UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA

TÍTULO:

SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS DOCENTES DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO", COLEGIO "LA INMACULADA" Y COLEGIO EXPERIMENTAL "BERNARDO VALDIVIESO", DE LA CIUDAD DE LOJA.

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO GENERAL

AUTORA:

Claudia Lucía Cango Cango

DIRECTOR:

Dra. Lucía del Carmen Ludeña González.

Loja - Ecuador

2014

CERTIFICACIÓN

Dra. Lucía del Carmen Ludeña González.

DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA.

CERTIFICO:

Que el presente trabajo de tesis titulado: **SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS DOCENTES DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO", COLEGIO "LA INMACULADA" Y COLEGIO EXPERIMENTAL "BERNARDO VALDIVIESO", DE LA CIUDAD DE LOJA**, fue elaborado por Claudia Lucía Cango Cango, estudiante de la carrera de Medicina Humana, ha sido dirigida y revisada minuciosamente bajo mi dirección, por lo que autorizo a la postulante la presentación de este trabajo ante el Tribunal de Grado.

Loja, 21 de octubre de 2014

Dra. Lucía del Carmen Ludeña González

AUTORIA

Yo Claudia Lucía Cango Cango declaro ser autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual.

Autora: Claudia Lucia Cango Cango

Firma:_____

Cédula: 1104879059

Fecha: 21/10/2014

CARTA DE AUTORIZACIÓN DE TESIS POR PARTE DE LA AUTORA, PARA LA CONSULTA, REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRONICA DEL TEXTO COMPLETO.

Yo, Claudia Lucía Cango Cango, declaro ser autora de la tesis titulada: **SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS DOCENTES DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO", COLEGIO "LA INMACULADA" Y COLEGIO EXPERIMENTAL "BERNARDO VALDIVIESO", DE LA CIUDAD DE LOJA,** como requisito para optar al grado de Médico general; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con los cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 21 días del mes de octubre de dos mil catorce, firma la autora.

Firma:_____

Autora: Claudia Lucía Cango Cango.

Cédula: 1104879059

Dirección:

Correo Electrónico: clauslc13@yahoo.es

Teléfono: 2560463 Celular: 0991173440

Teléfono: 2560463 Celular: 0991173440

DATOS Complementarios

Directora de Tesis: Dra. Lucia del Cármen Ludeña Gonzalez

Tribunal de Grado: **Presidente**: Dr. Luis Vicente Minga Ortega

Vocal: Dra. Verónica Andrea Vélez Mora

Vocal: Dra. Susana González García

DEDICATORIA

Especialmente dedicada a mi madre Rosita y hermanos que han sido claro ejemplo de vida única de lucha, esfuerzo, constancia, dedicación, tolerancia y sobre todo amor y responsabilidad en mí ser.

A mi tía que ha sido el soporte vital en cada uno de los procesos de mi formación humana y profesional.

No puede faltar de nombrarlos a los muy buenos amigos y hermanos de corazón que de una u otra forma fueron cómplices de mis decisiones y acciones y que a través de ellos conocí un poco más acerca del mágico diario vivir y me ayudaron a crecer moralmente en este enigmático mundo.

Finalmente no puedo dejar de lado a esta prestigiosa universidad que tuve la dicha de formarme profesionalmente es sus aulas y de conocer grandes personajes y maestros que fueron mi ejemplo a seguir en cada uno de los ámbitos de mi vida.

Claudia L. Cango C..

AGRADECIMIENTO

A Dios gracias por ser esa luz infinita y resplandeciente en mi ser; al claro ejemplo de lucha, constancia, esfuerzo y superación y al que todos llamamos con amor “mamá”; no podía faltar de nombrar a mi hermano y a su hermosa familia quienes cada día fueron mi fuente innata de inspiración para escalar segundo a segundo y llegar a finalizar la etapa la más importante de mi vida; sin duda alguna no puede quedar de lado mi tía que lo da todo sin esperar nada a cambio; finalmente a los buenos amigos que siempre que han sido pilar ante mis dudas y emociones. Cabe recalcar mi profundo agradecimiento a mi directora de tesis que ha mostrado cada día su paciencia constante y su conocimiento siendo el soporte vital de esta investigación. Y si de nombrar se trata, no me cansaría de agradecerles infinitamente a cada una de las esencias vitales que brillan a mí alrededor y son la alegría de mí existir.

Claudia L. Cango.

INDICE GENERAL

Portada……..…… I

Certificación……... II
Autoría…… III
Carta de Certificación ……. IV
Dedicatoria……. VI
Agradecimiento……...VII
Índice General…….....VIII

1. TITULO 9

2. RESUMEN 10

2.1. SUMMARY 11

3. INTRODUCCIÓN 12

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA 15

5. MATERIALES Y MÉTODOS 50

6. RESULTADOS 54

7. DISCUSIÓN 56

8. CONCLUSIONES 58

9. RECOMENDACIONES 59

10. BIBLIOGRAFÍA 67

11. ANEXOS 72

1. TITULO

SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN LOS DOCENTES DEL INSTITUTO TECNOLÓGICO SUPERIOR “DANIEL ÁLVAREZ BURNEO”, COLEGIO “LA INMACULADA” Y COLEGIO EXPERIMENTAL “BERNARDO VALDIVIESO”, DE LA CIUDAD DE LOJA.

2. RESUMEN

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, prospectivo y tiene como objetivos: 1) Identificar el Síndrome de Desgaste Profesional en los docentes: 2) Determinar la presencia de Hipertensión Arterial en docentes con el Síndrome de Desgaste Profesional; 3) Establecer la asociación entre el Síndrome de Burnout y la Hipertensión Arterial; 4) Elaborar plan educativo para minimizar la presencia del Síndrome de Burnout. El universo lo conformó los 610 docentes de las tres instituciones educativas de la ciudad de Loja; la muestra fue de 139 docentes, tomando en consideración los criterios de inclusión y exclusión: docentes con ausencia del Síndrome de Burnout y docentes con HTA diagnosticados anteriormente. Se determinó la manifestación del Síndrome de Burnout a través de la aplicación del Test de desgaste profesional de Maslach y registro de presión arterial cuyos resultados determinaron que el Síndrome de Burnout se encuentra presente en el 55,38% de los docentes estudiados; la Hipertensión Arterial se manifestó en el 12,95% de los docentes con Síndrome de Burnout; se estableció que existe una asociación baja entre la Hipertensión Arterial desarrollada por un 12,95% de los docentes que fueron identificados con el 55,38% del Síndrome de Desgaste Profesional. Finalmente se deja elaborado el plan educativo con la finalidad de evaluar en futuras investigaciones el comportamiento del Síndrome asociado a la Hipertensión Arterial.

Palabras claves: Presión arterial, Test de Maslach, plan educativo

2.1. SUMMARY

The present research is descriptive, transversal, prospective and aims to: 1) To identify the Job Burnout Syndrome of the teachers: 2) To determine the presence of Hypertension in teachers with the Job Burnout Syndrome; 3) To establish the relation between the Burnout Syndrome and Hypertension; 4) To develop an educational plan to minimize the presence of the burnout syndrome. The universe was formed by 610 teachers of three educational institutions in the city of Loja; the sample was formed by 139 teachers, taking into account the inclusion and exclusion criteria: teachers who do not present the burnout syndrome and teachers with hypertension previously diagnosed. The manifestation of the burnout syndrome was determined by applying the test of Maslach burnout and the blood pressure recording, which results determined that the burnout syndrome is present in 55.38% of the teachers surveyed, The hypertension was manifested in 12,95% of teachers with burnout síndrome; it was established that there is a low association, between the hypertension developed for 12,95% of the teachers who were identified with 55,38% of the job burnout síndrome. Finally, the educational plan is developed in order to evaluate the behavior of the syndrome associated with the Hypertension in future researches

Keywords: Blood pressure, Test of Maslach, educational plan.

3. INTRODUCCIÓN

La Hipertensión Arterial es una de las enfermedades crónicas no transmisibles responsable directa o indirectamente de morbilidad y mortalidad, pérdida de calidad de vida y altos costos sanitarios en los adultos a nivel mundial. Uno de los problemas de la HTA es su alta prevalencia pues afecta a más de 1,5 billones de personas a lo que se suma que no todos los hipertensos están diagnosticados, tratados ni, mucho menos, controlados. Se calcula que alrededor de 7 millones de personas mueren anualmente por esta causa (25-30% de la población adulta, de los cuales un número importante de personas no están tratadas y de aquellas que reciben tratamiento más de 50% no tiene las cifras de tensión controladas). Según estadísticas del Ministerio de Salud Pública e Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (2008), en el Ecuador existen aproximadamente 14´233.123 de habitantes, de los cuales 3´250.000 habitantes, que representa un 25% de la población sufre HTA., de este 25% de casos, 1´625.000 reciben tratamiento y de los cuales solo 812.000 siguen dicho tratamiento. En nuestro país, 3 de cada 10 ecuatorianos son hipertensos

A nivel de américa se estima el rango de prevalencia según CARMELA (Cardiovascular Risk Factor Multiple Evaluation in Latin America) es de aproximadamente el 9% para la ciudad de Quito

Dentro de los factores de riesgo de la HTA se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de HTA. Dentro de los factores de riesgo psicosocial se destacan aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés.

Dado la alta demanda de la sociedad de diversas profesiones en especial la docencia la cual implica una entrega total de todas sus capacidades intelectuales y la interacción humanística entre profesor y alumno surge con el pasar de los años la sobrecarga en la labor docente, donde los profesores manifiestan tener exceso

de labores que producen altas consecuencias negativas. Esto repercute en la mejora de la calidad de las instituciones educativas y en el desempeño del maestro en sus labores académicas, los diferentes ámbitos de ocupación, la necesidad de obtener un mayor rendimiento académico y el desajuste emocional que se produce por conservar el lugar de trabajo institucional, ha originado la aparición de nuevos riesgos denominados psicosociales para aquellos profesionales, entre ellos el SÍNDROME DE BURNOUT (agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo), cuya prevalencia se ha ido incrementando con el paso del tiempo siendo más común en edades comprendidas entre los 40 y 50 años. El impacto del Síndrome de Desgaste Profesional sobre la salud produce un desgaste paulatino y permanente de los sistemas biológicos pudiendo provocar entre otras enfermedades físicas, deterioro psicoemocional, trastornos de la conducta y alteraciones intelectuales. A nivel psicosocial, genera deterioro en las relaciones interpersonales, depresión, cinismo, ansiedad, irritabilidad y dificultad de concentración. Es común el distanciamiento de otras personas y los problemas conductuales pueden progresar hacia comportamiento de alto riesgo (juegos de azar, actitudes que exponen la propia salud y conductas orientadas al suicidio, entre otros). El cansancio del que se habla sucede a nivel emocional, a nivel de relación con otras personas y a nivel del propio sentimiento de autorrealización. La Facultad de medicina de la UNAM en México a través de Clara Ivette Hernández Vargas, María Eloisa Dickinson y Miguel Ángel Fernández Ortega, dieron su publicación del análisis en profesionales médicos pensando que el Síndrome de Burnout sólo repercutía en el ámbito psicológico, pero ahora se ha identificado que afectan a nivel social, familiar, institucional pero sobre todo en la salud física del profesional, presentando Hipertensión Arterial 32%. Domingo Asún Salazar, Daniel Molina y Claudia Real, demuestran en un estudio realizado en Santiago de Chile que aproximadamente el 37,7% de docentes indican ausencia laboral por licencia médica, mostrando una grave afectación en cuanto a su salud física, situando a la Hipertensión Arterial en un 14%, como el causante del ausentismo laboral.

Debido a las nuevas condiciones laborales implementadas en el Ecuador a partir de la promulgación de la actual Ley del Servidor Público (LOSEP, 2010) y de la Ley Orgánica de Educación Intercultural Bilingüe (LOEI, 2011) con sus respectivos Reglamentos, las condiciones laborales del servidor público en general y del maestro en particular han cambiado rotundamente. De acuerdo con la nueva política laboral, todo servidor público tiene el deber de ajustarse a los estándares de desempeño previstos por estas leyes, que buscan la eficiencia y obtención de resultados cuantificables en plazos determinados; y que al mismo tiempo se constituyen en indicadores de calidad del servicio prestado por las instituciones estatales. La vigencia de estas nuevas leyes trajo consecuencias familiares, psicológicas y clínicas en el servidor que antes no se manifestaban de forma contundente.

Teniendo este marco referencial y tomando en cuenta la tendencia de los perfiles epidemiológicos de las enfermedades catastróficas es que se plantearon los siguientes objetivos: 1) Identificar el Síndrome de Desgaste Profesional en los docentes: 2) Determinar la presencia de Hipertensión Arterial en docentes con el Síndrome de Desgaste Profesional; 3) Establecer la asociación entre el Síndrome de Burnout y la Hipertensión Arterial; 4) Elaborar plan educativo para minimizar la presencia del Síndrome de Burnout.

Habiendo culminado el proceso de estudio se llegó a las siguientes conclusiones: 1) El Síndrome de Burnout se encuentra presente en el 55,38% de los docentes; 2) La Hipertensión Arterial se manifestó en el 12,95% de los docentes con Síndrome de Burnout. 3) Se estableció que existe una asociación baja entre la Hipertensión Arterial desarrollada por un 12,95% de los docentes que fueron identificados con el 55,38% del Síndrome de Desgaste Profesional. 4) Se elaboró el plan educativo para minimizar la presencia del Síndrome de Burnout.

De tal manera, concluida la presente investigación se plantea la necesidad de dejar elaborando el plan educativo cuya finalidad es, que en futuras investigaciones sea aplicado en mayor población docente para estudiar el

comportamiento y tendencia del Síndrome de Burnout asociado a la Hipertensión Arterial.

4. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

4.1. SINDROME DE BURNOUT

4.1.1. REFERENCIAS HISTORICAS

La palabra *burnout* no es nueva. Schaufeli y Buunk citan el caso de la obra *El peregrino apasionado,* comúnmente atribuida a Shakespeare, donde desde 1599 se refiere a la "extinción del amor como el fuego en la paja": *burned-out love.*

El concepto del “Burnout” se remonta a la década de 1930, cuando un joven austriaco de 20 años, estudiante de segundo año de la carrera de medicina en la universidad de Praga, Hans Selye, hijo del cirujano Hugo Selye, observó que todos los enfermos a quienes estudiaba, indistintamente de la enfermedad propia, presentaba síntomas comunes y generales: cansancio, pérdida del apetito, baja de peso, astenia, etc. Esto llamó mucho la atención a Selye, quien lo denominó el “Síndrome de estar enfermo”

Curiosamente, el estudio del fenómeno del “Burnout” no ha venido de un desarrollo teórico acerca del mismo, sino más bien de la observación aguda y certera de la realidad por personas ajenas, incluso, al entorno sanitario.

La verdad es que el “Burnout” más que una cuestión teórica o filosófica es una cruda realidad laboral y social y una penosa enfermedad para las personas que lo padecen.

Como aspecto psicolaboral, los orígenes quizás se remontan al estudio de baja moral y despersonalización de la enfermera psiquiátrica *Miss* Jones publicado en la década de 1950 por Schwartz y Will; o la novela de Graham Greene *Un caso de burnout* en 1960, donde se describe la historia de un arquitecto atormentado y desgastado psicológicamente. Poco después en 1969, Bradley cita el concepto de

staff burnout como un riesgo en personal de un programa comunitario para tratar adolescentes delincuentes.

Según Alarcón, sin embargo, el antecedente histórico del “Burnout” se encuentra un estudio de Schwartz y Will de 1953, en el que describían un sentimiento de baja moral y distanciamiento de los pacientes experimentado por una parte de las enfermeras de un servicio de psiquiatría. En ese mismo artículo una enfermera afectada describía así su situación, claramente encuadrable en lo que llamaríamos actualmente “Burnout”

“Comencé a ser cada vez menos afectiva en mis relaciones con los pacientes. Mi hostilidad hacia ellos era insoportable. Comencé a verlos como personas irritantes que hacían continuas demandas. Ellos los notaban y tendían a alejarse de mí. Los pacientes agresivos comenzaron a gruñirme. Las notas de Miss sobre mi eficacia eran cada vez más frecuentes y mir ira personal e intensa. Las notas despreciativas de los pacientes me afectaban y yo no tendía a mantenerme alejada de ellos.”

En 1974, el médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, fue el primer en hablar del Síndrome de Burnout el cual observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote Adán, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001). Según Leiter (1991a), el tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece.

Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra Burnout (“estar quemado”, “consumido”, “apagado”) que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado. La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas. Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (Malasch y Jackson, 1986).

El término Burnout se empezó a utilizar a partir de 1977, tras la exposición de Maslach ante una convención de la Asociación Americana de Psicólogos, en la que conceptualizó el Síndrome como el desgaste profesional de las personas que trabajan en diversos sectores de servicios humanos, siempre en contacto directo con los usuarios, especialmente personal sanitario y profesores. El Síndrome sería la respuesta extrema al estrés crónico originado en el contexto laboral y tendría repercusiones de índole individual, pero también afectaría a aspectos organizacionales y sociales.

En las primeras publicaciones realizadas, referentes a la implicación con distintos profesionales, tales como (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc.,) así como en la divulgación de los medios de comunicación se destacaba más la importancia de las diferencias individuales, como la personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo. Se popularizaron los sentimientos de prevención y de intervención dirigidas a su adecuado afrontamiento. Además, el término burnout perdió precisión conceptual, convirtiéndose en un “cajón de sastre”, o mejor aún, en un “cajón desastre” sin

consistencia científica, que según Mingote Adán (1998) se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación, según el paradigma de la indefensión aprendida de Seligman. García-Izquierdo (1991) comenta que el burnout es un problema característico de los trabajos de “servicios humanos”, es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el “cliente”. Profesionales, sin duda, más expuestos a riesgos psico-emocionales.

Ahora bien, según Moriana y Herruzo (2004), el término burnout ha sido delimitado y aceptado por la comunidad científica casi en su totalidad desde la conceptualización establecida por Maslach en 1982, donde se define como una respuesta de estrés crónico a partir de tres factores: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo. Estos tres factores se miden a través del “Maslach Burnout Inventory” (MBI) que mide el burnout en educadores y personal de los servicios humanos (enfermeras, médicos, psicólogos, asistentes sociales, etc.). Desde una perspectiva psicosocial se presenta cuando los síntomas son bajos en los niveles de realización personal en el trabajo y hay altos niveles de agotamiento emocional y de despersonalización (Gil- Monte, 2003).

4.1.2. DEFINICIÓN

Edelwich y Brodsky (1980) lo describen como una pérdida progresiva de idealismo, energía y propósito, mientras que otros estudiosos en el campo de la psicología organizacional lo ubican como un estado de desgaste emocional y físico (Pines, Aronson, 1981)

La definición de Síndrome de Burnout más consolidada es la de Maslach y Jackson (1981) quienes consideran que es una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de

realización personal en el trabajo, que se da en ocupaciones con contacto directo y constante con la gente como son las profesiones de la salud, o la docencia. Independientemente de la definición particular de los diferentes estudiosos en el campo, lo cierto es que el burnout es una condición que llega a quemar o agotar totalmente a la persona que lo sufre. La polémica, sin embargo, continúa; de ahí que encontremos todavía otras definiciones que vienen a complementar la de Maslach, por ejemplo, la de Burke (1987), que explica el Burnout como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Ramos & Buendía, 2001). Farber (2000) lo describe como un reflejo de la mayoría de los ambientes de trabajos actuales, ya que la competencia laboral exige intentar producir cada vez mejores resultados al menor tiempo y con los mínimos recursos posibles. A partir de esta realidad, este autor señala cuatro variables importantes para explicar la aparición y el desarrollo del Burnout: 1) la presión de satisfacer las demandas de otros, 2) intensa competitividad, 3) deseo de obtener más dinero y 4) sensación de ser desprovisto de algo que se merece.

Actualmente, el burnout es una enfermedad descrita en el índice internacional de la Organización Mundial para la Salud ICD-10, como “Z73.0 Problemas relacionados con el desgaste profesional (sensación de agotamiento vital)”, dentro de la categoría más amplia Z73 de “problemas relacionados con dificultades para afrontar la vida”, lo que llega a denotar la importancia de este padecimiento a nivel mundial.

Si bien son muchas las variables que intervienen en este proceso de desgaste, es la relación intensa con otras personas lo que contribuye a la aparición del *burnout*, aunque de forma más completa podemos entender el *burnout* como el producto de una interacción negativa entre el lugar de trabajo, el equipo y los pacientes, alumnos, usuarios o clientes. Los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima.

Seguidamente Gil-Monte (2005), hace la aclaración de que el síndrome de quemarse en el trabajo (SQT) debe entenderse como una forma de acoso

psicosocial en el trabajo pero es diferente al acoso psicológico o mobbing. El acoso psicológico o mobbing es un estresor laboral ocasionado por un conflicto interpersonal asimétrico, donde existe un acosado y un acosador, mientras que el burnout (acoso psicosocial) es una respuesta a los estresores crónicos laborales.

Por consiguiente, una de las definiciones que más se aproxima a la dada por varios autores es la postulada por Farber (1983) donde explica la relación del burnout con el ámbito laboral:

"El Burnout es un síndrome relacionado con el trabajo. Surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Sucede con frecuencia en los profesionales que trabajan cara a cara con clientes necesitados o problemáticos. Se caracteriza por un agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los destinatarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima" Por otro lado, Gil-Monte y Peiró (1997), definen el Síndrome de Burnout como: "una respuesta al estrés laboral crónico, acompañado de una experiencia subjetiva de sentimientos, cogniciones y actitudes, las cuales provocan alteraciones psicofisiológicas en la persona y consecuencias negativas para las instituciones laborales".

4.1.3. SÍNTOMAS

El síndrome de que quemarse por el trabajo (SQT) tiene su origen en las relaciones interpersonales de carácter profesional que se establecen en el entorno laboral preferentemente con los receptores del servicio, y en particular cuando dichas relaciones implican una exigencia y tensión para que componente emocional y cognitivo de la psiquis este tipo de relaciones interpersonales facilitan que otras fuentes de estrés laboral generan un patrón de respuestas que conforman la sintomatología del síndrome.

Estos síntomas (cognitivos, emocionales, actitudinales, conductuales y fisiológicos) interaccionan entre sí en un proceso que se transforma en crónico debido a mecanismos de retroinformación.

La sintomatología es reforzada y mantenida por la persistencia de las condiciones laborales negativas y por carencias de formación continuada de los profesionales, que no pueden encontrar las estrategias de afrontamiento adecuadas para manejar esas condiciones ni la sintomatología que origina el estrés laboral percibido

Gil-Monte (2005) señala que el progreso del Síndrome dependerá de la interacción entre las condiciones del entorno laboral y las variables personales.

El entorno laboral es el desencadenante de la etiología de los síntomas y del progreso del SQT, ya que las diferentes fuentes de estrés afectan de forma diferente a la intensidad y a la frecuencia con que se desarrolla la sintomatología:

4.1.4. PROCESO DEL SQT SEGÚN DOS PERFILES DE DESARROLLO (Gil-Monte, 2005 y 2012;Gil-Monte, Carlotto y Figueredo-Ferraz, 2013)

4.1.4.1. La baja ilusión por el trabajo supone un deterioro cognitivo, y se define como el deseo del individuo de alcanzar las metas laborales porque supone una fuente de placer personal. El individuo percibe su trabajo atractivo y alcanzar las metas profesionales es fuente de realización personal.

4.1.4.2. El desgaste psíquico, consiste en el deterioro emocional del individuo, se define como la aparición de agotamiento emocional y físico debido a que en el trabajo se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas.

4.1.4.3. La indolencia es un deterioro de las actitudes y conductas del profesional, y se define como la presencia de actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los clientes de la organización. Los individuos que puntúan alto en esta dimensión muestran insensibilidad y no se conmueven ante los problemas de los clientes

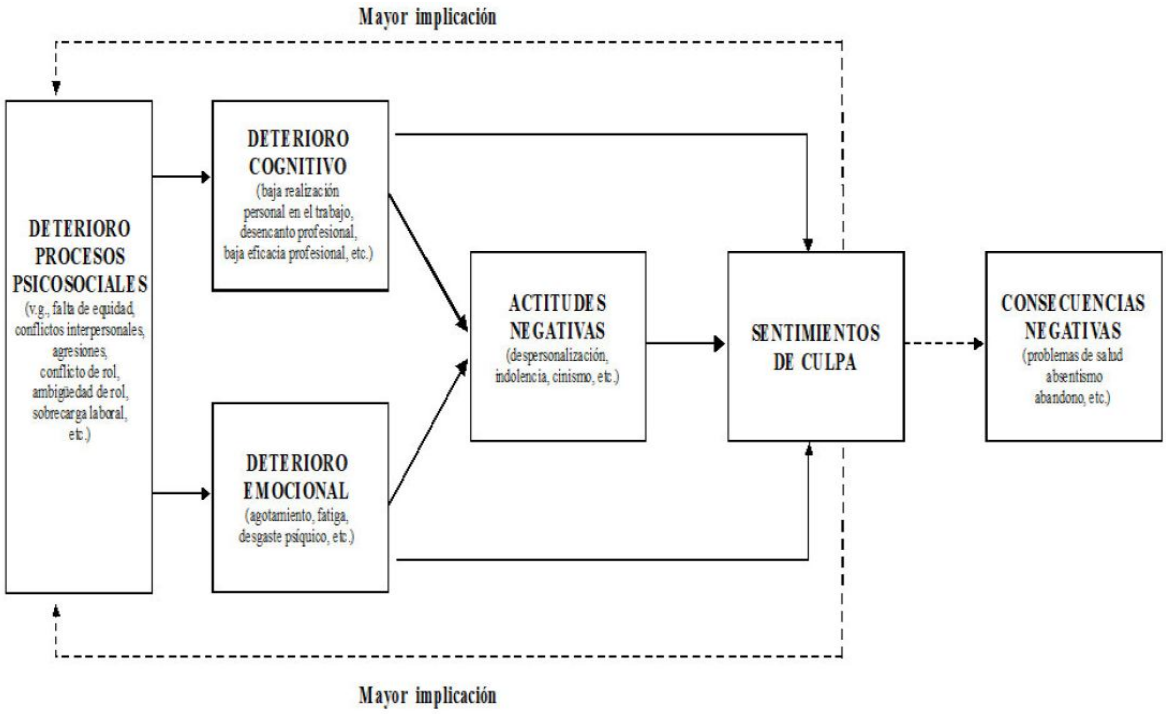
4.1.4.4. Por último, la culpa se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales. No todos los individuos desarrollan este síntoma, pues su aparición está vinculada a

los valores sociales, a la ética profesional, y los procesos de atribución del individuo, entre otras variables.

El Perfil 1 conduce a la aparición de un conjunto de sentimientos y conductas vinculados al estrés laboral que originan una forma moderada de malestar, pero que no incapacita al individuo para el ejercicio de su trabajo, aunque podría realizarlo mejor. Este perfil se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan altos sentimientos de culpa debido a que la indolencia les sirve como estrategia de afrontamiento funcional para manejar el estrés laboral y sus síntomas. Estos profesionales no sentirán culpa con frecuencia por tratar a los clientes de manera desconsiderada o agresiva, o por no ajustarse a las expectativas del rol. Son profesionales que pueden mantenerse durante años en la organización sin desarrollar problemas individuales relevantes vinculados al estrés laboral, aunque con sus actitudes y conductas de indiferencia, apatía, irresponsabilidad, cinismo, indolencia, etc., deterioran la calidad de servicio de la organización y dan lugar a quejas por parte de los clientes sobre el trato recibido.

El Perfil 2 constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos muy elevados o valores críticos de culpa. Son individuos que experimentan remordimientos por no cumplir de manera adecuada las prescripciones del rol, por sentirse desgastados y no poder dar más de sí mismo, y por la utilización de estrategias de afrontamiento que conllevan un trato negativo e impersonal de los clientes. Estas estrategias no les resultan eficaces debido a la influencia de variables psicosociales (p.ej., orientación comunal, altruismo), o porque sienten que están violando algún tipo de código ético, o alguna norma derivada de las prescripciones del rol. En estos casos, los sentimientos de culpa intervienen en la aparición de las consecuencias del SQT. Probablemente, esos individuos experimentarán con frecuencia sentimientos de culpa hasta el punto de necesitar la baja laboral, acudirán con más frecuencia al médico, y manifestarán con mayor frecuencia e intensidad problemas psicosomáticos vinculados al estrés laboral. Incluso pueden desarrollar

patologías del tipo crisis de ansiedad y depresión como consecuencia del SQT. Son personas que van a necesitar la ayuda de profesionales cualificados para superar esas crisis que les incapacitan para el ejercicio de su trabajo.



Funciones de los sentimientos de culpa en el desarrollo del SQT, y sus consecuencias (Gil-Monte, 2005).

El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales." 2012. 25 Sep. 2014 <https://www.dival.es/bienestar-social/sites/default/files/sindrome-quemarse-por-el-trabajo-en-servicios-sociales.pdf>

4.1.5. OTROS MODELOS

4.1.5.1. El modelo de Edelwich y Brodsky como la de Pines que explica la función de la frustración en el desarrollo del SQT: Fundamentan la aparición de una crisis existencial vinculada al trabajo, que es fuente de desencanto profesional, y que hace que el trabajo ya no sea el referente de la actividad vital de las personas. Evoluciona en cuatro etapas: la primera es el entusiasmo ante el nuevo puesto de trabajo acompañado de altas expectativas; luego aparece el estancamiento como consecuencia del incumplimiento de las expectativas; la tercera etapa es la de frustración; y, por último la cuarta etapa es

la apatía como consecuencias de la falta de recursos personales del sujeto para afrontar la frustración. La apatía implica sentimientos de distanciamiento y desimplicación laboral, y conductas de evitación e inhibición de la actividad profesional.

4.1.5.2. El modelo de Price y Murphy que enfatiza la importancia del deterioro emocional con la aparición del desgaste emocional y el sentimiento de culpa. En los cuales se basa en la existencia de pensamientos negativos sobre receptores del servicio, y la manera negativa y cínica en que las han tratado. Esta vivencia junto a la percepción de desencanto profesional y de desgaste psíquico, origina en algunos profesionales una sensación de fracaso y perdidos del autoestima y puede llevar al desarrollo de una depresión.

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

4.1.5.4. El modelo de Farber (1991) describe seis estadios sucesivos: 1.- Entusiasmo y dedicación. 2.- Respuesta de ira y frustración del trabajador ante los estresores laborales. 3.- No hay una correspondencia entre el esfuerzo y los resultados y recompensas. 4.- Se abandona el compromiso e implicación en el trabajo. 5.- Aumenta la vulnerabilidad del trabajador y aparecen síntomas físicos, cognitivos y emocionales. 6.- Agotamiento y descuido

4.1.5.5. El Modelo Procesual de Leiter surge a partir del modelo secuencial de Leiter y Maslach (1988) y plantea que la aparición del Burnout se da a través de un proceso que empieza por un desequilibrio entre las demandas organizacionales y los recursos personales. Esto provocaría Cansancio Emocional en el trabajador, para luego experimentar la Despersonalización como una estrategia de afrontamiento. El proceso concluye con baja Realización Personal como resultado de la ineficacia al afrontar los diferentes estresores laborales, es decir que las estrategias de afrontamiento no son afines con el compromiso exigible en el trabajo asistencial.

4.1.5.6. El modelo tridimensional del MBI-HSS, que se caracteriza por integrar como síntomas el deterioro del sistema cognitivo, emocional y actitudinal del individuo y que destaca como síntoma del SQT la aparición de la despersonalización. Con respecto a los procesos cognitivos, se basa en la teoría social cognitiva de Bandura para dar cuenta de la influencia que tienen en la aparición del SB, las creencias sobre la capacidad percibida y la justificación de la conducta y categorización de personas mediante estrategias como la justificación moral, el lenguaje eufemista comparación ventajosa, el desplazamiento y la difusión de la responsabilidad, la distorsión de las consecuencias, la atribución de culpa y la deshumanización. Cristina Maslach (1976) estudió lo que denominaba "pérdida de responsabilidad profesional", así, desde el ámbito psicosocial, describía el síndrome sin estigmatizar psiquiátricamente a la persona. Para Maslach el Síndrome de Burnout se puede dar exclusivamente en las profesiones de ayuda (por ejemplo, entre los sanitarios y educadores que prestan servicio al público). Son las excesivas demandas emocionales externas e internas imposibles de satisfacer las que producen la vivencia de fracaso personal, tras investir al trabajo de una carga emocional excesiva. En 1986, Maslach y Jackson, define el Síndrome como "un síndrome de agotamiento emocional, equivalente a la sensación que tiene el individuo de no ser capaz de dar más de sí mismo a los demás al sentir que sus recursos afectivos y emocionales son superados ante el contacto diario con las personas que reciben sus servicios; Despersonalización que se manifiesta por el desarrollo de actitudes, pensamientos y sentimientos

negativos, distantes, indiferentes y fríos hacia los destinatarios de la labor profesional y baja Realización Personal en el trabajo expresado por sentimientos de improductividad o falta de logros en el desempeño profesional, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas. "En estos primeros estudios se destacaba más la importancia de las diferencias individuales - como de personalidad previa - que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo. Estas dimensiones, además, integran el Maslash Burnout Inventory (MBI), uno de los principales instrumentos para medir los niveles del SQT elaborado por Maslach y Jackson (1981, 1986)".

4.1.6. FACTORES DE RIESGO

4.1.6.1. VARIABLES INDIVIDUALES

Según Edelwich y Brodsky (1980), el Burnout aparece cuando el deseo del sujeto de marcar una diferencia en la vida del otro se ve frustrado, ya que las razones por la que las personas se dedican a ayudar a los demás tienen por objeto confirmar su sentido de poder. También señalan que el tener muy alto entusiasmo inicial, baja remuneración económica independientemente del nivel jerárquico y educación, no tener apoyo ni refuerzo en la institución, el uso inadecuado de los recursos, y ser empleado joven son variables que aumentan la probabilidad de desarrollar el Síndrome de Burnout. Estas características se dan, por ejemplo, en el personal de enfermería, que es donde se ha centrado la mayor parte de las investigaciones, y en el que se encuentra que el desfase existente entre el espíritu altruista, la formación recibida y la realidad laboral es más alto. Además, un alto porcentaje del personal tiene pocos años de experiencia y su situación laboral no es estable. Como ha demostrado Manzano, el ser fijo en un trabajo aumenta el grado de satisfacción personal (Manzano, 1998). La misma autora observa que el nivel de educación se asocia con mayor frecuencia e intensidad al cansancio emocional. En el orden de la estructura familiar que engloba al trabajador, las personas que tienen hijos parecen ser más resistentes al Burnout debido a que la implicación del sujeto con la familia hace que tengan mayor capacidad para

afrontar los problemas y conflictos emocionales, pero también a ser más realistas. Manzano (1998), por el contrario, argumenta que frecuentemente, a mayor número de hijos, mayor nivel de estrés ocupacional.

En relación al sexo se observa que las mujeres son más vulnerables al desgaste profesional que los hombres, pero se debe advertir que el análisis de la relación de estas variables se complica por varios factores distorsionadores: por ejemplo, las mujeres pueden estar contratadas en trabajos con baja libertad de decisión a diferencia de los hombres; influyen también las demandas familiares, la educación y los ingresos.

También parece importante incluir el nivel de implicación del sujeto. Específicamente, la implicación aparece como predictor significativo de desgaste profesional junto con estrategias de afrontamiento y balance de afectos. También influye la personalidad. Así, se habla de "Personalidad resistente al estrés", ya que aunque el origen del desgaste profesional se relaciona con el tipo de trabajo y sus condiciones, las variables individuales ejercen una fuerte influencia en las respuestas y, por lo tanto, en las consecuencias. Así pues, la relevancia de las variables personales implican que exista un “estilo de conducta ante el estrés”, que ha dado lugar a dos explicaciones globales: la “personalidad resistente” de Kobassa (1982) y el "sentido de coherencia" de Antonovsky (1987). Entre estos dos modelos, el modelo de personalidad de Kobassa denominado "hardy personality o hardiness", que ha tenido mayor repercusión académica e investigadora, plantea que las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son formas de acción y compromiso a partir de las situaciones reales. Las dimensiones que constituyen la personalidad resistente son, pues: el compromiso, el control y el reto.

El compromiso hace referencia a la implicación e identificación personal con lo que se hace, reconociendo los propios valores, las metas que guían a la conducta y la confianza interpersonal con los otros. El sujeto está convencido de que al intervenir provocará un impacto en el curso de los acontecimientos para su propio

beneficio, aunque sea parcialmente. El reto implica que el sujeto percibe el cambio como una oportunidad para mejorar la situación actual y/o las propias competencias; es decir, que incluye flexibilidad cognitiva y tolerancia a la ambigüedad. Así pues, este tipo de personalidad utiliza estrategias de afrontamiento eficaces ante el estrés, como la modificación perceptiva de los estresores concibiéndolos como oportunidades, la búsqueda de apoyo social, el desarrollo de estilos de vida saludables, entre otros.

El otro modelo, el “sentido de coherencia”, se basa en los aspectos activos de la conducta que llevan al desarrollo de la salud e implica todos aquellos medios que facilitan la conducta activa y llevan al sujeto a desarrollar acciones adaptativas y positivas frente a los factores de estrés: apoyo social, formación, medios económicos, familia, creencias, etc. Dichos componentes están compuestos por tres dimensiones: comprensibilidad (componente cognitivo); manejabilidad (componente instrumental): y, significatividad (componente motivacional). Según Antonosvky (1979), el sentido de coherencia no es un rasgo de la personalidad ni un estilo de afrontamiento, sino un conjunto de "competencias básicamente cognitivas que proporcionan una orientación disposicional generalizada" (Buendía & Ramos, 2001; 71)

4.1.6.2. VARIABLES SOCIABLES En general, se considera que las relaciones sociales dentro y fuera del lugar de trabajo pueden amortiguar el efecto de los estresores o pueden ser fuentes potenciales de estrés. Los efectos positivos de las relaciones sociales sobre el trabajador han sido clasificados en emocionales, informativos e instrumentales. En cualquier caso, es básico que exista un apoyo social, que redunda en la integración social, la percepción de la disponibilidad de otros para informar o comprender y la prestación de ayuda y asistencia material. (Manassero &cols, 2003, Hombrados, 1997). House (1981) ha clasificado varias fuentes de apoyo social: pareja, familiares, vecinos, amigos, compañeros, superiores o supervisores, grupos de autoayuda, profesionales de servicio y cuidadores. (Manassero & cols., 2003). En general, las variables sociales aceptadas serían:

4.1.6.2.1. **Variables sociales extralaborales.** Relaciones familiares y/o amigos. Los estudios del Burnout hacen hincapié en la importancia del apoyo de estas fuentes, ya que le permiten al sujeto sentirse querido, valorado y cuidado. Según Repeti (1989), el apoyo familiar en el hogar mitiga los efectos estresores menores de la vida diaria. En general se acepta que la falta de apoyo social puede ser un factor de estrés e incluso puede acentuar otros estresores, ya que la presencia de éste rebaja o elimina los estímulos estresantes, modifica la percepción de los estresores, influye sobre las estrategias de afrontamiento y mejora el estado de ánimo, la motivación y la autoestima de las personas.

4.1.6.2.2. **Variables organizacionales.** Entre los factores de riesgo organizacionales se distinguen estresores relacionados con la demanda laboral, el control laboral, el entorno físico laboral, los contenidos del puesto, los aspectos temporales de la organización, la inseguridad laboral, el desempeño del rol, las relaciones interpersonales laborales, el desarrollo de la carrera, las políticas y clima de la organización. Las características de las demandas laborales y el estrés laboral han sido muy estudiadas. Se distinguen dos tipos: las cuantitativas y cualitativas. El primero se refiere a la carga laboral, y el segundo al tipo y contenido de las tareas laborales (naturaleza y complejidad de las demandas laborales). Tanto el exceso de trabajo como la carga laboral excesivamente baja tienden a ser desfavorables a diferencia de los niveles moderados. Los niveles altos de sobrecarga laboral objetiva y presión horaria disminuyen el rendimiento cognitivo, aumentan el malestar afectivo y aumentan la reactividad fisiológica. De las demandas cualitativas se ha estudiado los efectos estresantes de los trabajos de riesgo y peligros muy superiores a otros (bomberos, policías, etc.) y los efectos adversos de la monotonía y simplicidad del trabajo. El trabajo de tareas fragmentadas y repetitivas (operarios industriales) se ha asociado con insatisfacción, ansiedad, y problemas somáticos. También se ha concluido que el control industrial y las tareas de control demandan continua atención y son potencialmente estresantes. Dicho control se relaciona con los niveles de responsabilidad, es decir, que los excesos de responsabilidad son fuentes de estrés, por ejemplo, si los errores de control incluyen la calidad o coste del

producto, o incluso la muerte de los trabajadores. En síntesis, el grado de peligro ambiental, la presión y la excesiva responsabilidad son estresores potenciales. La posibilidad de uso y desarrollo de habilidades y capacidades en el trabajo, sin llegar al exceso, promueven la satisfacción laboral. Por lo tanto, se concluye que en general un trabajo activo con alta demanda y alto control promueve nuevas habilidades y conductas de afrontamiento. Pero se recomienda analizar las preferencias personales y recursos personales en relación con las demandas del puesto de trabajo cuando se trata de prevenir el estrés laboral

Otro elemento importante como desencadenante de Burnout son las condiciones horarias de trabajo: trabajos a turnos, altas rotaciones, trabajo nocturno, largas jornadas de trabajo o gran cantidad de horas extraordinarias, jornadas de horas indeterminadas. La duración de los turnos y la rotación se relacionan positivamente con calidad de sueño, ajuste cardiaco, quejas de salud, satisfacción laboral, atención, rendimiento cognitivo y accidentes. A grandes rasgos, en la implantación de un sistema de horario y rotaciones en particular es necesario considerar los factores sociales, ambientales y características laborales junto con factores demográficos y características individuales cuando se analizan las respuestas al trabajo.

Uno de los temas laborales que más se han estudiado es la definición de roles laborales como el resultado de la interacción social del trabajador en el ambiente laboral. Estas interacciones pueden llevar a una ambigüedad (por falta de información) y conflicto del rol (demandas contradictorias entre sí), que desemboca en estrés del rol. Dicho estrés causa tensión, ansiedad, insatisfacción y la tendencia a abandonar el trabajo. Existen determinados tipos de trabajo que son más vulnerables al estrés de rol como aquellos de roles limítrofes, de niveles jerárquicos intermedios y los puestos poco definidos. La preocupación por el desarrollo profesional puede ser fuente de estrés, ya que las personas aspiran a progresar y a alcanzar ciertas metas y expectativas.

4.1.7. CONSECUENCIAS

La mayoría de las consecuencias del Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque los estudios realizados se han basado en la definición operativa de Maslach, en la que 12 de los 22 ítems de su escala apuntan al factor emocional, en general, los relacionados con la depresión, como sentimientos de fracaso, pérdida de autoestima, irritabilidad, disgusto, agresividad. Los síntomas cognitivos han sido menos estudiados, pero son de gran importancia pues en el comienzo del desarrollo del síndrome hay una incoherencia entre las expectativas laborales y lo real, lo que lleva a una frustración y depresión de índole cognitiva, que es una de las características del síndrome. También la segunda dimensión que atribuye Maslach y Leiter (1996) al Burnout, el cinismo, tendría alguna relación con lo cognitivo, manifestado por la autocrítica radical, la desvalorización personal que puede conducir al “autosabotaje”, la desconfianza y la desconsideración hacia el trabajo.

En cuanto al área conductual, que ha sido menos estudiada, la consecuencia más importante es la despersonalización. Las consecuencias del síndrome en este aspecto se pueden sintetizar en: 1) la pérdida de acción preactiva, y 2) las soluciones que llevan al consumo aumentado de estimulantes, abusos de sustancias y, en general, hábitos dañinos para la salud. La persona llega a manifestar desórdenes fisiológicos con síntomas como cefaleas, dolores musculares (sobre todo dorsal), dolor de muelas, náuseas, pitidos aurales, hipertensión, úlceras, pérdida de la voz, pérdida de apetito, disfunciones sexuales y problemas de sueño. En general, pueden aparecer y/o aumentar los trastornos psicosomáticos y la fatiga crónica.

En otro orden, las consecuencias sociales se relacionan con la organización del trabajo que desarrolla el sujeto, siendo la más importante su reacción tendiente al aislamiento y su desprecio de cualquier forma de interacción social. También se ha observado que las personas con altos niveles de Burnout tienen menos satisfacción con la pareja y las conductas en el hogar son de irritación, disgusto y

tensión. Esta situación incide especialmente en el deterioro de las interacciones personales. Véanse en los siguientes cuadros los principales síntomas:

EMOCIONALES	COGNITIVOS	CONDUCTUALES	SOCIALES
Depresión. Indefensión. Desesperanza. Irritación. Apatía. Desilusión. Pesimismo. Hostilidad. Falta de tolerancia. Acusaciones. Supresión de sentimientos.	Pérdida de significado. Pérdida de valores. Desaparición de expectativas. Modificación autoconcepto Desorientación cognitiva. Pérdida de la creatividad. Distracción. Cinismo. Criticismo Generalizado.	Evitación de responsabilidades. Ausentismo. Conductas inadaptativas. Desorganización. Sobreimplicación. Evitación de decisiones. Aumento del uso de cafeína, alcohol, tabaco y drogas.	Evitación de contactos. Conflictos interpersonales. Malhumor familiar. Aislamiento. Formación de grupos críticos. Evitación profesional.

Síntomas del síndrome de burnout. 22.- González, N. (2011). Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de ... Retrieved from http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868497.pdf.

De las tres dimensiones determinadas en el Síndrome de Bunout, se presenta las siguientes consecuencias:

- Desmotivación
- Negativismo
- Pasividad
- Pasotismo
- Indiferencia
- Consumo de drogas, alcohol, fármacos

- Absentismo
- Descenso del rendimiento
- Baja productividad
- Trabajo de poca calidad
- Insatisfacción laboral

4.2. SINDROME DE BURNOUT EN LA DOCENCA

El SQT ha sido identificado como un problema importante en los profesionales de la educación (Brock y Grady, 2000; Pas, Bradshaw, Hershfeldt y Leaf, 2010; Vandenberghe y Huberman, 1999). En esta profesión la relación entre los profesionales y los destinatarios del servicio (alumnos y familiares) es un elemento central del trabajo, y la naturaleza del trabajo es altamente emocional (Näring, Briët y Brouwers, 2006). Ofrecer apoyo emocional, conocimientos y formación, e incluso referentes morales forma parte de las tareas de los docentes. Además, estas tareas se desarrollan en una compleja red de interacciones con los alumnos y sus familiares, compañeros de trabajo, y gestores (directores, inspectores). Kyriacou (2001), en una revisión de la literatura concluye que los docentes deben afrontar al menos diez fuentes de estrés: la falta de motivación de los alumnos, los problemas de disciplina en el aula, presiones de tiempo y sobrecarga de trabajo, los cambios frecuentes en el proceso de educación, ser evaluado por otros, las relaciones problemáticas con los compañeros, problemas de autoestima y de estatus, problemas derivados de la relación con los gestores y la dirección, disfunciones del rol (conflicto y ambigüedad de rol), y condiciones de trabajo inadecuadas. Todos estos problemas han sido identificados como predictores del SQT en diferentes estudios. Es el caso de la sobrecarga (Laugaa, Rasclen y Bruchon- Schweitzer, 2008), los cambios frecuentes en la normativa y en los programas educativos (Antoniou, Polychroni y Vlachakis, 2006), el conflicto de rol (Burke, Greenglass y Schwarzer, 1996), la ambigüedad de rol (Kokkinos, 2007), los problemas de disciplina de los alumnos (Doménech y Gómez, 2010; Genoud, Brodard y Reicherts, 2009; Hakanen, Bakker y Schaufeli, 2005; Kokkinos, 2007), los conflictos con los compañeros (Skaalvik y Skaalvik, 2007), la falta de apoyo

social (Marqués-Pinto, Lima y Lopes da Silva, 2005), o los conflictos con los padres de los alumnos (Friedman, 2002).

4.2.1. TEORIA DE DESARROLLO EN EL DOCENTE

Desarrollo del burnout. Se puede pensar que este síndrome aparece de forma inesperada y atrapa al docente causándole daño inadvertido. Pero es silencioso, se va gestando en los esfuerzos y desengaños diarios; además este proceso se da en dos períodos, uno leve y otro agudo, que se alternan varias veces entre sí, que se traslapan, se revierten y se reinician, hasta llegar al burnout. Para Contel Segura y Badía (2003), existen dos fases en el desarrollo del síndrome. La primera fase se puede considerar como leve, inicia con una sensación de angustia, que se va convirtiendo en una sensación de falta de tiempo, dificultades para desconectarse del ámbito laboral; comienzan a manifestarse ideas de culpa al utilizar el tiempo libre; también se dan problemas de concentración en el trabajo, cansancio, irritabilidad; y en casa, dolores de cabeza, insomnio y falta de atención a los deberes del hogar. La segunda fase consiste en el agravamiento de la anterior y, se puede considerar la fase aguda del síndrome, con un descenso en la productividad, en donde invade un intenso sentimiento de frustración, bloqueo mental, apatía, pesimismo, suspicacia; hasta volverse una adicción al trabajo, experimentar despersonalización y pérdida de interés por alumnos y compañeros.

Con la fase aguda, se comienza a gestar la pérdida del entusiasmo en el trabajo; entonces el sujeto se protege de la falta de empeño con actitudes cínicas, menor compromiso y deseos de abandono. Es cuando se comienzan a presentar las primeras actitudes de despersonalización, como menciona Napione Bergé (2008, pág. 151), “….frialdad, distanciamiento, cinismo o dureza en el tratamiento de los alumnos…”, lo cual evidencia el inicio del burnout. Cuando aparece por completo el burnout, se observa además depresión, desesperanza o pesimismo general.

Por provenir del desgaste orgánico, los trastornos físicos más frecuentes son los trastornos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, musculares, dermatológicos e inmunológicos.

4.2.2. SINTOMATOLOGÍA

El docente describe varios síntomas, como considerar que tiene muchas exigencias emocionales en sus tratos con los demás, de ahí que una dimensión de este síndrome apunte al agotamiento emocional. También el docente describe tener una disminución de la empatía, culpa y negativismo en las relaciones con los demás, como si de repente fuera otro, de ahí la despersonalización. Finalmente, el último aspecto de este síndrome se refiere a una valoración negativa sobre lo realizado en el trabajo, en donde prevalecen los sentimientos de incapacidad de automotivarse a la resolución de las tareas laborales con un mínimo de entusiasmo, de ahí que la última dimensión apunte a la reducción de la capacidad de rendimiento.

El burnout se hace presente en la docencia con síntomas que narra el profesor como sentimientos de incompetencia, que se producen después de varios años de trabajo áulico. El profesor presenta un desgaste que proviene de un agotamiento constante, que se patentiza en una disminución de la empatía hacia sus alumnos, como distanciamiento, renuncia, cinismo y actitudes negativas (Menéndez Montañés & Moreno Óliver, 2006).

4.2.3. VARIABLES QUE INFLUYEN EN EL SINDROME DE BURNOUT EN EL COLECTIVO DOCENTE

4.2.3.1. VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS

4.2.3.1.1. Variable en función del género. Resulta controversial afirmar si los hombres o las mujeres docentes son más susceptibles al burnout. Por lo general, la mujer combina varios tipos de estrés, lo cual la hace más susceptible a padecer el burnout. Una interesante investigación realizada en docentes de secundaria en Guadalajara, concluyó que los hombres tienen mayor riesgo de agotarse emocionalmente debido al contenido y características de la tarea (Aldrete Rodríguez, Preciado Serrano, Franco Chávez, Pérez, & Aranda Beltrán, 2008), lo cual constituye una dimensión de este síndrome; pero en contradicción con esta

investigación y en opinión de la Federación Española de Trabajadores de la Enseñanza (FETEUGT, 2003), las mujeres tienen más agotamiento emocional, pues considera que los hombres tienen más oportunidad de eliminarlo en las situaciones educativas. En otras investigaciones se ha encontrado mayor incidencia en las mujeres, como en la investigación llevada a cabo en Guadalajara con 144 docentes, en donde se encontró una prevalencia de más del 64% para las mujeres, respecto de una tasa promedio de 52% (Pando Moreno, Aranda Beltrán, Aldrete Rodríguez, Flores Salinas, & Pozos Radillo, 2006). Para Benevides Pereira (2003), no existe una relación clara entre la variable género y el burnout.

4.2.3.2. Variables en función de los años de trabajo.- En cuanto a los años de ejercicio profesional, también las investigaciones son discutibles, pues se ha postulado que la experiencia laboral es un factor protector del burnout, como menciona Santiago (2005), de la Universidad de Santiago de Compostela; y que el burnout se produce durante los primeros diez años de servicios docente, sobre todo al final de los mismos (Cunningham, 2004). Otros estudios arrojan que la mayoría de las disertaciones en este sentido son contradictorias (Moriana Elvira & Herruzo Cabrera, 2004), hasta indicar que los que tienen más años de servicio son los más estresados, según el estudio realizado con 102 docentes en la región de Chillán, Chile (Silva, Quintana, Jiménez, & Rivera, 2005); opinión favorecida también en un comunicado de la federación de trabajadores de la enseñanza de Valencia, España (FETEUGT, 2003), en donde se menciona que las investigaciones señalan como principal grupo de riesgo a aquellos docentes con más de 10 años de dedicación y compromiso en la docencia, opinión similar a la de Brunet (2004). Variable en función del estado civil. Se cree que los docentes casados tienen una mayor defensa al burnout, según los estudios de Golembiewski et al., (1983), porque los hijos y la familia pueden ser una fuente de desahogo emocional, como cita Moriana Elvira et al. (2004), en ese mismo sentido se pronuncia la profesora Santiago (2005), quien concluye que los principales factores protectores del malestar laboral del docente universitario son el poder contar con el apoyo de la familia, y el resultado de la investigación de Pando Moreno et al. (2006), donde encuentra tasas de prevalencia de más del 60% en

docentes solteros, aunque otros estudios no arrojaron las mismas conclusiones. Benevides Pereira (2008), considera que no se ha encontrado relación entre la variable estado civil y burnout. Igualmente, siguiendo la acotación anterior, en una investigación llevada a cabo con profesorado no universitario en Murcia, por Latorre Reviriego y Sáez Carreras (2009), se constató la falta de relación entre ambas variables.

4.2.3.3. VARIABLES DE PERSONALIDAD

Las variables de personalidad resistentes al burnout, se considera que son las mismas que protegen del estrés, las cuales son básicamente el compromiso, control y desafío. Hill y Norvell, citados en Moreno Jiménez, Morett Natera, Rodríguez Muñoz y Morante Benatero (2006), descubrieron que el hardness era un factor que no solamente modulaba al burnout, sino que incidía en una menor formación del mismo. Variable en función del neuroticismo. A pesar del comentario realizado por Menéndez Montañés y Moreno Óliver (2006) en el sentido que la variable neuroticismo es preventora del estrés, en consideración de Morán Astorga (2002), en el resumen de su tesis presentada en la Facultad de Ciencias del Trabajo, en la Universidad de León, España, llega a la conclusión, a través del análisis de regresión múltiple, que el neuroticismo es el predictor más importante de burnout en varios grupos que estudio. Otras variables de personalidad. Son aquellas que se han tratado de asociar como protectoras de este síndrome, son aquellas que igualmente se han estudiado como preventoras de la vivencia de estrés, como el “locus de control”, la autoeficacia y el autocontrol emocional. El locus de control, que es el grado en que un sujeto percibe que sus conductas, eventos y comportamiento, es interno o externo a él; la autoeficacia que tiene relación con la confianza de alcanzar las metas deseadas; y el autocontrol emocional que implica la manera en cómo se logran vencer los conflictos ante situaciones difíciles.

4.2.3.4. VARIABLES ORGANIZACIONALES

Variable en función del nivel educativo al cual se imparte clase. En cuanto al nivel educativo, todo parece indicar que los docentes de secundaria tienen más probabilidad de experimentar burnout por los problemas de conducta encontrados en jóvenes y adolescentes, ya que las normas disciplinarias suelen ser sumamente difíciles de acatar (Moriana Elvira et al., 2004), presentándose una probabilidad casi idéntica entre el resto de niveles (primaria, bachillerato, licenciatura, etc.). Sin embargo, en investigaciones realizadas por Agudo Fibla (2005), para la Universidad de Jaume, no se encontraron diferencias entre docentes de primaria y secundaria. Inclusive ha habido algunas investigaciones que afirman que el docente de primaria es más vulnerable al burnout. Variable en función de la ubicación del centro escolar. En cuanto al centro de trabajo, parece ser que las áreas urbanas y rurales presentan ventajas y desventajas por igual, mientras que las áreas suburbanas presentan más dificultades, como problemas de marginación, traslado del docente e incomprensión mutua (Moriana Elvira & Herruzo Cabrera, 2004). Por lo tanto, el docente que trabaja con alumnos que provienen de zonas marginadas y que presentan una problemática mayor a la común, transmiten esta conflictiva al docente y lo vuelven más vulnerable al burnout.

4.3. EVALUCIÓN DEL SINDROME DE DESGASTE PROFESIONAL

4.3.1. MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory –MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte, P. (2002). El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas.

Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional,

despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal. En general, éste es el cuestionario más utilizado internacionalmente y las dimensiones que plantean sus autores también son las más empelados para definir el constructo de Burnout. En España, la escala, ha sido traducida `por Nicolás Seisdedos Cubero (TEA, 1987). Las investigaciones de Maslach y Jackson continuaron; en 1996, junto con Leiter y Schaufeli, publicaron una nueva versión del MBI. Sus postulados marcan una segunda etapa, en la que destaca que, como ya vimos en el capítulo correspondiente a las definiciones, se acepta que el Burnout existe también fuera del ámbito de los servicios humanos. Como resultado, se ha generado una nueva versión más genérica del MBI, llamado MBI-General Survey (MBI-GS) (Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996). El MBI también tiene una versión específica para profesores. En españa se ha traducido el MBI-GS en castellano y se ha validado mediante un estudio realizado por Gil Monte (2002). Dicho estudio pretendía explorar la estructura factorial de esta versión de la escala con una muestra de 149 policías de la ciudad de Tenerife (España). Los resultados constatan su validez y fiabilidad.

El MBI-GS se utiliza para todo tipo de profesionales y parte de las tres dimensiones iniciales, aunque hay algunos aspectos modificados. Esta nueva escala consta de 16 ítems y éstos recaban más información sobre las relaciones con el trabajo que sobre los sentimientos generados en el trabajo. Otra diferencia, a pesar de que se mantenga la estructura factorial original, es que se ha

relacionado el agotamiento emocional con la fatiga y no se hace referencia directa a otras personas como la fuente de dicho estado. La despersonalización aparece como cinismo, indiferencia o actitud distante hacia el trabajo en general, y no necesariamente con otras personas. Por último, la competencia profesional incluye aspectos sociales y no sociales de los logros profesionales.

La equivalencia en percentiles se clasifica de la siguiente manera: P 75 Burnout alto, P50 Burnout medio y P25 Burnout bajo. Estas puntuaciones ha sido estudiadas en diferentes muestras y se ha concluido que los niveles de Burnout son diferentes según la muestra, es decir que no queda claro el límite entre lo normal y lo patológico; una cuestión que se ha seguido discutiendo a lo largo de los estudios de síndrome. Esto sugiere que no se puede generalizar a todas las profesiones y culturas la clasificación del Burnout, e implica la elaboración o adecuación de ciertos criterios (Gil Monte, 2002; López & cols., 2000; Ramos, 1999).

4.3.2. BURNOUT MEASURE (BM); PINES ARONSON, 1988EL BM es el segundo instrumento de evaluación del Burnout más utilizado en los estudios empíricos y parte del Tedium Measure (TM) de Pines, Aronson y Kafry (1981) que se diseñó originalmente como instrumento de medida del tedium; es un constructo más amplio que el Burnout ya que abarca a éste y a otros síndromes. Este inventario se transformó después en el Burnout Measure (Pines y Aronson, 1988), tras un replanteamiento conceptual. Los autores habían desarrollado diversas escalas que evaluaban tedium, como la que utilizaba Pines y Kafry (1982) de 9 ítems, tipo Likert con siete opciones de respuesta: sentimientos de depresión, Burnout, cansancio emocional y físico, vaciamiento existencial, hastío, tensión, sentimientos de ilusión y felicidad. Éste consta de 21 ítems, en tres subescalas, con formato tipo Likert, de siete puntos con rango de nunca a siempre. Ésta expresa estados de agotamiento físico, emocional y mental. Las dimensiones que los autores conceptualizaron son:

- Agotamiento físico, caracterizado por fatiga, agotamiento físico, sensación de destrucción y abatimiento.

- Agotamiento Emocional, compuesto por sensación de depresión, agotamiento emocional y Burnout.

- Agotamiento mental, formado por sensaciones de infelicidad, inutilidad y rechazo, falta de ilusión y resentimiento hacia las personas.

La fiabilidad test- retest y la consistencia interna son aceptables. La validez convergente con el MBI hace evidente que esta escala (BM) sólo evalúa sentimientos de Cansancio Emocional. En resumen, se han utilizado herramientas específicas para la medición del Burnout a nivel individual, pero también se hace uso de instrumentos de autoinforme que miden la calidad de vida, satisfacción laboral, estrategias de afrontamiento, clima laboral, entre otros, para valorar las Fuentes potenciales de estrés (Gil Monte, 2002; Manassero & cols., 2003; Ramos, 1999; Tórres & cols., 1996)

4.4. ESTRES

4.4.1. DEFINICIÓN

Entre las muchas acepciones de estrés, José Navas utiliza una muy práctica: "cualquier estímulo o circunstancia real o imaginaria, que requiere que la persona haga algo diferente a su forma de actuar o pensar en dicha circunstancia por un tiempo prolongado. Es decir, el estrés sería cualquier estímulo o situación que requiere adaptación o cambio por parte de la persona involucrada en la situación" (Navas, s/f). Alberto Amador Pizá, autor de Técnicas para dominar el estrés y vivir mejor, también presenta una definición sencilla: "es una respuesta organismo ante una amenaza real o imaginaria, donde intervienen factores físicos, químico psicológicos" (citado en Barajas, 2001). Por su parte, la Organización Mundial de la Salud lo define como "el conjunto de reacciones fisiológicas que prepara el

organismo para la acción. Visto así, el estrés no debiera ser un problema. Al contrario, sería una suerte de estímulo, de alerta. Por ejemplo, ante una situación inesperada de peligro, los cambios físicos producidos por el estrés en nuestro cuerpo (aumento de la presión sanguínea, entre otros) hacen que éste reaccione rápidamente frente al hecho, lo que puede resultar fundamental para, incluso salvar nuestra vida. Una vez que el problema se ha resuelto, el organismo vuelve a su funcionamiento normal. Pero se convierte en un verdadero problema cuando ciertas circunstancias, tales como la sobrecarga de trabajo, las presiones económicas, el ambiente competitivo, entre muchas otras, se perciben inconscientemente como amenazas (Velásques) que provocan reacciones defensivas en la persona, tornándose irritable y sufriendo consecuencias nocivas en su organismo, por períodos prolongados. Otras concepciones lo menciona al Estrés como un término sumamente ambiguo el cual presenta muchas connotaciones y muy poca utilidad para entender como el organismo se adapta a las demandas de la vida diaria(daily hassles) y a situaciones catastróficas que ocurren de manera esporádica (major life events). Para muchos individuos el concepto de estrés refleja un estado indeseable de preocupación, temor, irritabilidad, tristeza, y dificultad para manejar adecuadamente las situaciones que causan frustración. Para otros, el estrés es un reto que motiva a la obtención de logros y metas en la vida. En el primer caso, nos referimos a un término popular denominado “estresado”, el cual sugiere la naturaleza crónica de un estado negativo reconocido clínicamente como distrés emocional (Moscoso, McCreary, Goldenfarb, Knapp & Rohr, 1999) . Una característica importante en la noción de estrés es el proceso de evaluación cognitiva descrita por Lazarus y Folkman (1984), el cual toma en consideración un elemento importante como es la percepción por parte del individuo. El estrés psicológico según Lazarus y Folkman es originado por estresores externos o internos y está sujeto a una evaluación cognitiva llamada Appraisal; La define como la interacción entre una amenaza externa, la evaluación cognitiva de amenaza (appraisal primario), y los recursos personales percibidos para enfrentar tal amenaza (appraisalsecundario)

4.4.2. ESTRÉS CRÓNICO

El estrés crónico es un concepto más próximo al de tensión o sobrecarga que al de cambio o acontecimiento, y ha sido definido por Wheaton (1997) como "El conjunto de amenazas, exigencias, constricciones o limitaciones estructurales que, por el mero hecho de su presencia, ponen en cuestión la integridad operativa del organismo". Las tres características más importantes del estrés crónico son: 1) su capacidad de poner en riesgo la integridad del organismo, bien de manera actual o potencial, dependiendo de su intensidad; 2) su carácter de problema o cuestión que debe ser resuelta, y cuya persistencia indefinida acabará por causar daño o deterioro y 3) su relevante interferencia con la identidad personal, en el sentido de que alteran aspectos de valía personal o autovaloración, sensación de control, eficacia, papel o rol social, contribución o importancia para la comunidad, etc.

4.4.3. RESPUESTA EMOCIONAL DEL ESTRÉS

La respuesta emocional del estrés está caracterizada por síntomas de ansiedad, irritación, ira y cólera, preocupación, risteza, pánico, y estados de desesperanza, los cuales son de naturaleza transitoria. El ingrediente principal de la respuesta emocional del estrés es de naturaleza cognitiva debido al hecho de que el “estímulo externo deberá ser percibido como estresante”. El modelo descrito por Lazarus y Folkman propone que en respuesta a un estímulo externo de naturaleza estresante, el individuo evalúa cognitivamente la posible amenaza que este evento representa (primary appraisal) y los recursos propios o capacidad para responder a dicho estímulo (secondary appraisal). Este proceso de evaluación cognitiva primario y secundario determina la forma e intensidad de la reacción emotiva en relación al estímulo externo. Es importante mencionar que la evaluación cognitiva por parte de un individuo generalmente varía dependiendo de los rasgos de personalidad, auto-eficacia percibida (Bandura, 1997), experiencia previa con el estímulo estresante, y nivel de soporte social. Por lo tanto, la respuesta emocional del individuo puede variar aun cuando las condiciones de estímulos estresantes pudieran ser semejantes (Lazarus, 1993). Investigadores interesados en la respuesta emocional del estrés fijan su interés en eventos estresantes de carácter universal. Seleccionan situaciones de estrés que generalmente afectan

psicológicamente a la gran mayoría de personas. Entre este tipo de eventos encontramos las situaciones de divorcio, encarcelamiento, exámenes académicos, perdida de seres queridos, cuidado permanente de familiares con discapacidad física, diagnóstico de enfermedades terminales (Spielberger & Moscoso, 1996; Moscoso, 1995; Martin & Dean, 1993), dificultades financieras y otras que típicamente causan distrés emocional. Es importante indicar que la respuesta emocional del estrés puede también variar debido a los diferentes estilos de afrontamiento y disponibilidad económica. Finalmente, merece destacar que la respuesta emocional del estrés es básicamente de naturaleza transitoria y temporal, en todo caso nos estamos refiriendo a un proceso de estrés agudo.

4.4.4. RESPUESTA FISIOLÓGICA Los estresores y las respuestas del estrés son conceptos totalmente distintos. La respuesta fisiológica del estrés, conocida también como “fight-or-flight”, fue descrita inicialmente por Walter Cannon en 1915 al referirse a la respuesta del animal dentro del laboratorio de experimentación ante una situación de amenaza o presión externa. Cannon en su obra Cambios Corporales in Situaciones de Dolor, Hambre, Temor y Rabia explica en forma detallada que la respuesta fisiológica del estrés nos permite reaccionar ante una situación de emergencia con todo nuestro potencial físico, superar el peligro, y lograr un proceso de adaptación frente a las circunstancias que nos rodea. Este principio de homeostasis fue el concepto central en el modelo de estrés descrito por Cannon en 1932 con la publicación de su obra: La Sabiduría del Cuerpo, refiriéndose a la estabilidad de los sistemas fisiológicos que mantienen la vida. Este proceso de adaptación fue descrito con mayor detalle por Hans Selye en 1936 denominándolo El Síndrome de Adaptación General. Selye lo caracterizó como una respuesta fisiológica representada por tres fases definidas. La primera fase denominada Reacción de Alarma, en la cual las glándulas adrenales producen adrenalina y cortisol con el propósito de restaurar la homeostasis. Dicha restauración de la homeostasis inicia la segunda fase llamada Resistencia, en la cual la adaptación del organismo llega a un estado óptimo. Si el estresor persiste, se inicia una tercera fase conocida como Agotamiento, en la que el organismo abandona el proceso de adaptación y culmina en la enfermedad o muerte. La

nueva información producida por estudios científicos en neuroendocrinología y psiconeuro-inmunología en este nuevo siglo, nos permite entender con mayor detalle la respuesta fisiológica del estrés, las interacciones multidireccionales entre los cuatro sistemas antes mencionados y sus consecuencias en la salud del individuo (Steinman, 2004). Es necesario tener en cuenta que los estudios de la respuesta del estrés realizados por Cannon y Selye fueron llevados a cabo estrictamente con animales en el laboratorio de experimentación, mientras que los estudios actuales incluyen muestras con seres humanos. Sin lugar a dudas, los estudios de Lazarus (1993) y la inclusión del concepto de evaluación cognitiva (appraisal) y estrés percibido han permitido desarrollar nuevas líneas de investigación indicándonos que no todas las situaciones de estrés evocan el mismo tipo de respuestas fisiológicas del estrés, como en los estudios de Cannon y Selye. Las investigaciones científicas acerca del estrés en seres humanos demuestran la existencia de factores ambientales, culturales, estrato social, actitudinales, y rasgos de personalidad que cumplen un rol mediador y modulador en la respuesta fisiológica del estres (Goldstein & Eisenhofer, 2000). Así mismo, esta demostrado que la respuesta del estrés puede ser diferente cuando se tiene en cuenta el sexo del individuo. Existe evidencia científica que el sexo masculino reacciona de manera diferente cuando se trata de manejar las diferentes situaciones de amenaza o estresores (Taylor et al., 2000). En términos generales, la respuesta fisiológica del estrés es activada por un estresor. Esta respuesta fisiológica cumple una misión protectora y es activada en forma instantánea. Se inicia en el hipotálamo con la producción del Factor Liberador de Corticotropina (CRF) dirigida al sistema circulatorio de la Glándula Pituitaria, la cual, segrega la Hormona Adenocorticotropa (ACTH) a través del eje hipotálamo-pituitaria-suprarrenal (HPA axis) produciendo hormonas glucocorticoides, especialmente cortisol (McEwen, 2007). De igual manera, la respuesta fisiológica del estrés activa el eje simpático-suprarrenal medular (SAM), el cual genera la secreción de catecolaminas como la adrenalina y noradrenalina. Estas hormonas permiten un aumento en la concentración de glucosa en la sangre facilitando un mayor nivel de energía, oxígeno, alerta, poder muscular y resistencia al dolor; todo esto en

cuestión de minutos. La liberación de dichas hormonas permite el inicio de un proceso de comunicación inmediata con el sistema nervioso autónomo, a través de los sistemas simpático y parasimpático y permiten enlazar la experiencia del estrés con los componentes psicofisiológicos de la emoción preparando al organismo para un estado de alerta (Padgett & Glaser, 2003). Esta establecido de que el estrés libera otros factores y hormonas neuroendocrinas que regulan el sistema inmune. Estas incluyen la hormona del crecimiento (GH), la prolactina, vasopresina, glucagón, endorfinas, encefalinas y oxitocina entre otras. El cortisol liberado por las glándulas suprarrenales facilita la preparación del sistema inmune para manejar sus defensas contra bacterias, virus, heridas e inflamaciones (Marketon & Glaser, 2008). Los mecanismos psicofisiológicos de la respuesta del estrés juegan un rol esencial en el proceso de adaptación y supervivencia. El incremento de cortisol, adrenalina, noradrenalina y otras hormonas generadas durante la situación de estrés cumple una función eminentemente protectora y de supervivencia, siendo la función primordial mantener el equilibrio homeostático. Estos sistemas reguladores de glucocorticoides y hormonas liberadas durante la respuesta fisiológica del estrés facilitan el proceso de adaptación del organismo (McEwen & Wingfield, 2003)

4.4.5. RESPUESTA FISIOLÓGICA DEL ESTRÉS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Ante una situación concreta de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos, mediados por la activación del sistema nervioso simpático. Estos cambios incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales (envueltas en pequeñísimos músculos circulares inervados por esta rama del sistema nervioso autónomo), lo que provoca un inevitable aumento de la presión arterial. En particular, las arterias del sistema mesentérico que canalizan la sangre al tracto digestivo, así como las que suministran sangre a los riñones y a la piel, se constriñen, lo que facilita el aporte sanguíneo a la musculatura y al cerebro. Por otra parte, la vasopresina u hormona antidiurética secretada por el hipotálamo vía hipófisis posterior, hace que los riñones frenen la formación de orina, lo cual provoca una disminución de la eliminación de agua, efecto que aumenta el volumen sanguíneo y también la

presión arterial. En resumen, los mecanismos responsables del aumento de la presión arterial por el estrés son los siguientes: 1) en el aparato cardiovascular el estrés determina un incremento del gasto cardíaco por aumento de la frecuencia cardíaca. No se producen cambios en las resistencias periféricas totales, aunque sí en los flujos regionales, con aumento de la perfusión en el sistema muscular esquelético, corazón y cerebro, y descenso en las áreas esplácnica y renal. 2) el aumento observado en la frecuencia cardíaca (FC) se acompaña de un incremento significativo y paralelo de adrenalina y noradrenalina. También hay datos que demuestran que el estrés provoca la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, así como aumentos de la ACTH, cortisol y vasopresina. Estas respuestas hormonales pueden contribuir al aumento de las cifras de PA inducido por estrés. 3) Finalmente, también el sistema nervioso central y el periférico han sido implicados en la cascada de acontecimientos que determinan el aumento de la PA ante situaciones de estrés.

4.4.6. ESTILOS DE AFRONTAMIENTO AL ÉSTRES E HIPERTENSIÓN ARTERIAL

De igual manera, diversas investigaciones han señalado que al relacionar la hipertensión con el estrés, un significado determinante tienen las estrategias de afrontamiento que el sujeto emplea al enfrentar las situaciones estresantes. El afrontamiento es el proceso que pone en marcha el individuo para hacer frente a situaciones estresantes. Según *Lazarus R* y *Folkman S*, los modos de afrontamiento dependen principalmente de los recursos disponibles y de las limitaciones que puedan dificultar el uso de dichos recursos en el contexto de una interacción determinada.

Con el objetivo de conocer cuáles son las estrategias o estilos de afrontamiento más empleados por los pacientes hipertensos, se han realizado numerosas

investigaciones. *Clark R*, al estudiar el *coping* focalizado en el problema, encontró que está inversamente relacionado con las respuestas cardiovasculares y fue el más consistente predictor de estas en tareas de charlas estresantes, es decir, a mayor utilización de esta estrategia menor presión arterial. En relación con el *coping* focalizado en la emoción, encuentra que está relacionado de forma positiva con la respuesta cardiovascular: a mayor utilización del *coping* de focalización en los síntomas de ansiedad, mayor respuesta cardiovascular.

Por su parte, *Hans P*, *Schobel B* y *Grossa G*, en una investigación realizada con el objetivo de determinar la repercusión del estilo de *coping* focalizado en la emoción y sobre la presión arterial, observaron resultados contradictorios a los anteriores. Estudiaron 2 grupos de pacientes: uno compuesto por normotensos y el otro por hipertensos. Los resultados mostraron que los sujetos con exagerada reactividad en la presión arterial usaron menos estrategias de *coping* focalizado en la emoción que los sujetos sin reactividad arterial. Algunos autores plantean que el afrontamiento activo de tipo cognitivo ocasiona mayor reactividad cardiovascular con incremento en la presión y la tasa cardíaca, en comparación con el afrontamiento pasivo. Por su parte, *Suchday S* encontró que el uso de la capacidad cognitiva para suprimir la expresión de rabia incrementaba la presión diastólica, en contraste con las personas que no reprimían la rabia. Según *Coy TV* y *Mitchel D*, el *coping* represivo y la presión arterial muestran, desde hace tiempo, una correlación positiva entre ambas. Sin embargo, otros estudios no encontraron asociación significativa entre *coping* represivo y presión arterial elevada. Otro de los estilos de afrontamiento estudiados en relación con la HTA ha sido el defensivo. Algunos estudios encontraron que este tipo de *coping* defensivo estaba asociado con la elevación de la tasa cardíaca y el descenso en la expresión del afecto negativo. En relación con el estilo evitativo, en una investigación de *Colman CW*, *Weidner G* y *Messina CR* (1996), los sujetos que tenían alta puntuación en evitación mostraron que esta era mayor en la presión sistólica. Por otra parte, en el estudio de *González-Pinto* encontraron que la reactividad emocional y vegetativa (labilidad vascular) se relacionaba con los sujetos con conductas evitativas. La búsqueda de apoyo social es otra de las estrategias que

han sido estudiadas por su importancia. *Kornegay CJ*, basándose en los resultados de un estudio realizado, sostiene que la dosificación en la expresión de la rabia puede ser más beneficiosa que el incremento del apoyo social. Los datos de esta investigación sugieren que el estilo de expresión habitual de rabia, tanto hacia uno mismo como hacia el exterior, puede tener un efecto adverso en la presión sanguínea. *Cea JI* plantea que el sujeto hipertenso busca menos el apoyo emocional en los demás; se centra más en el comportamiento de tipo cognitivo y conductual que la población general y es mayor la actividad cognitiva; busca información para la solución de su problema, pero de modo cognitivo e ineficaz, ya que no hay transformación en conductas que solucionen su problema, queda la solución a nivel cognitivo y evita cualquier tipo de respuesta o solución al problema.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1. TIPO DE ESTUDIO

El presente estudio fue de tipo descriptivo, transversal y prospectivo.

5.2. AREA DE ESTUDIO Y TIEMPO

El presente estudio se lo realizó en Instituto Tecnológico Superior "Daniel Álvarez Burneo" ubicado en la Av. Daniel Álvarez y Orillas del Zamora; Colegio "La Inmaculada" ubicado en las calles Simón Bolívar y Vicente Rocafuerte; Colegio Experimental "Bernardo Valdivieso" localizado en la Av. Eduardo Kigman y calle Catamayo; en el periodo comprendido junio de 2013 a febrero de 2014

5.3. UNIVERSO

El universo estuvo conformado por los 610 docentes de las tres instituciones educativas de la ciudad de Loja en las cuales se dividen en: 180 profesionales del Instituto Superior Tecnológico "Daniel Álvarez Burneo"; 90 del Colegio "La Inmaculada", 340 del Colegio Experimental "Bernardo Valdivieso"

5.4. MUESTRA

5.4.1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Docentes diagnosticados con Síndrome de Burnout.
- Docentes sin diagnóstico previo de Hipertensión Arterial.

5.4.2. CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Docentes que no aceptaron entrar en el estudio.
- Docentes que presentaron ausencia del Síndrome de Burnout.
- Docentes con HTA diagnosticados anteriormente.

5.5. MÉTODO

El método utilizado fue el deductivo en el cual se desciende de lo general a lo particular, partiendo de enunciados de carácter universal y utilizando instrumentos científicos.

5.6. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica utilizada es la encuesta, como instrumento a la misma se realizó preguntas claras y concisas a través del Test de Maslach, además se utilizó la técnica para la toma de la tensión arterial.

5.7. PROCEDIMIENTO

Luego de la autorización por parte de las diferentes autoridades de las tres instituciones educativas de la ciudad de Loja mencionadas anteriormente se procedió a aplicar el Test a través Cuestionario de Maslach Burnout Inventory con previo consentimiento informado a cada uno de los docentes. Después se diagnosticó el Síndrome de Burnout a través del Test de MBI que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, el cual estuvo constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia las personas que están a su alrededor, cuya función es medir el desgaste profesional. El cuestionario Maslach se realizó dentro de 10 a 15 minutos y midió los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, y, realización personal.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definieron el síndrome.

CATEGORIZACIÓN DE PUNTAJES DEL MBI			
COMPONENTE	**BAJO**	**MODERADO**	**ALTO**
DESGASTE EMOCIONAL	<16	17-26	>27
DESPERSONALIZACIÓN	<6	7-12	>13
REALIZACIÓN PERSONAL	>39	38-32	<31

Después de detectar la presencia del Síndrome de Burnout y de descartar los docentes que tienen HTA Arterial diagnosticada con anterioridad, se procedió al registro de tensión arterial al resto de docentes tomando valores de referencia según The Seventh Report of the Joint National Committee on

Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - JNC 7, de los EE.UU.), con la toma de las cifras de presión arterial por 3 días a la semana.

CATEGORÍA	PAS (MMHG)	PAD (MMHG)
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSIÓN	120 - 139	80 – 89
HIPERTENSIÓN		
ESTADIO 1	140 - 159	90 – 99
ESTADIO 2	mayor o igual a 160	mayor o igual a 100

5.7.1. Técnica de la toma de presión arterial

- El docente asistió a los controles dentro de la institución educativa previo acuerdos a por lo menos 30 minutos antes de cada medición de no haber consumido productos cafeinados, refrescos, gaseosas, o fumar.
- Colocarse en una posición cómoda con un buen soporte para la espalda, su brazo descubierto y flexionado a la altura del corazón.
- Descanso de 5 minutos antes de medir la presión arterial.
- Palpación del pulso de la arterial humeral
- Utilización del brazalete (manguito de compresión) de tamaño adecuado, asegurando una medición precisa. La cámara de aire debe cubrir al menos el 3/4 partes de la longitud del brazo y al menos el 80% de la circunferencia del brazo por encima de tres a cuatro centímetros sobre el pliegue del codo.
- Colocación del fonendoscopio
- Insuflación de la pera de goma

- A través del fonendoscopio se escuchó la aparición del primer ruido, el cual define la presión sistólica y el último ruido mide la presión diastólica.
- Registro de los valores de tensión arterial.
- Cada medición se realizó con planificación para tomar cifras de tensión arterial por lo menos tres días a la semana a cada docente.

Una vez realizada la recolección de datos se procedió a realizar el procesamiento de resultados, con la información del instrumento utilizado que fue procesada y resumida en tablas estadísticas, de frecuencia y porcentaje (%) para su ulterior análisis, y se elaboraron gráficos para cada uno de los cruces de variables, posteriormente se elaboraron tablas y gráficos con el programa computarizado Microsoft Excel con el respectivo análisis y por último se redactó el informe final el mismo que va a ser sometido a revisión por la directora de tesis Dra. Lucía Ludeña y posteriormente corregido para que sea el jurado asignado el que dé su aprobación al presente trabajo investigativo.

5.8. TABULACIÓN DE DATOS

La tabulación de datos se realizó por medio de tablas de frecuencia y porcentaje más los gráficos correspondientes con sus respectivos análisis elaborados en el programa Excel.

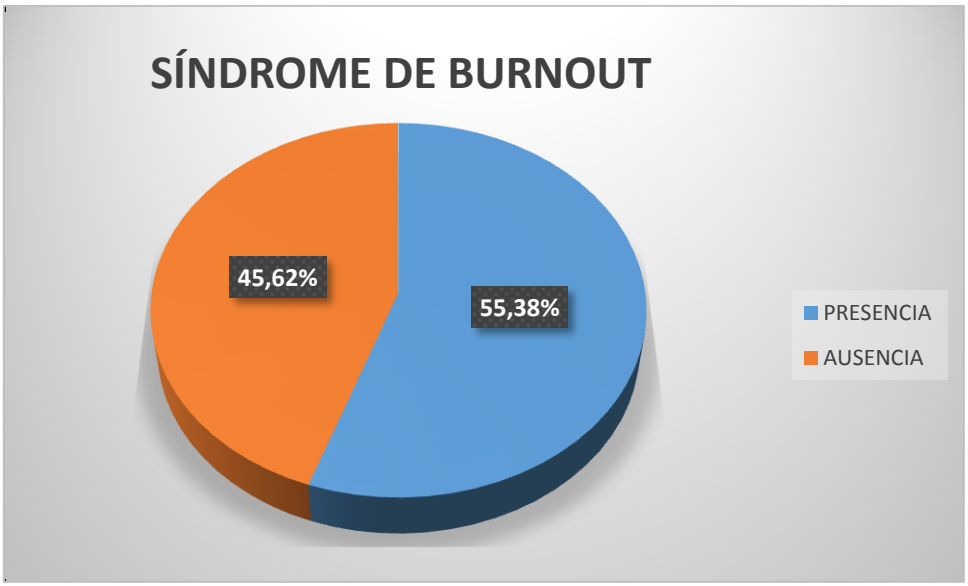
6. RESULTADOS

PRESENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS DOCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNÓLOGICO "DANIEL ÁLVAREZ BURNEO" COLEGIO "LA INMACULADA", COLEGIO EXPERIMENTAL "BERNARDO VALDIVIESO"

TABLA N° 1

SINDROME DE BURNOUT	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENCIA	139	55,38
AUSENCIA	112	44,62
TOTAL	251	100

GRAFICO N° 1



FUENTE: Encuestas
ELABORADO: Claudia Lucia Cango Cango.

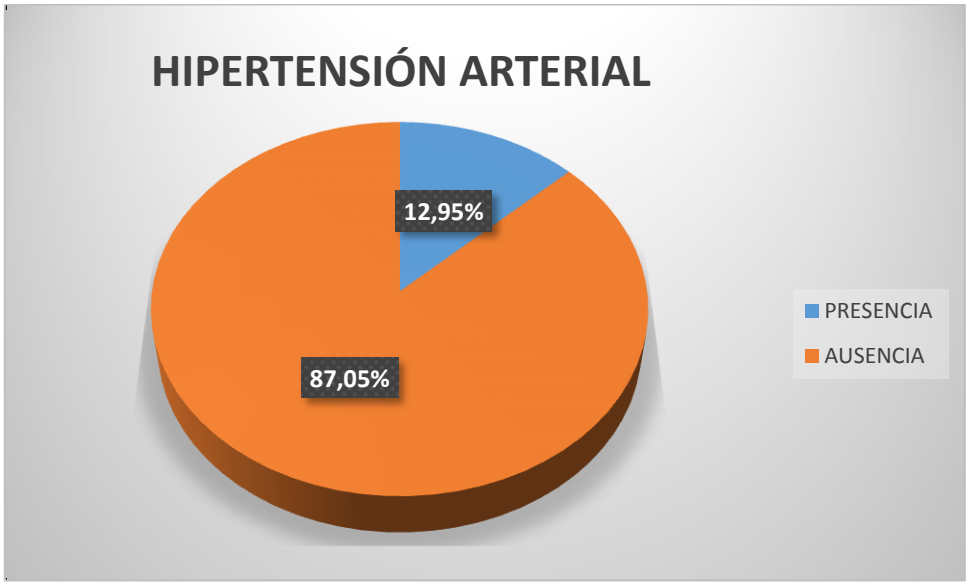
De los 251 docentes que participaron en el estudio el 55,38% presentan Síndrome de Burnout mientras que el 44,62%% no manifiestan dicho síndrome.

SINDROME DE BURNOUT E HIPERTENSION ARTERIAL EN LOS DOCENTES DEL INSTITUTO SUPERIOR TECNÓLOGICO "DANIEL ÀLVAREZ BURNEO" COLEGIO "LA INMACULADA", COLEGIO EXPERIMENTAL "BERNARDO VALDIVIESO"

Tabla N°2

HIPERTENSIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE
PRESENCIA	18	12,95
AUSENCIA	121	87,05
TOTAL	139	100

Grafico N°2



FUENTE: Encuestas
ELABORADO: Claudia Lucia Cango Cango

Del total de la muestra de 139 docentes que presentan el Síndrome de Burnout, el 12,95 % de ellos, se evidencia Hipertensión Arterial, en tanto que el 87,05% no tiene esta patología.

7. DISCUSIÓN

El Síndrome de Burnout y la Hipertensión Arterial en docentes de educación media no es un tema con estudios publicados en la localidad, lo que limita el contrastar resultados, pero se ha podido tener algunos datos importantes de investigaciones publicadas a nivel internacional que a continuación se detallan.

En el presente estudio realizado en algunas instituciones educativas importantes de la ciudad de Loja, se estableció que el Síndrome de Burnout se encuentra presente en el 55,38% de los docentes estudiados, porcentaje que está en relación a la epidemiología del Síndrome de Desgaste Profesional en el mundo, por ejemplo tenemos el estudio realizado en profesores de preparatoria de Guadalajara, Jalisco, México por parte de María Guadalupe Aldrete Rodríguez (2012), en donde concluye que el 50,4 % de los docentes presentó el Síndrome de Burnout; siendo similar a los valores encontrados en la presente investigación además se estudió los resultados de Andrea C. Padilla (2009) en su investigación denominada “Prevalencia y características del Síndrome de Agotamiento Profesional (SAP) en docentes de tres colegios públicos de Bogotá (Colombia)” quien encontró que el Síndrome de Agotamiento Profesional tiene una prevalencia de 15,4% para los docentes y que podría aumentar a 29,7% en los próximos años, valores que se acercan a la realidad local.

Finalmente de los datos obtenidos se encuentra que la Hipertensión Arterial se presenta en un 12,95% de los docentes que tienen el Síndrome de Burnout, mencionado, resultado que no está muy distante con otros demostrados a nivel

mundial, así por ejemplo se relaciona con los de Benítez Olascoaga Ernestina (2014), “a través de La Inteligencia Emocional: Un antídoto para el estrés laboral de los docentes” en la Escuela Normal de Tejupilco México, en donde indica que varias de la razones por las que asisten los docentes al médico es por presentar cifras de tensión elevada con el 26,83%. La Facultad de medicina de la UNAM en México a través de Clara Ivette Hernández (2009) dio su publicación del análisis en profesionales pensando que el Síndrome de Burnout sólo repercutía en el ámbito psicológico, pero además identificó que afectan a nivel social, familiar, institucional pero sobre todo en la salud física del profesional presentando el 32% de Hipertensión Arterial, no está demás concluir que Claudia Real (2009), demuestra en el estudio realizado en docentes en Santiago de Chile en donde aproximadamente el 14% presentó tensión alta lo cual incidió en ausencia laboral por licencia médica, mostrando bajo rendimiento profesional y afectación física, valor que concuerda cercanamente con el presente estudio.

8. CONCLUSIONES

Luego de realizada la tabulación y el respectivo análisis del presente trabajo investigativo, se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El Síndrome de Burnout está presente en el 55,38% de los docentes.
2. La Hipertensión Arterial se manifestó en el 12,95% de los docentes con Síndrome de Burnout.
3. Se estableció que existe una asociación baja entre la Hipertensión Arterial desarrollada por un 12,95% de los docentes que fueron identificados con el 55,38% del Síndrome de Desgaste Profesional.
4. Se elaboró el plan educativo para minimizar la presencia del Síndrome de Burnout.

9. RECOMENDACIONES

En el presente trabajo investigativo se puede considerar las siguientes recomendaciones:

1. Realizar investigaciones a futuro con mayor población docente para observar la tendencia y comportamiento del Síndrome de Burnout y el desarrollo de Hipertensión Arterial.
2. Aplicar el plan educativo propuesto para evitar la aparición del Síndrome de Burnout con la finalidad de disminuir cifras de tensión alta en los docentes y evaluar su aplicación en un mes.
3. Realizar controles médicos oportunos al personal docente de las Unidades Educativas de la ciudad con la finalidad de prevenir la tensión laboral y el deterioro físico-emocional y a su vez brindar salud integral de calidad.

PLAN EDUCATIVO PARA EVITAR LA APARICIÓN DEL SINDROME DE BURNOUT

Las siguientes directrices tienen el **objetivo** principal de **reducir**, de manera significativa, **niveles de tensión arterial** y el **Síndrome de Burnout** durante el periodo comprendido entre en 8 sesiones de las cuales se realizará 2 sesiones por semana escogiendo los días apropiados que serían miércoles y viernes, en un horario flexible a su planificación que en este caso sería optimo trabajarlo al medio día de 13h00 a 14H00 con una duración de 1 hora por sesión; este plan es exclusivo en pacientes sometidos a factores estresantes que causan altos niveles de ansiedad y depresión reflejándose en la baja calidad de educación brindada y el ausentismo laboral; se aplicará al grupo de docentes que presenten niveles de tensión altos además en primera instancia se solicitara la autorización pertinente a cada uno de los participantes.

- Se llevará a cabo dentro de las áreas recreativas de cada institución con grupos de dos a cuatro docentes por cada sesión.
- Se toma nombre y registro de la presión arterial en la primera y última sesión.
- La técnica básica y esencial a utilizar será: Técnica cognitiva-conductual siendo la más apropiada para nuestros objetivos principales.
- Al final de cada sesión el participante expresará sus dudas y sus expectativas con una duración de 5 a 8 minutos.
- El plan está sujeto a modificaciones de acuerdo a la conveniencia de cada profesional de la salud.
- **Durante todas las sesiones se dará mayor importancia a:**
  - Promoción de estilos saludables de vida saludables con una duración de 15 minutos.
    - **Alimentación sana:** Aumentar a su dieta diaria:
      - Desayuno: Jugos naturales sin endulzante de ninguna naturaleza, agua aromática, de preferencia agua de flor de Jamaica, una porción de tostada, leche descremada, queso bajo en grasa y

sal, huevo (clara). Frutas de preferencia: Kiwi, banano, melón, naranja, limón, mandarina, manzanas. Batidos de fruta con yogurth natural, se puede añanadir granola, avena, trigo, linasa.

- Almuerzo: Un solo carbohidrato en cada plato de preferencia plátano, yuca, papa, acompañando de carne: de preferencia pollo o pescado con una porción de ensalada fría de cualquier vegetal a su gusto sin añadir mayonesa o embutidos, carne de pollo criollo o pescado fresco. Sopas de preferencia de verduras, o granos frescos.
- Cena: Ligera de una pequeña porción de galletas bajas en sal y grasas que se acompañe de bebidas aromáticas sin azúcar.
- Eliminar de toda la dieta el consumo de carnes rojas las cuales se pueden reemplazar por carne de soya, no consuma de alimentos fritos ni snacks.

- **Actividad Física:** Caminata diaria de 30 minutos aproximadamente o realización de alguna actividad física a gusto del docente por ejemplo: Realizar natación, correr, jugar indor, volley, basketball, bailoterapia, gimnasia, aerobicos. Se sugiere realizarlo en los horario matutino, por la menor contaminación ambiental que existe, por ejemplo de 4am a 5am o de 5am a 6am

- **Entrenamiento en relajación a través de:**
  - Relajación progresiva de Jacobson (Duración de aproximadamente 15 minutos).- Esta técnica busca enseñar a las personas a concentrarse en las sensaciones provocadas por la contracción y relajación de pequeños grupos musculares. Consiste en: Sentarse en una silla confortable. Ponerse tan cómodo como sea posible (no utilizar zapatos o ropa apretada) y no cruzar las piernas. Hacer una respiración profunda completa; hacerlo lentamente. Otra vez. Después alternativamente tensar y relajar grupos específicos de músculos. Después de tensionar un músculo, este se encontrara más relajado que antes de aplicar la tensión. Se debe concentrar en la sensación de los músculos, específicamente en el contraste entre la tensión y la

relajación. Con el tiempo, se reconocerá la tensión de un músculo específico y de esta manera serán capaces de reducir esa tensión. No se deben tensar músculos distintos que el grupo muscular que se está trabajando en cada paso. No mantener la respiración, no apretar los dientes o los ojos. Respirar lentamente y uniformemente y pensar solo en el contraste entre la tensión y la relajación. Cada tensión debe durar unos 10 segundos; cada relajación otros 10 o 15 segundos. Contar "1, 2, 3 " Hacer la secuencia entera una vez al día hasta sentir que se es capaz de controlar las tensiones de los músculos.

- **Manos**.- Apretar los puños, se tensan y destensan. Los dedos se extienden y se relajan después. (30 segundos)
- **Bíceps y tríceps**.- Los bíceps se tensan (al tensar los bíceps nos aseguramos que no tensamos las manos para ello agitamos las manos antes después relajamos dejándolos reposar en los apoyabrazos. Los tríceps se tensan doblando los brazos en la dirección contraria a la habitual, después se relajan. (1 minuto)
- **Hombros**.- Tirar de ellos hacia atrás y relajarlos. (1 minuto)
- **Cuello lateral**.- Con los hombros rectos y relajados, doblar la cabeza lentamente a la derecha hasta donde se pueda, después relajar. Hacer lo mismo a la izquierda. (1 minuto)
- **Cuello (hacia adelante)**. Llevar el mentón hacia el pecho, después relajarlo. (Llevar la cabeza hacia atrás no está recomendado). (1 minuto)
- **Boca (extender y retraer)**. Con la boca abierta, extender la lengua tanto como se pueda y relajar dejándola reposar en la parte de abajo de la boca. Llevar la lengua hasta tan atrás como se pueda en la garganta y relajar, por varias ocasiones. (1 minuto)
- **Boca (apertura)**. Abre la boca cuanto sea posible; cuidado en este punto para no bloquear la mandíbula y relajar. (1 minuto)
- **Lengua (paladar y base)**. Apretar la lengua contra el paladar y después relajar. Apretarla contra la base de la boca y relajar. (1 minuto)

- **Ojos**. Abrirlos tanto como sea posible y relajar. Estar seguros de que quedan completamente relajados, los ojos, la frente y la nariz después de cada tensión. (1 minuto)
- **Respiración**. Respira tan profundamente como sea posible; y entonces toma un poquito más; espirar y respirar normalmente durante 15 segundos. Después espira echando todo el aire que sea posible; entonces espirar un poco más; respira y espira normalmente durante 15 segundos por 4 períodos
- **Espalda**. Con los hombros apoyados en el respaldo de la silla, tirar tu cuerpo hacia adelante de manera que la espalda quede arqueada; relajar. (1 minuto)
- **Glúteos**. Tensa y eleva la pelvis fuera de la silla; relajar. Aprieta las nalgas contra la silla; relajar. (1 minuto)
- **Muslos**. Extender las piernas y elevarlas 10 cm. No tenses el estómago; relajar. Apretar los pies en el suelo; relajar. (1 minuto)
- **Estómago**. Tirar de él hacia dentro tanto como sea posible; relajar completamente. Tirar del estómago hacia afuera; relajar. (1 minuto)
- **Pies**. Apretar los dedos (sin elevar las piernas); relajar. Apuntar con los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar. (1 minuto)
- **Dedos**. Con las piernas relajadas, apretar los dedos contra el suelo; relajar. Arquear los dedos hacia arriba tanto como sea posible; relajar. (30 segundos)

Todos estos ejercicios en el tiempo sugerido, por varias ocasiones.

- **Relajación por respiración:** Entrenar a los docentes acerca de la respiración abdominal en la cual se basa en el movimiento del diafragma, que al bajar hacia el vientre succiona aire a los pulmones y al subir hacia éstos expulsa el aire, repetir por varias ocasiones. (3minutos)
- **La Respiración Profunda.-** Método de autocontrol eficaz. Produce efectos fisiológicamente tan beneficiosos como los que provoca la relajación. La postura para el aprendizaje será cómodamente sentado.

Se inspirará suave y lentamente por la nariz (3-4 s), se notará cómo se llenan los pulmones y cómo estómago y abdominales salen hacia fuera. Se mantiene el aire dentro (2-3 s) y espira muy lentamente por la boca (4-5 s) hasta eliminar completamente el aire de los pulmones. Se repite el ciclo 5 veces, descansando unos minutos, y realizando después 5 ciclos de inspiración-expiración más. El momento oportuno para practicarla es justo después del entrenamiento en relajación. Obteniéndose los mejores resultados. La respiración, para ser útil, tiene que convertirse en un instrumento de fácil uso. Por ello, se debe practicar en situaciones cada vez más reales, pasando después, como en la relajación, a situaciones menos confortables que nos producen emociones negativas

Desde la **cuarta hasta la última sesión** se trabajará con los participantes en un proceso de identificación y evaluación de sus cogniciones, con el fin de que éstos comprendieran el impacto negativo de ciertos pensamientos sobre sus emociones y conductas, enseñándoles a sustituirlos por otros más adaptativos. El primer paso para comprender la utilidad de esta técnica es reconocer la importancia que tiene aquello que se piensa en las emociones y en la manera de actuar. Las personas tienden a interpretar de forma diferente una situación conflictiva. Estas variaciones dependen de factores individuales (las experiencias anteriores, los propios miedos, las expectativas personales, etc.). Las maneras diferentes de ver una situación llevan a sentir diferentes emociones (miedo, seguridad, etc.) y a que las formas de comportarse ante la situación también varíen. La forma en que se interpreta una situación influye de forma determinante sobre cómo se vive y por lo tanto sobre el estrés y la ansiedad que se padece. No se trata de interrogar ni de seguir el procedimiento al pie de la letra sino, en el contexto de una conversación normal, introducir preguntas, de tanto en tanto, para ayudar a reflexionar. Por ejemplo:

- ¿De qué manera le está afectado la carga horaria y laboral en su salud?
- ¿Cuáles son sus propuestas para mejorar mencionadas situaciones?

- ¿Será posible que en conjunto podamos elaborar un plan para mejorar la calidad de vida dentro de la institución?

  Aquello representa a un dialogo fluido de acuerdo a la confianza que se desarrolló entre el médico y el paciente. Esto tiene una duración aproximada de 30 minutos

Entre la **primera y tercera** sesión se enseñara a los pacientes a reconocer los diversos factores de riesgos para adquirir la Hipertensión Arterial y la influencia de las variables psicosociales sobre esta enfermedad. Cuyo objetivo es aprender a reconocerlos y afrontarlos con prontitud para evitar la aparición de esta patología (Duración de aproximadamente 15 minutos)

- **Factores Hereditarios (Historia Familiar)**

Está demostrado que una de las condiciones para padecer de Hipertensión es la historia familiar (herencia). Si los padres o parientes cercanos han tenido presión arterial alta, es común que aparezca la enfermedad en algún momento de la vida, además puede pasar este factor de riesgo a los hijos. Por eso es importante que los niños y adultos con historia familiar de Hipertensión, se realicen chequeos regulares mediante equipos de tensión arterial avalados por la Asociación Americana del Corazón. No es posible eliminar la historia familiar, pero se puede trabajar para vivir una vida saludable y reducir este factor de riesgo. Tener una vida saludable ha permitido que muchas personas con antecedentes familiares de Hipertensión no padezcan esta enfermedad o la controlen fácilmente

- El **sobrepeso** aumenta las probabilidades de desarrollar presión arterial alta. Un índice de masa corporal entre 25 y 30 se considera sobrepeso. Un índice de masa corporal superior a 30 se considera obesidad. El exceso de peso aumenta la presión sobre el corazón, aumenta el colesterol en la sangre y los niveles de triglicéridos. Perder peso puede ayudar a disminuir el riesgo de sufrir presión arterial alta.

- Estilos de vida inapropiados dentro de ellos destacamos los factores psicosociales como por ejemplo (El estrés laboral, drogas, alcohol, cigarrillo, mala alimentación, sedentarismo)

Un estilo de vida sedentario aumenta el riesgo para tener presión arterial alta, enfermedad cardíaca, enfermedad de los vasos sanguíneos y accidente cerebrovascular. La inactividad física también conduce al sobrepeso o la obesidad.

La alimentación rica en calorías, grasas y azúcares, contribuye directamente a la mala salud así como a desarrollar obesidad. Además, se ha demostrado científicamente que existe una relación directa en la aparición de la Hipertensión cuando se consume demasiada sal. Una dieta diaria que contenga abundantes nutrientes y fibras pero a la vez, pocas calorías, grasas, sal y azúcares puede ayudar a protegerse de la Hipertensión.

- Las situaciones vitales y el estrés pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo y mantenimiento de la Hipertensión Arterial. Estos factores sicológicos se sumarían a otros factores como el tabaquismo o a los derivados de la dieta como la obesidad o la ingesta de sal en exceso.

El estrés crónico puede provocar Hipertensión a través de múltiples vías:

- Aumentando el gasto cardíaco de origen simpático
- Disminuyendo la actividad vagal
- Aumentando los niveles de catecolaminas
- Potenciando el sistema renina angiotensina aldosterona o disminuyendo la sensibilidad del reflejo barorreceptor

La actividad laboral se asocia a incrementos en los valores medios de presión arterial que pueden o no atravesar el umbral de Hipertensión.

Se ha comprobado que la respuesta puede ser diferente en hombres y mujeres trabajadores. Mientras que el varón se ve más afectado por las demandas profesionales y situaciones de agresividad o ira contenidas, la mujer, sobre todo si es además madre de familia, presentaría mayor respuesta al estrés doméstico que al que manifestaba durante el trabajo. Algunos subgrupos de personas con

antecedentes familiares de Hipertensión podrían resultar más sensibles al efecto del estrés y contribuir éste al desarrollo de Hipertensión en el futuro.

10. BIBLIOGRAFÍA

1.- Carlin, M. (2010). El síndrome de burnout: evolución histórica desde el... Retrieved from http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf.

2.- (2013). el síndrome de burnout. evolución conceptual y estado ... Retrieved September 22, 2014, from http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf.

3.- Carlin, M. (2010). El síndrome de burnout: evolución histórica desde el ... Retrieved from http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf.

4.- (2013). BURNOUT.pdf - Google Docs. Retrieved September 23, 2014, from https://docs.google.com/document/d/15GHpAPnEzxx3UyrSmTxYyYMcXQvO6MQxY0lt9ek8KM/edit?usp=sharing.

5.- Álvarez, RF. "El síndrome de burnout: síntomas, causas y ... - Cegesti." 2011. <http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf>

6.- (2009). Síndrome de burnout o síndrome de quemarse por el trabajo. Retrieved September 22, 2014, from http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_3.shtml.

7.- el síndrome de burnout. evolución conceptual y estado ..." 2013. 22 Sep. 2014 <http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

8.- Álvarez, RF. "artículo completo - Cegesti." 2011. <http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf>

9.- 2013). BURNOUT.pdf - Google Docs. Retrieved September 23, 2014, from https://docs.google.com/document/d/15GHpAPnEzxx3UyrSmTxYyYMcXQvO6MxY0lt9ek8KM/edit?usp=sharing.

10.- Cuando se quema el profesorado de secundaria?. Retrieved September 22, 2014, from http://books.google.com/books?id=GlsDrAw_kYIC&pg=PA67&lpg=PA67&dq=Cuando+se+quema+el+profesorado+de+secundaria%3F+modelo+tridimensional&source=bl&ots=KeKqkW__yF&sig=JlEx_F07mJUW5hLSAob8IGAz0vg.

11- "Matematica Emocional - Free Download - Ebookbrowse.com." 2014. 22 Sep. 2014 <http://ebookbrowsee.net/ma/matematica-emocional>

12.- El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales." 2012. 25 Sep. 2014 <https://www.dival.es/bienestar-social/sites/default/files/sindrome-quemarse-por-el-trabajo-en-servicios-sociales.pdf>

13.- Cuando se quema el profesorado de secundaria?. Retrieved September 22, 2014, from http://books.google.com/books?id=GlsDrAw_kYIC&pg=PA67&lpg=PA67&dq=Cuando+se+quema+el+profesorado+de+secundaria%3F+modelo+tridimensional&source=bl&ots=KeKqkW__yF&sig=JlEx_F07mJUW5hLSAob8IGAz0vg.

14.- "el síndrome de burnout. evolución conceptual y estado ..." 2013. 22 Sep. 2014<http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf>

15.- Moreno-Jiménez, B. (2014). Desgaste profesional (burnout), - Universidad Autónoma de... Retrieved from https://www.uam.es/gruposinv/esalud/Articulos/Personalidad/Desgaste%20profesional-personalidad-y-salud-percibida.pdf.

16.- 2013). Calidad de Vida y Salud Ocupacional en Organizaciones ... Retrieved September 22, 2014, from http://www.academia.edu/2564322/Calidad_de_Vida_y_Salud_Ocupacional_en_Organizaciones_Educativas

17.- (2013). el síndrome de burnout. evolución conceptual y estado ... Retrieved September 22, 2014, from http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf.

18.- Vega, M. (2008). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o ... Retrieved from http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf.

19.- Esteve, E. (2008). NTP 732: Síndrome de estar quemado por el trabajo "Burnout." Retrieved from http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_732.pdf.

20.- Duarte, J. (2012). 4. Estudio de validez factorial del síndrome de Burnout y... Retrieved from

http://alternativas.me/index.php/agosto-septiembre-2012/7-estudio-de-validez-factorial-del-sindrome-de-burnout-y-engagement-en-estudiantes universitarios-de-ingenieria.

21.- Álvarez, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y ... - Cegesti. Retrieved from http://www.cegesti.org/exitoempresarial/publicaciones/publicacion_160_160811_es.pdf.

22.- González, N. (2011). Síndrome de Desgaste Profesional en el Personal de... Retrieved from http://www.incan.org.mx/revistaincan/elementos/documentosPortada/1294868497.pdf.

23.- JIMÉNEZ, VM. "Influencia del dominio afectivo en el aprendizaje de las..." 2013. <http://www.eweb.unex.es/eweb/dcem/Capitulo10.pdf>

24.- (2011). Burnout en el colectivo docente - Google Books. Retrieved from http://books.google.com/books/about/Burnout_en_el_colectivo_docente.html?id=aHmC8SwGWN8C.

25.- Ramírez Pérez, M. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al ... Retrieved from http://polis.revues.org/677.

26.- Ramírez Pérez, M. (2010). Variables organizacionales y psicosociales asociadas al ... Retrieved from http://polis.revues.org/677.

27.- Moreno-Jiménez, B. (2001). LA EVALUACION DEL BURNOUT PROFESIONAL ... - Integra. Retrieved from http://www.integraorg.com/wp-content/docs/La%20Evaluacion%20del%20Burnout%20Profesional.pdf.

28.- (2013). el síndrome de burnout. evolución conceptual y estado ... Retrieved September 25, 2014, from

http://pendientedemigracion.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/PDFs/Anbelacop.pdf.

29.- Torres, C. (2009). ¿Estrés o burnout? - Centro de Documentación sobre... Retrieved from http://www.documentacion.edex.es/docs/1504ISIage.pdf

30.- Moscoso, M. (2009). de la mente a la celula: impacto del estres en ... - Redalyc. Retrieved from http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924008.

31.- (2003). Síndrome de estrés crónico - Psiquiatria.com. Retrieved September 25, 2014, from
http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa25/conferencias/25_ci_b4.htm.

32.- Moscoso, M. (2009). de la mente a la celula: impacto del estres en ... - Redalyc. Retrieved from http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=68611924008.

11. ANEXOS

“UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA”

Área de la Salud Humana

MEDICINA HUMANA

SÍNDROME DE BURNOUT COMO FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Fecha: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

ANAMNESIS

DATOS FILIACIÓN:

- Edad: _____
- Sexo: MASCULINO ( ) FEMENINO ( )
- Raza: _____
- Estado civil: _____
- Instrucción: _____
- Ocupación: _____Años que cursa en su ocupación:_____
- Religión: _____

ANTECEDENTES PATOLÓGICOS PERSONALES:

- Hipertensión Arterial : Si ( ) Tiempo desde que fue diagnosticada_____ No ( )

TEST DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH BURNOUT INVENTORY

DÍGNESE LLENAR EL SIGUIENTE INSTRUMENTO CON ABSOLUTO APEGO A LA VERDAD. SU COLABORACIÓN ES MUY IMPORTANTE PARA LEVANTAR UN DIAGNÓSTICO SOBRE LA SALUD HUMANA DEL PERSONAL DOCENTE QUE LABORA EN LA CIUDAD DE LOJA.

Frente a cada ítem marque con una X según corresponda.

ENUNCIADO	Nunca	Pocas veces al año	Una vez al mes	Pocas veces al mes	Una vez a la semana	Pocas veces a la semana	Todos los días
1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2.- Me siento cansado emocionalmente al final de la jornada de trabajo.							
3.- Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo							

que ir a trabajar.							
4.- Trabajar todo el día con mucha gente me resulta cansado.							
5.- Siento que mi trabajo me está desgastando.							
6.- Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo.							
7.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.							
8.- Trabajar directamente con personas me produce cansancio.							
9.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.							
10.- Creo que trato a los alumnos y padres de familia de una manera apática.							
11.- Siento que soy insensible con mis alumnos y padres de familia.							

12.- Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
13.- Siento que no me importa lo que les ocurre a mis alumnos.							
14.- Me parece que los alumnos, padres de familia y compañeros de trabajo me culpan de alguno de sus problemas.							
15.- Comprendo fácilmente como se sienten los demás.							
16.- Trato con mucha eficacia los problemas de los alumnos							
17.- Estoy influyendo positivamente en la vida de las personas con mi trabajo							
18.- Me siento con mucha energía en mi trabajo.							
19.- Puedo crear fácilmente un clima agradable							

con mis alumnos.							
20.- Me siento estimulado después de haber trabajado conjuntamente con mis alumnos.							
21.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.							
22.- En mi trabajo, los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.							

Los datos obtenidos serán de uso exclusivo para el tesista los cuales serán aplicados en su investigación.

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

VALORES REFERENCIALES

0 = nunca; 1 = pocas veces al año; 2 = Una vez al mes; 3 = pocas veces al mes o menos; 4 = Una vez a la semana; 5 = Pocas veces a la semana; 6 = todos los días

ROMAR