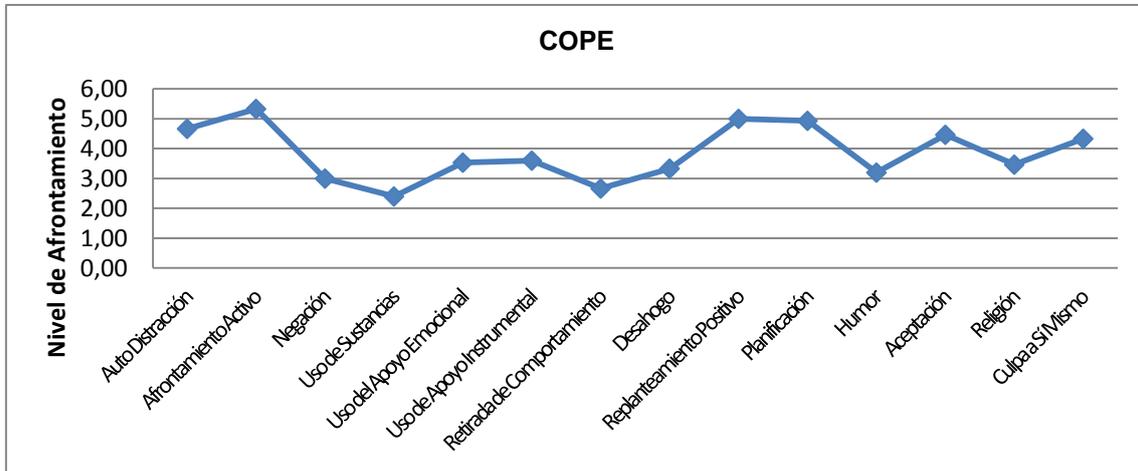
**Fuente:** Datos tomados del Cuestionario de Salud Mental (GHQ28) aplicado a Enfermeras

De la misma manera puntuaciones altas son indicativas de Caso Probable y bajas No Caso, la apreciación del estado de salud general que nos informan estos resultados, podemos decir que las enfermeras sin Burnout en ningún caso presentan un estado de salud general quebrantado, sin embargo 40% presentan síntomas psicósomáticos, ansiedad e insomnio, lo cual es recomendable ser observado para evitar que estos niveles puedan exceder estos porcentajes y ocasionar problemas mayores.

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

Médicos sin burnout

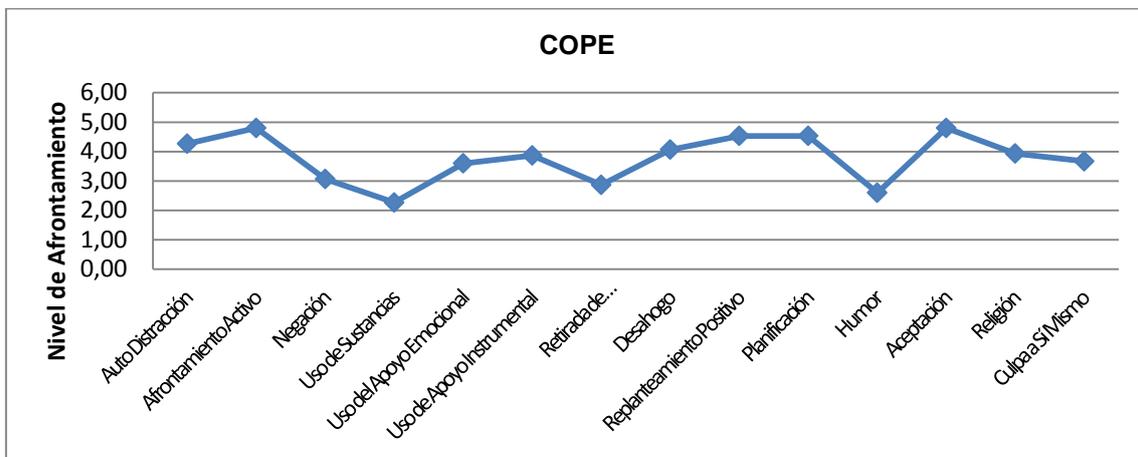
Gráfico 55



**Fuente:** Datos tomados de La Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) aplicada a Médicos

Enfermeras sin burnout

Gráfico 56



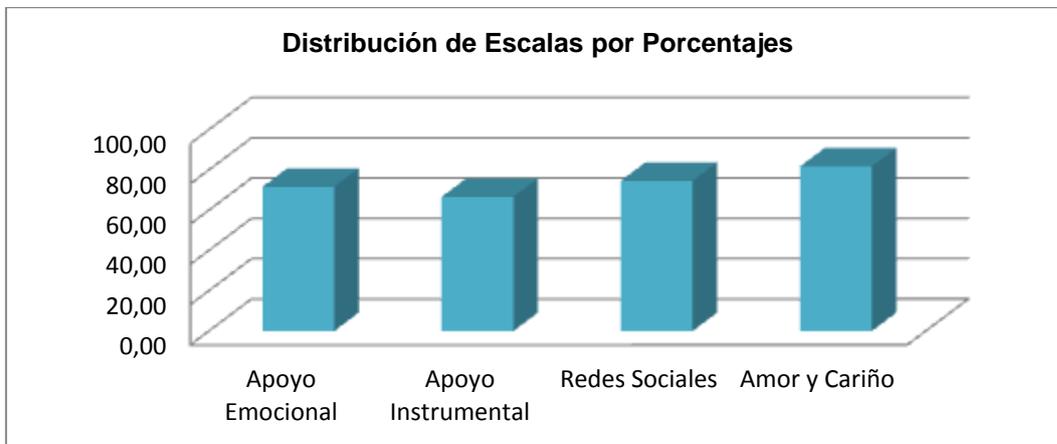
**Fuente:** Datos tomados de La Escala Multidimensional de Evaluación de Estilos de Afrontamiento (BRIEF-COPE) aplicada a Enfermeras

Los médicos sin burnout enfrentan el estrés 98% con un afrontamiento activo, replanteamiento positivo de la situación 97%, la planificación 91%, la auto-distracción 86%, aceptación 82%, se culpan 80%, uso de apoyo instrumental 67%, uso de apoyo emocional 65%, por su parte las enfermeras, utilizan un afrontamiento activo y aceptación 90%, la planificación y replanteamiento positivo 85%, auto-distracción en 85%, apoyo instrumental 73%, apoyo emocional 68%, estrategias poco adaptativas como el desahogo 77%, religión 74%, culpa 69%, negación 68% y retirada de comportamiento 54%, lo cual no permite una afrontamiento adecuado.

## 7.5. Cuestionario MOS de apoyo social

Médicos sin burnout

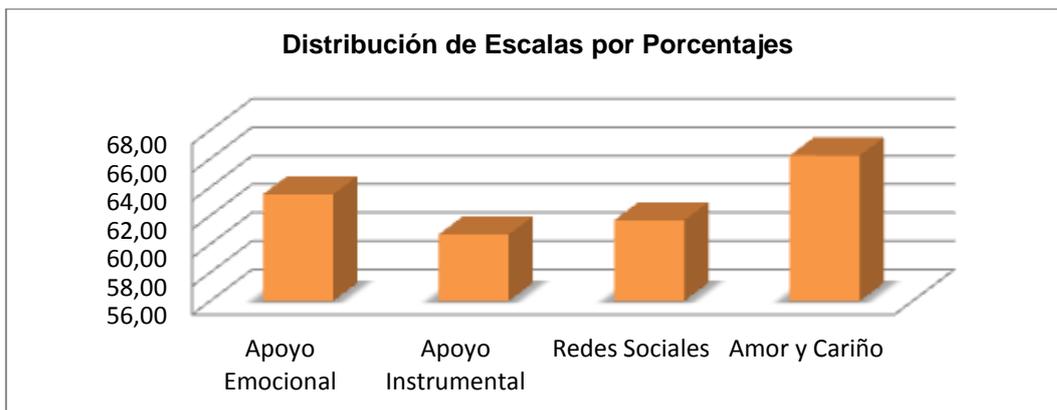
Gráfico 57



**Fuente:** Datos tomados del Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a Médicos

Enfermeras sin burnout

Gráfico 58



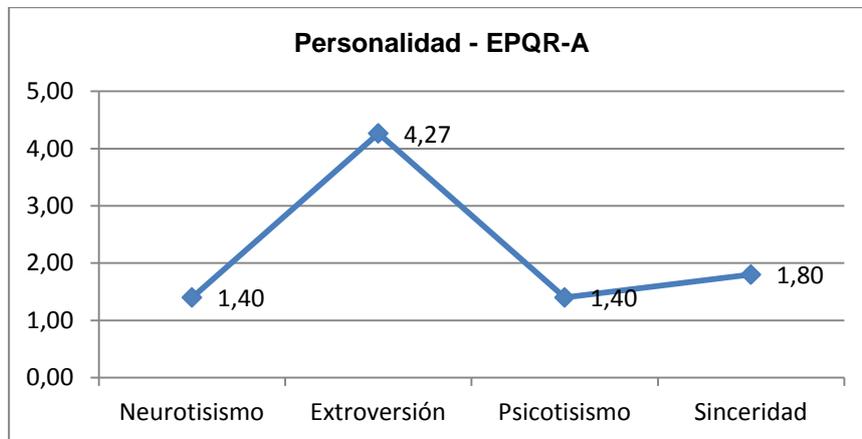
**Fuente:** Datos tomados del Cuestionario MOS de Apoyo Social aplicado a Enfermeras

El tipo de apoyo social con el que cuentan los médicos sin burnout son amor y cariño 82%, redes sociales 75%, apoyo emocional 72% y apoyo instrumental 67%, es decir, el índice global de apoyo social es muy alto. Las enfermeras sin burnout, amor y cariño 66%, apoyo emocional 63%, redes sociales 61% y apoyo instrumental 60%.

## 7.6. Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A

Médicos sin burnout

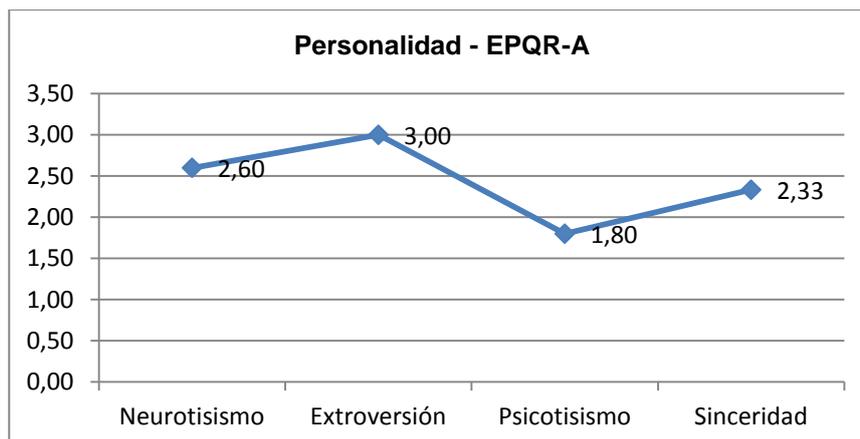
Gráfico 59



**Fuente:** Datos tomados del Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A aplicado a Médicos.

Enfermeras sin burnout

Gráfico 60



**Fuente:** Datos tomados del Cuestionario Revisado de Personalidad de Eysenck EPQR-A aplicado a Enfermeras.

El rasgo de personalidad que denota en los médicos sin burnout es la extroversión 48%, seguido de una baja sinceridad 20%, seguido de neuroticismo y psicoticismo 16%. Las enfermeras sin burnout extroversión 30%, neuroticismo 26%, sinceridad 23% y psicoticismo 18%.

## 8. Discusión de resultados

Los resultados de este estudio realizado con la participación de 15 médicos y 15 enfermeras del área de cuidados intensivos del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora por sus siglas HGOIA de la ciudad de Quito, no identificaron ningún caso de Burnout por lo que la discusión de los resultados se basara en las variables que pueden estar actuando como protectoras al padecimiento del Síndrome de Burnout en este grupo de profesionales.

De acuerdo a la bibliografía estudiada tenemos que ciertas características individuales predisponen a las personas a padecer de estrés laboral y en su caso más grave del Síndrome de Burnout que no es más que la respuesta al estrés laboral crónico y prolongado en el tiempo.

De esta investigación las características sociodemográficas sobresalientes fueron en cuanto al sexo predominando el femenino en médicos el 46,6% y enfermeras 100%, frente al masculino con 53%, se dice que las mujeres parecen ser más proclives a padecer Burnout sin embargo y como más adelante se analizará pueden estar influyendo aspectos como el tipo de contratación, remuneración, educación, libertad de decisión en su lugar de trabajo, satisfacción laboral, demandas familiares y apoyo social. En algunos estudios los resultados podrán estar relacionados con estereotipos de género pero es posible que reflejen también confusión de sexo con ocupación por ejemplo hay más probabilidad de que los policías sean hombres y las enfermeras mujeres.

En cuanto al promedio de edad en nuestro estudio en médicos es 38 años, enfermeras 39 años, el promedio de años de trabajo es 9 años y 12 años respectivamente, de lo investigado se encontró que la edad es considerada una variable de riesgo los más jóvenes entre 30 y 40 años el nivel de Burnout se reporta como más alto, incluso se ha comprobado que el Burnout es más un riesgo al principio de la carrera de un profesional que más tarde, a pesar de ello, no se detecto caso de Burnout debido a esta variable.

En su mayoría médicos y enfermeras viven con más personas 93%, 100% respectivamente, el promedio de hijos es 1,5% y 1,2% de igual manera, esto permite corroborar que puede ser por su implicación familiar lo que evita el padecimiento de este síndrome.

Los médicos sin Burnout en esta investigación 46% son casados, solteros 26,7%, divorciados 26,7%, las enfermeras 66,7% solteras, 13% casadas en porcentajes iguales 6,7% para viudas, divorciadas y unión libre, de lo investigado los sujetos que no están casados parecen más propensos al Burnout, los solteros parecen experimentar niveles más

altos que aquellos divorciados, lo cual no se evidencia en los datos obtenidos, en los médicos estar casado actúa como variable protectora.

Los pacientes con riesgo de muerte que atienden los médicos 100%, enfermeras 93,3% y en cuanto a la experiencia en decesos 73,3%, 71,4% respectivamente; en lo que se refiere al tipo de pacientes que atienden los médicos entre otros 33%, intensivos 30,2%, emergencias, cardíacos y quirúrgicos 9,3%, diabéticos, neurológicos, renales y psiquiátricos 2,4%, y las enfermeras pacientes intensivos 33%, otros 16,3%, quirúrgicos 9,3%, emergencias, diabéticos, neurológicos, cardíacos y renales 7%, oncológicos 5%, psiquiátricos 2,3%, es decir, estos datos reflejan una alta carga emocional por el tipo de pacientes y la variabilidad de los mismos que deben atender día a día, entiéndase principalmente todos los datos enunciados por tratarse del área de cuidados intensivos en donde suelen presentarse todo tipo de patologías.

A pesar de ello, el sentimiento de sentirse valorado y respaldado que incrementa la habilidad de hacer frente a situaciones estresantes, podría estar actuando como variable protectora frente a la carga emocional anteriormente observada, así frente a la valoración que sienten por parte de sus pacientes médicos 40% entre totalmente y bastante valorados, enfermeras 46% bastante valoradas gráficos 21-22; a la valoración por parte de familiares de los pacientes 43%, 53% bastante valorados gráficos 23-24, la valoración por parte de sus colegas médicos 46%, enfermeras 60% bastante valorados gráficos 25-26, y la valoración de los directivos de la Institución 40% médicos, 87% enfermeras bastante valorados gráficos 27-28, como se observa la valoración tanto personal como profesional es alta, existe buena camaradería, buena comunicación, estos resultados denotan una buena relación laboral.

La satisfacción laboral también es una variable que actúa como protectora frente a los avatares de la profesión, en esta investigación los datos obtenidos en cuanto a satisfacción con el trabajo entre totalmente y bastante satisfechos tenemos porcentajes altos tanto en las respuestas dadas por médicos 73%, 20%, como de las enfermeras 60% y 40% ver gráficos 29-30.

A esto le sumamos el grado de satisfacción en la interacción con sus pacientes gráfico 31-32, los porcentajes obtenidos fueron entre 73%, 60% totalmente satisfechos, la satisfacción con el apoyo de los directivos de la Institución en médicos y enfermeras es 67% bastante satisfactoria gráficos 33-34, la satisfacción en relación a la colaboración entre colegas gráficos 35-36, los datos obtenidos igualmente fueron entre el 60% y 67% bastante satisfechos, la satisfacción en su experiencia laboral 53%, 47% dijeron estar totalmente satisfechos seguidos de 27%, 46% bastante satisfechos gráficos 37-38, no solo el

reconocimiento recibido sino también la valoración percibida variables estrechamente relacionadas con la satisfacción laboral demuestran ser una vez más protectoras frente al padecimiento de ciertos riesgos psicosociales como es el caso del Burnout.

Durante la investigación realizada en el Hospital pude observar que la dotación de equipos es de excelencia, tecnología de punta, indudablemente ha mejorado con las nuevas políticas de gobierno para el desarrollo de la actividad laboral incluso con el establecimiento de horarios adecuados y remuneración que los médicos y enfermeras recibían hasta hace poco, esta estabilidad laboral actúa también como variable protectora frente al Burnout, así tenemos que:

En cuanto a la dotación de recursos ver gráfico 15-16, médicos y enfermeras afirman que el hospital los provee totalmente 53% y 67% respectivamente, los médicos tienen turnos rotativos en 31%, vespertino, matutino y fin de semana 19% y horario nocturno 12% gráfico 11 y la enfermeras trabajan en turnos rotativos 43,5%, matutino 26%, vespertino y fines de semana 13% y nocturno 4,34% gráfico 12, la carga horario distribuida en turnos rotativos es moderada; en lo que tiene que ver con la remuneración 100% la reciben mensualmente, el valor salarial que perciben los médicos 66,7% va entre los 1001 y 2000 dólares, 20% va entre 2001 y 3000 ver gráfico 5, en cuanto a las enfermeras 53,3% perciben hasta 1000 dólares seguido de 46,6% que va desde 1001 a 2000 gráfico 6, en general la satisfacción económica de médicos y enfermeras es bastante satisfactoria 40% y 53% respectivamente y si a esto le agregamos el 13% de los médicos que dicen estar totalmente satisfechos, podemos decir que la estabilidad laboral de este caso es una variable protectora frente al padecimiento del Síndrome de Burnout ver gráficos 39-40.

Hablando de los permisos solicitados por médicos y enfermeras 80% y 73% ver gráficos 17-18, en promedio de 6 y 3 días respectivamente y sus causas gráfico 19-20 en su mayoría por problemas de salud 50% para médicos y 100% para enfermeras, dato relevante para el análisis comparado con el estado de salud en general.

Revisando los datos obtenidos en el Maslach Burnout Inventory, cuestionario que nos permite identificar el nivel de Burnout de profesionales de la salud y factores relacionados, recordando que son tres escalas evaluadas y que puntuaciones altas tanto en Agotamiento Emocional (AE) como Despersonalización (D) y puntuaciones bajas en Realización Personal (RP) indican padecimiento del síndrome.

En este estudio los médicos (gráfico 41-43) puntuaron bajo tanto en AE=53% y D=93% y alto en RP=100% y enfermeras (gráficos 44-46) puntuaron también bajo en AE=60% y D=100% y RP=93%. Los factores protectores que actuaron en esta muestra son vivir con

más personas, tener hijos, la valoración laboral junto con la percepción de sentirse valorado por quienes les rodean desde pacientes, familiares de pacientes, compañeros y directivos de la institución, así como la estabilidad laboral que incluye el tener los implementos necesarios para el desarrollo de la actividad laboral como es la dotación de recursos, la carga horario distribuida en turnos rotativos moderados y la valoración de la situación económica que incluye la remuneración, permiten no solo tener satisfacción laboral sino estabilidad emocional, ambas pilares fundamentales para un desarrollo personal y profesional sano. En este caso variables como el género, la edad y estado civil se asociaron de manera independiente al síndrome de Burnout.

En lo que se refiere a la condición general del estado de salud mental (gráficos 47-50), se observa claramente que no hay preocupación alguna en lo que se relaciona con disfunción social y depresión pues en el grupo no se presento caso alguno, sin embargo en los médicos se detecto que el 53% presenta ansiedad e insomnio esto puede estar relacionado con los permisos 80% y el promedio de días 6 y las causas 50% motivos de salud, situación que podría estar relacionada por los nuevos cambios en materia de la regularización en cuanto a horario a tiempo completo y salarios que dispuso el gobierno en los últimos días, sabemos que todo cambio trae consigo incertidumbre y hasta un poco de malestar en los galenos que no estaban acostumbrados a regirse a un horario a tiempo completo que debe ser registrado y obviamente atender las inspecciones periódicas por parte del Ministerio de Salud Pública.

Si bien sabemos que puntuaciones altas determinan caso probable de estar padeciendo algún tipo de problema de salud mental y que por diversas investigaciones se dice están íntimamente relacionadas con el Síndrome de Burnout, pues se ha detectado que afecta más aquellas profesiones que requieren un contacto directo con las personas de casas asistenciales, personas que necesitan altas dosis de entrega e implicación emocional como es el caso de esta investigación a médicos y enfermeras, las enfermeras (gráficos 51, 52) presentaron en 40% tanto síntomas psicósomáticos como problemas de ansiedad e insomnio, no es una puntuación alta sin embargo se debe estar alerta, puede estar provocada también por lo anteriormente dicho sobre las nuevas políticas de gobierno implementadas a través de Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

Otra de las causas que puede estar relacionada con estas cifras es el tipo de pacientes que atienden (gráficos 13, 14), que en su mayoría son de cuidados intensivos de todo tipo pero la incertidumbre del mismo estado de salud por el que los pacientes están en esta área, más aún el caso de neonatos por los que a cualquier persona no solo produce ternura sino

sentimientos de lucha por salvar su vida priman en estos médicos y enfermeras, tal como lo demuestran los datos registrados en nivel bajo de Despersonalización en médicos y enfermeras 93% y 100% respectivamente, es de la implicación a la que hacía referencia.

El uso de estrategias de afrontamiento activas como las dirigidas al entorno al análisis y solución del problema, la confrontación adecuada de las propias emociones, modificación de conducta se encuentran relacionadas con mayor bienestar psicológico y estados afectivos positivos, así como las estrategias dirigidas a regular la respuesta emocional cuyo objetivo es cambiar la manera de experimentar la situación estresante, estos procesos cognitivos ayudan a disminuir el grado de trastorno emocional por medio de la atención selectiva, comparaciones positivas, extracción de valores positivos a los acontecimientos negativos, constituyen los estilos de afrontamientos positivos o funcionales que sirven como factor protector al padecimiento del síndrome de Burnout. Por el contrario el uso de estrategias pasivas como el retraimiento, tratar de no pensar en el problema, evitación, tratar de no sentir nada, ignorar, negar, rechazar, bromear o aceptar pasivamente el problema estresante, uso de drogas, retirada de comportamiento, implican estilos disfuncionales en la regulación y manejo de las emociones, constituyen estrategias poco adaptativas e ineficaces que suelen predecir estados afectivos negativos como depresión y ansiedad.

Dicho esto las estrategias de afrontamiento como factor protector al padecimiento del Síndrome de Burnout más utilizadas por los médicos en esta investigación en orden porcentual de acuerdo al gráfico 55 están: el afrontamiento activo, replanteamiento positivo, la planificación, la auto distracción, aceptación, la culpa a sí mismo 80%, apoyo instrumental, apoyo emocional, por otro lado con un porcentaje todavía alto se usan estrategias pasivas como religión, desahogo, humor, negación, retirada de comportamiento, y el uso de drogas. Como se observa el uso de estrategias de afrontamiento funcionales y adaptativas a permitido que este grupo de médicos evite padecer de Burnout, sin embargo, con más información acerca del uso de estrategias de afrontamiento, su clasificación y manejo, seguro este grupo de médicos incrementaría su destreza en el manejo de situaciones estresantes y por ende el control del estrés y paliar de algún modo el 40% de síntomas psicósomáticos y el 53% de ansiedad e insomnio por el que están cursando algunos galenos, ver gráficos 47, 48.

Entre las estrategias que han servido como factor protector en este grupo de enfermeras tenemos desde el orden porcentual anteriormente expuesto en el gráfico 56, afrontamiento activo, aceptación, planificación, replanteamiento positivo, la auto-distracción, el uso del

apoyo instrumental, y apoyo emocional lo hacen después de recurrir al desahogo y religión. A continuación con porcentajes todavía altos tenemos el uso de estrategias poco funcionales y que de alguna manera están afectando la manera de manejar hechos estresantes como son el desahogo, la religión, negación, retirada de comportamiento, humor y uso de sustancias. En la regulación y manejo de las emociones el uso inadecuado de estrategias de afrontamiento suelen predecir estados afectivos negativos, causando los problemas de salud anteriormente mencionados como son los síntomas psicósomáticos, ansiedad e insomnio detectados en el Cuestionario de Salud Mental GHQ28, ver gráficos 51, 52.

Cabe destacar que sin duda alguna en este grupo de médicos el índice global de apoyo social con el que cuentan es bastante alto sobre el 71%, observe gráfico 57 en orden descendente tenemos Amor y Cariño, Redes Sociales, Apoyo Emocional y en último lugar Apoyo Instrumental. Recordemos que el apoyo social es la estructura social que nos rodea, potencial moderador contra el estrés, variable importante para el bienestar personal asociado a salud, favorece la adaptación personal, familiar, escolar y social, es el soporte emocional en nuestro lugar de trabajo. Estos datos concuerdan con los revelados en el cuestionario Sociodemográfico donde reflejan la existencia de una buena camaradería no solo entre pares sino también con los directivos de la institución a lo que se llama apoyo instrumental, ver gráficos 33, 35.

En el caso de las enfermeras también cuentan con un buen nivel de apoyo social entre 60% y 66%, observando el gráfico 58 tenemos en orden ascendente el Apoyo Instrumental, Redes Sociales, Apoyo Emocional y Amor y Cariño, este último resultó ser el de más valor para el grupo de enfermeras, y el que menos porcentaje 60,67% obtuvo fue el apoyo instrumental que es el recibido por otros, jefes de trabajo, incluso fue bastante satisfactorio el resultado en cuanto a la satisfacción con el apoyo de directivos y entre colegas 67% en ambos casos ver gráficos 34, 36. El soporte emocional más importante para este grupo es el que viene de familiares, amigos, seres queridos, mientras que en el lugar de trabajo tienen el apoyo profesional que les permite salir adelante en su labor diaria. Comprobando de esta manera como el apoyo social ha resultado ser un potente factor protector contra el síndrome de Burnout.

La forma en que las personas perciben, sienten y actúan (su personalidad) modula las consecuencias que un ambiente laboral estresante puede tener sobre las personas. Aquellos que expresan mayores niveles de personalidad resistente experimentan menos el

síndrome de Burnout, así como menor frecuencia de síntomas de malestar psíquico. Una personalidad resistente se caracteriza por su implicación personal en todas las actividades de la vida, no solo posee un sentimiento de competencia personal sino que incluye un sentimiento de comunidad y cooperación, son sujetos que poseen el control sobre los acontecimientos, la convicción de poder intervenir, este le permite percibir consecuencias predecibles a sus propia actividad y manejar los estímulos en su propio beneficio, y su creencia en que el cambio frente a la estabilidad es la característica normal de la vida, toman una situación estresante como una oportunidad para el desarrollo personal.

También los extrovertidos por su predisposición a experimentar emociones positivas, a tener un afecto positivo, suelen tener amigos, son optimistas, impulsivos, invierten más tiempo en situaciones sociales, encuentran sus interacciones sociales más gratificantes, aquellos que poseen un locus de control interno, que atribuyen las causas de lo que les sucede a sus propios esfuerzos, por sus características personales estos individuos son menos vulnerables al padecimiento del Burnout.

Por otro lado aquellos que tienen baja autoestima, un locus de control externo, bajos niveles de resistencia y un patrón de conducta tipo A, personas vulnerables al estrés, impacientes, agresivos, hostiles, irritables, compromiso excesivo con el trabajo, gran necesidad de logro y estatus social, lucha por el éxito, motivados por la acción-emoción de lo que hacen, el Neurotismo por su carácter ansioso, hostil, inestabilidad emocional, están en mayor riesgo de padecer el Síndrome de Burnout.

En esta investigación el rasgo de personalidad (gráfico 59) que denota en los médicos es la Extroversión, lo cual como hemos visto les permite manejar con éxito las situaciones de estrés, sin embargo, un dato que llama la atención es el porcentaje tan bajo en sinceridad, que evalúa la tendencia a emitir respuestas de deseabilidad social, es decir busca dar una buena impresión, midiendo el grado de veracidad de las respuestas, este sesgo puede estar determinado posiblemente por la preocupación a cuidar la emisión de sus respuestas debido a la situación presente en lo referente a las nuevas políticas que el Gobierno está implementando.

En relación a las enfermeras los rasgos de personalidad (gráfico 60) importantes fueron Extroversión, pero muy seguido de este tenemos el Neurotismo que es esencialmente negativo, experimentan más eventos vitales negativos, denotan ansiedad, cambios de humor, desordenes psicosomáticos, inestabilidad emocional, ideas no realistas, urgencias excesivas, respuestas de afrontamiento no adaptativas, en este caso la sinceridad de sus

respuestas fue mejor y los datos concuerdan con los obtenidos tanto en el cuestionario de afrontamiento (gráfico 56) y estado de salud mental (gráfico 51, 52) analizados anteriormente. Es muy probable que su personalidad este influyendo en la manera tan variada de afrontar diferentes situaciones perjudicando en cierto grado su estabilidad emocional y salud mental pues aunque no tienen un porcentaje alto, es considerable el 40% del padecimiento de síntomas psicósomáticos y ansiedad e insomnio por el que cursan actualmente este grupo de mujeres.

Se ha concluido con satisfacción esta investigación, alcanzando los objetivos propuestos en la misma, evidenciando una baja prevalencia del Síndrome de Burnout en esta muestra de profesionales, determinando qué factores actuaron como protectores al padecimiento del síndrome y las características individuales como algunas formas de afrontamiento y de personalidad que influyen negativamente en la salud de este grupo de profesionales.

## CONCLUSIONES

- ❖ En la presente investigación no se detecto ningún caso de Burnout tanto en Médicos como en Enfermeras.
- ❖ De las características Sociodemográficas que actuaron como variables protectoras al padecimiento del Síndrome de Burnout encontradas fueron: Vivir con más personas, tener hijos, la valoración por parte de pacientes y sus familiares, valoración entre colegas y directivos; la satisfacción laboral, la satisfacción en la interacción con pacientes, apoyo de los directivos, colaboración entre colegas, experiencia laboral, estabilidad laboral.
- ❖ El género, edad, promedio de años de trabajo y estado civil se asociaron de manera independiente al Síndrome de Burnout.
- ❖ El estado de salud mental presenta ansiedad e insomnio, posiblemente estén influyendo en este sentido las nuevas políticas de Gobierno como la regularización de contratos así como el establecimiento del horario a tiempo completo y su consecuente verificación en su cumplimiento por medio de inspecciones por parte de delegados del Ministerio de Salud Publica del Ecuador, motivo de incertidumbre y malestar, así como por el tipo de pacientes con riesgo de muerte especialmente el área de cuidados intensivos donde se desarrolla su actividad.
- ❖ Los síntomas psicosomáticos y problemas de ansiedad e insomnio son de alerta, influenciadas por el uso inadecuado de estrategias de afrontamiento y características de personalidad.
- ❖ Entre las estrategias de afrontamiento activo que han servido como variables protectoras a sufrir este riesgo psicosocial están: afrontamiento activo, replanteamiento positivo, planificación, auto distracción, aceptación, apoyo instrumental y apoyo emocional.
- ❖ Se observa en un porcentaje todavía alto el uso de estrategias de afrontamiento pasivas, emocionales y evitativas, poco funcionales determinantes de los estados afectivos negativos como la ansiedad y consecuentes problemas de insomnio y síntomas psicosomáticos detectados.

- ❖ El índice global encontrado en cuanto al apoyo social en este grupo es alto, principalmente el amor y cariño que viene de familiares, amigos, seres queridos, mientras que el demostrado en el lugar de trabajo ha permitido paliar los efectos negativos del estrés y del síndrome de Burnout.
  
- ❖ El rasgo de personalidad que denota en los médicos fue la Extroversión como variable protectora.
  
- ❖ La baja veracidad encontrada en los médicos puede estar influenciada por la preocupación a cuidar la emisión de sus respuestas debido a la situación presente en lo referente a las nuevas políticas que el Gobierno está implementando.
  
- ❖ En enfermeras el tipo de personalidad encontrada fue la Extroversión y muy seguido el Neuroticismo, esta variabilidad afecta la manera de afrontar efectivamente diferentes situaciones estresantes perjudicando el grado de estabilidad emocional y salud mental.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Continuar en el fortalecimiento del apoyo social, redes sociales y apoyo instrumental y emocional.
- ❖ Taller informativo de cuáles constituyen en la actualidad los riesgos psicosociales con énfasis en el Síndrome de Burnout, causas y factores relacionados.
- ❖ Charla sobre “Qué es el afrontamiento” y sus diferentes estrategias, su efecto paliativo contra el estrés y el padecimiento del Burnout.
- ❖ Taller informativo sobre Personalidad y patrones de conducta, y sus características.
- ❖ Taller sobre técnicas de relajación y modos efectivos de llevar un mejor estilo de vida saludable por medio del ejercicio.
- ❖ Taller sobre Técnicas Cognitivas, cuyo objetivo es que el sujeto reevalúe y reestructure las situaciones estresantes o problemáticas de manera que pueda afrontarlas con mayor eficacia, controlando su reacción frente a los factores estresantes.
- ❖ Se sugiere visitar al Psicólogo de la Institución en caso de requerir ayuda con el manejo de la ansiedad.
- ❖ Entrenamiento en la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones, entrenamiento en técnicas de relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de los sentimientos de culpa.

## BIBLIOGRAFÍA

- ❖ Agencia Europea para la Seguridad y Salud en el Trabajo. 2002. Research on changing World of work. Bilbao. Citado en: <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/C&T32.pdf#page=21>
- ❖ Allport, G.W. (1937). *Personality: A Psychological Interpretation*. New York: Henry Holt.
- ❖ Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Nueva York: W. H. Freeman. Citado en, *El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología*, recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147118212001>.
- ❖ Borrás, F.X. (1992). Factores Psicológicos, sistema inmune y estrés. *Revista de Psicología de la Salud*, 4:29-58. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRE RO.pdf?sequence=1](Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRE%20RO.pdf?sequence=1)
- ❖ Cannon, W.B. (1935) *Stresses and Strains of homeostasis*. *Am. J. Med. Sci.* Vol.189, 1-35. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: *Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud*. Universidad de Málaga, 2011. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRE RO.pdf?sequence=1](Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRE%20RO.pdf?sequence=1)
- ❖ Costa, P.T. & McCrae, R.R. (1994). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor (NEO-FFI) Inventory Professional manual*. Odessa, FL:PAR.
- ❖ Dallman, M. F. (2003). *Chronic stress and obesity: a new view of "comfort food"*. *Proc. Nat. Acad. Sci. USA*, 100, 11696-11701. Citado en, *El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología*, recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147118212001>.
- ❖ Durand, V.M. & Barlow, D.H. (2007). *Psicopatología, Un enfoque integral de la psicología anormal*, 4ta. Edición. 212-215
- ❖ Epel, E.; Lapidus, R. & McEwen, B. (2000). *Stress may add bite to appetite in women: A laboratory study of stress-induced cortisol and eating behavior*. *Psychoneuroendocrinology*, 26, 37-49. Citado en, *El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología*, recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147118212001>.
- ❖ Freudenberger, H.J. (1974). *Staff Burnout*. *J Soc Issues*. 30:159-164. Citado en, Shirom, A. (2009). *Acerca de la validez del Constructo, Predictores y consecuencias del Burnout en el Lugar de Trabajo*. *Cienc. Trab.* Abr-Jun; 11(32):44-54.

- ❖ García Guerrero, A. (2011). Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. (Tesis Doctoral, Universidad de Málaga). Recuperado: <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRER O.pdf?sequence=1>
- ❖ Gijswijt-Hofstra, M. (2001) Introduction: Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War, en, *Clio Medica/The Welcome Series in the History of Medicine*, Rodopi, New York, pp. 1-30. Recuperado de [http://www.acapsi.com/estres\\_historia\\_del\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento.html](http://www.acapsi.com/estres_historia_del_diagnostico_y_tratamiento.html)
- ❖ Gil Monte, P. y Peiró, J. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse. Madrid: Síntesis. Citado en, Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral, *Fundamentos en Humanidades*, Universidad Nacional de San Luis – Argentina, Año X – Número I (19/2009)pp.167/177. <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/184/18411965010.pdf>
- ❖ Gil-Monte, P.R. (2008). Magnitude of relationship between burnout and absenteeism: A preliminary study. *Psychological reports*, 102, 465-468. Citado en, Validez Factorial del “Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo” (CESQT) en una muestra de médicos mexicanos, de Pedro Gil Monte, 2009. <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewArticle/284>
- ❖ Gil-Monte, P.R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev. Esp.. Salud Pública* 2009; 83:169-173. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/editorial3.pdf>
- ❖ Gil Monte, P. (2010). Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio del estrés laboral, *la Psicología de la Salud Ocupacional*. *Información Psicológica*, nro.100 sep-dic, 68-83.
- ❖ Hombrados, M.I. (1997). *Estrés y Salud*. Valencia: Promolibro. Citado en, Martínez Pérez, A. (2010). El Síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado de la cuestión. *Vivant Academia*, No.112. Disponible en: <http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- ❖ Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) VI Encuesta de Condiciones de Trabajo. Madrid: MTAS; 2008. Citado en: Gil-Monte, P. R. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Rev. Esp.. Salud Pública* 2009; 83:169-173. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v83n2/editorial3.pdf>
- ❖ Katz, D., y Kahn, R.L. (1978). *The social psychology of organizations*, 2<sup>nd</sup>. Ed. New York, NY: John Wiley and Sons. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos

del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, 2011.

[Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1)

- ❖ Kahn, R.L. (1981). Work and health. Nueva York, John Wiley and Sons. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, 2011. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1)
- ❖ Kobasa, S.C. (1982). The hardy personality: toward a social psychology of stress and health. En G.S. Sanders y J. Sals (Eds.), Social psychology of health and illness (pp.3-32). Hillsdale, NJ:Erlbaum. Citado en, Ríos Rísquez, M<sup>ª</sup>I, Godoy Fernández, C.; Sánchez-Meca, J. Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. Anales de Psicología, vol.27, num.1, enero, 2011, pp.71-79. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=16717018009>.
- ❖ Lazarus, R. y Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. Nueva York: Springer. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga,2011. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1)
- ❖ Lazarus, R.S., Folkman, S. (1984) Stress, Appraisal and Coping. Journal of Nursing Research 6(2),201-211. Citado en, Cruz, B., Austria, F., Herrera, L., Salas, J., Vega, C. Prevalencia del Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento durante una epidemia por Influenza AH1N1. Suma Psicológica [on line] 2011, vol. 18, No.2, 17-28.
- ❖ Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, 2011, Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional. <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1>

- ❖ Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca. Citado en, Martínez Pérez, A. (2010). El Síndrome de burnout Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. Vivant Academia. No.112.  
<http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- ❖ McCrae, R. R. & Costa, P.T. (1990). Personality in adulthood. New York: Guilford
- ❖ Maslach, C. y Jackson, S.E. (1981). Maslach Burnout Inventory. Palo Alto, California: Consulting Psychological Press. Citado en <http://revistas.um.es/analesps>. Anales de Psicología, 2010, El Síndrome de Burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo vol. 26, nº1(enero), 169-180.
- ❖ Maslach, C. y Jackson, S.E. (1986). Maslach Burnout Inventory (2da. Ed.). Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press. Citado en, Influencia de factores personales profesionales y transnacionales en el síndrome de Burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007). Revista Española de Salud Pública, 83, 215-230.
- ❖ Maslach, C., Jackson, S.E., Leiter, M. (1996). Maslach burnout Inventory. Manual 3<sup>rd</sup> ed. Palo Alto: Consulting Psychologists Press. Citado en, Velásquez-Pérez, L., González, G.M., Contreras, G.A. Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento [on line] 2010. Vol.2, No.2, 60-67.
- ❖ Maté J, Hollenstein MF, Gil FL. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. Psicooncología; 1(2-3):211-230.
- ❖ McEwen, B. S. (2001). Plasticity of the hippocampus: adaptation to chronic stress and allostatic load. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 933, 265-277. Citado en, El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología, recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=147118212001>.
- ❖ McEwen, B.S. (2007). The physiology and neurobiology of stress and adaptation, Central role of the brain. *Physiol. Rev.*, 87, 873-904. Citado en, El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. Persona. Núm.13, enero-diciembre 2010, pp.11-29. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mex/redalyc/pdf/1471/147118212001.pdf>
- ❖ OIT-OMS (1984) Comité Mixto. Factores psicosociales en el trabajo: naturaleza, incidencia y prevención. 9º Reunión Medicina del trabajo. Septiembre 18-24 de 1984. Citado en Díaz DL. Estrés laboral y sus factores de riesgo psicosocial. Rev. CES Salud Pública 2011; 2(1):80-84.
- ❖ Organización Mundial de la Salud (2001). Informe sobre Salud en el Mundo 2001. Salud Mental: Nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra, Suiza: Organización

- Mundial de la Salud, 29-30. Citado en, Velásquez-Pérez, L., González, G.M., Contreras, G.A. Síntomas Depresivos y Agotamiento en Personal Trabajador del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento* [on line] 2010. Vol.2, No.2, 60-67.
- ❖ Padgett, D. A. & Glaser, R. (2003). How stress influences the immune response. *Trends in Immunology*, 24(8), 444-448. Citado en, El estrés crónico y la Terapia Cognitiva Centrada en Mindfulness: Una nueva dimensión en psiconeuroinmunología. Persona. Núm.13, enero-diciembre 2010, pp.11-29. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1471/147118212001.pdf>
  - ❖ Peiró, J. M. y Salvador, A. (1993). Control del estrés laboral. Madrid. Eudema. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, 2011. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1)
  - ❖ Pérez, S. C. y Calés, J.Ma. (2000). Estrés: consecuencias psicológicas, fisiológicas y clínicas. Madrid: Sanz y Torres. Citado en, Tesis Doctoral: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, Facultad de Enfermería, Fisioterapia, Podología y Terapia Ocupacional. Recuperado de <http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1>
  - ❖ Ramos, F. (1999). El Síndrome de Burnout. Madrid. Klinik,S.L. Citado en el Síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. <http://www.ucm.es/info/vivataca/números/n112/DATOSS.htm>
  - ❖ Salomé Díaz M, Pareja JA (2008). Tratamiento del insomnio. Informe Terminado Sistema Nacional de Salud.; 32(4):116-122.
  - ❖ Sandín, B. (1995). El estrés, en, Belloch, A., Sandín, B., Ramos, F. (eds.), *Manual de Psicopatología*, McGraw-Hill, Madrid, pp. 3-52. Recuperado de [http://www.acapsi.com/estres\\_historia\\_del\\_diagnostico\\_y\\_tratamiento.html](http://www.acapsi.com/estres_historia_del_diagnostico_y_tratamiento.html)
  - ❖ Seligman, M.E.P., Parks, A.C. & Steen, T. (2006). A balanced psychology and a full life. En H. Huppert, B. Keverne & N. Baylis (Eds.), *The science of well-being*. Oxford: Oxford University Press. . Citado en, Góngora, C., Casullo, M. Factores Protectores de la Salud Mental: Un Estudio Comparativo sobre Valores, Autoestima e Inteligencia Emocional en Población Clínica y Población General. *Interdisciplinaria* [on line] 2009, 26(2):183-205.

- ❖ Selye, H. (1936). A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents. Nature. Vol. 138, Julio, pág.32. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, 2011. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1)
- ❖ Selye, H. (1956). The Stress of Life. New York: McGraw Hill. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, 2011. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1)
- ❖ Selye, H. Prioreshi, P. (1960). Symbolic Shorthand system for Physiology and Medicine, 3rd. ed., Montreal, Acta Inc. med. Pub. Citado en, Tesis Doctoral de Alfonso García Guerrero: Efectos del Estrés percibido y las Estrategias de aprendizaje cognitivas en el rendimiento académico de estudiantes universitarios noveles de ciencias de la salud. Universidad de Málaga, 2011. [Http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1](http://riuma.uma.es/xmlui/bitstream/handle/10630/4905/TDR%20GARCIA%20GUERRERO.pdf?sequence=1)
- ❖ Schaufeli, W.B., y Enzmann, D. (1998). The burnout companion to study and practice: a critical analysis. London: Taylor & Francis. Citado en, Maslach, C. 2009 en Comprendiendo el Burnout <http://www.cienciaytrabajo.cl/pdfs/32/C&T32.pdf#page=21>
- ❖ Wright, B.A. & López, S.J. (2002). Widening the diagnostic focus: A case for including human strengths and environmental resources. En S.J. López & C.R. Snyder (Eds.), Handbook of positive psychology (pp. 26-44). New York, NY: Oxford University Press. . Citado en, Góngora, C., Casullo, M. Factores Protectores de la Salud Mental: Un Estudio Comparativo sobre Valores, Autoestima e Inteligencia Emocional en Población Clínica y Población General. Interdisciplinaria [on line] 2009, 26(2):183-205.

**ANEXOS**

## ANEXO Nro. 1



## UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA

## CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

## Cuestionario Sociodemográfico y Laboral

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

**Datos Personales**

Género Masculino  Femenino

Edad \_\_\_\_ años

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

La zona en la que trabaja es: Urbana  Rural

Etnia Mestizo  Blanco  Afro ecuatoriano  Indígena

Estado Civil: Soltero  Casado  Viudo  Divorciado o separado

Unión Libre

Número de Hijos: \_\_\_\_\_

Vive solo  Vive con otras personas

Recibe su remuneración salarial: Diaria  Semanal  Quincenal  Mensual

No recibe remuneración

La remuneración se encuentra entre:

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

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

**Datos Laborales**

Profesión : Enfermera

Médico/a  Especialidad de medicina en: \_\_\_\_\_

Si está estudiando actualmente escriba el nombre del posgrado: \_\_\_\_\_

Años de experiencia profesional: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: Tiempo completo  Tiempo parcial

Sector en el que trabaja: Privado  Público  Ambos

Tipo de contrato que posee:

Eventual  Ocasional  Plazo Fijo  Indefinido (Nombramiento)

Servicios profesionales  Ninguno

En cuántas instituciones trabaja: \_\_\_\_\_

Horas que trabaja Diariamente \_\_\_\_\_ Horas que trabaja Semanalmente \_\_\_\_\_

Trabaja usted en turno rotativo: Sí  No

Señale los días en los que usted regularmente trabaja:

Lunes  Martes  Miércoles  Jueves  Viernes  Sábado  Domingo

Todos los anteriores

En el caso de realizar guardia indique el número de horas: \_\_\_\_\_ y cada cuantos días:

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

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

Número de pacientes aproximados que atiende diariamente: \_\_\_\_\_

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

Psiquiátricos  Alteraciones renales  Quirúrgicos  Cardíacos  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  Sí  ¿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? Sí  No

En caso de que la respuesta sea afirmativa.

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

Otros  ¿Cuáles? \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

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

## ANEXO Nro. 2

### UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA CUESTIONARIO DE MBI

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

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

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

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

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

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

## ANEXO Nro. 3

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

## Cuestionario (GHQ-28)

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

<p><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>
<p><b>C1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más activo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Bastante menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale 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>C2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Menos tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Más tiempo que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho más que lo habitual.</p>	<p><b>D2. ¿Ha venido viviendo la vida totalmente sin esperanza?</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>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.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Peor que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho peor que lo habitual.</p>	<p><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.</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>C4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más satisfecho.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Aproximadamente lo mismo.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos satisfecho que lo habitual.</p>	<p><b>D4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Claramente, no.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>
<p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos útil que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><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.</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>C6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><b>D6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?</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>C7. ¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales de cada día?</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Más que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Igual que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Menos que lo habitual.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Mucho menos que lo habitual.</p>	<p><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.</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Me parece que no.</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Se me ha pasado por la mente.</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Claramente lo he pensado.</p>

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

## ANEXO Nro. 4

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

## Cuestionario BRIEF-COPE

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

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

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

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

## ANEXO Nro. 5

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

## CUESTIONARIO DE AS

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

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

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

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

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

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

## ANEXO Nro. 6

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA  
CENTRO DE EDUCACION Y PSICOLOGIA

## CUESTIONARIO EPQR-A

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

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

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

## ANEXO Nro. 7

### DOCUMENTO DE INFORMACIÓN PARA PARTICIPANTES Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

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

Centro de Educación y Psicología CEP-UTPL.

Investigador responsable: Mg. Rocío Ramírez Zhindón

#### Información General

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

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

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

#### ¿Quiénes participarán en el estudio?

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

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

#### Procedimientos del estudio

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

#### Beneficios de su participación:

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

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

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

**¿Incurriré en algún gasto?**

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

**Riesgos y molestias:**

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

**Confidencialidad de los datos:**

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

**Participación voluntaria:**

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

**Contactos para preguntas acerca del estudio:**

Mg. Rocío Ramírez Zhindón [mrramirez@utpl.edu.ec](mailto:mrramirez@utpl.edu.ec) 2570275 ext. 2343

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

## ANEXO Nro. 8



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

*La Gerencia del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora*

CERTIFICACIÓN

Por petición verbal de la parte interesada Sra. LIEKO ELIZABETH HATA UPEGUI C.I.1710674241, EGRESADA de la Carrera de Psicología de la Universidad Técnica Particular de Loja, tengo a bien certificar que la mencionada persona fue aceptada para la realización del Trabajo de Investigación, solicitado por las Autoridades de la Universidad, por lo tanto y durante el período comprendido entre el 15 de junio al 30 de julio del 2012, realizó las encuestas sobre el Síndrome de Burnout a 15 médicos y 15 enfermeras que trabajan en el área de cuidados intensivos de Neonatología del Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora de la ciudad de Quito.

Es todo cuanto puedo indicar en honor a la verdad, autorizando a la interesada, para que haga uso de la presente, exclusivamente como requisito, para el desarrollo de su tesis de grado.

Quito, 21 de junio del 2013

  
Dr. Humberto Navas López

Gerente del hospital

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA  
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO Y FINANZAS  
CALLE PERLA S/N  
DEL HOSPITAL GINECO OBSTÉTRICO  
ISIDRO AYORA

 HOSPITAL G.O.I.A.   
Dr. Humberto Navas López  
LIBRO 1 - FOLIO 25 - No. 78  
INH: 17-08-00859