



## **DEPARTAMENTO DE POSGRADOS**

# **PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT Y PROPUESTA DE UNA ESTRATEGIA PARA SU CONTROL EN LOS MEDICOS DEL DISTRITO DE SALUD 01D06 EL PAN A SEVILLA DE ORO (AZUAY- ECUADOR). 2015**

---

*TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA  
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGÍSTER EN  
SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD EN EL  
TRABAJO*

**AUTORA: MD. MARÍA FERNANDA PESÁNTEZ  
CALLE**

**DIRECTOR: MGS. JORGE ORTIZ SALAZAR**

Cuenca, Ecuador - 2016

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

### Contenido

ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	2
RESUMEN .....	5
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
CAPITULO I .....	8
RESEÑA HISTÓRICA .....	8
CARACTERIZACIÓN DEL DISTRITO DE SALUD.....	11
UNIDADES OPERATIVAS .....	11
HOSPITAL BÁSICO.....	11
CAPÍTULO II .....	12
HISTORIA.....	12
DEFINICIÓN .....	15
IMPORTANCIA.....	17
SIGNOS DE ALARMA.....	17
ETIOLOGÍA.....	19
PREDISPOSICIÓN .....	21
CUADRO CLÍNICO.....	21
DIAGNÓSTICO.....	24
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL .....	25
CONSECUENCIAS.....	25
PREVENCIÓN .....	25
MANEJO DEL SÍNDROME DE BURNOUT .....	26
CAPÍTULO III .....	28
VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES .....	28
1. SEXO .....	28
2. EDAD .....	29
3. ESTADO CIVIL.....	31
4. AÑOS DE TRABAJO.....	33
5. ÁREA DE TRABAJO .....	35
6. SITUACIÓN LABORAL .....	37
7. CARGA HORARIA.....	39

8.	CLIMA LABORAL.....	41
9.	TURNICIDAD LABORAL .....	43
10.	TENER HIJOS .....	45
11.	NÚMERO DE HIJOS .....	47
12.	LABORES DOMÉSTICAS .....	49
13.	OTRA FUENTE DE INGRESO .....	51
14.	TIPO DE FAMILIA.....	53
15.	CUIDADO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD O ADULTOS MAYORES.....	55
16.	ENFERMEDADES CRÓNICAS .....	57
	RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES CON LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	59
1.	SEXO .....	59
2.	EDAD .....	60
3.	ESTADO CIVIL.....	62
4.	AÑOS DE TRABAJO.....	64
5.	ÁREA DE TRABAJO .....	66
6.	SITUACIÓN LABORAL .....	68
7.	CARGA HORARIA.....	70
8.	CLIMA LABORAL.....	72
9.	TURNOS LABORALES.....	74
10.	TENER HIJOS .....	76
11.	NÚMERO DE HIJOS .....	78
12.	LABORES DOMÉSTICAS .....	80
13.	OTRAS FUENTES DE INGRESO U OTRAS ACTIVIDADES .....	82
14.	TIPO DE FAMILIA.....	84
15.	CUIDADO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD Y/O ADULTOS MAYORES.....	86
16.	ENFERMEDADES CRÓNICAS .....	88
	CAPÍTULO IV.....	90
	MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT:.....	90
	PROGRAMA I.R.I.S. PARA REDUCIR EL SÍNDROME DE BURNOUT Y MEJORAR LAS DISFUNCIONES EMOCIONALES EN PROFESIONALES SANITARIOS .....	91
	BLOQUE I: .....	94

BLOQUE II: .....	96
BLOQUE III: .....	98
BLOQUE IV:.....	100
BLOQUE V:.....	102
CAPÍTULO V.....	104
Bibliografía .....	108
ANEXOS.....	112
ANEXO 1 .....	113
ANEXO 2 .....	114
ANEXO 3 .....	115
ANEXO 4 .....	118
ANEXO 5 .....	119
ANEXO 6 .....	121

## RESUMEN

Debido al exhaustivo trabajo que realizan los médicos del Distrito de Salud 01D06, se espera una frecuencia alta de Síndrome de Burnout con relación a los estudios de otras ciudades.

El objetivo general es evaluar una estrategia para el manejo del Síndrome de Burnout en los médicos del Distrito de Salud 01D06- El Pan a Sevilla de Oro (Azuay-Ecuador). 2015, los objetivos específicos son la identificación de la frecuencia del Síndrome, Ejecutar una estrategia diseñada para el manejo, mediante talleres y capacitaciones.

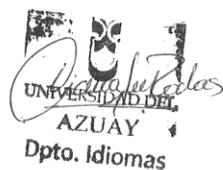
Además de realización de actividad física mediante las Pausas activas, encuentros deportivos y bailoterapia.

---

**ABSTRACT**

Due to the extensive work carried out by the doctors of the 01D06 Health District, and based on studies performed in other cities, a high frequency of burnout syndrome is expected.

The overall objective of this paper is to evaluate a strategy for the management of Burnout Syndrome observed in the doctors working at the 01D06 Health District - from *El Pan to Sevilla de Oro* (Azua - Ecuador), 2015. The specific objectives are to identify the frequency of the syndrome; develop a strategy designed to manage it through workshops and training; and carry out physical activities through active breaks, sports events and dance therapy.



  
Translated by,  
Lic. Lourdes Crespo

## INTRODUCCIÓN

Desde hace 40 años se presenta una alteración de adaptación de la vocación profesional, sobre todo en los que día a día tienen contacto con otras personas en estado de enfermedad, como son los médicos. (Mira, Vitaller, Buil, Aranaz, & Rodríguez, 1994)

Este síndrome va a producir que los médicos se vuelvan fríos con los pacientes y pierdan la compasión por los mismos, perdiéndose así la importancia de la calidad y calidez en la atención, presentando apatía, mal carácter y desmotivación. (Soldano, 1994)

El Síndrome de Burnout se presenta con 3 dimensiones: “agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal” (Campos, 2011). (Alacón, Guisado, & Vaz, 2002)

Un hecho clave, es que este síndrome podría ser contagioso, pues la persona que lo presenta puede ser capaz de contagiar a otros sus puntos negativos. (Undurraga, 2008)

## CAPITULO I

### **RESEÑA HISTÓRICA Y CARACTERIZACIÓN DEL DISTRITO DE SALUD 01D06 EL PAN A SEVILLA DE ORO**

#### **RESEÑA HISTÓRICA**

El Distrito de Salud 01D06 “El Pan a Sevilla de Oro”, ubicado en la Provincia del Azuay y abarca los cantones de Paute, Guachapala, El Pan y Sevilla de Oro, siendo Paute el de mayor población y en él se encuentra el Hospital Básico y la Dirección Distrital.

El servicio de salud en el Cantón Paute, nace en el año de 1947, a iniciativa de la comunidad organizada, que solicita a la Asistencia Social, su apertura que se realiza en las instalaciones de la Municipalidad, con personal asignado desde la Ciudad de Cuenca. Los notables que brillan con la idea son: Sr. Nicolás Vázquez, Sra. Luisa Encalada, Dr. Ricardo Barzallo, Dr. Carlos Palacios, Sr Plutarco Alvear, Sr. José Félix Monsalve entre otros.

En 1948, la Asistencia Social asigna la primera nomina a laborar en esta unidad de salud, nombrando como Medico Director al Dr. Rodrigo Abad, a la Sra. Devora Barzallo como auxiliar de enfermería y como conserje al Sr. Miguel Guaman. El 14 de enero de 1953 El Comité Pro Hospital, recibe por donación terrenos de la Municipalidad de Paute, del Dr. Alejandro Ordoñez y otros; en escritura pública consta 2.500 metros cuadrados, localizados en el Barrio Luntur, que incluían además de una casa en construcción.

Son treinta y dos años que este primer local sirve a la comunidad, desde 1948 a 1979; y por donde han pasado profesionales de alta calidad humana con verdadera vocación; nos recordamos con gratitud al último equipo de salud que atendió en este local y el que inicio en el local actual. Dr. Carlos Cáceres, Sr. Leopoldo Jara y la Srta. Mariana Ledesma.

La dictadura Militar, con el eslogan la “siembra del Petróleo” asignan a una empresa Italiana la construcción de la nueva casa de salud; la ejecución de la obra se realiza en los años 1975 a 1979 en un lote de terreno que la Municipalidad desapropia al Sr. Ricardo Escandón en el Barrio el Calvario.

El 19 de Julio de 1979 se da apertura del nuevo local, por disposición del Ministerio de Salud Publica con una nomina de; 26 trabajadores y 10 empleados; y con los servicios de: Consulta Externa, Emergencias, Odontología, Laboratorio, Rayos X, Farmacia, Inspectoría de Salud, Hospitalización, Quirófanos, Sala de Partos y hotelería. La dotación original y actual de camas es de 15, aunque su infraestructura dice su capacidad para 30 camas.

En abril de 1992, por decreto ejecutivo se establece la conformación de las Áreas de salud como nivel básico de organización y operación regionalizada y descentralizada, de los servicios del Ministerio de Salud Publica. El Centro de Salud Hospital pasa a cumplir funciones de Jefatura de Área; que son: la Programación, Ejecución, Evaluación y control presupuestario; e igual coordina actividades administrativas de la unidades operativas en los cuatro cantones.

El 29 de Marzo de 1993, la zona de influencia del Rio Paute sufre el desastre más grande, causado por la naturaleza, el de represamiento del Rio Paute en el sector de la Josefina; Las unidades de salud entran en emergencia y reciben apoyo de entidades nacionales e internacionales. Este desastre nos dejo como experiencia que si es posible trabajar en equipo buscando el fin común de brindar atención médica oportuna, con calidad y calidez humana.

En los años 1994-1996, el área de salud Paute recibe un apoyo importante para su desarrollo, de instituciones como el Consejo de Programación del Austro y de Proyectos nacidos en el Ministerio de Salud Pública como MODERSA y FASBASE. El apoyo se da la dotación de medicinas e implementos médicos, en la conformación de la Farmacia Institucional y de los botiquines en los Subcentros de salud; en infraestructura, equipamiento y re equipamiento y mobiliario; También su apoyo se dio en el incremento de personal médico, y administrativo.

Desde 1995, la Jefatura de Área se transforma en Unidad Ejecutora, cuando se crea el presupuesto por áreas de salud que le permite la capacidad autónoma de manejar su propio presupuesto y es la responsable de elaborar el Plan Operativo por Área. Igual se inicia el proceso de recuperación parcial de costos, los mismos que van a financiar el presupuesto anual de pago de servicios.

En el año 2001, por decisión personal se acoge a la jubilación el primer Director – Jefe de Área 6 de Salud; el Dr. Carlos Eduardo Cáceres Macancela. Dejando como legado su amor por la atención a los más necesitados sin mirar su origen, ni horario alguno.

En el presente siglo la AREA 6 PAUTE, integrada por el Hospital básico PAUTE, y de 16 unidades operativas, ubicadas geo-políticamente en cuatro cantones de la zona oriental de la provincia del AZUAY –Paute, Guachapala, El Pan y Sevilla de Oro, con una población aproximada de influencia de 40.000 personas.

En la actualidad el MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA, realiza cambios estructurales, y se nos denomina DIRECCION DISTRITAL 01D06 –EL PAN A SEVILLA DE ORO- SALUD.

Nuestra institución está integrada por un grupo de personas que, laboran las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año, que sienten la camiseta y su vocación por la salud; y las numero desde los servicios de: limpieza, choferes y mantenimiento, lavandería y costura, cocina, bodega, farmacia, enfermería, consulta externa, emergencia, laboratorio, SIS ECU 911, odontología, rayos X, estadística, hospitalización, quirófano y directivo administrativo.

Los críticos dicen para que una institución se califique como excelente en SERVICIO, cuando cumple con tres requisitos o premisas:

El primero el personal capacitado y de vocación, esto lo cumplimos con mucho orgullo. Segundo la infraestructura que esté de acuerdo al servicio esto, también

los cumplimos brindando un mantenimiento continuó y realizando adecuaciones, necesarias y planificadas. Tercero el equipamiento, es nuestra realidad renovar continuamente los equipos y el re equipamos con tecnología de primera línea.

Son 35 años de servicio, que el MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, y las autoridades nacionales, zonales y en especial del DISTRITO, han ofertado la salud a todas y todos mirando, solo el lado humano, valorando la vida.

## CARACTERIZACIÓN DEL DISTRITO DE SALUD

El Distrito de Salud 01D06 abarca cuatro cantones que son Paute, Guachapala, El Pan y Sevilla de Oro. En los cuales contamos con 17 unidades operativas y un hospital básico.

### UNIDADES OPERATIVAS

- |                   |                             |
|-------------------|-----------------------------|
| 1. Amaluza        | 10. Guarainag               |
| 2. Palmas         | 11. Dug Dug                 |
| 3. Sevilla de Oro | 12. Lazul                   |
| 4. El Pan         | 13. El Cabo                 |
| 5. San Vicente    | 14. Chicán                  |
| 6. La Merced      | 15. San Cristóbal           |
| 7. Guachapala     | 16. La Dolorosa             |
| 8. Bulán          | 17. Unidad Anidada de Paute |
| 9. Tomebamba      |                             |

### HOSPITAL BÁSICO

El Hospital Básico de Paute brinda los siguientes servicios a la comunidad:

- |                    |  |
|--------------------|--|
| – Pediatría        | – Laboratorio  |
| – Ginecología      | – Quirófanos   |
| – Medicina Interna | – Sala de Parto en libre posición<br>con pertinencia intercultural |
| – Cirugía          |  |
| – Rayos X          | – Farmacia   |

## CAPÍTULO II

### SINDROME DE BURNOUT

#### HISTORIA

En 1936, Hans Selye propone por primera vez las consecuencias fisiológicas profundas del estrés, definido como una condición que perturba seriamente la homeostasis fisiológica y/o psicológica de un organismo. Los efectos fisiológicos adversos del estrés tanto en animales como en humanos, incluyen: crecimiento de las suprarrenales, atrofia del timo y de los ganglios linfáticos, incremento del tono cardiovascular y supresión del sistema inmune y úlceras gástricas. (Gutierrez Aceves, 2006)

En 1950 se le atribuye un aspecto psicolaboral, a partir del estudio de baja moral y despersonalización de la enfermera psiquiátrica *Miss Jones* publicada en por Schwartz y Will. En 1960 se describe la historia de un arquitecto atormentado y desgastado psicológicamente. (Gutierrez Aceves, 2006)

En 1969, Bradley cita el concepto de *staff burnout* como un riesgo en personal de un programa comunitario para tratar adolescentes delincuentes. Y en 1970 Ginsburg publica *The problem of the Burned out executive*. (Juárez García, 2014)

En 1974 se introdujo por primera vez el término Burnout en la literatura médica. Freudenberger, quien trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían de:

- Pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento
- Síntomas de ansiedad y depresión
- Desmotivación en su trabajo
- Agresividad con los pacientes

A raíz de estos hallazgos explicó que el burnout es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. (Gutierrez Aceves, 2006)

En 1986 la psicóloga Cristina Maslach de la Universidad de Berkeley (California) junto con el psicólogo Michael P. Leiter de la Universidad de Acadia Nova Escotia (Canadá), desarrollaron un instrumento para medir el síndrome, al cual llaman cuestionario de Maslach, que es el instrumento más utilizado en todo el mundo. (Gutierrez Aceves, 2006)

Resumen de los modelos que han formado parte de la evolución del síndrome del burnout

## Modelos del Burnout

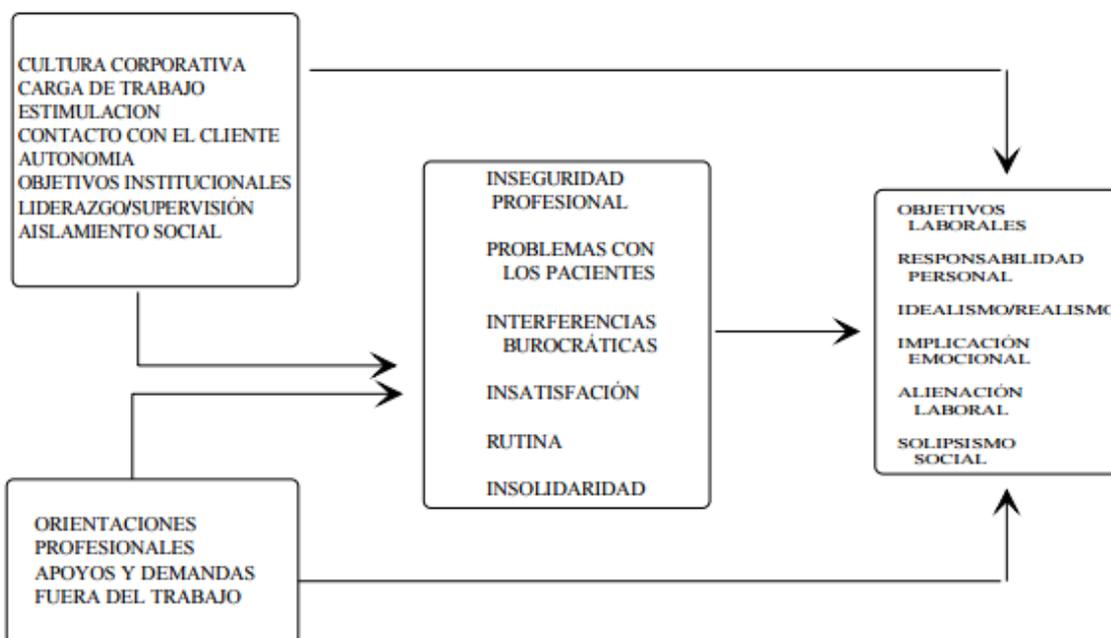
Modelos Comprensivos	Representantes	Descripción
<i>Modelos elaborados desde la teoría sociocognitiva del yo</i>	- El modelo de Cherniss (1993) - El modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper (1993)	Es inspirado en los trabajos de Albert Bandura Analizan los mecanismos psicológicos que intervienen en la determinación de la acción como el papel que desempeña el pensamiento autorreferente en el funcionamiento humano
<i>Los Modelos elaborados desde las teorías del intercambio social</i>	- Buunk y Schaufeli (1993) - Hobfoll y Freddy (1993)	Consideran los principios teóricos de la teoría de la equidad.
<i>Modelos desarrollados desde la teoría organizacional</i>	-El modelo de Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) - El modelo de Cox, Kuk y Leiter (1993) - El modelo de Winnubst (1993)	Tienen en común el énfasis en los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento ante la experiencia de quemarse por el trabajo. Todos consideran al SQT como una respuesta al estrés laboral.
Modelos de Proceso	Representantes	Descripción
<i>Modelo tridimensional del MBI-HSS</i>	- Maslach (1982) - Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983) - Leiter y Maslach (1988) - Lee y Ashforth (1993) - Gil-Monte (1994)	Considera aspectos cognitivos (baja realización personal), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización)
<i>Modelo de Edelwich y Brodsky</i>	- Edelwich y Brodsky (1980)	El burnout es un proceso de desilusión o de desencanto hacia la actividad laboral, que se da en un proceso de cuatro fases: 1. Entusiasmo, 2. Estancamiento, 3. Frustración y 4. Apatía (se considera un mecanismo de defensa frente a la frustración)
<i>Modelo de Price y Murphy</i>	- Price y Murphy (1984)	El burnout es un proceso de adaptación a las situaciones de estrés laboral, se da en seis fases sintomáticas: 1. Desorientación, 2. Labilidad emocional, 3. Culpa debido al fracaso profesional, 4. Soledad y tristeza que si se supera puede desembocar en la siguiente fase, 5. Solicitud de ayuda, y 6. Equilibrio.
<i>Modelo de Gil Monte</i>	- Gil Monte (2005)	Distingue dos perfiles en el proceso del SQT: Perfil 1. se caracteriza por la presencia de baja ilusión por el trabajo, junto a altos niveles de desgaste psíquico e indolencia, pero los individuos no presentan sentimientos de culpa. Perfil 2. constituye con frecuencia un problema más serio que identificaría a los casos clínicos más deteriorados por el desarrollo del SQT. Además de los síntomas anteriores los individuos presentan también sentimientos de culpa. Estos síntomas pueden ser evaluados mediante el "Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo" (CESQT).

(Quiceno, 2007)

En 1980 Cherniss propone un modelo interactivo a partir de ambos tipos de variables (organizacionales y personales), específicamente su modelo no incluía como variables personales dimensiones o rasgos de personalidad sino formas de orientarse en el ámbito laboral, actitudes o estilos profesionales. (Moreno, 2001)

## MODELO ORGANIZACIONAL DEL BURNOUT

(CHERNISS,1980)



(Moreno, 2001)

## DEFINICIÓN

La definición más aceptada hoy en día es la propuesta por Maslach y Jackson en 1981; quienes consideran que el síndrome es una forma inadecuada de afrontar un estrés emocional crónico, caracterizado por tres dimensiones que son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal. (Gutierrez Aceves, 2006)

El término Burnout se utiliza para caracterizar a un tipo de estrés laboral que se presenta en profesionales de la salud como médicos y enfermeras, y se produce independientemente de la forma en la que cada persona reacciona ante situaciones de crisis. (Atance Martinez, 1997)

Es un trastorno adaptativo crónico, asociado con la inadecuada manera de afrontar las demandas psicológicas del trabajo que altera la calidad de vida de la persona que lo padece y produce un efecto negativo en la calidad de la prestación de los servicios médicos asistenciales. (Gutierrez Aceves, 2006)

Es una respuesta inapropiada a un estrés emocional crónico resultado de la interacción prolongada con gente o situaciones que son en extremo demandante; este se caracteriza por:

- Agotamiento emocional: asociado a sentimientos de cansancio físico y/o psicológico y falta de recursos emocionales.
- Despersonalización: distanciamiento emocional de los destinatarios de los servicios que se prestan, desarrollándose actitudes negativas, hostiles y distantes.
- Falta de realización personal: con sentimientos de pérdida de la autoestima. El individuo no se ve capaz de satisfacer las demandas que se le hacen, ni cree tener unas posibilidades razonables de realización personal. (Loría Castellanos, 2006)

El Síndrome de Burnout se considera un proceso continuo, los aspectos esenciales indicados pueden estar presentes en mayor o menor grado. Su aparición no surge de manera súbita sino que se presenta de forma paulatina, (ver Tabla 1). Podemos distinguir las siguientes fases:

- Primera Fase: las demandas laborales exceden los recursos materiales y humanos dándose una situación de estrés.
- Segunda Fase: exceso o sobreesfuerzo en la que el sujeto presenta signos de ansiedad, fatiga, etc. La situación exigiría del sujeto una adaptación psicológica.
- Tercera Fase: enfrentamiento defensivo en la que se produce un cambio de actitudes y de conductas con el fin de defenderse de las tensiones experimentadas. (Álvarez Gallego, 1991)

TABLA I  
ESTADOS SUCESIVOS DEL BURNOUT

1. <sup>a</sup> Fase		2. <sup>a</sup> Fase		3. <sup>a</sup> Fase	
Stress laboral		Exceso o sobreesfuerzo		Enfrentamiento defensivo	
Demandas	↕	→	Tensión	→	Distanciamiento emocional Retirada. Cinismo Rigidez
Recursos			Fatiga		
			Irritabilidad		

(Álvarez Gallego, 1991)

## IMPORTANCIA

La necesidad de estudiar este síndrome, viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como la preocupación de las empresas y organizaciones de brindar una mejor calidad de vida laboral a sus empleados. Actualmente, resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). (Gil Monte, 2001)

Este síndrome es de suma importancia dado que no sólo afecta la calidad de vida y la salud mental del profesional que lo padece sino que en muchas ocasiones, se llega a poner en peligro la salud de los pacientes. (Gutierrez Aceves, 2006)

La frecuencia de este síndrome ha sido elevada por lo que la Organización Mundial de la Salud en el año 2000 lo calificó como riesgo laboral. (Gutierrez Aceves, 2006)

Dentro de los riesgos laborales de carácter psicosocial, el estrés laboral y el burnout ocupan un lugar destacado, debido a que representan las principales causas del deterioro de las condiciones de trabajo y originan el mayor número de accidentes y de ausentismo laboral. (Aranda Beltrán, 2004)

## SIGNOS DE ALARMA

Existen varios tipos de manifestaciones que podemos considerar como signos de alarma:

**Negación:**

- La persona afectada es la última en aceptar que tiene el problema.

**Aislamiento:**

- Es frecuente que la persona afectada se retire de la familia, sus colegas y amigos.

**Ansiedad:**

- Es la sensación persistente que tiene el médico de que algo malo va a suceder.

**Miedo o temor:**

- Una sensación poderosa de temor de acudir al trabajo.

**Depresión:**

- Este es uno de los problemas cada vez más comunes en médicos y estudiantes de medicina; siendo uno de los más frecuentes en este síndrome y por supuesto uno de los síntomas más peligrosos ya que puede llevar al suicidio.

**Ira:**

- Las manifestaciones de esto incluyen perder la calma y el control, manifestando un enojo exagerado en relación a la causa que es motivo del disgusto al tratar con compañeros, resto del personal o con los pacientes.

**Fuga o anulación:**

- El médico llega tarde o muestra un desinterés en el trabajo.

**Adicciones:**

- Se inicia o aumenta el empleo de sustancias, que pueden ser prohibidas o no prohibidas. Cambios de personalidad: hay una incapacidad para poder confiar en el individuo.

**Culpabilidad y autoinmolación:**

- Sienten que lo que desarrollan es prácticamente un castigo o bien tienen un sentimiento exagerado de ser indispensables en el trabajo.

**Cargas excesivas de trabajo:**

- El aceptar varios turnos o pasar mucho tiempo en el hospital para comprobar que todo está bien es otra manifestación de auto negación.

**Trastornos del sueño**

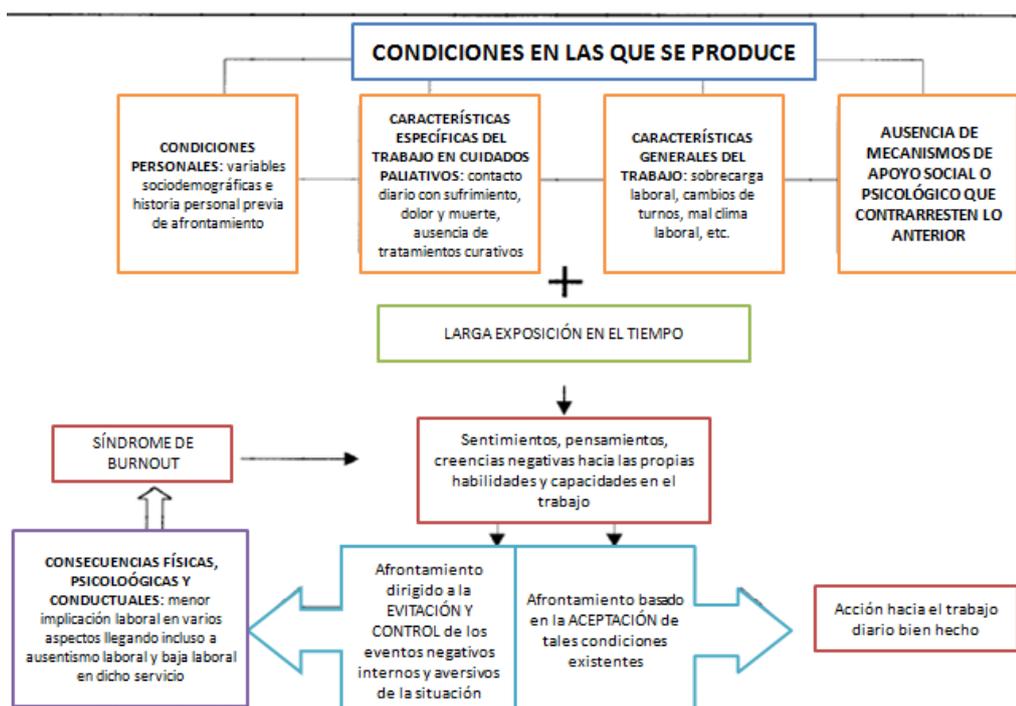
## Comportamiento riesgoso:

- Comportamiento no característico de la persona, el cual puede ir desde simplemente embarazoso, inapropiado e impulsivo; hasta peligroso en diversos ámbitos de la vida, incluyendo el sexual con conductas de riesgo.
- Sensación de estar desbordado y con desilusión.
- Se percibe la sensación de ya no poder seguir trabajando con el mismo ritmo ni entusiasmo que al principio, tiene sensación de fatiga crónica.
- Abandono de sí mismo.
- Se presenta un cambio en la pulcritud, higiene y arreglo personal.
- Hay cambios en el hábito alimenticio con pérdida o ganancia de peso exagerada.
- Pérdida de la memoria y desorganización.
- Existe dificultad para concentrarse y aprender.
- No se pueden recordar eventos importantes familiares y laborales.

(Gutierrez Aceves, 2006)

## ETIOLOGÍA

FIGURA 1. Modelo propuesto para el *burnout* en los profesionales sanitarios.



Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. (Thomaé M. A., 2006)

A todo ello colaboran:

**1. Componentes personales pre mórbidos que aumentan la susceptibilidad personal:**

- EDAD: relacionado a la experiencia laboral
- SEXO: las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo
- VARIABLES FAMILIARES: la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- PERSONALIDAD: por ejemplo las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiperexigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional. (Thomaé M. A., 2006)

**2. Inadecuada formación profesional:**

- Excesivos conocimientos teóricos y escaso entrenamiento en actividades prácticas
- Falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional
- Escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo. (Thomaé M. N., 2006)

**3. Factores laborales o profesionales:** condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. (Thomaé M. N., 2006)

**4. Factores sociales:** la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa, para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico. (Thomaé M. A., 2006)

**5. Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos. (Thomaé M. A., 2006)

Los factores más claramente asociados a la aparición del síndrome son: la antigüedad profesional (al aumentar el número de años de ejercicio profesional o bien aumenta y se consolida la autoestima profesional, o por el contrario se produce una disminución en sus niveles), el ocio diario (los individuos que disfrutan de más de cuatro y menos de dos horas de ocio al día sufren un mayor nivel de despersonalización y consecuentemente mayor grado de burnout) y el consumo de analgésicos (el consumo de analgésicos y tranquilizantes presentan un nivel más elevado de agotamiento emocional). (Loría Castellanos, 2006)

### **PREDISPOSICIÓN**

Dentro de la “actividad sanitaria” existen características que podrían predisponer para la presencia de este síndrome, destacan las siguientes:

1. Marcado esfuerzo mental y físico.
2. Continúa reprogramación y reorganización de las tareas que agravan el nivel de carga.
3. Trato con seres humanos en circunstancias de extrema ansiedad y aflicción.
4. Sobrecarga laboral
5. Alta competitividad
6. Contacto con la muerte
7. Trato con el paciente y con los familiares
8. Cuidados de enfermos críticos

El doble reto al cual está sometido el personal de salud implica no solamente un alto nivel de competitividad y de eficacia, sino también un compromiso personal que afecta sus emociones y necesidades. (Gatto, 2012)

### **CUADRO CLÍNICO**

El cuadro clínico puede seguir la siguiente secuencia:

## 1° Etapa

- Se percibe un desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de formas que los primeros exceden a los segundos, lo que provoca una situación de estrés agudo.

## 2° Etapa

- El individuo realiza un sobreesfuerzo o aprieta el acelerador, para adaptarse a las demandas.
- Pero esto sólo funciona transitoriamente, empieza a perder el control de la situación y van apareciendo síntomas como menor compromiso con el trabajo, alienación y reducción de las metas laborales. Sin embargo, hasta aquí el cuadro es reversible.

## 3° Etapa

- Aparece realmente el síndrome de desgaste profesional con los síntomas descritos:
- **Psicosomáticos:** cefalea, dolores osteomusculares, molestias gastrointestinales, úlceras, pérdida de peso, obesidad, cansancio crónico, insomnio, hipertensión arterial y alteraciones menstruales.
- **Conductuales:** ausentismo laboral, abuso y dependencia de drogas, alcohol, café y otras sustancias tóxicas, consumo elevado de cigarrillos, problemas conyugales y familiares y conducta de alto riesgo como conducción temeraria.
- **Emocionales:** El rasgo más característico es el distanciamiento afectivo hacia las personas que ha de atender. Ansiedad que disminuye la concentración y el rendimiento, impaciencia, irritabilidad, actitudes recelosas e incluso paranoides hacia clientes, compañeros y jefes. Pueden volverse insensibles, crueles y cínicos.
- **Defensivos:** El individuo "desgastado" niega las emociones y conductas mencionadas y culpa a los clientes, compañeros, jefes, de su situación, no hace o no puede hacer nada para salir de ella.

## 4° Etapa

- El deterioro psíquico y físico, hace que el individuo tenga bajas frecuentes, ausentismo laboral y falta de eficacia en su tarea. Se convierte en un peligro, más que en una ayuda para los destinatarios de sus servicios.

(Loría Castellanos, 2006)

Los síntomas descriptivos del Síndrome de Bournout son:

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

(Moreno, 2001)

En la actividad profesional, el médico puede tener las siguientes conductas:

1. **Ausencia de compromiso emocional:** la pérdida de contacto relacional puede manifestarse en un trato distante, mal manejo de la información y falta de respuesta a las emociones del otro.
2. **Disociación instrumental extrema:** se expresa en conductas automáticas y rígidas, como: comunicación unidireccional, exceso de pedido de estudios, repetición de discursos automatizados, uso exclusivo de lenguaje técnico e intervenciones innecesarias.
3. **Embotamiento y negación:** la falta de conciencia del propio estado de agotamiento e irritación constantes hipercríticas y carencia de registro de autocrítica.
4. **Impulsividad:** la persona pasa a la acción a través de conductas reactivas de enojo, confrontaciones reiteradas con colegas, pacientes y maltrato al personal paramédico.
5. **Desmotivación:** se asocia con la pérdida de autorrealización y baja autoestima, que puede traducirse en falta de sostén de los tratamientos, falta de iniciativa y constancia en las tareas de equipo, ausencias, impuntualidad y poca participación o no inclusión en proyectos. (Carrillo, 2012)

## DIAGNÓSTICO

Para el diagnóstico de este síndrome se utiliza el CUESTIONARIO DE MASLACH BURNOUT INVENTORY, que está constituido por 22 preguntas en una escala que evalúa los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y en particular hacia los pacientes, mide los tres componentes del síndrome: desgaste emocional, falta de realización personal y despersonalización. El instrumento evalúa el grado de intensidad del síndrome (leve, moderado o severo) con una alta validez interna y grado de confianza (86%). (Gutierrez Aceves, 2006)

<b>INSTRUMENTO DE DESGASTE PROFESIONAL DE MASLACH</b>			
<b>CANSANCIO EMOCIONAL</b>			
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo			
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo			
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar			
4. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo, es tensionante			
5. Me siento quemado (desgastado), cansado por mi trabajo			
6. Me siento frustrado o aburrido de mi trabajo			
7. Creo que estoy trabajando demasiado			
8. Trabajar directamente con personas me produce estrés			
9. Me siento acabado, como si no pudiese dar más			
<b>DESPERSONALIZACIÓN</b>			
1. Creo que trato a los pacientes de una manera impersonal, apática			
2. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión			
3. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente			
4. Siento que me preocupa poco lo que le ocurre a mis pacientes			
5. Yo siento que las otras personas que trabajan conmigo me acusan por algunos de sus problemas			
<b>REALIZACIÓN PERSONAL</b>			
1. Comprendo fácilmente como se sienten los demás			
2. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes			
3. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas			
4. Me siento muy activo			
5. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes			
6. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes			
7. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión			
8. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma			
0 = nunca			
1 = pocas veces al año			
2 = Una vez al mes			
3 = pocas veces al mes o menos			
4 = Una vez a la semana			
5 = Pocas veces a la semana			
6 = todos los días			
<b>CATEGORIZACIÓN DE LOS PUNTAJES</b>			
COMPONENTE	Bajo	Moderado	Alto
Desgaste emocional	Í 16	17-26	Ê 27
Despersonalización	Í 6	7-12	Ê 13
Realización personal	Ê 39	32-38	Í 31

(Gutierrez

Aceves, 2006)

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El Síndrome de Burnout debe ser diferenciado de otros conceptos que se pueden solapar con él como depresión, estrés e insatisfacción laboral. Respecto a la diferencia entre depresión y burnout, señalar que el primero reúne una serie de síntomas de bajo estado de ánimo generalizado en la persona mientras que el burnout es temporal y específico al ámbito laboral. Entre las conexiones entre estrés y burnout, Álvarez Gallego y Fernández Ríos (1991) señalan que la principal diferencia es que el primero es una consecuencia del estrés crónico experimentado en el contexto laboral, señalando que es una reacción al estrés en el trabajo en función de las demandas y características de la ocupación. Por último, GilMonte (1991) afirma que aunque el burnout y la insatisfacción laboral son experiencias psicológicas internas y negativas, el primero incluye cambios de conducta hacia los sujetos objeto de la actividad laboral, así como cambios en la calidad y desarrollo del trabajo y agotamiento o disminución de la energía para el trabajo. Moreno y Peñacoba (1996) en un afán de aclarar este término mencionan que el burnout no se identifica con la sobrecarga de trabajo ni es un proceso asociado a la fatiga, sino a la desmotivación emocional y cognitiva que sigue el abandono de intereses que en un determinado momento fueron importantes para el sujeto. Las personas no son receptores pasivos de las demandas ambientales, sino que, en gran medida, eligen y determinan de forma activa sus entornos. (Ortega Ruiz, 2004)

## CONSECUENCIAS

Las consecuencias de este problema son múltiples, tanto en el ámbito personal como organizacional, encontrándose mayor riesgo de sufrir enfermedades psiquiátricas, mayor facilidad para la adicción a drogas, ausentismo laboral, dificultades para trabajar en grupo, alta movilidad laboral, disminución del rendimiento laboral, mayor posibilidad de errores, alteraciones en la memoria y aprendizaje e inclusive trastornos de índole sexual. (Gutierrez Aceves, 2006)

## PREVENCIÓN

Ante este síndrome, existen los siguientes tipos de apoyo:

- 1) **Apoyo emocional:** relacionado con el afecto, confianza y preocupación que un individuo experimenta proveniente de otro.

- 2) **Apoyo instrumental:** que son los recursos materiales económicos o de servicio con los que cuenta el profesional.
- 3) **Apoyo informativo:** que la permite a un sujeto conocer una situación y poseer unos instrumentos para afrontarlo.
- 4) **Apoyo evaluativo:** que es un feed-back de las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite procesar su efectividad. (Thomaé M. N., 2006)

#### **Puntos Centrales de la Prevención:**

- Información sobre la existencia del síndrome de agotamiento profesional.
- Información anticipada sobre los requerimientos emocionales del trabajo a las personas que se incorporan.
- Programas de formación sobre el síndrome de burnout y las fuentes de estrés emocional.
- El apoyo social de los superiores y la eliminación del estrés a través de medidas de organización especiales y una mejor comunicación y cooperación.
- Como medidas terapéuticas para los grupos de profesionales se recomienda introducir periodos de perfeccionamiento de los conocimientos, cambio de ámbito laboral y de las funciones o incluso del trabajo.
- Realización de Cursos sobre la Problemática o participar de Grupos de Reflexión sobre la tarea. (Guzmán Guillén, 2006)

## **MANEJO DEL SÍNDROME DE BURNOUT**

El manejo de este síndrome debe ser realizado en varios niveles:

**Gestión individual**

- Trabajar mejor en vez de más
- Establecer objetivos realistas, teniendo en cuenta nuestra capacidad y nuestras limitaciones
- Realizar lo mismo de forma diferente, intentar huir de la rutina
- Hacer pausas activas
- No llevarse el trabajo a casa, ni en las manos ni en la cabeza.

**Gestión social:**

- En la mayoría de los casos de agotamiento, un buen apoyo es la pareja, los compañeros y los amigos, ya que es una ayuda en la reducción de la tensión emocional o ayudándonos a afrontar la situación de forma distinta.

**Gestión institucional:**

- División del trabajo, que el personal realice diferentes trabajos de vez en cuando, aún en la misma unidad.
- Limitar la contaminación del tiempo libre.
- Tomarse periodos de descanso.
- Tipo de relación del personal con sus superiores.
- Análisis de casos puntuales.
- Otras posibilidades son discutir en equipo los casos difíciles.

(Ergopolis)

## CAPÍTULO III

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES

##### 1. SEXO

SEXO		
MASCULINO	24	48%
FEMENINO	26	52%

TABLA 1: SEXO

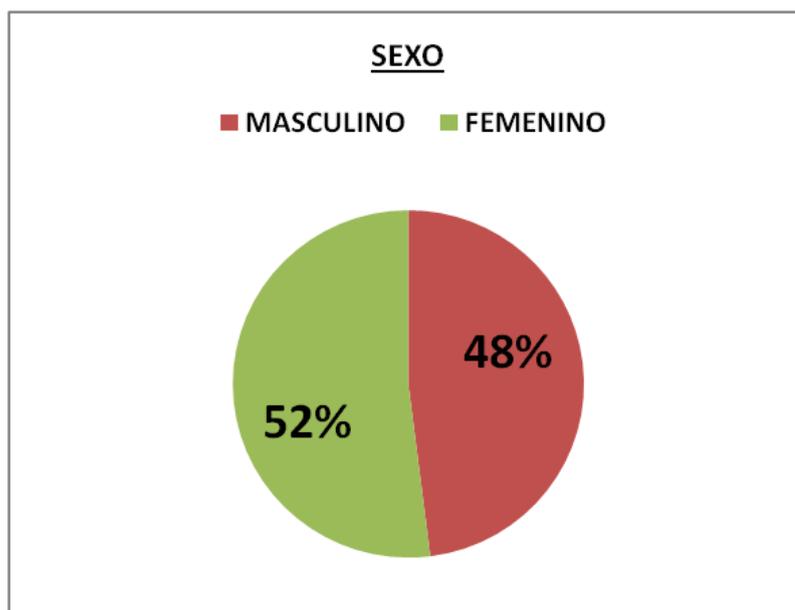


GRÁFICO 1: SEXO

##### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número uno, existe una prevalencia del 52% de médicos del sexo femenino en el Distrito de Salud 01D06, en relación a un 48% de prevalencia del sexo masculino.

## 2. EDAD

### a) SEXO MASCULINO

EDAD		
MASCULINO		
21 – 25 años	7	29%
26 – 30 años	9	38%
31 – 35 años	3	13%
36 – 40 años	1	4%
41 a 45 años	0	0%
46 – 50 años	1	4%
51 – 60 años	3	13%
61 o más años	0	0%

TABLA 2: EDAD SEGÚN EL SEXO MASCULINO

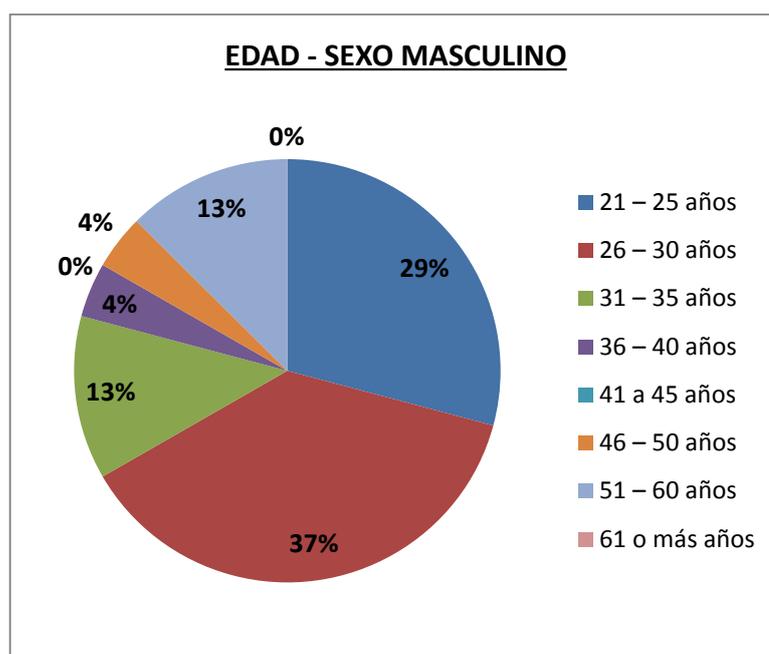


GRÁFICO 2: EDAD SEGÚN EL SEXO FEMENINO

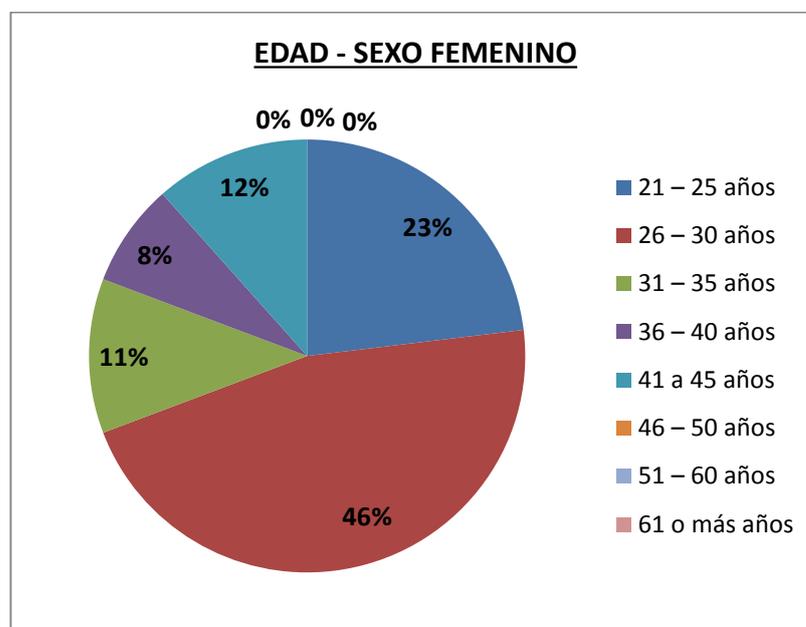
### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número dos, existe una prevalencia del 37% de médicos del sexo masculino entre la edad de 26 – 30 años, seguido de un 29% entre 21 – 25 años y una prevalencia considerable del 13% para las edades de 31 – 35 años y 51 – 60 años. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos jóvenes.

**b) SEXO FEMENINO**

<b>EDAD</b>		
<b>FEMENINO</b>		
21 – 25 años	6	23%
26 – 30 años	12	46%
31 – 35 años	3	12%
36 – 40 años	2	8%
41 a 45 años	3	12%
46 – 50 años	0	0%
51 – 60 años	0	0%
61 o más años	0	0%

**TABLA 3: EDAD - SEXO FEMENINO**



**GRÁFICO 3: EDAD - SEXO FEMENINO**

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número tres, existe una prevalencia del 46% de médicos del sexo femenino entre la edad de 26 – 30 años, seguido de un 23% entre 21 – 25 años y una prevalencia considerable del 12% para las edades de 41 – 45 años. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos jóvenes.

### 3. ESTADO CIVIL

#### a) SEXO MASCULINO

ESTADO CIVIL		
MASCULINO		
	FR	%
Soltero	9	38
Casado	13	54
Divorciado	1	4
Viudo	0	0
Unión libre	1	4

TABLA 4: ESTADO CIVIL - SEXO MASCULINO

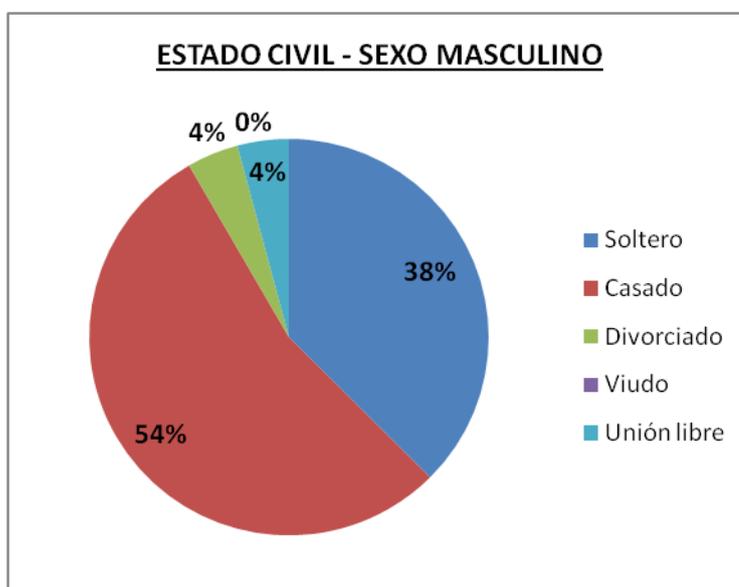


GRÁFICO 4: ESTADO CIVIL – SEXO MASCULINO

#### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número cuatro, existe una prevalencia del 54% de médicos del sexo masculino con estado civil de Casado, seguido de un 38% de Soltero. Se presentan valores bajos con un 4% para Divorciado y Unión Libre. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos casados.

b) SEXO FEMENINO

ESTADO CIVIL		
FEMENINO		
	FR	%
Soltero	10	38
Casado	12	46
Divorciado	3	12
Viudo	0	0
Unión libre	1	4

TABLA 5: ESTADO CIVIL - SEXO FEMENINO

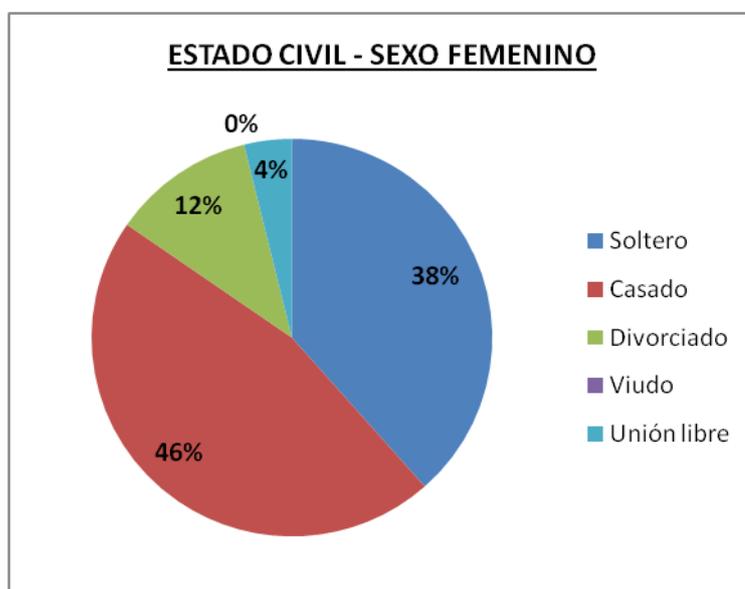


GRÁFICO 5: ESTADO CIVIL – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número cuatro, existe una prevalencia del 46% de médicos del sexo femenino con estado civil de Casado, seguido de un 38% de Soltero. Se presentan valores bajos con un 12% para Divorciado y 4% para Unión Libre. Con lo que se determina las presencias mayoritarias de médicas casadas.

#### 4. AÑOS DE TRABAJO

##### a) SEXO MASCULINO

AÑOS DE TRABAJO		
MASCULINO		
	FR	%
1 – 5 años	19	79
6 – 10 años	1	4
11 – 15 años	1	4
16 – 20 años	1	4
21 – 25 años	1	4
26 – 30 años	1	4
31 – 35 años	0	0
36 o más años	0	0

TABLA 6: AÑOS DE TRABAJO - SEXO MASCULINO

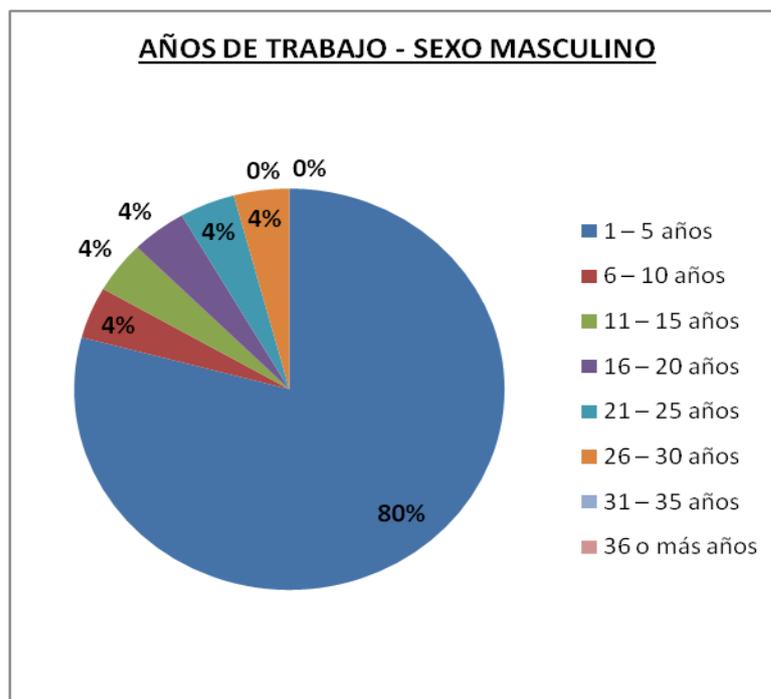


GRÁFICO 6: AÑOS DE TRABAJO – SEXO MASCULINO

#### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número seis, existe una prevalencia del 80% de médicos del sexo masculino con 1 – 5 años de trabajo en el Distrito, seguido de un 4% para 6 – 10 años, 11 – 15 años, 16 – 20 años, 21 – 25 años y 26 – 30 años. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos con pocos años de labor en la institución.

## b) SEXO FEMENINO

AÑOS DE TRABAJO		
FEMENINO		
	FR	%
1 – 5 años	21	81
6 – 10 años	4	15
11 – 15 años	1	4
16 – 20 años	0	0
21 – 25 años	0	0
26 – 30 años	0	0
31 – 35 años	0	0
36 o más años	0	0

TABLA 7: AÑOS DE TRABAJO - SEXO FEMENINO

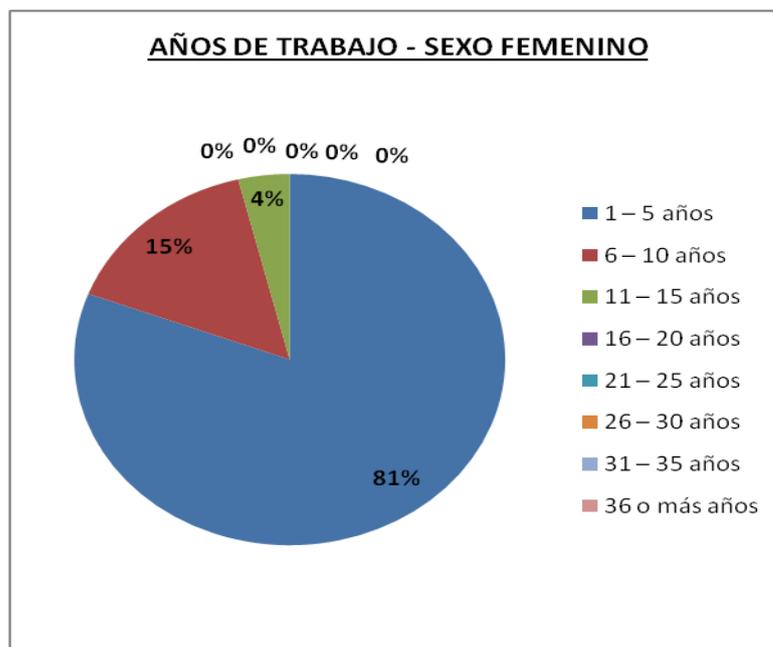


GRÁFICO 7: AÑOS DE TRABAJO - SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número seis, existe una prevalencia del 81% de médicos del sexo femenino con 1 – 5 años de trabajo en el Distrito, seguido de un 15% para 6 – 10 años, y de 4% para 11 – 15 años. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos con pocos años de labor en la institución.

## 5. ÁREA DE TRABAJO

### a) SEXO MASCULINO

ÁREA DE TRABAJO		
MASCULINO		
	FR	%
Emergencia	3	13
Hospitalización	10	42
Administrativo	1	4
Unidad Operativa	4	17
Consulta Externa	6	25

TABLA 8: ÁREA DE TRABAJO - SEXO MASCULINO

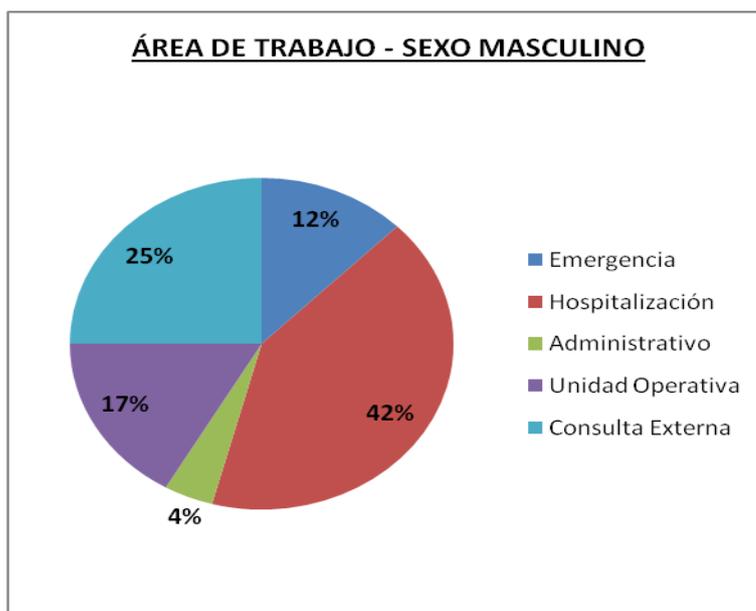


GRÁFICO 8: ÁREA DE TRABAJO - SEXO MASCULINO

### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número ocho, existe una prevalencia del 42% de médicos del sexo masculino que laboran en el área de hospitalización, seguido de un 25% en Consulta externa, 17% en Unidades Operativas, 12% en emergencia y un 4% en el área administrativa. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos de sexo masculino en el área de hospitalización donde se presentan factores concomitantes como son la turnicidad laboral, horarios de alimentación, etc.

## b) SEXO FEMENINO

ÁREA DE TRABAJO		
FEMENINO		
	FR	%
Emergencia	3	12
Hospitalización	7	27
Administrativo	6	23
Unidad Operativa	7	27
Consulta Externa	3	12

TABLA 9: ÁREA DE TRABAJO - SEXO FEMENINO

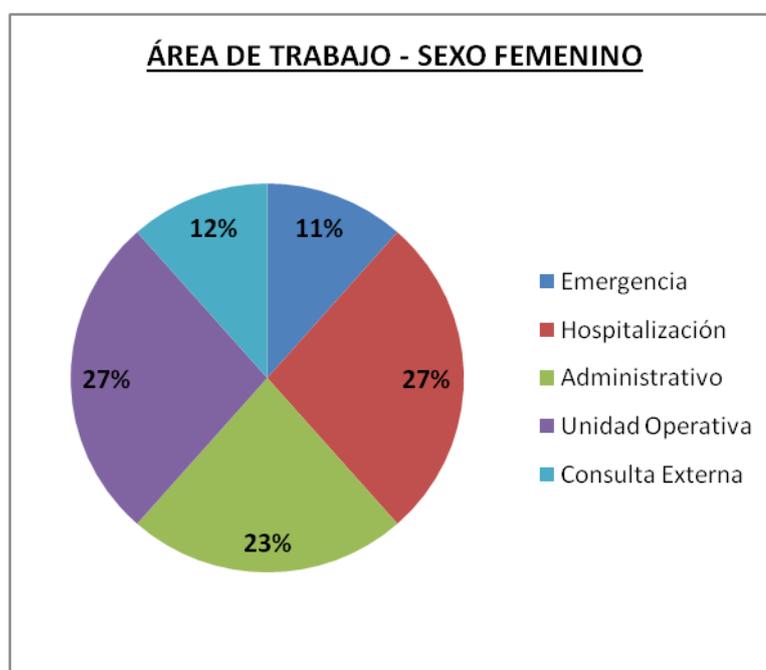


GRÁFICO 9: ÁREA DE TRABAJO – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número nueve, existe una prevalencia del 27% de médicos del sexo femenino que laboran en el área de hospitalización y en Unidad Operativa, seguido de un 23% en el área administrativa, 12% en consulta externa y 11% en emergencia. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos de sexo femenino en el área de hospitalización y Unidad Operativa donde se presentan factores concomitantes como son la turnicidad laboral, horarios de alimentación, etc.

## 6. SITUACIÓN LABORAL

### a) SEXO MASCULINO

SITUACIÓN LABORAL		
MASCULINO		
	FR	%
Contrato Ocasional	14	58
Nombramiento Provisional	8	33
Nombramiento Regular	2	8

TABLA 10: SITUACIÓN LABORAL - SEXO MASCULINO

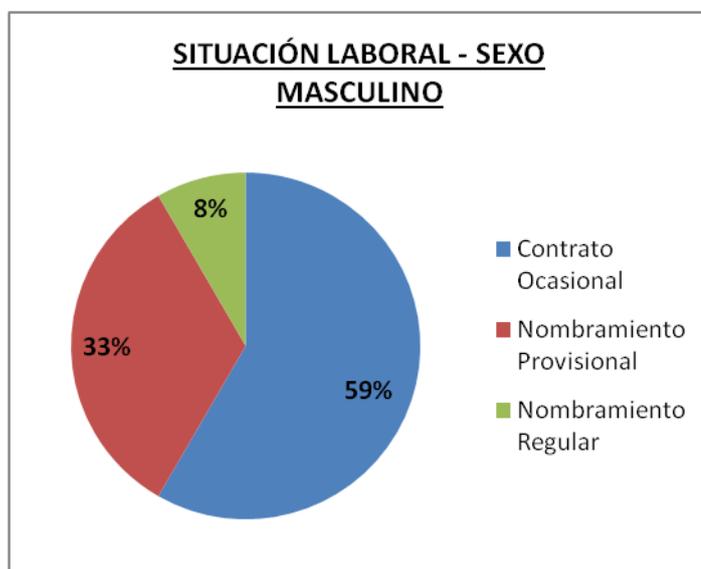


GRÁFICO 10: SITUACIÓN LABORAL – SEXO MASCULINO

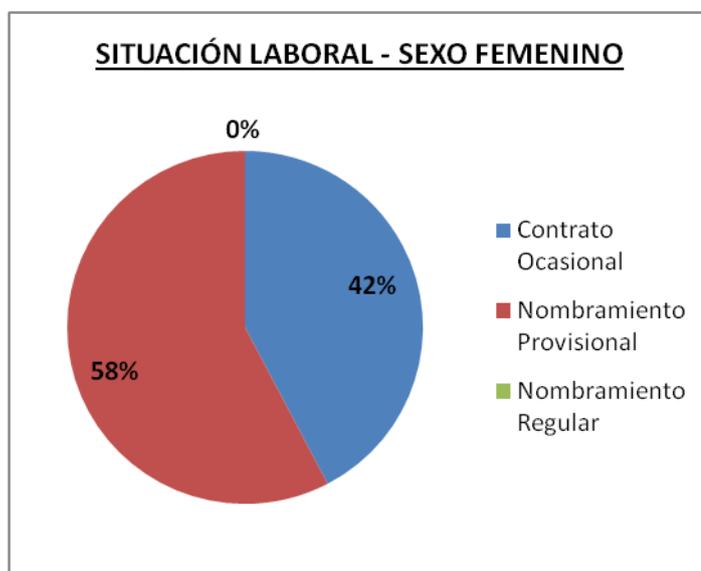
### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número diez, existe una prevalencia del 59% de médicos del sexo masculino que laboran bajo un contrato ocasional, seguido de un 33% que laboran con Nombramiento provisional y un 8% con Nombramiento regular. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos de sexo masculino que laboran con Contrato ocasional lo que sugiere mayor estrés laboral por tener una estabilidad temporal de 2 años.

**b) SEXO FEMENINO**

<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
<b>FEMENINO</b>		
	<b>FR</b>	<b>%</b>
Contrato Ocasional	11	42
Nombramiento Provisional	15	58
Nombramiento Regular	0	0

**TABLA 11: SITUACIÓN LABORAL - SEXO FEMENINO**



**GRÁFICO 11: SITUACIÓN LABORAL – SEXO FEMENINO**

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número once, existe una prevalencia del 58% de médicos del sexo femenino que laboran bajo un nombramiento provisional, seguido de un 42% que laboran con contrato ocasional. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos de sexo femenino laboran con nombramiento provisional, lo que sugiere menor estrés laboral por tener mayor estabilidad.

## 7. CARGA HORARIA

### a) SEXO MASCULINO

CARGA HORARIA		
MASCULINO		
	FR	%
40 HORAS	17	71
MAS DE 40 HORAS	7	29

TABLA 12: CARGA HORARIA A LA SEMANA - SEXO MASCULINO

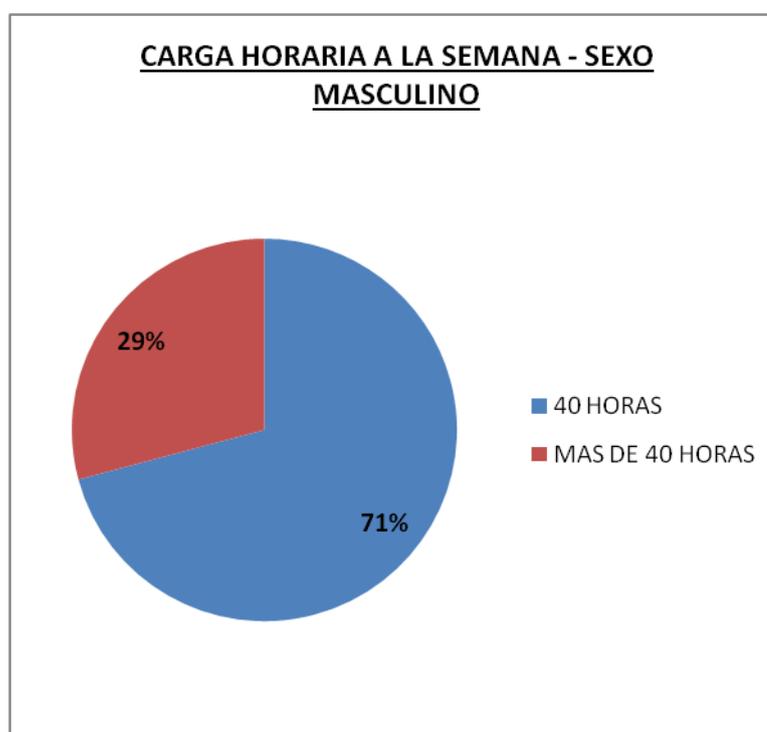


GRÁFICO 12: CARGA HORARIA A LA SEMANA – SEXO MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número doce, existe una prevalencia del 71% de médicos del sexo masculino que laboran 40 horas a la semana, seguido de un 29% que laboran más de 40 horas. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos de sexo masculino que laboran 40 horas semanales, 8 horas diarias. No existe sobrecarga significativa de horario de trabajo.

b) **SEXO FEMENINO**

<b>CARGA HORARIA</b>		
<b>FEMENINO</b>		
	FR	%
40 HORAS	21	81
MAS DE 40 HORAS	5	19

TABLA 13: CARGA HORARIA A LA SEMANA - SEXO FEMENINO



GRÁFICO 13: CARGA HORARIA A LA SEMANA – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número trece, existe una prevalencia del 81% de médicos del sexo femenino que laboran 40 horas a la semana, seguido de un 19% que laboran más de 40 horas. Con lo que se determina la presencia mayoritaria de médicos de sexo femenino que laboran 40 horas semanales, 8 horas diarias. No existe sobrecarga significativa de horario de trabajo.

## 8. CLIMA LABORAL

### a) SEXO MASCULINO

CLIMA LABORAL		
MASCULINO		
	FR	%
Cómodo	17	71
Conflictivo	7	29

TABLA 14: CLIMA LABORAL - SEXO MASCULINO

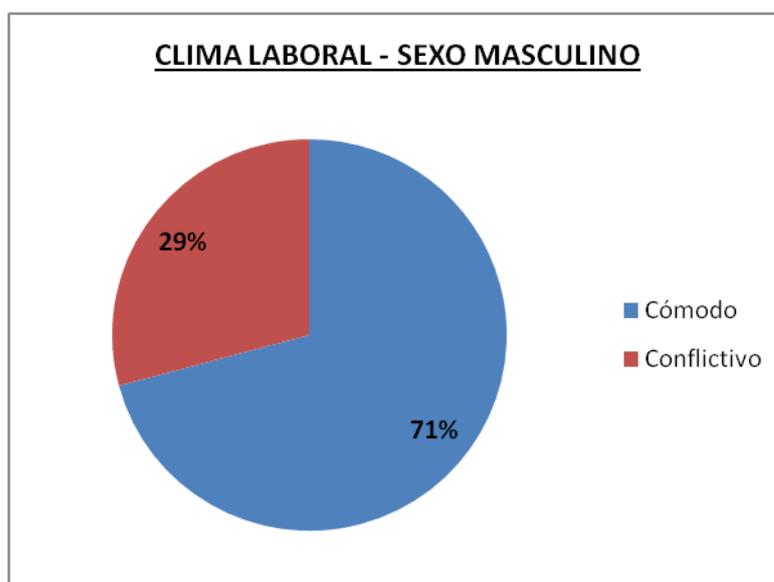


GRÁFICO 14: CLIMA LABORAL – SEXO MASCULINO

### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número catorce, existe una prevalencia del 71% de médicos del sexo masculino que percibe un clima laboral cómodo, seguido de un 29% que lo consideran conflictivo. Con lo que se determina la percepción mayoritaria de un ambiente laboral cómodo.

**b) SEXO FEMENINO**

<b>CLIMA LABORAL</b>		
<b>FEMENINO</b>		
	FR	%
Cómodo	23	88
Conflictivo	3	12

TABLA 15: CLIMA LABORAL - SEXO FEMENINO

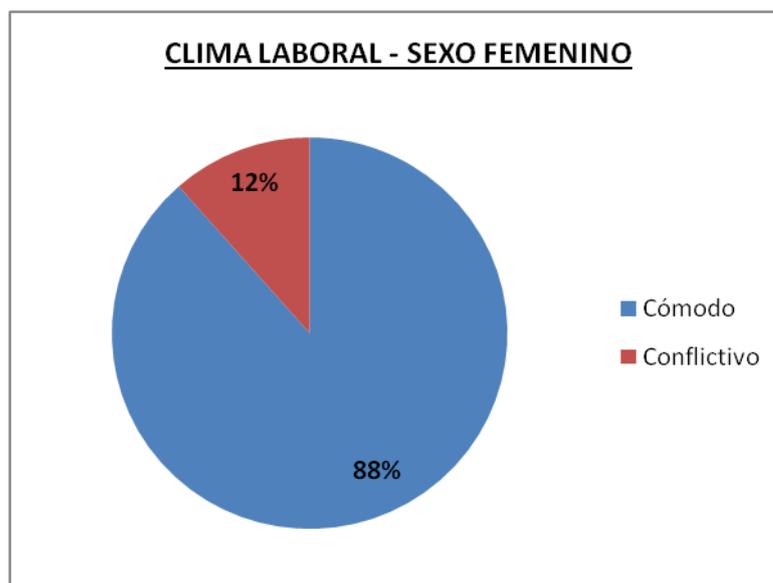


GRÁFICO 15: CLIMA LABORAL – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número quince, existe una prevalencia del 88% de médicos del sexo femenino que percibe un clima laboral cómodo, seguido de un 12% que lo consideran conflictivo. Con lo que se determina la percepción mayoritaria de un ambiente laboral cómodo.

## 9. TURNICIDAD LABORAL

### a) SEXO MASCULINO

TURNICIDAD LABORAL		
MASCULINO		
	FR	%
Diurno	13	54
Diurno y Nocturno	11	46

TABLA 16: TURNICIDAD LABORAL – SEXO MASCULINO

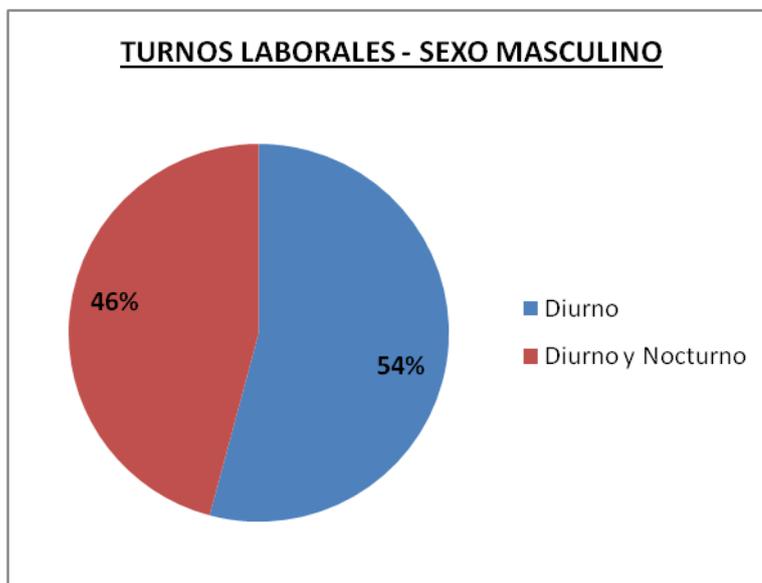


GRÁFICO 16: TURNICIDAD LABORAL – SEXO MASCULINO

### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 16, existe una prevalencia del 54% de médicos del sexo masculino que laboran en turnos diurnos de 8h, seguido de un 46% que laboran turnos diurnos y nocturnos de 24h. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que laboran 24h seguidas con lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

TURNICIDAD LABORAL		
FEMENINO		
	FR	%
Diurno	17	65
Diurno y Nocturno	9	35

TABLA 17: TURNICIDAD LABORAL – SEXO FEMENINO

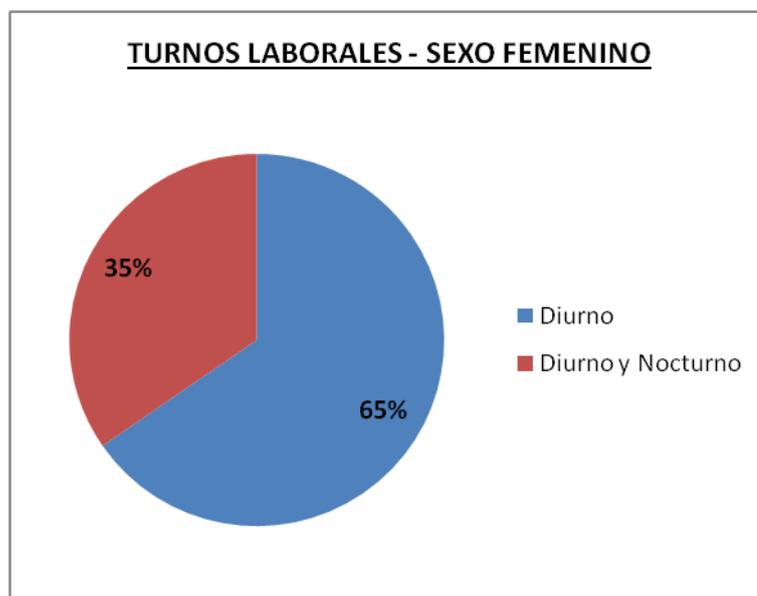


GRÁFICO 17: TURNICIDAD LABORAL – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 17, existe una prevalencia del 65% de médicos del sexo femenino que laboran en turnos diurnos de 8h, seguido de un 35% que laboran turnos diurnos y nocturnos de 24h. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que laboran 24h seguidas con lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

## 10. TENER HIJOS

### a) SEXO MASCULINO

TENER HIJOS		
MASCULINO		
	FR	%
SI	14	58
NO	10	42

TABLA 18: TENER HIJOS – SEXO MASCULINO



GRÁFICO 18: TENER HIJOS – SEXO MASCULINO

### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 18, existe una prevalencia del 58% de médicos del sexo masculino que tienen hijos, seguido de un 42% que no tienen hijos. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que tienen hijos, lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

<b>TENER HIJOS</b>		
<b>FEMENINO</b>		
	FR	%
SI	13	50
NO	13	50

TABLA 19: TENER HIJOS – SEXO FEMENINO

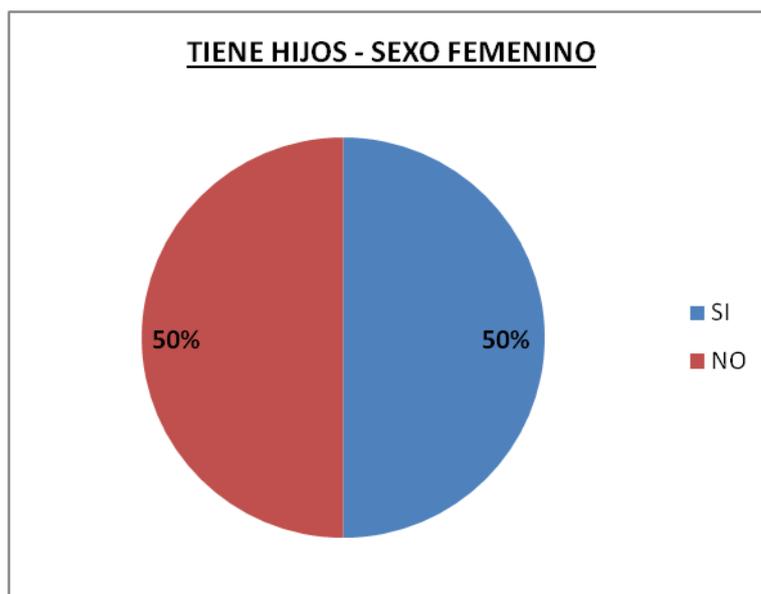


GRÁFICO 19: TENER HIJOS – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 19, existe una prevalencia del 50% de médicos del sexo femenino que tienen hijos y un 50% que no los tiene. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que tienen hijos, lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

## 11. NÚMERO DE HIJOS

### a) SEXO MASCULINO

NÚMERO DE HIJOS		
MASCULINO		
	FR	%
UNO	6	43
DOS	6	43
TRES	0	0
CUATRO	2	14

TABLA 20: NÚMERO DE HIJOS – SEXO MASCULINO



GRÁFICO 20: NÚMERO DE HIJOS – SEXO MASCULINO

### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 20, existe una prevalencia del 43% de médicos del sexo masculino tienen uno y dos hijos respectivamente y un 14% que tiene 4. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que tienen hijos entre 1 y 2, lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

<b>NÚMERO DE HIJOS</b>		
<b>FEMENINO</b>		
	<b>FR</b>	<b>%</b>
UNO	6	46
DOS	4	31
TRES	3	23
CUATRO	0	0

TABLA 21: NÚMERO DE HIJOS – SEXO FEMENINO

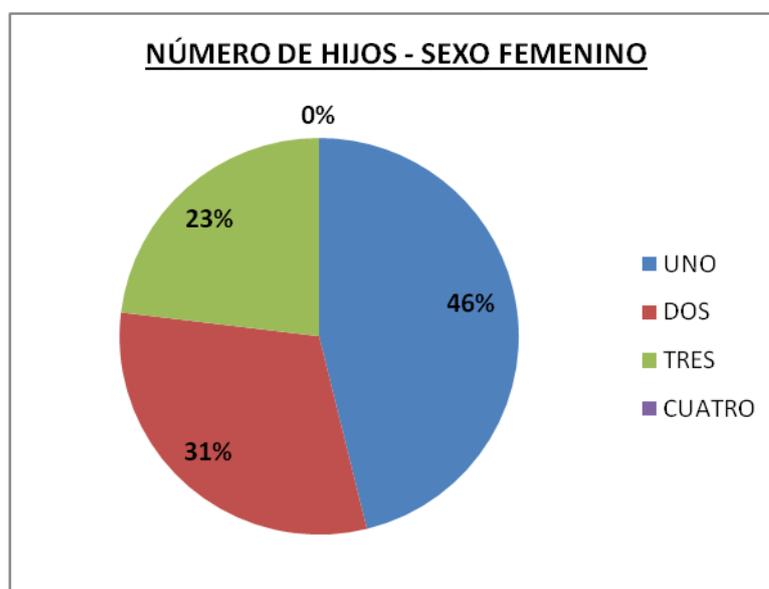


GRÁFICO 21: NÚMERO DE HIJOS – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 21, existe una prevalencia del 46% de médicos del sexo femenino tienen un hijo, seguido de un 31% con dos hijos y un 23% que tiene 3. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que tienen hijos entre 1 y 2, lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

## 12. LABORES DOMÉSTICAS

### a) SEXO MASCULINO

LABORES DOMÉSTICAS		
MASCULINO		
	FR	%
SI	18	75
NO	6	25

TABLA 22: LABORES DOMÉSTICAS – SEXO MASCULINO

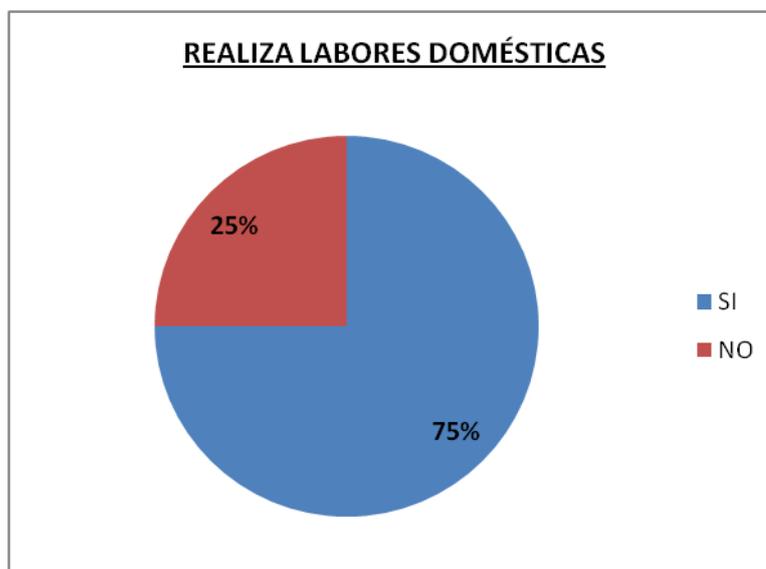


GRÁFICO 22: LABORES DOMÉSTICAS – SEXO MASCULINO

### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 22, existe una prevalencia del 75% de médicos del sexo masculino realizan labores domésticas, seguido de un 25% que no las realizan. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que realizan labores domésticas, lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

<b>LABORES DOMÉSTICAS</b>		
<b>FEMENINO</b>		
	FR	%
SI	22	85
NO	4	15

TABLA 23: LABORES DOMÉSTICAS – SEXO FEMENINO

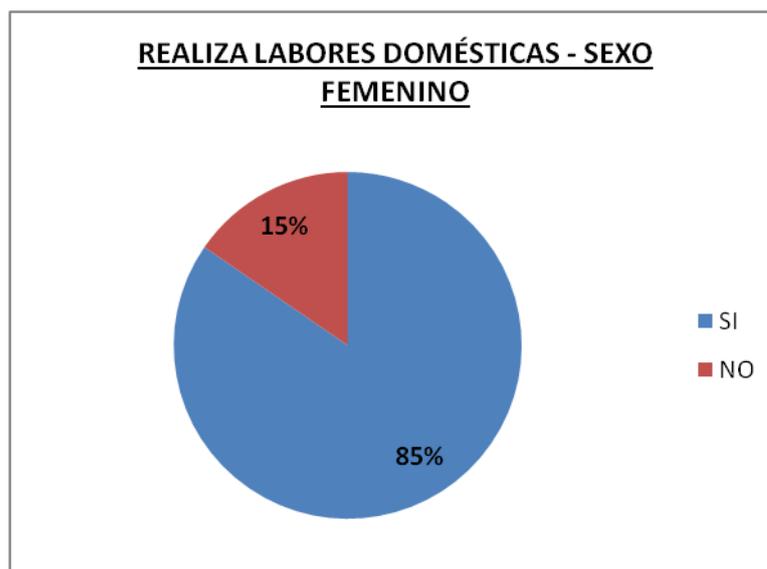


GRÁFICO 23: LABORES DOMÉSTICAS – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 23, existe una prevalencia del 85% de médicos del sexo femenino que realizan labores domésticas, seguido de un 15% que no las realizan. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que realizan labores domésticas, lo que aumenta la posibilidad de presentar estrés laboral.

### 13. OTRA FUENTE DE INGRESO

#### a) SEXO MASCULINO

OTRA FUENTE DE INGRESO		
MASCULINO		
	FR	%
NO	22	92
SI	2	8

TABLA 24: OTRA FUENTE DE INGRESO – SEXO MASCULINO



GRÁFICO 24: OTRA FUENTE DE INGRESO – SEXO MASCULINO

#### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 24, existe una prevalencia del 92% de médicos del sexo masculino que no tienen otras fuentes de ingreso, seguido de un 8% que si las tienen. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que no tienen otra fuente de ingresos y disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

<b>OTRA FUENTE DE INGRESO</b>		
<b>FEMENINO</b>		
	FR	%
NO	25	96
SI	1	4

TABLA 25: OTRA FUENTE DE INGRESO – SEXO FEMENINO



GRÁFICO 25: OTRA FUENTE DE INGRESO – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 25, existe una prevalencia del 96% de médicos del sexo femenino que no tienen otras fuentes de ingreso, seguido de un 4% que si las tienen. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que no tienen otra fuente de ingresos y disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

## 14. TIPO DE FAMILIA

### a) SEXO MASCULINO

TIPO DE FAMILIA		
MASCULINO		
	FR	%
Nuclear	21	88
Ampliada	3	13

TABLA 26: TIPO DE FAMILIA – SEXO MASCULINO

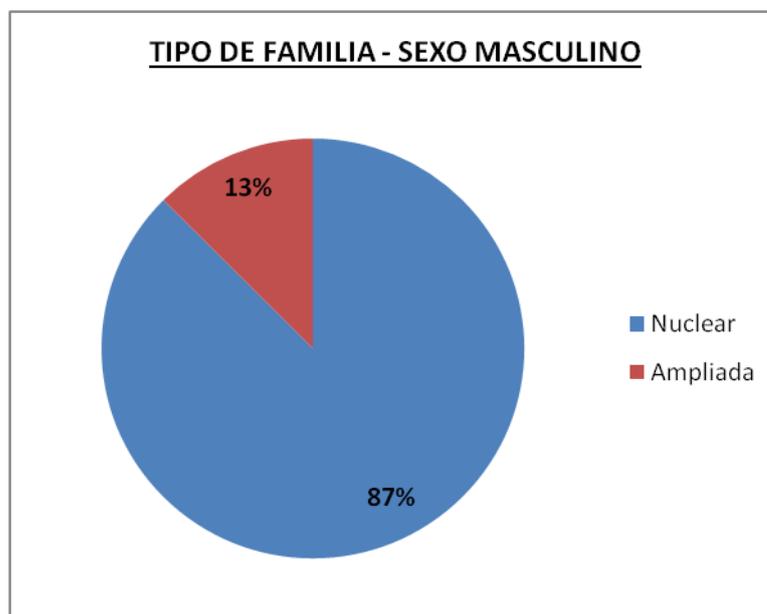


GRÁFICO 26: TIPO DE FAMILIA – SEXO MASCULINO

### **ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 26, existe una prevalencia del 87% de médicos del sexo masculino que poseen una familia de tipo nuclear, seguido de un 13% con familia ampliada. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que integran una familia nuclear y disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

TIPO DE FAMILIA		
FEMENINO		
	FR	%
Nuclear	23	88
Ampliada	1	4
Madre Soltera	2	8

TABLA 27: TIPO DE FAMILIA – SEXO FEMENINO

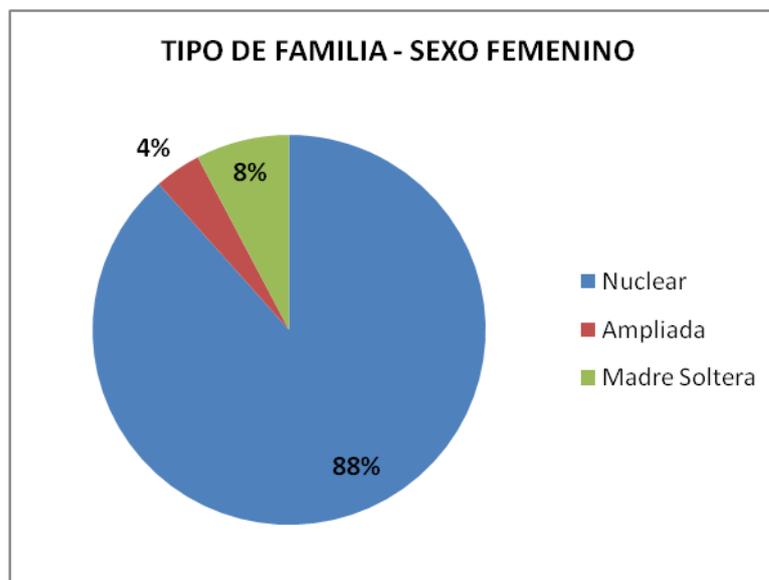


TABLA 27: TIPO DE FAMILIA – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 27, existe una prevalencia del 88% de médicos del sexo femenino que poseen una familia de tipo nuclear, seguido de un 8% que son madres solteras y de un 4% con familia ampliada. Con estos resultados se determina que existe un alto índice de médicos que integran una familia nuclear y disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

## 15. CUIDADO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD O ADULTOS MAYORES

### a) SEXO MASCULINO

CUIDADO A PCD Y AM		
MASCULINO		
	FR	%
SI	0	0
NO	24	100

TABLA 28: CUIDADO DE PCD Y AM – SEXO MASCULINO



GRÁFICO 28: CUIDADO DE PCD Y AM – SEXO MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 28, existe una prevalencia del 100% de médicos del sexo masculino que no tienen a su responsabilidad el cuidado de pacientes con discapacidad o adultos mayores. Con estos resultados se determina que existe un índice nulo de médicos que cuidan a PCD y AM, lo que disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

CUIDADO A PCD Y AM		
FEMENINO		
	FR	%
SI	4	15
NO	22	85

TABLA 29: CUIDADO DE PCD Y AM – SEXO FEMENINO



GRÁFICO 29: CUIDADO DE PCD Y AM – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 29, existe una prevalencia del 85% de médicos del sexo femenino que no tienen a su responsabilidad el cuidado de pacientes con discapacidad o adultos mayores, seguido de un 15% que no realizan estas actividades. Con estos resultados se determina que existe un bajo índice de médicos que cuidan a PCD y AM, lo que disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

## 16. ENFERMEDADES CRÓNICAS

### a) SEXO MASCULINO

ENFERMEDADES CRÓNICAS		
MASCULINO		
	FR	%
SI	4	17
NO	20	83

TABLA 30: ENFERMEDADES CRÓNICAS – SEXO MASCULINO

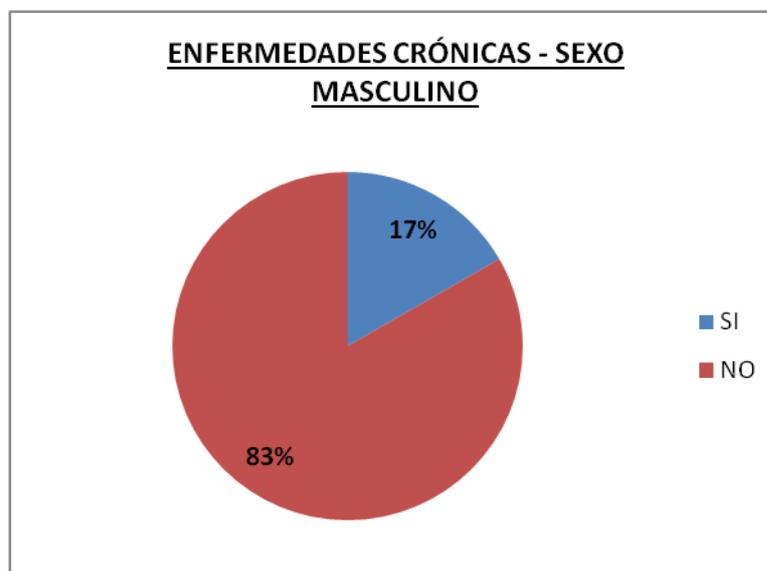


GRÁFICO 30: ENFERMEDADES CRÓNICAS – SEXO MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 30, existe una prevalencia del 83% de médicos del sexo masculino que no presentan enfermedades crónicas, seguido de un 17% que si las presentan. Con estos resultados se determina que existe un bajo índice de médicos que presentan enfermedades crónicas, lo que disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

**b) SEXO FEMENINO**

ENFERMEDADES CRÓNICAS		
FEMENINO		
	FR	%
SI	4	15
NO	22	85

TABLA 31: ENFERMEDADES CRÓNICAS – SEXO FEMENINO

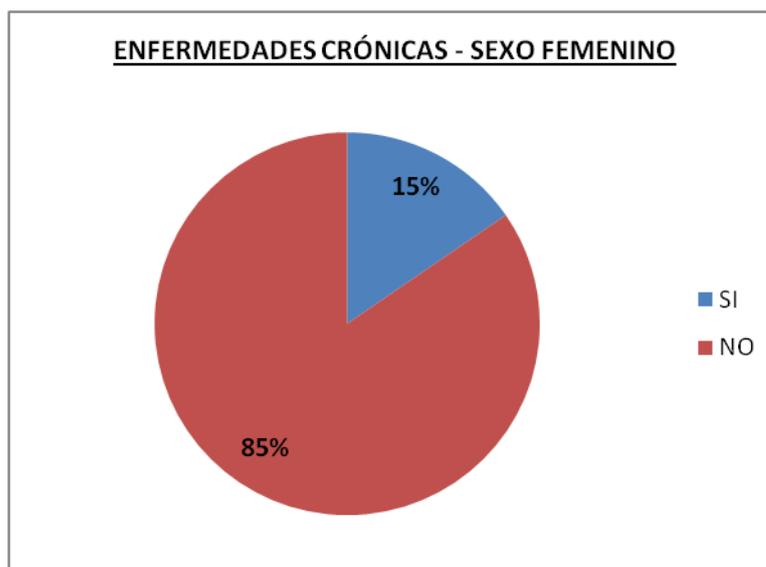


GRÁFICO 31: ENFERMEDADES CRÓNICAS – SEXO FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 31, existe una prevalencia del 85% de médicos del sexo femenino que no presentan enfermedades crónicas, seguido de un 15% que si las presentan. Con estos resultados se determina que existe un bajo índice de médicos que presentan enfermedades crónicas, lo que disminuye la posibilidad de presentar estrés laboral.

## RELACIÓN DE LAS VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES CON LA PRESENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT

### 1. SEXO

RELACIÓN BURNOUT / SEXO	AGOTAMIENTO EMOCIONAL			REALIZACION PROFESIONAL			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
MASCULINO	13	29	58	8	29	63	42	29	29
FEMENINO	12	27	62	12	62	27	35	46	19

TABLA 32: RELACIÓN BURNOUT / SEXO

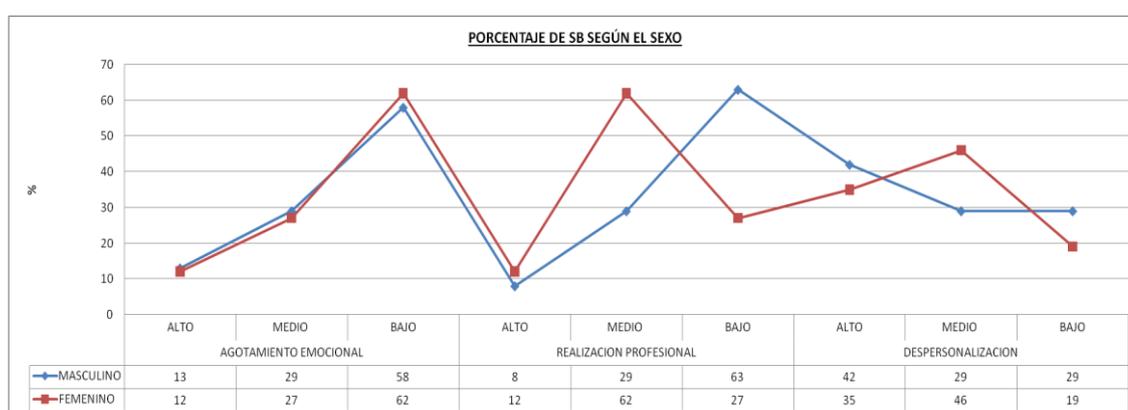


GRÁFICO 32: RELACIÓN BURNOUT / SEXO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 32, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: sexo masculino 58% y sexo femenino 62% para BAJO
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: sexo masculino 63% para BAJO y sexo femenino 62% para MEDIO
- DESPERSONALIZACIÓN: sexo masculino 42% para ALTO y sexo femenino 46% para MEDIO

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de sexo masculino para tratar el componente de Despersonalización y en el sexo femenino para la Realización Profesional y para Despersonalización.

2. EDAD

a) SEXO MASCULINO

EDAD	Masculino								
	AGOTAMIENTO EMOCIONAL			REALIZACION PROFESIONAL			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
21 – 25 años	4	8	17	0	8	21	13	8	8
26 – 30 años	0	13	25	4	17	17	25	8	4
31 – 35 años	4	4	4	0	4	8	0	8	4
36 – 40 años	0	4	0	4	0	0	0	4	0
41 a 45 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
46 – 50 años	0	0	4	0	0	4	4	0	0
51 – 60 años	4	0	8	0	0	13	0	0	13
61 o más años	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 33: RELACIÓN BURNOUT / EDAD – SEXO MASCULINO

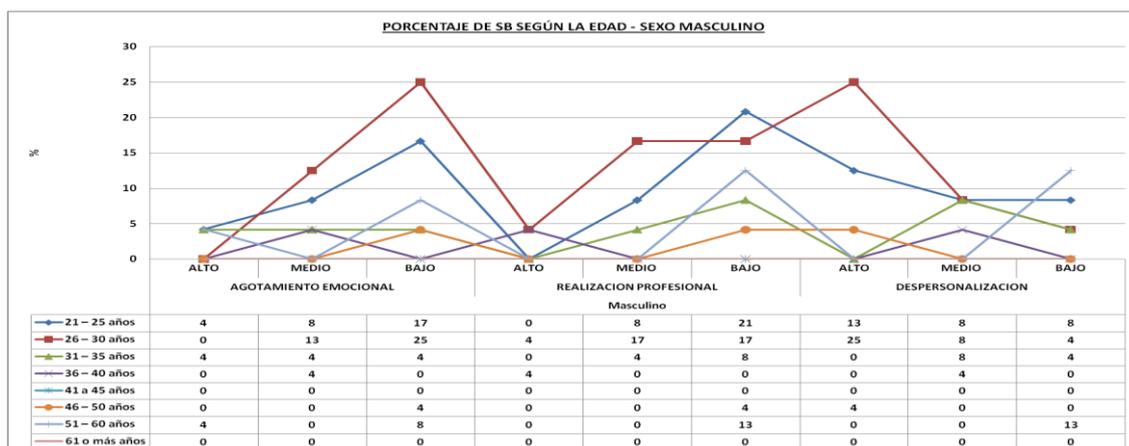


GRÁFICO 33: RELACIÓN BURNOUT / EDAD – SEXO MASCULINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 33, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: 21-25 años 17% para BAJO, 26-30 años 25% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: 21-25 años 21% para BAJO, 26-30 años 17% para BAJO y para MEDIO respectivamente.
- DESPERSONALIZACIÓN: 21-25 años 13% para ALTO, 26-30 años 25% para ALTO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de 21-25 años para tratar la Despersonalización y de 26-30 años para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

EDAD	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
21 – 25 años	0	0	23	0	12	12	4	12	8
26 – 30 años	8	15	23	4	38	4	23	19	4
31 – 35 años	4	0	8	4	4	4	4	4	4
36 – 40 años	0	4	4	0	4	4	0	8	0
41 a 45 años	0	8	4	4	4	4	4	4	4
46 – 50 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51 – 60 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
61 o más años	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 34: RELACIÓN BURNOUT / EDAD – FEMENINO

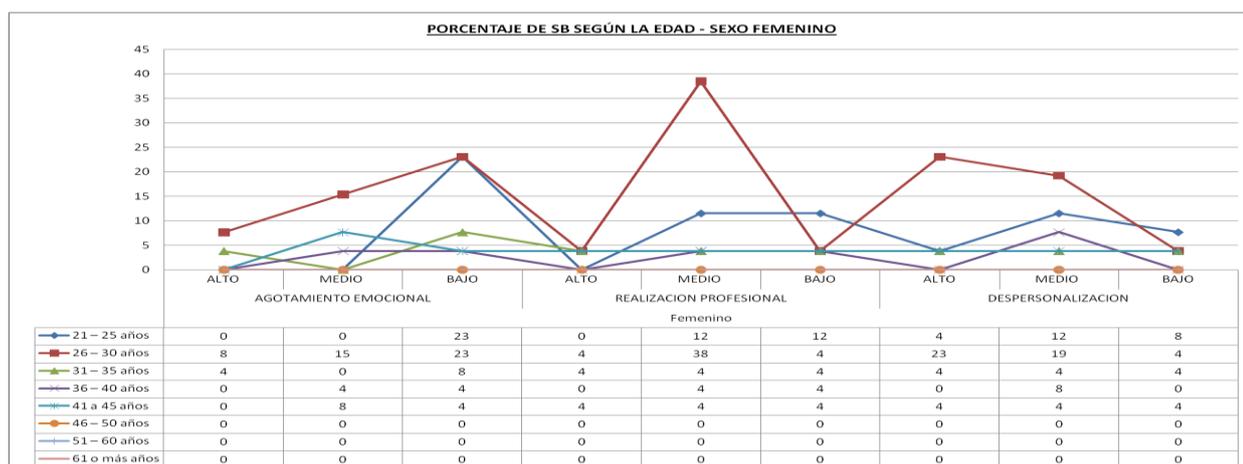


GRÁFICO 34: RELACIÓN BURNOUT / EDAD – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 34, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: 21-25 años 23% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: 21-25 años 23% para BAJO, 26-30 años 15% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: 21-25 años 12% para MEDIO, 26-30 años 23% para ALTO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de 21-25 años para tratar la Despersonalización y de 26-30 años para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización.

### 3. ESTADO CIVIL

#### a) SEXO MASCULINO

ESTADO CIVIL	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Soltero	4	13	21	0	17	21	13	13	13
Casado	8	13	33	8	13	33	25	17	13
Divorciado	0	0	4	0	0	4	0	0	4
Viudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unión libre	0	4	0	0	0	4	4	0	0

TABLA 35: RELACIÓN BURNOUT / ESTADO CIVIL –MASCULINO

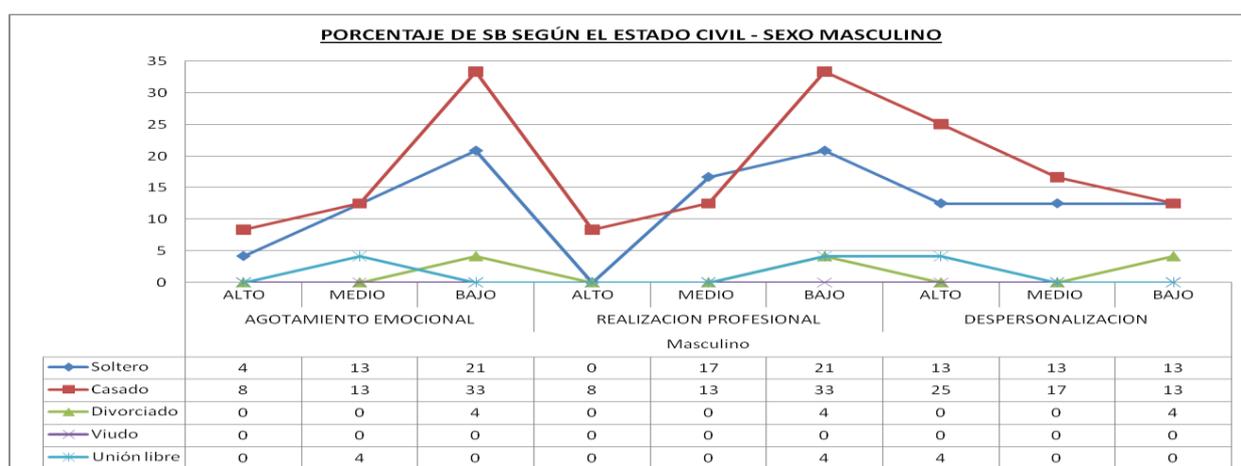


GRÁFICO 35: RELACIÓN BURNOUT / ESTADO CIVIL - MASCULINO

#### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 35, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Soltero 21% para BAJO, Casado 33% para BAJO y Divorciado 4% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Soltero 21% para BAJO, Casado 33% para BAJO y Divorciado 4% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Soltero 13% para BAJO, Casado 25% para **ALTO** y Divorciado 4% para BAJO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos casados para tratar la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

ESTADO CIVIL	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Soltero	8	8	23	0	31	8	23	8	8
Casado	4	12	31	12	19	15	8	27	12
Divorciado	0	8	4	0	8	4	4	8	0
Viudo	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Unión libre	0	0	4	0	4	0	0	4	0

TABLA 36: RELACIÓN BURNOUT / ESTADO CIVIL –FEMENINO

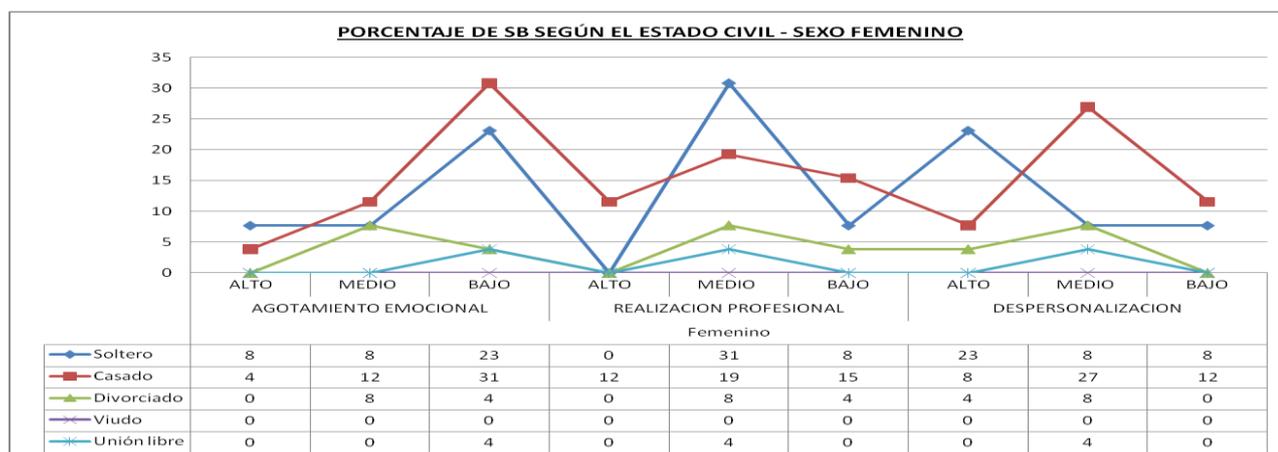


GRÁFICO 36: RELACIÓN BURNOUT / ESTADO CIVIL –FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 36, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Soltero 23% para BAJO, Casado 31% para BAJO y Divorciado 4% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Soltero 31% para MEDIO, Casado 19% para MEDIO y Divorciado 8% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Soltero 23% para ALTO, Casado 27% para MEDIO y Unión Libre 4% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos solteras, casadas, divorciadas y unión libre para tratar la Realización Profesional y Despersonalización.

#### 4. AÑOS DE TRABAJO

##### a) SEXO MASCULINO

AÑOS DE TRABAJO	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
1 – 5 años	8	25	46	4	29	46	38	25	17
6 – 10 años	0	0	4	0	0	4	4	0	0
11 – 15 años	0	4	0	4	0	0	0	4	0
16 – 20 años	0	0	4	0	0	4	0	0	4
21 – 25 años	4	0	0	0	0	4	0	0	4
26 – 30 años	0	0	4	0	0	4	0	0	4
31 – 35 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36 o más años	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 37: RELACIÓN BURNOUT / AÑOS DE TRABAJO –MASCULINO

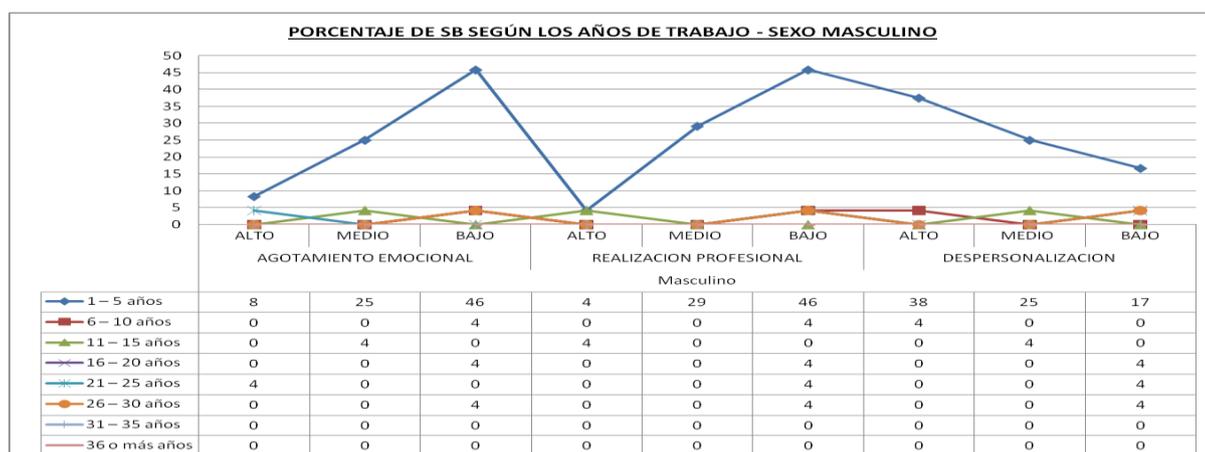


GRÁFICO 37: RELACIÓN BURNOUT / AÑOS DE TRABAJO –MASCULINO

##### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 37, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: 1 - 5 años 46% para BAJO, 1 – 5 años 25% para MEDIO, 6 – 10 AÑOS 4% para BAJO
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: 1 - 5 años 46% para BAJO, 1 – 5 años 29% para MEDIO, 6 – 10 AÑOS 4% para BAJO
- DESPERSONALIZACIÓN: 1 - 5 años 38% para ALTO, 1 – 5 años 25% para MEDIO, 6 – 10 AÑOS 4% para ALTO

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de 1 – 5 años para tratar Agotamiento Emocional, Realización Profesional y Despersonalización; para los de 6 – 10 años para tratar la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

AÑOS DE TRABAJO	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
1-5 años	8	15	58	12	54	15	27	35	19
6-10 años	4	12	0	0	8	8	8	8	0
11-15 años	0	0	4	0	0	4	0	4	0
16-20 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
21-25 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26-30 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
31-35 años	0	0	0	0	0	0	0	0	0
36 o más años	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 38: RELACIÓN BURNOUT / AÑOS DE TRABAJO –FEMENINO



GRÁFICO 38: RELACIÓN BURNOUT / AÑOS DE TRABAJO –FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 38, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: 1 - 5 años 58% para BAJO, 1 – 5 años 15% para MEDIO, 6 – 10 AÑOS 12% para MEDIO
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: 1 - 5 años 54% para MEDIO, 6 – 10 AÑOS 8% para MEDIO
- DESPERSONALIZACIÓN: 1 - 5 años 35% para MEDIO, 1 – 5 años 27% para ALTO, 6 – 10 AÑOS 8% para ALTO

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de 1 – 5 y 6 – 10 años para tratar Agotamiento Emocional, Realización Profesional y Despersonalización.

## 5. ÁREA DE TRABAJO

### a) SEXO MASCULINO

ÁREA DE TRABAJO	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Emergencia	4	8	0	4	8	0	0	8	4
Hospitalización	4	13	25	0	13	29	25	8	8
Administrativo	0	0	4	0	0	4	0	0	4
Unidad Operativa	0	0	17	4	8	4	4	8	4
Consulta Externa	4	8	13	0	0	25	13	4	8

TABLA 39: RELACIÓN BURNOUT / ÁREA DE TRABAJO – MASCULINO



GRÁFICO 39: RELACIÓN BURNOUT / ÁREA DE TRABAJO – MASCULINO

#### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 39, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Emergencia 8% para BAJO, Hospitalización 25% para BAJO, Administrativo 4% para BAJO, U. Operativa 17% para BAJO, C. Externa 13% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Emergencia 8% para MEDIO, Hospitalización 29% para BAJO, Administrativo 4% para BAJO, U. Operativa 8% para MEDIO, C. Externa 25% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Emergencia 8% para MEDIO, Hospitalización 25% para ALTO, Administrativo 4% para BAJO, U. Operativa 8% para MEDIO, C. Externa 13% para ALTO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de Emergencia y U. Operativa para tratar Realización Profesional y Despersonalización, para los médicos de Hospitalización para tratar la Despersonalización y para los de C. Externa para tratar la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

ÁREA DE TRABAJO	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Emergencia	0	4	8	0	4	8	0	12	0
Hospitalización	0	8	19	0	19	8	12	15	0
Administrativo	4	15	4	4	15	4	12	8	4
Unidad Operativa	0	0	27	8	15	4	0	12	15
Consulta Externa	8	0	4	0	8	4	12	0	0

TABLA 40: RELACIÓN BURNOUT / ÁREA DE TRABAJO – FEMENINO

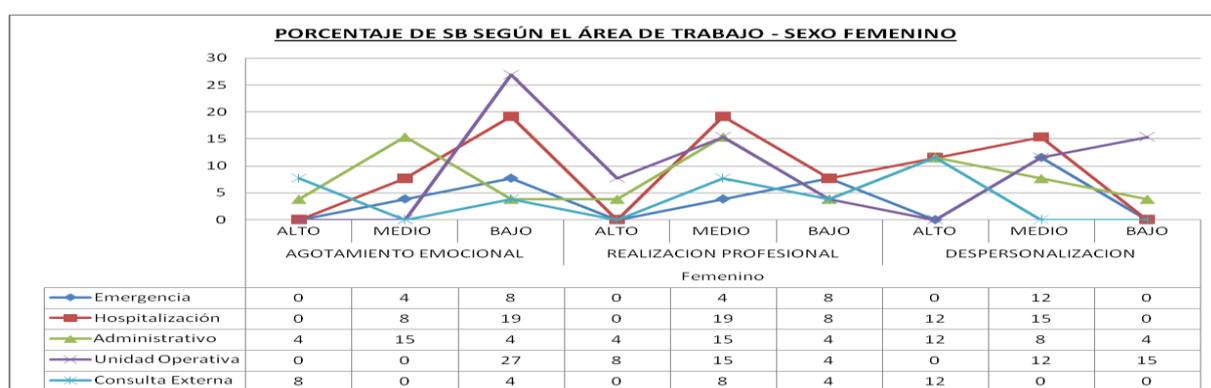


GRÁFICO 40: RELACIÓN BURNOUT / ÁREA DE TRABAJO – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 40, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Emergencia 8% para BAJO, Hospitalización 19% para BAJO, Administrativo 15% para MEDIO, U. Operativa 27% para BAJO, C. Externa 8% para ALTO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Emergencia 8% para BAJO, Hospitalización 19% para MEDIO, Administrativo 15% para MEDIO, U. Operativa 15% para MEDIO, C. Externa 8% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Emergencia 12% para MEDIO, Hospitalización 15% para MEDIO, Administrativo 12% para ALTO, U. Operativa 15% para BAJO, C. Externa 12% para ALTO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de Emergencia para tratar la Despersonalización, para los médicos de Hospitalización para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización, para los médicos Administrativos y de C. Externa para tratar el AE, RP y D.

## 6. SITUACIÓN LABORAL

### a) SEXO MASCULINO

SITUACIÓN LABORAL	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Contrato Ocasional	4	21	33	8	17	33	25	21	13
Nombramiento Provisional	4	8	21	0	13	21	17	8	8
Nombramiento Regular	4	0	4	0	0	8	0	0	8

TABLA 41: RELACIÓN BURNOUT / SITUACIÓN LABORAL – MASCULINO

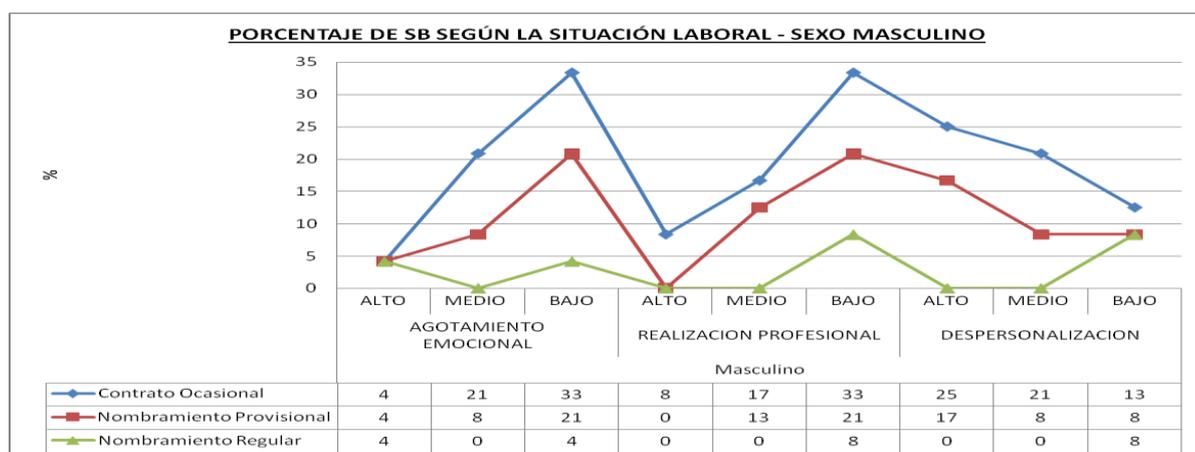


GRÁFICO 41: RELACIÓN BURNOUT / SITUACIÓN LABORAL – MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 41, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Contrato Ocasional 33% para BAJO, Nombramiento Provisional 21% para BAJO y Nombramiento Regular 4% para ALTO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Contrato Ocasional 33% para BAJO, Nombramiento Provisional 21% para BAJO y Nombramiento Regular 8% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Contrato Ocasional 25% para ALTO, Nombramiento Provisional 17% para ALTO y Nombramiento Regular 8% para BAJO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de Contrato ocasional y Nombramiento Provisional para tratar la Despersonalización y los de Nombramiento Regular para tratar el Agotamiento emocional.

## b) SEXO FEMENINO

SITUACIÓN LABORAL	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Contrato Ocasional	0	4	38	8	23	12	8	19	15
Nombramiento Provisional	12	23	23	4	38	15	27	27	4
Nombramiento Regular	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 42: RELACIÓN BURNOUT / SITUACIÓN LABORAL – FEMENINO



GRÁFICO 42: RELACIÓN BURNOUT / SITUACIÓN LABORAL – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 42, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Contrato Ocasional 38% para BAJO, Nombramiento Provisional 23% para MEDIO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Contrato Ocasional 23% para MEDIO, Nombramiento Provisional 38% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Contrato Ocasional 19% para MEDIO, Nombramiento Provisional 27% para ALTO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de Contrato ocasional para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización y los de Nombramiento Provisional para tratar el Agotamiento emocional, Realización Profesional y la Despersonalización.

## 7. CARGA HORARIA

### a) SEXO MASCULINO

CARGA HORARIA A LA SEMANA	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
40 HORAS	13	13	46	4	25	42	33	21	17
MAS DE 40 HORAS	0	17	13	4	4	21	8	8	13

TABLA 43: RELACIÓN BURNOUT / CARGA HORARIA A LA SEMANA – MASCULINO



GRÁFICO 43: RELACIÓN BURNOUT / CARGA HORARIA A LA SEMANA – MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 43, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: 40 horas 46% para BAJO, más de 40 horas 17% para MEDIO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: 40 horas 42% para BAJO, más de 40 horas 21% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: 40 horas 33% para ALTO, más de 40 horas 13% para BAJO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de carga horaria de 40h a la semana para tratar la Despersonalización y los de más de 40h a la semana para tratar el Agotamiento emocional.

## b) SEXO FEMENINO

CARGA HORARIA A LA SEMANA	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
40 HORAS	12	27	42	12	54	15	31	31	19
MAS DE 40 HORAS	0	0	19	0	8	12	4	15	0

TABLA 44: RELACIÓN BURNOUT / CARGA HORARIA A LA SEMANA – FEMENINO



GRÁFICO 44: RELACIÓN BURNOUT / CARGA HORARIA A LA SEMANA – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 44, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: 40 horas 42% para BAJO, más de 40 horas 19% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: 40 horas 54% para MEDIO, más de 40 horas 12% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: 40 horas 31% para ALTO, más de 40 horas 15% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos de carga horaria de 40h a la semana para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización y los de más de 40h a la semana para tratar la Despersonalización.

## 8. CLIMA LABORAL

### a) SEXO MASCULINO

CLIMA LABORAL	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Cómodo	0	21	50	4	21	46	38	13	21
Conflictivo	13	8	8	4	8	17	4	17	8

TABLA 45: RELACIÓN BURNOUT / CLIMA LABORAL – MASCULINO

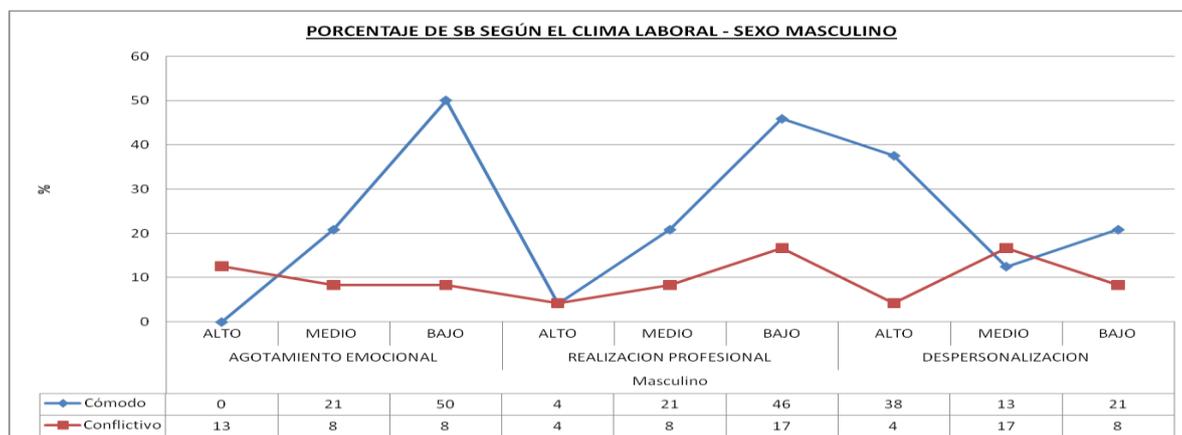


GRÁFICO 45: RELACIÓN BURNOUT / CLIMA LABORAL – MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 45, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Cómodo 50% para BAJO, Conflictivo 13% para **ALTO**.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Cómodo 46% para BAJO, Conflictivo 17% para BAJA.
- DESPERSONALIZACIÓN: Cómodo 38% para **ALTO**, Conflictivo 17% para **MEDIO**.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos con apreciación del clima laboral cómodo para tratar la Despersonalización y los de clima laboral conflictivo para tratar el Agotamiento emocional y la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

CLIMA LABORAL	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Cómodo	12	15	62	12	54	23	31	38	19
Conflictivo	0	12	0	0	8	4	4	8	0

TABLA 46: RELACIÓN BURNOUT / CLIMA LABORAL – FEMENINO

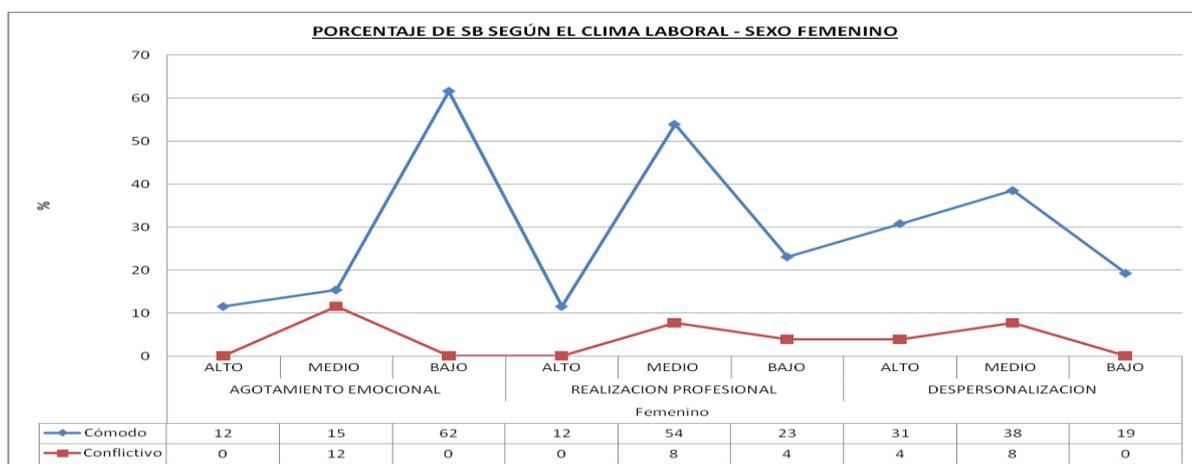


GRÁFICO 46: RELACIÓN BURNOUT / CLIMA LABORAL – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 46, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Cómodo 62% para BAJO, Conflictivo 12% para MEDIO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Cómodo 54% para MEDIO, Conflictivo 8% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Cómodo 38% para MEDIO, Conflictivo 8% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos con apreciación del clima laboral cómodo para tratar la Realización profesional y la Despersonalización y los de clima laboral conflictivo para tratar el Agotamiento emocional, Realización Profesional y la Despersonalización.

## 9. TURNOS LABORALES

### a) SEXO MASCULINO

TURNOS LABORALES	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Diurno	8	8	38	4	13	38	21	17	17
Diurno y Nocturno	4	21	21	4	17	25	21	13	13

TABLA 47: RELACIÓN BURNOUT / TURNOS LABORALES – MASCULINO



GRÁFICO 47: RELACIÓN BURNOUT / TURNOS LABORALES – MASCULINO

#### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 47, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Diurno 38% para BAJO y Diurno y Nocturno 21% para MEDIO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Diurno 38% para BAJO y Diurno y Nocturno 25% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Diurno 21% para ALTO y Diurno y Nocturno 21% para ALTO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que laboran en turnos diurnos para tratar la Despersonalización y los de turnos Diurnos y nocturnos para tratar el Agotamiento emocional y la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

TURNOS LABORALES	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Diurno	12	19	35	12	42	12	23	23	19
Diurno y Nocturno	0	8	27	0	19	15	12	23	0

TABLA 48: RELACIÓN BURNOUT / TURNOS LABORALES – FEMENINO

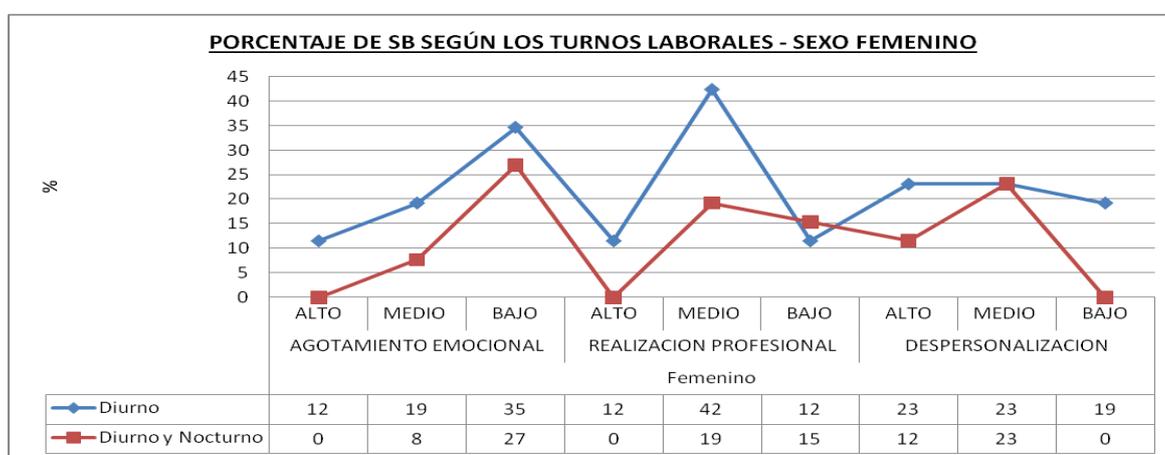


GRÁFICO 48: RELACIÓN BURNOUT / TURNOS LABORALES – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 48, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Diurno 35% para BAJO y Diurno y Nocturno 27% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Diurno 42% para MEDIO y Diurno y Nocturno 19% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Diurno 23% para ALTO y Diurno y Nocturno 23% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que laboran en turnos diurnos y turnos diurnos y nocturnos para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización.

## 10. TENER HIJOS

### a) SEXO MASCULINO

TIENE HIJOS	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	8	13	38	8	8	42	21	17	21
NO	4	17	21	0	21	21	21	13	8

TABLA 49: RELACIÓN BURNOUT / TENER HIJOS – MASCULINO

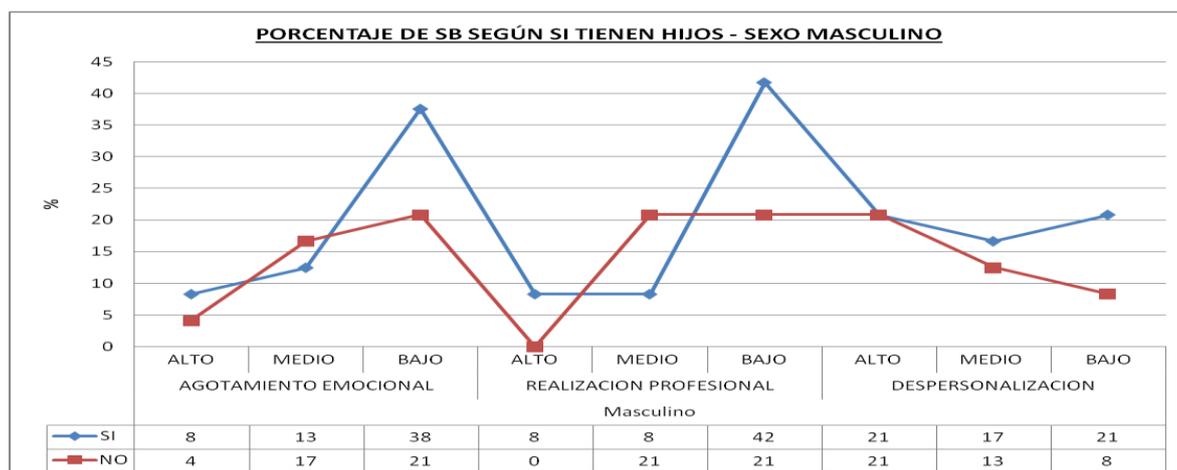


GRÁFICO 49: RELACIÓN BURNOUT / TENER HIJOS – MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 49, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Si 38% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Si 42% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Si 21% para **ALTO**.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos Si tienen hijos para tratar la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

TIENE HIJOS	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	4	12	35	12	23	15	8	31	12
NO	8	15	27	0	38	12	27	15	8

TABLA 50: RELACIÓN BURNOUT / TENER HIJOS – FEMENINO

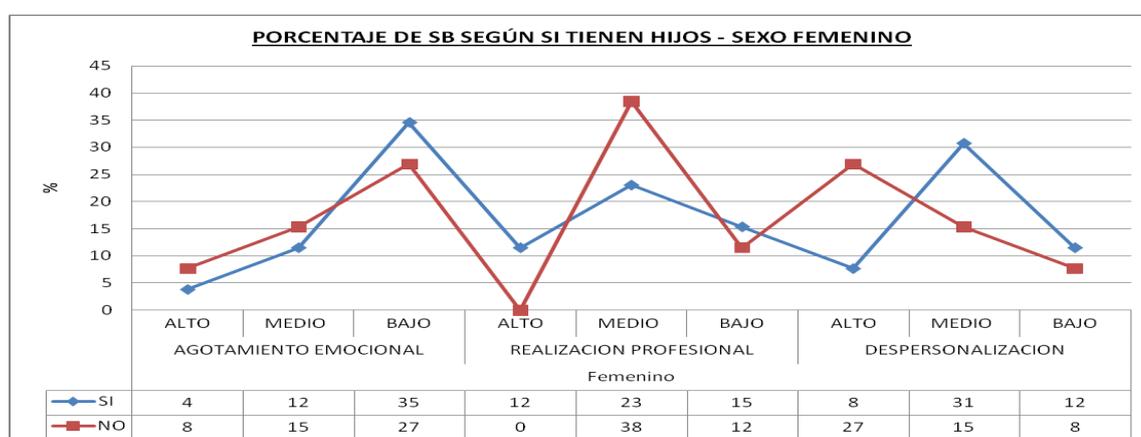


GRÁFICO 50: RELACIÓN BURNOUT / TENER HIJOS – FEMENINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 50, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Si 35% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Si 23% para **MEDIO**.
- DESPERSONALIZACIÓN: Si 31% para **MEDIO**.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos Si tienen hijos para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización.

## 11. NÚMERO DE HIJOS

### a) SEXO MASCULINO

NÚMERO DE HIJOS	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
UNO	7	14	21	7	0	36	14	14	14
DOS	7	0	36	0	14	29	21	7	14
TRES	0	0	0	0	0	0	0	0	0
CUATRO	0	7	7	7	0	7	0	7	7

TABLA 51: RELACIÓN BURNOUT / NÚMERO DE HIJOS – MASCULINO

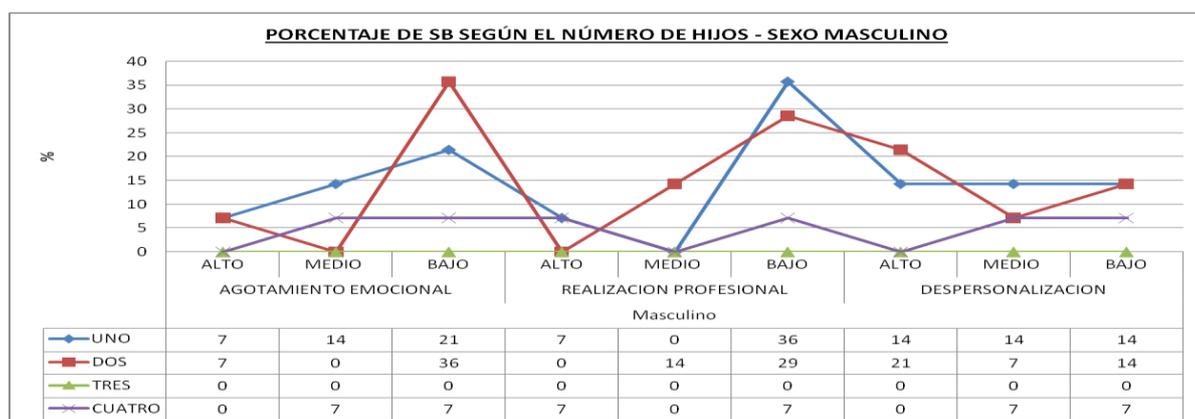


GRÁFICO 51: RELACIÓN BURNOUT / NÚMERO DE HIJOS – MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 51, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Uno 21% para BAJO, Dos 36% para BAJO, Cuatro 7% para MEDIO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Uno 36% para BAJO, Dos 29% para BAJO, Cuatro 7% para ALTO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Uno 14% para ALTO, Dos 21% para ALTO, Cuatro 7% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen uno, dos y cuatro hijos para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización. Y para los que tienen un hijo además se debe tratar el agotamiento emocional.

## b) SEXO FEMENINO

NÚMERO DE HIJOS	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
UNO	8	8	31	15	15	15	8	31	8
DOS	0	15	15	8	15	8	0	15	15
TRES	0	0	23	0	15	8	8	15	0
CUATRO	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 52: RELACIÓN BURNOUT / NÚMERO DE HIJOS – FEMENINO

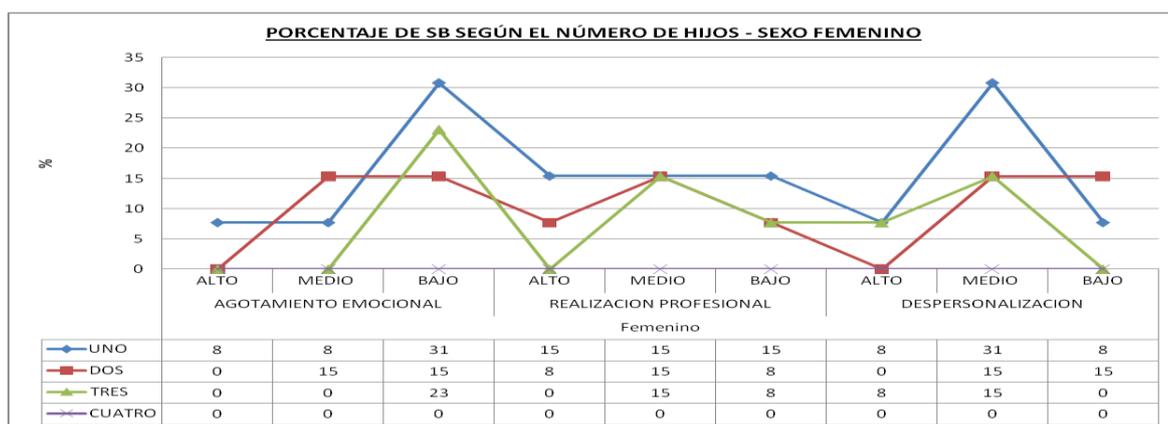


GRÁFICO 52: RELACIÓN BURNOUT / NÚMERO DE HIJOS – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 52, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Uno 31% para BAJO, Dos 15% para MEDIO, Tres 23% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Uno 15% para ALTO, Dos 15% para MEDIO, Tres 15% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Uno 31% para MEDIO, Dos 15% para MEDIO, Tres 15% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen uno, dos y tres hijos para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización. Y para los que tienen dos hijos además se debe tratar el agotamiento emocional.

## 12. LABORES DOMÉSTICAS

### a) SEXO MASCULINO

REALIZA LABORES DOMÉSTICAS	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	8	21	46	8	17	50	38	21	17
NO	4	8	13	0	13	13	4	8	13

TABLA 53: RELACIÓN BURNOUT / LABORES DOMEÉSTICAS – MASCULINO

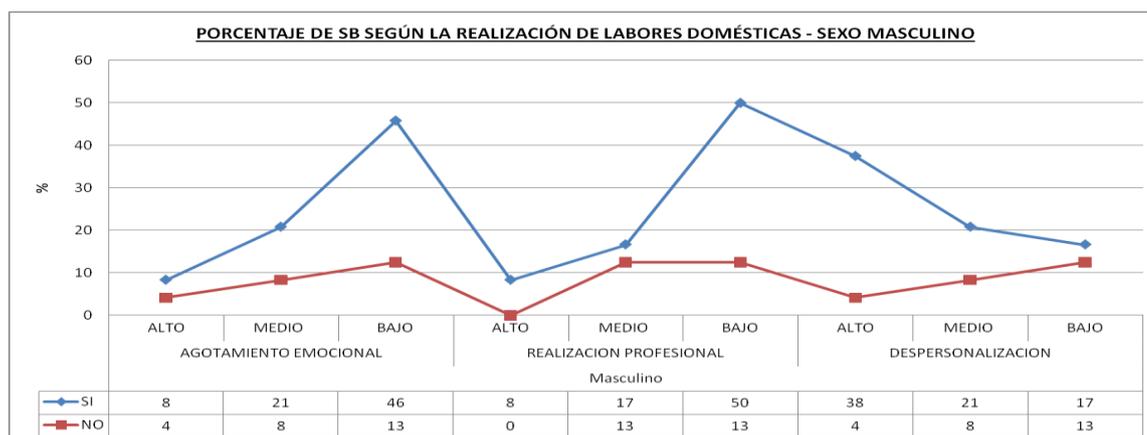


GRÁFICO 53: RELACIÓN BURNOUT / LABORES DOMÉSTICAS – MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 53, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: SI 46% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: SI 50% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: SI 31% para **ALTO**.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que realizan labores domésticas para tratar la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

REALIZA LABORES DOMÉSTICAS	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	4	23	58	12	50	23	27	38	19
NO	8	4	4	0	12	4	8	8	0

GRÁFICO 54: RELACIÓN BURNOUT / LABORES DOMÉSTICAS – FEMENINO

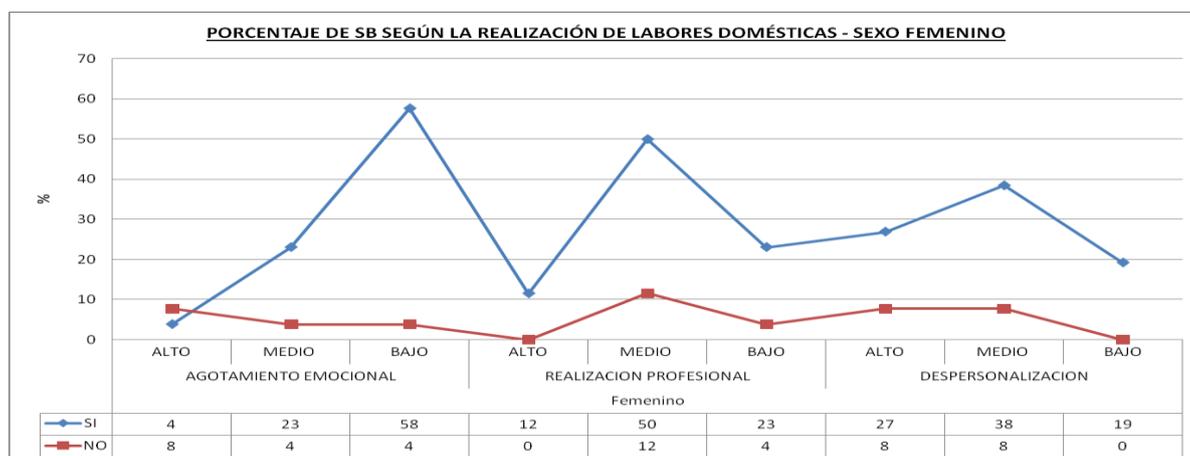


GRÁFICO 54: RELACIÓN BURNOUT / LABORES DOMÉSTICAS – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 54, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: SI 58% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: SI 50% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: SI 38% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que realizan labores domésticas para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización.

### 13. OTRAS FUENTES DE INGRESO U OTRAS ACTIVIDADES

#### a) SEXO MASCULINO

OTRAS FUENTES DE INGRESO	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
NO	13	29	50	8	29	54	38	29	25
SI	0	0	8	0	0	8	4	0	4

TABLA 55: RELACIÓN BURNOUT / OTRAS FUENTES DE INGRESO – MASCULINO

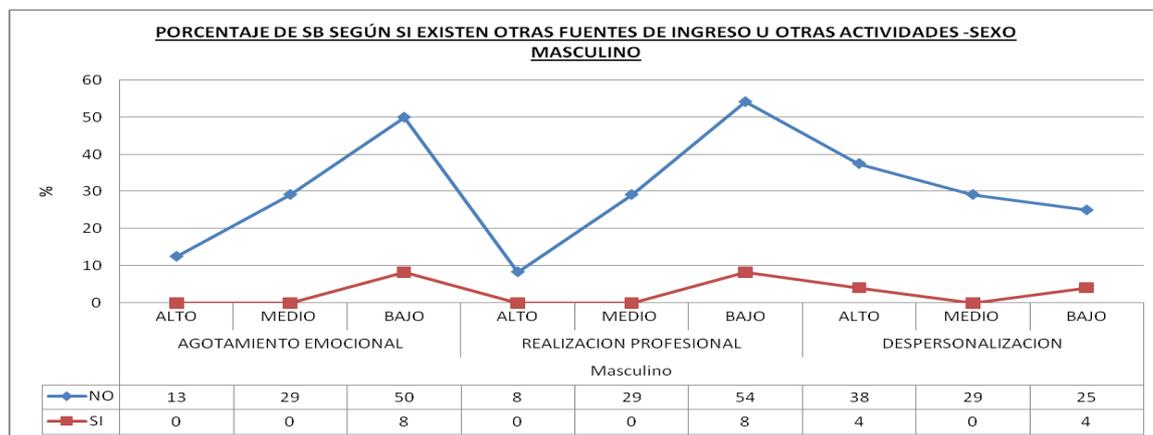


GRÁFICO 55: RELACIÓN BURNOUT / OTRAS FUENTES DE INGRESO – MASCULINO

#### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 55, existe una prevalencia de:

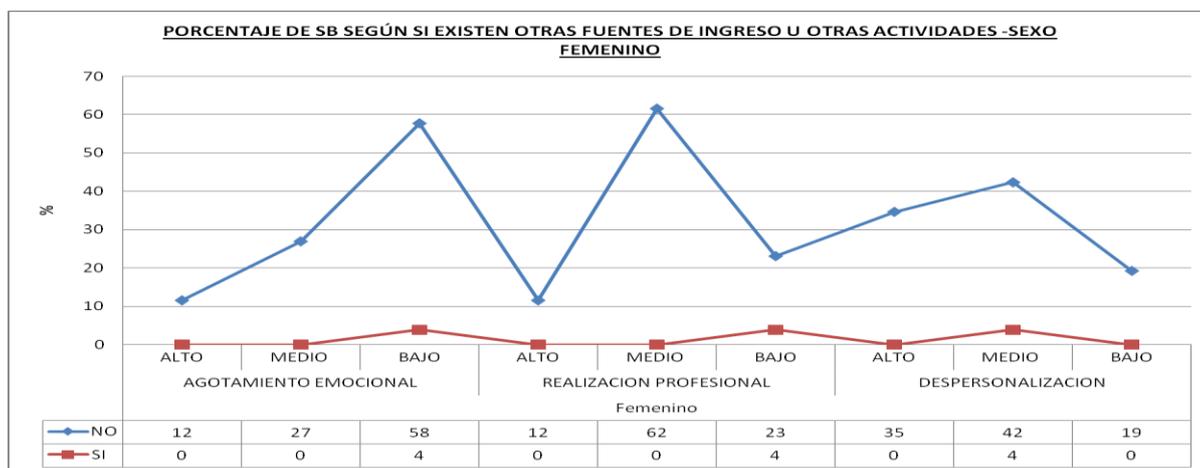
- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: SI 50% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: SI 54% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: SI 38% para **ALTO**.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen otras fuentes de ingreso para tratar la Despersonalización.

**b) SEXO FEMENINO**

OTRAS FUENTES DE INGRESO	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
NO	12	27	58	12	62	23	35	42	19
SI	0	0	4	0	0	4	0	4	0

**TABLA 56: RELACIÓN BURNOUT / OTRAS FUENTES DE INGRESO – FEMENINO**



**GRÁFICO 56: RELACIÓN BURNOUT / OTRAS FUENTES DE INGRESO – FEMENINO**

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 56, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: SI 58% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: SI 62% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: SI 42% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen otras fuentes de ingreso para tratar la Realización profesional y la Despersonalización.

## 14. TIPO DE FAMILIA

### a) SEXO MASCULINO

TIPO DE FAMILIA	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Nuclear	13	29	46	4	25	58	33	25	29
Ampliada	0	0	13	4	4	4	8	4	0

TABLA 57: RELACIÓN BURNOUT / TIPO DE FAMILIA – MASCULINO

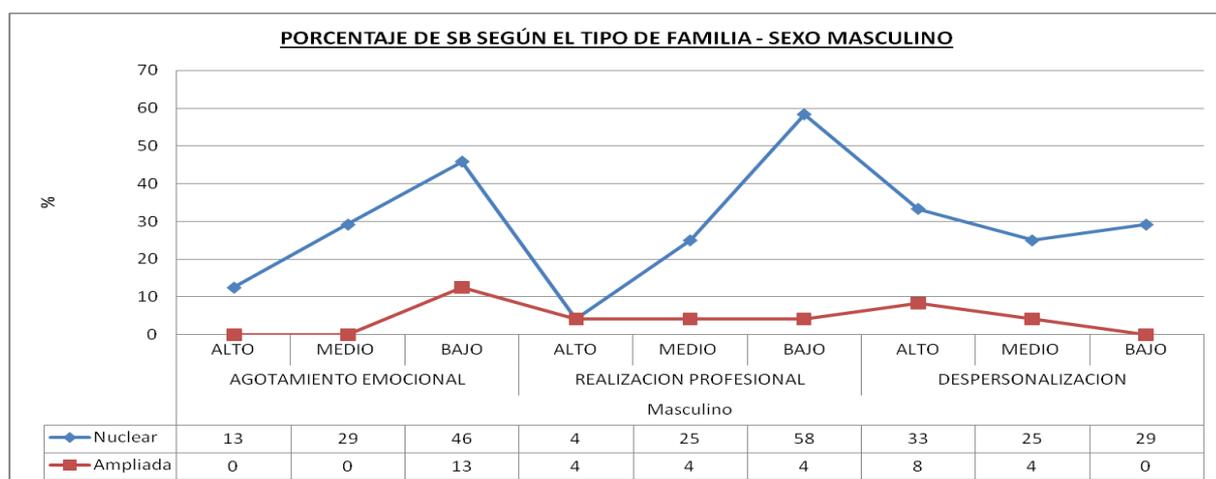


GRÁFICO 57: RELACIÓN BURNOUT / TIPO DE FAMILIA – MASCULINO

#### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 57, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Nuclear 46% para BAJO y Ampliada 13% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Nuclear 58% para BAJO y Ampliada 4% para **ALTO**.
- DESPERSONALIZACIÓN: Nuclear 33% para **ALTO** y Ampliada 8% para **ALTO**.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen familias nucleares para tratar la Despersonalización y los que tienen familias ampliadas para tratar la Realización Profesional y la Despersonalización.

## b) SEXO FEMENINO

TIPO DE FAMILIA	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
Nuclear	12	23	54	12	54	23	35	35	19
Ampliada	0	0	4	0	0	4	0	4	0
Madre Soltera	4	4	0	0	8	0	0	8	0

GRÁFICO 58: RELACIÓN BURNOUT / TIPO DE FAMILIA – FEMENINO



GRÁFICO 58: RELACIÓN BURNOUT / TIPO DE FAMILIA – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 58, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: Nuclear 54% para BAJO, Ampliada 4% para BAJO y Madre Soltera 4% para ALTO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: Nuclear 54% para MEDIO, Ampliada 4% para BAJO y Madre Soltera 8% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: Nuclear 35% para ALTO, Ampliada 4% para MEDIO y Madre Soltera 8% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen familias nucleares, ampliadas y madre soltera para tratar la Realización profesional y la Despersonalización, y para las madres solteras se suma también el Agotamiento emocional.

### 15. CUIDADO DE PACIENTES CON DISCAPACIDAD Y/O ADULTOS MAYORES

#### a) SEXO MASCULINO

CUIDADO DE PCD Y AM	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	0	0	0	0	0	0	0	0	0
NO	13	29	58	8	29	63	42	29	29

TABLA 59: RELACIÓN BURNOUT / CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O ADULTOS MAYORES – MASCULINO

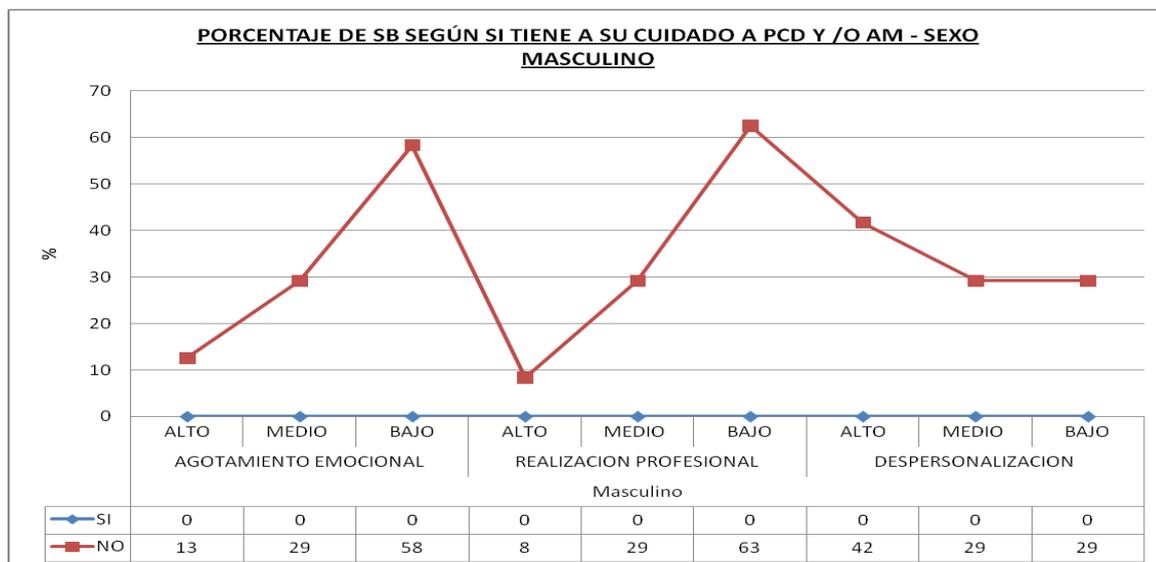


GRÁFICO 59: RELACIÓN BURNOUT / CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O ADULTOS MAYORES – MASCULINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 59, En el sexo masculino no existe ningún médico que tenga a su cuidado a personas con discapacidad ni adultos mayores.

## b) SEXO FEMENINO

CUIDADO DE PCD Y AM	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	0	0	15	4	8	4	4	12	0
NO	12	27	46	8	54	23	31	35	19

TABLA 60: RELACIÓN BURNOUT / CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O ADULTOS MAYORES – FEMENINO

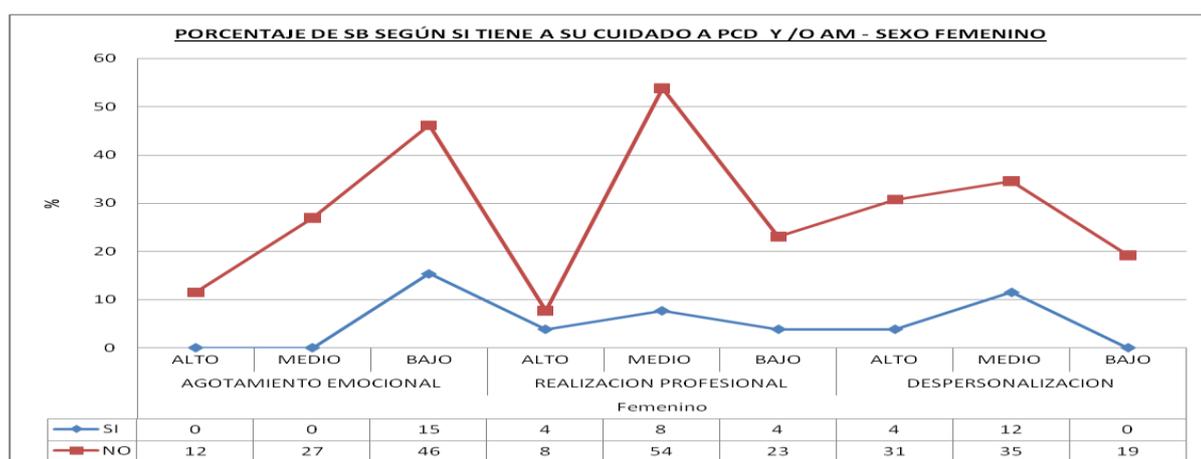


GRÁFICO 60: RELACIÓN BURNOUT / CUIDADO DE PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y/O ADULTOS MAYORES – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 60, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: SI 15% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: SI 8% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: SI 12% para MEDIO.

Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen a su cuidado a pacientes con discapacidad o adultos mayores para tratar la Realización profesional y la Despersonalización.

## 16. ENFERMEDADES CRÓNICAS

### a) SEXO MASCULINO

ENFERMEDADES CRÓNICAS	Masculino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	4	4	8	4	0	13	0	4	13
NO	8	25	50	4	29	50	42	25	17

TABLA 61: RELACIÓN BURNOUT / ENFERMEDADES CRÓNICAS – MASCULINO

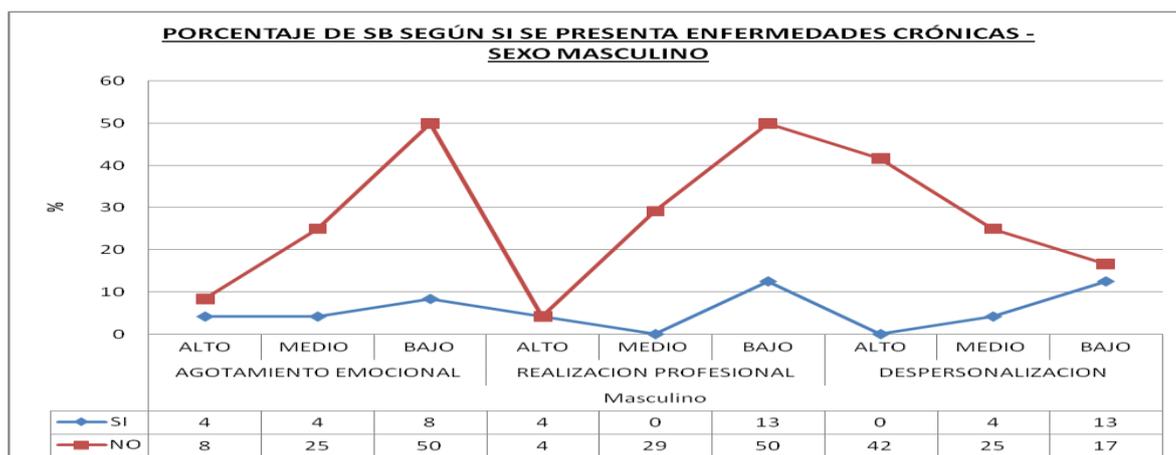


GRÁFICO 61: RELACIÓN BURNOUT / ENFERMEDADES CRÓNICAS – MASCULINO

### ANÁLISIS:

Como se observa en la tabla y gráfico número 61, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: SI 8% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: SI 13% para BAJO.
- DESPERSONALIZACIÓN: SI 13% para BAJO.

Con lo que se determina que no existe relación baja para los médicos de sexo masculino con la presencia de enfermedades crónicas.

## b) SEXO FEMENINO

ENFERMEDADES CRÓNICAS	Femenino								
	AGOTAMIENTO			REALIZACION			DESPERSONALIZACION		
	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO	ALTO	MEDIO	BAJO
SI	0	4	12	0	15	0	8	4	4
NO	12	23	50	12	46	27	27	42	15

TABLA 62: RELACIÓN BURNOUT / ENFERMEDADES CRÓNICAS – FEMENINO

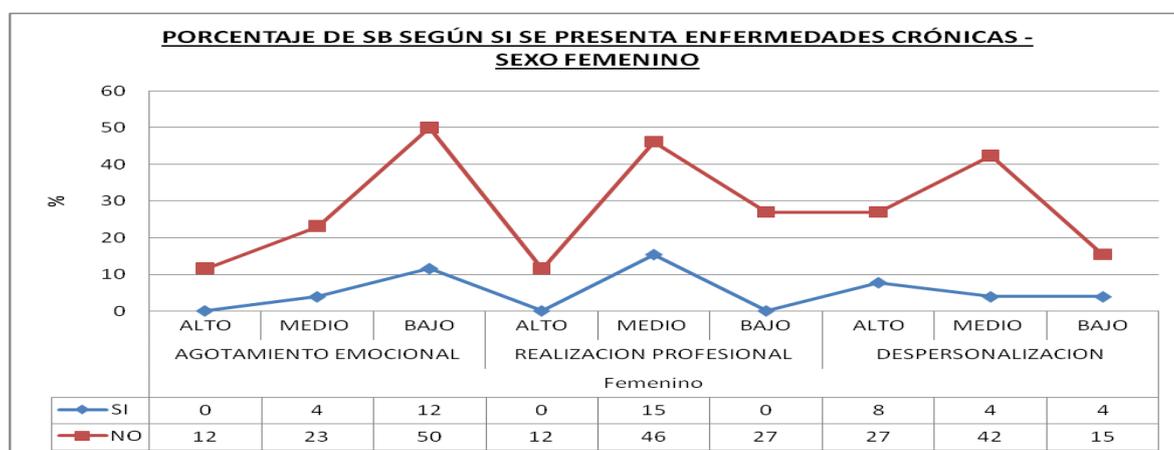


GRÁFICO 62: RELACIÓN BURNOUT / ENFERMEDADES CRÓNICAS – FEMENINO

**ANÁLISIS:**

Como se observa en la tabla y gráfico número 61, existe una prevalencia de:

- AGOTAMIENTO EMOCIONAL: SI 12% para BAJO.
- REALIZACIÓN PROFESIONAL: SI 15% para MEDIO.
- DESPERSONALIZACIÓN: SI 8% para ALTO.
- Con lo que se determina que debemos realizar una intervención en los médicos que tienen enfermedades crónicas para tratar la Realización profesional y la Despersonalización.

## CAPÍTULO IV

### ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN

Unos de los objetivos de la investigación realizada elaborar una propuesta de estrategia de abordaje del SB en quienes lo padezcan y de prevención en quienes no lo han desarrollado, mediante:

- Actividad física: pausas activas, encuentros deportivos y bailoterapia
- Talleres: dirigidos a incentivar una alimentación saludable, importancia del sueño, Trabajo en equipo, elevación de la Autoestima , mejora de la Salud mental, Manejo del Estrés, prevención de adicciones (tabaquismo y alcoholismo)

### MEDIDAS PREVENTIVAS Y TERAPÉUTICAS EN EL SÍNDROME DE BURNOUT:

Para el manejo preventivo y terapéutico de este síndrome, se realiza mediante los siguientes tipos de apoyo que son:

1. **Apoyo emocional:** relacionado con la preocupación que se experimenta proveniente de otra persona como el afecto y la confianza.
2. **Apoyo instrumental:** relacionado con los recursos económicos con los que cuenta el profesional.
3. **Apoyo informativo:** permite a un sujeto conocer y tener los recursos necesarios para afrontar una situación.
4. **Apoyo evaluativo:** evaluar las acciones que el profesional va emprendiendo y le permite valorar su efectividad. (María Thomaé, 2006)

**PROGRAMA I.R.I.S. PARA REDUCIR EL SÍNDROME DE BURNOUT  
Y MEJORAR LAS DISFUNCIONES EMOCIONALES EN  
PROFESIONALES SANITARIOS**

**PROGRAMA  
I.R.I.S.  
DESARROLLO  
METODOLÓGICO DE UN  
PROGRAMA DE  
INTERVENCIÓN  
COGNITIVO- CONDUCTUAL**

El programa I.R.I.S. consiste en una Intervención psicológica cognitivo- conductual orientada a fomentar y potenciar Recursos y estrategias de afrontamiento para controlar el estrés, mejorar actitudes Intrapersonales y dotar de las habilidades de relación y Sociales necesarias para un mejor desempeño de los individuos.

Es un programa que nace de la revisión y un estudio exhaustivo de las diferentes estrategias y programas de intervención orientados a prevenir tanto el síndrome de burnout como las patologías derivadas de las alteraciones emocionales presentes en los profesionales sanitarios.

Este programa se basa en los siguientes principios

1. El control del estrés, que ha de realizarse desde:
  - a) Conocimiento de los estresores
  - b) Detección personal de altos niveles de estrés
  - c) Desactivación de las respuestas negativas de estrés
  - d) Puesta en marcha de las técnicas de relajación acordes para cada momento.
2. El desarrollo personal, que comienza con un cambio de actitudes psicológicas, tanto de actitudes implicadas en la relación de ayuda, como en las actitudes de autoayuda y aquellas necesarias para afrontar los cambios.
3. El entrenamiento en comunicación, que es básico para un óptimo contacto entre personas y para adecuar los sistemas comunicativos a cada espacio de interacción interpersonal potenciándolos en aquellas situaciones en las que se necesite una mejoría.
4. El control de uno mismo o autocontrol emocional, que se hace especialmente necesario para conseguir que uno mismo sea el "actor principal" de la película de su vida, por lo que a este tipo de control es al que hay que dedicarle los mayores esfuerzos.
5. Erradicar las cogniciones distorsionadas, que es clave para nuestra salud emocional. Estas cogniciones se desarrollan en forma de creencias sobre uno mismo y sobre los demás, así como en el diálogo interiorizado de todo aquello que nos sucede, sentimos y/o pensamos.
6. El aprendizaje de técnicas instrumentales operativas, que derivadas del conocimiento de estrategias para solucionar problemas, administrar el tiempo, regular y afrontar conflictos, tomar decisiones y descubrir los motivadores personales, provocan una mejor adaptación al medio social y al ritmo de vida en el que se ve inmerso el individuo.
7. Aprender y entrenar habilidades sociales, que estimulan la capacidad de interactuar con otros, haciendo que esa interacción sea la más apropiada en cada una de las circunstancias.
8. El apoyo social, que es básico como instrumento terapéutico, de ahí que una intervención de carácter grupal sea condición necesaria para lograr una terapia más beneficiosa.

(Sánchez, Dialnet, 2005)

El programa IRIS se fundamenta en la aplicación de cinco bloques de tratamiento psicológico.

1. Trabaja las estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés
2. Mejorar la comunicación y el desarrollo de las actitudes implicadas en la autoayuda y en la relación interpersonal de ayuda
3. Aprendizaje y la aplicación de recursos cognitivos
4. Desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas
5. Entrenamiento en las habilidades sociales

El programa IRIS consta de 60 horas de tratamiento distribuidas en un total de 20 sesiones de 2,30 horas de duración cada una. Las sesiones pueden tener un carácter semanal o quincenal. Al finalizar cada una de ellas, se realiza una sesión de relajación de aproximadamente 30 minutos. (Sánchez, GESTION PRACTICA DE RIESGOS LABORALES Nº 27, 2006)

La intervención propuesta se lleva a cabo en grupo, con 10-15 sujetos en cada uno, clasificados según edades y actividades laborales similares. Es importante, sino imprescindible, fomentar la participación activa de todos los sujetos en todas las sesiones, que se distribuyen en:

- Revisión de tareas de casa.
- Sección didáctica o teórica.
- Sección práctica o de aprendizaje de estrategias.
- Sección de asignación de tareas para casa.
- 

A la parte teórica de la sesión le corresponde aproximadamente un 25 por ciento (35-40 minutos); a la puesta en práctica de las diversas estrategias, dinámicas y técnicas instrumentales, un 60 por ciento (90 minutos); y a la revisión y asignación de tareas, un 15 por ciento (20-25 minutos). (Sánchez, GESTION PRACTICA DE RIESGOS LABORALES Nº 27, 2006)

La duración total del programa oscila entre los seis y los nueve meses. Con estas bases, se diseñó la investigación, cuyo objetivo era evaluar la eficacia del programa

IRIS en la reducción del síndrome de *burnout*. (Sánchez, GESTION PRACTICA DE RIESGOS LABORALES Nº 27, 2006)

Los bloques a desarrollar son:

## **BLOQUE I:**

### **“Estrategias dirigidas a la prevención y control de estrés”**

*Objetivos:*

- a. Eliminar o aliviar las consecuencias de las situaciones potencialmente estresantes.
- b. Modificar variables personales relevantes (patrones de conducta, búsquedas de apoyos sociales, estilos de afrontamiento, recursos y habilidades).
- c. Delimitar, percibir y detallar los estresores laborales, así como los factores de riesgo asociados a unos mayores niveles de estrés.
- d. Reducir las respuestas de estrés, tales como la activación fisiológica, los niveles de ansiedad, de hostilidad y de depresión secundarios al estrés.
- e. Dentro del campo laboral, conocer y aprender estrategias para prevenir y /o afrontar el síndrome de burnout.

**Bloque I: Estrategias dirigidas a la prevención y control del estrés**

<b>Sesiones</b>	<b>1</b> <b>Evaluación</b> <b>Presentación</b>	<b>2</b> <b>Estrés general</b> <b>Y Sdr.</b> <b>Burnout</b>	<b>3</b> <b>Estrés</b> <b>Afrontamiento</b>	<b>4</b> <b>Biofeedback +:</b> <b>Confianza.</b> <b>Relajación</b> <b>Apoyo social</b>
<b>Revisión de tareas de casa</b>		Revisar y comentar el "Agujero negro"	Gráfica estrés Práctica de relajación y Ensayo en respiración. Acupresión. Revisar-comentar "SCAR"	¿Se ha practicado la relajación? Revisar y comentar "Eres un SOLete"
<b>Sección didáctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Cronograma</li> <li>· Objetivos</li> <li>· Recordar normas de funcionamiento.</li> <li>· Explicar las bases del tratamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· El estrés: definición, tipos, características consecuencias.</li> <li>· Introducción al Burnout</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Estrategias de afrontamiento generales.</li> <li>· Afrontamiento del Burnout.</li> <li>· Relajación progresiva de Jacobson.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Tipos de relajación: progresiva muscular, autógena de Schultz, control de la respiración, visualización.</li> </ul>
<b>Sección de introducción y práctica de estrategias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lluvia de ideas: "¿Qué persigo, deseo o quiero asistiendo a las sesiones?"</li> <li>· Palabra rápida ¿Qué aporta cada uno al curso?</li> <li>· El "Agujero negro"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lluvia de ideas: "Siento estrés cuando...".</li> <li>· "SCAR". El león de los miedos</li> <li>· Acupresión y técnicas de respiración (5/7; diafragmática, yoga)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Ensayo en relajación progresiva de Jacobson modificada</li> <li>· "Eres un SOLete"</li> <li>· Leer Cuento "Espacio, espacio".</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Lluvia de ideas: feedback + Virtud propia. + ¿qué te gusta de....?</li> <li>· Ejercicio de visualización y de relajación autógena.</li> <li>· Práctica con método rápido de relajación.</li> </ul>
<b>Sección de asignación de tareas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Llevar a casa el "agujero negro" y seguir apuntando hasta la siguiente sesión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Gráfica "Reconocer situaciones de estrés".</li> <li>· Entregar fotocopias de relajación para práctica.</li> <li>· Entregar SCAR para seguir completando.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Practicar relajación muscular progresiva.</li> <li>· Seguir escribiendo en "Eres un SOLete"</li> <li>· Entregar Dossier de Estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· Practicar relajación en casa.</li> </ul>

**BLOQUE II:**

**“Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes implicadas en la autoayuda y en la relación interpersonal de ayuda.”**

*Objetivos:*

- a. Optimizar la relación, identificar preocupaciones, apoyar y motivar.
- b. Conocimiento de las actitudes involucradas en el crecimiento personal y en la relación de ayuda.
- c. Determinar los patrones de conducta positivos y negativos implicados en las estrategias de afrontamiento.
- d. Adecuar la capacidad personal de adaptación a los cambios.
- e. Descubrir los principios básicos en comunicación terapéutica.
- f. Hacer del estilo asertivo de comunicación el canal fundamental del comportamiento comunicativo.

**Bloque II: Estrategias dirigidas a la mejora de la comunicación y al desarrollo de las actitudes**

<b>Sesiones</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>
	<b>Actitudes en la relación de ayuda</b>	<b>Actitudes en la autoayuda y cambio</b>	<b>Comunicación: Generalidades Objetivos</b>	<b>Comunicación: Conducta verbal y no verbal</b>	<b>Asertividad</b>
<b>Revisión de tareas de casa</b>	¿Se ha practicado la relajación?	¿Se ha leído el cuento del "QUESO"?	Revisar y comentar "Aguilucho".	Cierra y abre ostras	Evaluación de procesos y problemas comunicativos
<b>Sección didáctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actitud en la relación</li> <li>- Patrones de conducta + y -, inteligencia adaptativa</li> <li>- Actitudes básicas de los profesionales sanitarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Competencia emocional</li> <li>- Actitud en la auto-ayuda</li> <li>- Actitud para el cambio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Objetivos</li> <li>- Reglas de oro</li> <li>- Inhibidores: Lista cierra ostras</li> <li>- Facilitadores: Lista abre ostras.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conducta verbal.</li> <li>- Conducta no verbal.</li> <li>- El mundo de los gestos.</li> <li>- Errores.</li> <li>- Axiomas.</li> <li>- Manejo usuarios</li> <li>- Comunicación terapéutica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición</li> <li>- Entrenamiento asertivo</li> <li>- ESCALA</li> <li>- Lenguaje corporal</li> <li>- Estrategias asertivas</li> <li>- Estrategias para bloquear</li> </ul>
<b>Sección de introducción y práctica de estrategias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Relajación rápida</li> <li>- Dinámica de confianza</li> <li>- Fábula de la ostra y el pez.</li> <li>- Dinámica ¿Eres ostra o pez?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fábula del aguilucho.</li> <li>- Canción: "Color esperanza"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol-playing sobre intervención en crisis + Evaluación del entrenamiento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinámicas de comunicación</li> <li>- Rol-playing: Igual que anterior, valorar cambios.</li> <li>- Reconocer problemas de comunicación en el hospital</li> <li>- ¿Cómo mejorar?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿En qué situaciones te gustaría ser más asertivo?</li> <li>- Casos prácticos con tres tarjetas + lenguaje corporal</li> <li>- Derechos asertivos básicos</li> </ul>
<b>Sección de asignación de tareas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconocer ostras y peces.</li> <li>- Lectura: ¿Quién se ha llevado mi queso?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Revisión interior de posibilidades, "el aguilucho"</li> <li>- Entregar Dossier de actitudes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar y anotar cierra ostras y abre ostras</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregar Dossier de Comunicación</li> <li>- Observar y anotar problemas comunicativos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregar Dossier de Asertividad</li> <li>- "Te saco una tarjeta"</li> </ul>

**BLOQUE III:****“Estrategias dirigidas al aprendizaje y aplicación de recursos cognitivos”***Objetivos:*

- a. Explicar el supuesto teórico de los pensamientos como mediadores del malestar emocional.
- b. Reconocer la irracionalidad de ciertas creencias.
- c. Enfatizar la importancia de cuestionar los pensamientos negativos.
- d. Aprender a evaluar las situaciones de forma realista.
- e. Asimilar internamente técnicas y metodología para auto-controlarse en situaciones específicas.

**Bloque III: Estrategias dirigidas al aprendizaje y a la aplicación de recursos cognitivos**

<b>Sesiones</b>	<b>10</b> <b>Autocontrol</b>	<b>11</b> <b>Autoestima</b>	<b>12</b> <b>Reestructuración Cognitiva</b> <b>Terapia Racional Emotiva</b>	<b>13</b> <b>Autoinstrucciones</b> <b>Control del diálogo interno</b>
<b>Revisión de tareas de casa</b>	¿Cuántas tarjetas has sacado? y ¿a quienes? y ¿por qué? ¿Has sido asertivo?	Evaluar autorregistro de pérdida de control.	Lectura del diario "Con cariño te cuento mi vida"	Palabras claves. ¿Cuáles utilizas?
<b>Sección didáctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Etapas del autocontrol.</li> <li>- Estrategias de autocontrol.</li> <li>- Afrontamiento de la hostilidad</li> <li>- Técnicas de autocontrol</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué es autoestima?</li> <li>- ¿De que depende?</li> <li>- "Papa no me pegues"</li> <li>- ¿Cómo es la baja y la alta Autoestima?</li> <li>- ¿Cómo recuperarla?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Terapia Racional Emotiva.</li> <li>- Modelo A-B-C</li> <li>- Distorsión cognitiva</li> <li>- Ideas Irracionales</li> <li>- El mundo de las preocupaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Distorsiones cognitivas, palabras claves y alternativas.</li> <li>- Entrenamiento en autoinstrucciones y en el control del diálogo interno.</li> </ul>
<b>Sección de introducción y práctica de estrategias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fábula de Ulises.</li> <li>- El autocontrol del Surfista.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Termómetro de la autoestima (0 a 100)</li> <li>- ¿Qué te impide tener más autoestima?</li> <li>- Rompe tus cadenas</li> <li>- "Esto me gusta de ti"</li> <li>- "Me siento satisfecho de ser..."</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinámica de Ellis para influencia de pensamiento.</li> <li>- Canción "Sin miedo" de Rosanna.</li> <li>- Gabriel G<sup>o</sup> Márquez (13 líneas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canción: La fuerza de la vida</li> <li>- Cuento de las ranitas en la nata</li> <li>- "Balsa de la Medusa"</li> </ul>
<b>Sección de asignación de tareas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autorregistro de pérdida de control emocional</li> <li>- Dossier autocontrol</li> <li>- Entregar: "Cuentos y Reflexiones"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Escribir Diario: "Con cariño te cuento mi vida"</li> <li>- Dossier autoestima</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Busca tus distorsiones cognitivas en forma de palabras claves.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Autoinstrucciones positivas</li> <li>- Rechazo de Ideas Irracionales</li> <li>- Dossier Reestructuración cognitiva</li> </ul>

(Sánchez, Dialnet, 2005)

**BLOQUE IV:****“Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas”***Objetivos:*

- a. Facilitar la identificación de soluciones para problemas existentes.
- b. Enseñar habilidades para organizar el tiempo y fijar metas.
- c. Instruir sobre los factores fundamentales incluidos en la motivación.
- d. Potenciar los niveles de competencia y de autodeterminación como capacidad de elección y determinantes de las acciones.
- e. Valorar la disposición motivacional individual.
- f. Conocer el rendimiento grupal y la importancia de la facilitación social.
- g. Afrontar y regular conflictos.
- h. Aprender a ser mediador en conflictos.
- i. Asimilar el proceso y las etapas integradas en la toma de decisiones.

**Bloque IV: Estrategias dirigidas al desarrollo y entrenamiento de técnicas instrumentales y adaptativas**

<b>Sesiones</b>	<b>14 Solución de problemas Administración del tiempo</b>	<b>15 Motivación</b>	<b>16 Regulación de conflictos</b>	<b>17 Afrontamiento de conflictos y Toma de decisiones</b>
<b>Revisión de tareas de casa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tus autoinstrucciones positivas + Rechazo de ideas irracionales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organización (día-semana)</li> <li>Canción: "Un segundo en el camino"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A propósito de la motivación: motivadores y desmotivadores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>¿Has regulado o resuelto algún conflicto: personal o de otros?</li> </ul>
<b>Sección didáctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Resumen final reestructuración cognitiva</li> <li>- Métodos de solución de problemas</li> <li>- Administración del tiempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definición, Origen y factores.</li> <li>- Importancia de las metas.</li> <li>- Grupo versus individuo.</li> <li>- Valoración disposicional.</li> <li>- Intervención.</li> <li>- Rendimiento grupal.</li> <li>- Motivación y calidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El conflicto, tipos, estrategias.</li> <li>- Mediadores de conflictos</li> <li>- Intervención en crisis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hostilidad</li> <li>- Crisis emocionales</li> <li>- Toma de decisiones</li> <li>- Aprendiendo a tomar decisiones</li> </ul>
<b>Sección de introducción y práctica de estrategias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vivamos de Pablo Neruda</li> <li>- Dinámicas de solución de problemas individual y grupal</li> <li>- Canción "Si pongo corazón"</li> <li>- Canción "La senda del tiempo"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- No hay nada que más motive que una sonrisa.</li> <li>- Canción "Sonrie"</li> <li>- "Regálame una sonrisa"</li> <li>- Dinámicas para sonreír.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rima de Bécquer</li> <li>- "Asamblea en la carpintería"</li> <li>- Tu no eres una isla ¿Qué necesitan los demás de ti?</li> <li>- Máquina de escribir, trabajo en equipo</li> <li>- Percepciones: fotografía y distorsión datos o falta de información</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dinámicas de cambio de paradigma: "El tarro de tu vida: Piedras, garbanzos, arroz y agua"</li> </ul>
<b>Sección de asignación de tareas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Organízate un día y una semana</li> <li>- Entregar Dossier de Solución de problemas y administración del tiempo</li> <li>- Entregar texto de la canción "Un segundo en el camino"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué me desmotiva?</li> <li>- ¿Quién o quienes me desmotivan?</li> <li>- Entregar Dossier de motivación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ahora es el momento: Ve, contacta, regula, escríbelo y refuézate.</li> <li>- Se entrega Dossier de Regulación de conflictos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Cuál es son tus piedras, garbanzos, arroz y agua?</li> </ul>

(Sánchez, Dialnet, 2005)

**BLOQUE V:****“Estrategias dirigidas al entrenamiento en las habilidades sociales”***Objetivos:*

- a. Comprender los principios básicos que guían el entrenamiento en habilidades sociales y cada una de sus técnicas.
- b. Adquirir aquellas habilidades que permitan a los sujetos mantener interacciones sociales satisfactorias en su ámbito real de actuación.
- c. Aprender a percibir las señales sociales de los demás, a traducir o interpretar el significado de dichas señales, a planificar las posibles alternativas de actuación y a ejecutar la alternativa considerada más adecuada.
- d. Dotar a los participantes de una serie de recursos y estrategias de actuación social positiva, recompensante y gratificadora.

**Bloque V: Estrategias dirigidas al entrenamiento en habilidades sociales**

<b>Sesiones</b>	<b>18</b>	<b>19</b>	<b>20</b>
	<b>Entrenando Habilidades Sociales I</b>	<b>Entrenando Habilidades Sociales II</b>	<b>Habilidades Sociales III y fin</b>
<b>Revisión de tareas de casa</b>	¿Piedras, garbanzos, arroz y agua?	¿Has sido recompensante?	¿En qué he mejorado? ¿Qué me falta por mejorar?
<b>Sección didáctica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- HHSS ¿qué es? ¿por qué no somos habilidosos?</li> <li>- Como mejorar</li> <li>- Menú Habilidades I</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Menú Habilidades II.</li> <li>- Aprendiendo a ser tu misma</li> <li>- Vence la timidez: confía en ti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El arte de informar</li> <li>- Procedimientos ofensivos y defensivos</li> <li>- Petición de cambios</li> <li>- El arte de decir NO + reflexiones en cuentos</li> <li>- Signos de autoestima elevada</li> <li>- Transformación eficaz</li> <li>- Vivir el presente</li> </ul>
<b>Sección de introducción y práctica de estrategias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Rol playing ¿mejoras?</li> <li>- La comunicación descompuesta</li> <li>- Elementos de inducción de autoestima</li> <li>- Canción "Hoy puede ser un gran día"</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canción: "Bonito" y nada tan bonito como la amistad...</li> <li>- "La amistad"</li> <li>- Lección sabia del rey león "Timón y Pumba"</li> <li>- Nos vamos de vacaciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué mejoras has notado en tus compañeros?</li> <li>- Canción: "La vida sigue igual"</li> <li>- "Una de sapitos"</li> <li>- "El tren de la vida"</li> </ul>
<b>Sección de asignación de tareas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser recompensante</li> <li>- Investigando resultados valiosos (Practica en tu vida y cuéntanos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- "He mejorado en..."</li> <li>- Entregar dossier de Inteligencia emocional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entregar CD: "Canciones para escuchar con el corazón"</li> <li>- Entregar Dossier de HHSS</li> </ul>

(Sánchez, Dialnet, 2005)

## CAPÍTULO V

### CONCLUSIONES

1. En el sexo masculino existe un 42% de prevalencia (Alto) de Síndrome de Burnout (SB) para la dimensión de Despersonalización, en el sexo femenino un 62% (Medio) en la dimensión de Realización profesional y un 46% (Medio) para la dimensión de Despersonalización.
2. En el sexo masculino las edades que presentan SB son: 21-25 años con 13% (Alto) para Despersonalización y 26-30 años con 17% (Medio) para Realización Profesional y 25% (Alto) para Despersonalización.
3. En el sexo femenino las edades que presentan SB son: 21-25 años con 12% (Medio) para Despersonalización y 26-30 años con 15% (Medio) para Realización Profesional y 23% (Alto) para Despersonalización.
4. En el sexo masculino el estado civil que presenta SB es Casado con 25% (Alto) para Despersonalización. El resto de estados civiles presentan niveles bajos para las 3 dimensiones del SB.
5. En el sexo femenino el estado civil que presenta SB es Soltera con 31% (Medio) para Realización Profesional y 23% (Alto) para Despersonalización, Casada con 19% (Medio) para Realización profesional y 27% (Medio) para Despersonalización y Unión libre con 4% (Medio) para Despersonalización.
6. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según los años de trabajo son 1-5 años con 25% (Medio) para Agotamiento emocional, 29% para Realización profesional y 38% (Alto) para Despersonalización, y 6-10 años con 4% (Alto) para Despersonalización.
7. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según los años de trabajo son 1-5 años con 54% (Medio) para Realización profesional y 35% (Medio) para Despersonalización, 6-10 años con 12% (Medio) para Agotamiento emocional, 8% (Medio) para Realización profesional y 8% (Alto) para Despersonalización.
8. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según el Área de trabajo son Emergencia con 8% (Medio) para Realización profesional, 8% (Medio) para Despersonalización., Hospitalización 25% (Alto) para

Despersonalización , Unidad Operativa con 8% (Medio) para Realización profesional y 8% (Medio) para Despersonalización, y Consulta Externa con 13% (Alto) para Despersonalización.

9. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según el Área de trabajo son Emergencia 12% (Medio) para Despersonalización, Hospitalización 19% (Medio) para Realización profesional, 15% (Medio) para Despersonalización., Administrativo 15% (Medio) para Agotamiento emocional y para Realización profesional, 12%(Alto) para Despersonalización., Unidad Operativa 15% (Medio) para Realización profesional., y Consulta Externa 8% (Alto) para Agotamiento emocional, 8% (Medio) para Realización profesional y 8% (Alto) para Despersonalización.
10. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según la situación laboral son Nombramiento Regular con 4% (Alto) para el Agotamiento emocional, Nombramiento Provisional con 17% (Alto) para Despersonalización y Contrato Ocasional 25% (Alto) para Despersonalización.
11. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según la situación laboral son Nombramiento Provisional 23% (Medio) para Agotamiento Emocional, 38% (Medio) para Realización Profesional y 27% (Alto) para Despersonalización., Contrato Ocasional con 23% (Medio) para Realización Profesional y 19% (Medio) para Despersonalización.
12. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según la carga horaria son los que laboran 40h a la semana con 33% (Alto) para Despersonalización y para los que laboran más de 40h con 17% (Medio) para Agotamiento emocional.
13. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según la carga horaria son las que laboran 40h a la semana con 54% (Medio) para Realización profesional y 31% (Alto) para Despersonalización, y para las que laboran más de 40h con 15% (Medio) para Despersonalización.
14. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según la percepción del clima laboral son Conflictivo con 13% (Alto) para Agotamiento emocional, 17% (Medio) para Despersonalización, y Cómodo con 38% (Alto) para Despersonalización.
15. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según la percepción del clima laboral son Conflictivo con 12% (Medio) para Agotamiento emocional,

8% (Medio) para Realización profesional y 8% (Medio) para Despersonalización, y Cómodo con 54% (Medio) para Realización profesional y 38% (Medio) para Despersonalización.

16. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según los turnos laborales son Diurno con 21% (Alto) para Despersonalización, y Diurno y Nocturno con 21% (Medio) para Agotamiento emocional y 21% (Alto) para Despersonalización.
17. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según los turnos laborales son Diurno con 42% (Medio) para Realización profesional y 23% (Alto) para Despersonalización, y Diurno y Nocturno con 23% (Medio) para Despersonalización.
18. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según si tienen o no hijos son Si con 21% (Alto) para Despersonalización.
19. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según si tienen o no hijos son Si con 23% (Medio) para Realización profesional y con 31% (Medio) para Despersonalización.
20. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según el número de hijos que tiene son Uno con 14% (alto) para Despersonalización, Dos con 21% (Alto) para Despersonalización, y Cuatro con 7% (Medio) para Agotamiento emocional y Despersonalización respectivamente y 7% (Alto) para Realización profesional.
21. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según el número de hijos que tiene son Uno con 15% (Alto) para Realización profesional y 31% (Medio) para Despersonalización, Dos con 15% (Medio) para Agotamiento emocional, Realización profesional y Despersonalización respectivamente, y Tres con 15% (Medio) para Realización profesional y Despersonalización respectivamente.
22. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según la realización de labores domésticas son Si con 31% (Alto) para Despersonalización.
23. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según la realización de labores domésticas son Si con 50% (Medio) para Realización profesional y 38% (Medio) para Despersonalización.

24. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según si tienen otras fuentes de ingreso o realizan otras actividades son Si con 38% (Alto) para Despersonalización.
25. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según si tienen otras fuentes de ingreso o realizan otras actividades son Si con 62% (Medio) para Realización profesional y 42% (Medio) para Despersonalización.
26. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según el tipo de familia que poseen son Ampliada con 4% (Alto) para Realización profesional y 8% (Alto) para Despersonalización, Nuclear con 33% (Alto) para Despersonalización.
27. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según el tipo de familia que poseen son Ampliada con 4% (Medio) para Despersonalización, Nuclear con 54% (Medio) para Realización profesional y 35% (Alto) para Despersonalización, Madre soltera con 4% (Alto) para Agotamiento emocional y 8% (Medio) para Despersonalización y Realización profesional respectivamente.
28. En el sexo masculino no existe ningún médico que tenga a su cuidado a personas con discapacidad ni adultos mayores.
29. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según si tienen a su cuidado a pacientes con discapacidad y/o adultos mayores son Si con 8% (Medio) para Realización profesional y 12% (Medio) para Despersonalización.
30. En el sexo masculino los trabajadores que presentan SB según si tienen o no enfermedades crónicas, son bajas para las tres dimensiones del síndrome.
31. En el sexo femenino las trabajadoras que presentan SB según si tienen o no enfermedades crónicas son Si con 15% (Medio) para Realización profesional y 8% (Alto) para Despersonalización.

## Bibliografía

*Abacolombia*. (s.f.). Obtenido de <http://www.abacolombia.org.co/bv/organizaciones/burnout2.pdf>

Alacón, J., Guisado, J., & Vaz, F. (2002). "Análisis del Síndrome de Burnout: Psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (II)". *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Badajoz, España* , 8-11.

Álvarez Gallego, E. F. (1991). EL SÍNDROME DE "BURNOUT" O EL DESGASTE PROFESIONAL (I): REVISIÓN DE ESTUDIOS. *REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE NEUROPSIQUIATRÍA* .

Aranda Beltrán, C. P. (2004). APOYO SOCIAL Y SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO O BURNOUT: UNA REVISIÓN. *PSICOLOGÍA Y SALUD - UNIVERSIDAD VERACRUZANA* .

Atance Martínez, J. C. (1997). ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT. *REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA* , 293-303.

Campos, R. (15 de 09 de 2011). *Espaciologopedico*. Recuperado el 14 de 05 de 2015, de [http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id\\_articulo=2331](http://www.espaciologopedico.com/articulos/articulos2.php?Id_articulo=2331)

Carrillo, R. G. (2012). SÍNDROME DE BURNOUT EN LA PRÁCTICA MÉDICA. *MEDIGRAPHIC* , 579-584.

Catsicaris, C. E. (2007). LA PERSONA DEL MÉDICO RESIDENTE Y EL SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT). UN MODELO DE PREVENCIÓN EN LA FORMACIÓN MÉDICA. *SOCIEDAD ARGENTINA DE PEDIATRÍA* .

*Ergopolis*. (s.f.). Recuperado el 29 de 02 de 2016, de <http://www.psicopolis.com/burnout/boutspa.htm>

EROSKI CONSUMER, el diario del consumidor. (2008). <http://revista.consumer.es/web/es/20080601/salud/72609.php>.

Gatto, M. E. (2012). Recuperado el 24 de enero de 2016, de [http://200.123.150.149/favaloro/bases/Gatto\\_PSICONCO\\_8658.pdf](http://200.123.150.149/favaloro/bases/Gatto_PSICONCO_8658.pdf)

Gil Monte, P. R. (2001). EL SÍNDROME DE QUEMARSE POR EL TRABAJO (SÍNDROME DE BURNOUT): APROXIMACIONES TEÓRICAS PARA SU EXPLICACIÓN Y RECOMENDACIONES PARA LA INTERVENCIÓN. *PSICOLOGÍA CIENTÍFICA* .

Gutierrez Aceves, G. A. (2006). SÍNDROME DE BURNOUT. *MEDIGRAPHIC* , 305-309.

Guzmán Guillén, M. (2006). *REPOSITORIO INSTITUCIONAL UDA*. Recuperado el 24 de ENERO de 2016, de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/980/1/05447.pdf>

Juárez García, A. I. (2014). SÍNDROME DE BURNOUT EN POBLACIÓN MEXICANA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA. *SALUD MENTAL* .

Loría Castellanos, J. G. (2006). SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL EN PERSONAL MEDICO (ADSCRITO Y RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE URGENCIAS) DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CIUDAD DE MEXICO. *REVISTA CUBANA DE MEDICINA INTENSIVISTA Y EMERGENCIAS* , 3-5.

María Thomaé, E. A. (2006). ETIOLOGIA Y PREVENCION DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *REVISTA DE POSGRADO DE LA VIA CATEDRA DE MEDICINA* , 18 - 21.

Marthinez Lupera, H. O. (2012). *UTPL*. Recuperado el 14 de 05 de 2015, de <http://dspace.utpl.edu.ec/bitstream/123456789/5217/3/MARTHINEZ%20LUPERA%20HITLER%20OD%C3%8DN.pdf>

Mingote Adán, J. C., del Pino Cuadrado, P., Sánchez Alaejos, R., Gálvez Herrer, M., & Gutiérrez García, M. D. (2011). El trabajador con problemas de salud mental. Pautas generales de detección, intervención y prevención. *Medicina y Seguridad del Trabajo* , 465-546.

Mira, J., Vitaller, J., Buil, J., Aranaz, J., & Rodríguez, J. (1994). *Satisfacción y estrés laboral en médicos generalistas del sistema Público de Salud Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C, "Burnout, perceived stress, and cort.* Recuperado el 8 de mayo de 2015, de Pruessner JC, Hellhammer DH, Kirschbaum C, "Burnout, perceived stress, and cortisol rponses to awakening": <http://europa.sim.ucm.es/compludoc/AA?ariculold=158528&donde=castellano&zfr=0>

Miravalles, J. (2014). *javiermiravalles.es*. Recuperado el 01 de Mayo de 2015, de <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>

Moreno, B. G. (2001). DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) PERSONALIDAD Y SALUD PERCIBIDA. *EMPLEO, ESTRÉS Y SALUD* , 59-83.

Oramas Viera, A., & Almirall Hernandez, P. (2007). Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout en Docentes Venezolanos. *Salud de los Trabajadores* , 1-10.

Ortega Ruiz, C. L. (2004). EL BURNOUT O SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO EN LOS PROFESIONALES SANITARIOS: REVISIÓN Y PERSPECTIVAS. *INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY* , 137-160.

PARRAMON, G., & DE PABLO, J. (2004). *AEEH - Hablemos de... El síndrome de burnout*. Recuperado el 01 de Mayo de 2015, de <http://aeeh.es/wp-content/uploads/2012/05/v3n5a214pdf001.pdf>

*Psicologia-online*. (s.f.). Obtenido de <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo13.shtml>

Quiceno, M. V. (2007). BURNOUT: SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT). *ACTA COLOMBIANA DE PSICOLOGÍA* .

Sánchez, J. M. (2005). *Dialnet*. Recuperado el 7 de Marzo de 2016, de <file:///C:/Users/mafer/Downloads/Dialnet-EficaciaDelProgramaIRISParaReducirEISindromeDeBurn-595.pdf>

Sánchez, J. M. (2006). GESTION PRACTICA DE RIESGOS LABORALES Nº 27. En *EFICACIA DE UNA INTERVENCION PSICOLOGICA PARA REDUCIR EL SINDROME DE BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS* (pág. 32).

Soldano, S. D. (1994). Síndrome Burn Out. "*Estadística*", editorial EUDEBA Bs , 552.

Thomaé, M. A. (2006). ETIOLOGIA Y PREVENCION DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *REVISTA DE POSGRADO DE LA VIA CATEDRA DE MEDICINA* , 18 - 21.

Thomaé, M. N. (2006). ETIOLOGÍA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *REVISTA DE POSGRADO DE LA VIA CÁTEDRA DE MEDICINA* , 18-21.

Undurraga, G. (2008). *scielo*. Recuperado el 14 de 05 de 2015, de [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0718-85602009000300013&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-85602009000300013&lng=es&nrm=iso)

## **ANEXOS**

## ANEXO 1

**- TEST DE MASLACH BURNOUT INVENTORY.** (Miravalles,  
2014)

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

## ANEXO 2

Sra. Dra.

Karla Sumba León

**DIRECTORA DEL DISTRITO DE SALUD 01D06 – EL PAN A SEVILLA DE ORO – MSP**

De mis consideraciones,

Por medio de la presente reciba un cordial y afectuoso saludo, a la vez la presente tiene como finalidad solicitar su autorización para la realización del Proyecto: "EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS MEDICOS DEL DISTRITO DE SALUD 01D06 EL PAN A SEVILLA DE ORO (AZUAY-ECUADOR). 2015", el cual se realizará durante los meses de mayo a diciembre del año en curso, con el objetivo de determinar la frecuencia de presentación de este síndrome en el personal médico y la elaboración de una estrategia para disminuir dicha frecuencia.

Conocedora de su alto espíritu de colaboración, me suscribo de usted.

Atentamente,

Md. María Fernanda Pesántez C.

**PROMOCION DE LA SALUD – DISTRITO 01D06**

## ANEXO 3



### CONSENTIMIENTO INFORMADO

**Título del Proyecto:** "EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS MÉDICOS DEL DISTRITO DE SALUD 01D06 EL PAN A SEVILLA DE ORO (AZUAY-ECUADOR). 2015".

**Sr.(Sra.,Srta.):** .....

El propósito de este documento es entregarle toda la información necesaria para que Ud. pueda decidir libremente si desea participar en la investigación que se le ha explicado verbalmente, y que a continuación se describe en forma resumida:

#### **Resumen del proyecto:**

El objetivo general de este estudio es evaluar una estrategia para el manejo del Síndrome de Burnout en los médicos del Distrito de Salud 01D06- El Pan a Sevilla de Oro (Azuay-Ecuador). 2015.

Para lo cual se identificará la frecuencia del Síndrome de Burnout en los médicos, antes y después de la intervención mediante la entrevista y la utilización de un instrumento llamado Test Maslach Burnout Inventory, que es un test que utiliza una escala de 132 puntos, los cuales se distribuyen en las 3 dimensiones del síndrome que son: 54 puntos para Agotamiento Emocional, 30 puntos para Despersonalización y 48 puntos para Falta de Realización Profesional, con lo que se determinará la población afectada. Luego de lo cual se diseñará una estrategia para disminuir el Síndrome de Burnout en las 3 dimensiones, que son: agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional.

Se trabajará con universo finito de 70 médicos que laboran en las diversas áreas del Distrito de Salud 01D06- El Pan a Sevilla de Oro, se trabajará con toda la población que labore durante el año 2015 y que concuerden con los criterios de inclusión y exclusión del estudio.

Es importante señalar que todos los datos personales obtenidos son confidenciales y la muestra obtenida será utilizada exclusivamente para fines científicos. A su vez destacar que su participación es completamente voluntaria, si no desea participar del presente proyecto de investigación, su negativa no traerá ninguna consecuencia para usted. De la misma manera si lo estima conveniente usted puede dejar de participar en el estudio en cualquier momento de éste.

Al respecto, expongo que:



He sido informado/a sobre el estudio a desarrollar y las eventuales molestias, incomodidades y ocasionales riesgos que la realización del procedimiento implica, previamente a su aplicación y con la descripción necesaria para conocerlas en un nivel suficiente.

He sido también informado/a en forma previa a la aplicación, que los procedimientos que se realicen, no implican un costo que yo deba asumir. Mi participación en el procedimiento no involucra un costo económico alguno que yo deba solventar (hacerme cargo).

Junto a ello he recibido una explicación satisfactoria sobre el propósito de la actividad, así como de los beneficios sociales o comunitarios que se espera éstos produzcan.

Estoy en pleno conocimiento que la información obtenida con la actividad en la cual participaré, será absolutamente confidencial, y que no aparecerá mi nombre ni mis datos personales en libros, revistas y otros medios de publicidad derivadas de la investigación ya descrita.

Sé que la decisión de participar en esta investigación, es absolutamente voluntaria. Si no deseo participar en ella o, una vez iniciada la investigación, no deseo

proseguir colaborando, puedo hacerlo sin problemas. En ambos casos, se me asegura que mi negativa no implicará ninguna consecuencia negativa para mí.

Adicionalmente, la investigadora: MD. MARIA FERNANDA PESANTEZ CALLE ha manifestado su voluntad en orden a aclarar cualquier duda que me surja sobre mi participación en la actividad realizada. Para ello, se me informa el teléfono celular: 0984927228 y el correo electrónico: mafer7pesantez@gmail.com.

He leído el documento, entiendo las declaraciones contenidas en él y la necesidad de hacer constar mi consentimiento, para lo cual lo firmo libre y voluntariamente, recibiendo en el acto copia de este documento ya firmado.

Yo, ....., Cédula de identidad N°....., de nacionalidad....., mayor de ..... edad, con ..... domicilio en ....., Consiento en participar en la investigación denominada: "EVALUACION DE UNA ESTRATEGIA PARA EL MANEJO DEL SINDROME DE BURNOUT EN LOS MEDICOS DEL DISTRITO DE SALUD 01D06 EL PAN A SEVILLA DE ORO (AZUAY-ECUADOR). 2015" y autorizo a la señorita MD. MARIA FERNANDA PESANTEZ CALLE, investigadora responsable del proyecto y/o a quienes éste designe como sus colaboradores directos y cuya identidad consta al pie del presente documento, para realizar el (los) procedimiento (s) requerido (s) por el proyecto de investigación descrito.



Fecha: ...../...../.....

Hora: .....

Firma de la persona que consiente: .....

Investigador responsable:  
.....



## ANEXO 4

### TEST DE CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS

**1. SEXO:**

MASCULINO  FEMENINO

**2. EDAD:**

21-25 años  26-30años  31-35años  
 36-40años  41-45años  46-50años  
 51-60años  61 o más años

**3. ESTADO CIVIL:**

SOLTERO  CASADO  DIVORCIADO  
 UNION LIBRE  VIUDO

**4. AÑOS DE TRABAJO**

1-5 años  6-10años  11-15años  
 16-20años  21-25años  26-30años  
 31-35años  36 o más años

**5. AREA DE TRABAJO**

Hospitalización  Emergencia  
 Unidad Operativa  Consulta Externa  
 Administrativo

**6. SITUACION LABORAL**

CONTRATO  FIJO

**7. CARGA HORARIA A LA SEMANA**

MENOS DE 40 HORAS  40 HORAS  MAS DE 40 HORAS

**8. CLIMA LABORAL**

CÓMODO  CONFLICTIVO

**9. TURNOS LABORALES**

DIURNO  DIURNO Y NOCTURNO

**10. FACTORES EXTRALABORALES**

- TIENE HIJOS:  SI  NO  
- REALIZA LABORES DOMESTICAS:  SI  NO

## ANEXO 5

## OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES:

VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSION	INDICADOR	ESCALA
<i>SEXO</i>	El sexo biológico es la anatomía, incluye los órganos sexuales internos y externos, los cromosomas y las hormonas.	Biológico	Femenino y Masculino	Femenino Masculino
<i>EDAD</i>	Tiempo de existencia de una persona desde el nacimiento en años	Temporal	Número de años cumplidos	21-25 años 26-30años 31-35años 36-40años 41-45años 46-50años 51-60años 61 o más años
<i>AREA DE TRABAJO</i>	Lugar en donde un individuo desempeña su función, dentro la institución en la que labora	Temporal	Hospitalización, Emergencia, Unidad Operativa, Consulta Externa, Administrativo	Hospitalización, Emergencia, Unidad Operativa, Consulta Externa, Administrativo
<i>AÑOS DE TRABAJO</i>	Años de labor de un individuo dentro de una institución	Temporal	Número de años cumplidos de labor	1-5 años 6-10años 11-15años 16-20años 21-25años 26-30años 31-35años 36 o más años
<i>ESTADO CIVIL</i>	Situación de un individuo en la sociedad.	Temporal	Soltero: Persona que no ha contraído matrimonio Casado: Que ha contraído matrimonio Divorciado: Vínculo matrimonial que ha sido disuelto jurídicamente Viudo: Quien se le ha muerto su cónyuge y no ha vuelto a casarse Unión Libre: Unión entre dos adultos pero que no está establecido jurídicamente	Soltero Casado Divorciado Viudo Unión Libre

<i>SITUACION LABORAL</i>	Estado en el trabajo, dentro de un contexto económico, jurídico y social	Temporal	Fijo: Personal permanente que no esta expuesto a cambios Contrato: Personal que permanece por un tiempo determinado	Fijo Contrato
<i>CARGA HORARIA SEMANAL</i>	Cantidad de tiempo en horas que labora una persona durante una semana	Temporal	Número de horas trabajadas en una semana de labores	Menos de 40 h 40 h Más de 40 h
<i>TURNOS LABORALES</i>	Tiempo establecido para la realización de las actividades laborales en una jornada	Temporal	Diurno: mañana Diurno-Nocturno: mañana y noche	Diurno Diurno-Nocturno
<i>FACTORES EXTRALABORALES</i>	Circunstancias o factores fuera del ambiente laboral	Psicológico	Tiene hijos	Si No
			Labores domésticas	Si No
<i>PRESENCIA DE BURNOUT</i>	Tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas, máxime cuando esta es catalogada de ayuda (médicos, enfermeros, profesores), y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis	Psicológico	Presente: Niveles bajos en Realización Profesional Ausente: Niveles medio o alto en Realización Profesional	Presente Ausente

**ANEXO 6**

**ANCLAJE DE VARIABLES**

CONDICIONES SOCIODEMOGRAFICAS Y LABORALES										FACTORES EXTLABORALES						BURNOUT			
SUJETO	SEXO	EDAD	ESTADO CIVIL	AÑOS DE TRABAJO	AREA DE TRABAJO	SITUACION LABORAL	CARGA HORARIA	CLIMA LABORAL	TURNOS LABORALES	HIJOS	#HIJOS	LAB. DOMES	OTRA FUENTE	FAMILIA	PCD	ENF. CRONICA	AE	RP	D
1	F	27	CASADO	1	UO	CONTRATO	40	COMODO	DIURNO	SI	1	SI	NO	NUCLEAR	SI	NO	B	A	M
2	F	28	SOLTERO	2	AD	CONTRATO	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEAR	NO	SI	M	M	A
3	F	37	CASADO	13	EME	NOMB PROV	48	COMODO	DYN	SI	3	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	B	M
4	M	29	CASADO	3	HOSP	CONTRATO	48	CONFLICTIVO	DYN	SI	1	SI	NO	NUCLEAR	NO	SI	B	B	B
5	F	26	SOLTERO	1	HOSP	CONTRATO	40	COMODO	DYN	NO	0	SI	NO	NUCLEAR	NO	SI	B	M	A
6	F	31	CASADO	2	AD	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	SI	1	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	A	B
7	F	24	SOLTERO	1	HOSP	CONTRATO	48	COMODO	DYN	NO	0	NO	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	B	M
8	M	59	CASADO	27	AD	NOMB REG	40	COMODO	DIURNO	SI	2	SI	SI	NUCLEAR	NO	SI	B	B	B
9	F	33	CASADO	9	C EXT	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	SI	1	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	A	B	A
10	F	42	DIVORC	2	EME	NOMB PROV	40	CONFLICTIVO	DIURNO	SI	2	NO	NO	M. SOLT	NO	NO	M	M	M
11	M	50	CASADO	10	HOSP	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	SI	2	SI	SI	AMPLIADA	NO	NO	B	B	A
12	M	25	SOLTERO	1	C EXT	CONTRATO	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	B	A
13	M	28	SOLTERO	1	UO	CONTRATO	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	M	M
14	M	60	DIVORC	20	C EXT	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	SI	4	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	B	B
15	M	25	SOLTERO	1	C EXT	CONTRATO	40	COMODO	DIURNO	NO	0	NO	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	B	M
16	M	24	SOLTERO	1	HOSP	CONTRATO	48	COMODO	DYN	NO	0	NO	NO	NUCLEAR	NO	NO	B	B	B
17	M	24	SOLTERO	1	HOSP	CONTRATO	48	COMODO	DYN	NO	0	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	M	B	A
18	M	26	CASADO	2	C EXT	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	SI	1	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	M	B	A
19	F	25	SOLTERO	4	EME	CONTRATO	48	COMODO	DYN	NO	0	SI	SI	AMPLIADA	SI	NO	B	B	M
20	F	36	CASADO	6	AD	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	SI	2	SI	NO	NUCLEAR	NO	NO	M	M	M
21	F	30	CASADO	4	HOSP	NOMB PROV	48	COMODO	DYN	SI	3	SI	NO	NUCLEAR	SI	SI	B	M	M
22	M	38	CASADO	12	EME	CONTRATO	48	CONFLICTIVO	DYN	SI	4	SI	NO	NUCLEAR	NO	SI	M	A	M

23	F	25	CASAD O	1	UO	CONTRATO O	30	COMODO	DIURNO	SI	1	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	M	M
24	F	28	DIVOR C	1	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	SI	1	SI	NO	M. SOLT	NO	NO	B	M	M
25	M	27	CASAD O	1	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	SI	1	SI	NO	AMPLIAD A	NO	NO	B	A	M
26	F	30	CASAD O	6	AD	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	M	M
27	F	44	CASAD O	1	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	SI	2	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	A	B
28	F	25	CASAD O	2	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	SI	2	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	B	B
29	M	25	SOLTE RO	1	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	SI	1	NO	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	B	B
30	M	32	CASAD O	4	HOSP	NOMB PROV	40	CONFLICT IVO	DYN	SI	1	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	A	B	M
31	M	58	CASAD O	22	C EXT	NOMB REG	40	CONFLICT IVO	DIURNO	SI	2	SI	NO	NUCLEA R	NO	SI	A	B	B
32	M	25	SOLTE RO	1	EME	CONTRATO O	40	CONFLICT IVO	DIURNO	NO	0	NO	NO	NUCLEA R	NO	NO	A	M	M
33	F	41	DIVOR C	8	AD	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	B	A
34	M	28	CASAD O	2	HOSP	CONTRATO O	48	COMODO	DYN	SI	1	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	B	A
35	M	25	SOLTE RO	1	HOSP	CONTRATO O	40	CONFLICT IVO	DYN	NO	0	NO	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	M	A
36	F	24	SOLTE RO	1	C EXT	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	M	A
37	M	30	CASAD O	3	HOSP	NOMB PROV	40	COMODO	DYN	SI	2	SI	NO	AMPLIAD A	NO	NO	B	M	A
38	F	31	U. LIBRE	4	HOSP	NOMB PROV	40	COMODO	DYN	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	M	M
39	F	26	CASAD O	2	HOSP	NOMB PROV	40	CONFLICT IVO	DYN	SI	1	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	B	M
40	M	28	U. LIBRE	1	C EXT	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	B	A
41	F	28	SOLTE RO	2	AD	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	NO	0	NO	NO	NUCLEA R	NO	NO	A	M	A
42	M	29	CASAD O	4	HOSP	NOMB PROV	40	COMODO	DYN	SI	2	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	M	A
43	F	29	SOLTE RO	3	C EXT	NOMB PROV	40	COMODO	DIURNO	NO	0	NO	NO	NUCLEA R	NO	NO	A	M	A

44	M	29	CASAD O	4	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	M	A
45	F	25	SOLTE RO	2	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	M	B
46	F	26	SOLTE RO	1	UO	CONTRATO O	40	COMODO	DIURNO	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	SI	B	M	B
47	M	33	CASAD O	2	HOSP	NOMB PROV	48	CONFLICT IVO	DYN	SI	2	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	B	B	M
48	M	33	SOLTE RO	2	EME	NOMB PROV	48	COMODO	DYN	NO	0	NO	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	M	B
49	F	29	SOLTE RO	4	HOSP	NOMB PROV	40	CONFLICT IVO	DYN	NO	0	SI	NO	NUCLEA R	NO	NO	M	M	A
50	F	27	CASAD O	2	HOSP	NOMB PROV	48	COMODO	DYN	SI	3	SI	NO	NUCLEA R	SI	NO	B	M	A