



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Facultad de Filosofía, Letras & Ciencias de la Educación
Escuela de Psicología Clínica

ESTUDIO DEL SÍNDROME DE BURNOUT, EN EL PERSONAL DE INTERNOS(AS) ROTATIVOS(AS) DE MEDICINA, DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA, QUE LABORAN EN EL HOSPITAL REGIONAL: "VICENTE CORRAL MOSCOSO", PERIODO 2009 - 2010.

TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
PSICOLOGO CLÍNICO.

- **Director:**

Dr. Juan Aguilera Muñoz.

- **Autor:**

Marcelo Vinicio Pulgarín Tandazo.

Agradecimientos

Expreso mi gratitud imperecedera a mi director de tesis, tutores y maestros quienes me han sabido orientar durante mi proceso de formación profesional de pregrado; pero, muy especialmente, a Dios.

Dedicatoria

A mi familia, a todos, por su apoyo incondicional, hasta el final. A mis buenos amigos(as) por su paciencia y empuje en esos momentos difíciles. A mis tutores(as) por soportar mis incoherencias estudiantiles y otras cosas innombrables. Y, principalmente, a Dios por creer, enseñarme e indicarme por qué estoy aquí.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Pág.

Portada.....	i
Agradecimientos.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	vi
Índice de gráficos.....	vii
Síntesis.....	ix
Abstract.....	x
Introducción.....	1
Capítulo I – Burnout	
• Estrés.....	3
• ¿Qué es el estrés laboral?.....	4
• Estrés laboral en las instituciones públicas.....	4
• Evolución del síndrome.....	5
• Burnout.....	5
• Trastornos asociados.....	10
Capítulo II – Diseño Metodológico	
• Antecedentes.....	14
• Objetivos.....	14
• Metodología.....	14
Capítulo III – Análisis e Interpretación de los Resultados	
• Generalidades.....	18
• Presentación de los resultados generales.....	18
• Análisis e interpretación de resultados: MBI.....	21
• Análisis e interpretación de los resultados: variables de estudio.....	24

• Conclusiones del estudio	49
• Recomendaciones del estudio.....	50
Capítulo IV – Programa de Intervención	
• Alternativas para controlar el estrés hospitalario.....	52
• Técnicas de intervención psicoterapéutica:	52
• La importancia de modificar el ambiente de trabajo.....	53
Conclusiones y recomendaciones.....	54
Referencias bibliográficas.....	58
Anexos.....	60
• Escala de Alexitimia.....	61
• Escala de Maslach.....	63
• Artículo: El interno de Medicina.....	65

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

• Tabla No. 1 – Muestra de Estudio (sexo).....	18
• Tabla No. 2 – Muestra de Estudio (edad).....	19
• Tabla No. 3 – Área de trabajo.....	19
• Tabla No. 4 – Tiempo de trabajo.....	20
• Tabla No. 5 – Horas de trabajo diarias (20 a 30 horas).....	21
• Tabla No. 6 – Subescala AE (MBI).....	21
• Tabla No. 7 – Subescala RP (MBI).....	22
• Tabla No. 8 – Subescala D (MBI).....	23
• Tabla No. 9 – Femenino MBI.....	24
• Tabla No. 10 – Masculino MBI.....	25
• Tabla No. 11 – Resultados Totales Edad MBI: 20 – 22 años.....	27
• Tabla No. 12 – Resultados Totales MBI Edad 23 - 25 años.....	29
• Tabla No. 13 – Resultados Totales MBI Pediatría.....	31
• Tabla No. 14 – Resultados Totales MBI Clínica.....	33
• Tabla No. 15 – Resultados Totales MBI Cirugía.....	35
• Tabla No. 16 – Resultados Totales MBI Ginecología.....	37
• Tabla No. 17 – Resultados Totales MBI Sin datos.....	39
• Tabla No. 18 – Resultados Totales MBI - Tiempo de Trabajo: 0 a 4 meses.....	41
• Tabla No. 19 – Resultados Totales MBI tiempo 5 -8 meses.....	43
• Tabla No. 20 – Resultados Totales MBI tiempo 8 – 12 meses.....	45
• Tabla No. 21 – Muestra de Estudio tiempo sin datos.....	47

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Pág.

• Gráfico No. 1 Sexo.....	18
• Gráfico No. 2 Edad.....	19
• Gráfico No. 3 Área de Trabajo.....	19
• Gráfico No. 4 Tiempo de Trabajo.....	20
• Gráfico No. 5 Horas de Trabajo Diarias.....	21
• Gráfico No. 6 Subescala AE (MBI).....	22
• Gráfico No. 7 Subescala RP (MBI).....	22
• Gráfico No. 8 Subescala RP (MBI).....	23
• Gráfico No. 9 Femenino MBI AE.....	24
• Gráfico No. 10 Femenino MBI RP.....	24
• Gráfico No. 11 Femenino MBI D.....	25
• Gráfico No. 12 Masculino MBI AE.....	26
• Gráfico No. 13 Masculino MBI RP.....	26
• Gráfico No. 14 Masculino MBI D.....	27
• Gráfico No. 15 Edad MBI, Subescala AE: 20 – 22 Años.....	28
• Gráfico No. 16 Edad MBI, Subescala RP: 20 – 22 Años	28
• Gráfico No. 17 Edad MBI, Subescala D: 20 – 22 Años.....	29
• Gráfico No. 18 Edad MBI, Subescala AE: 23 – 25 Años	29
• Gráfico No. 19 Edad MBI, Subescala RP: 23 – 25 Años	30
• Gráfico No. 20 Edad MBI, Subescala D: 23 – 25 Años	30
• Gráfico No. 21 Área MBI, Subescala AE: Pediatría	31
• Gráfico No. 22 Área MBI, Subescala RP: Pediatría	32
• Gráfico No. 23 Área MBI, Subescala D: Pediatría	32
• Gráfico No. 24 Área MBI, Subescala AE: Clínica	33
• Gráfico No. 25 Área MBI, Subescala RP: Clínica	34
• Gráfico No. 26 Área MBI, Subescala D: Clínica	34
• Gráfico No. 27 Área MBI, Subescala AE: Cirugía.....	35
• Gráfico No. 28 Área MBI, Subescala RP: Cirugía	36
• Gráfico No. 29 Área MBI, Subescala D: Cirugía	36

• Gráfico No. 30 Área MBI, Subescala AE: Ginecología.....	37
• Gráfico No. 31 Área MBI, Subescala RP: Ginecología.....	38
• Gráfico No. 32 Área MBI, Subescala D: Ginecología.....	38
• Gráfico No. 33 Área MBI, Subescala AE: Sin Datos.....	39
• Gráfico No. 34 Área MBI, Subescala RP: Sin Datos.....	40
• Gráfico No. 35 Área MBI, Subescala D: Sin Datos.....	40
• Gráfico No. 36 Tiempo MBI, Subescala AE: 0 – 4 Meses.....	41
• Gráfico No. 37 Tiempo MBI, Subescala RP: 0 – 4 Meses.....	42
• Gráfico No. 38 Tiempo MBI, Subescala D: 0 -4 Meses....	42
• Gráfico No. 39 Tiempo MBI, Subescala AE: 0 - 5 Meses	43
• Gráfico No. 40 Tiempo MBI, Subescala RP: 0 – 5 Meses.....	44
• Gráfico No. 41 Tiempo MBI, Subescala D: 0 – 5 Meses.....	44
• Gráfico No. 42 Tiempo MBI, Subescala AE: 8 - 12 Meses....	45
• Gráfico No. 43 Tiempo MBI, Subescala RP: 8 - 12 Meses.....	46
• Gráfico No. 44 Tiempo MBI, Subescala D: 8 - 12 Meses.....	46
• Gráfico No. 45 Tiempo MBI, Subescala AE: Sin Datos.....	47
• Gráfico No. 46 Tiempo MBI, Subescala RP: Sin Datos	48
• Gráfico No. 47 Tiempo MBI, Subescala RP: Sin Datos	48

Resumen

El propósito de la investigación es el estudio del síndrome de Burnout en el Hospital Regional de Cuenca: “Vicente Corral Moscoso”, su existencia, su prevalencia, cómo afecta a los sujetos de estudio y cómo prevenirlo.

Se utilizó los métodos cualitativos, cuantitativos y transversales para el desarrollo de la misma.

Descubriéndose información científica para ampliar el tema investigado, que existen diferencias entre un estrés normal y estrés existencial. Los datos relevantes que aportaron para observar desde una perspectiva holística y ecléctica el interactuar humano cuando existe una amenaza real, psíquica o biológica.

ABSTRACT

The purpose of this investigation is the study of Burnout syndrome in “Vicente Corral Moscoso” Regional Hospital, its existence, prevalence how it affects the subjects under study and its prevention.

Qualitative, quantitative and transversal methods were employed in this research.

Scientific information was discovered to expand the subject matter, showing that there are differences between normal stress and existential stress. Relevant data contributed to examine human interaction from a holistic and eclectic view, when there is a existent psychological or biological threat.




Translated by,

Diana Lee Rodas

Introducción

Los profesionales que trabajan directamente con personas se ven expuesto a una serie de estresores organizacionales que, según como sean vividos, resueltos y afrontados, determinan la respuesta individual al estrés, que puede dar lugar a comportamientos adaptativos o desadaptativos, que provocan ineludiblemente el desgaste y la insatisfacción profesional.

Actualmente, según Johnson (2000), en el ámbito hospitalario, existe una gran preocupación por los efectos negativos que el clima laboral tiene en los profesionales de salud y sus consecuencias en los(as) pacientes a los que atienden.

Así, el interés por el estrés y el estrés laboral: Burnout, ha incrementado notablemente y adquirido características de un problema de salud pública pues el personal médico que labora en instituciones públicas y privadas, presenta altos niveles de distrés debido a una multiplicidad de causas, entre las que resaltan: las condiciones de trabajo, la carga horaria y la magnitud de responsabilidades frente a la vida de otra persona. Agentes que aumentan el riesgo de generar estados de ansiedad incontrolables que repercuten, negativamente, a nivel biológico, psicológico y social.

Razón por la cual hemos considerado pertinente orientar nuestra investigación al estudio de éste fenómeno en los residentes del Hospital Regional: “Vicente Corral Moscoso”, de la ciudad de Cuenca, por constituir la casa de salud más grande del austro ecuatoriano y concentrar el mayor número de personal médico.

Para ello hemos dividido nuestro trabajo de grado, utilizando el método analítico – sintético, en tres grandes momentos que a la vez constituyen los objetivos directrices del mismo: 1. marco teórico referencial; 2. diseño metodológico, análisis e interpretación de resultados; y, 3. programa de intervención.

Con lo que esperamos obtener importantes conclusiones mismas que permitan ampliar el abordaje de éste fenómeno, establecer políticas de intervención y apalear ésta problemática en un futuro cercano.

CAPITULO I

Burnout

- Estrés.
- ¿Qué es el estrés laboral?
- Estrés laboral en las instituciones públicas de salud.
- Evolución del síndrome.
- Burnout.
- Trastornos asociados al Síndrome de Burnout

Capítulo I

Burnout

1.1 Estrés.

La palabra estrés (stress) tiene su origen en ingeniería y se refiere a tensión o estiramiento excesivo; es hasta la formulación de H. Selye (1954-1983), del Síndrome General de Adaptación (SGA), cuando se generaliza en el ámbito psicológico, entendiéndose como un estado emocional tan tenso, que precisamente, impide la correcta realización de alguna tarea; por lo que, es comparado con la temperatura corporal: “solo cuando la temperatura sube por encima de lo normal puede considerarse preocupante”; así se suele hablar del estrés negativo (distrés) como una dolencia destructiva y perniciosa para la salud; y, al estrés positivo (eustrés) como la capacidad de adaptación.

En otro aspecto, el proceso del estrés comprende las siguientes fases:

- *Reacción de alarma.* Se inicia ante la exposición a estresores que el organismo no está acostumbrado a percibir y a fin de mantener la homeostasis (equilibrio) reacciona como medida preventiva.
- *Resistencia o adaptación.* Pone en juego todos los componentes del organismo para hacer frente al estresor, resistiéndose o bien adaptándose; si se logra el equilibrio ante la exposición del agente estresante vuelve a la normalidad.
- *Agotamiento.* Cuando no se logra el equilibrio deseado, es decir, cuando el agente estresor nos supera, el organismo ya no puede mantener el estado de adaptación.

Así, el concepto de estrés se ha aplicado a los fenómenos psicosociales con lo que ha llegado a etiquetar diversas respuestas a los problemas, dificultades o conflictos del ser humano. Por lo tanto, se da un estado de estrés psicosocial cuando una serie de demandas inusuales o excesivas amenazan el bienestar o integridad de una persona y en el intento de dominar la situación ésta corre el peligro de que los recursos de afrontamiento se vean superados, llevando a una perturbación en el funcionamiento, manifestadas en: el dolor, la somatización e incluso la muerte. Llevando, los estudios de psicología del estrés, hacia los actos de evaluación

cognitiva que determina el valor de las situaciones provocadoras y de las respuestas dadas (Folkman y Lazarus, 1984).

No obstante, la línea divisora entre el estrés positivo y negativo, es extremadamente fina y la gente suele desestimar el grado de desadaptación que padece y cree que puede seguir su vida con eficiencia durante más tiempo del que realmente es capaz (Cano, 2002), generando luego problemas a nivel intrapersonal e interpersonal que inciden en los contextos en los que se desarrolla (hogar, escuela, trabajo).

1.2 ¿Qué es el estrés laboral?

Se habla de estrés laboral cuando las exigencias del trabajo superan la capacidad de los trabajadores para hacerles frente o mantenerlas bajo control (Banchs, Gonzales & Morera, 1997); y, esto depende del sujeto, es decir, según como sea su personalidad y otras características individuales así será la respuesta que presentará ante una situación de estrés; sin embargo, Slipack (1996) presenta la siguiente tipología de reacción:

- a. Estrés laboral episódico es aquel que ocurre momentáneamente, no se posterga por mucho tiempo y, luego de que se resuelve, desaparecen todos los síntomas que lo originaron, por ejemplo: cuando un trabajador es despedido de su empleo.
- b. Estrés laboral crónico es aquel que ocurre permanentemente, postergándose por mucho tiempo y siendo de difícil resolución, sosteniéndose todos los síntomas que lo originaron, por ejemplo: ambiente laboral inadecuado, sobrecarga de trabajo, alteración de ritmos biológicos, etc.

1.3 Estrés laboral en las instituciones públicas de salud.

Lazarus (1990) establece que una vez el estrés laboral se vislumbra en las instituciones públicas de salud como un proceso complejo y multivariado debemos, bajo la aproximación teórica del impulso, desarrollar una serie de medidas que capturen cada faceta importante del proceso. Idealmente, requerimos medidas de los factores de entrada (¿qué lo origina?), de los antecedentes personales que guían el afrontamiento y la valoración (¿cómo reacciona el sujeto?), los procesos mediadores en las transacciones estresantes (¿cuál es la cognición?) y de los marcadores de respuestas del proceso (¿cuál es la reacción?).

Esta interacción va sumada a pequeñas, medianas o grandes dosis diarias de estrés, en el trabajo, lo que puede provocar que la persona tenga una predisposición a experimentar un cierto grado de desgaste, que puede conducir a la manifestación de pensamientos, sentimientos y actitudes desfavorables, tanto para el profesional como para la persona a la que ofrece su servicio.

1.4 Evolución del síndrome

El Burnout es un problema cuando tiene consecuencias biopsicosociales para la persona que lo padece. Estas consecuencias se dan tanto a nivel personal como a nivel institucional. A nivel personal sabemos que se ve afectado el desempeño en los planos social, familiar y laboral; y, a nivel institucional provoca, principalmente, falta de comunicación, comentarios mal intencionados¹, divisiones entre compañeros, disminuida predisposición al trabajo, apatía a las nuevas oportunidades de superación profesional y aislamiento; provocando baja productividad, pobre desempeño del cargo, desfavorable imagen ante los clientes o usuarios externos, por citar los más relevantes.

1.5 Burnout

El Síndrome de Burnout (“estar quemado”), hace alusión a agotarse, sentirse exhausto, volverse inútil o, simplemente, desgastarse como profesional.

Éste fue acuñado originalmente por Freudenberger (1974), quien comenzó por observar una serie de manifestaciones de agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, en los psicoterapeutas de una clínica para toxicómanos y describió como estos iban modificando progresivamente su conducta y se volvían insensibles, poco comprensivos y, en algunos casos, hasta agresivos con los pacientes²

Posteriormente, empiezan a surgir diversas conceptualizaciones, destacando entre ellas las elaboradas por Maslach & Jackson (1981) y Pines, Aronson & Kufry (1981), que constituyen al síndrome en tres dimensiones: el agotamiento emocional que se refiere a una reducción de los recursos emocionales, acompañados de manifestaciones psicósomáticas; la despersonalización que se refiere al desarrollo de actitudes negativas y de insensibilidad hacia los clientes o receptores de

¹ “Chisme”, siendo una inadecuada herramienta catártica, con repercusión negativa para los miembros de la institución.

² Síndrome de Burnout en médicos y personal de enfermería del Hospital Escuela “Oscar Danilo Rosales Argüello”, León, 2007. María Brunilda Aragón Paredes, Dina Izayana Morazán Pereira, René Pérez Montiel.

servicios; y, la baja realización personal que se refiere a la percepción de que las posibilidades de logro, en el trabajo, han desaparecido, junto con vivencias de fracaso y sentimientos de baja autoestima (Maslach y Jackson, 1981).

Paralelamente el término, en el ámbito de la prevención de riesgos laborales, comienza a difundirse; pero, incluso hoy, se hace relativamente poco en el campo preventivo, sabiéndose que es una situación de estrés laboral crónico y prologando en el tiempo, que se caracteriza por:

- a. Desarrollar pensamiento, sentimientos y actitudes negativos.
- b. Propiciar agotamiento físico, mental y emocional.
- c. Crear situaciones conflictivas ante los demás.

Y, a diferencia de los tipos de estrés laboral crónico que no recaen en el síndrome, existe: labilidad, cansancio, desgaste, pérdida del sentido de vida, desvalorización, que se ve reflejada en cambios abruptos de humor con aceptación, rechazo o ausencia física y emocional del contraste.

Respecto, a su causalidad, Michelle Guzmán, en su libro: *"Sinopsis de Psiquiatría de Sadock & Kaplan y Margueritte S. Lederberg & Jimmie Holland"*, estableció un cuadro sobre los estresores comunes entre el equipo médico, siendo los más comunes los siguientes:

- Alta mortalidad.
- Desorganización en la institución.
- Tecnología compleja utilizada bajo una gran presión.
- Alta frecuencia de decisiones de vida y de muerte.
- Aspectos del cuidado de enfermos terminales.
- Conflictos con las terceras partes.
- Conflictos entre los miembros del equipo.
- Respuesta a los pacientes difíciles (dependencia, ira, falta de cooperación).
- Desconocimiento de funciones específicas.

Lo cual explica, que trabajar con enfermos que se batan con experiencias de sufrimiento, da lugar a que los cuidadores se enfrenten a retos muy difíciles, propios de la labor asistencial y los cuidados paliativos, espacios donde se deben resolver

problemáticas que surgen de manera repentina y continua, no solo cuando el paciente se encuentra desprovisto de apoyo, sino también en aquellos casos, que aun estando acompañados, existe una conspiración de silencio sobre la enfermedad y su pronóstico.

A lo que se debe sumar, según Guzmán (2005), en su tesis: *“Síndrome de Burnout”*, otras variables como:

- Edad: Periodo de sensibilización del profesional, generalmente en los primeros años de su carrera, en la transición desde las expectativas idealistas hacia la práctica diaria, dándose cuenta de que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni las esperadas.
- Sexo: Las mujeres, son el grupo más vulnerable, dependiendo del contexto laboral (práctica profesional y tareas familiares) y la personalidad (involucran más de sus emociones en el contacto humano) en comparación a los hombres; formándose, en ambos casos, actos impulsivos de irritabilidad y aislamiento.
- El estado civil: Las personas que no tienen pareja estable, solteras y con rasgos de personalidad dependiente suelen tener más cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización que aquellas que están casadas o conviven con una pareja estable.
- Turnicidad laboral: Los horarios rotativos, que exceden el tiempo laboral, crean graves consecuencias a nivel biológico, incidiendo el desempeño laboral, generando agotamiento y dejándose poco tiempo para el descanso (recuperación).

Pero, ¿cómo se miden éstas variables? Se miden a través de la observación, la entrevista estructurada, las técnicas proyectivas, las escalas, los cuestionarios y otros instrumentos clínicos; sin embargo, los más utilizados, son: Staff Burnout Scale For Health Profesional (SBS-HP); Tedium Measure (TM); y, Maslach Burnout Inventory (MBI). De los cuales, utilizaremos el tercero para nuestro estudio, debido

a: la claridad de lo cuestionado, su aplicabilidad en todos los campos profesionales y su adaptación hispana.

El MBI es un instrumento conformado por veinte y dos preguntas, dividido en tres subescalas que miden a su vez los tres factores o dimensiones:

1. *Agotamiento emocional*. En la escala de Maslach se representa con las siglas AE. El trabajador desarrolla sentimientos de estar exhausto tanto física como psíquicamente, de ya no puede dar más de sí mismo, de hallarse en impotencia y desesperanza.

Ítem	Descripción
1	▪ Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
2	▪ Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
3	▪ Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
6	▪ Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
8	▪ Siento que mi trabajo me está desgastando.
13	▪ Me siento frustrado por el trabajo.
14	▪ Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
16	▪ Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
20	▪ Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.

2. *Despersonalización*. En la escala de Maslach se representa con las siglas D. Revela un cambio consistente en el desarrollo de actitudes y respuestas negativas, como: insensibilidad, cinismo e irritabilidad.

Ítem	Descripción
5	▪ Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.
10	▪ Siento que me he hecho más duro con la gente.
11	▪ Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
15	▪ Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.
22	▪ Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.

3. *Falta de realización personal*. En la escala de Maslach se representa con las siglas RP. Suponen respuestas negativas a la hora de evaluar el propio trabajo: insuficiencia profesional, baja autoestima, evitación de relaciones, pobre productividad e incapacidad para soportar la presión.

Ítem	Descripción
4	▪ Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
7	▪ Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.
9	▪ Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo
12	▪ Me siento muy enérgico en mi trabajo.
17	▪ Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18	▪ Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19	▪ Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
21	▪ Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada

Para medir la existencia de síndrome tienen que haber cifras elevadas en la apatía emocional y despersonalización; y, bajos puntajes en la variable de realización profesional.

Y, de presentarse, pueden ocurrir algunas consecuencias, las que podemos resumir en dos bloques:

- *Socio-laborales.* Se asocian a actitudes y conductas de carácter negativo desarrolladas por el sujeto, tales como: problemas de familia, de pareja, de compañeros de trabajo y otras afectaciones vinculares, mismas que según Maslach (1982) no terminan cuando el sujeto deja el trabajo, por el contrario, afectan su vida privada, por ejemplo: muestran actitudes cínicas y de desprecio, irritabilidad e impaciencia. Así, debido al agotamiento emocional, los profesionales se encuentran más incapacitados para aislarse de los problemas, deseando estar solos, exigiendo mayor atención de los suyos, evitando hablar de sus preocupaciones y rehusando discutir. Lo que genera barreras para una convivencia abierta y sincera, produciendo un endurecimiento de los sentimientos del sujeto.
- *Biológicas-fenomenológicas.* Es claro que el síndrome produce vacío espiritual crisis existencial y somatización del problema, generando: dificultades físicas (cefaleas, dolores musculares, dolores de espalda, fatiga crónica, molestias gastrointestinales, hipertensión, asma, urticarias, taquicardias, etc.); dificultades

psíquicas (ansiedad, depresión, frustración, baja autoestima, sensación de desamparo, sentimientos de inferioridad, desconcentración, comportamientos paranoides, etc.); y, dificultades institucionales (infracción de normas, disminución del rendimiento, pérdida de calidad del servicio, absentismo, abandonos, ausentismo, accidentes, etc.).

Finalmente, señalamos debemos comprender los riesgos del síndrome y su prevalencia en las profesiones cuyas tareas se concretan en la relación continuada y estrecha con personas, muy especialmente sí entre ambos existe una relación de ayuda o de servicio; así como, del carácter “contagioso” produciendo en la organización un desánimo generalizado. Por lo tanto, como reza el conocido refrán popular: “es mejor prevenir que lamentar”, daños individuales y organizacionales en el ámbito profesional, humano y económico.

1.6 Trastornos asociados al Síndrome de Burnout

- *Trastornos de ansiedad.* Se caracteriza por un patrón de preocupación frecuente y persistente respecto de una variedad de eventos. Para poder diagnosticar un trastorno, debemos tomar en cuenta que los síntomas tengan un prevalencia de seis meses mínimo. Los síntomas más relevantes son: preocupación crónica, agitación, tensión, depresión e irritabilidad, los mismos que está correlacionado con la apatía emocional (AE) del sujeto con síntomas de Burnout. También se pueden presentar problemas de concentración y dificultades para conciliar el sueño; y, trastornos fisiológicos asociados, tales como: dolor de cabeza, agitación, tensión muscular, etc. Podemos definir las respuestas de ansiedad como reacciones defensivas e instantáneas ante el peligro. Estas respuestas, ante situaciones que comprometen la seguridad del sujeto y del paciente. El problema es que debemos confrontar una serie de agentes estresantes, haciendo que el fantasma del peligro aceche detrás de cualquier situación. Finalmente, citaremos al Catedrático de Terapia de Conducta del País Vasco: Enrique Echeburúa (prólogo de Avances para el Tratamiento Psicológico de los Trastornos de Ansiedad PIRÁMIDE 96), para ilustrar, con un ejemplo cómo funciona el mecanismo de la ansiedad: "En el caso de los trastornos de ansiedad, la respuesta de miedo funciona como un dispositivo antirrobo defectuoso, que se activa y previene de un peligro inexistente. Precisamente el ser humano actual está abocado a abordar el

fascinante problema de cómo controlar los aspectos perjudiciales de las respuestas de miedo (que se pueden manifestar psicopatológicamente en forma de trastornos fóbicos y de ansiedad) conservando, sin embargo sus beneficios protectores".

- *Trastornos de adaptación.* Cuando el síntoma de Despersonalización (D) es elevado en el síndrome de Burnout se asocia con las características esenciales de los trastornos adaptativos, lo cual, es el desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un estresante psicosocial identificable. Los síntomas deben presentarse durante los 3 meses siguientes al inicio del estresante. La expresión clínica de la reacción consiste en un acusado malestar, superior al esperable dado la naturaleza del estresante, o en un deterioro significativo de la actividad social: profesional, académica, familiar. Los mismo están ligados con la falta de realización profesional del síndrome de Burnout, al no compartir los mismos objetivos académicos de sus compañeros, el sujeto experimenta esta sensación negativa ante su contexto.

Por definición, un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los 6 meses que siguen a la desaparición del estresante (o de sus consecuencias).

El estresante puede ser un acontecimiento simple, por ejemplo: la terminación de una relación sentimental o deberse a factores múltiples, por ejemplo: dificultades importantes en los negocios y trabajo.

El estresante puede afectar a una persona, a una familia, a un grupo o comunidad, por ejemplo: una catástrofe natural. Y, también hay estresantes dependientes de acontecimientos específicos del desarrollo, por ejemplo: ir a la escuela, abandonar el domicilio familiar, casarse, ser padre, fracasar en los objetivos profesionales o jubilarse³.

- *Alexitimia.* Se define como la incapacidad para expresar verbalmente las emociones debido a que estas personas no son capaces de identificar lo que sienten, entenderlo o describirlo; asociado con niveles altos de apatía emocional (AE) del síndrome de Burnout, las características son las siguientes:

³ Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales: DSM IV: "Trastorno Adaptativos", definición, páginas 565 – 566.

- *Dificultad para identificar emociones y sentimientos.* Estas personas tienen problemas para diferenciar una emoción de otra. Por ejemplo, no saben con seguridad si lo que sienten es miedo o ira.
- *Dificultad para describir emociones y sentimientos.* Les resulta imposible describir lo que sienten y describir a otras personas todo lo referente al ámbito subjetivo y de los afectos.
- *Dificultad para diferenciar los sentimientos de las sensaciones corporales* que acompañan a la activación emocional. Las emociones suelen ir acompañadas de síntomas fisiológicos, como sudoración, aceleración de ritmo cardíaco, etc. Cuando siente emociones intensas, esta persona describe simplemente un malestar físico de un modo impreciso.
- *Reducida capacidad de fantasía y de pensamiento simbólico.* Suelen tener un pensamiento concreto, con problemas para el manejo simbólico de las emociones.
- *Preocupación por los detalles y acontecimientos externos.* En su lenguaje apenas existen referencias abstractas y simbólicas, sino que se limitan a describir detalles concretos, sin un tono afectivo.

CAPITULO II

Metodología

- Antecedentes.
- Objetivos.
- Metodología.

Capítulo II Metodología

2.1 Antecedentes

Para desarrollar esta investigación de campo se escogió a los internos de Medicina, del Hospital Regional: “Vicente Corral Moscoso” de Cuenca, con el propósito de comprobar la existencia del Síndrome de Burnout, compararlo con la teoría y generar alternativas para mejorar la incidencia del mismo.

2.2 Objetivos

- *General:*

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal de internos(as) rotativos(as) de Medicina que laboran en el Hospital Regional: “Vicente Corral Moscoso”, año 2009 - 2010.

- *Específicos:*

1. Elaborar un marco referencial sobre el Síndrome de Burnout y sus principales características, por medio de la investigación bibliográfica, para resumir teóricamente el tema de trabajo.
2. Procesando los datos por medio de la Estadística, para identificar al grupo vulnerable, en base a las siguientes variables: edad, sexo, área, tiempo de trabajo y carga horaria.
3. Crear un Programa de Prevención del Síndrome de Burnout, en el personal de internos(as) rotativos (as) que laboran en el Hospital: “Vicente Corral Moscoso”, a través de un plan de intervención psicoterapéutica.

2.3 Metodología

Utilizamos como método el analítico – sintético, cuantitativo y descriptivo; y, como técnicas: la observación, la entrevista, el registro de conductas, la aplicación de reactivos psicológicos estandarizados y la intervención clínica. Procediendo de la siguiente manera:

1. Puesta en común, a la muestra de estudio, de los objetivos del trabajo de grado; y, motivación para que su colaboración arroje datos los más fidedignos posibles.
2. Observación directa de la muestra estudio para registrar los rasgos del Síndrome de Burnout más significativos.
3. Aplicación del Maslach Burnout Inventory (MBI) y de la Escala de Alexitimia a los voluntarios(as) para inferir la prevalencia del síndrome.
4. Entrevistas individuales y grupales para evaluar la evolución de estrés laboral desde su ingreso hasta la fecha.
5. Análisis e interpretación de los datos, utilizando la tabulación, diagramación y explicación de los resultados.
6. Creación de una propuesta de intervención para trabajar el Burnout con los médicos internistas.

Contamos para ello con una población distribuida en cuatro áreas: Pediatría, Clínica, Cirugía y Ginecología, en un total de: 68 internos(as) de Medicina; y, de la cual se escogieron, de forma aleatoria, a la mitad para la investigación.

La muestra de estudio fue evaluada utilizando los siguientes reactivos psicológicos estandarizados:

- *Escala de Maslach*: Escala de Maslach mide la intensidad del Burnout, consta de 22 ítems en total y en él se puede diferenciar 3 subescala, que miden, a su vez, los 3 factores o dimensiones que conforman el síndrome: 1. Agotamiento emocional (AE) conformada por los ítems: 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20; 2. Despersonalización (DP) constituida por los ítems: 5, 10, 11, 15 y 22; y, Realización personal (RP) la conforman los ítems: 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen el síndrome. Como punto de corte se sugiere los criterios establecidos; para cansancio emocional puntuaciones 27 o superiores son indicativos de un alto nivel de Burnout; el intervalo 19-26 correspondería a puntuaciones intermedias, siendo por debajo de 19 indicativos de niveles de Burnout bajos o muy bajos.

Para despersonalización puntuaciones superiores a 10 sería de niveles altos, de 6-9 medio y menos de 6 bajo grado de despersonalización. La escala de realización profesional funciona en sentido opuesto a las anteriores, 0-33 puntos indicara baja realización profesional, 34-39 intermedio y más de 40 alta sensación de logro.

- *Escala de Alexitimia*: la siguiente escala mide la capacidad para expresar las vivencias internas en palabras, ensueños y fantasías. Consta de 20 ítems del cual se dividen en 3 subescala que analizan lo siguiente: la dificultad para la discriminación de señales emocionales (ítems 1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14), dificultad en la expresión verbal de las emociones (ítems 2, 4, 11, 12 y 17) y pensamiento orientado hacia detalles externos (ítems 5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20).

CAPITULO III

Análisis e Interpretación de Resultados

- Generalidades.
- Presentación de los resultados generales.
- Análisis e interpretación de los resultados: MBI.
- Análisis e interpretación de los resultados: variables de estudio.
- Conclusiones del estudio.
- Recomendaciones del estudio.

Capítulo III

Análisis e Interpretación de los Resultados

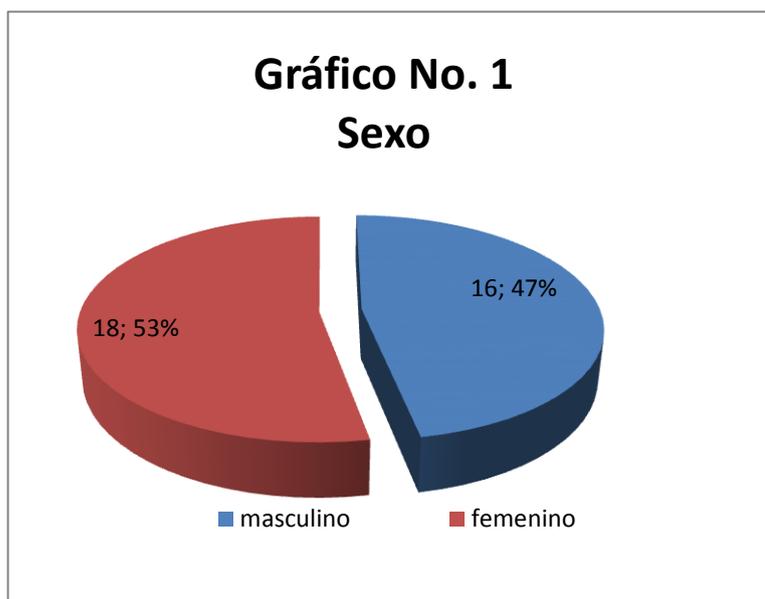
3.1 Generalidades

A las 34 personas seleccionadas como muestra se les aplicó el Maslach Burnout Inventory (MBI) como referente de estudio y de la Escala de Alexitimia de X como referente de validación; y, para el análisis e interpretación de los resultados se tomaron como variables: sexo, edad, área de trabajo, tiempo de trabajo y horas de trabajo; arrojando los resultados que se detallan a continuación.

3.2 Presentación de los resultados generales

- *Sexo*

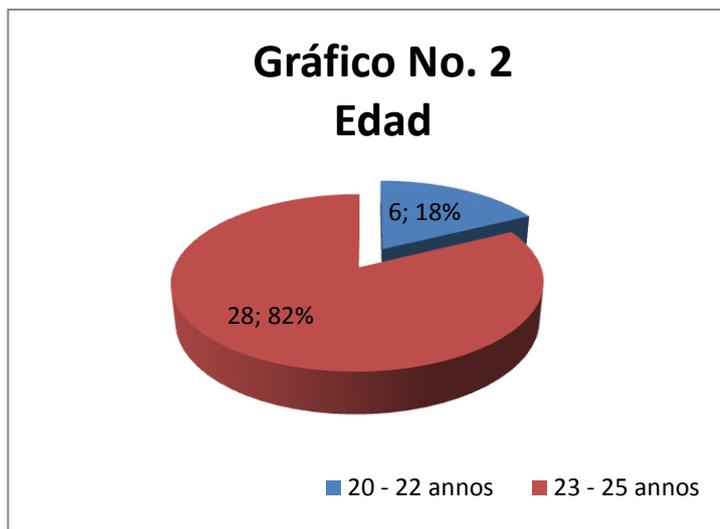
Tabla No. 1 – Muestra de Estudio (sexo)	
Hombres	Mujeres
16	18
Total:	34
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo



En la tabla y el gráfico No. 1 se observa el grupo de 34 voluntarios(as) del estudio, compuesto por: 16 hombres que corresponde al 47% de la muestra; y, 18 mujeres que corresponde al 53% de la muestra.

- *Edad*

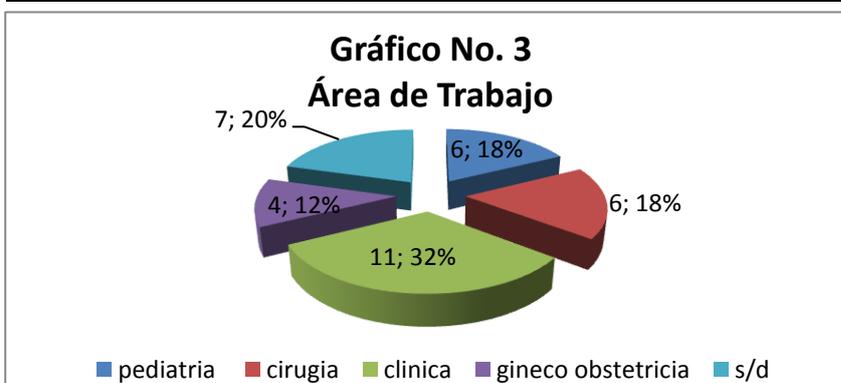
Tabla No. 2 – Muestra de Estudio (edad)		
20 - 22 años	23 - 25 años	Total
6	28	34
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca	
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo	



En la tabla y el gráfico No. 2 se observa al grupo de estudio dividido por rangos de edad: 06 voluntarios(as), entre los 20 a 22 años de edad, que corresponde al 18% de la muestra; y, 28 voluntarios(as), entre los 23 a 25 años de edad, que corresponde al 82% de la muestra.

- *Área de trabajo*

Tabla No. 3 – Área de trabajo				
Pediatría	Cirugía	Clínica	Obstetricia	s/d
6	6	11	4	7
Total:			34	
Fuente:			Hospital Regional de Cuenca	
Autor:			Marcelo Pulgarín Tandazo	



En la tabla y el gráfico No. 3 se observa al grupo de estudio dividido por el área de trabajo: 06 voluntarios(as), del área de pediatría, que corresponde al 18% de la muestra; 06 voluntarios(as), del área de cirugía, que corresponde al 18% de la muestra; 11 voluntarios(as), del área de clínica, que corresponde al 32% de la muestra; 04 voluntarios(as), del área de obstetricia, que corresponde al 12% de la muestra; y, 07 voluntarios(as), que no especificaron el área de trabajo, que corresponde al 20% de la muestra.

- *Área de trabajo*

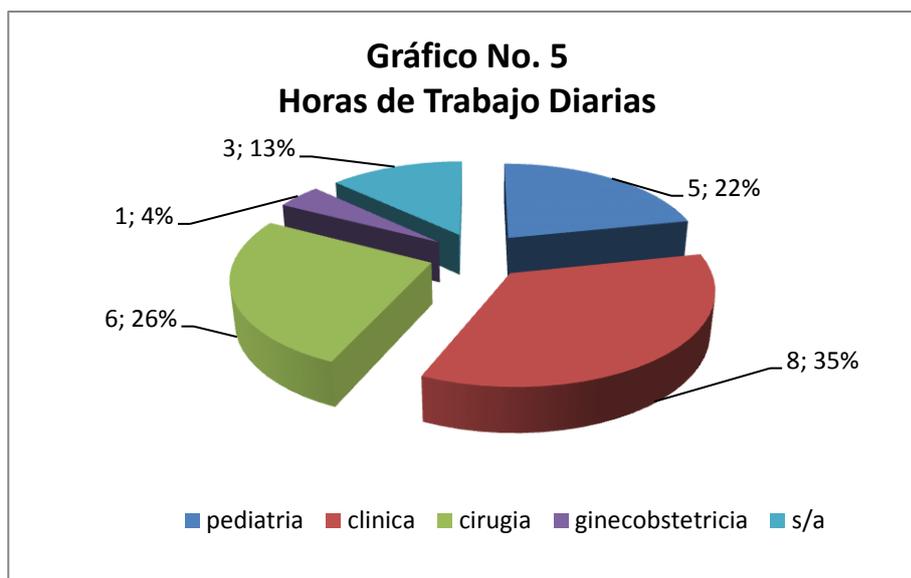
Tabla No. 4 – Tiempo de trabajo			
0 -4 meses	4 – 8 meses	8 – 12 meses	S/d
3	19	6	6
Total:	34		
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca		
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo		



En la tabla y el gráfico No. 4 se observa al grupo de estudio dividido por el tiempo de trabajo: 03 voluntarios(as), laboran desde hace 0 a 4 meses, que corresponde al 9% de la muestra; 19 voluntarios(as), laboran desde hace 5 a 8 meses, que corresponde al 56% de la muestra; 06 voluntarios(as), laboran desde hace 8 a 12 meses, que corresponde al 17% de la muestra; y, 06 voluntarios(as), no especifican desde hace cuánto laboran, que corresponde al 18% de la muestra.

- *Horas de trabajo*

Tabla No. 5 – Horas de trabajo diarias (20 a 30 horas)				
Pediatría	Clínica	Cirugía	Ginecología	s/d
5	8	6	1	3
Total:	23			
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca			
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo			

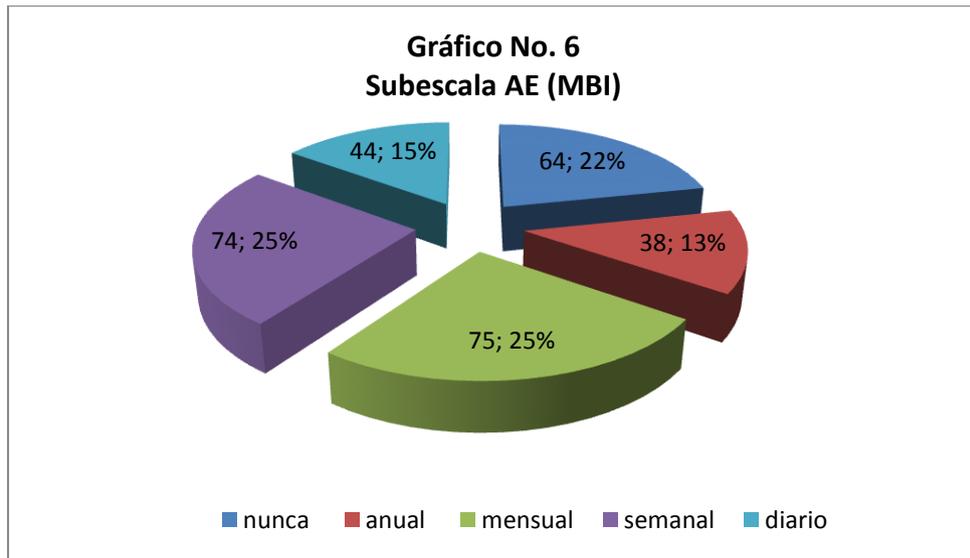


En la tabla y el gráfico No. 5 se observa al grupo de estudio dividido por el número de horas diarias trabajadas (20 a 30 horas): 05 voluntarios(as), en el área de pediatría, que corresponde al 22% de la muestra; 08 voluntarios(as), en el área de clínica, que corresponde al 35% de la muestra; 06 voluntarios(as), en el área de cirugía, que corresponde al 26% de la muestra; 01 voluntario(a), en el área de ginecología, que corresponde al 4% de la muestra; y, 03 voluntarios(as), no especifican el área de trabajo, que corresponde al 13% de la muestra.

3.3 Análisis e interpretación de los resultados MBI

- *Subescala AE del MBI*

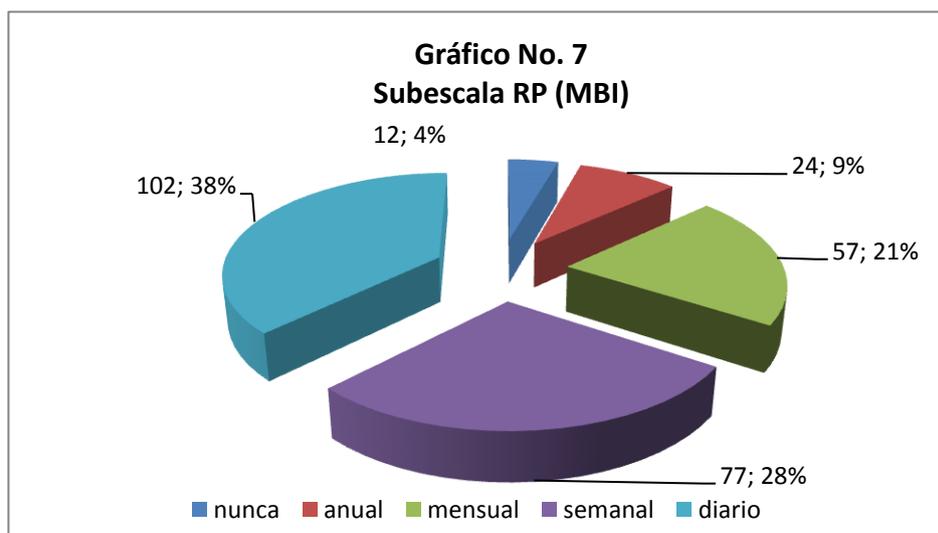
Tabla No. 6 – Subescala AE del MBI					
Subescalas	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	64	38	79	74	44
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 6 y gráfico No. 6 se observa los resultados totales obtenidos por el grupo de estudio en la escala AE del MBI: 64 respuestas de Nunca que corresponde al 22% de la muestra, 38 respuesta de Anual que corresponde al 13% de la muestra, 75 respuestas de Mensual que corresponde al 25%, 74 respuestas de Semanal que corresponde al 25% y 44 respuestas de Diario que corresponde al 15% de Apatía Emocional.

- *Subescala RP del MBI*

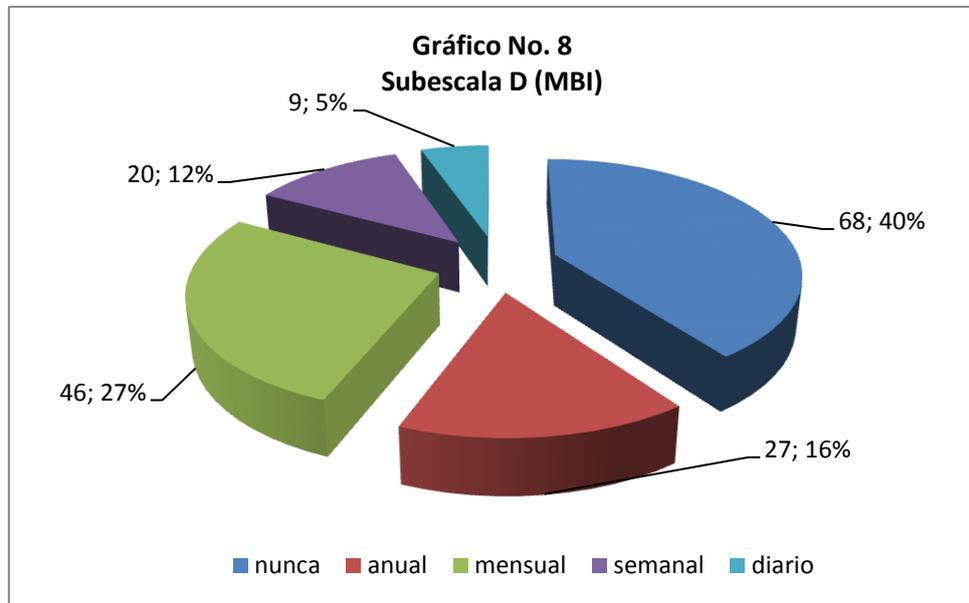
Tabla No. 7 – Subescala RP (MBI)					
Subescalas	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
RP	12	24	57	77	102
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 7 y gráfico No. 7 se observa los resultados totales obtenidos por el grupo de estudio en la escala RP del MBI: 12 respuestas de Nunca que corresponde al 4% de la muestra, 24 respuesta de Anual que corresponde al 9% de la muestra, 57 respuestas de Mensual que corresponde al 21%, 77 respuestas de Semanal que corresponde al 28% de la muestra y 102 de Diario que corresponde al 38% de la muestra de realización personal.

- *Subescala D del MBI*

Tabla No. 8 – Subescala D (MBI)					
Subescala	Nunca	Anual	Mensual	Semanal	Diario
D	68	27	46	20	9
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				

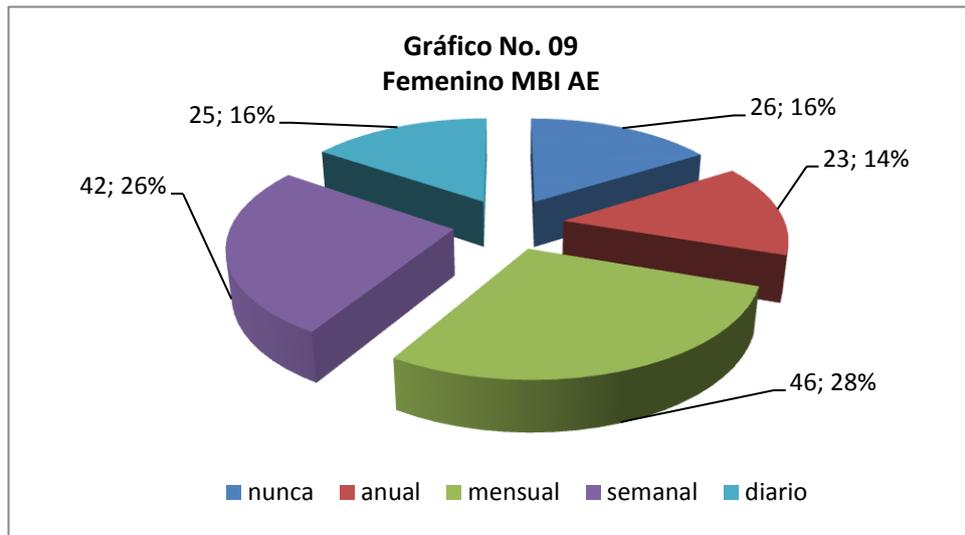


En la tabla No. 8 y gráfico No. 8 se observa los resultados totales obtenidos por el grupo de estudio en la escala D del MBI: 68 respuestas de Nunca que corresponde al 40% de la muestra, 27 respuestas de Anual que corresponde al 16% de la muestra, 46 respuestas de Mensual que corresponde al 27%, 20 respuestas de Semanal que corresponde al 12% de la muestra y 09 respuestas de Diario que corresponde al 5% de la muestra de despersonalización.

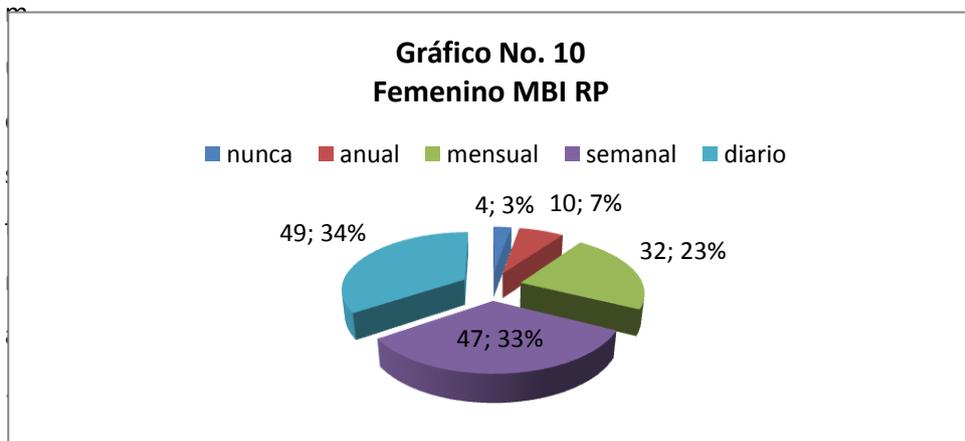
3.4 Análisis e interpretación de los resultados MBI variables

- *Femenino MBI*

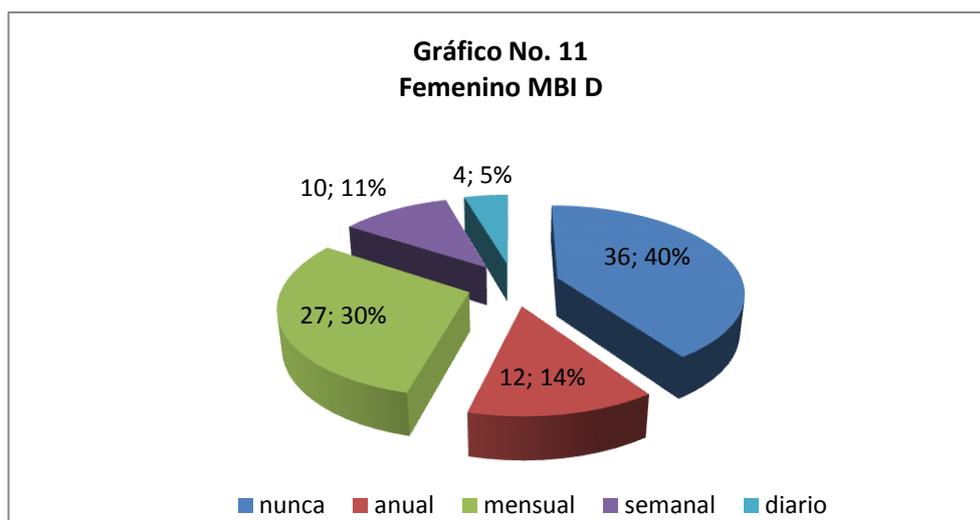
Tabla No. 9 – Femenino MBI					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANTAL	DIARIO
AE	26	23	46	42	25
RP	4	10	32	47	49
D	36	12	28	10	4
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 9 y gráfico No. 9 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable sexo: femenino, subescala AE del MBI: 26 respuestas de Nunca que corresponde al 16% de la muestra, 23 respuestas de Anual que corresponde al 14% de la muestra, 46 respuestas de Mensual que corresponde al 28% de la muestra, 42 respuestas de Semanal que corresponde al 26% de la muestra y 23 respuestas de Diario que corresponde al 16% de la



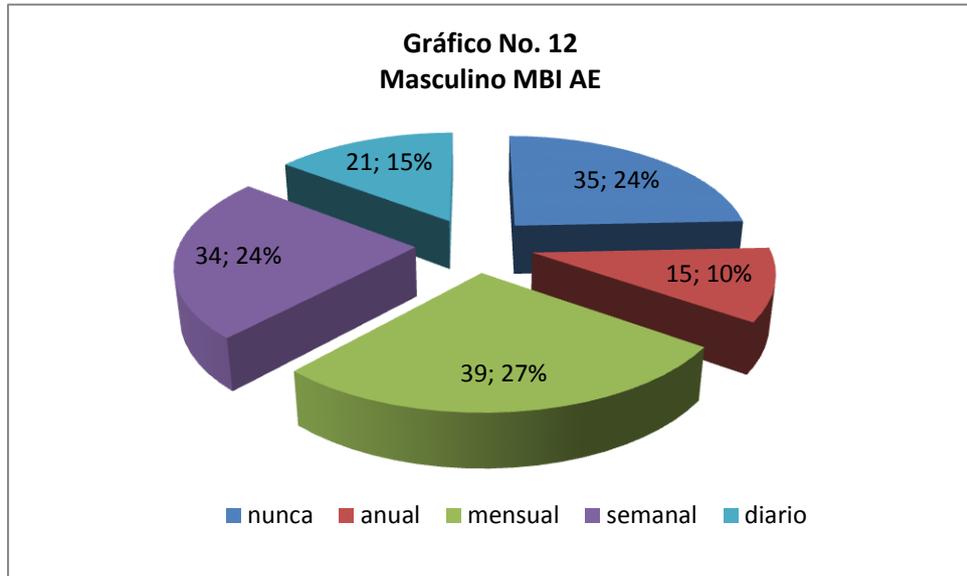
En la tabla No. 9 y gráfico No. 10 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable sexo: femenino, subescala RP del MBI: 04 respuestas de Nunca que corresponde al 3% de la muestra, 10 respuestas de Anual que corresponde al 7% de la muestra, 32 respuestas de Mensual que corresponde al 23% de la muestra, 47 respuestas de Semanal que corresponde al 33% de la muestra y 49 respuestas de Diario que corresponde al 34% de la muestra.



En la tabla No. 9 y gráfico No. 11 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable sexo: femenino, subescala D del MBI: 36 respuestas de Nunca que corresponde al 40% de la muestra, 12 respuestas de Anual que corresponde al 14% de la muestra, 27 respuestas de Mensual que corresponde al 30% de la muestra, 10 respuestas de Semanal que corresponde al 11% de la muestra y 04 respuestas de Diario que corresponde al 5% de la muestra.

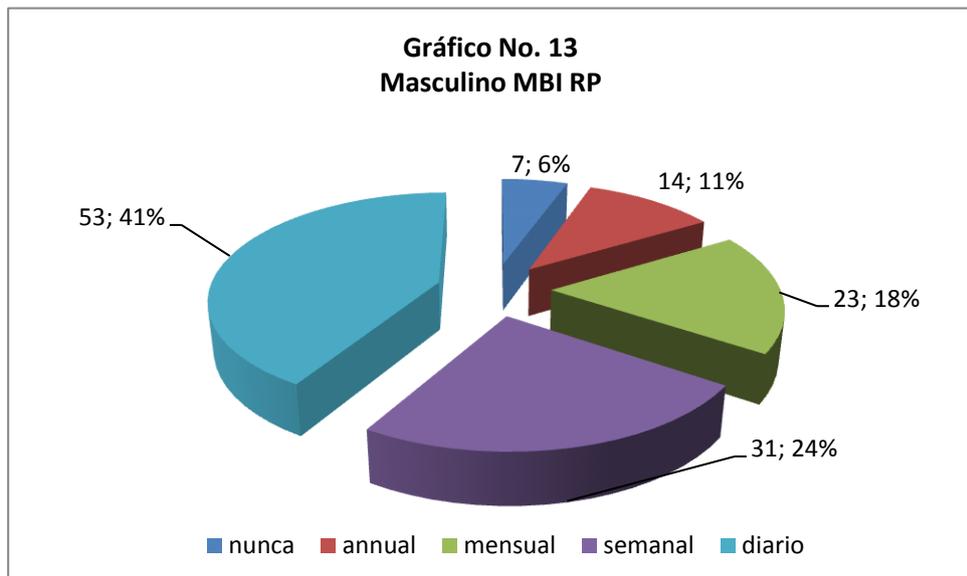
- *Masculino MBI*

Tabla No. 10 – Masculino MBI					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	35	15	39	34	21
RP	7	14	23	31	53
D	30	16	17	10	7
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



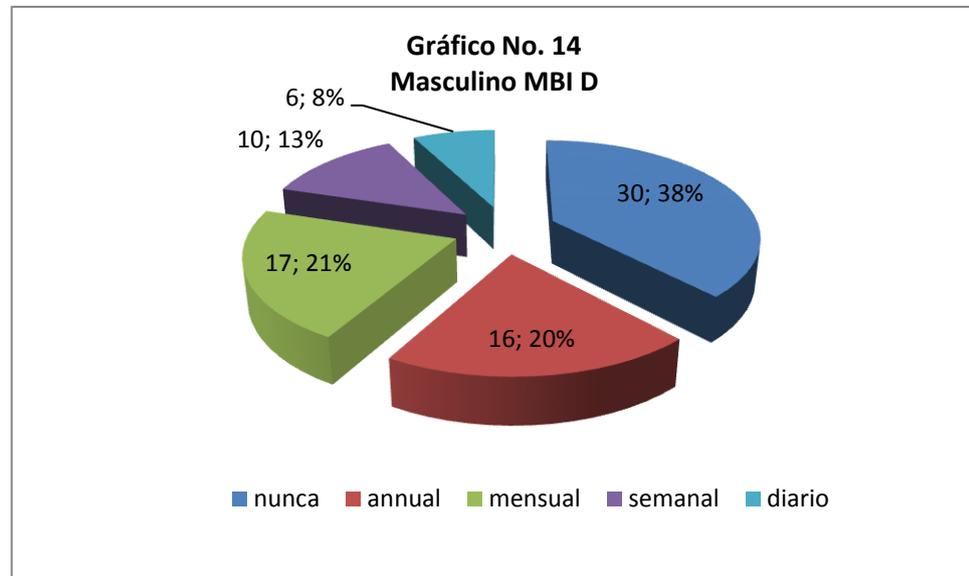
n

la tabla No. 10 y gráfico No. 12 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable sexo: masculino, subescala AE del MBI: 35 respuestas de Nunca que corresponde al 24% de la muestra, 15 respuestas de Anual que corresponde al 10% de la muestra, 39 respuestas de Mensual que corresponde al 27% de la muestra, 34 respuestas de Semanal que corresponde al 24% de la muestra y 21 respuestas de Diario que corresponde al 15% de la muestra.



En la tabla No. 10 y gráfico No. 13 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable sexo: masculino, subescala RP del MBI: 07 respuestas de Nunca que corresponde al 6% de la muestra, 14 respuestas de

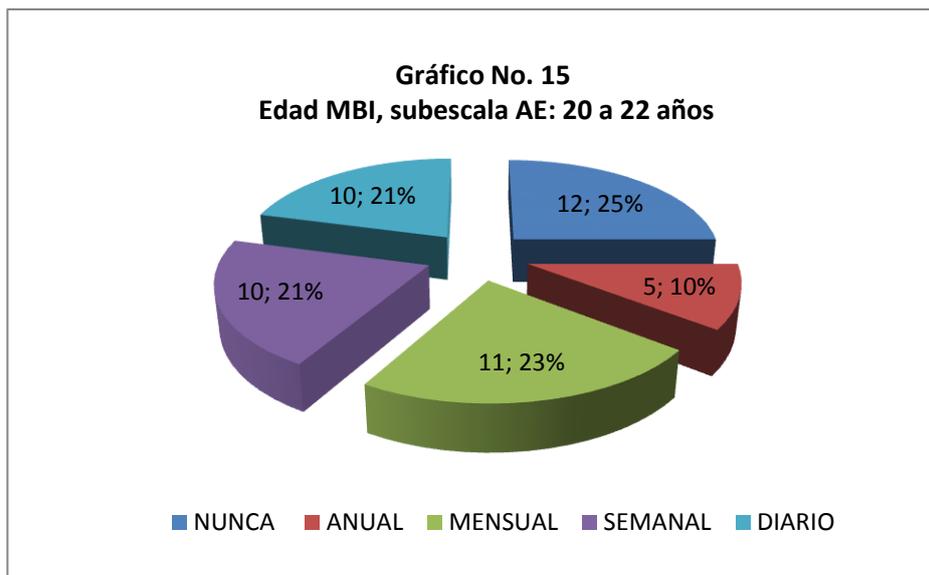
Anual que corresponde al 11% de la muestra, 23 respuestas de Mensual que corresponde al 18% de la muestra, 31 respuestas de Semanal que corresponde al 24% de la muestra y 53 respuestas de Diario que corresponde al 41% de la muestra.



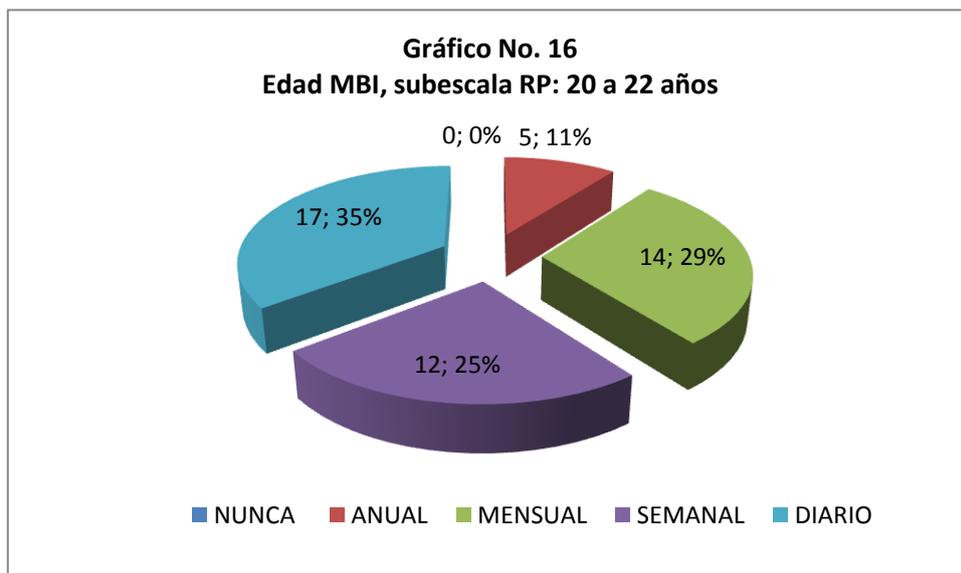
En la tabla No. 10 y gráfico No. 14 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable sexo: masculino, subescala D del MBI: 30 respuestas de Nunca que corresponde al 38% de la muestra, 16 respuestas de Anual que corresponde al 20% de la muestra, 17 respuestas de Mensual que corresponde al 21% de la muestra, 10 respuestas de Semanal que corresponde al 13% de la muestra y 06 respuestas de Diario que corresponde al 8% de la muestra.

- *Edad MBI*

Tabla No. 11 – Resultados Totales Edad MBI: 20 – 22 años					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANTAL	DIARIO
AE	12	5	11	10	10
RP	0	5	14	12	17
D	11	5	11	3	
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				

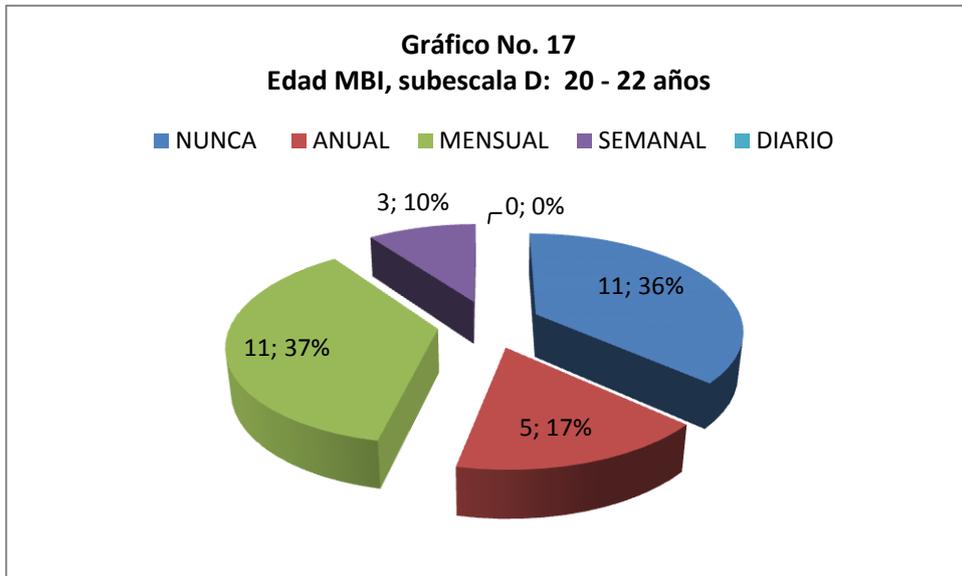


En la tabla No. 11 y gráfico No. 15 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable edad: 20 a 22 años, subescala AE del MBI: 12 respuestas de Nunca que corresponde al 25% de la muestra, 05 respuestas de Anual que corresponde al 10% de la muestra, 11 respuestas de Mensual que corresponde al 23% de la muestra, 10 respuestas de Semanal que corresponde al 21% de la muestra y 10 respuestas de Diario que corresponde al 21% de la muestra.



En la tabla No. 11 y gráfico No. 16 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable edad: 20 -22 años, subescala RP del MBI: 00 respuestas de Nunca que corresponde al 0% de la muestra, 05 respuestas de

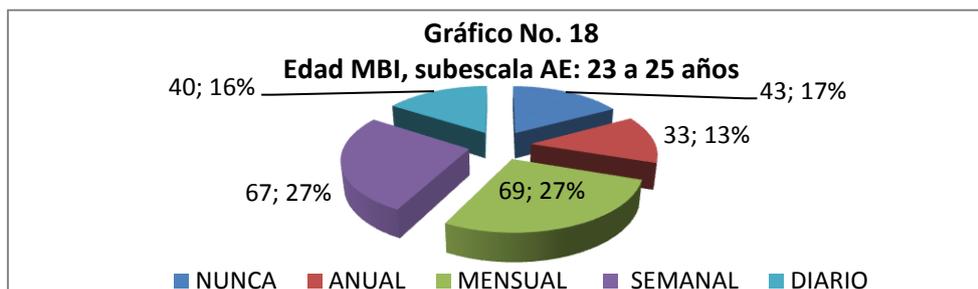
Anual que corresponde al 11% de la muestra, 14 respuestas de Mensual que corresponde al 29% de la muestra, 12 respuestas de Semanal que corresponde al 25% de la muestra y 17 respuestas de Diario que corresponde al 35% de la muestra.



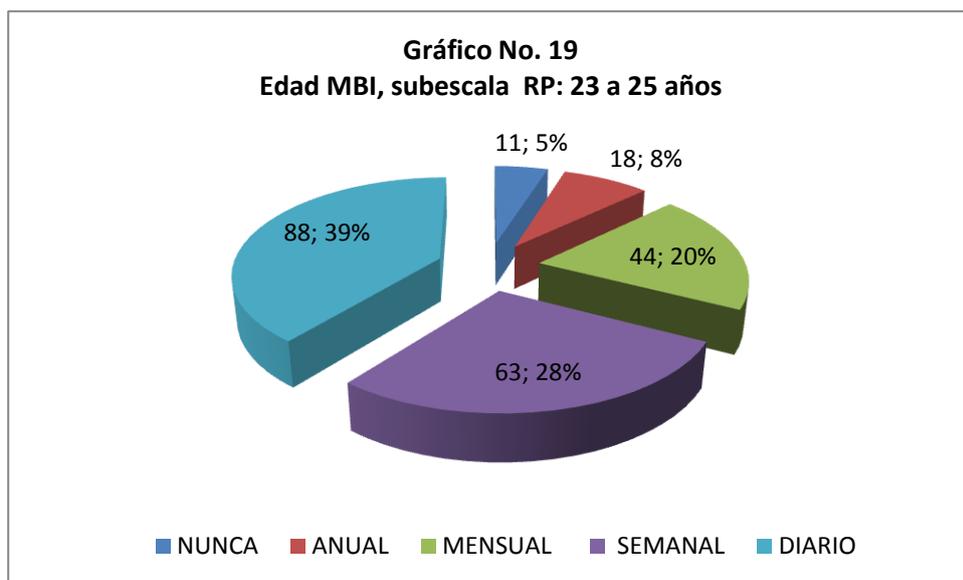
En la tabla No. 11 y gráfico No. 17 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable edad: 20 – 22 años, subescala D del MBI: 11 respuestas de Nunca que corresponde al 36% de la muestra, 5 respuestas de Anual que corresponde al 17% de la muestra, 11 respuestas de Mensual que corresponde al 37% de la muestra, 3 respuestas de Semanal que corresponde al 10% de la muestra y 00 respuestas de Diario que corresponde al 00% de la muestra.

Tabla No. 12 – Resultados Totales MBI Edad 23 - 25 años

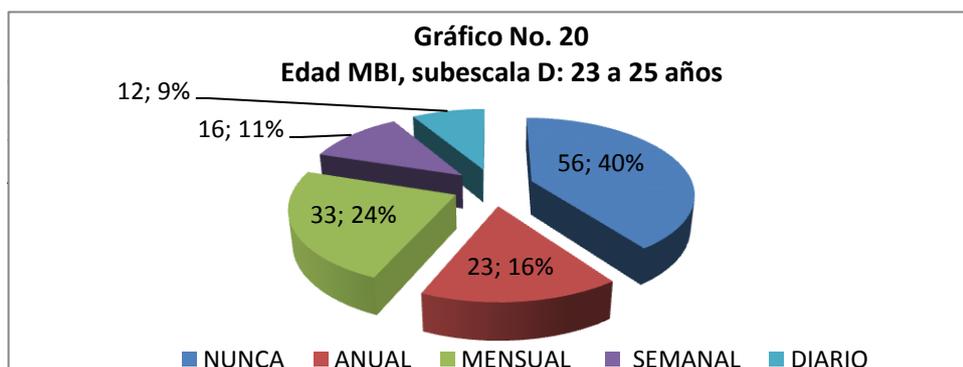
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	43	33	69	67	40
RP	11	18	44	63	88
D	56	23	33	16	12
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 12 y gráfico No. 18 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable edad: 23 a 25 años, subescala AE del MBI: 43 respuestas de Nunca que corresponde al 17% de la muestra, 33 respuestas de Anual que corresponde al 13% de la muestra, 69 respuestas de Mensual que corresponde al 27% de la muestra, 67 respuestas de Semanal que corresponde al 27% de la muestra y 40 respuestas de Diario que corresponde al 16% de la muestra.



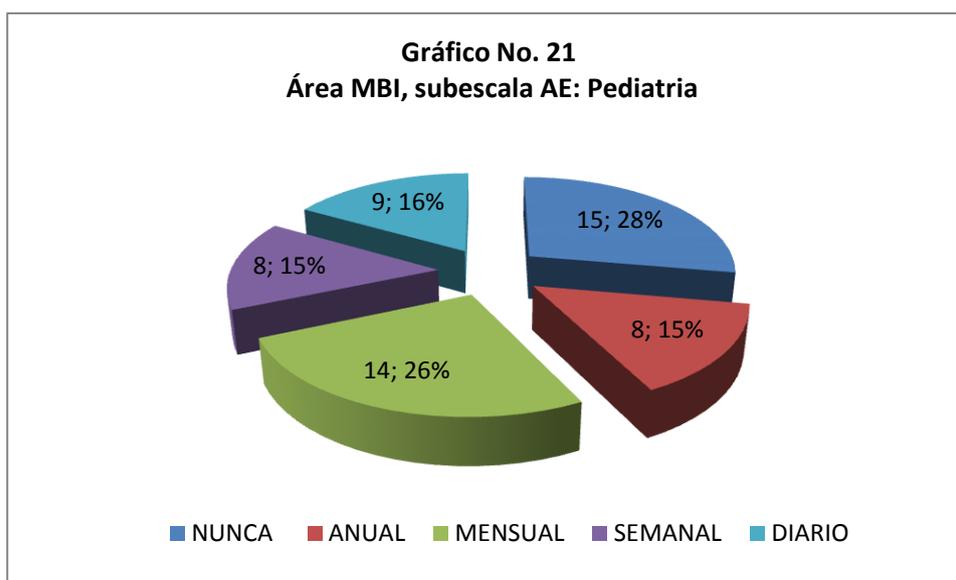
En la tabla No. 12 y gráfico No. 19 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable edad: 23 a 25 años, subescala RP del MBI: 11 respuestas de Nunca que corresponde al 5% de la muestra, 18 respuestas de Anual que corresponde al 8% de la muestra, 44 respuestas de Mensual que corresponde al 20% de la muestra, 63 respuestas de Semanal que corresponde al 28% de la muestra y 88 respuestas de Diario que corresponde al 39% de la m



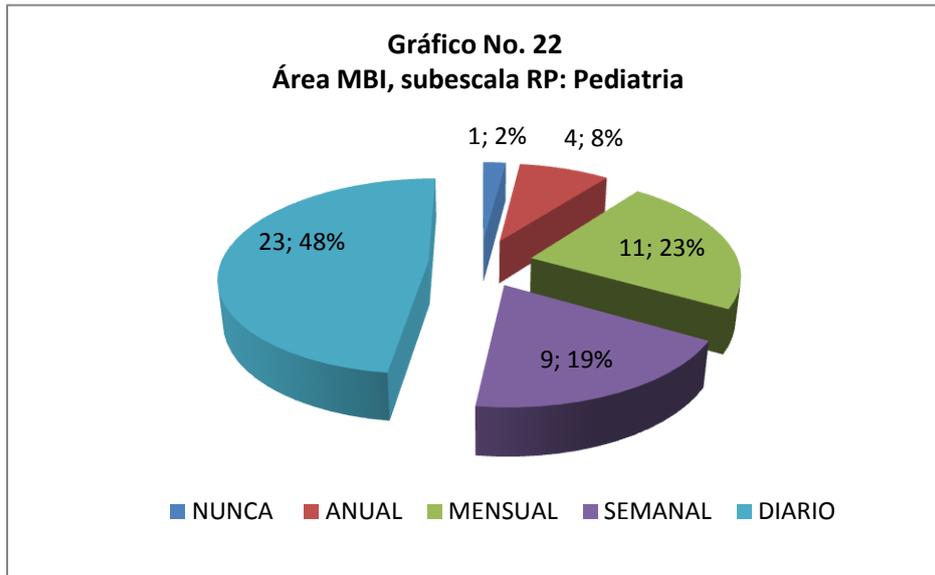
En la tabla No. 12 y gráfico No. 20 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable edad: 23 a 25 años, subescala D del MBI: 56 respuestas de Nunca que corresponde al 40% de la muestra, 23 respuestas de Anual que corresponde al 16% de la muestra, 33 respuestas de Mensual que corresponde al 24% de la muestra, 16 respuestas de Semanal que corresponde al 11% de la muestra y 12 respuestas de Diario que corresponde al 9% de la muestra.

- *Área de trabajo MBI*

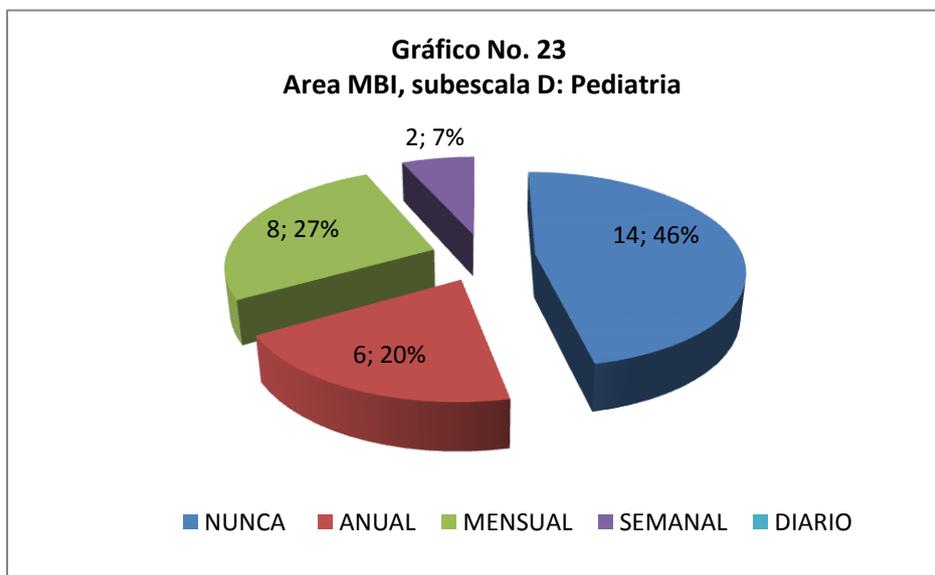
Tabla No. 13 – Resultados Totales MBI Pediatría					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	15	8	14	8	0
RP	1	4	11	9	23
D	14	6	8	2	9
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 13 y gráfico No. 21 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: pediatría, subescala AE del MBI: 15 respuestas de Nunca que corresponde al 28% de la muestra, 08 respuestas de Anual que corresponde al 15% de la muestra, 14 respuestas de Mensual que corresponde al 26% de la muestra, 15 respuestas de Semanal que corresponde al 8% de la muestra y 09 respuestas de Diario que corresponde al 16% de la muestra.



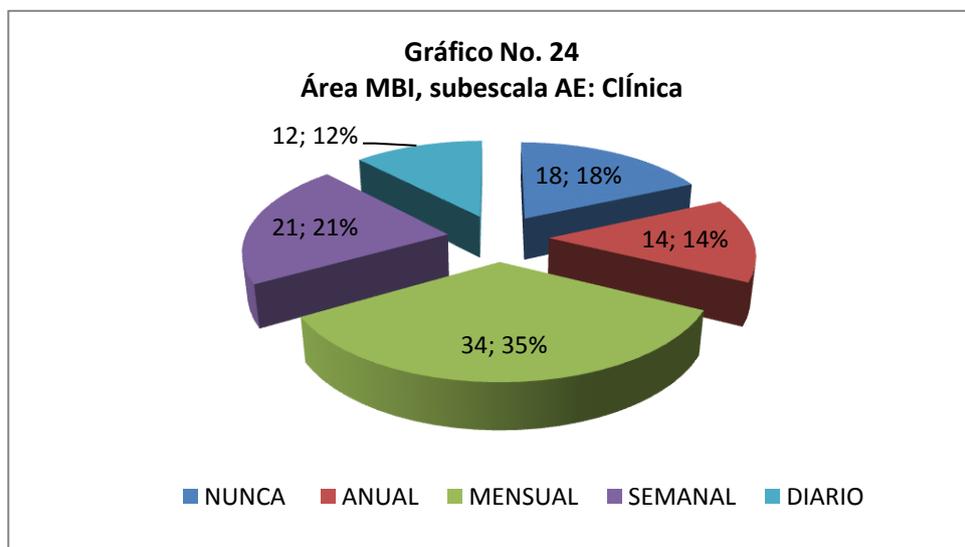
En la tabla No. 13 y gráfico No. 22 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: pediatría, subescala RP del MBI: 01 respuesta de Nunca que corresponde al 2% de la muestra, 04 respuestas de Anual que corresponde al 8% de la muestra, 11 respuestas de Mensual que corresponde al 23% de la muestra, 09 respuestas de Semanal que corresponde al 19% de la muestra y 23 respuestas de Diario que corresponde al 48% de la muestra.



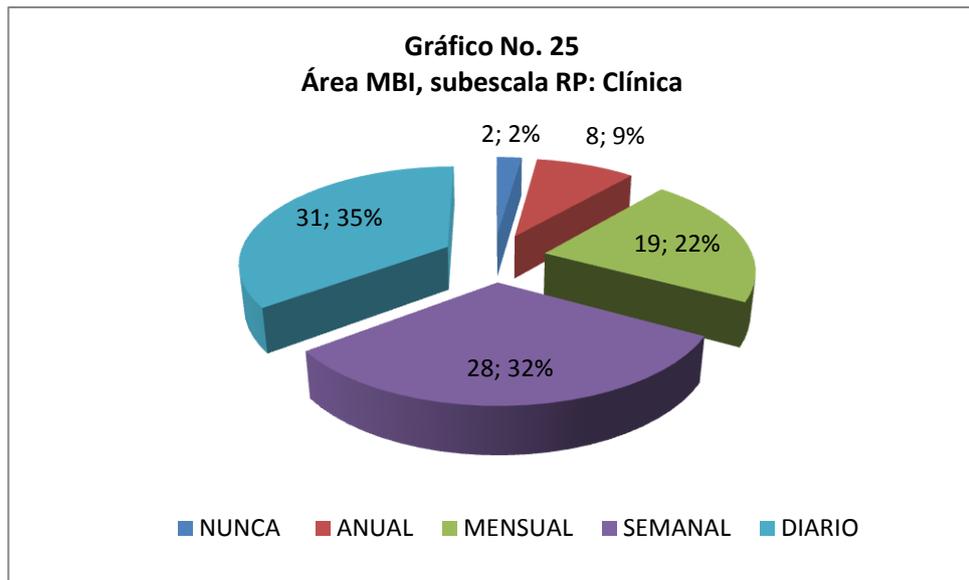
En la tabla No. 13 y gráfico No. 23 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: pediatría, subescala D del MBI: 14 respuestas de Nunca que corresponde al 46% de la muestra, 06

respuestas de Anual que corresponde al 20% de la muestra, 08 respuestas de Mensual que corresponde al 27% de la muestra, 02 respuestas de Semanal que corresponde al 07% de la muestra y 0 respuestas de Diario que corresponde al 0% de la muestra.

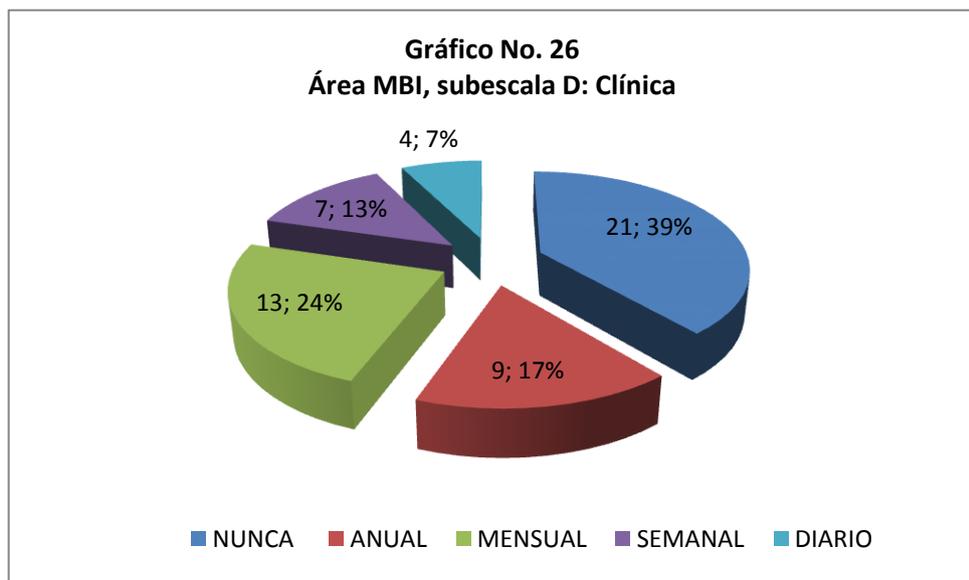
Tabla No. 14 – Resultados Totales MBI Clínica					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	18	14	34	21	12
RP	2	8	19	28	31
D	21	9	13	7	4
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 14 y gráfico No. 24 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: clínica, subescala AE del MBI: 18 respuestas de Nunca que corresponde al 18% de la muestra, 14 respuestas de Anual que corresponde al 14% de la muestra, 34 respuestas de Mensual que corresponde al 35% de la muestra, 21 respuestas de Semanal que corresponde al 21% de la muestra y 12 respuestas de Diario que corresponde al 12% de la muestra.



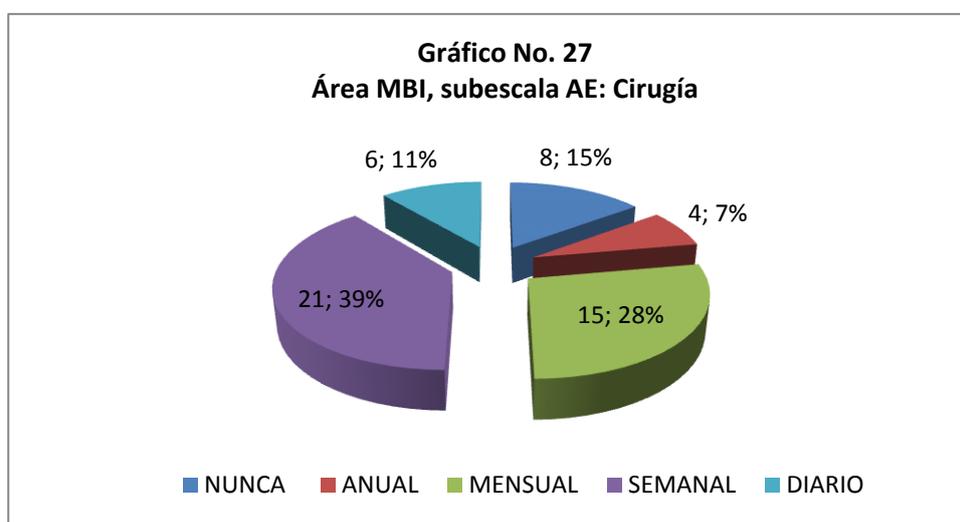
En la tabla No. 14 y gráfico No. 25 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: clínica, subescala RP del MBI: 02 respuestas de Nunca que corresponde al 02% de la muestra, 08 respuestas de Anual que corresponde al 09% de la muestra, 19 respuestas de Mensual que corresponde al 22% de la muestra, 28 respuestas de Semanal que corresponde al 32% de la muestra y 31 respuestas de Diario que corresponde al 35% de la muestra.



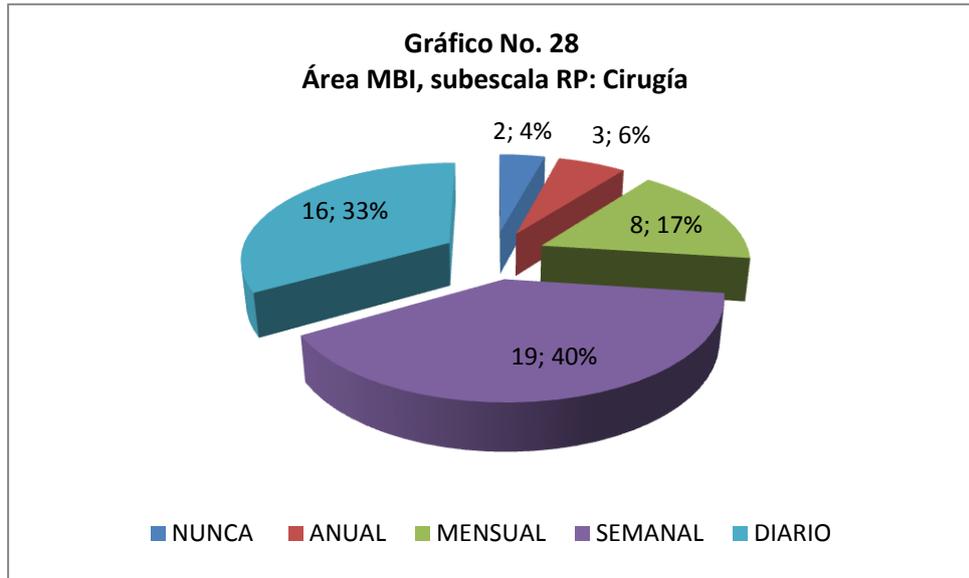
En la tabla No. 14 y gráfico No. 26 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: clínica, subescala D del

MBI: 21 respuestas de Nunca que corresponde al 39% de la muestra, 09 respuestas de Anual que corresponde al 17% de la muestra, 13 respuestas de Mensual que corresponde al 24% de la muestra, 07 respuestas de Semanal que corresponde al 13% de la muestra y 04 respuestas de Diario que corresponde al 07% de la muestra.

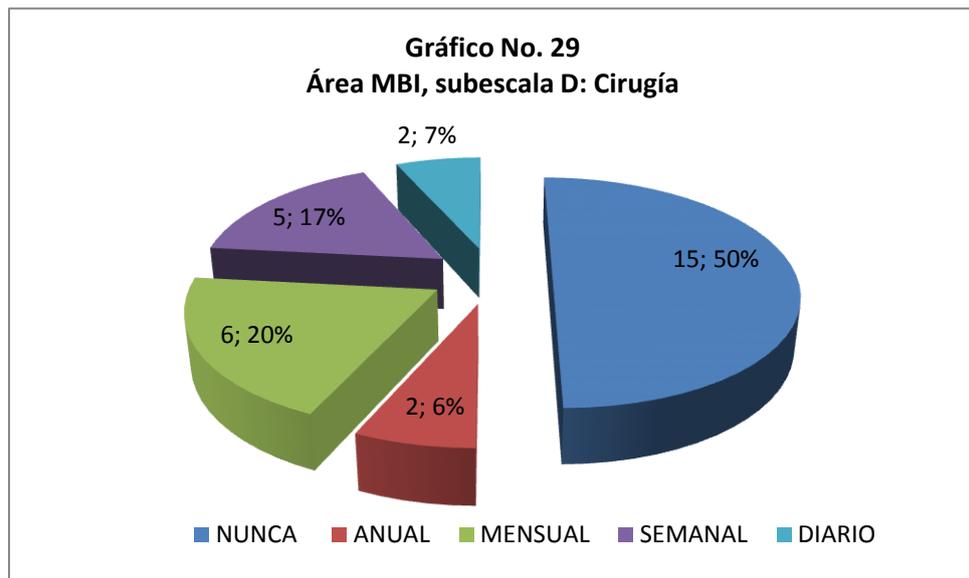
Tabla No. 15 – Resultados Totales MBI Cirugía					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	8	4	15	21	6
RP	2	3	8	19	16
D	15	2	6	5	2
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 15 y gráfico No. 27 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: cirugía, subescala AE del MBI: 08 respuestas de Nunca que corresponde al 15% de la muestra, 04 respuestas de Anual que corresponde al 7% de la muestra, 15 respuestas de Mensual que corresponde al 28% de la muestra, 21 respuestas de Semanal que corresponde al 39% de la muestra y 06 respuestas de Diario que corresponde al 11% de la muestra.



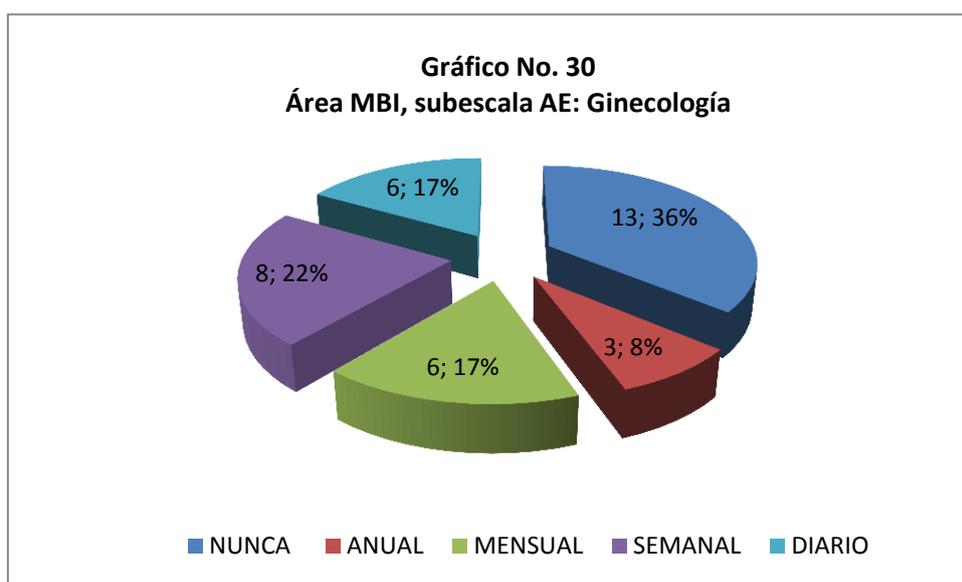
En la tabla No. 15 y gráfico No. 28 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: cirugía, subescala RP del MBI: 02 respuestas de Nunca que corresponde al 4% de la muestra, 03 respuestas de Anual que corresponde al 6% de la muestra, 08 respuestas de Mensual que corresponde al 17% de la muestra, 19 respuestas de Semanal que corresponde al 40% de la muestra y 16 respuestas de Diario que corresponde al 33% de la muestra.



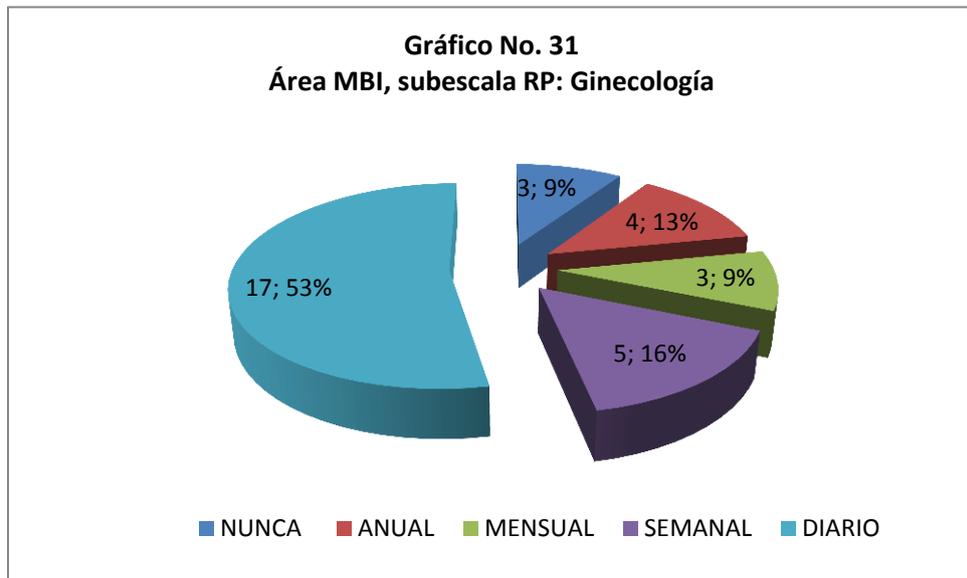
En la tabla No. 15 y gráfico No. 29 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: cirugía, subescala D del MBI: 15 respuestas de Nunca que corresponde al 50% de la muestra, 02

respuestas de Anual que corresponde al 06% de la muestra, 06 respuestas de Mensual que corresponde al 20% de la muestra, 05 respuestas de Semanal que corresponde al 17% de la muestra y 02 respuestas de Diario que corresponde al 7% de la muestra.

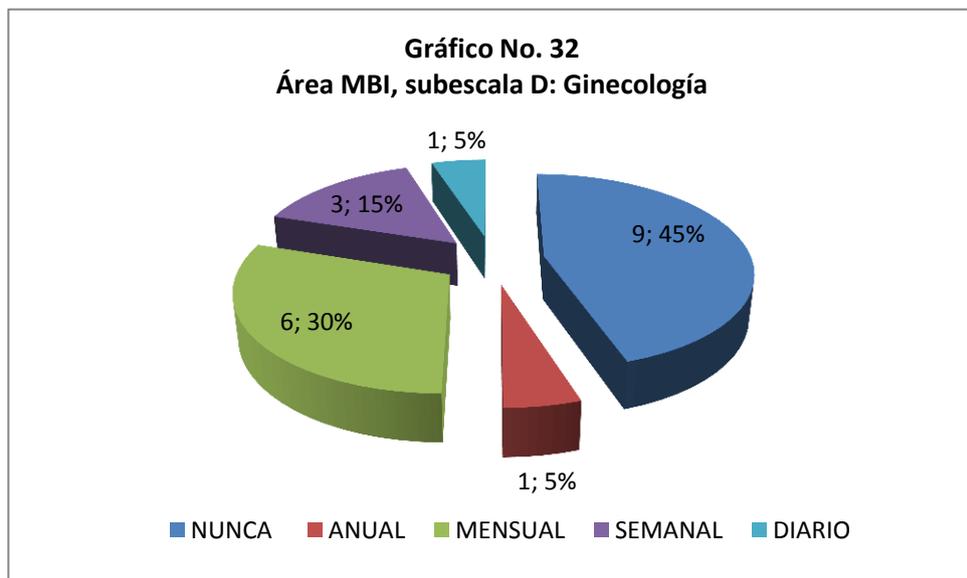
Tabla No. 16 – Resultados Totales MBI Ginecología					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	13	3	6	8	6
RP	3	4	3	5	17
D	9	1	6	3	1
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 16 y gráfico No. 30 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: ginecología, subescala AE del MBI: 13 respuestas de Nunca que corresponde al 36% de la muestra, 03 respuestas de Anual que corresponde al 8% de la muestra, 06 respuestas de Mensual que corresponde al 17% de la muestra, 08 respuestas de Semanal que corresponde al 22% de la muestra y 06 respuestas de Diario que corresponde al 17% de la muestra.



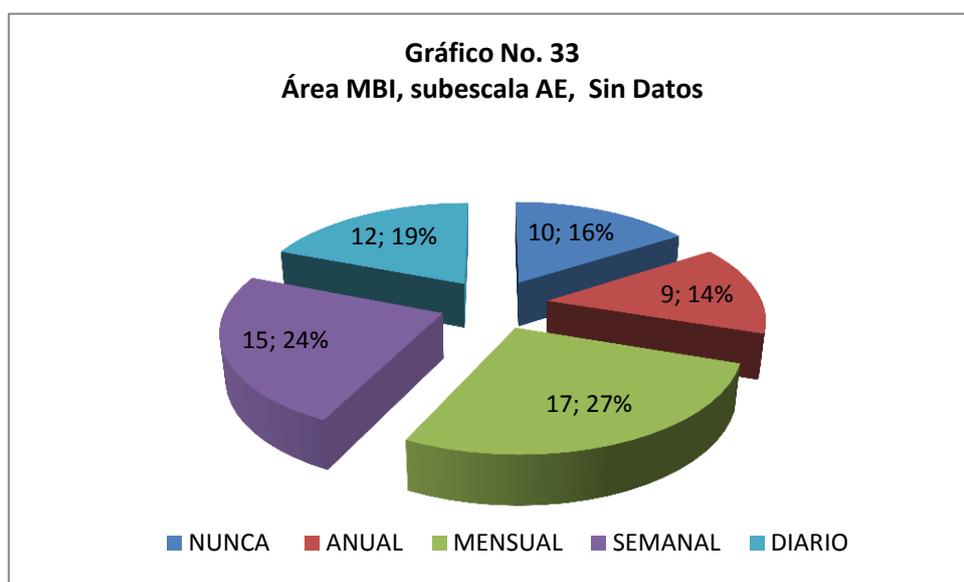
En la tabla No. 16 y gráfico No. 31 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: ginecología, subescala RP del MBI: 03 respuestas de Nunca que corresponde al 09% de la muestra, 04 respuestas de Anual que corresponde al 13% de la muestra, 03 respuestas de Mensual que corresponde al 09% de la muestra, 05 respuestas de Semanal que corresponde al 16% de la muestra y 17 respuestas de Diario que corresponde al 53% de la muestra.



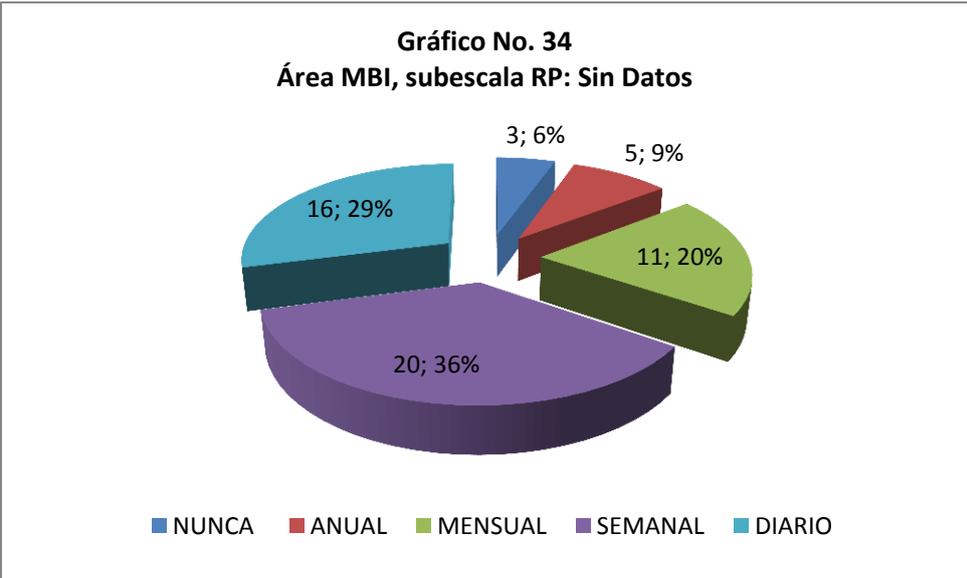
En la tabla No. 16 y gráfico No. 32 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: ginecología, subescala D del MBI: 09 respuestas de Nunca que corresponde al 45% de la muestra, 01

respuestas de Anual que corresponde al 5% de la muestra, 06 respuestas de Mensual que corresponde al 30% de la muestra, 03 respuestas de Semanal que corresponde al 15% de la muestra y 01 respuestas de Diario que corresponde al 5% de la muestra.

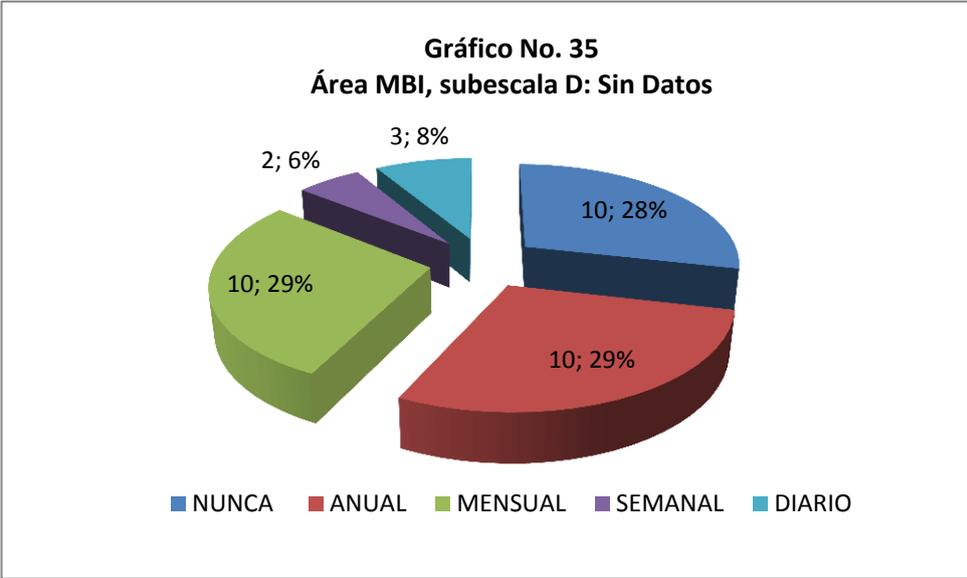
Tabla No. 17 – Resultados Totales MBI Sin datos					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	10	9	17	15	12
RP	3	5	11	20	16
D	10	10	10	2	3
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 17 y gráfico No. 33 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: sin datos, subescala AE del MBI: 10 respuestas de Nunca que corresponde al 16% de la muestra, 09 respuestas de Anual que corresponde al 14% de la muestra, 17 respuestas de Mensual que corresponde al 27% de la muestra, 15 respuestas de Semanal que corresponde al 24% de la muestra y 12 respuestas de Diario que corresponde al 19% de la muestra.



En la tabla No. 17 y gráfico No. 34 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: sin datos, subescala RP del MBI: 03 respuestas de Nunca que corresponde al 06% de la muestra, 05 respuestas de Anual que corresponde al 09% de la muestra, 11 respuestas de Mensual que corresponde al 20% de la muestra, 20 respuestas de Semanal que corresponde al 36% de la muestra y 16 respuestas de Diario que corresponde al 29% de la muestra.

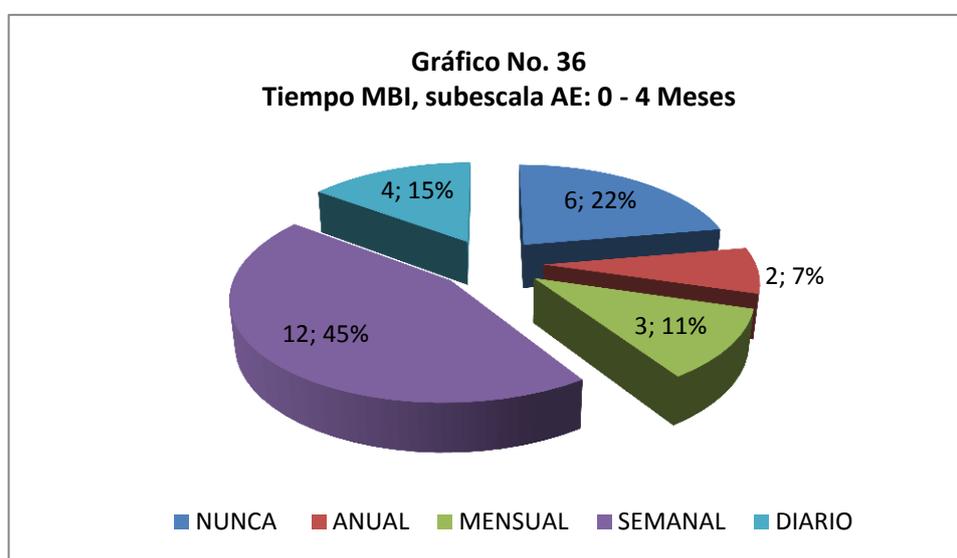


En la tabla No. 17 y gráfico No. 35 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable área de trabajo: sin datos, subescala D del MBI: 10 respuestas de Nunca que corresponde al 28% de la muestra, 10

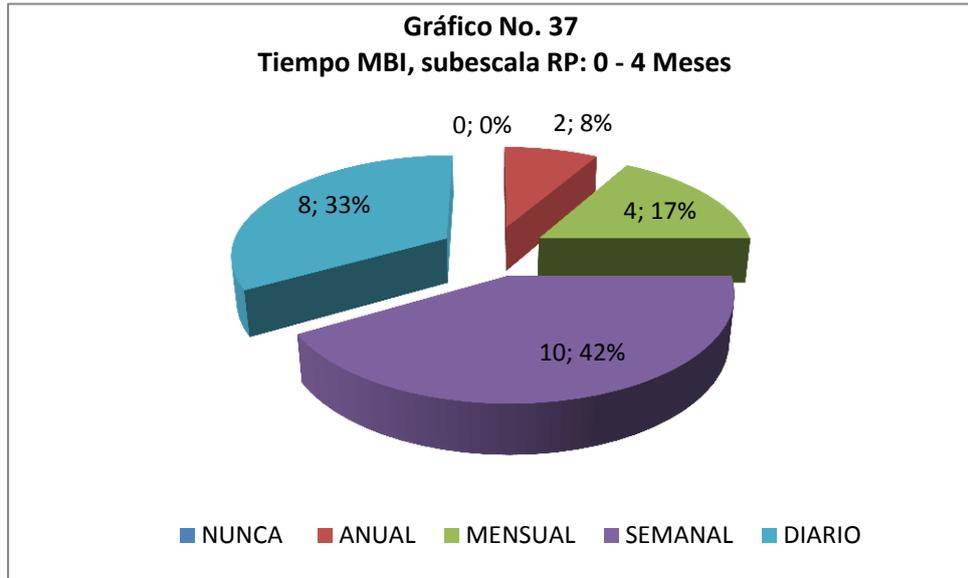
respuestas de Anual que corresponde al 29% de la muestra, 10 respuestas de Mensual que corresponde al 29% de la muestra, 02 respuestas de Semanal que corresponde al 06% de la muestra y 03 respuestas de Diario que corresponde al 08% de la muestra.

- *Tiempo de trabajo MBI*

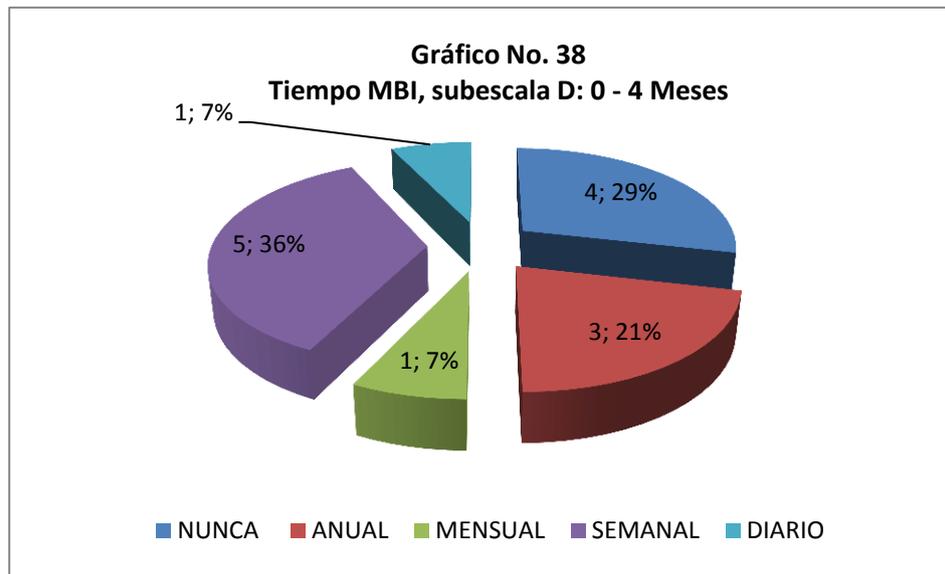
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	6	2	3	12	4
RP	0	2	4	10	8
D	4	3	1	5	1
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 18 y gráfico No. 36 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 0 – 4 meses, subescala D del MBI: 06 respuestas de Nunca que corresponde al 22% de la muestra, 02 respuestas de Anual que corresponde al 7% de la muestra, 03 respuestas de Mensual que corresponde al 11% de la muestra, 12 respuestas de Semanal que corresponde al 45% de la muestra y 04 respuestas de Diario que corresponde al 15% de la muestra.



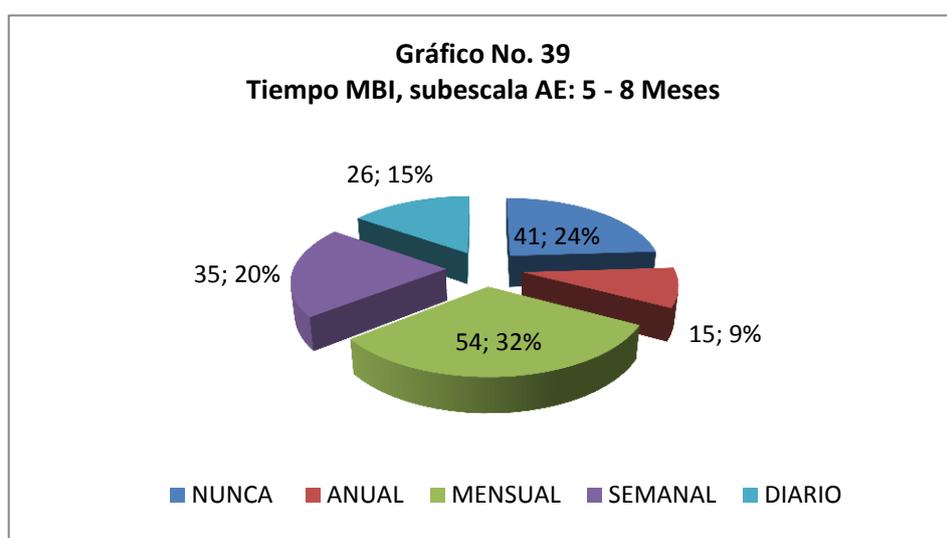
En la tabla No. 18 y gráfico No. 37 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 0 – 4 meses, subescala D del MBI: 0 respuestas de Nunca que corresponde al 0% de la muestra, 02 respuestas de Anual que corresponde al 08% de la muestra, 04 respuestas de Mensual que corresponde al 17% de la muestra, 10 respuestas de Semanal que corresponde al 42% de la muestra y 08 respuestas de Diario que corresponde al 33% de la muestra.



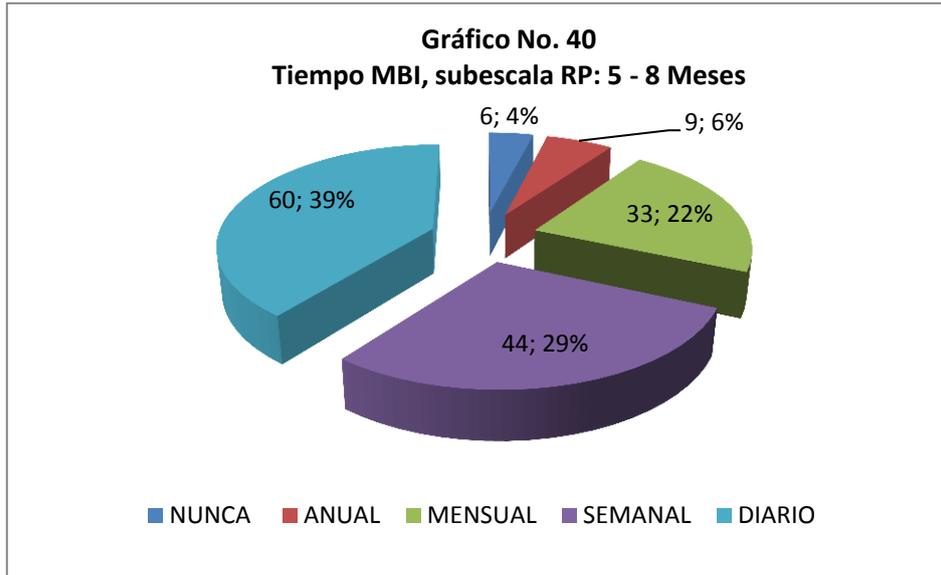
En la tabla No. 18 y gráfico No. 38 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 0 – 4 meses, subescala D del MBI: 04 respuestas de Nunca que corresponde al 29% de la

muestra, 03 respuestas de Anual que corresponde al 21% de la muestra, 01 respuestas de Mensual que corresponde al 07% de la muestra, 05 respuestas de Semanal que corresponde al 36% de la muestra y 01 respuestas de Diario que corresponde al 07% de la muestra.

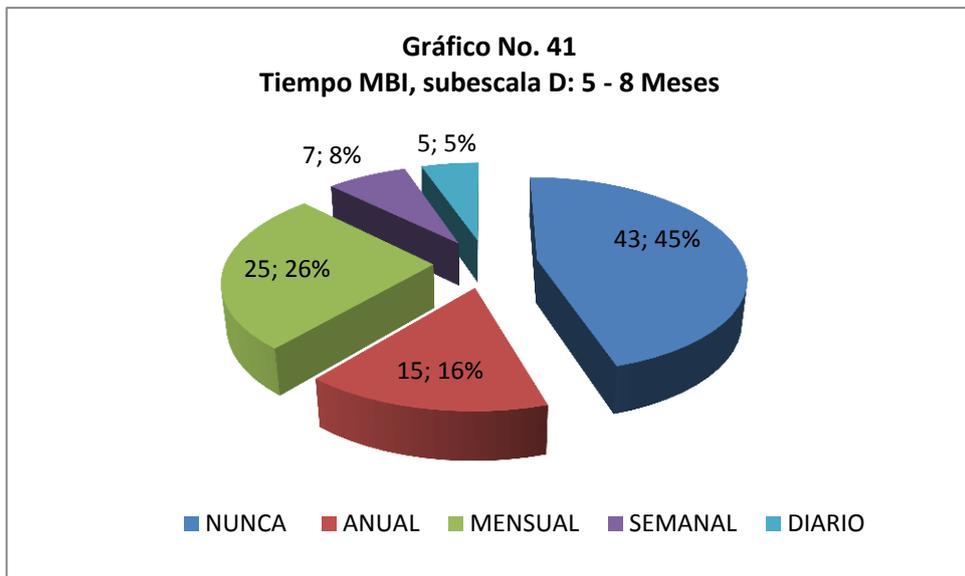
Tabla No. 19 – Resultados Totales MBI tiempo 5 -8 meses					
	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	41	15	54	35	26
RP	6	9	33	44	60
D	43	15	25	7	5
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 19 y gráfico No. 39 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 5 - 8 meses, subescala D del MBI: 41 respuestas de Nunca que corresponde al 24% de la muestra, 15 respuestas de Anual que corresponde al 09% de la muestra, 54 respuestas de Mensual que corresponde al 32% de la muestra, 35 respuestas de Semanal que corresponde al 20% de la muestra y 26 respuestas de Diario que corresponde al 15% de la muestra.



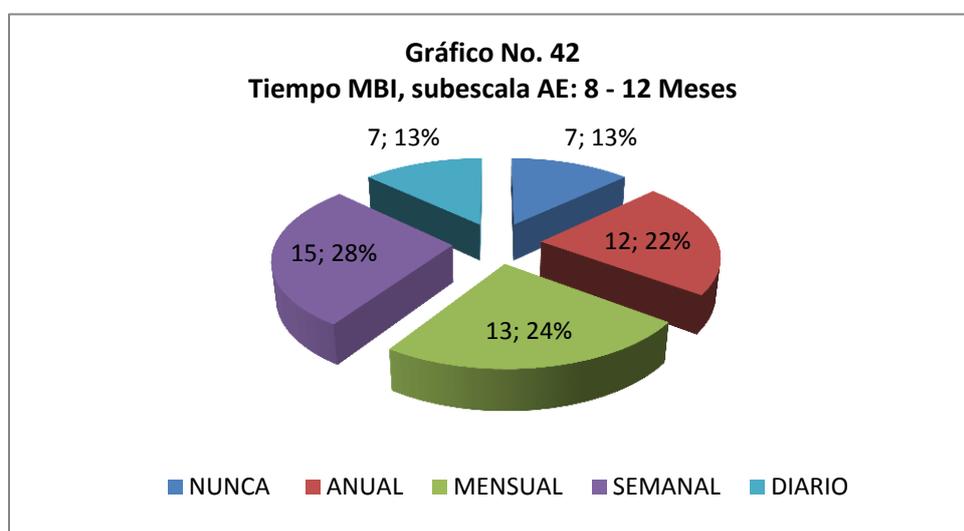
En la tabla No. 19 y gráfico No. 40 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 5 - 8 meses, subescala RP del MBI: 06 respuestas de Nunca que corresponde al 04% de la muestra, 09 respuestas de Anual que corresponde al 06% de la muestra, 33 respuestas de Mensual que corresponde al 22% de la muestra, 44 respuestas de Semanal que corresponde al 29% de la muestra y 60 respuestas de Diario que corresponde al 39% de la muestra.



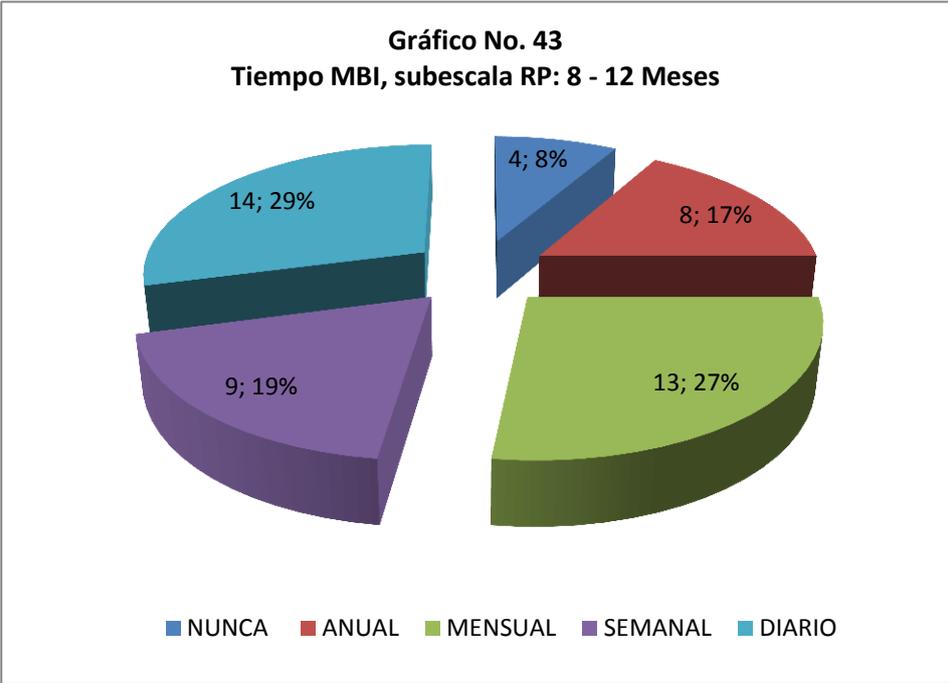
En la tabla No. 19 y gráfico No. 41 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 5 - 8 meses, subescala D del MBI: 43 respuestas de Nunca que corresponde al 45% de la muestra, 15

respuestas de Anual que corresponde al 16% de la muestra, 25 respuestas de Mensual que corresponde al 26% de la muestra, 07 respuestas de Semanal que corresponde al 08% de la muestra y 05 respuestas de Diario que corresponde al 05% de la muestra.

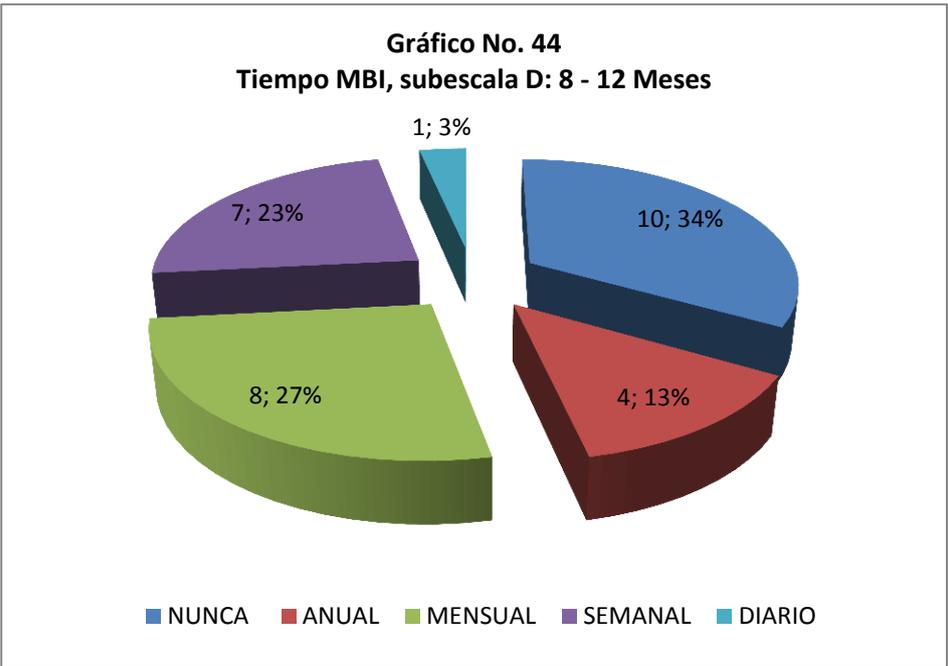
Tabla No. 20 – Resultados Totales MBI tiempo 8 – 12 meses					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	7	12	13	15	7
RP	4	8	13	9	14
D	10	4	8	7	1
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 20 y gráfico No. 42 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 8 - 12 meses, subescala AE del MBI: 07 respuestas de Nunca que corresponde al 13% de la muestra, 12 respuestas de Anual que corresponde al 22% de la muestra, 13 respuestas de Mensual que corresponde al 24% de la muestra, 15 respuestas de Semanal que corresponde al 28% de la muestra y 07 respuestas de Diario que corresponde al 13% de la muestra.

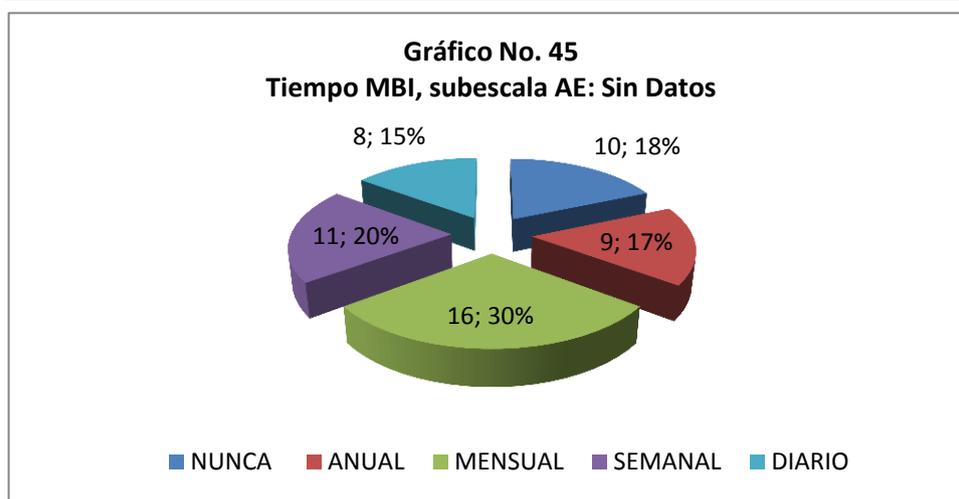


En la tabla No. 20 y gráfico No. 43 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 8 - 12 meses, subescala RP del MBI: 04 respuestas de Nunca que corresponde al 08% de la muestra, 08 respuestas de Anual que corresponde al 17% de la muestra, 13 respuestas de Mensual que corresponde al 27% de la muestra, 09 respuestas de Semanal que corresponde al 19% de la muestra y 14 respuestas de Diario que corresponde al 29% de la muestra.

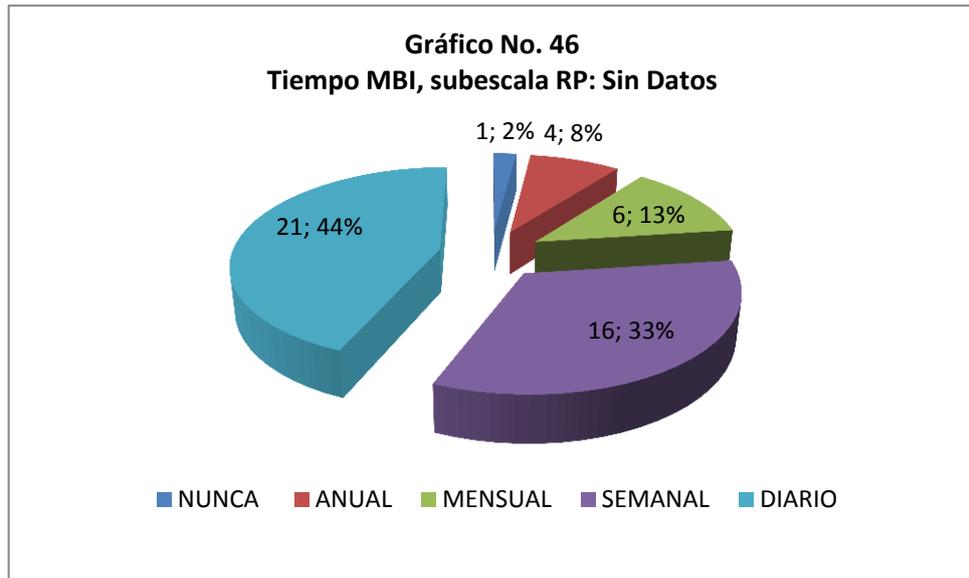


En la tabla No. 20 y gráfico No. 44 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: 8 - 12 meses, subescala D del MBI: 10 respuestas de Nunca que corresponde al 34% de la muestra, 04 respuestas de Anual que corresponde al 13% de la muestra, 08 respuestas de Mensual que corresponde al 27% de la muestra, 07 respuestas de Semanal que corresponde al 23% de la muestra y 01 respuestas de Diario que corresponde al 03% de la muestra.

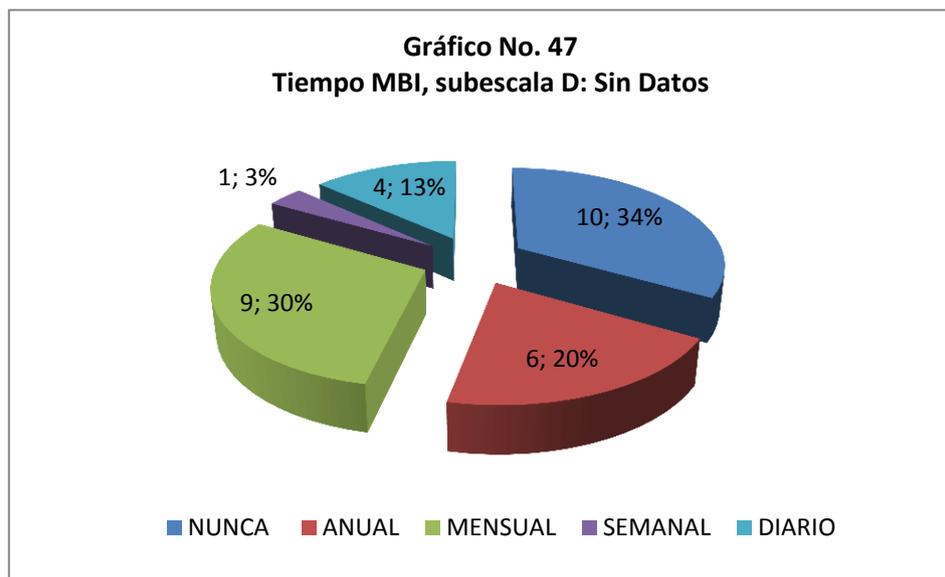
Tabla No. 21 – Muestra de Estudio tiempo sin datos					
Subescala	NUNCA	ANUAL	MENSUAL	SEMANAL	DIARIO
AE	10	9	16	11	8
RP	1	4	6	16	21
D	10	6	9	1	4
Fuente:	Hospital Regional de Cuenca				
Autor:	Marcelo Pulgarín Tandazo				



En la tabla No. 21 y gráfico No. 45 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: sin datos, subescala AE del MBI: 10 respuestas de Nunca que corresponde al 18% de la muestra, 09 respuestas de Anual que corresponde al 17% de la muestra, 16 respuestas de Mensual que corresponde al 30% de la muestra, 11 respuestas de Semanal que corresponde al 20% de la muestra y 08 respuestas de Diario que corresponde al 15% de la muestra.



En la tabla No. 21 y gráfico No. 46 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: sin datos, subescala RP del MBI: 01 respuestas de Nunca que corresponde al 02% de la muestra, 04 respuestas de Anual que corresponde al 08% de la muestra, 06 respuestas de Mensual que corresponde al 13% de la muestra, 16 respuestas de Semanal que corresponde al 33% de la muestra y 21 respuestas de Diario que corresponde al 44% de la muestra.



En la tabla No. 21 y gráfico No. 47 se observa los resultados totales, obtenidos por el grupo de estudio, de la variable tiempo de trabajo: sin datos, subescala D del MBI: 10 respuestas de Nunca que corresponde al 34% de la muestra, 06

respuestas de Anual que corresponde al 20% de la muestra, 09 respuestas de Mensual que corresponde al 30% de la muestra, 01 respuestas de Semanal que corresponde al 03% de la muestra y 04 respuestas de Diario que corresponde al 13% de la muestra.

3.5 Conclusiones del estudio

A continuación resumimos los resultados de la evaluación del MBI, a manera de conclusiones, del estudio del Síndrome de Burnout en los Internos de Medicina del Hospital Regional de Cuenca: "Vicente Corral Moscoso":

- En la variable sexo se observan los siguientes resultados: subescala AE, hombres 27% y mujeres 28%, en la frecuencia mensual; subescala RP, hombres 41% y mujeres 34%, en la frecuencia diario; y, subescala D, hombres 38% y mujeres 40%, en la frecuencia de nunca. Lo que significa que tanto hombres como mujeres presentan mayores grados de apatía emocional mientras más tiempo permanecen en su cargo; los hombres manifiestan mayor realización profesional, día a día, que las mujeres día a día; y, los grados de despersonalización son menores en el grupo de estudio.
- En la variable horas de trabajo se observan los siguientes resultados: subescala AE, 31 %, en la frecuencia mensual; subescala RP, 39%, en la frecuencia diario; y, subescala D, 45%, en la frecuencia nunca. Lo que significa que los grados de apatía emocional disminuye con el tiempo; la realización profesional aumenta día a día; y, los grados despersonalización tiende a hacerse mayores mientras la jornada laboral se intensifica.
- En la variable área de trabajo se observan los siguientes resultados: subescala AE, 39% en cirugía, frecuencia semanal; subescala RP, 53% en ginecología, frecuencia diario; y, subescala D, 50% en cirugía, frecuencia de nunca. Lo que significa que el área de cirugía es la que mayor apatía emocional y menor despersonalización presenta; y, el área de ginecología es la que mayor realización profesional se observa.
- En la variable tiempo de trabajo se observan los siguientes resultados: intensificación de en todas la subescalas, en el periodo de cero a cuatro meses,

así: AE (45%), RP (42%) y D (36%). Lo que significa que a menor tiempo de trabajo mayor apatía emocional, realización profesional y despersonalización.

- En la variable edad, se observa aumento de AE, en la frecuencia de mensual, tanto en el grupo de veinte a veinte y dos años (23%) como en el grupo de veinte y tres a veinte y cinco años (27%); RP, en la frecuencia de diario, ambos grupos de edad con el 35% y 39%, respectivamente; y, D, en la frecuencia de nunca, casi a la par con el 36% el primer grupo y 40% el segundo grupo de edad. Lo que significa que, con el tiempo, los internos de mayor edad tiende a ser mayormente apáticos y su despersonalización es menor; y, en ambos grupos aumenta la realización profesional.

3.6 Recomendaciones del estudio

Con el objeto de disminuir la apatía emocional y la despersonalización así como aumentar la realización profesional se sugiere aplicar planes de intervención tendientes a disminuir y, en el mejor de los casos, eliminar los rasgos diagnósticos del Burnout. Para ello se pueden aplicar programas de Asesoría y Consejería Psicológica o de Tratamiento Clínico Sintomático, utilizando una serie de técnicas psicoterapéuticas, tales como: resolución de problemas en conflictos, autoestima, inteligencia emocional, PNL, relajamiento, entre otras.

Nosotros aportamos a éste fin con un Programa de Intervención mismo que perfilamos en el siguiente capítulo de nuestro trabajo de grado.

CAPITULO IV

Programa de Intervención

- Alternativas para controlar el estrés hospitalario
- Técnicas de intervención psicoterapéutica.
- La importancia de modificar el ambiente de trabajo.

CAPITULO IV

Programa de Intervención

4.1 Alternativas para controlar el estrés hospitalario

Con los resultados obtenidos es evidente que el síndrome de Burnout es una amenaza para los internos de medicina del Hospital Regional de Cuenca: “Vicente Corral Moscoso”, razón por lo cual se debe prevenir el estrés crónico a través de programas de intervención psicoterapéutica tendientes a mejorar la resiliencia, asertividad y otras habilidades sociales. Pudiendo existir diferentes abordajes, que como ya habíamos indicado en al cerrar el capítulo precedente, pueden ser de asesoría y consejería psicológica como de tratamiento clínico sintomático; y, de orden individual, grupal e institucional.

Lo que se busca es la adquisición de destrezas personales y sociales para expresar adecuadamente emociones; entrenar en técnicas de relajación para manejar rasgos de ansiedad, depresión y otros; y, la resolución acertada de problemas para mejorar respuestas de asimilación, acomodación, adaptación a situaciones conflicto. A lo que se suma, la disminución de estresores del entorno, con políticas organizacionales, tales como: flexibilidad de los horarios, respeto a los turnos, cumplimiento de los roles asignados, educación continua, bonificaciones, ascensos, entre otras.

4.2 Técnicas de intervención psicoterapéutica.

Se proponen talleres psicoterapéuticos con enfoque humanista, fundamentados el modelo desarrollado por la Universidad Española de Extremadura: IRIS[®], en base a sesiones de trabajo divididas en tres momentos: a. saludo, bienvenida y caldeamiento como inclusión; b. relajación (con o sin visualización) como confrontación catártica; y, c. verbalización como cierre. Programa cuyo fin es el flujo controlado de los grados de distrés; y, cuya duración es de una sesión quincenal, en un periodo de seis a nueve meses de intervención psicológica, con lo que se abarca el tiempo de internado, tomando como referencia los siguientes bloques de trabajo:

Bloque I

Estrategias Dirigidas a la Prevención y Control del Estrés.

- Aliviar las situaciones que potencialmente provocan estrés.
- Reducir las respuestas inadecuadas al estrés.
- Instrumentar en respuestas adecuadas para manejar el estrés.

Bloque II

Estrategias Dirigidas a la Mejorar de la Comunicación y al Desarrollo de las Actitudes Implicadas en la Autoayuda.

- Optimizar la relación: identificar preocupaciones, apoyar y motivar.
- Conocimiento de las actitudes involucradas en el crecimiento personal.
- Determinar los patrones de conducta en las estrategias de afrontamiento.

Bloque III

Estrategias Dirigidas al Desarrollo y Entrenamiento de Técnicas Instrumentales y Adaptativas.

- Facilitar la identificación de solución para problemas existentes.
- Valorar la disposición individual motivacional.
- Afrontar y regular conflictos.

Bloque IV:

Estrategias Dirigidas al Entrenamiento de las Habilidades Sociales.

- Percepción, traducción e interpretación de señales sociales.
- Alternativas de actuación social óptima.
- Entrenamiento en habilidades sociales.

4.3 La importancia de modificar el ambiente de trabajo.

A lo anterior, es decir a la intervención especializada, debe agregarse la importancia de concientizar acerca del Burnout como parte de la jornada de inclusión al internado médico o utilizando otras campañas de prevención, pues se debe dar prioridad a la estabilidad mental de las personas que trabajan en salud, mismas a las que se debe escuchar así como atender a sus necesidades, lo que hará que el ambiente y la productividad mejoren considerablemente.

Conclusiones y Recomendaciones

En nuestro trabajo, el grupo de estudio presentó el mayor porcentaje de respuestas en la variable temporal mensual, así:

Las mujeres presentaron 46 respuestas de apatía emocional (AE) que corresponde a un 39.1% de la muestra; 32 respuestas de realización profesional (RP) que corresponde a un 56.25% de la muestra; y, 28 respuestas de despersonalización (D) que corresponde a un 64.28% de la muestra.

En cambio, los hombres presentaron 39 respuestas de apatía emocional (AE) que corresponde a un 41% de la muestra; 23 respuestas de realización profesional (RP) que corresponde a un 69.6% de la muestra; y, 17 respuestas de despersonalización (D) que corresponde a un 94.1% de la muestra.

Y, en general, 85 respuestas de apatía emocional (AE) que corresponde al 40% de la muestra; 55 respuestas de realización profesional (RP) que corresponde a un 61,81% de la muestra; y, 45 respuestas de despersonalización (D) que corresponde a un 75.5% de la muestra.

Así, según los resultados de este estudio los encuestados no cumple, con todos los criterios, para un Síndrome de Burnout; no obstante, ésta realidad podría cambiar si se aplica la investigación al finalizar la residencia pues el tiempo juega un papel importante en la agudización de los rasgos diagnósticos, por ejemplo:

A los seis meses de internado se aplicó al 60 % de la población, los mismos que presentaron síntomas moderados de síndrome de Burnout; por lo que, el tiempo que se necesita para una valoración más precisa es un periodo de un año, lo cual mediría mejor el impacto del estrés en la salud de los futuros médicos.

Los puntajes elevados de estrés se correlacionaron con las variables: sexo, tiempo de trabajo, horas de trabajo y área de rotación, de la siguiente manera:

En relación al sexo el 70 % de la población pertenece al sexo femenino quienes presentaron un 42 % de apatía emocional (AE) se manifiesta semanal y diariamente. Posiblemente la necesidad de verbalizar sus emociones y buscar

apoyo, también la predisposición emocional la vuelve más sensible y cuidadosa, siendo más responsable en este rol, todos estos estímulos positivos no armonizados crean los síntomas negativos. El 28 % restante buscó maneras de relacionarse y comunicarse con los demás, y actividades recreativas dentro del internado, esta búsqueda de estos motivos positivos son probablemente a su educación, sus valores, su forma de crianza y mecanismos de defensa adquiridos en el seno del hogar.

Los hombres mostraron bajos niveles de apatía emocional (AE), al no involucrarse a nivel personal con los pacientes, delimitando sus fronteras emocionales y la búsqueda de constante mecanismos catárticos: sociabilidad con sus pares y compañeros de trabajo, actividad física (deportes).

Índices elevados se relacionan con el tiempo de trabajo el 60 % de la población tiene apatía emocional (AE) y disminuye al finalizar el año de internado. Se debe a las expectativas más reales que construye el interno de medicina sobre la rotación hospitalaria, entrevistas posteriores los internos de medicina indican que empiezan a familiarizarse con el ambiente laboral, hay trabajo en equipo, se adaptan a las reglas, normas y exigencias de la institución. No obstante, debido a las falencias organizacionales de la institución, un porcentaje pequeño de internos, mantuvieron los síntomas y el trato inapropiado a los pacientes.

En lo que respecta a la edad, el grupo de 20 a 22 años mostró más síntomas negativos para Burnout que el grupo de 23 a 25 años, esto se debe posiblemente de transición de adolescencia a adulto mayor, manifestando conductas impulsivas e inmaduras, propio de un estudiante que está formando un perfil profesional, también correlacionando con la variable de despersonalización (D) el grupo más joven soportó este síntoma con mayor reiteración; a menor edad es menos tolerable la presión de un ambiente exigente y la adaptación a las nuevas reglas que deben instaurar para una vida profesional.

El grupo 23 a 25 años en despersonalización (D) un 44%, mostró mayor tolerancia a este síntoma por la motivación de las metas organizadas y sólidas, por ejemplo: la elección de una especialidad, relaciones estables (hijos, familia,

compromiso con parejas). También el 70 % de los integrantes mostró apatía emocional ante su ambiente laboral probablemente por la falta de camaradería o compañerismo entre ellos, En lo que concierne a realización personal (RP) el grupo adulto manifestó mayor satisfacción tal vez por el elevado sentido de responsabilidad y la recompensa educativa teórica – practica que otorga las pasantías pre profesionales.

A correlacionar los niveles de estrés con el área de rotación se observó que los internos que rotaban en clínica y pediatría el 57 % tenían niveles elevados de apatía emocional hacia el ambiente profesional y sus compañeros de trabajo debido a la afluencia de pacientes y el poco personal para cubrir la sobrecarga laboral, mientras que el porcentaje restante de los sujetos en el área de clínica mostró bajos niveles de estrés negativo a su contexto por mantener mayor contacto con sus compañeros, se repite la misma condición donde la camaradería, la actitud y el tipo de personalidad son herramientas para afrontar el estrés.

Otro factor influyente en el estrés se relaciona con los porcentajes de las horas de trabajo diarias demostraron menor incidencia con menor números de horas, lo que fue distinta la percepción cuando mide el tiempo por un periodo más largo o semanal, el cansancio es mayor cuando se lo relacionó con el periodo extenso. La dificultad para adaptarse al ambiente fue debido al exceso de horas y carga laboral que no daba el tiempo necesario para las relaciones sociales, ni el descanso necesario de un turno al otro.

Se encontraron otras variables independientes al estudio que se asociaron al estrés y la salud. Se observó en algunos internos de medicina que el estrés tuvo consecuencias positivas, ya que se transformó en la herramienta necesaria ante momentos críticos en la práctica profesional, siendo este factor eficaz ante la toma de decisiones. Se descubrió que existen niveles considerables de estrés negativo en el personal de planta del hospital (servicios generales, médicos(as), enfermeras(as), auxiliares de enfermería, personal administrativo) quienes, en su mayoría, creaban el ambiente laboral tenso para los pasantes de medicina.

Finalmente, quisiéramos señalar, la comorbilidad del Burnout con otros trastornos psíquicos que pueden agudizarlo, sin los más importantes: depresión, ansiedad, trastornos del sueño, trastornos de alimentación, alexitimia, entre otros. Pudiendo, de presentarse, aumentar la apatía emocional (AE), afectar la realización profesional (RP) e intensificar la despersonalización (D).

Referencias Bibliográficas

1. Textos:

- BECK, A., FREEMAN, A. & Otros. *Terapia Cognitiva de los Trastornos de Personalidad*. Editorial Paidós. Barcelona - España, 1995.
- HARDINGE, Mervyn G. *"Salud Mental & Espiritual"*. Enciclopedia Médica Familiar. Volumen I. Asociación Casa Editora Sudamericana. Buenos Aires – Argentina, 1996
- LOPEZ, Rosetti Daniel. *"Estrés: Epidemia del Siglo XXI. Cómo Entenderlo y Vencerlo"*. Grupo Editorial Lumen. Buenos Aires – Argentina, 2000.
- MELGOSA, Julian. *"Sin estrés"*. Editorial Safeliz. Madrid – España, 1994.
- TARRIDA, Joan. *"Salud & Mente"*. Gran Colección de la Salud. Parte 1. Volumen I y II. 3ra. Edición. Editorial Plaza Janés. Lima – Perú, 2004.
- VARIOS AUTORES. *"Guía sobre el Síndrome de Quemado (Burnout)"*. 1ra. Edición. Editorial Comisión Ejecutiva Confederal C/Hortaleza. Madrid-España, 2006.

2. Artículos científicos:

- *Como el Burnout o Síndrome del Quemado Afecta a la Labor del Docente*. Revista Pedagógica "Pizarra". Quito – Ecuador. 2010. Pág. 24 – 25.
- *Estrés en los Internos Rotativos del Hospital Carlos Andrade Marín*. Revista Interpsiquis. 2004. Pág. 03.
- OLIVARES, Faúndez Víctor & GIL-MONTE, Pedro R. *Análisis de las Principales Fortalezas y Debilidades del "Maslach Burnout Inventory" (MBI)*. Universidad de Valencia – España. 2007.
- ZAULA, G., LODIEU, MT & COLODITZKY, D. *El Síndrome de Burnout en Hospitales Públicos*. Revista Médica del Hospital Ramos Mejía. Año 7 (1). 2000. Pág. 13-17.

3. Monografías o tesis.

- Tesis previa a la obtención del título de psicóloga clínica de Michelle Guzmán Guillén. *Síndrome de Burnout*. Universidad del Azuay. Cuenca - Ecuador, 2005.
- Tesis previa a la obtención del título de doctores en psicología clínica de Brunilda Aragón María, Morazán Pereira Dina & Pérez Montiel René. *Síndrome de Burnout en Médicos y Personal de Enfermería del Hospital Escuela: "Oscar Danilo Rosales Argüello"*. Universidad del León. León - Nicaragua, 2007.
- Tesis previa a la obtención del título de doctor en medicina de Párraga Sánchez José. *Eficacia del Programa I.R.I.S. para Reducir el Síndrome de Burnout y Mejorar las Disfunciones emocionales en Profesionales sanitarios*. Universidad de Extremadura. Badajoz - España, 2005.

4. Páginas web

- http://www.encolombia.com/medicina/enfermería/1.enfermeria4101_sindrome.htm. (29 de marzo de 2007).
- http://www.medicosecuador.com/espanol/articulos/estres_laboral_sindrome_burnout.htm

5. Ebooks

- Ergonomía y Psicología Aplicada. Manual para la Formación del Especialista. Editorial Lex Nova.
- Intramed: GRAUND, Armand & SUÑER Rosa: "Burnout en los Profesionales de la Salud".

Anexos

ESCALA DE ALEXITIMIA.

Nombre			
Edad:	Sexo:	Área de trabajo:	Horas de trabajo
Tiempo de trabajo:			

Responda las siguientes preguntas de la forma más espontánea posible. Si no sabe que contestar en alguna pregunta, ignórela y continúe con la siguiente. Cada pregunta puede tener una respuesta a escoger de entre 5 posibilidades. Señale el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Conteste lo más sinceramente posible, según los siguientes criterios:

A: Muy en desacuerdo B: En desacuerdo C: Ligeramente en desacuerdo
 D: Ligeramente de acuerdo E: De acuerdo F: Muy de acuerdo

		A	B	C	D	E	F
1. A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.	<input type="radio"/>						
2. Me es difícil encontrar las palabras correctas para mis sentimientos.	<input type="radio"/>						
3. Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.	<input type="radio"/>						
4. Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.	<input type="radio"/>						
5. Prefiero analizar los problemas mejor que sólo describirlos.	<input type="radio"/>						
6. Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.	<input type="radio"/>						
7. A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.	<input type="radio"/>						
8. Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, mejor que preguntarme por qué suceden de ese modo.	<input type="radio"/>						
9. Tengo sentimientos que casi no puede identificar.	<input type="radio"/>						
10. Estar en contacto con las emociones es esencial.	<input type="radio"/>						
11. Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.	<input type="radio"/>						
12. La gente me dice que exprese más mis sentimientos.	<input type="radio"/>						
13. No sé qué pasa dentro de mí.	<input type="radio"/>						
14. A menudo no sé por qué estoy enfadado.	<input type="radio"/>						
15. Prefiero hablar con la gente de sus	<input type="radio"/>						

actividades diarias mejor que de sus sentimientos.

16. Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.

17. Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.

18. Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.

19. Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.

20. Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)			
Nombre			
Edad:	Sexo:	Área de trabajo:	Horas de trabajo:
Tiempo de trabajo:			
<p>A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.</p> <p>A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:</p>			
Nunca:..... 1	Algunas veces al año:..... 2		
Algunas veces al mes:..... 3	Algunas veces a la semana:..... 4		
Diariamente:..... 5			
Por favor, señale el número que considere más adecuado:			
1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.			
2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.			
3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.			
4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.			
5. D Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.			
6. AE Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.			
7. RP Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.			
8. AE Siento que mi trabajo me está desgastando.			
9. RP Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.			
10. D Siento que me he hecho más duro con la gente.			
11. D Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.			
12. RP Me siento muy enérgico en mi trabajo.			
13. AE Me siento frustrado por el trabajo.			
14. AE Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.			
15. D Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.			

16. AE Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
17. RP Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
18. RP Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
19. RP Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
20. AE Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
21. RP Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
22. D Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas

El Interno de Medicina

El interno de medicina es el estudiante para médico que está cursando el último año de estudio que concluye con las pasantías pre-profesionales en una entidad pública o particular de salud.

Al finalizar su preparación facultativa el estudiante está capacitado para atender, diagnosticar, prescribir bajo supervisión de un médico profesional, atender casos de emergencia. En resumen, poner en práctica lo aprendido en los cinco años universitarios.

Las actividades de los estudiantes en la institución de salud es realizar historias clínicas, desarrollar capacidades de razonamiento clínico suficientes y adecuados para orientar en el diagnóstico o presunción diagnóstica, orientar el manejo y terapéutica básica, bajo la supervisión del residente de acuerdo a la complejidad del caso. Llevar la evolución de cada caso, elaboración de recetas, toma de muestras, realización de procedimientos especiales en conjunto con el residente en turno.

Las funciones del interno de medicina son muy parecidas a las descritas anteriormente, deben desempeñar cada habilidad previa aprendida con los residentes y médicos de área. Están a disposición a tiempo completo de la entidad de salud, debe realizar jornadas laborales normales de ocho horas y jornadas de 24 horas de turno "rotativas", estar preparados para atención de cualquier tipo de emergencia médica (catástrofes, accidentes a gran escala, brotes endémicos).

Son auxiliares y médicos a la vez, la función de auxiliar de medicina se da cuando está presente el médico residente o de turno, donde debe realizar tareas de suturas, observar la evolución de los pacientes e informar de las mismas a médicos de cabecera y enfermeras.

La función de médico la realizan en los turnos rotativos de 24 horas, junto con el médico residente de turno debe tomar decisiones, diagnosticar y prescribir.

El número de internos rotativos para cada institución de salud puede variar, ya que, hay entidades (sub-centros de salud, dispensarios médicos, etc.) que debido a su distribución poblacional requiere personal médico mínimo, no es lo mismo, en las instituciones mayores como un hospital.

Los internos deberán realizar las actividades de acuerdo a los reglamentos de la facultad y de los diferentes servicios en la institución correspondiente. El internado rotatorio se lo cumple en las instituciones del ministerio de salud pública en las provincias del Azuay y Cañar, el hospital del seguro social de la ciudad de Cuenca, pudiendo extenderse a otras instituciones de salud dependiendo de las necesidades educativas de la facultad de ciencias médicas.

En la provincia del Azuay los internos están distribuidos en el hospital Vicente Corral Moscoso, hospital del instituto de seguridad social y subcentros de salud.

No obstante, el número de estudiantes aptos para al internado de medicina es muy poco para distribución de las entidades manifestadas, lo cual constituye una sobre carga laboral cuando deben desempeñarse en las instituciones mayores (hospital). Anualmente la universidad de Cuenca da un número de egresados entre 60 y 80 estudiantes de medicina, que deben ser repartidos en todos los cantones de la provincia del Azuay.

La distribución de los internos en cada área del hospital es un promedio de 6 internos por zona, estudiantes realizaran actividades en 5 zonas:

1. Pediatría se divide en las siguientes áreas: clínica, cirugía, consulta externa, centro obstétrico, emergencia, neonatología y cuidados intensivos.
2. Clínica o medicina interna Clínica, es el sector donde se trabaja con patologías orgánicas, fisiológicas médicas; se divide en las siguientes áreas: hospitalización en las diferentes especialidades emergencia y terapia intensiva.
3. Cirugía se divide en las siguientes áreas: cirugía general, quirófano y anestesia, traumatología y otras especialidades quirúrgicas, emergencia.
4. Gineco-obstetricia se divide en las siguientes áreas: hospitalización, sala de partos, neonatología, maternidad, ginecología y consulta externa.

No debemos olvidar que cada área descrita también tiene su espacio en el pabellón de emergencia del hospital, lo que cada uno asigna un interno para cubrir la demanda, en síntesis los 68 internos están distribuidos por todo el hospital.