



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS

**MAESTRIA EN SALUD OCUPACIONAL Y SEGURIDAD EN EL
TRABAJO**

(II VERSION)

PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES ASOCIADOS
EN EL PERSONAL DEL IESS SEGURO DE SALUD, CENTRO DE ATENCIÓN
AMBULATORIO CENTRAL CUENCA

ABRIL 2016.

Trabajo de graduación previo a la obtención del título de:

Magister en Salud Ocupacional y Seguridad en el Trabajo

Autor: Dr. Marco Enrique Campoverde Ortiz

Directora: Magister María José Ochoa Fernández

Cuenca-Ecuador

2016

Dedicatoria

Con todo el cariño a mis padres que una vez más han sido el faro en mis noches más oscuras y el soporte a mi azaroso destino. A mi hermana Liz y mi sobrino Leoncito cuya sola presencia me llena y reconforta. Marina un ser que ha llegado para demostrarme, que la vida nos brinda nuevos amaneceres y ofrecerme la oportunidad de poderlo disfrutar.

Al ser más grande, mi regalo excelso, luz divina, la bendición del Padre, a ti princesa de papá, todo los esfuerzos son por tí Laura Sofía.

Agradecimiento

Al Todo Poderoso por permitir levantarme cada día y enfrentar los retos con valentía, tenacidad, sabiduría y paciencia.

A las autoridades del Centro de Atención Ambulatoria por la oportunidad de llevar a cabo esta investigación.

De manera especial a la Sra. Magister María José Ochoa mi directora de tesis, que a más de directora ha sido una verdadera amiga.

Resumen

El presente trabajo investigativo es un estudio descriptivo de corte transversal mediante el cual se determinó la prevalencia del síndrome de Burnout por áreas de trabajo: Administrativo, Médico, Enfermería y Auxiliares: (esta área agrupa al personal de laboratorio, farmacia e imágenes), en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016.

Para esto se empleó la escala Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey en su versión validada en español y se la realizó en forma de encuesta. Además se determinó la prevalencia de burnout y su asociación con factores socio demográficos como: edad, sexo, cargo ocupacional, estado civil, tiempo de servicio, tipo de contrato, con la utilización del cuestionario sociodemográfico y laboral diseñado para esta investigación en formato de encuesta. También se buscó asociación con el ausentismo laboral.

Esta investigación determinó que la prevalencia de burnout en el Centro de Atención Ambulatoria fue del 9%, Las variables sociodemográficas que tuvieron significancia estadística fueron la edad, estado civil, tiempo de servicio y el tipo de contrato. No hubo relación estadística con el ausentismo laboral. Por último se propuso un modelo de intervención.


Palabras Claves:

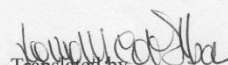
Síndrome de burnout, caso burnout riesgo, agotamiento emocional, despersonalización, falta de realización personal, prevención, niveles de acción, nivel organizativo, nivel interpersonal, nivel individual.

ABSTRACT

This research work is a descriptive cross-sectional study, in which the prevalence of burnout syndrome was determined by work areas among the staff of the IESS Ecuadorian Institute of Social Security: Administrative, Medical, Nursing and Assistants, and Outpatient Care Center at Cuenca Headquarters in the month of April 2016. For this purpose, the Maslach Burnout Inventory Scale-Human Services Survey questionnaire in its Spanish validated version was used. Besides, the prevalence of burnout and its association with sociodemographic factors as age, gender, occupational position, marital status, length of service, and type of contract were determined through the use of a socio-demographic and work questionnaire designed in survey format for this research. In addition, an association of burnout with work absenteeism was also researched. This investigation found that the prevalence of burnout syndrome in the Outpatient Care Center was 9%. The sociodemographic variables that were statistically significant were age, marital status, length of service and type of contract. There was no statistical relationship with work absenteeism. Finally, an intervention model was proposed.

Keywords: Burnout Syndrome, Burnout Risk Case, Emotional Exhaustion, Depersonalization, Lack of Personal Fulfillment, Prevention, Action Level, Organizational Level, Interpersonal Level, Individual Level.


UNIVERSIDAD DEL
AZUAY
Dpto. Idiomas


Translated by,
Lic. Lourdes Crespo

Índice General:	Página
Dedicatoria.....	II
Agradecimiento.....	III
Resumen.....	IV
Palabras Claves.....	V
Abstract.....	VI
Índice General.....	VII - X
Título.....	XI
Planteamiento del problema.....	1
Antecedentes.....	1
Justificación.....	2
Objetivo General.....	5
Objetivos Específicos.....	5
El Síndrome de Burnout.....	6
Generalidades.....	6
Definición.....	7
Factores y riesgos psicosociales.....	7
Factores asociados.....	8
Etiología.....	9
Características individuales.....	9
Características del cliente.....	10
Características del trabajo.....	10
Aspectos epidemiológicos.....	11
Fisiopatología.....	13

ManIFESTACIONES CLÍNICAS.....	14
DIAGNOSTICO.....	15
Escala de Maslach.....	15
Medición.....	18
Valoración.....	18
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.....	18
Trastorno Depresivo.....	19
Distimia.....	20
Síndrome de fatiga crónica.....	20
PreVENCIÓN Y TRATAMIENTO.....	20
Capítulo I.....	22
Diseño metodológico.....	22
Criterios de inclusión y exclusión.....	23
Definiciones operacionales.....	24
Universo del estudio.....	25
Muestra.....	25
Técnicas de recolección de datos e instrumentos de medición.....	25
Plan de procesamiento y análisis.....	26
Asociación de variables sociodemográficas con el burnout.....	26
Criterio.....	27
Viabilidad del estudio.....	27
Aspectos éticos.....	28
Capitulo II.....	29
Resultados del estudio.....	29

Características de los participantes.....	29
Resultados de las sub escalas del inventario de Maslach.....	31
Agotamiento emocional.....	31
Despersonalización.....	32
Falta de realización personal.....	33
Prevalencia del síndrome burnout y caso burnout riesgo.....	34
Asociación de variables sociodemográficas, burnout y caso burnout riesgo.....	35
Capitulo III.....	44
Programa de intervención.....	44
Intervención ante la amenaza del burnout.....	45
Nivel Organizativo.....	45
Nivel interpersonal o grupal.....	46
Nivel individual.....	47
Capitulo IV.....	49
Discusión.....	49
Conclusiones.....	52
Recomendaciones.....	53
Bibliografía.....	54

INDICE DE TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1. Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout.....	15
Tabla 2. Cuestionario Maslach.....	17

Tabla 3. Valoración del burnout.....	18
Tabla 4. Niveles de intervención sobre el burnout.....	21
Tabla 5. Definiciones operacionales.....	24
Tabla 6, 7, 8. Prevalencia de las tres sub escalas.....	32 – 33
Gráfico 1. Distribución porcentual de las tres sub escalas.....	33
Tabla 9, 10. Prevalencia burnout y caso burnout riesgo.....	34
Tabla 11 – 24. Asociación de variables sociodemográficas y ausentismo laboral con burnout y caso burnout riesgo.....	35 – 43
Tabla 25. Nivel de actuación.....	45
Tabla 26. Nivel organizacional.....	46
Tabla 27. Nivel interpersonal.....	47
Tabla 28. Nivel individual.....	48
Anexos.....	57
Cuestionario socio demográfico y laboral.....	57 - 58
Inventario burnout de Maslach.....	59 – 60
Consentimiento informado.....	61 – 62
Carta de autorización para realizar la investigación.....	63
Indicador, reporte de ausentismo, abril 2016.....	64 - 65

TITULO

**PREVALENCIA DEL SINDROME DE BURNOUT Y FACTORES
ASOCIADOS EN EL PERSONAL DEL IESS SEGURO DE SALUD,
CENTRO DE ATENCIÓN AMBULATORIO CENTRAL CUENCA, ABRIL
2016.**

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Antecedentes

El estrés laboral no es algo sencillo de medir y demostrar, pero no por eso le resta la importancia que ha adquirido en la actualidad. En países de primer mundo como la UE (Unión Europea) hay muchísimos estudios que concluyen que el estrés laboral en la actualidad es un grave problema para ellos generando costes económicos y sociales.

La cuarta encuesta europea que midió condiciones de trabajo realizada por Parente Thirion, Fernandez, Hurley, Vermeylen en 2007 determinaron que el 22,3% de los trabajadores se quejaron de estrés laboral, un 8,7% advirtieron alteraciones del sueño, 7,8% problemas de ansiedad vinculados al trabajo. Otro estudio de la agencia europea de seguridad y salud en el trabajo indica que el estrés fue el segundo problema de salud derivado del trabajo afectando al 25% de trabajadores en esa región y para esa época estimaban que los costes económicos para la UE bordeaban los 20.000 millones de euros anuales por conceptos de gastos sanitarios y permisos de trabajo, a esto súmele la pérdida de productividad, mayor fluctuación de personal y menos capacidad de innovación. (GILMONTE, 2010).

A nivel de la Unión Europea se estima que el estrés laboral es el responsable del 16% de enfermedades cardiovasculares en los hombres y el 22% de las mujeres. Del 50 al 60% del ausentismo se lo ha asociado con el estrés relacionado con el trabajo (GARCIA, 2010).

Una encuesta realizada por el Ministerio de Trabajo en España en el 2009 sobre calidad laboral concluyó que el 46% de trabajadores manifestaron altos niveles de estrés, frente a un 24% que indicaron niveles bajos. Según esa publicación los resultados son muy parecidos a años anteriores lo que indicaría que el problema se va extendiendo en el tiempo. Un informe de la Agencia Europea de Seguridad y Salud para el trabajo en el 2007 indica que los cambios laborales experimentados a nivel organizacional, políticos, económicos, demográficos, están generando riesgos psicosociales con consecuencias negativas en la salud de las personas (GILMONTE, 2010).

En EEUU el estrés laboral es un problema muy parecido a lo que sucede en Europa, el informe emitido en 1999 por la NIOSH (Instituto Nacional para la Salud y Seguridad Ocupacional) indicaba que entre el 28% y 40% de trabajadores se quejaban de estrés en su puesto de trabajo. Otro estudio de la misma NIOSH en 2004 indicó que las alteraciones neuróticas, ansiedad y estrés determinaron mayor pérdida de días de trabajo: generando un reporte de 25 días en promedio por trabajador, comparado con 6 días promedio en trabajadores que no precisaron las mencionadas alteraciones (GILMONTE, 2010).

En un estudio de Diciembre del 2014 realizado en el Hospital Provincial Docente Ambato, durante el período Enero – Abril del 2014 se encontró síndrome de burnout presente en el 32,43% de los profesionales de la salud, los factores que se encontraron íntimamente relacionados con el desarrollo del mismo fueron: ser profesional médico, trabajar en un servicio quirúrgico-crítico y atender a más de 30 pacientes al día (AVEIGA, 2014).

Otro estudio realizado en Auxiliares de Enfermería de la Sala Santa María del Hospital Luis Vernaza de la Junta de Beneficencia de Guayaquil en el 2013 mostró que un 53% presentaron agotamiento emocional, 25% falta de realización personal y un 22% despersonalización (QUIROZ, 2013).

En Ecuador no se dispone de datos suficientes que permitan entender la verdadera problemática en Salud y Seguridad en el sector sanitario. En 1993 el postgrado de salud pública de la Universidad técnica de Manabí detectó que la frecuencia de estrés en el personal de salud del Hospital Eugenio Espejo fue del 54% en grado moderado y 2,46% en grado severo (ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS), 2007).

JUSTIFICACION

Partamos definiendo algunos términos:

“Carga laboral” son los requerimientos físicos y psicológicos a los que se expone un trabajador en una jornada laboral, requerimientos que se transforman en “carga física” y “carga mental”. Como carga física entendemos: los esfuerzos físicos, las posturas, manipulación de cargas y en carga mental tenemos: cantidad de

información que se maneja, complejidad de la exigencia, el tiempo de resolución, capacidades individuales. Esto nos lleva a otro término que es la “fatiga”, entendida como la disminución de la capacidad física y mental de un trabajador, luego de haber realizado una tarea en un periodo de tiempo establecido. Como resultado de todo esto tenemos el “desgaste profesional” que es la consecuencia de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional en el que termina un trabajador, con un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales. (MORENO, 2010)

El “síndrome de burnout o del quemado”, es una patología que puede presentarse en trabajadores de distintas disciplinas y ocupaciones, ocasionando un deterioro en el individuo que lo posee y generando un impacto negativo en la calidad de su quehacer laboral. De todas las profesiones las inmersas en la salud y atención al usuario son las que más se encuentran bajo este riesgo.

Respecto a la prevalencia de este síndrome, hay muchísimos estudios a nivel internacional que dan cuenta de la problemática sin embargo no hay datos epidemiológicos exactos que indique el porcentaje de población real que padece esta patología. (ARIAS, 2013).

En nuestro país, a nivel institucional, no se ha evidenciado un legítimo interés por el desarrollo y puesta en marcha de Sistemas de Gestión en Salud y Seguridad integrales, conociendo la correlación de los factores psicosociales en la aparición de patologías en el plano biológico como enfermedades osteomusculares, neurológicas, cardiovasculares, gastrointestinales, etc. y en el plano mental enfermedades psiquiátricas y el desgaste laboral o *BURNOUT* tema central de esta investigación.

Un pilar para el desarrollo de esta investigación fue el considerar, el tipo de trabajo (atención en salud al afiliado del IESS) y la carga laboral, tomando en consideración que hasta hace poco la consulta médica en el Seguro de Salud en el Ecuador; tenía una carga laboral de 6 horas diarias, y por tanto, menor número de pacientes a evaluar. Actualmente se incrementó a 8 horas diarias de trabajo, atendiendo 1 paciente cada 15 minutos. Esto ha incidido directamente en aumentar el volumen de trabajo en el resto de áreas como la administrativa, enfermería, y auxiliares (laboratorio clínico, imágenes y farmacia) Si bien hay mucha información de la

prevalencia de este síndrome en cirujanos, anestesiólogos, etc. Existe limitada literatura al respecto del enfoque de esta investigación.

En un medio como el IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca, un espacio de consulta médica de primero y segundo nivel donde se atiende en promedio 500 pacientes diarios, 1 paciente cada 15 minutos durante 8 horas diarias 5 días a la semana, sumado emociones y sentimientos ante la enfermedad y el dolor, las limitaciones del sistema o de la medicina misma, las del profesional, el estrés de los pacientes que muchas veces se traducen en agresión, las condiciones laborales actuales bajo modalidad de contratos de servicios ocasionales, los problemas propios del profesional como persona, padre o madre de familia, esposo (a), etc. resulta primordial la realización de este tipo de estudios que generen datos estadísticos propios.

Al determinar la prevalencia del síndrome de burnout por áreas de trabajo y su asociación con factores sociodemográficos, laborales y el ausentismo laboral en el presente estudio, se podrían justificar a futuro acciones institucionales, administrativas y de investigación que permitan la prevención y el tratamiento del mismo, generando un impacto positivo no solo a nivel del profesional sino a nivel institucional mejorando la calidad del servicio que se brinda al usuario y generando una reducción de costos económicos por todo los aspectos negativos que implica este síndrome.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del síndrome de burnout y factores asociados en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca, en el mes de Abril del año 2016

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Determinar la prevalencia de síndrome de burnout según áreas de trabajo: ADMINISTRATIVO, MEDICO, ENFERMERIA Y AUXILIARES (Laboratorio, farmacia e imágenes).
2. Determinar la prevalencia de síndrome de burnout conforme: edad, sexo, cargo ocupacional, tipo de contrato, estado civil, tiempo de servicio y ausentismo laboral en la población de estudio.
3. Proponer un programa de intervención para el control del burnout a través de grupos focales.

El Síndrome de Burnout

Generalidades.

“El termino *Burnout* hace referencia a un tipo de estrés laboral e institucional generado en profesionales que mantienen una relación constante y directa con otras personas: médicos, enfermeras, educadores, y su origen se basa en cómo estos individuos interpretan y mantienen sus propios estadios profesionales ante situaciones de crisis”. (ATANCE, 1997).

Cantidad de estudios realizados refieren que la despersonalización y el desgaste emocional son mucho mayor en profesionales en contacto con niveles de sufrimiento y que tiene una repercusión negativa en la vida familiar. La probabilidad de que el cansancio emocional sea elevado es mayor en quienes tienen más sobrecarga de trabajo. El riesgo de obtener bajos logros personales es mayor en las personas con baja satisfacción de recompensas profesionales.

El desgaste laboral o síndrome de Burnout se invoca como probable responsable de la desmotivación que sufren los profesionales sanitarios actualmente. Esto sugiere que este síndrome esté implicado en las elevadas tasas de ausentismo laboral que presentan estos profesionales. (ATANCE, 1997).

No es simplemente una situación o hecho que acontece en el seno de la empresa o el trabajo, como es el caso por ejemplo de la violencia o el acoso; el desgaste profesional es el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales. Su carácter de riesgo laboral proviene de la extensión alcanzada, de las importantes consecuencias laborales y personales que puede tener y del nulo interés de las autoridades al respecto.

Se diferencia del estrés como riesgo psicosocial en sus mayores efectos sobre el agotamiento emocional, más que en el físico y su consiguiente pérdida y desmotivación laboral (MORENO B. B., 2010).

La mayoría de autores están de acuerdo en que el *BURNOUT* fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg como sentimiento de fracaso con una vida gastada producto de sobrecargas de energía, recursos personales y fuerza espiritual

disminuida en un trabajador. Más tarde Cristina Maslach hace una similitud entre “sobrecarga emocional” y “síndrome de burnout” (SECPAL, 2008).

Definición.

La definición más conocida dictada por Maslach y Jackson en 1986 señala que es un síndrome multi causal caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal que aparece en un trabajador. La definición se centra en las variables que son evaluadas mediante el Maslach Burnout Inventory (1981) de forma operativa. El agotamiento emocional hace referencia al cansancio emocional que producen las tareas propias del trabajo, la despersonalización al tratamiento distanciado que se aplica a las personas que se tiene que atender y la falta de realización personal recoge la baja autoestima profesional que acompaña al ejercicio de la profesión. En 1993 (Leiter, 1993), hace observaciones a este concepto considerado el tercer elemento del concepto como una consecuencia más que como elemento propio del síndrome. A partir de 1996, se vio la necesidad de aplicar el síndrome no sólo a las profesiones asistenciales sino también a otras profesiones llevando a reformular y a presentar como un síndrome consistente en agotamiento, cinismo y falta de autoeficacia profesional (Maslach, Jackson, Leiter y Schaufeli, 1996). Pines y Aronson (1988) describen también el burnout como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una larga implicación en una situación que es emocionalmente demandante”. En la misma línea Shiron (1989) considera el burnout como un estado afectivo caracterizado por los sentimientos de haber agotado las energías físicas, emocionales y mentales (MORENO, 2010).

Factores y Riesgos Psicosociales.

Los factores psicosociales son todas las condiciones presentes en una actividad laboral en todos los ámbitos: desde la parte organizacional, el tipo de puesto, el tipo de tarea, el ambiente laboral, etc. Cuando estos factores pudieran afectar el desarrollo del trabajo y la propia salud del trabajador, es decir se convierten en factores negativos en un lugar de trabajo para la productividad y la salud hablamos entonces de factores de riesgo psicosociales (GILMONTE, 2010).

La importancia de los factores de riesgos psicosociales para la salud de los trabajadores ha ido creciendo cada vez más, lo que ha supuesto un aumento y

profundización del tema. La relación factores de riesgos psicosociales con la salud laboral toma más fuerza a partir de la década de 1970, fechas a partir de las cuales la referencia a ellos y la importancia otorgada ha ido creciendo, al mismo tiempo que el tema ha ganado amplitud, diversificación y complejidad, pero también ambigüedad e imprecisión. (MORENO, 2010).

A los factores de riesgos psicosociales con fines de comprensión la literatura los ha encasillado en cinco grupos que son:

- 1.- Tipo de relación laboral: formas de contratos precarios, tercerización, subcontratación, estabilidad laboral.
- 2.- El envejecimiento natural que hace más vulnerable a los trabajadores.
- 3.- Sobrecargas de trabajo que obliga a manejar más actividades que demanda más tiempo y mayor presión laboral.
- 4.- Estados emocionales, acoso laboral, violencia como los vistos sobre todo en el área de la salud,
- 5.- Desorden entre la actividad personal y laboral.

(GILMONTE, 2010).

Factores asociados.

Se debe señalar que no hay un consenso al respecto en la literatura sin embargo exponemos aquí las más representativas:

Edad.- Parece existir un periodo de sensibilización sobre todo los primeros años de carrera del profesional, las expectativas sobre la práctica laboral, las recompensas sociales, económicas, personales no son las esperadas.

Sexo.- las mujeres sobre todo en el área de la salud, probablemente por su doble rol de profesional, madre, esposa, etc.

Estado Civil.- aparentemente los más sensibles son los solteros, se dice que los trabajadores con hijos o parejas estables son más resistentes a este síndrome.

Tiempo en el puesto.- esta variable es muy debatida, hay quienes piensan que los dos primeros años de trabajo y pasado los diez años es donde el trabajador experimenta menor riesgo de burnout.

Sobrecarga laboral.- Esta relación está muy bien documentada, de tal manera que este factor produciría una disminución de la calidad de prestaciones ofrecidas por trabajadores sobre todo asistenciales. Lo que no está claro es el número de horas de trabajo y la aparición de síntomas de burnout.

El salario.- también sería un factor que afecta a este síndrome pero aún no hay exactitud en la literatura (ATANCE, 1997).

Etiología del Síndrome de Burnout:

En cuanto a la etiología del Burnout la literatura hace una diferenciación entre variables desencadenantes y moduladoras. Las variables desencadenantes son organizacionales, las moduladoras en cambio son personales. Las variables organizacionales a su vez se dividen en dos grupos: a) incluye el entorno laboral y los contenidos del puesto (niveles de humedad, ruido, luz, temperatura, percepciones del puesto, rol del puesto y b) sería en cambio conflicto de competencias, relaciones interpersonales negativas, estructura y la organización misma de la empresa. Las variables personales en cambio tiene que ver con la edad, el sexo, la personalidad, etc. (GUILLEN, 1999).

Leiter y Harvie (1996) propusieron como factores 3 grandes grupos:

- 1.- características individuales
- 2.- características del cliente
- 3.- características del ambiente de trabajo.

Características individuales:

Ackerley asegura que la inclinación teológica o ideológica tiene una gran influencia en el desarrollo del Burnout (Ackerley, 1988), otros factores asociados son el conocimiento de técnicas de prevención del Burnout, el grado de satisfacción que obtienen con actividades de ocio, su capacidad de empatía, el grado de aceptación de perspectivas de los otros, la capacidad de exteriorización o internalización del enojo, las estrategias de afrontamiento y de Coping (conjunto de estrategias para tratar con la amenaza Soriano, 2002), el tener un sentido o propósito en la vida, el grado de tensión experimentada en situaciones interpersonales, la práctica de ejercicio físico, relajación, calidad y cantidad de sueño, entre otras. También se habla de la

inteligencia emocional según Ortiz y Jiménez en 2011, se refiere a “la habilidad de percibir con exactitud, valorar y expresar emociones, la habilidad de generar sentimientos que faciliten el pensamiento, la habilidad de comprensión emocional y conocimiento emocional y la habilidad de regular emociones para promover el crecimiento intelectual y emocional (ARIAS, 2013).

Características del cliente:

Las características del cliente y el tipo de contacto con este, son factores definitivos para el desarrollo de Burnout en todos los prestadores de servicios humanos según Maslach y Jackson (1986), citados por Leiter y Harvie (1996). Los estudios hablan de factores como el número y el tipo de casos, así como el nivel de contacto con el cliente (el contacto será bajo con 50% o menos de contacto directo con el cliente). La percepción de tener demasiados casos, altos niveles de tensión, poco tiempo para realizar el trabajo, el número de horas de contacto con el paciente por semana (Kandolin, 1993). El comportamiento negativo o agresivo de parte del cliente incide directamente en la aparición del Burnout sobre todo en el área sanitaria (Ackerley, 1988) (Kandolin, 1993). Hay contextos laborales en los que los clientes tendrán una mayor probabilidad de presentar conductas negativas y agresivas, por ejemplo, en instituciones psiquiátricas con pacientes de cuidado mentales (ARIAS, 2013).

Características del trabajo:

Están bien documentadas las características de los ambientes laborales con la aparición de Burnout. Existe por ejemplo una clara diferencia entre laborar en instituciones privadas versus públicas (Farber, 1985). La falta de un perfil claro de competencias y que un trabajador sea sobrecargado con labores de otros funcionarios, el tipo de administración del liderazgo hacia los empleados, una percepción de poco o nulo apoyo por parte de los superiores, dificultad para acceder a los recursos para los clientes, falta de satisfacción en el trabajo y autoestima profesional, carencia de innovación en el trabajo y ambientes confortables, son características asociadas al desarrollo del Burnout. Según Burgos y Calvino, citados por Miret (2010) “La violencia en el lugar de trabajo aparece como una amenaza grave y a veces letal, contra la eficiencia y el éxito de las organizaciones y es causa de perturbaciones inmediatas a largo plazo”. Y según este autor la empresa u

organización afectada por violencia ve deteriorada su imagen corporativa, las relaciones interpersonales, la organización del trabajo, la productividad, el ambiente laboral y la atención a los clientes. Esto se refiere no solo a aspectos concernientes a violencia física, sino también la que se produce a través de un comportamiento repetitivo que paulatinamente va dañando la integridad psicológica del afectado y que puede llegar a tener repercusiones incluso mayores que la violencia física. (Chapel, 1998). (ARIAS, 2013).

Aspectos Epidemiológicos del Burnout

Algunas investigaciones internacionales demuestran que los profesionales de la Salud son los más expuestos a sufrir síndrome de Burnout y dentro de este grupo los médicos generales presentan mayor riesgo. Se describe como factores de riesgo en este colectivo: falta de tiempo libre, necesidad de estar siempre disponible, falta de sueño, viajes que implican compromisos profesionales y gran preocupación de equivocarse en el diagnóstico. (RAMOS, 2011)

Aranda y Pando (2007), encontraron en un estudio relacionado con factores psicosociales asociados a patologías laborales en médicos de nivel primario de atención, en Guadalajara México, que 64,8% de los médicos se manifestó enfermo. Las enfermedades más frecuentes fueron las osteo esqueléticas (20%), seguidas por las respiratorias (19,2%), las gastrointestinales (18,3%), las psicológicas (15,2%). Además se determinó que existía relación entre casi todos los factores psicosociales con las enfermedades gastrointestinales, cardiovasculares, neurológicas y psicológicas. (GARCES, 2014)

En 1998 – 1999 se realizó un estudio de prevalencia de síndrome de Burnout y los factores asociados en médicos y enfermeras del hospital nacional Sur Este de ESSALUD del Cuzco, donde se encontró que la prevalencia fue del 79,7% de médicos y 89% de enfermeras en grado bajo y en grado medio en el 10,9% de médicos y 1,4% de enfermeras. (SANCHEZ, 2013)

En febrero del 2001, en la Universidad de Washington se realizó un estudio donde participaron médicos residentes de medicina Interna, donde se encontró que un 76% refería sintomatología asociada. (ORTIZ, 2014)

Se ha encontrado también que los médicos residentes presentan mayores niveles de ansiedad, depresión e inestabilidad emocional.

Según Firth Cozens, en un estudio sobre el nivel de estrés de los residentes medido a partir del GHQ12- General Health Questionary de Goldberg, el 32% de los residentes se encontraban por encima del límite, esta cifra aumentaba hasta el 42% en el primer año de residencia, para estabilizarse en el 30% en los años siguientes. En Cataluña en una encuesta reciente de la fundación Galatea a la población MIR indica que un 30% estaría en situación de riesgo psicológico realizando la medición con el mismo cuestionario GHQ12. Estos estudios demuestran que el nivel de estrés entre los profesionales de la salud es superior al resto de la población, que se sitúa en el 18%. (BALNCANFORT, 2009)

Grau, Flichetentrei, Suñer, Prats y Braga en 2007 realizaron una investigación sobre asociación de factores profesionales, personales e internacionales con el síndrome de burnout en personal de salud en Latinoamérica y España, los hallazgos fueron los siguientes: La prevalencia de burnout en profesionales residentes en España fue el 14,9%, del 14,4% en Argentina, y del 7% en Uruguay. Los profesionales de México, Ecuador, Perú, Colombia, Guatemala y El Salvador presentaron prevalencias entre el 2,5% y 5,9%. Con respecto a las profesiones, la prevalencia en Medicina fue del 12,1%, enfermería 7,2%, Odontología, Nutrición, Psicología tuvieron cifras inferiores al 6%. Entre los médicos el burnout predominaba en los que trabajaban en urgencias (17%) internistas (15,5%), anestesistas y dermatólogos prevalencias de 5 % y 5,3%. En esta investigación se determinó que actuaban como variables protectoras la mayor edad, tener hijos, la precepción de sentirse valorados, el optimismo, la satisfacción profesional y la valoración económica. (GRAU, 2009)

El síndrome de burnout es común en la práctica médica, con incidencia que va de 25 a 60%, en una muestra representativa de casi 6,000 médicos de atención primaria en un estudio aleatorizado, mostró que los médicos del género femenino tenían 60% más tendencia a manifestar signos de desgaste laboral que sus colegas de sexo masculino. (CARRILLO, 2012)

Un estudio sobre el síndrome de burnout, depresión y factores asociados, llevado a cabo en el Hospital escuela de Honduras de enero a junio del 2012 arrojó una prevalencia global de burnout del 87% en internos de medicina y 24,4% de cuadros

depresivos. El 60,3% lo padecía el sexo femenino frente a un 39,7% del masculino. El 75% presentó agotamiento emocional, 60% despersonalización y 26% baja realización personal. En cuanto al estado civil, los solteros presentaron mayor despersonalización 64%, los casados solo 36%, el estilo de vida determinó el ejercicio como efecto protector y el consumo de sustancias psicotrópicas estuvo asociado al burnout. (REYES, 2012).

Fisiopatología.

No está claramente establecido lo que sucede en el cerebro cuando el profesional siente fatiga laboral, la bibliografía nos presenta algunos criterios, aquí enunciamos uno de tantos.

Frente a estímulos de estrés crónico se activa el hipotálamo el cual estimula a la glándula pituitaria, ésta va a producir mayor cantidad de hormona adrenocorticotropa (ACTH) que a su vez va a sobre estimular a las glándulas suprarrenales provocando:

- Aumento en la producción de glucocorticoides y mineralocorticoides (cortisol) indispensable para los estados de alerta y aceleración del metabolismo.
- Aumento en la producción de dopamina, adrenalina, noradrenalina, alterando la actividad neurotransmisora del sistema nervioso central y periférico, provocando neurotoxicidad.

De esta manera el organismo responde a los estímulos hormonales de la siguiente forma:

1.- Fase de alarma, hay elevación de la ACTH, glucocorticoides, mineralocorticoides produciéndose un estímulo simpático con lo que el cuerpo entra en fase de defensa.

2.- Fase de resistencia, el estímulo hormonal es crónico volviéndose también crónica la excitación simpática iniciándose el deterioro celular del organismo.

3.- Fase de agotamiento, disminuye la capacidad de respuesta física y mental del cuerpo

(BRITO, 2012).

Manifestaciones Clínicas:

- **A nivel mental y emocional:** deterioro intelectual del trabajador, aparición de cuadros depresivos, ansiedad crónica, alteraciones del sueño, del carácter, problemas familiares, apego a sustancias prohibidas.
- **A nivel somático:** alteraciones osteomusculares, neuroendocrinas, cardiocirculatorias, gastrointestinales, etc.
- **A nivel organizacional:** relaciones laborales conflictivas como rivalidad, acoso, desmotivación, ausentismo, fallas operativas repetitivas.

A nivel de los profesionales de la salud un médico puede presentar algunas de las siguientes conductas:

- Falta de compromiso, trato distante con el paciente, apatía ante el sufrimiento del paciente.
- Disociación instrumental, expresada como actitudes rígidas, comunicación en un solo sentido, discurso automatizado, lenguaje técnico, exageración en el pedido de estudios.
- Negación, la falta de conciencia de su estado de estrés manifiesta conductas descalificadoras, falta de autocrítica, posiciones cerradas, etc.
- Impulsividad, actitudes de enojo, frustración, confrontaciones repetitivas con colegas, personal de apoyo, pacientes.
- Desmotivación, baja autoestima, pérdida de metas personales, profesionales, falta de iniciativa, constancia, falta de participación en proyectos, etc. (CARRILLO, 2012).

Varios de los estudios analizados señalan que los efectos negativos del agotamiento pueden aparecer no sólo en los directamente afectados, sino también en personas que les rodean. (CARRILLO, 2012)

Tabla No. 1

Manifestaciones clínicas del síndrome de burnout					
Síntomas de alarma en fase temprana	Disminución en el compromiso	Reacciones emocionales	Reducción	Aplanamiento	Reacciones psicósomáticas
Incremento en el compromiso de objetivos personales y profesionales	En la atención hacia los pacientes	Depresión	Desempeño cognitivo	Social	Pseudo neurológicas, gastrointestinales, genitourinario, cardiopulmonar, alergias, desordenes alimenticios y del sueño
Agotamiento	Otros en general: hacia el trabajo, incremento de demandas, mala calidad del servicio.	Agresión, ansiedad, actitud negativa	Motivación, creatividad, juicio.	Emocional, intelectual	

Fuente: CARILLO, Raul. GOMEZ, Karla. "Síndrome de burnout en la práctica médica 2012".
Elaborado por: Marco Campoverde. 2016.

Diagnóstico del Burnout.

Escala de Maslach

Desde que se empezó a manejar el concepto de burnout han sido creados varios instrumentos para su medición como el saff burnout for health profesional (Jones, JW) en 1982, el burnout measure (Pines y Aronson) 1981 y el Maslach burnout inventory (Maslach y Jackson) 1986. Este último es el que ha sido mayormente utilizado a nivel mundial para medir el síndrome del quemado (GUILLEN, 1999), razón por la que se eligió esta escala para esta investigación.

Un metanálisis sobre bournout publicado en el periodo de 1985 a 1995 por Leiter y Harvie en trabajadores de la salud recomienda la utilización de este instrumento de medición. (ARIAS, 2013).

La versión en español fue validada en 1999 por Gil y Peiro, en un estudio con 559 profesionales, llegando a la conclusión que el cuestionario Maslach adaptado al castellano es válido. (ARIAS, 2013).

Desde el punto de vista para el diagnóstico del quemado en el trabajo, las tres dimensiones que conforman el cuestionario Maslach (agotamiento, despersonalización y falta de realización personal), son consideradas variables continuas y las puntuaciones se las califica siguiendo un sistema de percentiles para cada dimensión.

Así la puntuación por encima del percentil 66 corresponde a “alto”, entre el 33 y 66 es “medio” y por debajo de 33 corresponde a “bajo”.

De esta manera un individuo con calificación alta en las tres dimensiones sería catalogado como burnout o quemado en el trabajo.

La versión validada al castellano tiene 22 ítems en la que se diferencia tres escalas que miden los factores que conforman el burnout.

1.- Agotamiento emocional (AE) esta escala tiene nueve ítems y su puntuación es directamente proporcional a la intensidad del síndrome, es decir a mayor puntuación mayor riesgo.

2.- Despersonalización (DP) tiene cinco ítems también directamente proporcional a la intensidad del síndrome.

3.- Realización Personal (RP) tiene ocho ítems esta escala a su vez es inversamente proporcional a la intensidad esto quiere decir a menor puntuación mayor el riesgo.

Para su clasificación se utiliza el sistema de puntuación tipo Likert que tiene cinco niveles de 1 a 5 donde 1 es nunca lo experimenta y 5 que experimenta diariamente (GAMBOA, 2013).

Cuestionario de Maslach para burnout versión en castellano:

Indicación: señale solo una respuesta sobre la frecuencia con que usted se siente identificado

1 Nunca lo siento

2 Solo algunas veces al año

3 Solo algunas veces al mes

4 Solo algunas veces a la semana

5.- Siento diariamente

Tabla No 2

Cuestionario Maslach para medir el burnout version validada al castellano		
1	Me siento defraudado en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
2	Me siento agotado al termino de mi jornada laboral	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
3	Cuando me levanto por la mañana para ir al trabajo me siento agotado	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
4	Siento que me es facil atender a los pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
5	Siento que estoy tratando a mis pacientes como si fueran objetos	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
6	Siento que trabajar todo el dia con pacientes me cansa	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
7	Siento que atiendo eficazmente los problemas de mis pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
8	Siento que mi trabajo me esta desgastando	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
9	Siento que influyo positivamente en la vida de mis pacientes a travez de mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
10	Siento que me echo mas duro emocionalmete con mis pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
11	Me preocupa que mi trabajo me este endureciendo emocionalmente	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
12	Me siento con mucha energia en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
14	Siento que paso mucho tiempo en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
15	Siento que no me importa lo que les pueda pasar a mis pacientes que atiendo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
16	Siento que trabajar directamente con pacientes me cansa	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
17	Siento que facilmente puedo crear un ambiente agradable en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
18	Me siento muy bien despues de haber atendido a mis pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
20	Me siento al limite de mis posibilidades	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados adecuadamente	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
22	Persivo que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	

Fuente: Arias, Patricia; Castro, Melida. Prevalencia de Burnout 2012
Elaborado por: Marco Campoverde 2016

Medición:

Agotamiento emocional: se sumarán los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización: se sumarán los números con los que ha valorado las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22.

Realización Personal: se sumarán los números con los que ha valorado las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Valoración:

Tabla No 3

Síndrome de burnout, subescalas, número de ítems y clasificación			
	Cansancio emocional	Despersonalización	Falta de realización personal
Valoración	Fatiga emocional por demandas de trabajo	Actitud negativa hacia los pacientes	Insatisfacción personal o profesional
Número de ítems	9	5	8
Clasificación			
Grado bajo	< 19	< 6	> 40
Grado medio	19 a 27	6 a 9	34 a 39
Grado alto	> 27	> 9	< 33
Fuente: CARILLO, Raul. GOMEZ, Karla. "Síndrome de burnout en la práctica médica 2012".			
Elaborado por: Marco Campoverde. 2016.			

Diagnóstico diferencial del Síndrome de Burnout

Es necesario poder establecer plenamente el síndrome del quemado ya que al tener variedad de síntomas debemos diferenciar si este fenómeno es un factor de riesgo laboral o es parte de alguna enfermedad psiquiátrica en el trabajador, a continuación haremos una breve revisión de algunas patologías al respecto.

Trastorno depresivo:

La depresión es una enfermedad cognoscitiva y de actitudes negativas sobre uno mismo, el mundo y el futuro. La autoestima distorsionada constituyen interpretaciones negativas de las experiencias de uno mismo y del futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 2012). La teoría cognoscitiva de Beck propone que los individuos desarrollan conceptos, actitudes y el medio que les rodea en fases tempranas de la vida. El punto clave sería las actitudes del individuo para consigo mismo, el entorno y las perspectivas futuras (JIMENEZ, 2014).

Criterios diagnósticos del trastorno de depresión mayor según el DSM V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría).

A.- Deben estar presentes cinco o más de los siguientes síntomas por dos semanas o más.

1. La mayor parte del día se siente triste, vacío, desesperanzado.
2. Interés disminuido o falta de placer para las actividades diarias.
3. Pérdida marcada de peso, aumento o disminución del apetito.
4. Insomnio o hipersomnia.
5. Retraso psicomotor.
6. Falta de energía, fatiga.
7. Sentimiento de culpabilidad o inutilidad.
8. Disminución de la concentración y toma de decisiones.
9. Pensamientos negativos recurrentes como la muerte, ideas o intentos suicidas

B.- Estos síntomas están causando malestar muy marcado en la salud, en lo laboral, social y otras áreas del individuo.

C.- Que los síntomas no puedan ser atribuidos a patologías orgánicas, efecto de sustancias o cualquier condición médica.

D.- Que no haya trastornos esquizo afectivos, esquizofrenia o trastorno psicóticos

E.- Que no haya episodios maniáticos o hipomaniáticos (JIMENEZ, 2014).

Las investigaciones del síndrome de Burnout lo diferencian de la depresión, en que su patrón de desarrollo y su etiología son diferentes, y aunque el agotamiento emocional tiene una correlación significativa con la depresión, no la tienen las otras dos dimensiones del Burnout: despersonalización y la baja realización personal. (Martínez, 2010). En la depresión el deterioro del sujeto es generalizado, es decir afecta al individuo en su ámbito laboral, familiar, académico, social. Mientras que en el Burnout la disminución en el estado de ánimo es temporal y específico al ámbito laboral. Pese a la gran información sobre el tema, la relación entre depresión y Burnout es compleja, multidireccional y se encuentra aún hoy en día en debate. (ARIAS, 2013).

Distimia:

La APA (American Psychiatric Association) 2003, nos muestra algunos criterios para el diagnóstico de este síndrome: estado depresivo crónico presente en la mayor parte del día de la mayoría de los días por lo menos en 2 años asociado con pérdida o aumento del apetito, insomnio o hipersomnia, falta de energía o fatiga, autoestima baja, falta de concentración, desesperanza. La persona se siente inútil, luego de 2 años con estos síntomas puede sobreañadirse síntomas depresivos mayores. En este síndrome como vemos los síntomas pueden ser también parecidos al burnout pero nuevamente se hace hincapié que la etiología es diferente y sobre todo el burnout se limita al ámbito laboral (ARIAS, 2013).

Síndrome fatiga crónica:

El síntoma principal de esta patología es la fatiga que no es consecuencia a actividad laboral excesiva, no hay mejora con el reposo, empeora con el estrés y secundariamente aparece una discapacidad física o mental,(Barbado et al, 2006), a este enunciado se suman cuatro o más síntomas durante 6 meses consecutivos y que no estaban presentes antes de la aparición de la fatiga: falta de memoria o concentración, faringitis, adenopatías, dolores musculares, artralgias sin inflamación, migrañas, sueño no reparador. El cuadro clínico de este síndrome aparece de forma súbita en un trabajador previamente activo, siendo esta la principal diferencia con el burnout que siempre es de inicio insidioso. Otra diferencia es que la fatiga crónica está relacionado con cuadros virales como mononucleosis infecciosa, fiebre odinodisfagia, síntomas que no están presentes en el burnout (ARIAS, 2013).

Prevención y tratamiento de Síndrome de Burnout

La literatura recomienda la instauración de buenas prácticas laborales, en ese sentido la intervención debe tener tres niveles: primario, secundario y terciario, debiendo ser aplicados en distintos momentos, desde la no presencia de ningún riesgo hasta la existencia de riesgos que pongan en peligro la salud del trabajador. La gestión debe ser la adecuada para una intervención eficiente. A nivel primario lo fundamental es el apoyo social, el manejo de situaciones conflictivas sería un nivel secundario y el nivel terciario en cambio pretende el manejo de la rehabilitación y el tratamiento de los trabajadores que estén diagnosticados claramente con el síndrome del quemado. (MORENO, 2010).

Debemos tener en cuenta que al tratarse de un síndrome el abordaje debe ser multidisciplinario con tratamiento farmacológico según los síntomas: anti depresivos, beta bloqueadores, ansiolíticos, psicoterapia, técnicas de relajación, reorganización del ambiente de trabajo, cambios en el ambiente laboral (ARIAS, 2013).

A continuación vemos una tabla modificada a partir de (Jordan et al, 2003) donde se propone un planteamiento interventivo con enfoque tridimensional.

Tabla No 4

Niveles de intervención sobre el burnout	
Nivel individual	Técnicas de relajación Técnicas de meditación Biofeedback Aplicación e terapia cognitiva conductual Ejercicio físico Entrenamiento en control de tiempo y negociación Programas de atención al empleado
Nivel organizacional	Selección de personal Programas de educación y entrenamiento a empleados Intervención en características físicas y ambientales del trabajo Comunicación adecuada Diseño del trabajo
Nivel interpersonal	Fomento al apoyo entre compañeros Promoción de ajustes entre empleados y ambiente laboral Clarificación de roles Participación de los empleados en los procesos de intervención

Fuente: MORENO, Bernardo. BAEZ Carmen. "Factores y riesgos psicosociales 2010".
Elaborado por : Marco Campoverde 2016

CAPITULO I

DISEÑO METODOLOGICO

El presente trabajo investigativo es un estudio descriptivo de corte transversal mediante el cual se determinó la prevalencia del síndrome de burnout por áreas de trabajo: Administrativo, Médico, Enfermería y Auxiliares (esta área agrupa al personal de laboratorio, farmacia e imágenes) en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016 (la elección del mes de abril para llevar a cabo el estudio no tuvo ninguna particularidad en especial ya que en el Centro de Atención Ambulatorio se trabaja con modalidad de agendas previas, 32 pacientes todos los días del año de lunes a viernes).

Para esto se empleó la escala Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey, en su versión validada en español y se la realizó en forma de encuesta; el cuestionario valora: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (FRP). Además se estudió los factores socio demográficos como: edad, sexo, cargo ocupacional, estado civil, tiempo de servicio, tipo de contrato, con la utilización del cuestionario sociodemográfico y laboral diseñado para esta investigación en formato de encuesta. Para el ausentismo laboral se contó con datos reales obtenidos en el Departamento de Talento Humano IESS POR RESULTADOS (Formulario A04 índice de ausentismo no planificado del personal de salud) del mes de abril del 2016.

Se utilizó medidas de tendencia central y de dispersión para las variables cuantitativas; para las cualitativas la prueba del Chi Cuadrado de Pearson. Para el análisis se consideraron niveles de confianza del 95% ($p < 0,05$).

Por último se propuso un programa de control.

Criterios de Inclusión:

- Personal Administrativo, Médico, Enfermería y Auxiliar del Dispensario Central que firmaron el consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Profesionales que por vacaciones, o por cualquier otro motivo no se encontraron laborando al momento de la recolección de los datos.
- Personal que lleve laborando en el centro menos de tres meses.

Definiciones operacionales:

Tabla No 5

Nombre de la variable	Definición operativa	Dimensión	Indicador	Escala
Edad	Tiempo transcurrido desde la fecha de nacimiento hasta la fecha actual	Tiempo	Años cumplidos	Numérica
Sexo	Conjunto de caracteres que diferencia al macho de la hembra en la especie humana	Biológico	Fenotipo	Masculino Femenino
Estado civil	Situación legal del individuo respecto a su relación de pareja	Legal	Cedula	Unión estable Soltera Casada Divorciada Separada Viuda Unión de hecho Se ignora
Cargo ocupacional	Area en el que el profesional realiza sus actividades laborales	Laboral	Documento habilitante	Administrativo Medico Enfermería Auxiliar (Laboratorio, farmacia , imágenes)
Tiempo de servicio	Tiempo transcurrido desde la firma del contrato laboral hasta la actualidad	Tiempo	Referencia de la persona en la encuesta	< 1 año 1 a 4 años 11 meses 5 a 9 años 11 meses > 10 años
Tipo de relación contractual	Documento legal que indica el tipo de vínculo laboral entre el servidor y el empleador.	Legal	Documento habilitante	Nombramiento definitivo Nombramiento provisional Contrato de servicios ocasionales Contratos indefinidos
Absentismo laboral	Tiempo que el personal no está realizando sus actividades laborales por cualquier motivo no planificado	Laboral	IESS PR Formulario A04 índice de ausentismo no planificado	Sumatoria de todas las horas de ausencia de todas las ausencias no planificadas del personal / sumatoria de todas las horas laborables de todos los trabajadores del establecimiento de salud.

Elaborado por: Marco Campoverde 2016

Universo del estudio:

Todos los servidores del IESS Seguro de Salud C.A.A. Central Cuenca. Según reporte de talento humano fueron 75 profesionales que trabajan en el referido centro hasta la fecha de la investigación.

Muestra:

No se empleó técnica de muestreo, puesto que la población estuvo conformada por el universo.

Técnicas de recolección de datos e instrumentos de medición:

Para la presente investigación se utilizó dos instrumentos de recolección de datos. El primero es el Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales (anexo1), el segundo es el Maslach Burnout Inventory en su versión validada en español (anexo2). También se entregó a cada participante como requisito para ingresar a la investigación la hoja de consentimiento informado que contiene una amplia explicación del propósito del estudio, así como aspectos concernientes a la participación (anexo.3).

El primer cuestionario es un instrumento diseñado por el investigador para la recolección de datos sociodemográficos y laborales contiene 6 preguntas principales y 22 preguntas secundarias, son de selección única y totalmente anónimo. El segundo cuestionario es la escala más utilizada y validada a nivel mundial para el estudio del síndrome de Burnout (según Millan 2009 este cuestionario se utilizó casi en un 90% de los estudios realizados en 2008) la versión utilizada fue la específica para el área de la salud. Este cuestionario está conformado por 22 ítems de selección única, que utilizan una escala de Likert. Esta escala a su vez está conformada por 3 subescalas, con cada uno de los ítems asignados a una de ellas, siendo los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20 de la subescala Agotamiento Emocional, los ítems 5, 10, 11, 15 y 22 correspondientes a la subescala de Despersonalización, y los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21 correspondientes a la subescala de Realización Personal. El total obtenido en la suma de estos ítems de cada una de las subescalas corresponde a un puntaje que permite determinar si hay un nivel bajo, intermedio o alto para cada sub escala, los puntos de corte se hicieron según los datos obtenidos, basándose en lo estipulado por Maslach (1996), en cuanto a que por debajo del percentil 33 se habla de un nivel

bajo, entre los percentiles 33 y 66 se habla de un nivel medio y por encima del percentil 66 se habla de un nivel alto, esto para cada sub escala.

Para el ausentismo laboral se contó con datos reales obtenidos en el Departamento de Talento Humano IESS POR RESULTADOS (Formulario A04 índice de ausentismo no planificado del personal de salud) del mes de Abril del 2016, “protegiendo en todo momento la confidencialidad de esta información”.

La hoja del consentimiento informado elaborado por el investigador explicó claramente los motivos de la investigación, tiene un acuerdo al final donde libre y voluntariamente el participante firmó su participación en la investigación, también firmó el investigador. Se recalca una vez más que ninguno de los formularios de recolección de información contiene datos que pueden identificar al participante. Para el caso del consentimiento informado donde constan los datos personales del participante se procedieron primero a la firma de aceptación de todos los participantes que así lo decidieron, posterior a ello en una segunda fase se entregó a los participantes los cuestionarios de evaluación. Para la recolección de la información contenida en los mismos se hizo en sobre cerrado, visitando cada puesto de trabajo el investigador. De esta manera quedó garantizada la confidencialidad.

Plan de procesamiento y análisis:

Con la información disponible se procedió a su tabulación utilizando el programa Excel 2007 – 2003 y luego fueron analizados en el paquete estadístico SPSS versión 20. Para estimar la prevalencia del síndrome del quemado en el trabajo se siguió el criterio de la escala de Maslach que indica que en las 3 sub escalas la calificación tiene que ser alta, la cual se reportó con su respectivo intervalo de confianza al 95%.

Asociación de variable sociodemográficas con el burnout (Caso Burnout riesgo y normal)

Hablar de individuo quemado desde el punto de vista de la prevención no tiene mucho sentido por lo que basándonos en metodologías encontradas a nivel internacional (Parada et al 2005, Ordenes 2008, López et al 2005, López y Bernal 2002) se adoptó el término “caso burnout riesgo” que es con la población que se debe trabajar en los aspectos preventivos. (ARIAS, 2013)

Para esto se tomó la variable burnout con sus 3 dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal) y se dividió en 3 grupos: 1 quemado, 2 mediano riesgo y 3 bajo riesgo. Los criterios para delimitarlos fueron:

- 1.- quemado: calificación alta en las tres sub escalas
- 2.- mediano riesgo: calificación alta en al menos una de las tres sub escalas
- 3.- bajo riesgo: calificación baja o mediana en todas las sub escalas

Criterio

Para poder hablar de ‘caso’ burnout riesgo se agruparon los individuos quemados con los de mediano riesgo y los de bajo riesgo fueron considerados población normal. De esta manera se logró establecer relación entre las variables sociodemográficas y el burnout.

Las variables fueron descritas calculando las frecuencias simples y relativas. Se realizaron comparaciones entre las características de los entrevistados según hubiesen sido clasificados como burnout o burnout riesgo. Los resultados de las comparaciones de variables se sometieron a pruebas de significancia estadística; para las variables cualitativas se aplicaron la prueba de Chi Cuadrado de Pearson, para las cuantitativas se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión. En ambos análisis se consideró de significativo a un nivel de confianza del 95% ($p < 0,05$). La información fue consolidada en cuadros y gráficos.

Viabilidad del Estudio:

Dada la metodología, el estudio fue factible, ya que la recolección de los datos se realizó en el mismo lugar donde labora el investigador por lo que no representó ninguna dificultad. La recolección de la información demoró 1 mes y 2 meses para el análisis de los mismos y elaboración del informe final La inversión implicó costos de impresión, fotocopios de los cuestionarios, consentimiento informado, compra de unidades de almacenamiento de información digital, que fueron asumidos por el investigador.

Aspectos Éticos:

El presente estudio no presentó ningún riesgo para la salud de los participantes además respetó la confidencialidad de los datos y a su vez cualquier participante tuvo la opción de abandonar el estudio en cualquier momento.

Para la realización del presente estudio se solicitó la respectiva autorización a la Dirección Médica del IESS Seguro de Salud C.A.A. Central Cuenca, a cada participante y la aprobación del protocolo de investigación ante la autoridad en la Universidad del Azuay.

CAPITULO II

Resultados del estudio

Según el departamento de Talento Humano, la nómina de profesionales fue de 75 individuos hasta el mes de Abril del 2016 que representó el 100% del universo. De estos, 2 profesionales se encontraban de vacaciones, 5 profesionales estuvieron realizando tareas fuera del Dispensario central al momento del levantamiento de la información y por último el autor de la investigación al trabajar también en el Dispensario se abstuvo de participar.

En total se obtuvo una participación de 67 profesionales, es decir obtuvimos una tasa de respuesta del 89.33% lo que significa que el porcentaje es suficiente para extrapolar los resultados al resto del universo.

Características de los Participantes

La población analizada tiene una edad promedio de 41 años, con un mínimo de 24 y un máximo de 60 años y una desviación estándar de 10,189.

Dividiendo por percentiles la población de 32 años y menos están en el percentil 25, en el percentil 50 está la población de 39 años y menos, la población de 49 años y menos están en el percentil 75. Esto nos indica que el 25% de la población está sobre los 49 años.

Agrupándolos por grupo de edades vemos que el grupo de 24 a 34 años es el más numeroso con el 32,8 %, seguido del grupo de 35 a 44 años con el 29,9%, a continuación el grupo de 45 a 54 años con el 25,4% y al último el grupo de más de 55 años con el 11,9%

En cuanto al género la población es mayoritariamente femenina con el 76,1% los masculinos representan el 23,9%.

En el estado civil los casados suman el 55,2%, seguido de los solteros con el 22,4%, los divorciados son el 14,9%, a continuación los separados con el 4,5%, por último la unión estable y al unión de echo cada uno con el 1,5%.

Según el cargo que ocupa la mayoría son Médicos con el 43,3%, seguido de los Administrativos con el 22,4%, Enfermería tiene un 19,4% y los auxiliares del proceso es decir personal de farmacia, laboratorio clínico e imágenes son el 14,9%.

En cuanto al tiempo de servicio la mayoría está en el grupo de 1 a 4 años con el 32,8%, luego viene el grupo de más de 10 años con el 23,9%, seguido del grupo de menos de 1 año con el 22,4% y al último el grupo de 5 a 9 años con el 20,9%.

Por último en cuanto a la relación laboral, el nombramiento provisional ocupa el primer puesto con el 37,3%, seguido del nombramiento definitivo con el 35,8%, a continuación está el contrato de servicios ocasionales con el 19,4% y por último el contrato indefinido con el 7,5%.

Características de la población estudiada

Edad		No.	%
	24 - 34 años	22	32,8
	35 - 44 años	20	29,9
	45 - 54 años	17	25,4
	> 55	8	11,9
Sexo		No	%
	Femenino	51	76,1
	Masculino	16	23,9
Estado Civil		No	%
	UNION ESTABLE	1	1,5
	SOLTERO	15	22,4
	CASADO	37	55,2
	DIVORCIADO	10	14,9
	SEPARADO	3	4,5
UNION DE ECHO	1	1,5	
Cargo		No	%
	ADMINISTRATIVO	15	22,4
	MEDICO	29	43,3
	ENFERMERIA	13	19,4
	AUXILIAR	10	14,9
Tiempo de servicio		No	%
	< 1 AÑO	15	22,4
	1 A 4 AÑOS	22	32,8
	5 A 9 AÑOS	14	20,9
	> 10 AÑOS	16	23,9
Tipo de contrato		No	%
	NOMBRAMIENTO DEFINITIVO	24	35,8
	NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	25	37,3
	CONTRATO SERVICIOS OCASIONALES	13	19,4
	CONTRATO INDEFINIDO	5	7,5
Elaborado: por Marco Campoverde 2016			
Fuente: Base de datos			

Resultado de las sub escalas del inventario de Maslach

Agotamiento Emocional

Podemos observar en la tabla 6 la distribución de la frecuencia de la sub escala, “Agotamiento Emocional” que nos indica que el 43,3% de la población tiene puntaje medio seguido del puntaje bajo con el 38,8% y el 17,9% una puntuación alta.

Tabla No. 6

Distribución porcentual y de frecuencias de la sub escala agotamiento emocional en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016					
Agotamiento Emocional					
	Puntaje Sub escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	12	17,9	17,9	17,9
	Medio	29	43,3	43,3	61,2
	Bajo	26	38,8	38,8	100,0
	Total	67	100,0	100,0	
Elaborado por: Marco Campoverde					
Fuente: Base de datos					

Despersonalización

En la tabla 7 observamos que el 44,8% siente despersonalización alto en el trabajo, seguido de un 32,8% que lo siente a un nivel medio y el 22,4 % obtuvo un puntaje bajo en esta sub escala.

Tabla No. 7

Distribución porcentual y de frecuencias de la sub escala despersonalización en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016					
Despersonalización					
	Puntaje Sub escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Alto	30	44,8	44,8	44,8
	Medio	22	32,8	32,8	77,6
	Bajo	15	22,4	22,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	
Elaborado por: Marco Campoverde					
Fuente: Base de datos					

Falta de realización personal

En esta tabla podemos ver que el 49,3% de la población tiene un puntaje medio en cuanto a falta de realización personal seguido de un 37,3% que sacó puntaje alto y el 13,4% es bajo en esta sub escala.

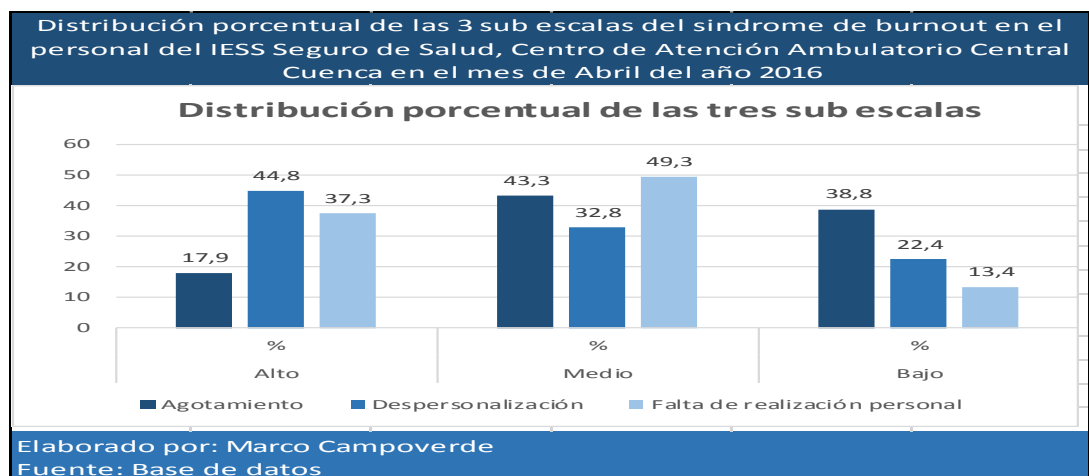
Tabla No. 8

Distribución porcentual y de frecuencias de la sub escala Falta de realización personal en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016					
Falta de realización personal					
Válidos	Puntaje Sub escala	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	Alto	25	37,3	37,3	37,3
	Medio	33	49,3	49,3	86,6
	Bajo	9	13,4	13,4	100,0
	Total	67	100,0	100,0	

Elaborado por: Marco Campoverde
Fuente: Base de datos

En el gráfico 1 representamos la distribución porcentual de las tres sub escalas del síndrome de burnout donde podemos apreciar que la despersonalización es el problema más crítico en nuestra población de estudio ya que el 44,8% obtuvo el puntaje alto. En el puntaje medio la falta de realización personal es la más alta con el 49,3% y en el puntaje bajo el agotamiento emocional es el más alto con el 38,8%.

Gráfico No. 1



Prevalencia del Síndrome de burnout y caso burnout riesgo

El objetivo general de esta investigación fue determinar la prevalencia del burnout en nuestra población de estudio cuyos resultados son los que se aprecia en la tabla 9 vemos que el 9% (DS. 0,623) con intervalo de confianza del 95% están quemados. Pero también vemos que el 53,7% tiene mediano riesgo para burnout y el 37,3% está en bajo riesgo.

Tabla No. 9

Prevalencia del burnout en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016					
		Bournout			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Quemado	6	9,0	9,0	9,0
	Mediano riesgo	36	53,7	53,7	62,7
	Bajo riesgo	25	37,3	37,3	100,0
	Total	67	100,0	100,0	
Elaborado por: Marco Campoverde					
Fuente: Base de datos					

Si recordamos la metodología para decir “caso burnout riesgo”, sumábamos la población quemada más los de mediano riesgo y los de bajo riesgo eran considerados normales obtuvimos la prevalencia de “caso burnout riesgo” como se aprecia en la tabla 10, el 62,7% de la población es burnout riesgo y el 37,3% es normal con una desviación estándar de 0,487 y un intervalo de confianza del 95%.

Tabla No. 10

Prevalencia de "caso burnout riesgo" en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016					
		Caso			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bournout riesgo	42	62,7	62,7	62,7
	Normal	25	37,3	37,3	100,0
	Total	67	100,0	100,0	
Elaborado por: Marco Campoverde					
Fuente: Base de datos					

Asociación de variables sociodemográficas, burnout y caso burnout riesgo

El primer objetivo específico fue determinar la prevalencia del burnout por áreas de trabajo (administrativo, médico, enfermería y auxiliares) la tabla 11 nos indica que los Médicos son los más quemados con el 83,3% y en segundo lugar los Auxiliares con el 16,7%. Al analizar cada área en forma individual vemos que del área Médica el 17,2% de los médicos están quemados. En tanto que en el área de Auxiliares el 10% esta quemado. No hay quemados en el área administrativa ni en enfermería. Para poder indicar si hay relación entre las variables en estudio se procedió con la prueba del Chi-Cuadrado el cual nos indica que no hay significancia estadística.

Tabla No. 11

Distribución porcentual y frecuencia del burnout y áreas de trabajo en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016						
Tabla de contingencia Quemado * Cargo						
		Cargo				Total
		ADMINISTRATIVO	MEDICO	ENFERMERIA	AUXILIAR	
No Quemado	Recuento	15	24	13	9	61
	% dentro de No Quemado	24,6%	39,3%	21,3%	14,8%	100,0%
	% dentro de Cargo	100,0%	82,8%	100,0%	90,0%	91,0%
	Recuento	0	5	0	1	6
	% dentro de Quemado	0,0%	83,3%	0,0%	16,7%	100,0%
	% dentro de Cargo	0,0%	17,2%	0,0%	10,0%	9,0%
Total	Recuento	15	29	13	10	67
	% dentro de	22,4%	43,3%	19,4%	14,9%	100,0%
	% dentro de Cargo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado						0,157
Elaborado por: Marco Campoverde						
Fuente: Base de datos						

En la tabla 12 en cambio vemos la prevalencia de caso burnout riesgo por áreas de trabajo y tenemos que el área Médica presenta un 47,6%, seguido del área Administrativa con el 19%, y en tercer y cuarto puesto las áreas de Enfermería y Auxiliar cada una con el 16,7%. Al analizar cada área por separado vemos que en el área Médica el 69% de los médicos están en riesgo, en la administrativa el 53,3% está en riesgo, en enfermería el 53,8% está en riesgo y en auxiliares el 70% está en riesgo y no existe significancia estadística.

Tabla No. 12

Distribución porcentual y frecuencia de caso burnout riesgo y áreas de trabajo en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016						
Tabla de contingencia Caso * Cargo						
		Cargo				Total
		ADMINISTRATIVO	MEDICO	ENFERMERIA	AUXILIAR	
Burnout riesgo	Recuento	8	20	7	7	42
	% dentro de Caso	19,0%	47,6%	16,7%	16,7%	100,0%
	% dentro de Cargo	53,3%	69,0%	53,8%	70,0%	62,7%
Normal	Recuento	7	9	6	3	25
	% dentro de Caso	28,0%	36,0%	24,0%	12,0%	100,0%
	% dentro de Cargo	46,7%	31,0%	46,2%	30,0%	37,3%
Total	Recuento	15	29	13	10	67
	% dentro de Caso	22,4%	43,3%	19,4%	14,9%	100,0%
	% dentro de Cargo	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado						0,634
Elaborado por: Marco Campoverde						
Fuente: Base de datos						

El segundo objetivo específico fue determinar la prevalencia de síndrome de burnout conforme: edad, sexo, cargo ocupacional, tipo de contrato, estado civil, tiempo de servicio y si esta prevalencia tenía asociación con el absentismo laboral en nuestra población de estudio.

Según Edad.

En la tabla 13 vemos el resultado del burnout comparado con el grupo de edad, de 35 a 44 años obtuvieron el 15% seguido del grupo de 24 a 34 años con el 9,1% y por último el grupo de 45 a 54 años con el 5,9% no hay quemados en el grupo de más de 55 años. El Chi-Cuadrado es de 0,508 así que no hay significancia estadística.

Tabla No. 13

Distribución porcentual y frecuencia del burnout y grupo de edad en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016						
Tabla de contingencia Quemado * Grupo de Edad						
		Grupo de Edad				Total
		24 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años	> 55	
Quemado	Recuento	20	17	16	8	61
	% dentro de Grupo de Edad	90,9%	85,0%	94,1%	100,0%	91,0%
	% dentro de Grupo de Edad	9,1%	15,0%	5,9%	0,0%	9,0%
Total	Recuento	22	20	17	8	67
	% dentro de Grupo de Edad	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de Grupo de Edad					
Prueba del Chi-Cuadrado						0,598
Elaborado por: Marco Campoverde						
Fuente: Base de datos						

En la tabla 14 en cambio vemos la comparación entre caso burnout riesgo y el grupo de edad, en donde el grupo de 35 a 44 años presenta el 38,1% seguido del grupo de 24 a 34 años con el 35,7% en tercer lugar tenemos al grupo de 45 a 54 años con el 21,4% y los mayores de 55 años obtuvieron el 4,8%. Y la prueba del Chi-Cuadrado nos indica que si hay relación estadística IC 95%.

Tabla No. 14

Distribución porcentual y frecuencia de caso burnout riesgo y grupo de edad en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016							
Tabla de contingencia Caso * Grupo de Edad							
			Grupo de Edad				
			24 - 34 años	35 - 44 años	45 - 54 años	> 55	Total
Bournout riesgo	Recuento		15	16	9	2	42
	% dentro de Caso		35,7%	38,1%	21,4%	4,8%	100,0%
Normal	Recuento		7	4	8	6	25
	% dentro de Caso		28,0%	16,0%	32,0%	24,0%	100,0%
Total	Recuento		22	20	17	8	67
	% dentro de Caso		32,8%	29,9%	25,4%	11,9%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado							0,039
Elaborado por: Marco Campoverde							
Fuente: Base de datos							

Según Género.

En la tabla 15, observamos la relación entre burnout y género en donde el género femenino obtuvo un puntaje del 83,3% y el masculino 16,7% pero además vemos que de la población femenina es el 9,8 % que están quemadas y en la población masculina los quemados representan el 6,3%. No hay relación estadística.

Tabla No. 15

Distribucion porcentual y frecuencia de burnout y genero en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016				
Tabla de contingencia Quemado * Género				
		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Quemado	Recuento	15	46	61
	% dentro de Normales	24,6%	75,4%	100,0%
	% dentro de Género	93,8%	90,2%	91,0%
	Recuento	1	5	6
	% dentro de Quemado	16,7%	83,3%	100,0%
	% dentro de Género	6,3%	9,8%	9,0%
Total	Recuento	16	51	67
		23,9%	76,1%	100,0%
		100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado				0,664
Elaborado por: Marco Campoverde				
Fuente: Base de datos				

En la tabla 16 tenemos la distribución de caso burnout riesgo y el género y vemos así mismo que la población femenina obtuvo el 78,6% y los masculinos el 21,4%. Al analizar por separado los géneros en cambio vemos que de toda la población femenina es el 64,7% la que está en riesgo y en la población masculina el riesgo es del 56,3%. La prueba estadística no indica relación entre estas variables.

Tabla No. 16

Distribución porcentual y frecuencia de caso burnout riesgo y genero en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016				
Tabla de contingencia Caso * Género				
		Género		Total
		Masculino	Femenino	
Bournout riesgo	Recuento	9	33	42
	% dentro de Caso	21,4%	78,6%	100,0%
	% dentro de Género	56,3%	64,7%	62,7%
Normal	Recuento	7	18	25
	% dentro de Caso	28,0%	72,0%	100,0%
	% dentro de Género	43,8%	35,3%	37,3%
Total	Recuento	16	51	67
	% dentro de Caso	23,9%	76,1%	100,0%
	% dentro de Género	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado				0,542
Elaborado por: Marco Campoverde				
Fuente: Base de datos				

Según Estado Civil.

La tabla 17 nos muestra la relación entre burnout y el estado civil, vemos que los casados tiene un puntaje del 50% seguido de los solteros con el 33,3% y por último unión estable con el 16,7%, los divorciados, separados y unión de echo no obtuvieron puntajes. Por otra parte vemos que de la población de casados es el 8,1% que están quemados, de los solteros es el 13,3% y de la unión estable es el 100%. El Chi-Cuadrado indica que si hay relación de variables IC 95%.

Tabla No. 17

Distribución porcentual y frecuencia de burnout y estado civil en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016									
Tabla de contingencia Quemado * Estado Civil									
		Estado Civil					UNION DE		Total
		UNION ESTABLE	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	SEPARADO	ECHO		
No Quemado	Recuento	0	13	34	10	3	1	61	
	% dentro de no Quemado	0,0%	21,3%	55,7%	16,4%	4,9%	1,6%	100,0%	
	% dentro de Estado Civil	0,0%	86,7%	91,9%	100,0%	100,0%	100,0%	91,0%	
Quemado	Recuento	1	2	3	0	0	0	6	
	% dentro de Quemado	16,7%	33,3%	50,0%	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Estado Civil	100,0%	13,3%	8,1%	0,0%	0,0%	0,0%	9,0%	
Total	Recuento	1	15	37	10	3	1	67	
	% dentro de Quemado	1,5%	22,4%	55,2%	14,9%	4,5%	1,5%	100,0%	
	% dentro de Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Prueba del Chi-Cuadrado		0,036							
Elaborado por: Marco Campoverde									
Fuente: Base de datos									

En la tabla 18 vemos la distribución de caso burnout riesgo y el estado civil, los casados obtuvieron puntaje del 59,5%, seguido de los solteros con el 21,4%, luego están los divorciados con el 9,5%, los separados con el 7,1% y por último la unión estable con el 2,4%. En el análisis por cada estado vemos que el 100% de los separados están en riesgo de burnout al igual que en la unión estable, los casados el 67,6% están en riesgo seguido de los solteros con el 60% y por último los divorciados tienen el 40% de riesgo. No hay significancia estadística.

Tabla No. 18

Distribución porcentual y frecuencia de caso burnout riesgo y estado civil en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016								
Tabla de contingencia Caso * Estado Civil								
		Estado Civil						
		UNION ESTABLE	SOLTERO	CASADO	DIVORCIADO	SEPARADO	UNION DE ECHO	Total
Burnout riesgo	Recuento	1	9	25	4	3	0	42
	% dentro de Caso	2,4%	21,4%	59,5%	9,5%	7,1%	0,0%	100,0%
	% dentro de Estado Civil	100,0%	60,0%	67,6%	40,0%	100,0%	0,0%	62,7%
Normal	Recuento	0	6	12	6	0	1	25
	% dentro de Caso	0,0%	24,0%	48,0%	24,0%	0,0%	4,0%	100,0%
	% dentro de Estado Civil	0,0%	40,0%	32,4%	60,0%	0,0%	100,0%	37,3%
Total	Recuento	1	15	37	10	3	1	67
	% dentro de Caso	1,5%	22,4%	55,2%	14,9%	4,5%	1,5%	100,0%
	% dentro de Estado Civil	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado								0,245
Elaborado por: Marco Campoverde								
Fuente: Base de datos								

Según Tiempo de Servicio.

La tabla 19 contiene la distribución entre burnout y el tiempo de servicio, observamos que el grupo de 5 a 9 años es donde hay más quemados con el 66,7% seguido del grupo de 1 a 4 años con el 33,3%. Al analizar por grupos vemos que 28,6% de la población del grupo de 5 a 9 años están quemados y el 9,1% están quemados en el grupo de 1 a 4 años. La prueba estadística indica que hay relación entre variables Chi-Cuadrado 0,022 IC 95%.

Tabla No. 19

Distribución porcentual y frecuencia de burnout y tiempo de servicio en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016							
Tabla de contingencia Quemado * Tiempo de servicio							
		Tiempo de servicio					
		< 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	> 10 AÑOS	Total	
No Quemado	Recuento	15	20	10	16	61	
	% dentro de no Quemado	24,6%	32,8%	16,4%	26,2%	100,0%	
	% dentro de Tiempo de servicio	100,0%	90,9%	71,4%	100,0%	91,0%	
Quemado	Recuento	0	2	4	0	6	
	% dentro de Quemado	0,0%	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%	
	% dentro de Tiempo de servicio	0,0%	9,1%	28,6%	0,0%	9,0%	
Total	Recuento	15	22	14	16	67	
	% dentro de Quemado	22,4%	32,8%	20,9%	23,9%	100,0%	
	% dentro de Tiempo de servicio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
Prueba del Chi-Cuadrado							0,022
Elaborado por: Marco Campoverde							
Fuente: Base de datos							

La tabla 20 en cambio nos muestra la distribución entre caso burnout riesgo con el tiempo de servicio, vemos en primer lugar al grupo de 1 a 4 años con el 40,5%, en segundo lugar tenemos al grupo de 5 a 9 años con el 28,6%, luego tenemos al grupo de menos de 1 año con el 19% y por último al grupo de más de 10 años con el 11,9%. En el análisis individual de cada grupo tenemos que en el grupo de 5 a 9 años hay el 85,7% de riesgo burnout, en el grupo de 1 a 4 años el riesgo es del 77,3%, en el grupo de menos de 1 año el riesgo es del 53,3% y por último en el grupo de más de 10 años el riesgo es del 31,3%. Hay relación estadística.

Tabla No. 20

Distribución porcentual y frecuencia de caso burnout riesgo y tiempo de servicio en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016						
Tabla de contingencia Caso * Tiempo de servicio						
		Tiempo de servicio				Total
		< 1 AÑO	1 A 4 AÑOS	5 A 9 AÑOS	> 10 AÑOS	
Bournout riesgo	Recuento	8	17	12	5	42
	% dentro de Caso	19,0%	40,5%	28,6%	11,9%	100,0%
	% dentro de Tiempo de servicio	53,3%	77,3%	85,7%	31,3%	62,7%
Normal	Recuento	7	5	2	11	25
	% dentro de Caso	28,0%	20,0%	8,0%	44,0%	100,0%
	% dentro de Tiempo de servicio	46,7%	22,7%	14,3%	68,8%	37,3%
Total	Recuento	15	22	14	16	67
	% dentro de Caso	22,4%	32,8%	20,9%	23,9%	100,0%
	% dentro de Tiempo de servicio	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado						0,006
Elaborado por: Marco Campoverde						
Fuente: Base de datos						

Según Relación Laboral.

En la tabla 21 tenemos la distribución de burnout y el tipo de contrato laboral, observamos en primer lugar al nombramiento provisional con el 83,3% y en segundo lugar al contrato de servicios ocasionales con el 16,7. Analizando cada tipo de contrato tenemos que en la población que tiene nombramiento provisional el 20% están quemados y en el contrato de servicios ocasionales el 7,7% están quemados. No hay significancia estadística.

Tabla No. 21

Distribución porcentual y frecuencia de burnout y tipo de contrato en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016						
Tabla de contingencia Quemado * Tipo de contrato						
		Tipo de contrato				
		NOMBRAMIENTO DEFINITIVO	NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	CONTRATO SERVICIOS OCASIONALES	CONTRATO INDEFINIDO	Total
No Quemado	Recuento	24	20	12	5	61
	% dentro de no Quemado	39,3%	32,8%	19,7%	8,2%	100,0%
	% dentro de Tipo de contrato	100,0%	80,0%	92,3%	100,0%	91,0%
Quemado	Recuento	0	5	1	0	6
	% dentro de Quemado	0,0%	83,3%	16,7%	0,0%	100,0%
	% dentro de Tipo de contrato	0,0%	20,0%	7,7%	0,0%	9,0%
Total	Recuento	24	25	13	5	67
	% dentro de Quemado	35,8%	37,3%	19,4%	7,5%	100,0%
	% dentro de Tipo de contrato	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado						0,085
Elaborado por: Marco Campoverde						
Fuente: Base de datos						

La tabla 22 representa la distribución entre caso burnout riesgo y el tipo de contrato laboral, la información obtenida es que el nombramiento provisional obtuvo el 50% de riesgo, seguido del nombramiento definitivo con el 28,6%, en tercer puesto está el contrato de servicios ocasionales con el 19% y al último el contrato indefinido con el 2,4%. Al análisis individual de cada tipo de contrato vemos que en el nombramiento provisional el 84% de la población tiene riesgo de burnout, en el contrato de servicios ocasionales el 61,5% de la población tiene riesgo, en el nombramiento definitivo hay 50% de riesgo y en el contrato indefinido el 20% tiene riesgo. La prueba del Chi-Cuadrado indica relación estadística 0,015 IC 95%.

Tabla No. 22

Distribución porcentual y frecuencia de caso burnout riesgo y tipo de contrato en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016						
Tabla de contingencia Caso * Tipo de contrato						
		Tipo de contrato				
		NOMBRAMIENTO DEFINITIVO	NOMBRAMIENTO PROVISIONAL	CONTRATO SERVICIOS OCASIONALES	CONTRATO INDEFINIDO	Total
Burnout riesgo	Recuento	12	21	8	1	42
	% dentro de Caso	28,6%	50,0%	19,0%	2,4%	100,0%
	% dentro de Tipo de contrato	50,0%	84,0%	61,5%	20,0%	62,7%
Normal	Recuento	12	4	5	4	25
	% dentro de Caso	48,0%	16,0%	20,0%	16,0%	100,0%
	% dentro de Tipo de contrato	50,0%	16,0%	38,5%	80,0%	37,3%
Total	Recuento	24	25	13	5	67
	% dentro de Caso	35,8%	37,3%	19,4%	7,5%	100,0%
	% dentro de Tipo de contrato	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado						0,015
Elaborado por: Marco Campoverde						
Fuente: Base de datos						

Según Ausentismo Laboral.

La tabla 23 muestra la relación entre burnout y el ausentismo laboral, vemos que el 95% del ausentismo pertenece al grupo de los no quemados y solo el 5% de la población quemada se ausentó en el mes de Abril. La prueba es de 0,460 por lo que no hay significancia estadística.

Tabla No. 23

Distribución porcentual y frecuencia de burnout y ausentismo en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016				
Tabla de contingencia Quemado * Ausentismo				
		Ausentismo		Total
		No	Ausentismo	
No Quemado	Recuento	42	19	61
	% dentro de no Quemado	68,9%	31,1%	100,0%
	% dentro de Ausentismo	89,4%	95,0%	91,0%
	Recuento	5	1	6
Quemado	% dentro de Quemado	83,3%	16,7%	100,0%
	% dentro de Ausentismo	10,6%	5,0%	9,0%
	Recuento	47	20	67
Total	% dentro de Quemado	70,1%	29,9%	100,0%
	% dentro de Ausentismo	100,0%	100,0%	100,0%
	Prueba del Chi-Cuadrado			0,460
Elaborado por: Marco Campoverde				
Fuente: Base de datos				

Por último tenemos la tabla 24 que muestra la relación entre caso burnout riesgo y el ausentismo y observamos que en la población con diagnóstico de burnout riesgo el 28,6% se ausentó, mientras que en la población con diagnóstico normal fue el 32% quienes se ausentaron. Pero si solo observamos el ausentismo, vemos que el 60% de los que faltaron tienen diagnóstico de burnout riesgo y el 40% fueron de población normal. No hay significancia estadística.

Tabla No. 24

Distribución porcentual y frecuencia de caso burnout riesgo y ausentismo en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca en el mes de Abril del año 2016				
Tabla de contingencia Caso * Ausentismo				
		Ausentismo		Total
		No	Ausentismo	
Bournout riesgo	Recuento	30	12	42
	% dentro de Caso	71,4%	28,6%	100,0%
	% dentro de Ausentismo	63,8%	60,0%	62,7%
Normal	Recuento	17	8	25
	% dentro de Caso	68,0%	32,0%	100,0%
	% dentro de Ausentismo	36,2%	40,0%	37,3%
Total	Recuento	47	20	67
	% dentro de Caso	70,1%	29,9%	100,0%
	% dentro de Ausentismo	100,0%	100,0%	100,0%
Prueba del Chi-Cuadrado				0,767
Elaborado por: Marco Campoverde				
Fuente: Base de datos				

CAPITULO III

Programa de intervención.

Como tercer y último objetivo específico se planteó un plan de intervención como propuesta para el manejo del síndrome tomando como grupo prioritario al 9% de la población que tiene diagnóstico de burnout y el cual se expone a continuación.

A la par del conocimiento del síndrome de burnout los investigadores han tratado de desarrollar programas para controlar y minimizar sus riesgos en la población tratando de que el ambiente laboral sea el más adecuado. Sin embargo tradicionalmente se refiere que el burnout es un problema individual y muchos trabajos han encaminado sus esfuerzos a tratar a la persona, cuando actualmente se sabe que el principal problema reside en el entorno del trabajo y su organización. (FIDALGO, 2009)

El programa de intervención se puede diseñar en tres niveles de actuación es decir haciendo una clasificación orientativa a nivel organizativo, interpersonal o grupal y por ultimo a nivel individual como lo podemos ver en el siguiente cuadro esquemático.

Tabla No. 25

Nivel de actuación	Acciones
Nivel organizativo	<p>Identificación y evaluación de riesgos psicosociales.</p> <p>Diseñar programas que acople de forma adecuada el trabajo individual con los objetivos de la empresa o lugar de trabajo.</p> <p>Tener mecanismo de retroalimentación de las actividades y resultados laborales.</p> <p>Promover trabajo en equipo.</p> <p>Formación y capacitación continua.</p> <p>Descentralizar la toma de decisiones y aumentar la independencia y autonomía laboral.</p> <p>Disponer de profesiogramas y análisis de puesto de trabajo claros evitando ambigüedades.</p> <p>Tener claro los roles de autoridad, definición de competencias y responsabilidad.</p> <p>Regular la carga laboral adecuarla.</p> <p>Disponer de canales efectivos de comunicación (doble vía) promover la participación de la gente en la organización.</p> <p>Evitar la competitividad y fomentar la colaboración.</p> <p>Fomentar la flexibilidad de horarios.</p> <p>Promover la estabilidad y seguridad del empleo.</p> <p>Facilitar de las herramientas adecuadas a los trabajadores para garantizar un buen trabajo.</p>
Nivel interpersonal	<p>Fomentar vínculos sociales en los trabajadores, evitando el aislamiento y fortaleciendo el apoyo y la cooperación grupal.</p> <p>Tener grupos de apoyo para analizar el trabajo.</p> <p>Disponer de profesionales con habilidades sociales que gestionen al grupo en este sentido.</p> <p>Establecer un sistema laboral participativo y democrático.</p> <p>Consolidar el trabajo grupal.</p>
Nivel individual	<p>Programas de inducción y capacitación</p> <p>Diversificar las tareas y rotación en las mismas.</p> <p>Identificar y proteger al personal que afronta situaciones de estrés.</p> <p>Cursos sobre identificación y enfrentamiento de los problemas.</p> <p>Programas en manejo de ansiedad, estrés y la relación con el cliente.</p> <p>Rotación del personal y mejoramiento del ambiente de trabajo.</p> <p>Programas para auto supervisión profesional.</p> <p>Capacitar y desarrollar habilidades en comunicación y negociación.</p> <p>Trabajo de retroalimentación en cuanto al fin de tareas.</p>
<p>Fuente: FIDALGO, Manuel. NTP705, 2009 Elaborado por: Marco Campoverde 2016</p>	

Intervención ante la amenaza del síndrome de burnout

Debemos entender que no existe técnica alguna capaz de tratar de forma efectiva el burnout, lo que habitualmente se usa son modelos con varios componentes integrados de forma complementaria, de todas maneras cualquier técnica de tratamiento para el estrés es una práctica válida de intervención. (FIDALGO, 2009)

A continuación se presenta el plan de intervención por niveles de actuación.

Nivel Organizativo

El primer nivel de intervención que es el organizativo es el encargado de identificar y evaluar los riesgos psicosociales para luego establecer las medidas correctivas oportunas de prevención.

Tabla No. 26

		Nivel Organizacional						
Fecha	Componente	Actividad	Objetivo	Metodología	Acciones	Etapas	Contenidos	Responsable
Por definir	Organización del trabajo	El ambiente laboral	Conocer la legislación vigente (2393) Reglamento de seguridad y salud de los trabajadores y medio ambiente	Taller	Conocer la legislación de salud y seguridad en el trabajo. Evaluar los conocimientos adquiridos. Retroalimentación	Gestión Administrativa	Condiciones generales de los centros de trabajo	Talento Humano Salud y Seguridad
		Diseño de procesos	Conocer y entender los procesos y subprocesos del lugar de trabajo (objetivos, metodologías responsables, etc.)	Procedimientos	Identificar plenamente cada actividad laboral mediante el diseño de los procesos	Gestión Administrativa	Análisis de procesos. Flujogramas	Gerencia Talento Humano Salud y Seguridad Dueños de procesos
		Estructura Organizacional	Conocer e identificar plenamente los puestos y roles laborales	Taller Capacitación Inducción	Se busca tener muy clara la organización del trabajo, responsables y sus funciones	Gestión Administrativa	Los Roles de autoridad. Conflictos y ambigüedad del rol. Asignación y negociación de roles.	Gerencia Talento Humano Salud y Seguridad Dueños de procesos
		Enriquecimiento y flexibilidad laboral	Conocer y entender la tendencia actual de la organización del trabajo	Capacitación	Aprendizaje sobre los temas. Retroalimentación	Gestión Técnica Gestión del Talento Humano	Flexibilidad de horarios. Elección de turnos de trabajo. Identidad del trabajador con el puesto de trabajo. Autonomía. Satisfacción laboral. Calidad de trabajo. Definición de competencia y responsabilidad. Estabilidad y seguridad laboral.	Talento Humano Salud y Seguridad
		Planes de carrera e intervención	Disponer de planes adecuados de promoción y asenso laboral	Procedimientos Capacitación Talleres	Diseño y Aplicación	Gestión Técnica Gestión del Talento Humano	Plan de carrera e incentivos. Programas de educación en el trabajo. Programas para facilitar la progresión en la carrera. Estilos de dirección participativos.	Talento Humano Salud y Seguridad

Fuente: PARRAGA, Jose. "Eficacia del programa IRIS 2005".
Elaborado por: Marco Campoverde 2016

Nivel Interpersonal o grupal

A nivel grupal las estrategias están encaminadas a fomentar habilidades sociales y el apoyo en el trabajo, se ha demostrado que la solidaridad incrementa la realización personal, disminuye el agotamiento emocional y las actitudes negativas.

Tabla No. 27

Nivel Interpersonal								
Fecha	Componente	Actividad	Objetivo	Metodología	Acciones	Etapas	Contenidos	Responsable
Por definir	Estrategia Interpersonal o grupal	Reuniones de discusión de los equipos de trabajo	Mejorar la comunicación entre los miembros	Reuniones Talleres	Conocimiento de eventos traumáticos. Liberación de sentimientos y molestias. Intercambio de ideas. Resultados negativos en el trabajo.	Identificación de estresores. Diagnostico de problemas. Medición. Evaluación. Plan de intervención	Programa de recuperación acelerada "desgaste por empatía". Técnicas de comunicación "entrenamiento en asertividad". Técnicas de autocontrol.	Talento Humano
		Trabajo en equipo	Planificar el trabajo en forma conjunta	Reuniones Talleres	Fortalecimiento de los vínculos sociales en los trabajadores. Apoyo grupal. Consolidar la dinámica grupal. Democratización del trabajo. Personalización de las tareas. Flexibilidad laboral. Toma de decisiones.	Diseño Planificación Ejecución Retroalimentación	Trabajo en equipo (posibilidades y realidades). El beneficio común. Cultura del trabajo en equipo. Eficacia de los equipos de trabajo. El conflicto y los límites en la relación con el entorno.	Talento Humano
		Entrenamiento e información	Dotar de la información y entrenamiento necesario sobre el lugar de trabajo a los empleados nuevos	Inducción Capacitación	Explicación de las funciones del puesto de trabajo y el ambiente laboral	Inicio	Información general (política, Misión, Visión). Información específica del puesto de trabajo	Talento Humano
		Actividades físicas y deportivas	Liberar el estrés y las tensiones a través de actividades recreacionales y deportivas	Campeonatos deportivos Paseos de integración Campamentos de apoyo	A través de la actividad física y deportiva desarrollar sentimientos de apoyo y solidaridad colectiva	Identificación Evaluación Intervención Retroalimentación	El deporte y su enfoque solidario. Entendiendo la competitividad.	Talento Humano

Fuente: PARRAGA, José. "Eficacia del programa IRIS 2005".
Elaborado por: Marco Campoverde 2016

Nivel Individual

A este nivel la estrategia se concentra en atacar el estrés dotando al trabajador de herramientas para el manejo de sus emociones.

Tabla No. 28

Nivel Individual								
Fecha	Componente	Actividad	Objetivo	Metodología	Acciones	Etapas	Contenidos	Responsable
Por definir	Estrategia Individual	Gestión de las emociones	Adquirir las destrezas necesarias para el manejo de emociones	Talleres Capacitación	Adquisición de estrategias individuales encaminadas a controlar el estrés, mediante la utilización de técnicas par el manejo de emociones.	Identificación Evaluación Intervención Retroalimentación	Entrenamiento para expresión de emociones. Manejo de sentimientos de culpa. Entrenamiento en relajación. Técnicas de meditación. El sentido del humor.	Talento Humano
		Estrés y autocontrol	Adquirir las destrezas necesarias para el manejo de emociones	Talleres Capacitación	Manejo de técnicas cognitivas y de autocontrol.	Identificación Evaluación Intervención Retroalimentación	Técnica de reestructuración cognitiva basada en la terapia racional evolutiva de Ellis. Entrenamiento en resolución de problemas. Entrenamiento en habilidades de comunicación interpersonal.	Talento Humano
		Asistencia al trabajador	Asistir oportunamente al trabajador que presente síntomas de estrés y tensión	Programas de asistencia	Identificar personal en riesgo o vulnerable. Asistencia ante conflictos en la parte laboral, personal, marital, familiar o legal. Consejería.	Diagnostico Ejecución Evaluación Seguimiento	Temas personales. Estrés laboral. Temas de relaciones sentimentales. Acoso. Abuso de sustancias. Equilibrio trabajo y familia. Financiero o legales. Violencia intrafamiliar.	Talento Humano

Fuente: PARRAGA, José. "Eficacia del programa IRIS 2005".
Elaborado por: Marco Campoverde 2016

CAPITULO IV

Discusión

El presente trabajo investigativo fue llevado a cabo en todo el personal que labora en el Centro de Atención Ambulatoria Central Cuenca para poder observar el comportamiento del síndrome de burnout en los diferentes profesionales (área técnica y área administrativa).

Indicamos que hubo una buena participación y apertura de parte de la población y esto se vio reflejado en la tasa de participación que fue del 89,33%, el 11% que no participó fue por motivos de vacaciones o que se encontraban realizando otras actividades fuera del dispensario y no expresa una negativa al estudio.

Al tratarse de una población todos profesionales no hubo inconvenientes con las preguntas y/o respuestas a las encuestas, todas fueron correctamente contestadas no existió preguntas en blanco o con doble respuesta lo que facilitó el trabajo de la tabulación y el análisis.

Iniciamos la discusión indicando que tenemos una población de adultos jóvenes con un promedio de edad de 41 años. También nuestra población mayoritariamente es femenina 76,1%, la mayoría son casados 55,2%. Al ser un centro de atención en salud obviamente la mayor parte de población son médicos 43,3%. De acuerdo al tiempo de servicio la mayoría está en el grupo de 1 a 4 años 32,8% y por último de acuerdo al tipo de contrato laboral la mayoría tienen nombramiento provisional 37,3%.

Se empezó haciendo un análisis de los resultados del síndrome de burnout en forma individual cada uno de los tres espacios que lo conforman es decir (agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal).

En cuanto al agotamiento emocional la mayoría de la población es decir el 43,3% obtuvo calificación media y solo el 17,9% obtuvo calificación alta, es decir el agotamiento emocional no sería la dimensión problema dentro del burnout en la población.

Pero si miramos la dimensión de despersonalización, la población obtuvo mayoritariamente una calificación alta 44,8%, seguido de una calificación media el 32,8%. Entonces estamos frente a la dimensión problema en nuestra población de estudio, la despersonalización.

La falta de realización personal al igual que el agotamiento emocional no es una dimensión problema ya que el 49,3% obtuvo calificación media y el 37,3% obtuvo calificación alta.

Obviamente esto no quiere decir que no hay que tomar en cuenta las otras dimensiones, sobre todo si vemos que las calificaciones de mediano riesgo son altas también, sino más bien esto nos servirá al momento de realizar un plan de acción para saber que la despersonalización es el punto más álgido en nuestra población y sobre el que hay que actuar de manera inmediata.

En cuanto a la prevalencia del burnout, el estudio demuestra que tenemos un 9% de la población que está quemada, es decir obtuvieron un puntaje alto en las tres dimensiones que forman el síndrome de burnout.

Aquí hay algunos puntos a discutir primero que según las autoras del MBI (Maslach Burnout Inventory) citado por Ferrero y Martins (2011), Greut et al (2007) se considera burnout aquella persona con calificación alta en las tres dimensiones. Pero la necesidad de identificar a personas en riesgo para evitar que estas caigan en burnout y desarrollar a tiempo planes de acción preventivo se ha visto la necesidad de hablar de “caso burnout riesgo” (Parada et al 2005, Ordenes 2008, López et al 2005, López y Bernal 2002). (ARIAS, 2013)

Considero que es más conveniente hablar de caso burnout riesgo y no solo de caso burnout cuando ya tenemos una población quemada en el trabajo, ya que es con la población en riesgo que podemos trabajar en acciones encaminadas a evitarlo. Es por eso que pese a que los objetivos de la investigación fueron analizar el burnout con las distintas variables sociodemográficas, se realizó también en paralelo el análisis de “caso burnout riesgo” con las variables sociodemográficas y cuyos resultados los discutimos a continuación.

La prevalencia de burnout es del 9% que de por sí ya es alto y debería obligar a tomar acciones a nivel organizativo de manera inmediata. Más aún si vemos la

prevalencia de burnout riesgo que aumenta a cifras del 62,7% en la población estudiada.

Al analizar el burnout y burnout riesgo con áreas de trabajo la más afectada fue el área médica con el 83,3% y 47,6% respectivamente pero no hubo correspondencia estadística.

En cuanto a la edad tanto burnout y burnout riesgo coincidieron con mayoría en el grupo de 35 a 44 años, pero solo el burnout riesgo tuvo significancia estadística.

Con respecto al género, burnout y burnout riesgo la mayoría es población femenina esto no quiere decir que el síndrome afecte más a las mujeres ya que las muestras no fueron homogéneas con más del 70% de la población femenina por eso se observa que no hubo significancia estadística.

En lo que respecta al estado civil, burnout y caso burnout riesgo obtuvieron mayoría en los casados con el 50% y 59,5% respectivamente pero solo el burnout obtuvo significancia estadística.

Al hablar de tiempo de servicio el burnout obtuvo mayoría en el grupo de 5 a 9 años de servicio con el 66,7% y con significancia estadística. Para burnout riesgo la mayoría estuvo en el grupo de 1 a 4 años con el 40,5% igualmente con significancia estadística.

En cuanto al tipo de relación laboral tanto burnout y burnout riesgo obtuvieron mayoría en el grupo de nombramiento provisional con el 83,3% y 50% respectivamente pero se demostró significancia estadística solo con el grupo de burnout riesgo.

Por último tenemos el ausentismo laboral que obtuvo una tasa del 29,9% (DS. 0,461). La relación entre burnout con el ausentismo laboral no parece estar tan claro en el estudio ya que solo 1 persona que representa el 5% del total de las ausencias en el mes de abril es del grupo con diagnóstico de burnout, aunque el Chi cuadrado no nos dio significancia estadística. En cuanto al caso burnout riesgo y el ausentismo vemos que del total que faltaron en abril el 60% corresponden al grupo burnout riesgo y el 40% al grupo de normal. Pero solo en el grupo de los burnout riesgo los que faltaron representaron el 28,6% igual sin significancia estadística.

Conclusiones

Hablando de los tres espacios que mide el Maslach Inventory, en el estudio la despersonalización es el espacio más afectado, ya que el 44,8% de la población obtuvo calificación alta.

En cuanto a la prevalencia del burnout en nuestro estudio como objetivo general, tenemos que fue del 9% es decir 6 profesionales en el dispensario central están quemados. Pero el porcentaje se incrementa dramáticamente al 62,7% cuando analizamos como caso burnout riesgo.

En lo que respecta a la determinación de síndrome de burnout según áreas de trabajo como primer objetivo específico, obtuvimos que el área Médica es la más quemada con el 83,3 %, y en segundo lugar el área Auxiliar con el 16,7% sin que exista significancia estadística. En cuanto a la prevalencia de caso burnout riesgo por áreas de trabajo así mismo el área Médica es la más afectada con el 47,6% pero aquí aparecen afectadas áreas que no lo estaban en el burnout y vemos que el área Administrativa presenta un 19% el área de Enfermería con el 16,7% y el área Auxiliar con el 16,7% también, pero sin existir correlación estadística.

Respecto al síndrome y su relación con las diferentes variables sociodemográficas y laborales como segundo objetivo específico, las que tuvieron significancia estadística fueron: La edad cuyo grupo de mayor riesgo es el de 35 a 44 años pero hubo significancia solo con caso burnout riesgo. En estado civil, los casados son los más vulnerables, pero se obtuvo significancia solo con burnout. En tiempo de servicio, el grupo más vulnerable en relación con burnout es el de 5 a 9 años y lo que respecta a caso burnout riesgo, el grupo más vulnerable es el de 1 a 4 años, será que en pocos años este grupo este quemado? Por último en relación laboral el nombramiento provisional tuvo significancia estadística con el burnout riesgo.

En lo que respecta al ausentismo la tasa en el mes de Abril fue del 29,9% no hubo significancia estadística entre esta variable con el burnout que refleja que solo el 5% de la población quemada faltó en el mes de Abril. Por ultimo cuando analizamos caso burnout riesgo el 60% de los que faltaron pertenecen a este grupo pero de igual manera no se obtuvo correlación estadística.

Como tercer objetivo y último punto se diseñó un plan de acción tomando en cuenta los tres niveles de actuación: a nivel organizativo, interpersonal y grupal, poniendo

en consideración como grupo focal prioritario al 9% de la población que tiene diagnóstico de burnout.

Recomendaciones

Al momento de realizar el estudio se evidenció un bajo conocimiento de este síndrome sus síntomas y consecuencias en la población, por lo que sería muy importante socializarlo, implementar espacios de educación respecto al tema y dar a conocer planes o métodos preventivos.

Otro aspecto importante sería la capacitación de los profesionales en el burnout para que tengan el conocimiento necesario para un abordaje temprano ante situaciones relacionadas con este síndrome.

Al encontrar que la población quemada es del 9% podría ser este el grupo focal prioritario con el que se debería trabajar de forma inmediata para revertir esta situación tanto en el plano psicológico, biológico y laboral.

Implementar programas encaminados a la prevención del síndrome como el plan que se ha sugerido en esta investigación o cualquier otro, pero que sean ejecutados y mantenidos en el tiempo para a futuro poder medir resultados y que sean objeto de próximas investigaciones.

Por último se recomendaría una verdadera línea de comunicación, una doble vía entre las autoridades y los servidores para que las decisiones no se perciba que ha sido tomadas unilateralmente y que son impuestas, sino que haya una negociación y consenso y que se considere lo que pueden aportar los trabajadores que dicho sea de paso es muy valioso.

Bibliografía

1. ARIAS, P. C. (2013, 01 01). *www.binasss.sa.c*. Retrieved 04 30, 2015, from *www.binasss.sa.c*: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis38.pdf>
2. ATANCE, J. C. (1997, Mayo 01). <http://scielo.isciii.es/>. Retrieved 04 24, 2015, from <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n3/burnout.pdf>.
3. AVEIGA, M. (2014, 12 09). <http://repositorio.uta.edu.ec/>. Retrieved 05 01, 2015, from <http://repositorio.uta.edu.ec/>: <http://repositorio.uta.edu.ec/>
4. BALNCANFORT, X. M. (2009). "*Estudio sobre la Salud de los residentes de Cataluña*". Cataluña: Fundacion Galatea.
5. BRITO, J. P. (2012, 01 01). <http://dspace.ucuenca.edu.ec>. Retrieved 04 28, 2015, from <http://dspace.ucuenca.edu.ec>: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/3518/1/MED144.pdf>
6. CARRILLO, R. G. (2012, 06 28). <http://www.medigraphic.com/>. Retrieved 04 27, 2015, from <http://www.medigraphic.com/>.
7. FIDALGO, M. (2009, 01 01). www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/Ficheros/.../ntp_705.pdf. Retrieved from www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/Ficheros/.../ntp_705.pdf: www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/.../NTP/Ficheros/.../ntp_705.pdf
8. GAMBOA, M. H. (2013, 01 01). <http://www.medigraphic.com/>. Retrieved 04 27, 2015, from <http://www.medigraphic.com/>.
9. GARCES, A. (2014). <http://www.bdigital.unal.edu.co/>. Retrieved 04 15, 2015, from <http://www.bdigital.unal.edu.co/>.
10. GARCIA, M. I. (2010). "*Carga Mental y Trabajo*". Madrid: Blanca Impresore.
11. GILMONTE, P. (2010). "*Situación actual y perspectiva de futuro en el estudio de estres laboral*". Valencia: Universidad de Valencia.

12. GRAU, A. F. (2009). *"Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español (2007)"*. Madrid: issn.
13. GUILLEN, J. (1999, 03 01). <http://www.sanipe.es/>. Retrieved 04 27, 2015, from <http://www.sanipe.es/>.
14. JIMENEZ, A. C. (2014, 02 01). <http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/>. Retrieved from <http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co/>: http://bibliotecadigital.usbcali.edu.co:8080/jspui/bitstream/10819/2279/1/Guia_Colaboradores_Depresion_Jimenez_2014.pdf
15. MORENO, B. B. (2010). *"Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias medidas y buenas practicas"*. Madrid: UAM.
16. MORENO, B. B. (2010). *"Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas"*. Madrid: Madrid.
17. Organizacion internacional del Trabajo. (2005). *Informacion sobre Seguridad en el Trabajo*. Ginebra.
18. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS/OMS). (2007). *"La equidad en la mira: la salud pública en Ecuador durante las últimas décadas"*. Quito.
19. ORTIZ, V. (2014). <http://ri.uaemex.mx/>. Retrieved 04 15, 2015
20. PARRAGA, J. M. (2006, 01 01). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>. Retrieved from <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=595>
21. QUIROZ, A. (2013, 01 01). <http://repositorio.ug.edu.ec/>. Retrieved 05 01, 2015, from <http://repositorio.ug.edu.ec/>: <http://repositorio.ug.edu.ec/>
22. RAMOS, S. T. (2011, Noviembre). <http://dspace.unach.edu.ec/>. Retrieved 04 15, 2015
23. REYES, A. M. (2012, 06 01). <http://bases.bireme.br>. Retrieved 04 28, 2015, from <http://bases.bireme.br>: <http://bases.bireme.br/cgi->

bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILA
CS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=699537&indexSearch=ID

24. SANCHEZ, D. (2013). *http://sisbib.unmsm.edu.pe/*. Retrieved 04 15, 2015, from *http://sisbib.unmsm.edu.pe/*.
25. SECPAL. (2008). *"Guia de prevencion de Burnout para profesionales de cuidados paliativos"*. Madrid: ARAN.

Anexos:



**IESS Seguro de Salud C.A.A. Central Cuenca
Simón Bolívar y Presidente Borrero**

Cuestionario de datos sociodemográficos y laborales

**Prevalencia del burnout y principales factores asociados en el personal del
IESS Seguro de Salud C.A.A. Central Cuenca Abril 2016.**

Instrumento para la recolección de datos sociodemográficos y laborales.

**Instrucciones: Responda las siguientes preguntas con números o marcando
con una equis (selección única) según corresponda en cada caso. Si tiene
alguna duda no dude en preguntar.**

Edad (años cumplidos): _____

Genero:

1. Masculino
2. Femenino

Estado Civil:

1. Unión estable
2. Soltero
3. Casado
4. Divorciado
5. Separado
6. Viudo
7. Unión de echo
8. Se ignora

Cargo Ocupacional:

1. Administrativo
2. Medico
3. Enfermería
4. Auxiliar (Laboratorio, farmacia, imágenes)

Tiempo de servicio en el dispensario:

1. < 1 año
2. 1 a 4 años 11 meses
3. 5 a 9 años 11 meses
4. > 10 años

Tipo de contrato

1. Nombramiento definitivo
2. Nombramiento provisional
3. Contrato de servicios ocasionales
4. Contrato indefinido

Muchas gracias por su colaboración

IESS Seguro de Salud C.A.A. Central Cuenca 2016

Simón Bolívar y Presidente Borrero

Cuestionario 2: Inventario de Burnout de Maslach

Por favor, señale solo una respuesta sobre la frecuencia con que usted se siente identificado

Cuestionario Maslach para medir el burnout version validada al castellano		
1	Me siento defraudado en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
2	Me siento agotado al termino de mi jornada laboral	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
3	Cuando me levanto por la mañana para ir al trabajo me siento agotado	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
4	Siento que me es facil atender a los pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
5	Siento que estoy tratando a mis pacientes como si fueran objetos	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
6	Siento que trabajar todo el dia con pacientes me cansa	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
7	Siento que atiendo eficazmente los problemas de mis pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	

8	Siento que mi trabajo me esta desgastando	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
9	Siento que influyo positivamente en la vida de mis pacientes a travez de mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
10	Siento que me echo mas duro emocionalmete con mis pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
11	Me preocupa que mi trabajo me este endureciendo emocionalmente	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
12	Me siento con mucha energia en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
14	Siento que paso mucho tiempo en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
15	Siento que no me importa lo que les pueda pasar a mis pacientes que atiendo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
16	Siento que trabajar directamente con pacientes me cansa	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
17	Siento que facilmente puedo crear un ambiente agradable en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
18	Me siento muy bien despues de haber a tendido a mis pacientes	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
20	Me siento al limite de mis posibilidades	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados adecuadamente	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	
22	Persivo que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	
	1 Nunca lo siento	4 Solo algunas veces a la semana
	2 Solo algunas veces al año	5.- Siento diariamente
	3 Solo algunas veces al mes	

Fuente: Arias, Patricia; Castro, Melida. Prevalencia de Burnout 2012

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PREVALENCIA DEL BURNOUT Y PRINCIPALES FACTORES ASOCIADOS EN EL PERSONAL DEL IESS SEGURO DE SALUD CENTRO DE ATENCION AMBULATORIO CENTRAL CUENCA, ABRIL 2016.

INVESTIGADOR: DR. MARCO CAMPOVERDE ORTIZ

E MAIL: Ludeno2005@hotmail.com

1.- EXPLICACION AL PARTICIPANTE.

El presente documento es un CONSENTIMIENTO INFORMADO a través del cual se le hace una invitación a participar en esta investigación. Este estudio trata sobre el Síndrome de Burnout, también conocido como de desgaste laboral que afecta a los trabajadores de distintas disciplinas y se caracteriza por la presencia de agotamiento emocional, conductas frías hacia los pacientes y sentimientos de baja realización personal. El presente estudio pretende determinar la prevalencia de Burnout en el IESS Seguro de Salud Centro de Atención Ambulatorio, Central Cuenca y los principales factores asociadas. Se le invita a usted porque es parte del personal de este centro, que conforma la población que pretendemos estudiar Su participación durará aproximadamente unos 30 a 40 minutos que le toma leer este documento, aclarar sus inquietudes y de aceptar la participación, completar los cuestionarios que le serán entregados a usted posteriormente para garantizar la confidencialidad de su información. La participación es libre y voluntaria. Si usted decide no participar no le afecta en sus derechos como profesional que labora en el Dispensario Central. Tiene el derecho de hacer cualquier reclamo legal. Además si usted elige participar de este estudio tiene la libertad de retirarse cuando usted quiera.

2.- PROCEDIMIENTOS DEL ESTUDIO.

Si su decisión es ser parte de este estudio procederemos de la siguiente manera:

Se le pedirá que tome unos minutos de su tiempo para que llene los cuestionarios que le serán entregados por parte del investigador siguiendo las instrucciones que se detallan en cada uno. Son 2 cuestionarios, el primero consiste en un instrumento de recolección de datos sociodemográficos y relacionados con el trabajo, el segundo consiste en la escala más utilizada a nivel internacional para el tamizaje del Síndrome de Burnout y conocida con el nombre de Inventario para Burnout de Maslach en su versión al castellano, nombrada con el apellido de su creadora. Esta última consta de 3 secciones y de 22 ítems en total.

3.- CUESTIONARIOS.

Algunas de las preguntas de los cuestionarios que se le van a hacer pueden incomodarle. Usted tiene la libertad de contestar o no alguna pregunta que le haga sentir incómodo.

4.- POSIBLES BENEFICIOS PARA EL PARTICIPANTE.

Al ser parte de este estudio usted estaría contribuyendo con información valiosa que podría justificar a futuro acciones institucionales, administrativas o de

investigación que permitan la prevención y el tratamiento del Síndrome de Burnout en nuestra institución.

5.- CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN.

Para garantizar la privacidad de su participación, los formularios de este documento serán recolectados por aparte del resto de cuestionarios, y solo en caso de que usted decida participar. Ya que si decide no hacerlo no es necesario que consigne ni su firma ni ningún dato personal en el presente documento. La información que usted anotará en los cuestionarios será de carácter anónima, no debe anotar ni su nombre ni su número de cédula en el documento. Los cuestionarios serán recogidos posteriormente por el investigador, debiendo ser entregados en sobre cerrado. Solo el investigador tendrá acceso a los cuestionarios. Los datos aportados serán manejados en forma de números, por lo que ninguno de los resultados obtenidos lo identificará, las identidades de todos los participantes de la investigación permanecerán anónimas. El equipo de investigación mantendrá en forma reservada toda la información recogida. Sin embargo se le hace saber que los resultados obtenidos podrán ser publicados en revistas científicas, médicas o congresos, en todo caso nunca se revelaran los nombres de los participantes.

6.- COSTO POR PARTICIPAR EN EL ESTUDIO.

La participación en este estudio no le generará ningún costo económico el participar o no en estudio. La presente investigación no cuenta con ninguna fuente externa de financiamiento, los participantes no obtendrán ninguna remuneración económica por la participación.

7.- ACUERDO.

Yo he leído la información que se detalló anteriormente. Se me ha dado la oportunidad de preguntar. Todas mis preguntas fueron respondidas satisfactoriamente. He decidido, voluntariamente, firmar este documento para poder participar en este estudio de investigación.

Nombre del participante

Firma

Fecha

Yo he explicado claramente el objeto de esta investigación al participante y he solventado todas sus dudas al respecto.

Nombre del investigador

Firma

Fecha

Cuenca, 15 de Marzo del 2016

Sr. Dr.

José Bustamante M.

DIRECTOR MEDICO DEL IESS SEGURO DE SALUD C.A.A. CUENCA

Su despacho

De mi consideración

Un cordial saludo deseándole éxitos en sus funciones, por intermedio de la presente solicito ante su autoridad el respectivo permiso para realizar a todo el personal del Dispensario Central, la encuesta sociodemografica, laboral y sobre el síndrome del quemado (burnout).

La encuesta es parte de la tesis de grado para la obtención del título de Magister en Salud Ocupacional que vengo desarrollando.

Por la favorable acogida

Suscribo de usted

Atentamente

Dr. Marco Campoverde O.

IESS SEGURO DE SALUD
C.A.A. 302 Central Cuenca
3
José Bustamante M.
DIRECTOR TECNICO MEDICO

15 marzo 2016



IESS POR RESULTADOS

INDICADOR REPORTE AUSENTISMOS

A04 Índice de ausentismo no planificado del personal de salud



PERIODO: abr-16

METODO DE CÁLCULO: Sumatoria de todas las horas de ausencia de todas las ausencias no planificadas del personal del establecimiento de salud / Sumatoria de todas las horas laborables de todos los trabajadores del establecimiento de salud

DENOMINACION	NO. HORAS DE AUSENTISMO Y PERMISO	OBSERVACIONES
GINECOLOGO	16,00	Maestría
AR DE FARMACIA		
PEDIATRA	24,00	enfermedad
GENERAL		
ISTA		
AR DE ENFERMERIA	8,00	enfermedad
AR DE SERVICIOS		
AR DE ENFERMERIA		
GENERAL		
AR DE FARMACIA	2,00	enfermedad
OR MEDICO		
INTERNISTA		
ISTA		
AR DE ENFERMERIA		
AR DE ENFERMERIA		
RADIOLOGO	24,00	enfermedad
GENERAL		
INTERNISTA		
AR DE ODONTOLOGIA		
OLOGO	16,00	enfermedad
R	84,00	enfermedad
PEDIATRA	24,00	enfermedad
FAMILIAR	27,30	calamidad domestica
GASTROENTEROLOGO		
LABORATORIO CLINICO		
LOGO		
ADA EN ENFERMERIA		
OGO EN LABORATORIO CLINICO	8,00	enfermedad
GENERAL	24,00	calamidad domestica
ISTA		
GENERAL		
ITE DE CONTABILIDAD	16,00	enfermedad
R DE CONTABILIDAD		
OGO EN LABORATORIO CLINICO		
GENERAL		
R DE ENFERMERIA	8,00	enfermedad
GENERAL	2,51	permiso hijo
ISTA		
RADIOLOGO		
CARDIOLOGO		
AR ADMINISTRATIVO		
ITA		
GINECOLOGO		
ITA		
ILOGO		
RADIOLOGIA	56,00	calamidad domestica
OGO EN RADIOLOGIA	8,46	rehabilitación
DE ENFERMERIA		
GENERAL		
DE CONTABILIDAD		
OGO EN INFORMATICA		
LOGO		
GENERAL		
TA		
FAMILIAR		
GENERAL		
GO		
DE ENFERMERIA		
GINECOLOGO OBSTETRA	40,00	calamidad domestica
GENERAL		
GENERAL		



IESS POR RESULTADOS

INDICADOR REPORTE AUSENTISMOS
A04 Índice de ausentismo no planificado del personal de salud



PERIODO: abr-16

METODO DE CÁLCULO: Sumatoria de todas las horas de ausencia de todas las ausencias no planificadas del personal del establecimiento de salud / Sumatoria de todas las horas laborables de todos los trabajadores del establecimiento de salud

NO.	NO. CEDULA	APellidos y Nombres	DENOMINACION	NO. HORAS DE AUSENTISMO Y PERMISO	OBSERVACIONES
			QUIMICO FARMACEUTICO 1		
			OFICINISTA		
			ECONOMISTA	9,30	calamidad domestica
			OFICINISTA		
			AUXILIAR DE CONTABILIDAD		
			OFICINISTA	17,17	permiso particular
			AUXILIAR DE ENFERMERIA		
			OFICINISTA		
			AUXILIAR DE ODONTOLOGIA		
			AUXILIAR DE FARMACIA	2,10	rehabilitación
			AUXILIAR DE ENFERMERIA		
			TOTAL NUMERADOR	416,84	

TOTAL DE SERVIDORES	75
DIAS LABORABLES MES	20
HORAS LABORABLES DIARIAS	8
TOTAL DENOMINADOR	12000
TOTAL NUMERADOR	416,84
TOTAL DENOMINADOR	12000
PORCENTAJE AUSENTISMO	0,035

FUENTE: Registros reloj biométrico, evolution
Registro de horario de ingreso y salida de la jornada laboral

RESPONSABLE:
SRA. ROCIO FERNANDEZ
TALENTO HUMANO
IESS SEGURO DE SALUD C.A.A. CENTRAL CUENCA