UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TÍTULO:

"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA."

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICÓLOGO CLÍNICO

AUTOR:

ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO.

DIRECTORA:

DRA. ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO, Mg, Sc.

LOJA - ECUADOR

2017

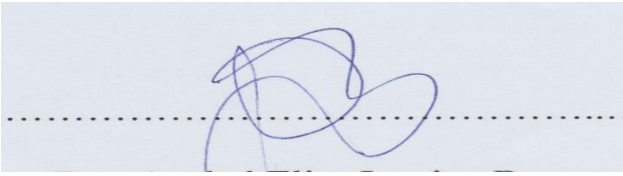
CERTIFICACIÓN

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc
DIRECTORA DE TESIS.

CERTIFICA
Que la presente investigación titulada "**LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA**". Previa a la obtención del título de Psicólogo Clínico, realizada por el autor: Erick Stiwar Cañar Sarango, ha sido prolijamente revisada, dirigida y orientada con sus respectivas sugerencias y observaciones señaladas para el presente trabajo investigativo, por lo que considero que reúne las condiciones necesarias, para su presentación ante el tribunal competente consecuentemente para la exposición y defensa pública.

Loja, 26 de Enero del 2017.

Atentamente



Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc

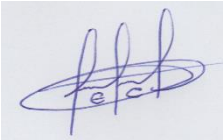
DIRECTORA DE TESIS

AUTORÍA

Yo, ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO, declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

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

AUTOR: Erick Stiwar Cañar Sarango.

FIRMA:  **…….**

NÚMERO DE CÉDULA: 0706121696

FECHA: 26 de Enero del 2017.

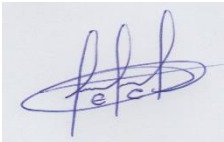
CARTA DE AUTORIZACIÓN.

Yo, Erick Stiwar Cañar Sarango, declaro ser autor de la tesis "**LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA**", como requisito para obtener el título de Psicólogo Clínico, autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja a los veintiséis días del mes de Enero del dos mil diecisiete.



FIRMA: ……
Autor: Erick Stiwar Cañar Sarango
Cédula: 0706121696
Dirección: Celi Román, av. Occidental y Adolfo Valarezo.
Correo electrónico: erickstiwar@hotmail.com
Teléfono: 2953220
Celular: 0987353877

DATOS COMPLEMENTARIOS
Director de tesis: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, Mg. Sc
Presidente/a: Psi.Clin. Karina Flores Flores.
Vocal: Dra. María Susana Gonzáles García, Mg. Sc
Vocal: Dr. German Vélez Reyes.

DEDICATORIA

De antemano a **Dios** por permitirme seguir adelante lleno de bendiciones, fortaleza y sabiduría para lograr una meta más en mi vida

A mis padres, **Gualter y Grimaneza**, por ser ese pilar fundamental en mi vida brindándome su esfuerzo y sacrificio para poder llegar a ser un profesional de la patria, a mí querida tía **Marieta** y mi primo **Eduardo** que con sus consejos y apoyo me han sabido guiar en mi vida personal y universitaria..

De igual manera a mis hermanos, **Cristopher** y **Joseth** por el apoyo que siempre me brindaron día a día en el trascurso de cada año de mi carrera universitaria y a mi gran familia que me ha llenado de mucha felicidad y de uno u otra manera han aportado con su confianza y apoyo para poder alcanzar mis aspiraciones.

A mis grandes amigos, **Dionisio y Víctor** a quienes aprecio, los cuales han sabido apoyarme y alentar durante mi vida estudiantil.

A mis compañeros y amigos de quienes he aprendido y compartido experiencias gratas de las cuales solo me llevo sus más valiosas anécdotas.

AGRADECIMIENTO

Mis más sinceros agradecimientos a la Universidad Nacional De Loja, al Área de la Salud Humana y a la Carrera De Psicología Clínica, a mis docentes, que de una u otra manera me brindaron una excelente formación académica.

De manera especial, mi aprecio y gratitud a la Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero Mg. Sc, Directora de Tesis, por sus aportes, sugerencias brindadas durante todo el proceso de trabajo investigativo, y de forma inequívoca al Psi Cli. Pablo Tapia, Dra. Keny Cueva y Lic. Carmen Aguilar que durante mi proceso de formación profesional supieron guiarme de la mejor manera en la resolución de problemas de índole profesional.

Además mi agradecimiento a las autoridades del Hospital General "Isidro Ayora" de la ciudad de Loja, Dra. Dora Ruilova, directora del Hospital y Médicos que laboran en la misma, quienes me dieron la facilidad y apertura necesaria para la realización de la presente investigación.

EL AUTOR

ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONTENIDO **PÁGINA**

PORTADA.....i

CERTIFICACIÓN ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN.....iv

DEDICATORIA……..v

AGRADECIMIENTO……vi

a. TÍTULO…….1

b. RESUMEN……2

ABSTRACT………..3

c. INTRODUCCIÓN…….....4

d. REVISIÓN DE LITERATURA.....7

1. CALIDAD DE VIDA..…….7

1.1. INTRODUCCIÓN ….…….……...……..7

1.2. CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA …….....8

1.3. LAS DIMENSIONES QUE COMPONEN LA CALIDAD DE VIDA……...……...8

1.3.1 CALIDAD DE VIDA OBJETIVA……8

1.3.2 CALIDAD DE VIDA SUBJETIVA……...9

2. SÍNDROME DE BURNOUT……..……..11

2.1. CONCEPTO DE SÍNDROME DE BURNOUT ……11

2.2. MANIFESTACIONES SINTOMATOLÓGICAS ……13

2.2.1 SÍNTOMAS FÍSICOS.....13

2.2.2 SÍNTOMAS EMOCIONALES.....13

2.2.3 SÍNTOMAS CONDUCTUALES.....13

2.3. FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS.....13

2.3.1 LOS TURNOS LABORALES Y EL HORARIO DE TRABAJO.....14

2.3.2 LA SEGURIDAD Y ESTABILIDAD EN EL PUESTO.....14

2.3.3 LA ANTIGÜEDAD PROFESIONAL.....14

2.3.4 LA INCORPORACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS EN LAS ORGANIZACIONES.....15

2.3.5 LA ESTRUCTURA Y EL CLIMA ORGANIZACIONAL.....15

2.3.6 LAS RELACIONES INTERPERSONALES.....15

2.4 CONSECUENCIAS DE BURNOUT.....16

2.5 CAUSAS DE BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD..... 17

2.6 INSTRUMENTOS PARA LA VALORACIÓN DEL BURNOUT..... 20

2.6.1 EL MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI) 21

2.7 ESTRATEGIAS Y TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN.....23

2.7.1 ESTRATEGIAS ORIENTADAS AL INDIVIDUO 23

2.7.2 ESTRATEGIAS SOCIALES..... 24

2.7.3 ESTRATEGIAS ORGANIZACIONALES.....25

e. MATERIALES Y MÉTODOS……..26

f. RESULTADOS……...29

g. DISCUSIÓN……34

h. CONCLUSIONES……..36

i. RECOMENDACIONES……37

j. PLAN PSICOEDUCATIVO……..38

k. BIBLIOGRAFÍA……...….51

l. ANEXOS…….....56

a. Título

LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA.

b. Resumen

El Síndrome de Burnout es un trastorno que se origina por las constantes presiones emocionales, sociales y laborales en la persona. Los profesionales más afectados con este síndrome son los médicos y otros trabajadores de la salud sobre todo por los constantes cambios de horario y el involucrarse en los problemas de los pacientes. En el presente trabajo investigativo se logró detectar la presencia de burnout, indagar la calidad de vida y determinar la relación entre el Burnout y la Calidad de Vida del personal de salud que labora en el Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja. Se trabajó con muestra no probabilística de 65 personas, con los cuales se llevó a cabo el estudio cuanti-cualitativo y descriptivo, apoyado en el uso de instrumentos de alta validez y confiabilidad como el inventario de Burnout de Maslach que permitió detectar la presencia o ausencia del síndrome de burnout y la escala de calidad de vida que ayudo a conocer la calidad de vida que mantiene el personal de salud. Los resultados de la investigación nos dan a conocer la presencia del Síndrome de Burnout en el 43,08 % del personal de salud, mientras que en cuanto a la calidad de vida los profesionales demuestran que el 92,31% del personal de salud presenta una buena calidad de vida.

La contribución de la presente investigación es un plan psicoeducativo encaminado a la prevención del Burnout y mejoramiento de la Calidad de Vida dirigido al personal de salud que laboran en los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.

Palabras Claves: Calidad de Vida, Burnout, Plan Psicoeducativo, Estrés.

Abstract

Burnout Syndrome is a disorder that is caused by the constant emotional, social and work pressure in the person. The most affected professionals by this syndrome are doctors and other health workers, especially because of the constant changes in schedule and involvement in patients' problems. In the present investigation, we detected the presence of burnout, investigate the quality of life and determine the relationship between Burnout and quality of life of the health personnel working in the clinical area of the emergency and external consultation services of the Hospital General Isidro Ayora of the city of Loja. A non-probabilistic sample of 65 people was used, with which the quantitative-qualitative and descriptive study was carried out, supported by the use of instruments of high validity and reliability, such as the Maslach Burnout Inventory, which allowed the presence or absence to be detected of burnout syndrome and the quality of life scale that helped to know the quality of life maintained by health workers. The results of the investigation reveal the presence of Burnout Syndrome in 43.08% of health workers, while in terms of quality of life, professionals show that 92.31% of health personnel have a Good life quality.

The contribution of the present investigation is a psychoeducational plan aimed at the prevention of Burnout and improvement of the Quality of Life directed to the health workers who work in the services of emergency and external consultation of General Hospital Isidro Ayora of the City of Loja.

Keywords: Quality of Life, Burnout, Psychoeducational Plan, Stress.

c. Introducción

En los últimos años el tema del Burnout ha sido de principal importancia para los investigadores dentro del proceso asistencial, ya que como consecuencia de su análisis, definición y delimitación se ha logrado hacer un diagnóstico dentro del proceso salud-enfermedad de esta problemática.

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realice. Hay estudios que demuestran que la sobrecarga de trabajo o el hecho de ocupar más del 70% de la jornada diaria a la atención de pacientes se presenta como variable de riesgo para Burnout. (Atance, 2010)

A nivel internacional su índice aproximado de prevalencia es de casi el 17% en los profesionales de salud, así mismo en países de Latinoamérica como Chile y México llega casi al 30% en profesionales de salud de los niveles primarios y secundarios de atención.

En Argentina, ha sido demostrada su presencia en el 30% del personal de enfermería que labora en unidades de terapia intensiva, y en el 42% de los médicos residentes de pediatría. En Colombia, se registró una prevalencia de 66.7% en médicos, 42.9% en enfermeras, de 0% en auxiliares de enfermería. (González M, 2009)

Por otra parte en nuestro país el Burnout dentro de los principales hospitales de la capital está alrededor del 25% al 30%. (Vela, 2010)

El Síndrome de Burnout se enmarca dentro de los problemas presentes en nuestra sociedad afectando de manera directa a la esfera familiar y social de muchos profesionales encargados del cuidado de la salud.

El personal de salud sometido a desgaste profesional no solo se ve afectado en su salud mental, sino también en su desempeño laboral. La relación médico – paciente también se puede ver comprometida, debido a que el burnout disminuye su calidad de prescripción y lo despersonaliza de sus pacientes.

La importancia de conocer la presencia del burnout en los servicios de emergencia y consulta externa del Hospital General Isidro Ayora es debido a estos son los que están sometidos a mayor presión organizacional y responsabilidad dentro de su desempeño laboral.

En base a lo manifestado se llevó a cabo la investigación titulada: "La Calidad de Vida en el Personal de Salud, que presentan Burnout en el Área Clínica de los Servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora". Planteando como objetivo general determinar cómo influye el Burnout en la Calidad de Vida personal de salud del Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, y como objetivos específicos; detectar la presencia de burnout, indagar la calidad de vida que mantienen el personal de salud, determinar la relación entre el Burnout y la Calidad de Vida; y finalmente Elaborar una propuesta psicoeducativa de prevención del Burnout y mejoramiento de la Calidad de Vida.

El diseño de la presente investigación se ubica dentro del campo de la investigación cuanti-cualitativo y descriptiva que manejara métodos científicos como: inductivo, deductivo, analítico, sintéticos, que se apoyaron en el uso de técnicas e instrumentos para la investigación del problema planteado, como el inventario de Burnout de Maslach que nos permite detectar la presencia o ausencia del síndrome de burnout y la escala de calidad de vida que ayudo a conocer la calidad de vida que mantiene el personal de salud. Para el

desarrollo del mismo se tomó como muestra 65 personas que laboran en los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.

Se realizó la siguiente revisión de literatura, donde se planteó dos capítulos para abordar las variables propuestas: 1.- Calidad de Vida, 2.- Síndrome de Burnout.

Finalmente y frente a esta realidad se ha desarrollado un plan de intervención psicoeducativa encaminada a la prevención del Burnout y mejoramiento de la Calidad de Vida dirigido al personal de salud que laboran en los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.

d. Revisión de la Literatura

1. CALIDAD DE VIDA

1.1 Introducción

En la actualidad mencionar que la calidad de vida, entendiendo a la misma como el bienestar social general de los individuos, significa contemplar un concepto que está incorporado en el lenguaje de la vida cotidiana; lo que ha llevado a que en las últimas décadas sea investigado y aplicado en diferentes campos. (Valdiviezo, 2011)

Al hablar de calidad de vida en el caso de las personas nos referimos a los elementos o condiciones en el que vive y hacen que su existencia sea realizada y digna de ser vivida, estos factores pueden ser tanto emotivos como culturales o materiales y en este sentido es que tenemos que considerar las diferencias individuales. Es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. (Garcia, 2006)

El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como psicología, sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. (Martin, 2013)

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". (OMS, 2015). Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS, 2015)

1.2 Concepto de calidad de vida

La calidad es el grado de bondad de las cosas en general. La calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla. En un ambiente rural, sin adelantos técnicos, donde las personas viven una vida más de acuerdo con la naturaleza y alejados del progreso, sentirán satisfechas sus necesidades con menores recursos materiales. En las modernas sociedades urbanas, un individuo se sentirá insatisfecho y con poca calidad de vida si no puede acceder a las innovaciones tecnológicas que lo dejan relegado del mundo globalizado y competitivo. (S.A, 2016)

Por supuesto que hay necesidades básicas que hacen a la calidad de vida de toda persona sin las cuales es indiscutible ese ser humano no goza de buena calidad de vida, como salud, vivienda, alimentación, trabajo, educación y descanso. La calidad de vida tiene mucho que ver con la proporción que guarda la creciente población mundial y la escasez de los recursos. (S.A, 2016)

1.3 Las dimensiones que componen la calidad de vida

1.3.1 Calidad de vida objetiva. Según Veenhoven (1996) es el grado en que las condiciones de vida de las personas alcanzan criterios observables de una buena vida. Estos criterios se reflejan en indicadores como ingresos, seguridad, atención de salud, educación.

Los autores aluden a condiciones de vida de las personas en varios dominios a partir de medidas descriptivas de un individuo o grupo en las cuales no interfiere una apreciación subjetiva, pudiendo ser el informante alguien externo al propio sujeto evaluado. (Tonon, 2010)

En este sentido Calidad de Vida en términos objetivos indica el modo en que se lleva a cabo la evaluación, lo objetivo está determinado por el tipo de datos que se manejan y por el modo en que dichos datos se obtienen. Aunque al principio los estudios se centraron en estos aspectos objetivos de la Calidad de Vida, los datos ponían en evidencia que no existía una correlación alta entre bienestar percibido y las circunstancias objetivas de vida, por ello se comenzó a prestar atención a los aspectos subjetivos del bienestar. (Tonon, 2010)

1.3.2 Calidad de vida subjetiva. Según Veenhoven (1996) se refiere al grado en que las personas valoran sus propias vidas, es decir, el modo en que perciben sus salarios, su seguridad, la satisfacción con su salud y con su educación. Lo subjetivo significa el hecho de juzgar las circunstancias de vida de manera individual y que varía de una persona a otra. (Tonon, 2010)

Por tanto, Calidad de Vida subjetiva se refiere a la valoración que hace una persona sobre su vida y refleja la percepción de bienestar. La percepción subjetiva de Calidad de Vida ha recibido una atención especial por parte de los investigadores, sobre todo por los procesos psicológicos que subyacen, distinguiendo dos procesos, uno cognitivo que implica el juicio sobre la Calidad de Vida y otro afectivo, vinculado a las emociones. El primero más establecido en el tiempo y el segundo más cambiante. (S.A, 2016)

Junto al análisis de los procesos que subyacen a la percepción subjetiva de la Calidad de Vida, los investigadores han estudiado las circunstancias personales, sociales o culturales que están relacionadas con una mayor o menor percepción de satisfacción. Esto les ha llevado a valorar las diferencias existentes entre grupos en función de variables diversas y aproximar una respuesta a la pregunta de por qué algunos sujetos se sienten satisfechos y otros no (Contini, 2001).

2. SÍNDROME BURNOUT

2.1 Concepto de síndrome de burnout

El burnout o "síndrome del quemado" es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un "estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo". Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de "comunidades terapéuticas, voluntariado…"), de tal forma que estas personas "sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar". Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo. (Andreu, 2003)

Según este autor, el síndrome de burnout asi descrito, se manifiesta clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, asi como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve "rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él,

bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares". (Andreu, 2003)

En España, en 1989 los autores Gervás y Hernández denominaron al síndrome de burnout enfermedad de Tomás y en 1998 Vega y colaboradores, se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como síndrome de desgaste profesional, término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema realizados en nuestro país. (Monte, 2011)

Cebriá Andreu afirma que el burnout "es producto del "distrés" crónico producido básicamente en el trabajo", afirma también que es "multidimensional y en él se relacionan factores personales, organizacionales y socioculturales. Se implican de forma constante la falta de energía, el cansancio emocional y cognitivo, así como actitudes de cinismo, despersonalización y claudicación personal."

Como hemos visto, no existe una definición unánimemente aceptada del síndrome de desgaste profesional o burnout, pero sí parece haber consenso en considerarlo una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas ya que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja. (Barón, 2008)

Por tanto, es importante definir una serie de conceptos relacionados con el burnout, como son los términos estrés, distrés o estresor, para así poder comprender mejor este síndrome. (Andreu, 2003)

2.2 Manifestaciones sintomatológicas

El Síndrome de Burnout se puede manifestar mediante los siguientes síntomas:

2.2.1 Síntomas físicos. De acuerdo a las manifestaciones físicas que puede padecer el empleado tenemos: alergias, dolores musculares, cansancio, agotamiento, problemas de sueño, frecuentes dolores de cabeza, úlceras, desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, etc. (Mosqued, 2008)

2.2.2 Síntomas emocionales. Señales de síntomas emocionales encontramos: aburrimiento, desmotivación, irritabilidad, ansiedad, incapacidad para concentrarse, vacío, baja autoestima, baja realización. Mucho nerviosismo, agresividad, dificultad para la concentración. (Mosqued, 2008)

2.2.3 Síntomas conductuales. Cambios bruscos de humor, aumento de conductas agresivas o violentas, impulsividad, apatía, hostilidad, impacientes con los clientes, no muestran cordialidad, no saludan al cliente. Puede llegar la persona a un consumo aumentado de café, alcohol, drogas o fármacos. Así como bajo rendimiento 11 laboral, distanciamiento, conflicto con compañeros, jefes o la misma familia. Incapacidad para vivir de forma relajada. (Mosqued, 2008)

Dichos sí los síntomas tienen una consecuencia negativa para la vida del individuo, puede provocar problemas familiares, sociales o también disminuye la calidad de vida de la personal, la persona se encuentra tensa, hay indiferencia, negativismo y tiende al aislamiento. (Andreu, 2003)

2.3 Factores de riesgo relacionados

Existen varios factores que influyen en el desarrollo del Burnout, las cuales son:

2.3.1 Los turnos laborales y el horario de trabajo. Para algunos autores, el trabajo por turnos y el nocturno facilita la presencia del síndrome. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardiacos, del ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina. (Newstrom, 2007)

2.3.2 La seguridad y estabilidad en el puesto. La estabilidad y seguridad laboral es el derecho que todo trabajador tiene a conservar su puesto de trabajo y garantizar ingresos al trabajador para satisfacer sus necesidades así como los ingresos a la empresa. Una organización debe asegurar a sus empleados un ambiente laboral adecuado, es decir la empresa debe preocuparse por las condiciones tanto físicas como psicológicas para realizar las funciones de la manera correcta. La estabilidad puede depender de muchos factores por ejemplo el cambio de una administración puede afectar a los empleados, también puede darse por la economía o nuevas políticas en el país en el sector laboral. (Muchinsky, 2007)

2.3.3 La antigüedad profesional. La antigüedad de la persona es la cantidad de tiempo laboral que una persona lleva perteneciendo a una determinada empresa. Existen empresas que cuando el empleado llega a cierta cantidad de años en el trabajo, que puede ser entre 20 o 25 años, le otorgan la jubilación. El Síndrome de Burnout puede afectar también a los empleados que llevan trabajando gran cantidad de años aunque puede ser relativo, ya que existen personas que pueden llevar poco tiempo en una empresa y padecer del síndrome de Burnout por diferentes factores o puede darse el caso de una persona que tenga más de 10 años trabajando y no padecen del síndrome o viceversa. (Newstrom, 2007)

2.3.4 La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones. Las tecnologías pueden producir cambios en las tareas y puestos de trabajo.

Las nuevas tecnologías sobre los trabajadores, generan escenarios con multiplicidad de factores y estresores, entre los cuales se puede mencionar: la necesidad de capacitación, miedo a ser desincorporado, incremento de control y monitorización del desempeño, aspectos relacionados con la seguridad, reducción de la interacción psicosocial directa, posibilidades de aislamiento en el puesto de trabajo, así como los cambios de roles en el sistema organizacional. (Newstrom, 2007)

2.3.5 La estructura y el clima organizacional. La estructura organizacional es como el marco en que se desenvuelve la empresa, en donde se divide el trabajo en tareas, funciones o roles, en el cual comprenden la jerarquía que ésta tenga, las líneas de autoridad, la comunicación, los procedimientos, toma de decisiones, etc. Si una organización es muy compleja en cuanto a jerarquía, toma de decisiones, formalización de requerimientos y procedimientos, mayor será la posibilidad de que se presente el síndrome de Burnout, ya que las tareas se encuentran subdividas por varios miembros de la organización, lo cual puede traer problemas de coordinación, control y comunicación. . (Muchinsky, 2007)

2.3.6 Las relaciones interpersonales. El hombre tiene la necesidad de agruparse o de relacionarse con personas ya sea formal o informalmente. Cuando laboramos de alguna manera tenemos que relacionarnos con nuestros compañeros y jefes inmediatos. Las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que aparece relacionada con la satisfacción. Pero no siempre las relaciones interpersonales en el trabajo son positivas, pueden cambiar y tornarse de manera negativa, desconfianza, sin apoyo, no cooperación y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros de un grupo u organización. (Gil, 2007)

2.4 Consecuencias de burnout

Si permanece por largo tiempo el estrés laboral con SB habrá consecuencias nocivas para el individuo y también para la organización donde trabaja. (Thomas-Nike 2004). El individuo que padece SB tiene deteriorada su salud psicofísica y sus relaciones interpersonales.

La sintomatología que se deriva a nivel psicosomático es la que tiene mayores repercusiones sobre la calidad de vida ya que esta se asocia a las actitudes y conductas de carácter negativo como: cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento, irritabilidad, las cuales producen un deterioro de los vínculos y un aumento de los conflictos. Así mismo, los individuos con SB tienen un aumento significativo de alcoholismo, adicciones y problemas familiares. (Thomas-Nike 2004)

Por otra parte, en su trabajo los sujetos con SB tienen una satisfacción laboral disminuida, elevado ausentismo laboral, propensión al abandono del puesto y/o de la organización, bajo compromiso e interés laboral, deterioro de la calidad de servicio, aumento de accidentes laborales, aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañero y usuarios de la organización.

La insatisfacción laboral ha sido considerada una consecuencia del estrés laboral y el grado de satisfacción puede afectar a la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los sujetos. La relación entre SB y la satisfacción laboral es significativa en forma consistente en la literatura revisada; esta negativamente relacionada con los sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización y positivamente con la realización personal del trabajo. (Maslach, 2007)

2.5 Causas de burnout en profesionales de la salud

El colectivo donde más se han estudiado las causas del síndrome de burnout ha

sido en personal sanitario; odontólogos, médicos, enfermeras, auxiliares. Las causas del burnout en estos profesionales las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales. (Albar MJ, 2005)

En cuanto a las "características sociodemográficas" que influyen en la aparición del burnout en personal sanitario, en el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos no hay diferencias en cuanto a lo ya comentado en las causas generales del burnout. Existen trabajos que ponen de manifiesto la escasa asociación entre estos factores clásicos y el burnout, dando más importancia a las características propias del entorno laboral. En la literatura no existe acuerdo en la relación entre el burnout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo en personal sanitario. Algunos autores han encontrado que el síndrome de burnout sería más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional, de forma que tras este período ya se habría producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana, viéndose como las recompensas profesionales y económicas no son, ni las prometidas, ni las esperadas. Sin embargo, otros estudios han encontrado que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del síndrome, de forma que a medida que aumenta la experiencia profesional disminuiría el cansancio emocional. (Albar MJ, 2005)

En lo que se refiere a los "factores laborales" que influyen en la aparición del síndrome de burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas. (Albar MJ, 2005)

En primer lugar hay que citar la "sobrecarga laboral" como causa de burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional. La sobrecarga laboral en personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las

listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación. (Albar MJ, 2005)

También hay que considerar "el trato con pacientes y familiares" como una causa importante de burnout en profesionales sanitarios. En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles. (Albar MJ, 2005)

Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación asistencial de calidad. (Albar MJ, 2005)

En cuanto a la relación médico-paciente, un aspecto clave es la cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, este contacto puede ser muy gratificante, pero puede exigir grandes demandas emocionales, por lo que el trabajo clínico y las especialidades médicas con predominio de enfermos crónicos, graves, oncológicos y terminales son más proclives a la aparición de síndrome de burnout. En este sentido, en varios estudios se ha comprobado como las dimensiones del síndrome son más frecuentes en los servicios hospitalarios de oncología y urgencias. Así, en un trabajo realizado en personal de enfermería hospitalario, se ha observado como las variables de agotamiento emocional y de burnout son estadísticamente mayores en los trabajadores de oncología y

urgencias, y la despersonalización es superior en el personal de urgencias. (Albar MJ, 2005)

Otro aspecto a tener en cuenta es la "motivación laboral", es decir, las recompensas que el profesional sanitario recibe de acuerdo con el trabajo realizado. Se incluyen tanto el reconocimiento social, como las recompensas financieras (el salario) y las recompensas intrínsecas. (Albar MJ, 2005)

El reconocimiento social, es decir, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes está relacionado con el burnout, y así se ha visto como los profesionales que hallan su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del síndrome de desgaste profesional. Ocurre lo mismo cuando existe una inadecuada motivación intrínseca, es decir, cuando hay un grado bajo de identificación con el centro de trabajo. (Albar MJ, 2005)

En cuanto al salario, no es lo más importante para motivar al profesional de la salud, no obstante, un salario bajo, no adecuado con la responsabilidad de estos profesionales, así como unas condiciones laborales y organizativas que no faciliten el desarrollo profesional son factores a tener en cuenta para la aparición del burnout en personal sanitario. (Albar MJ, 2005)

Otro de los factores laborales que se ha descrito como causa del burnout es la ausencia de "apoyo social". Nos referimos al apoyo social en cuanto al entramado de relaciones sociales que complementan los recursos personales para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye tanto a los vínculos informales, amigos y familiares, como a los vínculos formales, jefes/supervisores y compañeros de trabajo. (Albar MJ, 2005)

2.6 Instrumentos para la valoración del burnout

En los últimos años se ha venido incrementando a todos los niveles, la conciencia social sobre la importancia de las condiciones laborales y la salud de los trabajadores. Esta creciente preocupación, se refleja en la presencia pública de las cuestiones relacionadas con la calidad del trabajo a través de los medios de comunicación y en el interés manifestado por los sindicatos, los profesionales y los investigadores científicos. (Castellanos, 2006)

Inicialmente, las primeras medidas del burnout procedían de la observación clínica y eran principalmente asistemáticas, que Freudenberger llevaba a cabo en las "Free Clinic" que habían proliferado en los EE.UU. por aquel entonces. A pesar de su importancia inicial, nunca se ha llegado a desarrollar un método sistemático y estandarizado desde la perspectiva clínica. (Castellanos, 2006)

Algo similar ha ocurrido con otras técnicas de evaluación surgidas en este primer periodo, las cuales no han tenido desarrollo posterior. Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers (1982) desarrollaron una "entrevista estructurada" que apenas ha tenido réplica en la investigación. (Castellanos, 2006)

Otra forma específica de evaluar el burnout ha sido la utilización de un sistema de auto evaluación a partir de una definición previamente presentada. Al igual que los métodos anteriores, ha presentado numerosos problemas metodológicos, lo cual ha impedido su posterior utilización. (Castellanos, 2006)

Las primeras evaluaciones sobre el burnout consistieron en meras descripciones a través de la observación clínica. Posteriormente los instrumentos se ampliaron a entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas, autoevaluaciones con escalas de estimación y cuestionarios. De todos modos, a pesar de las posibles limitaciones expuestas, lo más meritorio de esta etapa consistió en describir el fenómeno, darle nombre

y mostrar que se trataba de una respuesta desviada con ciertas regularidades. (Castellanos, 2006)

Fueron, sin embargo, Maslach y Jackson (1981) quienes, desde un enfoque psicosocial, comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas de este síndrome, desarrollando el primer instrumento de evaluación sistemático: el Maslach Burnout Inventory. (Castellanos, 2006)

2.6.1 El Maslach Burnout Inventory (MBI).

El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout y ha sido el instrumento que ha facilitado la investigación sistemática sobre la teoría. La primera publicación del cuestionario, ligeramente anterior a su comercialización, aparece en 1981 (Maslach y Jackson, 1981). Este trabajo, era el resultado de una serie de entrevistas de casos anteriormente mantenidas. (Martínez, 2010)

En el MBI, el burnout aparecía definido como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal" (Maslach y Jackson, 1981).

La definición del síndrome por el MBI-HSS se centraba inicialmente en el estudio de profesiones asistenciales, especialmente las sanitarias (Freudenberger, 1974, Maslach y Jackson 1981). En sus primeras formulaciones, Maslach (1976) definía inicialmente el burnout como "un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo". Existía un consenso general, de que el burnout consistía en un estado de agotamiento físico, emocional y mental como consecuencia de la sobreimplicación laboral y de las demandas emocionales del trabajo. En función de este enfoque, básicamente asistencial, se elaboró el MBI-HSS. (Martínez, 2010)

El cuestionario proponía tres factores o dimensiones a evaluar: Cansancio

emocional, Despersonalización y Realización personal

- Cansancio emocional: Implica un aumento en los sentimientos de desgaste emocional como resultado de unas excesivas demandas psicológicas y emocionales. Cuando los recursos emocionales se agotan, se desarrollan actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los pacientes.
- Despersonalización: Implica la tendencia a desindividualizar y despersonalizar a los pacientes. Se utiliza para minimizar la intensa activación emocional que podría afectar a la ejecución del trabajo, sobre todo en situaciones de crisis.
- Reducción de la realización personal: Tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en la valoración de su trabajo como consecuencia de todo el proceso (Martínez, 2010).

De este modo, el síndrome de "estar quemado" comienza cuando el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo. Su reacción es distanciarse de las fuentes que le generan tal malestar, desarrollando paralelamente actitudes negativas hacia las personas con quienes tiene contacto. Por último, experimentan sentimientos de baja realización profesional y personal. El panorama que dibujaba la evaluación del burnout mediante el MBI ofrecía inevitables claroscuros. (Gracia & Terán Varela, 2007)

Por una parte, el MBI permitía la evaluación operativa, sistematizada y objetivada del síndrome en tres factores. Pero también había lados oscuros. El MBI había sido pensado para utilizarlo en trabajos asistenciales, por lo que su uso fuera de ellos ha resultado problemático. Sin embargo, el burnout no se restringe exclusivamente a las profesiones asistenciales. Es más, desde el comienzo, incluso antes de la elaboración del MBI, las referencias al "burnout" no se reducían tan solo a los campos asistenciales. (Gracia & Terán Varela, 2007)

El síndrome se presentaba como el resultado de un estrés crónico, básicamente laboral, que afectaba a numerosas profesiones y actividades no asistenciales. En este sentido, Maslach y Schaufeli (1993) señalan que el síndrome de "estar quemado" ha sido descrito en otro tipo de profesionales (por ejemplo, directivos, deportistas,..). Otro de las debilidades del planteamiento inicial del MBI ha consistido en que con frecuencia confunde en una misma medida los estresores ("Siento que mis clientes me culpan por algunos de sus problemas") y los síntomas ("Me siento cada vez más duro desde que emprendí este trabajo").

2.7 Estrategias y técnicas de intervención

2.7.1 Estrategias Orientadas al Individuo. Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la comunicación, relaciones sociales, estilo de vida. (Giberti, 2006)

Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimiento de culpa.

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde la perspectiva son: el aumento de la competencia profesional, rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre, tomar descansos – pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades

de comunicación. Las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del burnout.

Entre ellas destacan:

1. Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
2. Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes.
3. Técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea, etc).
4. Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
5. Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas. (Giberti, 2006)

2.7.2 Estrategias Sociales. Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout, pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto. Por lo tanto, una de las primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación, de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en un ámbito laboral, en que ha de contestar que se valora su trabajo. (Giberti, 2006)

2.7.3 Estrategias Organizacionales. Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, esta ha sido la vertiente social, no individual, mas estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico. De todas formas, desde una perspectiva integrativa se entiende que hay muchas maneras de afrontar un problema; aunque hay ciertos elementos importantes a tomar en cuenta: las discrepancias entre las demandas y recueros, la evaluación del estrés, las estrategias de afrontamiento (recursos) y las consecuencias individuales y organizacionales. Es decir que se integran:

- Variables cognitivas relacionadas con el desempeño laboral (autoeficacia, autoconfianza, resistencia al estrés).
- Variables del contexto organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), el rol de los estresores derivados de las relaciones interpersonales (apoyo social en el trabajo).
- La función de las estrategias de afrontamiento

Estas estrategias no solo actúan para el tratamiento, sino que también son útiles para prevenir el Síndrome de Burnout en un futuro. (Giberti, 2006)

e. Materiales y métodos

La investigación es de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, analítico y de corte trasversal.

Población y muestra

- **Área de estudio:** Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- **Población:** Personal de Salud de Emergencia y Consulta Externa.
- **Universo:** 667 Profesionales de la salud que laboran en el Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- **Muestra:** Tipo de muestreo no probabilístico.

En principio se encontraba conformada por todo el personal de salud que laboran en los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja, que daba un número de 85 profesionales, de los cuales 20 personas decidieron no participar de la presente investigación quedando 65 participantes en total.

Personal de Salud	**Emergencia**	**Consulta Externa**	**Total**
Médicos Especialistas	12	10	22
Médicos Generales	0	2	2
Enfermeras	8	9	17
Aux. Enfermería	9	13	22
Personal de Apoyo	1	1	2
Total	**30**	**35**	**65**

Criterios de inclusión

- El personal de salud (doctores, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de apoyo) que laboran en los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.
- Personal de Salud que firme el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personal de salud que no estuvieran de acuerdo en participar de la investigación.

Instrumentos

Observación Directa: Es un instrumento de recolección de información muy importante y consiste en el registro sistemático, válido y confiable de comportamientos o conducta manifiesta. Se aplicó la observación directa en el personal de las unidades a estudiar con el fin de ver el comportamiento de los mismos durante sus actividades laborales.

Test Maslach Burnout Inventory (MBI): Se trata de un cuestionario que se utiliza en relación con los riesgos psicosociales, de donde podemos extraer si el trabajador sufre insatisfacción laboral, estrés, u otras patologías. Nos ayuda a entender de una manera fácil, sencilla y genérica si nos encontramos en situaciones de riesgo, lo que nos ofrece la opción de tomar medidas.

La Escala GENCAT para la calidad de vida: Es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), que actualmente cuenta con gran aceptación internacional. La Escala GENCAT fue pensada para ser utilizada como instrumento para la mejora continua de los servicios sociales, con la intención de que los planes de atención y apoyo que éstos realizan sean más personalizados y adecuados a las necesidades actuales y futuras de los usuarios.

Procedimiento

En primera instancia hubo un acercamiento con las autoridades del Hospital General Isidro Ayora, donde se analizó la problemática sobre el burnout y la calidad de vida en el personal de salud. Una vez establecido el problema central, se obtuvo las autorizaciones legales para el ingreso y aplicación posterior de instrumentos de evaluación al personal de salud que labora en emergencia y consulta externa; seguidamente se procedió a estudiar el tema de análisis ampliándolo con información científica a través del marco teórico. Posteriormente se aplicó dos instrumentos que permitieron la obtención de resultados en cuanto a la existencia de burnout y la calidad de vida; luego de la tabulación y según los resultados obtenidos, se establecieron las concernientes conclusiones y recomendaciones del trabajo investigativo, para finalmente proponer un plan psicoeducativo encaminado a prevenir el burnout y mejorar la calidad de vida.

f. Resultados

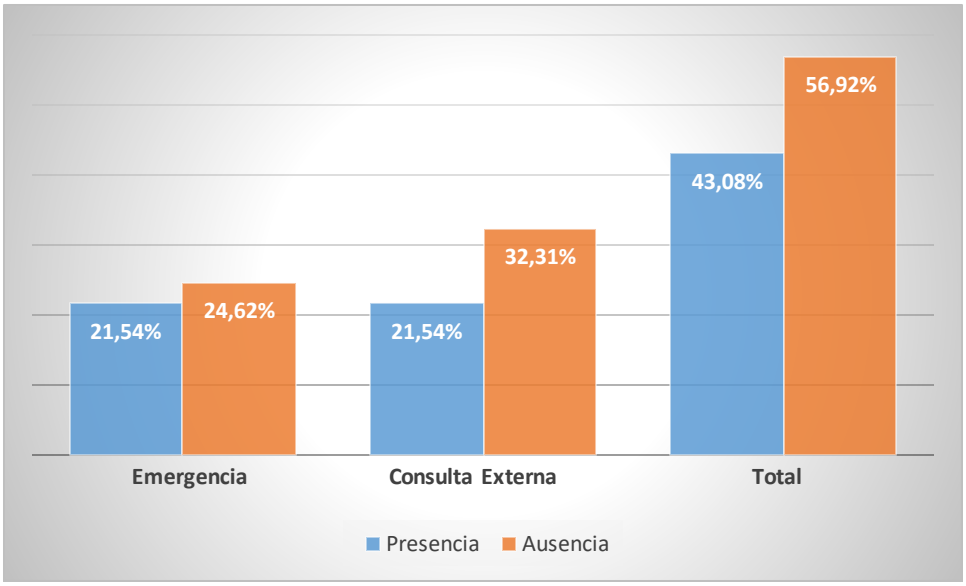
Objetivo específico 1: Detectar la presencia de burnout en el personal de salud que labora en el Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Tabla N°1
Presencia de Burnout en el Personal de Salud.

Servicios						
Burnout	Emergencia		Consulta Externa		Total	
	f	%	F	%	f	%
Presencia	14	21,54%	14	21,54%	28	43,08%
Ausencia	16	24,62%	21	32,31%	37	56,92%
Total					65	100,00%

Fuente: Inventario de Burnout de Maslach.
Elaborado por: Erick Stiwar Cañar Sarango.

Grafico N.- 1
Presencia de Burnout en el Personal de Salud.



ANALISIS E INTERPRETACION.

Del 100% de la muestra estudiada entre los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora el 43,08% equivalente a 28 personas padecen del Síndrome de Burnout, mientras que el 56,92% que representa a 37 personas no presentan el Síndrome de Burnout.

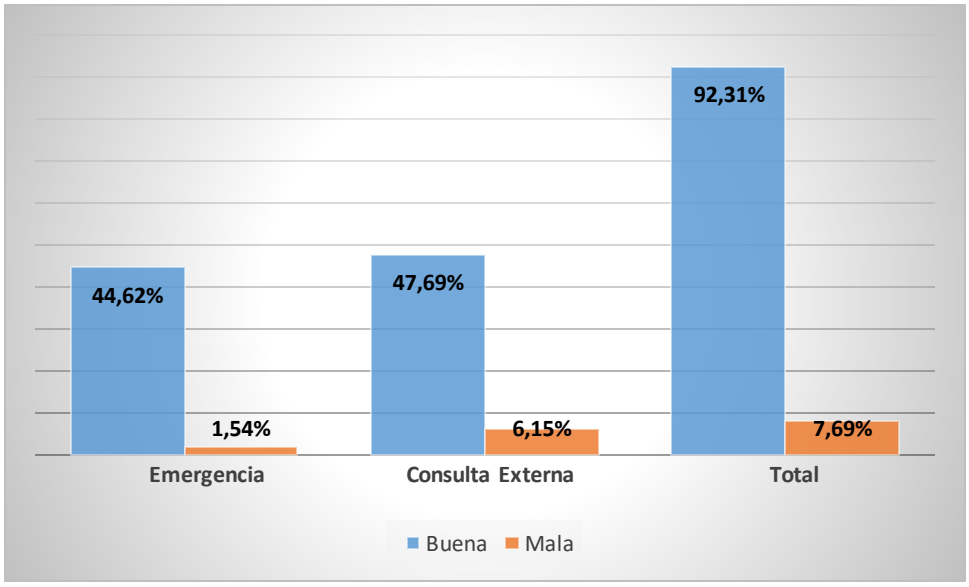
Objetivo específico 2: Indagar la calidad de vida que mantienen el personal de salud que labora en el Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Tabla N°2
Calidad de Vida del Personal de Salud.

Servicios						
Calidad de Vida	Emergencia		Consulta Externa		total	
	f	%	f	%	f	%
Buena	29	44,62%	31	47,69%	60	92,31%
Mala	1	1,54%	4	6,15%	5	7,69%
Total					65	100,00%

Fuente: Inventario de Burnout de Maslach y Escala de Calidad de Vida.
Elaborado por: Erick Stiwar Cañar Sarango.

Grafico N.- 2
Calidad de Vida del Personal de Salud.



ANALISIS E INTERPRETACION.

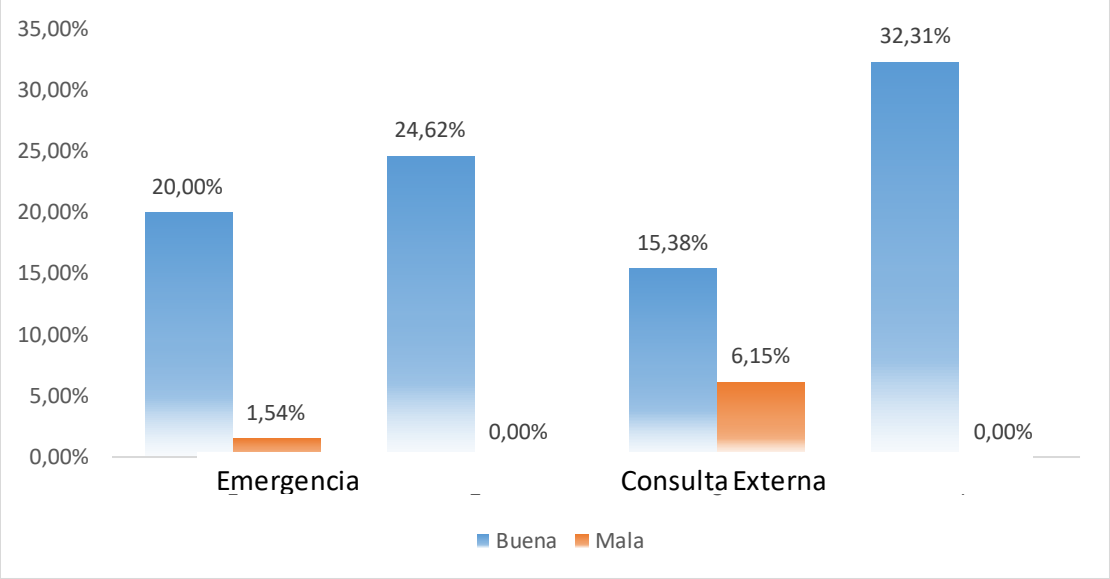
Del 100% de la muestra estudiada entre los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora el 92,31 % equivalente a 60 personas presentan una buena calidad de vida, mientras que el 7,69 % que representa a 5 personas muestran una calidad de vida mala.

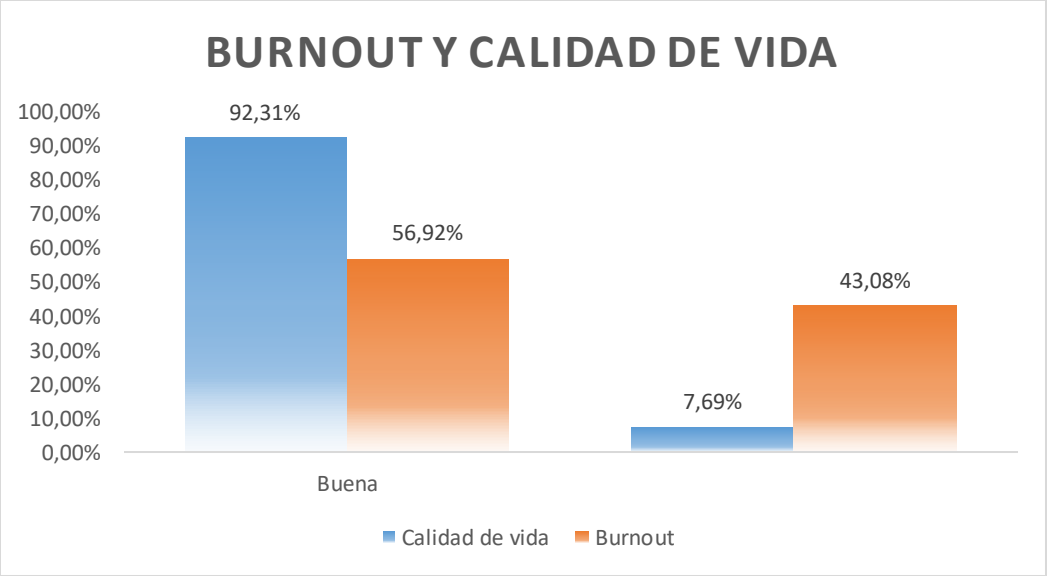
Objetivo específico 3: Determinar la relación entre el Burnout y la Calidad de Vida.

Tabla N°3
Relación de Burnout y Calidad de Vida.

Burnout Calidad de vida	Emergencia				Consulta Externa				Total	
	Presencia		Ausencia		Presencia		Ausencia			
Buena	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
	13	20,00%	16	24,62%	10	15,38%	21	32,31%	60	92,31%
Mala	1	1,54%	0	0,00%	4	6,15%	0	0,00%	5	7,69%
Total	14	21,54%	16	24,62%	14	21,54%	21	32,31%	65	100%

Grafico N.-3
Relación de Burnout y Calidad de Vida.





ANALISIS E INTERPRETACION.

Los resultados obtenidos permiten determinar que ante la presencia de burnout en 28 personas que corresponde al 43,08 %, la calidad de vida mala en 5 personas se evidencia en un 7,69%, mientras que la ausencia de burnout en 37 personas que corresponde a un 56,92 %, la calidad de vida buena se evidencia en 92,31 % correspondiente a 60 personas. Estos resultados permiten establecer que cuando existe una mala calidad de vida mayor será la presencia de burnout y que mientras ante una buena calidad de vida menor será la presencia de burnout.

g. Discusión

En la actualidad el síndrome de burnout es motivo de preocupación, por las repercusiones personales que implica, ya sean emocionales, conductuales o psicosomáticas, por las repercusiones familiares y sociales, así como por la repercusión en el ámbito laboral u organizacional, como ausentismo laboral, disminución del grado de satisfacción de los profesionales y usuarios y pérdida de productividad.

Según los datos obtenidos en la presente investigación se muestra que de las 65 personas evaluadas en los Servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja, el 43.08 % (f = 28) presentan el Síndrome de Burnout, mientras que el 56,92 % (f = 37) no lo presentan.

En México el índice de Burnout según un estudio realizado en el 2005 por la Universidad de Guadalajara (TORRES, 2005) y el ministerio de salud demuestra la aparición de Burnout en el 41,8 % de médicos familiares cifra que se asemeja a la obtenida en nuestra investigación.

En un estudio realizado en la ciudad de Bogotá – Colombia denominado "Burnout en personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos" (AQUÍCHAN, 2005) el índice de Burnout alcanza un porcentaje similar al obtenido en este trabajo investigativos siendo de 35.8 %.

Sin embargo si realizamos la comparación con otros estudios realizados en otras instituciones de salud a nivel nacional los resultados obtenidos no se mantienen en los mismos porcentajes, como por ejemplo en el estudio "Prevalencia y factores influyente del síndrome de Burnout en internos y residentes de los hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca- Ecuador, enero – julio 2011" se demostró que la incidencia de síndrome de Burnout en estas casa de salud era del 74,6 % (BRITO, 2011)

siendo esta cifra muy alta en relación a las obtenidas en este estudio en el cual la cifra fluctúa en el 43 % de los profesionales que fueron evaluados.

En cuanto a la relación del Síndrome de Burnout con la Calidad de Vida se cuenta con un estudio comparativo denominado "Relación de la calidad de vida profesional y el burnout en médicos de atención primaria" realizado en España en el año 2005, donde se muestra que el 68 % de los participantes mantienen un buena calidad a pesar de llegar a padecer de Burnout (RODRIGUEZ, 2005), lo cual comparte con los resultados obtenidos en esta investigación en donde el 86% (f=24) de la personas con el Síndrome de Burnout mantienen un calidad de vida buena.

El presente estudio constituye una primera aproximación al fenómeno del Burnout, por lo que es recomendable realizar estudios similares con un mayor número de sujetos, en muestras con características similares y distintas, con el fin de conocer todas las variables implicadas y, por otro lado, continuar aplicando el MBI para probar su validez y confiabilidad y realizar los cambios pertinentes a fin de disponer de un instrumento fidedigno que permita tener una visión real del Burnout en nuestra población sanitaria, de manera que se puedan diseñar estrategias de intervención que prevengan su aparición, para finalmente mejorar la calidad asistencial y la calidad de vida del trabajador/ ra de los servicios de salud en todos los niveles de atención.

h. Conclusiones

Una vez analizados los resultados obtenidos con la aplicación de los instrumentos y de acuerdo a los objetivos planteados en la investigación, se puede concluir que:

- La mayor parte del personal de salud que labora en los Servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja no presentan el Síndrome de Burnout.

- La frecuencia del Síndrome de Burnout se presentó en la cuarta parte de la población estudiada entre los Servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.

- La mayoría de la población estudiada entre los Servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja presenta una buena Calidad de vida.

- Existe relación entre las variables planteadas en la investigación, al considerar que el personal que presenta una mala calidad de vida, tienen una mayor presencia de burnout, en comparación con quienes presentan una calidad de vida buena.

i. Recomendaciones

Después de analizar la problemática y conocer el estado actual de la muestra estudiada podemos brindar las siguientes recomendaciones:

- Promover espacios de recreación, interacción y sano esparcimiento ya que son de suma importancia para motivar al personal de salud y a su vez liberar tensiones que pueden desencadenar en factores de riesgo.

- A las autoridades del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja articular conferencias psicoeducativas con el departamento de Psicología Clínica acerca de la prevención del Síndrome de Burnout.

- Que se ejecute el Plan de Psicoeducación planteado en la presente investigación con el fin de educar a todos los profesionales de salud sobre cuáles son los mecanismos adecuados de afrontamiento ante el Síndrome de Burnout, con el propósito de que obtengan nueva información, adquieran nuevas habilidades o mejoren las que ya poseen, obtengan refuerzo social y retroinformación sobre este tema la misma que les permitirá manejar y controlar la aparición de esta patología.

j. Plan psicoeducativo

Tema.

"ESTAR BIEN PARA TRABAJAR BIEN": EL MANEJO DEL ESTRÉS LABORAL Y CUIDADO DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD DEL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA.

Justificación.

En la Universidad Nacional de Loja, Área de la Salud Humana y específicamente la Carrera de Psicología Clínica, tiene como visión proporcionar una convivencia armoniosa dentro de los integrantes de la sociedad de tal forma que contribuye en la resolución de la problemática de salud mental presente en la región sur del país.

Este trabajo tiene su justificación en la idea de que una buena salud física y mental en el personal de salud es indispensable para poder atender a los cuidados de los pacientes y mantener el equilibrio en sus actividades.

En definitiva, para brindar una atención de calidad al paciente. Todo ello, reconociendo al personal de salud como una de 10 las profesiones que se encuentra sometida a múltiples factores estresantes como puede ser, entre otros, la sobrecarga de trabajo. La diversidad de estudios acerca del Burnout me ha causado el interés de conocer cuáles son las medidas de prevención de dicho síndrome; conocer las actuaciones más adecuadas para los profesionales y con ello evitar el desarrollo y alcance de esta situación.

De esta forma, el presente curso busca dotar a los asistentes de cada taller de capacitación, con los conceptos y herramientas para un mejor afrontamiento a las situaciones que generan estrés laboral y, asimismo, desarrollar habilidades, competencias y recursos colectivos que fortalezcan el desarrollo de competencias emocionales para el afrontamiento del estrés laboral, a través de la implementación de estrategias personales que contribuyan a mejorar el clima laboral y estrés interpersonal, desarrollando herramientas corporales y emocionales para el manejo adecuado del estrés laboral.

Alcance.

El presente plan de taller es dirigido al personal de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora.

Objetivo general.

- Dotar a los asistentes de cada taller de capacitación, con los conceptos y herramientas para un mejor afrontamiento a las situaciones que generan estrés laboral y, asimismo, para desarrollar habilidades, competencias y recursos colectivos que fortalezcan el desarrollo de competencias emocionales para el afrontamiento del estrés laboral y mejora de la calidad de vida.

Objetivos específicos.

- Conocer las variables centrales del estrés y calidad de vida, y cómo aplicarlas a los contextos laborales y personales.
- Reconocer las fuentes de origen del estrés en el trabajo y los efectos sobre la salud física y emocional.
- Controlar sus emociones y el estrés, como una herramienta de adaptación a la presión laboral y de la vida cotidiana.
- Desarrollar la habilidad de comprender y aceptar su propia vida como riqueza en sí misma y ser capaz de transmitir ese clima de satisfacción a las personas que lo rodean.

Meta.

Capacitar al 95% del personal de salud de los servicios de Emergencia y Consulta Externa.

Desarrollo del proceso metodológico.

a. Materiales

- Cartulinas
- Marcadores
- Hojas de Trabajo
- Hojas de Lectura
- Material Audiovisual (videos)

Objetivos terminales.

Al término de los talleres de capacitación, los participantes estarán en condiciones de:

- Aplicar en su trabajo, habilidades y destrezas coherentes con el autocuidado y la comunicación grupal e individual.
- Identificar las áreas de desempeño en las que es necesario mejorar el desarrollo de las habilidades conductuales, orientadas a resguardar la calidad de las relaciones interpersonales.
- Desarrollar e implementar estrategias personales para contribuir a la mejora del clima laboral y del estrés interpersonal.

Taller 1:

Síndrome de Burnout, definiciones según los autores y organizaciones.

Objetivo:

Identificar y entender el concepto de estrés en el personal de Salud.

Duración.

- 60 Minutos

Recursos humanos:

- Profesional de Psicología
- Personal de Salud

Recursos materiales:

- Proyector
- Hojas de Trabajo
- Computador
- Diapositivas
- Medio Audiovisual - Video

Actividades:

- Dinámica de presentación e inicio

La silueta: Los y las participantes dibujan en una hoja de papel una silueta que represente a ellos mismos, escribe en el su nombre, sus emociones, temores, desafíos, situaciones que generen estrés y las posibles soluciones, este ejercicio refleja las preocupaciones de cada persona y que se reconozcan así mismo ante la existencia de la problemática, 20 min.

- Conocer las variables centrales del estrés y calidad de vida, y cómo aplicarlas a los contextos laborales y personales, se propone trabajar en grupo, los grupos se estructurarán de acuerdo a numeración, para la actividad se dispone de 15 min.
- Exposición grupal del trabajo desarrollado en 15 min.
- Reflexión sobre sobre el impacto de los factores negativos del estrés en el ambiente laboral y familiar, el facilitador ira mencionando distintas situaciones que no estén bien definidas, para la actividad se dispone de 15 minutos.

Taller 2:

Síndrome de Burnout, factores desencadenantes y las consecuencias personales.

Objetivo:

- Reconocer las fuentes de origen del estrés en el trabajo y los efectos sobre la salud física y emocional.

Duración.

- 60 Minutos

Recursos humanos:

- Profesional de Psicología
- Personal de Salud

Recursos materiales:

- Proyector
- Computador
- Diapositivas
- Medio Audiovisual

Actividades:

- Inicio del taller con la realización de técnica de análisis general, sobre los orígenes del estrés en el trabajo, esta técnica se la realizara en grupos de trabajo para su mejor entendimiento, para la actividad se dispone de 20 min.
- Reflexión sobre el impacto del estrés sobre la salud física y emocional. Se realizara en 15 min.
- Realización de la primera actividad de evaluación, en la que se indicara a los asistentes, que de manera voluntaria realicen una síntesis de los aspectos más relevantes de los temas estudiados, para esta actividad se dará 15 minutos.
- Finalización con técnica visual, ¿Por qué nos estresamos? Esta actividad tendrá una duración de 10 minutos.

Taller 3:

Estrategias Preventivas del Síndrome de Burnout.

Objetivo:

- Controlar sus emociones y el estrés, como una herramienta de adaptación a la presión laboral y de la vida cotidiana.

Duración.

- 70 Minutos

Recursos humanos:

- Profesional de Psicología
- Personal de Salud

Recursos materiales:

- Proyector
- Computador
- Diapositivas

Actividades:

- Inicio de actividad con la técnica de participación dinámica en grupos sobre el manejo del estrés. Proporcionar información sobre la forma de cómo decidir hacer un cambio como primer paso para aliviar el estrés, seguido de la identificación del estresor. Esta actividad será desarrollada en un tiempo estimado de 10 min.
- Ejercicios de ensayos de habilidades mediantes técnica de comunicación asertiva, se realizara mediante dramatizaciones en grupos, sobre la temática del actuar pasivo, asertivo y agresivo. Esta actividad será desarrollada en un tiempo estimado de 15 min.

- Exposición de la parte práctica donde se brindara ejercicios básicos de respiración a los participantes para las situaciones donde se llegara a presentar estrés, para esta actividad se dará 15 minutos.
- Para la finalización del taller se procederá a realizar una técnica de relajación, enseñando los principios básicos de tensión y relajación, actividad que llevara 30 minutos.

Taller 4:

Taller sobre calidad de vida y bienestar personal.

Objetivo:

- Desarrollar la habilidad de comprender y aceptar su propia vida como riqueza en sí misma y ser capaz de transmitir ese clima de satisfacción a las personas que lo rodean.

Duración.

- 35 Minutos

Recursos humanos:

- Profesional de Psicología
- Personal de Salud

Recursos materiales:

- Proyector
- Computador
- Diapositivas
- Medio audiovisual

Actividades:

- Inicio de taller con la exposición sobre maneras de aprovechamiento del tiempo libre, las relaciones familiares y compartir con los amigos. Actividad guiada por el facilitador se dispone de 10 min.
- Presentación de una reflexión sobre el valor de las pequeñas cosas y atender lo importante por encima de lo urgente, el facilitador al final del video mencionara lo relevante y pedirá aportes individuales a los participantes. Se dispone de 15 min.
- En la finalización los participantes tendrán un espacio para realizar preguntas sobre la temática tratada, esta actividad dispone de 10 min.

MATRIZ DE ACTIVIDADES

Desarrollo de la propuesta psicoeducativa
Taller No.1

Tema: Síndrome de Burnout, definiciones según los autores y organizaciones.

Fecha	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
9/4/2017	**Dinámica de presentación e inicio:** La silueta.	20 minutos	Tesis Propuesta de intervención psicoeducativa (impresa)	Psic. Cli. Erick Cañar S.
	Trabajo en grupo: Sobre las variables centrales del estrés y calidad de vida.	15 minutos		
	Exposición Grupal.	15 minutos	Proyector Computadora Diapositivas	
	Cierre: Reflexión sobre el impacto de los factores negativos del estrés en el ambiente laboral y familiar.	15 minutos		

Taller No.2
Tema: Síndrome de Burnout, factores desencadenantes y las consecuencias personales.

Fecha	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
10/4/2017	**Inicio:** Realización de la técnica de análisis general, sobre los orígenes del estrés en el trabajo.	20 minutos	Tesis Propuesta de intervención psicoeducativa (impresa)	Psic. Cli. Erick Cañar S.
	Actividad: Reflexión sobre el impacto del estrés sobre la salud física y emocional.	15 minutos		
	Evaluación: Sobre síntesis de los aspectos relevantes.	15 minutos	Proyector Computadora Diapositivas	
	Cierre: Presentación de la técnica visual ¿Por qué nos estresamos?	10 minutos	Video	

Taller No.3

Tema: Estrategias Preventivas del Síndrome de Burnout.

Fecha	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
11/4/2017	**Introducción.-** Técnica de participación dinámica en grupos sobre el manejo del estrés.	10 minutos	Tesis Propuesta de intervención psicoeducativa (impresa)	Psic. Cli. Erick Cañar S.
	Actividad: Ejercicios de ensayos de habilidades mediante técnica de comunicación asertiva.	15 minutos		
	Exposición: Exposición de la parte práctica donde se brindara ejercicios básicos de respiración a los participantes para las situaciones donde se llegara a presentar estrés.	15 minutos	Proyector Computadora Diapositivas	
	Cierre: Para finalizar el taller se procederá a realizar una técnica de relajación, enseñando los principios básicos de tensión y relajación.	30 minutos		

Taller No.4

Tema: Taller sobre calidad de vida y bienestar personal.

Fecha	Actividades	Tiempo	Recursos	Responsable
12/4/2017	**Inicio:** Exposición sobre maneras de aprovechamiento del tiempo libre, las relaciones familiares y compartir con los amigos	10 minutos	Tesis Propuesta de intervención psicoeducativa (impresa)	Psic. Cli. Erick Cañar S.
	Actividad: Presentación de una reflexión.	15 minutos		
	Finalización: espacio para la realización de preguntas sobre la temática.	10 minutos	Proyector Computadora Diapositivas	

k. Bibliografía

Albar MJ, R. M. (2005). Apoyo social, características sociodemográficas .

Andreu, C. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional. *Atención Primaria*, 31.

Atance, J. (2010). Aspectos Epidemiologicos del Sindrome de Bournout en el personal sanitario. *Scielo*, 8.

Barón, M. G. (2008). *Sindrome de agotamiento profesional.* Madrid.

Bertrand Regader; Jonathan García-Allen; Adrián Triglia. (Febrero de 2014). *Psicologia y Mente*. Obtenido de Psicologia y Mente: https://psicologiaymente.net/salud/diabetes-y-salud-mental#!

Bulacio, D. J. (2006). *Fundación Iccap*. Obtenido de Ciencias Cognitivas Aplicadas: http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf

Burrows, D. M. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo:. *Ciencia y Trabajo*, 186, 187 pag.

Carlin, M. (2010). Evolución histórica desde el contexto laboral . *Anales de Psicologia* , 1, 2.

Castañeda, E. &. (2010). Prevalencia del Sindrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en médicos Familiares Mexicanos. *Revista Colombiana de Psiquiatria.* , 4.

Castellanos, J. L. (2006). Síndrome de desgaste profesional en personal medico. 433-436.

Cifuentes R, J. (2011). *La Familia Apoyo o Desaliento para el Paciente Diabetico.* Madrid. Obtenido de insp: www.insp.mx/salud/35/355-5s.html - 32k.

Claudia Troncoso Pantoja; Delia Delgado Segura; Carolina Rubilar Villalobos. (2013). Adherencia al tratamiento en pacientes con Diabetes tipo 2. En C. T. Pantoja, D. D.

Segura, & C. R. Villalobos., *Adherence to treatment in patients with Diabetes type 2* (págs. 1-5). Mexico.

Dora, F. (1998)). *Teoría de las interacciones familiares.* España.

Durán, M. M. (2010). *BIENESTAR PSICOLÓGICO: EL ESTRÉS*. Obtenido de Dialnet.com: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3698512

Fernández, F. J. (2015). Diabetes. *DMedicina*, 1-5.

FM., C. (2004). *Factores de riesgo para abandono (no adherencia) del tratamiento.* MedUNAB: 7:172-180.

Garay, Á. (12 de Agosto de 2014). *Infarma.* Obtenido de Infarma: http://www.infarma.es/documents/318930/b4c57d99-19fb-4387-bbcd-6ab1bf84cf2c

Giberti, E. (2006). Atencion a victimas de Burnout. *Revista de Posgrado de la Catedra de Medicina*, 167- 172.

Gil, I. C. (2007). Relaciones en el Entorno de Trabajo. *Editorial Paraninfo*.

GOICOECHEA, F. G. (11 de Febrero de 2016). *tuotromedico.* Obtenido de tuotromedico: http://www.tuotromedico.com/temas/tratamiento_diabetes.htm

González M, P. S. (2009). Obtenido de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol11_num2/articulos/sindrome.pdf

Gracia, T. H., & Terán Varela, O. (2007). *El Síndrome de Bornout:* . Obtenido de Una aproximación a su conceptualización: http://dgsa.uaeh.edu.mx/revista/icea/IMG/pdf/4_-_No.5.pdf

Grau A, F. D. (2007). *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español.* . Obtenido de Rev. Esp Salud Publica, 83(2): 215-230 : http://www.intramed.net/contenidover.asp?conteni

Haynes RB, M. H. (2002). *Ayudar a los pacientes siguen prescriben.* JAMA: 288: 2880-2883.

Hulpe, C. d. (12 de julio de 2015). *International Diabetes Federation.* Obtenido de International Diabetes Federation: http://www.idf.org/node/26454?language=es

JA., C. (2002;). *Efecto de cumplimiento parcial sobre la eficacia de la medicación cardiovascular.* 88: 203-206.

Jimenez, B. M. (2013). *Breve historia del burnout a traves de sus instrumentos de evaluación.* Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Martin, A. D. (2013). *Psicologia De La Calidad De Vida Laboral.* Madrid: C.G.A. UNIVERSITARIO.

Martínez, A. P. (Septiembre de 2010). *El síndrome de Burnout*. *Evolución*. Obtenido de http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm

Maslach, C. (2007). Burnout Consecuencias. *Inventory*.

Minuchin, S. (2003). *Familias y terapia familiar.* España: Gedisa.

Monte, P. G. (2011). *El Sindrome de quemarse por el trabajo.* Madrid.

Mosqued, M. (2008). *Quemados: EL sindrome de burnout*. Barcelona.

Muchinsky, P. M. (2007). *Psicología Aplicada al Trabajo.* Mexico: International Thomson Editores.

Navarrete, M. B. (6 de enero de 2016). *Sanofi*. Obtenido de Sanofi: http://www.sanofi.com.ec/l/ec/sp/layout.jsp?scat=EE0EEA37-6816-4C8F-9541-DDBA61BC537B

Newstrom, J. W. (2007). *Comportamiento Humano en el trabajo.* Mexico: Interamericana Editores.

OMS. (23 de Enero de 2015). Obtenido de http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/

OMS. (2016).

OMS. (2016). Obtenido de http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Palop L, M. M. (2004). *Adherencia al tratamiento en el paciente anciano.* Sist Nac Salud : 28: 113-120.

Pereda–Torales, L. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Revista Scielo*, 6 .

Pike, R. (6 de mayo de 2015). *MedlinePlus*. Obtenido de MedlinePlus: https://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/diabetes.html

Pupo, D. J. (2006). *Calidad de vida y trabajo. Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina*. Obtenido de Scielo.com: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1024-94352006000400005&script=sci_arttext#cargo

Rodríguez, U. E. (2015). *Espacio Psicoterapuetio y Neurologico*. Obtenido de http://ulises-espino.jimdo.com/blog/intervenci%C3%B3n-psicoeducativa/

S.A. (2016). *DeConceptos.com*. Obtenido de DeConceptos.com: http://deconceptos.com/ciencias-sociales/calidad-de-vida

Salvador, M. (2012). *Familias y terapia familiar.* España.

Silva, G. E. (13 de Diciembre de 2005). *scielo.* Obtenido de scielo: http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v30n4/v30n4a4.pdf

Stavroula, L. (2004). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones: http://www.who.int/-occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

Tonon, G. (2010). *Calidad de vida y desgaste profesional.* Buenos Aires.

TRETO, A. (2011). *Fundamentos de Guía Psicoeducativa.* ENE Publicidad, S.A. Obtenido de Guía Psicoeducativa .

Valeria., C. (2009). *PsicoSaludMental.* Obtenido de PsicoSaludMental: http://www.ucb.edu.bo/

Villa, L. R. (2005). *Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería* . Obtenido de Scielo.com / Revista Cubana de Enfermería: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100003&script=sci_arttext

l. Anexos

CUESTIONARIO DE MASLACH.

Se trata de un cuestionario que se utiliza en relación con los riesgos psicosociales, de donde podemos extraer **si el trabajador sufre insatisfacción laboral, estrés, u otras patologías.** Nos ayuda a entender de una manera fácil, sencilla y genérica si nos encontramos en situaciones de riesgo, lo que nos ofrece la opción de tomar medidas.

Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados:

1= NUNCA
2= RARAMENTE.
3= ALGUNAS VECES.
4= MUCHAS VECES.
5= SIEMPRE.

Cuestionario.

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

	1: Nunca	**2: Raramente**	**3: Algunas Veces**	**4: Muchas Veces**	**5: Siempre**
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Medición.

Obtención de puntuación en Agotamiento Emocional, Despersonalización y Logros Personales.

Agotamiento Emocional: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

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

Logros Personales: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Para saber el grado de estrés laboral consultar la siguiente tabla.

	BAJO.	**MEDIO.**	**ALTO.**
Agotamiento emocional.	Inferior a 16.	17-27	Superior a 28.
Despersonalización.	Inferior a 5.	6-10	Superior a 11.
Logros personales.	Inferior a 3.	34-39	Superior a 40.

Interpretación.
Puntuaciones elevadas en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajas en Logros Personales, son indicativas de estrés Alto.
Puntuaciones bajas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y elevadas en Logros Personales son indicativas de estrés Bajo.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

TÍTULO DE PROYECTO DE TESIS: *"La calidad de vida en el personal de salud, que presentan Burnout en el área clínica de los servicios de emergencia y consulta externa del Hospital General Isidro Ayora, periodo Marzo – Julio del 2016"*

Estas hojas de Consentimiento Informado pueden contener palabras que usted no entienda. Por favor pregunte al investigador principal para que le explique cualquier palabra o información que usted no entienda claramente.

Usted puede llevarse a su casa una copia de este consentimiento para pensar sobre este estudio o para discutir con su familia o amigos antes de tomar su decisión.

PROPÓSITO DE ESTUDIO:

El burnout o estrés laboral es un padecimiento que a grandes rasgos consistiría en la presencia de una respuesta prolongada de estrés en el organismo ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo.

La calidad de vida laboral es el grado en que los miembros de un colectivo son capaces de satisfacer las necesidades personales a través de sus experiencias en el contexto organizacional.

Mediante la ejecución de este proyecto de tesis se pretende:

- Detectar la presencia de burnout en el personal de salud que labora en el Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.
- Conocer la calidad de vida que mantiene el personal de salud que labora en el Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

PARTICIPANTES DEL ESTUDIO:

El estudio es completamente voluntario. Usted puede participar o abandonar el estudio en cualquier momento sin ser penalizado ni perder los beneficios.

Para éste proyecto se tendrá en cuenta que el personal de salud se encuentre actualmente laborando en los servicios de emergencia y consulta externa en el Hospital General Isidro Ayora.

Documento de propiedad y uso exclusivo de esta investigación.

PROCEDIMIENTO: En este contexto, deseo solicitarle su participación en el proyecto, lo que se materializaría realizando la siguiente actividad:

- Responder a la aplicación de la escala de calidad de vida GENCAT.
- Responder a la aplicación del test Maslach Burnout Inventory (MBI).

Para su conocimiento se puntualiza que su participación es voluntaria.

RIESGOS O INCOMODIDADES: En este estudio los participantes podrían sentir que se vulnera su privacidad, puesto que las preguntas apuntan a datos personales sobre la existencia o no del síndrome de burnout y calidad de vida. Sin embargo, en ningún momento del estudio, se juzgará la pertinencia de las estrategias del personal de salud.

BENEFICIOS: Debe quedar claro que usted no recibirá ningún beneficio económico por participar en este estudio. Su participación es una contribución para el desarrollo de la ciencia y el conocimiento.

PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: La información personal que usted dará a nuestros investigadores en el curso de este estudio permanecerá en secreto y no será proporcionada a ninguna persona diferente a Usted bajo ninguna circunstancia.

CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Yo_____ (Nombre Completo)

Estoy de acuerdo en participar del estudio titulado "LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO MARZO – JULIO DEL 2016".

El propósito y naturaleza del estudio me ha sido descrito por el investigador principal, Sr. Erick Stiwar Cañar Sarango. Yo comprendo lo que se me solicita y también sé que puedo hacer las consultas que estime pertinentes. Además entiendo que puedo suspender mi participación en cualquier momento.

Nombre del participante:

_____

Firma del participante:

_____

Fecha: ____/____/____

MODELO DE REPORTE DE OBSERVACIÓN PSICOLÓGICA

I. DATOS GENERALES:

Nombre: _____
Sexo: _____
Edad: _____
Instrucción: _____
Tiempo de Observación: _____Minutos. Hora de Inicio: _____Hora final: ____
Fecha: _____
Tipo de Observación: _____
Nombre del Observador(a): _____

2.1 DESCRIPCIÓN FÍSICA Y VESTIMENTA.

_____
_____
_____
_____
_____
_____

2.2 DESCRIPCIÓN DEL AMBIENTE.

_____
_____
_____
_____
_____

2.3 DESCRIPCIÓN DEL COMPORTAMIENTO (DESCRIPCIÓN DE LAS CONDUCTAS OBSERVADAS – REGISTRO NARRATIVO).

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

COMENTARIO:

_____
_____
_____
_____
_____

Loja 15 de junio de 2016.

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.

COORDINADORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA.

De mis Consideraciones.-

Yo **Erick Stiwar Cañar Sarango** con cedula de identidad número **0706121696**, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica me dirijo a usted con la finalidad de solicitar de la manera más comedida, se me realice la elaboración de un oficio de solicitud de permiso dirigido a la Dra. Lilia Dora Ruilova Davila **DIRECTORA DEL HOPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LA CIUDAD DE LOJA** para desarrollar la investigación previa a la obtención del título de psicólogo clínico cuyo tema se denomina **"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO MARZO – JULIO DEL 2016".** En la misma que se procederá a la aplicación de dos reactivos psicológicos en la fase de investigación de campo.

Por la atención que se me digne a dar al presente, desde ya le anhelo mis sinceros agradecimientos y le deseo éxito en las funciones que se encuentran a su cargo.

Atentamente

Erick Stiwar Cañar Sarango.
PROPONENTE DE LA INVESTIGACIÓN

15/06/2016

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Oficio N°. 232- CPSCL-ASH-UNL

Loja, 29 de abril de 2016

Señor
Erick Stiwar Cañar Sarango
ESTUDIANTE DEL X MODULO
DE LA CARRERA DE PSICOLOGIA CLINICA
Ciudad

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 8 de julio del 2009".

Me permito comunicarle que su Proyecto de tesis titulado: **"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL AREA CLINICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2015-2016",** ha sido aprobado de acuerdo al informe de pertinencia sobre la estructura y coherencia emitido por la Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero, por lo cual debe continuar con el trámite respectivo, debiendo solicitar la designación de Director(a) de Tesis.

Muy atentamente

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.
COORDINADORA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

C/c CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO

Elaborado: Lic. Mariudka Terán Palacios

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.

Teléfonos: 2571379 – Ext.110

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Oficio No. 436.- CPSCL- ASH-UNL
Loja, 15 de junio de 2016

Señora Doctora
Lilia Dora Ruilova Dávila
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA-LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar un cordial saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda *se de todas las facilidades al señor* ***ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO***, estudiante del *X Módulo de la Carrera de Psicología Clínica, a fin de aplicar los* reactivos para la investigación del Proyecto titulado: : **"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2015-2016".**

Por la atención que se digne dar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.

Muy atentamente

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.,

COORDINADORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

C/c **ERICK STIWAR AÑAR SARANTO, CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO**

Elaborado: Lic. Mariuska Terán Palacios

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.

Teléfonos: 2571379 – Ext.110

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Oficio No. 436.- CPSCL- ASH-UNL
Loja, 15 de junio de 2016

Dr. Danyel Pacheco

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Dra. Dora Ruilova D
DIRECTORA ASISTENCIAL

Señora Doctora
Lilia Dora Ruilova Dávila
DIRECTORA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA-LOJA
Ciudad.-

De mi consideración:

Me es grato dirigirme a usted, con la finalidad de hacerle llegar un cordial saludo y a la vez solicitarle muy comedidamente, se digne autorizar a quien corresponda *se de todas las facilidades al señor* ***ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO***, estudiante del X Módulo de la Carrera de Psicología Clínica, a fin de aplicar los reactivos para la investigación del Proyecto titulado: : **"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2015-2016".**

Por la atención que se digne dar a la presente, le expreso mis más sinceros agradecimientos.

Muy atentamente

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza.,

COORDINADORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

C/c **ERICK STIWAR AÑAR SARANTO**, CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO

Autorizado
20/06/2016
Dra. Lupita Rivera
Lda. Mónica Castillo
Dr. Juan Analuisa
Dr. Eduardo Abad

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
RECIBIDO
Loja a. 16/06/2016
Hora: 09:30
Firma:
SECRETARIA DE GESTION ASISTENCIAL

Elaborado: Lic. Mariudka Terán Palacios

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.
Teléfono: 2571379 – Ext.110

HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA"
COORDINACIÓN DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

DRA. LUPITA RIVERA HEBEATRA
MSP Lib. 1°OR-21-No 63
MSP Lib. 2°O-Rol 2-No 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Oficio N°. 158- CPSCL-ASH-UNL
Loja, 1 abril de 2016

Dra.
Anabel Elisa Larriva Borrero., Mg. Sc.
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del *Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico* de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 7 de julio del 2009", me permito remitir a usted el Proyecto de tesis: **"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL AREA CLINICA DE LOS *SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA, PERIODO 2015-2016", de la autoría del señor* ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO,** estudiante de IX Módulo de la carrera de Psicología, con el fin de emitir el **informe de pertinencia sobre la estructura y coherencia del mismo.**

Asimismo me permito recordar que de acuerdo a lo establecido en el *Reglamento, dicho informe se lo deberá hacer dentro de los ocho días* laborables.

Con los sentimientos de mi especial consideración y estima.
Muy atentamente

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza .,
COORDINADORA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

C/c **ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO, CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO**

Elaborado: Lic. Mariudka Terán Palacios

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.

Teléfonos: 2571379 – Ext.110

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

CARRERA DE PSICOLOGIA CLÍNICA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA

Oficio. No. 715.- CPSCL- ASH-UNL

Loja, 2 de diciembre de 2016

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza
Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores
Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva
DOCENTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
Ciudad

De mis consideraciones:

Por medio del presente, me permito designar a ustedes como Miembros del *Tribunal para Sesión Reservada de la Tesis titulada:* ***"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA"***, de la autoría del señor **ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO,** egresada de la Carrera de Psicología Clínica.

Dra. Ana Catalina Puertas Azanza	**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**
Psic. Clin. Karina Cecibel Flores Flores	**VOCAL DEL TRIBUNAL**
Lic. Efraín Fernando Muñoz Silva	**VOCAL DEL TRIBUNAL**

Asimismo recordar a ustedes, que de acuerdo al Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 8 de julio de 2009, *el plazo máximo para que se realice la Sesión Reservada es de ocho días* laborables.

Con la seguridad de contar con su valiosa colaboración, me suscribo de usted.

Atentamente,

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero.,
COORDINADORA DE LA CARRERA
DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

C/c **SECRETARIO ABOGADO, ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO, CARPETA ESTUDIANTE Y ARCHIVO**

Elaborado: Abg. Mariuska Terán Palacios

Dirección: Av. Manuel Ignacio Monteros, tras el Hospital Isidro Ayora.

Teléfonos: 2571379 – Ext.110

Ministerio de Salud Pública

HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
Dirección Asistencial

Loja, 31 de enero de 2017

DRA. DORA RUILOVA DÁVILA
Directora Médica del Hospital Isidro Ayora Loja

CERTIFICA:

Que el Sr. ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO, con CI. 0706121696, realizó la entrega de un CD con el contenido de su Tesis titulada: "LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLINICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA DE LOJA; previa a la obtención de su Título como Psicólogo Clínico.

Atentamente,

Ministerio de Salud Pública
HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA
GESTIÓN ADMINISTRATIVA

DRA. DORA RUILOVA DÁVILA
Directora Médica del Hospital Isidro Ayora Loja
/Ing.Belc.

c.c. Archivo

Av. Manuel Agustín Aguirre y Juan José Samaniego
Teléfono: 2570540 ext. 7210
isidro.ayora@hial.gob.ec

Loja, 30 de Enero del 2017

Yo, Lic. Jorge Luis Ortiz Cochancela, perteneciente al número de cédula 1900512052, graduado en la carrera de Idioma Ingles con número de registro de SENESCYT 1008-12-1138602 mediante la presente,

CERTIFICO:

Haber realizado la **TRADUCCIÓN DEL RESUMEN DE TESIS** con el tema: "LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA", de la autoría del Sr. **ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO.**

En honor de la verdad, otorgo el presente certificado para los trámites legales pertinentes previo a su graduación.

Lic. Jorge Luis Ortiz C.

TRADUCTOR

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TEMA:

"LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA."

PROYECTO DE TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TITULO DE PSICOLOGO CLÍNICO

AUTOR

ERICK STIWAR CAÑAR SARANGO.

LOJA - ECUADOR

2017

a. TEMA

LA CALIDAD DE VIDA EN EL PERSONAL DE SALUD, QUE PRESENTAN BURNOUT EN EL ÁREA CLÍNICA DE LOS SERVICIOS DE EMERGENCIA Y CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL GENERAL ISIDRO AYORA.

b. PROBLEMÁTICA

El trabajador es un ser biopsicosocial que vive las 24 horas del día intercambiando con el medio ambiente, trabaja 8 horas y comparte aproximadamente 16 horas con su familia, por ello debe verse en forma integral en la familia, la organización y como un elemento muy importante del medio ambiente. (Pupo, 2006)

La calidad de vida laboral es el grado en que los miembros de un colectivo son capaces de satisfacer las necesidades personales a través de sus experiencias en el contexto organizacional. Si la calidad de vida en el trabajo fuera pobre puede originar insatisfacción y comportamientos desajustados (errores de desempeño, ausentismo y otros).

La presión organizacional consecuente, se traslada a los trabajadores, potenciado la aparición y desarrollo de una pandemia del mundo actual: el estrés laboral, que impacta en su bienestar psicológico y calidad de vida. (Durán, 2010)

Brindar la atención que merece el síndrome de Burnout es muy importante debido a que va a mejorar el funcionamiento del entorno laboral, así como también el funcionamiento personal y familiar de las personas que estén presentando este problema. Para ello es muy importante tener estrategias individualizadas para la confrontación y superación de este fenómeno.

La salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva de la salud mental se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». (OMS, Salud mental: un estado de bienestar, 2016)

En la sociedad contemporánea que vive y se desarrolla en un mundo globalizado, el estrés es cada vez más frecuente entre los individuos, lo que afecta su salud y desempeño laboral; el personal de salud no está exento de este problema. La exposición a factores de riesgo psicosocial, a fuentes de estrés en dosis nocivas y, en concreto, a variables como: carga de trabajo, falta de control y autonomía, ambigüedad y conflicto de rol, malas relaciones en el trabajo, falta de apoyo social, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía. Cuando las anteriores causas se producen en trabajos en los que su contenido tiene demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, puede dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que desemboque en un daño para la salud del trabajador. (Castañeda, 2010, pág. 4)

El síndrome de burnout es una de las manifestaciones de estrés laboral más estudiadas. El concepto de burnout fue utilizado por primera vez en el ámbito de la psicología por Freudenberger, en el año de 1974. Este psicólogo lo definió como un estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado. (Pereda–Torales, 2009, pág. 6)

La prevalencia del Síndrome de Burnout varía ampliamente de un país a otro e incluso dentro del mismo territorio nacional que se valore, dependiendo de las características del sistema de salud en que se opera, así como de otros factores organizacionales intrínsecos del hospital que se estudie y de los profesionales de salud en los que se realice. Hay estudios que demuestran que la sobrecarga de trabajo o el hecho de ocupar más del 70% de la jornada diaria a la atención de pacientes se presenta como variable de riesgo para Burnout. (Atance, 2010)

En Argentina, ha sido demostrada su presencia en el 30% del personal de enfermería que labora en unidades de terapia intensiva, y en el 42% de los médicos residentes de pediatría. En Colombia, se registró una prevalencia de 66.7% en médicos, 42.9% en enfermeras, de 0% en auxiliares de enfermería. (González M, 2009)

La presencia del mismo en el personal sanitario, influye en el desempeño y calidad de su trabajo, un estudio hispanoamericano muestra que los niveles de Burnout en médicos ecuatorianos es bajo (4%) en relación a otros países como argentina o España (14%). (Grau A, 2007)

El proyecto investigativo se encuentra dirigido al personal de salud que labora en los servicios de emergencia y consulta externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja, debido a que estas son las unidades donde la carga laboral son de mayor responsabilidad.

Mediante el aporte de entrevistas dirigidas algunos doctores y enfermeras de esta institución de salud se puede demostrar la presencia de este síndrome de estrés laboral. En relación a lo manifestado los inconvenientes que suelen presentarse en relación al desempeño laboral son las faltas al trabajo, negación a las cosas, el ambiente hostil y la despersonalización con los pacientes.

Es por ello que se trazan las siguientes interrogantes:

- **¿Cuál es la calidad de vida del personal de salud que mantiene luego de trabajar?**
- **¿Cómo afecta la recarga laboral en la salud mental del personal de salud?**
- **¿Qué factores de riesgos desencadenan el síndrome de burnout?**

c. JUSTIFICACIÓN

La Carrera de Psicología Clínica del Área de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, es una unidad académica acreditada que desarrolla procesos científicos, técnicos y humanos de calidad, para la formación de Psicólogas/os Clínicas/os, con valores éticos, que propicia la convivencia armónica y contribuye a la solución de la problemática de la salud mental de la Región Sur del Ecuador.

El Síndrome de Burnout se enmarca dentro de los problemas presentes en nuestra sociedad afectando de manera directa a la esfera familiar y social de muchos profesionales encargados del cuidado de la salud.

El personal de salud sometido a desgaste profesional no solo se ve afectado en su salud mental, sino también en su desempeño laboral. La relación médico – paciente también se puede ver comprometida, debido a que el burnout disminuye su calidad de prescripción y lo despersonaliza de sus pacientes.

La importancia de conocer la presencia del burnout en los servicios de emergencia y consulta externa del Hospital General Isidro Ayora es debido a estos son los que están sometidos a mayor presión organizacional y responsabilidad dentro de su desempeño laboral.

La presente investigación se realiza debido al gran interés de conocer la situación actual del Burnout dentro de esta Institución de salud pública, se propone su elaboración considerando que a través de la misma se podrá presentar una propuesta psicoeducativa orientada a la prevención de burnout y mejoramiento de la calidad de vida, para de esta manera optimizar el funcionamiento laboral del personal así como también la atención que brinda a la ciudadanía lojana.

Mediante su desarrollo se permitirá ofrecer un análisis de los diferentes factores de riesgo que influyen en el estrés y su incidencia en relación con la jornada laboral.

En calidad de estudiante con formación y conocimientos teóricos sobre los problemas de la salud mental, aspiro brindar un aporte de datos y resultados sobre el síndrome de Burnout.

d. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar cómo influye el Burnout en la Calidad de Vida del personal de salud del Área de Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

Objetivos Específicos

- Detectar la presencia de burnout en el personal de salud que labora en el Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

- Indagar la calidad de vida que mantienen el personal de salud que labora en el Área Clínica de los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Ciudad de Loja.

- Determinar la relación entre el Burnout y la Calidad de Vida.

- Elaborar una propuesta psicoeducativa de prevención del Burnout y mejoramiento de la Calidad de Vida.

e. ESQUEMA DE LA REVISION DE LA LITERATURA

1. CALIDAD DE VIDA

1.1 Introducción

1.2 Concepto de calidad de vida

1.3 Las dimensiones que componen la calidad de vida

2. SÍNDROME BURNOUT

2.1 Historia del burnout

2.2 Concepto de síndrome de burnout

2.3 Concepto de estrés laboral

2.4 Manifestaciones sintomatológicas

2.4.1 Síntomas físicos.

2.4.2 Síntomas emocionales.

2.4.3 Síntomas conductuales.

2.5 Factores de riesgo relacionados

2.5.1 Los turnos laborales y el horario de trabajo.

2.5.2 La seguridad y estabilidad en el puesto.

2.5.3 La antigüedad profesional.

2.5.4 La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones.

2.5.5 La estructura y el clima organizacional.

2.5.6 Retroalimentación.

2.5.7 Las relaciones interpersonales.

2.6 Consecuencias de burnout

***2.7* Causas de burnout en profesionales de la salud**

2.8 Instrumentos para la valoración del burnout

2.8.1 El maslach burnout inventory (MBI).

2.8.2 El “burnout measure” (B.M.).

2.9 Estrategias y técnicas de intervención

3. PROPUESTA PSICOEDUCATIVA

3.1 Concepto

3.2 Generalidades

3.3 Objetivos de la psicoeducación

3.4 Características de la propuesta psicoeducativa

3.5 Usos de la psicoeducación

f. REVISION DE LA LITERATURA

1. CALIDAD DE VIDA

1.4 Introducción

En la actualidad mencionar que la calidad de vida, entendiendo a la misma como el bienestar social general de los individuos, significa contemplar un concepto que está incorporado en el lenguaje de la vida cotidiana; lo que ha llevado a que en las últimas décadas sea investigado y aplicado en diferentes campos. Al hablar de calidad de vida en el caso de las personas nos referimos a los elementos o condiciones en el que vive y hacen que su existencia sea realizada y digna de ser vivida, estos factores pueden ser tanto emotivos como culturales o materiales y en este sentido es que tenemos que considerar las diferencias individuales. Es un concepto utilizado para el bienestar social general de individuos y sociedades. El término se utiliza en una generalidad de contextos, tales como psicología, sociología, ciencia política, estudios médicos, estudios del desarrollo, etc. No debe ser confundido con el concepto de estándar o nivel de vida, que se basa primariamente en ingresos. Indicadores de calidad de vida incluyen no solo elementos de riqueza y empleo sino también de ambiente físico y arquitectónico, salud física y mental, educación, recreación y pertenencia o cohesión social. Mencionando la importancia de lo subjetivo que rodea a ésta temática, lo más importante es que se está hablando de la felicidad de las personas. (Martin, 2013)

Según la OMS, la calidad de vida es: "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes". (OMS, 2015). Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. (OMS, 2015)

1.5 Concepto de calidad de vida

La calidad es el grado de bondad de las cosas en general. La calidad de vida designa las condiciones en que vive una persona que hacen que su existencia sea placentera y digna de ser vivida, o la llenen de aflicción. Es un concepto extremadamente subjetivo y muy vinculado a la sociedad en que el individuo existe y se desarrolla. En un ambiente rural, sin adelantos técnicos, donde las personas viven una vida más de acuerdo con la naturaleza y alejados del progreso, sentirán satisfechas sus necesidades con menores recursos materiales. En las modernas sociedades urbanas, un individuo se sentirá insatisfecho y con poca calidad de vida si no puede acceder a las innovaciones tecnológicas que lo dejan relegado del mundo globalizado y competitivo.

Por supuesto que hay necesidades básicas que hacen a la calidad de vida de toda persona sin las cuales es indiscutible ese ser humano no goza de buena calidad de vida, como salud, vivienda, alimentación, trabajo, educación y descanso. La calidad de vida tiene mucho que ver con la proporción que guarda la creciente población mundial y la escasez de los recursos. (S.A, DeConceptos.com, 2016)

1.6 Las dimensiones que componen la calidad de vida

1.3.1 Calidad de vida objetiva. Según Veenhoven (1996) es el grado en que las condiciones de vida de las personas alcanzan criterios observables de una buena vida. Estos criterios se reflejan en indicadores como ingresos, seguridad, atención de salud, educación.

Los autores aluden a condiciones de vida de las personas en varios dominios a partir de medidas descriptivas de un individuo o grupo en las cuales no interfiere una apreciación subjetiva, pudiendo ser el informante alguien externo al propio sujeto evaluado.

En este sentido Calidad de Vida en términos objetivos indica el modo en que se lleva a cabo la evaluación, lo objetivo está determinado por el tipo de datos que se manejan y por el modo en que dichos datos se obtienen. Aunque al principio los estudios se centraron en

estos aspectos objetivos de la Calidad de Vida, los datos ponían en evidencia que no existía una correlación alta entre bienestar percibido y las circunstancias objetivas de vida, por ello se comenzó a prestar atención a los aspectos subjetivos del bienestar.

1.3.2 Calidad de vida subjetiva. Según Veenhoven (1996) se refiere al grado en que las personas valoran sus propias vidas, es decir, el modo en que perciben sus salarios, su seguridad, la satisfacción con su salud y con su educación. Lo subjetivo significa el hecho de juzgar las circunstancias de vida de manera individual y que varía de una persona a otra.

Por tanto, Calidad de Vida subjetiva se refiere a la valoración que hace una persona sobre su vida y refleja la percepción de bienestar. La percepción subjetiva de Calidad de Vida ha recibido una atención especial por parte de los investigadores, sobre todo por los procesos psicológicos que subyacen, distinguiendo dos procesos, uno cognitivo que implica el juicio sobre la Calidad de Vida y otro afectivo, vinculado a las emociones. El primero más establecido en el tiempo y el segundo más cambiante.

Junto al análisis de los procesos que subyacen a la percepción subjetiva de la Calidad de Vida, los investigadores han estudiado las circunstancias personales, sociales o culturales que están relacionadas con una mayor o menor percepción de satisfacción. Esto les ha llevado a valorar las diferencias existentes entre grupos en función de variables diversas y aproximar una respuesta a la pregunta de por qué algunos sujetos se sienten satisfechos y otros no (Contini, 2001).

2. SÍNDROME BURNOUT

2.1 Historia del burnout

En 1974, un médico psiquiatra llamado Herbert Freudenberger que trabajaba como asistente voluntario en la Free Clinic de Nueva York para toxicómanos, al igual que otros voluntarios jóvenes e idealistas, observó que al cabo de un periodo más o menos largo, entre uno y tres años, la mayoría sufría una progresiva pérdida de energía, desmotivación, falta de todo interés por el trabajo hasta llegar al agotamiento, junto con varios síntomas de ansiedad y de depresión (Mingote Adán, 1998; Moreno, González y Garrosa, 2001).

Según Leiter (1991), el tipo de trabajo que estas personas hacían se caracterizaba por carecer de horario fijo, contar con un número de horas muy alto, tener un salario muy escaso y un contexto social muy exigente, habitualmente tenso y comprometido. Freudenberger describió cómo estas personas se vuelven menos sensibles, poco comprensivas y hasta agresivas en relación con los pacientes, con un trato distanciado y cínico con tendencia a culpar al paciente de los propios problemas que padece.

Para describir este patrón conductual homogéneo, Freudenberger eligió la misma palabra Burnout ("estar quemado", "consumido", "apagado") que se utilizaba también para referirse a los efectos del consumo crónico de las sustancias tóxicas de abuso. Esta era una palabra de uso común en la jerga atlética, deportiva y artística, que hacía referencia a aquellos sujetos que no conseguían los resultados esperados pese al esfuerzo realizado. La psicóloga social Cristina Maslach por aquel entonces, año 1976, estudiaba las respuestas emocionales de los empleados de profesiones de ayuda a personas.

Eligió también el mismo término que utilizaban de forma coloquial los abogados californianos para describir el proceso gradual de pérdida de responsabilidad y desinterés

cínico entre sus compañeros de trabajo. Burnout era una expresión con gran aceptación social: los afectados se sentían fácilmente identificados con este feliz término descriptivo, no estigmatizador como los diagnósticos psiquiátricos (Malasch y Jackson, 1986).

En las primeras publicaciones realizadas, referentes a la implicación con distintos profesionales, tales como (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, profesores, policías, etc.,) así como en la divulgación de los medios de comunicación se destacaba más la importancia de las diferencias individuales, como la personalidad previa (perfeccionismo, idealismo, excesiva implicación en el trabajo), que la influencia de las condiciones objetivas de trabajo. Se popularizaron los sentimientos de prevención y de intervención dirigidas a su adecuado afrontamiento.

Además, el término burnout perdió precisión conceptual, convirtiéndose en un "cajón de sastre", o mejor aún, en un "cajón desastre" sin consistencia científica, que según Mingote Adán (1998) se asociaba al trabajo directo con personas, tras un tiempo prolongado de alta implicación emocional con el cliente, con alta demanda de exigencias adaptativas y bajas posibilidades de ejercer un control eficaz sobre esta situación, según el paradigma de la indefensión aprendida de Seligman.

García-Izquierdo (1991) comenta que el burnout es un problema característico de los trabajos de "servicios humanos", es decir, de aquellas profesiones que deben mantener una relación continua de ayuda hacia el "cliente".

En la delimitación conceptual del término pueden diferenciarse dos perspectivas: la clínica y la psicosocial (GilMonte y Peiró, 1997). La perspectiva clínica lo considera como un estado al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, en esta dirección se encaminaron los primeros trabajos de Freudenberger (1974), y de Pines y Aaronson (1988).

La perspectiva psicosocial lo considera como un proceso que se desarrolla por la interacción de características del entorno laboral y de orden personal, con manifestaciones bien diferenciadas en distintas etapas como se indica en los trabajos iniciales de Gil-Monte, Peiró y Valcárcel (1995), Golembiewski, Munzenrider y Carter (1983), Leiter (1988); Maslach y Jackson (1981), Schaufeli y Dierendonck (1993),entre otros.

Existe una diferencia clave entre el burnout como estado o como proceso, ya que el burnout como estado entraña un conjunto de sentimientos y conductas normalmente asociadas al estrés, que plantean un "etiquetamiento" (decir que alguien "está quemado" o burn-out sugiere un fenómeno está-tico, un resultado final), mientras que la concepción como proceso, lo aborda como un particular mecanismo de afrontamiento al estrés que implica fases en su desarrollo (Rodrí-guez-Marín, 1995; Gil-Monte y Peiró, 1997). Desde esta última perspectiva, el burnout podría ser entendido como una respuesta al estrés laboral cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento habitualmente usadas por el sujeto, comportándose como variable mediadora en la relación estrés percibido y consecuencias.

Un nuevo problema surge paralelo a la definición de burnout, y es según Gil-Monte y Peiró (1997) el de diferenciarlo de otros estados con los que suele confundirse, como serían los estados de tedio, depresión, alienación, ansiedad, insatisfacción laboral, fatiga, etc. El proceso de burnout supone una interacción de variables afectivas, cognitivoaptitudinales y actitudinales, que se articulan entre sí en un episodio secuencial.

Estos autores señalan que más que un estado, es una particular respuesta a corto y medio plazo al estrés crónico en el trabajo. Y en relación con este último aspecto Farber (1984) señala que el estrés tiene efectos positivos y negativos para la vida pero el burnout siempre los muestra negativos. (Carlin, 2010)

2.2 Concepto de síndrome de burnout

El burnout o "síndrome del quemado" es un síndrome clínico descrito por primera vez en 1974 por Herbert Freudenberger, psiquiatra norteamericano que lo definió como un "estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esperado refuerzo". Según Freudenberger, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el burnout, especialmente las que trabajan en profesiones de ayuda a otras personas (habla Freudenberger de "comunidades terapéuticas, voluntariado…"), de tal forma que estas personas "sentirían una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar". Otra condición para que ocurra este síndrome es el aburrimiento, la rutina y la monotonía en el trabajo, que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año del comienzo del trabajo.

Según este autor, el síndrome de burnout así descrito, se manifestaría clínicamente por signos físicos y conductuales. Entre los primeros destacaría el agotamiento y la fatiga, la aparición de cefaleas, así como alteraciones gastrointestinales, insomnio y dificultad respiratoria.

En cuanto a las alteraciones de la conducta, sería frecuente la aparición de sentimientos de frustración, así como signos de irritación ante la más mínima presión en el trabajo. También puede aparecer un estado paranoide, que puede conducir a un sentimiento de prepotencia hacia otras personas. Y todo esto puede conllevar a un consumo excesivo de tranquilizantes y barbitúricos. Freudenberger describe como la persona con burnout se vuelve "rígida, obstinada e inflexible, no se puede razonar con él, bloquea el progreso y el cambio constructivo, porque eso significa otra adaptación y su agotamiento le impide

experimentar más cambios. Estas personas aparecen deprimidas, y todos estos cambios son percibidos por sus familiares".

En España, en 1989 los autores Gervás y Hernández denominaron al síndrome de burnout enfermedad de Tomás y en 1998 Vega y colaboradores, se refirieron al mismo concepto definido por Maslach y Jackson como síndrome de desgaste profesional, término muy utilizado en los numerosos estudios sobre este tema realizados en nuestro país.

Cebriá Andreu afirma que el burnout "es producto del "distrés" crónico producido básicamente en el trabajo", afirma también que es "multidimensional y en él se relacionan factores personales, organizacionales y socioculturales. Se implican de forma constante la falta de energía, el cansancio emocional y cognitivo, así como actitudes de cinismo, despersonalización y claudicación personal."

Como hemos visto, no existe una definición unánimemente aceptada del síndrome de desgaste profesional o burnout, pero sí parece haber consenso en considerarlo una respuesta al estrés laboral crónico con connotaciones negativas ya que implica consecuencias nocivas para el individuo y para la institución en la que éste trabaja.

Por tanto, es importante definir una serie de conceptos relacionados con el burnout, como son los términos estrés, distrés o estresor, para así poder comprender mejor este síndrome. (Andreu, 2003)

2.3 Concepto de estrés laboral

El término "estrés" fue introducido en biología por Walter Cannon en 1911, para designar todo estímulo nocivo capaz de perturbar la homeostasis del organismo y de movilizar los procesos autorreguladores. Hans Selye (el llamado "padre del estrés"), en 1936

utilizó este término para designar la respuesta inespecífica del organismo a toda demanda o exigencia adaptativa producida por estímulos negativos excesivos, y la denominó Síndrome General de Adaptación.

Es importante diferenciar entre estresor, estrés y respuesta de estrés; ya que estresor es el acontecimiento objetivo, estrés es la experiencia subjetiva negativa, tal como es vivida por cada persona, y respuesta al estrés es la reacción fisiológica y conductual a la experiencia del estresor. (Stavroula, 2004)

El estrés puede estar motivado tanto por problemas domésticos como laborales, así la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su documento "La Organización del trabajo y el estrés" define el estrés laboral como "la reacción que puede tener el individuo ante exigencias y presiones laborales que no se ajustan a sus conocimientos y capacidades, y que ponen a prueba su capacidad para afrontar la situación"´. Si bien tener una cierta presión en el trabajo es beneficiosa para el trabajador, puesto que le mantiene alerta, motivado y en condiciones de trabajar y aprender, a veces esa presión puede hacerse excesiva o difícil de controlar, apareciendo el estrés en el trabajo.

En este sentido, es importante diferenciar entre el estrés saludable o "eutrés" (eu, bueno en griego) y el estrés patológico o "distrés" (dis, malo en griego). En el eutrés, la discrepancia entre lo que se exige y la capacidad de superación del individuo, puede ser controlada, lo cual conlleva un fenómeno cognitivo positivo y unas emociones positivas. Si, por el contrario, ante un estresor se produce un gasto continuado de recursos sin que la situación sea controlada y sin que la capacidad de superación tenga éxito, hablamos de una reacción de distrés crónico, que conlleva cogniciones y sentimientos negativos.

Por tanto, muchas experiencias vividas en el trabajo son consideradas estresores y van acompañadas de las consiguientes reacciones crónicas de distrés. Pero dentro de estas vivencias del trabajo existen una serie de condiciones laborales que aumentan de manera efectiva el riesgo de enfermar para los trabajadores. Así, para explicar cuáles son estas condiciones laborales existen dos modelos teóricos del estrés laboral desarrollados por las ciencias sociales: el modelo americano demanda-control y el modelo alemán crisis de gratificación en el trabajo.

En el primer caso, la exigencia en el trabajo resulta de la combinación de dos dimensiones: la dimensión cantidad y tipo de demanda y la dimensión del control sobre las tareas del trabajo. En este modelo se ha incluido una tercera dimensión, el apoyo social, de forma que la ausencia de apoyo social supone una intensificación de la reacción estresante.

El segundo modelo es el de crisis de gratificación en el trabajo, el cual surge de la relación de intercambio de la función laboral en el proceso de reciprocidad social: a un esfuerzo dado se conceden gratificaciones. Estas gratificaciones serían el salario o los ingresos, la estima y valoración en el trabajo y por último, la promoción laboral y la seguridad en el empleo. Así, lo que se espera identificar con este modelo son las situaciones que se caracterizan por un alto esfuerzo y una baja recompensa. Una vez estudiado el concepto de estrés laboral, es importante incidir sobre las causas en el trabajo que llevan a este tipo de estrés. Así, se ha comprobado en distintas investigaciones, que el estrés laboral está íntimamente relacionado con las exigencias y presiones que el trabajador sufre en su puesto de trabajo, de manera que cuanto más se ajusten los conocimientos y capacidades del trabajador a esas exigencias y presiones, menor será la probabilidad de que sufra estrés laboral. Igualmente, las probabilidades serán menores si el trabajador recibe apoyo de los

demás, ejerce control sobre su trabajo y participa activamente en la toma de decisiones con respecto a su actividad laboral. (OMS, Salud mental: un estado de bienestar, 2016)

2.5 Manifestaciones sintomatológicas

El Síndrome de Burnout se puede manifestar mediante los siguientes síntomas:

2.4.1 Síntomas físicos. De acuerdo a las manifestaciones físicas que puede padecer el empleado tenemos: alergias, dolores musculares, cansancio, agotamiento, problemas de sueño, frecuentes dolores de cabeza, úlceras, desórdenes gastrointestinales, pérdida de peso, etc.

2.4.2 Síntomas emocionales. Señales de síntomas emocionales encontramos: aburrimiento, desmotivación, irritabilidad, ansiedad, incapacidad para concentrarse, vacío, baja autoestima, baja realización. Mucho nerviosismo, agresividad, dificultad para la concentración.

2.4.3 Síntomas conductuales. Cambios bruscos de humor, aumento de conductas agresivas o violentas, impulsividad, apatía, hostilidad, impacientes con los clientes, no muestran cordialidad, no saludan al cliente. Puede llegar la persona a un consumo aumentado de café, alcohol, drogas o fármacos. Así como bajo rendimiento 11 laboral, distanciamiento, conflicto con compañeros, jefes o la misma familia. Incapacidad para vivir de forma relajada.

Dichos síntomas tienen una consecuencia negativa para la vida del individuo, puede provocar problemas familiares, sociales o también disminuye la calidad de vida de la personal, la persona se encuentra tensa, hay indiferencia, negativismo y tiende al aislamiento.

2.6 Factores de riesgo relacionados

Existen varios factores que influyen en el desarrollo del Burnout, las cuales son:

2.5.1 Los turnos laborales y el horario de trabajo. Para algunos autores, el trabajo por turnos y el nocturno facilita la presencia del síndrome. Las influencias son biológicas y emocionales debido a las alteraciones de los ritmos cardiacos, del ciclo sueño-vigilia, de los patrones de temperatura corporal y del ritmo de excreción de adrenalina.

2.5.2 La seguridad y estabilidad en el puesto. La estabilidad y seguridad laboral es el derecho que todo trabajador tiene a conservar su puesto de trabajo y garantizar ingresos al trabajador para satisfacer sus necesidades así como los ingresos a la empresa. Una organización debe asegurar a sus empleados un ambiente laboral adecuado, es decir la empresa debe preocuparse por las condiciones tanto físicas como psicológicas para realizar las funciones de la manera correcta. La estabilidad puede depender de muchos factores por ejemplo el cambio de una administración puede afectar a los empleados, también puede darse por la economía o nuevas políticas en el país en el sector laboral.

2.5.3 La antigüedad profesional. La antigüedad de la persona es la cantidad de tiempo laboral que una persona lleva perteneciendo a una determinada empresa. Existen empresas que cuando el empleado llega a cierta cantidad de años en el trabajo, que puede ser entre 20 o 25 años, le otorgan la jubilación. El Síndrome de Burnout puede afectar también a los empleados que llevan trabajando gran cantidad de años aunque puede ser relativo, ya que existen personas que pueden llevar poco tiempo en una empresa y padecer del síndrome de Burnout por diferentes factores o puede darse el caso de una persona que tenga más de 10 años trabajando y no padecen del síndrome o viceversa.

2.5.4 La incorporación de nuevas tecnologías en las organizaciones. Las tecnologías pueden producir cambios en las tareas y puestos de trabajo.

Las nuevas tecnologías sobre los trabajadores, generan escenarios con multiplicidad de factores y estresores, entre los cuales se puede mencionar: la necesidad de capacitación, miedo a ser desincorporado, incremento de control y monitorización del desempeño, aspectos relacionados con la seguridad, reducción de la interacción psicosocial directa, posibilidades de aislamiento en el puesto de trabajo, así como los cambios de roles en el sistema organizacional.

2.5.5 La estructura y el clima organizacional. La estructura organizacional es como el marco en que se desenvuelve la empresa, en donde se divide el trabajo en tareas, funciones o roles, en el cual comprenden la jerarquía que ésta tenga, las líneas de autoridad, la comunicación, los procedimientos, toma de decisiones, etc. Si una organización es muy compleja en cuanto a jerarquía, toma de decisiones, formalización de requerimientos y procedimientos, mayor será la posibilidad de que se presente el síndrome de Burnout, ya que las tareas se encuentran subdividas por varios miembros de la organización, lo cual puede traer problemas de coordinación, control y comunicación.

2.5.6 Retroalimentación. La retroalimentación es muy importante en la realización de alguna tarea, es un aspecto muy valorado, ya que permite ver lo positivo o negativo de las propias acciones, además de ofrecer una información clara y directa sobre la eficacia de su desempeño lo cual hace que el individuo presente mayores niveles de satisfacción y de motivación intrínseca, y niveles más bajos de agotamiento emocional que aquellos que ocupan puestos en donde esta retroalimentación falta o es insuficiente.

2.5.7 Las relaciones interpersonales. El hombre tiene la necesidad de agruparse o de relacionarse con personas ya sea formal o informalmente. Cuando laboramos de alguna manera tenemos que relacionarnos con nuestros compañeros y jefes inmediatos. Las oportunidades de relación con otros en el trabajo es una variable que aparece relacionada con la satisfacción. Pero no siempre las relaciones interpersonales en el trabajo son positivas, pueden cambiar y tornarse de manera negativa, desconfianza, sin apoyo, no cooperación y destructivas lo que produce elevados niveles de tensión entre los miembros de un grupo u organización. (Gil, 2007)

2.7 Consecuencias de burnout

Si permanece por largo tiempo el estrés laboral con SB habrá consecuencias nocivas para el individuo y también para la organización donde trabaja. (Thomas-Nike 2004). El individuo que padece SB tiene deteriorada su salud psicofísica y sus relaciones interpersonales.

La sintomatología que se deriva a nivel psicosomático es la que tiene mayores repercusiones sobre la calidad de vida ya que esta se asocia a las actitudes y conductas de carácter negativo como: cinismo, suspicacia, agresividad, aislamiento, irritabilidad, las cuales producen un deterioro de los vínculos y un aumento de los conflictos. Así mismo, los individuos con SB tienen un aumento significativo de alcoholismo, adicciones y problemas familiares. (Thomas-Nike 2004)

Por otra parte, en su trabajo los sujetos con SB tienen una satisfacción laboral disminuida, elevado ausentismo laboral, propensión al abandono del puesto y/o de la organización, bajo compromiso e interés laboral, deterioro de la calidad de servicio, aumento de accidentes laborales, aumento de los conflictos interpersonales con supervisores, compañero y usuarios de la organización.

La insatisfacción laboral ha sido considerada una consecuencia del estrés laboral y el

grado de satisfacción puede afectar a la cantidad y calidad del trabajo que desempeñan los sujetos. La relación entre SB y la satisfacción laboral es significativa en forma consistente en la literatura revisada; esta negativamente relacionada con los sentimientos de agotamiento emocional y despersonalización y positivamente con la realización personal del trabajo. (Maslach, 2007)

2.7 Causas de burnout en profesionales de la salud

El colectivo donde más se han estudiado las causas del síndrome de burnout ha sido en personal sanitario; odontólogos, médicos, enfermeras, auxiliares. Las causas del burnout en estos profesionales las podemos dividir en tres grandes grupos, y así hablaremos de factores de la personalidad, características sociodemográficas y causas laborales.

En cuanto a las CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS que influyen en la aparición del burnout en personal sanitario, en el sexo, la edad, el estado civil y la presencia de hijos no hay diferencias en cuanto a lo ya comentado en las causas generales del burnout. Existen trabajos que ponen de manifiesto la escasa asociación entre estos factores clásicos y el burnout, dando más importancia a las características propias del entorno laboral. En la literatura no existe acuerdo en la relación entre el burnout y la antigüedad en la profesión y en el puesto de trabajo en personal sanitario. Algunos autores han encontrado que el síndrome de burnout sería más frecuente después de los diez primeros años de ejercicio profesional, de forma que tras este período ya se habría producido la transición de las expectativas idealistas a la práctica cotidiana, viéndose como las recompensas profesionales y económicas no son, ni las prometidas, ni las esperadas. Sin embargo, otros estudios han encontrado que los primeros años de trabajo serían los más vulnerables para el desarrollo del síndrome, de forma que a medida que aumenta la experiencia profesional disminuiría el cansancio emocional.

En lo que se refiere a los FACTORES LABORALES que influyen en la aparición del síndrome de burnout en personal sanitario, vamos a diferenciar varios grupos de causas.

En primer lugar hay que citar la SOBRECARGA LABORAL como causa de burnout, que se relaciona fundamentalmente con la dimensión de cansancio emocional. La sobrecarga laboral en personal sanitario es considerada un factor de riesgo psicosocial importante, posiblemente sea debida a la masificación y a la fuerte presión asistencial para reducir las listas de espera, y puede estar causada por una mala organización de los servicios sanitarios, generalmente con falta de personal tanto sanitario como no sanitario. Por tanto, existe falta de tiempo para el desarrollo de las actividades clínicas, que se hace especialmente patente cuando se trata de compatibilizar la actividad asistencial con otras de gestión, docencia e investigación.

También hay que considerar EL TRATO CON PACIENTES Y FAMILIARES como una causa importante de burnout en profesionales sanitarios. En estos profesionales, el contacto con el sufrimiento y con la muerte de los pacientes constituye otro factor de riesgo psicosocial de gran importancia, que además es considerado por los facultativos de una forma diversa. Así, una gran parte de los mismos considera que el trabajar con el sufrimiento físico es algo inherente a su profesión, aunque no por ello deje de afectarles.

Para la mayoría, el sufrimiento y la muerte constituyen una característica de su trabajo a las que se acostumbran a medida que adquieren mayor edad y experiencia profesional. En todos los casos, una de las actitudes más generalizadas es establecer una distancia suficiente con la situación del paciente, para así poder desarrollar una relación asistencial de calidad.

En cuanto a la relación médico-paciente, un aspecto clave es la cantidad y el grado de contacto mantenido con los pacientes, este contacto puede ser muy gratificante, pero puede exigir grandes demandas emocionales, por lo que el trabajo clínico y las especialidades médicas con predominio de enfermos crónicos, graves, oncológicos y terminales son más proclives a la aparición de síndrome de burnout. En este sentido, en varios estudios se ha comprobado como las dimensiones del síndrome son más frecuentes en los servicios hospitalarios de oncología y urgencias. Así, en un trabajo realizado en personal de enfermería hospitalario, se ha observado

como las variables de agotamiento emocional y de burnout son estadísticamente mayores en los trabajadores de oncología y urgencias, y la despersonalización es superior en el personal de urgencias.

Otro aspecto a tener en cuenta es la MOTIVACIÓN LABORAL, es decir, las recompensas que el profesional sanitario recibe de acuerdo con el trabajo realizado. Se incluyen tanto el reconocimiento social, como las recompensas financieras (el salario) y las recompensas intrínsecas.

El reconocimiento social, es decir, el reconocimiento del trabajo por parte de la dirección, de los compañeros de trabajo y de los pacientes está relacionado con el burnout, y así se ha visto como los profesionales que hallan su labor poco reconocida por jefes y pacientes tienen peores puntuaciones en las tres subescalas del síndrome de desgaste profesional. Ocurre lo mismo cuando existe una inadecuada motivación intrínseca, es decir, cuando hay un grado bajo de identificación con el centro de trabajo.

En cuanto al salario, no es lo más importante para motivar al profesional de la salud, no obstante, un salario bajo, no adecuado con la responsabilidad de estos profesionales, así como unas condiciones laborales y organizativas que no faciliten el desarrollo profesional son factores a tener en cuenta para la aparición del burnout en personal sanitario.

Otro de los factores laborales que se ha descrito como causa del burnout es la ausencia de APOYO SOCIAL. Nos referimos al apoyo social en cuanto al entramado de relaciones sociales que complementan los recursos personales para el desarrollo del afrontamiento adaptativo en situaciones de necesidad, e incluye tanto a los vínculos informales, amigos y familiares, como a los vínculos formales, jefes/supervisores y compañeros de trabajo. (Albar MJ, 2005)

2.8 Instrumentos para la valoración del burnout

En los últimos años se ha venido incrementando a todos los niveles, la conciencia social

sobre la importancia de las condiciones laborales y la salud de los trabajadores. Esta creciente preocupación, se refleja en la presencia pública de las cuestiones relacionadas con la calidad del trabajo a través de los medios de comunicación y en el interés manifestado por los sindicatos, los profesionales y los investigadores científicos.

Inicialmente, las primeras medidas del burnout procedían de la observación clínica y eran principalmente asistemáticas, que Freudenberger llevaba a cabo en las "Free Clinic" que habían proliferado en los EE.UU. por aquel entonces. A pesar de su importancia inicial, nunca se ha llegado a desarrollar un método sistemático y estandarizado desde la perspectiva clínica.

Algo similar ha ocurrido con otras técnicas de evaluación surgidas en este primer periodo, las cuales no han tenido desarrollo posterior. Forney, Wallace-Schutzman y Wiggers (1982) desarrollaron una "entrevista estructurada" que apenas ha tenido réplica en la investigación.

Otra forma específica de evaluar el burnout ha sido la utilización de un sistema de auto evaluación a partir de una definición previamente presentada. Al igual que los métodos anteriores, ha presentado numerosos problemas metodológicos, lo cual ha impedido su posterior utilización.

Las primeras evaluaciones sobre el burnout consistieron en meras descripciones a través de la observación clínica. Posteriormente los instrumentos se ampliaron a entrevistas estructuradas, técnicas proyectivas, autoevaluaciones con escalas de estimación y cuestionarios. De todos modos, a pesar de las posibles limitaciones expuestas, lo más meritorio de esta etapa consistió en describir el fenómeno, darle nombre y mostrar que se trataba de una respuesta desviada con ciertas regularidades.

Fueron, sin embargo, Maslach y Jackson (1981) quienes, desde un enfoque psicosocial, comenzaron a sentar las bases conceptuales y empíricas de este síndrome, desarrollando el primer instrumento de evaluación sistemático: el Maslach Burnout Inventory.

2.8.1 El Maslach Burnout Inventory (MBI).

El MBI es el cuestionario más utilizado para la evaluación del burnout y ha sido el instrumento que ha facilitado la investigación sistemática sobre la teoría. La primera publicación del cuestionario, ligeramente anterior a su comercialización, aparece en 1981 (Maslach y Jackson, 1981). Este trabajo, era el resultado de una serie de entrevistas de casos anteriormente mantenidas.

Para entender el impacto de este instrumento sobre la investigación en burnout, hay que mencionar que la aparición del MBI como técnica e instrumento de evaluación, probablemente constituye el hecho diferencial que marca el paso de un período inicial de formulación a otro riguroso y sistemático. En el MBI, el burnout aparecía definido como "un síndrome de cansancio emocional, despersonalización y reducción de la realización personal" (Maslach y Jackson, 1981).

La definición del síndrome por el MBI-HSS se centraba inicialmente en el estudio de profesiones asistenciales, especialmente las sanitarias (Freudenberger, 1974, Maslach y Jackson 1981). Visto desde esta perspectiva, el síndrome era conceptualizado como efecto de la interacción con los usuarios de servicios, cuyas demandas emocionales sobrepasaban los recursos de los trabajadores. En sus primeras formulaciones, Maslach (1976) definía inicialmente el burnout como "un estrés crónico producido por el contacto con los clientes que lleva a la extenuación y al distanciamiento emocional con los clientes en su trabajo". Existía un consenso general, de que el burnout consistía en un estado de agotamiento físico, emocional y mental como consecuencia de la sobreimplicación laboral y de las demandas emocionales del trabajo. En función de este enfoque, básicamente asistencial, se elaboró el MBI-HSS.

Como se ha mencionado, la importancia del MBI en la investigación queda patente cuando se advierte que la triple estructura y la definición operativa del burnout no fue teóricamente elaborada hasta la construcción del mismo, en otras palabras, su aparición fijó de

forma clara qué se entendía por burnout.

El cuestionario proponía tres factores o dimensiones a evaluar: Cansancio emocional, Despersonalización y Realización personal

- Cansancio emocional: Implica un aumento en los sentimientos de desgaste emocional como resultado de unas excesivas demandas psicológicas y emocionales. Cuando los recursos emocionales se agotan, se desarrollan actitudes y sentimientos negativos y cínicos hacia los pacientes.
- Despersonalización: Implica la tendencia a desindividualizar y despersonalizar a los pacientes. Se utiliza para minimizar la intensa activación emocional que podría afectar a la ejecución del trabajo, sobre todo en situaciones de crisis.
- Reducción de la realización personal: Tendencia de los profesionales a autoevaluarse negativamente en la valoración de su trabajo como consecuencia de todo el proceso (Maslach y Jackson, 1981b).

De este modo, el síndrome de "estar quemado" comienza cuando el trabajador se siente emocionalmente incapaz de seguir encontrando satisfacción en su trabajo. Su reacción es distanciarse de las fuentes que le generan tal malestar, desarrollando paralelamente actitudes negativas hacia las personas con quienes tiene contacto. Por último, experimentan sentimientos de baja realización profesional y personal. El panorama que dibujaba la evaluación del burnout mediante el MBI ofrecía inevitables claroscuros.

Por una parte, el MBI permitía la evaluación operativa, sistematizada y objetivada del síndrome en tres factores. Pero también había lados oscuros. El MBI había sido pensado para utilizarlo en trabajos asistenciales, por lo que su uso fuera de ellos ha resultado problemático. Sin embargo, el burnout no se restringe exclusivamente a las profesiones asistenciales. Es más, desde el comienzo, incluso antes de la elaboración del MBI, las referencias al "burnout" no se reducían tan solo a los campos asistenciales.

El síndrome se presentaba como el resultado de un estrés crónico, básicamente laboral, que afectaba a numerosas profesiones y actividades no asistenciales. En este sentido, Maslach y Schaufeli (1993) señalan que el síndrome de "estar quemado" ha sido descrito en otro tipo de profesionales (por ejemplo, directivos, deportistas,..). Otro de las debilidades del planteamiento inicial del MBI ha consistido en que con frecuencia confunde en una misma medida los estresores ("Siento que mis clientes me culpan por algunos de sus problemas") y los síntomas ("Me siento cada vez más duro desde que emprendí este trabajo").

2.8.2 El "Burnout Measure" (B.M.).

Elaborado por Pines y Aronson (1988) es el segundo instrumento más utilizado para la evaluación del burnout; inicialmente fue denominado "Tedium Measure". Consta de tres escalas para la evaluación del cansancio físico, emocional y mental con 21 ítems en total. El burnout es definido como "un estado de cansancio físico, emocional y mental causado por una persistente implicación en situaciones que son emocionalmente exigentes". Lógicamente, desde esta perspectiva el burnout no se aplica preferentemente a profesiones asistenciales o de servicios.

Originalmente los autores distinguían entre los conceptos de burnout y tedium, similares en los síntomas pero diferentes en su naturaleza. El tedium era considerado como el resultado de una presión crónica (emocional, mental o física) mientras que el burnout era visto como la consecuencia de presiones emocionales asociadas con una intensa implicación con las personas en largos periodos de tiempo (Pines, Aronson y Kafry, 1981). En trabajos posteriores (Pines y Aronson, 1988) han abandonado esta diferenciación considerando que el concepto burnout es más amplio e incluye el tedio.

Una ventaja importante del B.M es la evaluación del cansancio cognitivo, aspecto que no recoge suficientemente el MBI. Igualmente la pérdida de expectativas aparece operativizada de forma más clara. Otra de sus ventajas es su mayor simplicidad al proporcionar una sola

puntuación global del burnout. No obstante, a pesar de la definición multidimensional del burnout dada por los autores, el BM es más bien un cuestionario unidimensional (Schaufeli, Enzman y Girault, 1993), por lo que no es extraño que los intentos de factorialización no hayan encontrado más de una dimensión (Corcoran, 1986) y que las factorializaciones que ofrecen una resolución de tres factores (Enzman y Kleiber, 1989) tengan poco que ver con la estructura propuesta por los autores, ya que los factores identificados por los autores han sido los de desmoralización, agotamiento, y falta de motivación. Según Hallsten (1993) tanto el MBI como el BM son cuestionarios que evalúan depresión, frustración y ansiedad y que, por lo mismo, ambos deberían ser depurados de estos aspectos.

Tras la exposición de todo lo anterior, parece evidente que los diferentes instrumentos de evaluación adolecen de diversas limitaciones. Una de las más relevantes a nuestro juicio es la variabilidad en la definición de lo que se entiende por burnout. Aunque pueda parecer que el tema de la definición del término es un mero trámite, resulta de especial importancia por varias razones. En primer lugar, mientras no exista una definición claramente definida y uniforme, seguirá siendo imposible comparar las diferentes estimaciones de prevalencia. Además, con la definición ya estamos delimitando lo que entendemos por burnout, y estamos haciendo énfasis en determinados factores explicativos, delimitando su campo de acción y, en última instancia, la forma de prevenirlo. (Jimenez, 2013)

2.9 Estrategias y técnicas de intervención

2.9.1 Estrategias Orientadas al Individuo. Las estrategias individuales se centran en la adquisición y mejora de las formas de afrontamiento. Estas estrategias se pueden dividir formando dos tipos de programas de intervención orientados al individuo: Programas dirigidos a las estrategias instrumentales, centrados en la solución de problemas, por ejemplo, entrenamiento en la adquisición de habilidades de solución de problemas, asertividad, organización y manejo del tiempo, optimización de la

comunicación, relaciones sociales, estilo de vida.

Programas dirigidos a estrategias paliativas, que tienen como objetivo la adquisición y desarrollo de habilidades para el manejo de las emociones asociadas, por ejemplo, entrenamiento en relajación, expresión de la ira, de la hostilidad, manejo de sentimiento de culpa.

Por lo tanto, las estrategias recomendadas desde la perspectiva son: el aumento de la competencia profesional, rediseño de la ejecución, organización personal, planificación de ocio y tiempo libre, tomar descansos – pausas en el trabajo, uso eficaz del tiempo, plantear objetivos reales y alcanzables, habilidades de comunicación. Ramos y Manassero & cols. (2003) complementan las técnicas de intervención y programas de prevención y tratamiento individual del burnout.

Entre ellas destacan:

6. Ejercicio Físico, por su efecto tranquilizante y por su efecto ansiolítico.
7. Técnicas de Relajación, las más aplicadas y conocidas para los clientes.
8. Técnicas de entrenamiento para el autocontrol voluntario de ciertas funciones corporales (ritmo cardiaco, ondas cerebrales, presión sanguínea, etc).
9. Inoculación del estrés, una técnica que prepara a la persona, mediante un ejercicio simulado y progresivo, para soportar las situaciones de estrés.
10. Desensibilización Sistemática, con el objetivo de que la persona supere la ansiedad ante situaciones concretas.

2.9.2 Estrategias Sociales. Son muy pocos los estudios que se centran en el desarrollo de habilidades sociales para la prevención y tratamiento del Burnout, pero hay acuerdo generalizado en la importancia del apoyo social, de la comprensión del entorno y de las estrategias relacionales del sujeto. Por lo tanto, una de las

primeras recomendaciones en la actuación es fomentar el apoyo social de los grupos sociales con los que el sujeto tenga relación, de manera que sea consciente de que hay en su entorno quien realiza esfuerzo para apoyarle y comprenderle, aunque sea en un ámbito laboral, en que ha de contestar que se valora su trabajo.

2.9.3 Estrategias Organizacionales. Cada día más hay acuerdo en que muchas de las fuentes de donde deriva el Burnout están fuera del sujeto, en la organización. Como hemos visto, esta ha sido la vertiente social, no individual, mas estudiada, pues interesa a las empresas; sin embargo, en nuestro caso, las asociaciones de familiares son precisamente lo contrario lo que siempre se refleja como positivo en nuestro estudio empírico.De todas formas, desde una perspectiva integrativa se entiende que hay muchas maneras de afrontar un problema; aunque hay ciertos elementos importantes a tomar en cuenta: las discrepancias entre las demandas y recueros, la evaluación del estrés, las estrategias de afrontamiento (recursos) y las consecuencias individuales y organizacionales. Es decir que se integran:

- Variables cognitivas relacionadas con el desempeño laboral (autoeficacia, autoconfianza, resistencia al estrés).
- Variables del contexto organizacional (ambigüedad y conflicto de rol), el rol de los estresores derivados de las relaciones interpersonales (apoyo social en el trabajo).
- La función de las estrategias de afrontamiento

Estas estrategias no solo actúan para el tratamiento, sino que también son útiles para prevenir el Síndrome de Burnout en un futuro. (Giberti, 2006)

3. PROPUESTA PSICOEDUCATIVA

3.1 Concepto

El concepto de la psicoeducación fue comentado por primera vez en la literatura médica, en un artículo de John E. Donley, 30 años después que el primer uso de la palabra psicoeducación apareció en un libro de literatura médica. La divulgación y el desarrollo del término psicoeducación en su forma actual se le atribuye ampliamente al investigador norteamericano C.M.

Anderson en 1980 en el contexto del tratamiento de la esquizofrenia. Su investigación se concentró en educar a sus familiares con respecto a los síntomas y al proceso de la esquizofrenia. También, su investigación se enfocó en la consolidación de la autoridad social y en el mejoramiento del manejo que los miembros de la familia le dan a la enfermedad.

La psicoeducación hace referencia a la educación que se ofrece a las personas que sufren de un trastorno psicológico. A menudo, el entrenamiento psicoeducativo involucra a los pacientes con esquizofrenia, depresión, ansiedad, psicosis, desórdenes alimenticios y trastornos de personalidad. Así mismo, incluye cursos de entrenamiento para el paciente dentro del contexto del tratamiento de su enfermedad física. También están incluidos los miembros de la familia. La meta es que el paciente entienda y sea capaz de manejar la enfermedad que presenta.

De igual manera, se refuerzan las fortalezas, los recursos y las habilidades propias del paciente para hacerle frente a su enfermedad, para así evitar una recaída y contribuir con su propia salud y bienestar, con un fundamento a largo plazo. La teoría es, mientras mejor conozca el paciente su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición. Cuando nos referimos a psicoeducación, nos convoca la idea de dos ámbitos salud-educación que están relacionados. Toda práctica en el campo de la educación es socio -sanitaria: se trata de un trabajo intelectual mediatizado por las formas de decir singulares de los diversos protagonistas, los episodios cotidianos, los hechos y los acontecimientos que objetivan y materializan una realidad

inapreciable de otro modo.

La psicoeducación es un aprendizaje experiencial acerca de sí mismo, del proceso o trastorno que se padece y la mejor forma de afrontar las consecuencias de dicho trastorno. Busca hacer partícipe al usuario de lo que se sabe científicamente sobre su problema y que este conocimiento lo aplique a la mejora de su vida, de su desarrollo personal y la de su núcleo familiar. Además no es solo educación es decir, no solo enseña- también apoya. (TRETO, 2011)

3.2 Generalidades

La Intervención Psicoeducativa es un conjunto de técnicas y estrategias de ACOMPAÑAMIENTO que utiliza un Psicólogo, basadas en las teorías del aprendizaje y del desarrollo evolutivo; cuyo objetivo fundamental es facilitar y optimizar el proceso de aprendizaje, mediante el desarrollo de HABILIDADES COGNITIVAS Y SOCIALES.

- Se toman en cuenta las potencialidades cognitivas, afectivas y sociales.
- Estimula habilidades intelectuales, hábitos y conceptos en materias instrumentales como: la lectura, la escritura y el cálculo.
- Fortalece el desempeño emocional y social.
- Se basa en el modelo ecológico de intervención, donde la participación en el tratamiento de la familia y la escuela va en relación directa con el éxito en el logro de los objetivos planteados.
- Su visión del niño es integral, contempla objetivos pedagógicos, socio-afectivos y éticos individualizados, acorde a las características y necesidades de cada sujeto o niño.

La Intervención Psicoeducativa es tanto preventiva como correctiva para el conjunto de los problemas o disfunciones existentes en el proceso de aprendizaje.

3.3 Objetivos de la psicoeducación

- Proporcionar información de forma comprensible y asequible teniendo en cuenta las características individuales de la persona a la que va dirigida.
- Asumir que los individuos afectados conservan habilidades que podrán ser utilizadas en su cuidado.
- Mejorar el auto percepción y las dificultades derivadas de la enfermedad.
- Poner énfasis en lo educativo redefiniendo roles: el ambiente estructurado en una clase, el terapeuta como facilitador, el de la familia como cuidador informado y el de la persona afectada como estudiante y participante activo en la resolución de su problema.
- Ayudar en situaciones de pequeños grupos a elaborar la información y proporcionar apoyo, con todas las partes implicadas, ayudándose mutuamente.

Metodológicamente, se trata de organizar sesiones en un ambiente de respeto mutuo, propicio para el intercambio, relajado y optimista teniendo en cuenta los aspectos siguientes:

- La secuencia de las sesiones debe incluir introducción de la idea genérica y el auto-esfuerzo.
- Utilización del recurso social del grupo, fundamentalmente de sus componentes positivos y refuerzo social.
- Utilización de tareas de auto estimulación sensorial y creativa.
- Propiciar, distinguir los comportamientos de autosatisfacción.
- Contribuir a la elaboración colectiva y mejoramiento de la imagen personal.

Resulta más económico y productivo que muchas de las formas psicológicas tradicionales a diferencia de las mismas puedan ser realizadas por psicólogos, psiquiatras, terapeutas ocupacionales, licenciadas en enfermería, pedagogos, trabajadores sociales y otros profesionales con habilidades en el trabajo con grupos humanos y de forma independiente. (TRETO, 2011)

3.4 Características de la propuesta psicoeducativa

- Está compuesta por todo un conjunto de acciones preventivas y correctivas complementarias, con el fin de optimizar el rendimiento escolar, el desarrollo cognitivo, el desarrollo afectivo, la integración social.
- Se realiza en un espacio específico para la atención pormenorizada, la cual por lo general se realiza en sesiones personalizadas.
- Inicia con una Evaluación Psicopedagógica, la cual integra un diagnóstico presuntivo, un pronóstico y una propuesta de intervención.
- Dispone de objetivos y tiempos de intervención claros, los cuales se explican detalladamente a la familia.
- Se concibe y diseña bajo la forma de "Programas".
- Implica a todos los elementos cooperan en el desarrollo educativo; padres, profesores, alumnos, equipo directivo.
- Se apoya en otros servicios profesionales, como el personal médico, docente, psicoterapéutico, neuropsicológico. (Rodríguez, 2015)

3.5 Usos de la psicoeducación

De un modo más amplio podemos agregar, que la psicoeducación es un proceso que puede orientarse a la psicopatología o a las personas en general, tengan o no una afección clínica. Por lo tanto, puede ser impartido en modo específico por los profesionales de la salud mental o bien, en modo indirecto por los profesionales de los distintos ámbitos de salud.

En el marco del tratamiento individual debe impartirse desde la primera entrevista y probablemente por un largo tiempo, ya que deberá ser dosificada según los tiempos disponibles, las etapas del tratamiento y el interés específico del paciente. Debe adecuarse al nivel sociocultural de éste, a su personalidad, su patología y su información previa.

Los contenidos psicoeducacionales deben centrarse en:

1) El diagnóstico y sus implicancias.

2) La necesidad de realizar un tratamiento integral.

3) El fundamento del tratamiento psicofarmacológico.

4) El fundamento de la psicoterapia recomendada (individual, familiar, grupal).

5) La importancia "per se" de la psicoeducación.

6) La importancia de desarrollar la creatividad en su propia vida y en el tratamiento mismo.

7) La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida. (Bulacio, 2006)

g. METODOLOGIA.

El presente trabajo de investigación es de tipo descriptivo, cuali-cuantitativo, analítico y de corte trasversal.

❖ **Área de estudio**

Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.

- **Universo**

El personal de salud que labora en el Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja, conformado por 667 profesionales.

- **Muestra**

Está conformado por todo el personal de salud que laboran en los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja, que son un número de 75 profesionales.

Personal de Salud	**Emergencia**	**Consulta Externa**	**Total**
Doctores	12	10	22
Médicos	0	2	2
Enfermeras	17	9	26
Aux. Enfermería	20	13	33
Personal de Apoyo	1	1	2
Total	**50**	**35**	**85**

- **Criterios de inclusión**
  - El personal de salud (doctores, enfermeras, auxiliares de enfermería y personal de apoyo) que laboran en los servicios de Emergencia y Consulta Externa del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.
  - Personal de Salud que firme el consentimiento informado.
- **Criterios de exclusión**
  - Personal de salud que laboran en los otros servicios del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.
- **Procedimiento**
  - Observación.
  - Solicitud de permiso dirigida al Director del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.
  - Consentimiento Informado.
  - Aplicación de la escala de calidad de vida GENCAT.
  - Aplicación del test Maslach Burnout Inventory (MBI).
- **Técnicas**

Encuesta. La encuesta es una técnica de recogida de datos mediante la aplicación de un cuestionario a una muestra de individuos. A través de las encuestas se pueden conocer las opiniones, las actitudes y los comportamientos de los ciudadanos.

Test Psicológicos. El test psicológico, también denominado como prueba psicológica, es un instrumento de tipo experimental que se utiliza para medir o evaluar una característica psicológica específica, la sanidad mental o aquellos rasgos esenciales y generales que marcan y distinguen la personalidad de una persona.

- **Instrumentos**

Test Maslach Burnout Inventory (MBI). Se trata de un cuestionario que se utiliza en relación con los riesgos psicosociales, de donde podemos extraer si el trabajador sufre insatisfacción laboral, estrés, u otras patologías. Nos ayuda a entender de una manera fácil, sencilla y genérica si nos encontramos en situaciones de riesgo, lo que nos ofrece la opción de tomar medidas.

El instrumento utilizado es el Maslach Burnout Inventory (MBI) que es una escala que valora las tres dimensiones del síndrome en 22 preguntas contestadas en una escala de 0 a 5 dependiendo de la frecuencia con que ocurren.

1= Nunca
2= Raramente.
3= Algunas veces.
4= Muchas veces.
5= Siempre.

TEST MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI).

En la definición del Síndrome de Desgaste Profesional, se plantea que:

- El componente de estar agotado emocionalmente representa la dimensión básica e individual del estrés en el SDP.
- El componente de Despersonalización o cinismo, representa la dimensión del contexto interpersonal del SDP.
- El componente de Realización Personal en el trabajo, se refiere a la dimensión de autoevaluación del SDP.

ESTRUCTURA: El test del Burnout utiliza un total de 22 preguntas en las que se valora las tres dimensiones del síndrome de desgaste profesional como se indica a continuación:

1. Agotamiento emocional. Consta de 9 preguntas. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20. Puntuación máxima: 54.

2. Despersonalización. Está formada por 5 ítems. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. 5, 10, 11, 15, 22. Puntuación máxima: 30.

3. Realización personal. Se compone de 8 ítems. Evalúa los sentimientos de auto eficacia y realización personal en el trabajo. 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21. Puntuación máxima: 48.

Las preguntas que se proponen son las siguientes:

1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo

2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo

3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar

4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes

5. Creo que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales

6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo

7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes

8. Me siento "quemado" por mi trabajo

9. Creo que influyó positivamente con mi trabajo en la vida de las personas

10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión

11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente

12. Me siento muy activo

13. Me siento frustrado en mi trabajo

14. Creo que estoy trabajando demasiado

15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes

16. Trabajar directamente con personas me produce estrés

17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes

18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes

19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión

20. Me siento acabado

21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma

22. Siento que los pacientes me culpan por alguno de sus problemas

VALORACIÓN: La relación entre la puntuación y el grado de afectación es dimensional, es decir, no existe un punto de corte que indique si existe o no existe la entidad. Lo que se ha hecho es distribuir los rangos de las puntuaciones totales de las dimensiones en tres tramos que define un nivel de Burnout experimentado como:

BAJO (AE = <18; DP = < 5; RP = >40)

MEDIO (AE 19-26; DP 6-9; RP 34-39)

ALTO (AE = >27; DP = >10; RP = <33)

Mientras que en las dimensiones de Agotamiento Emocional y Despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemados, en la dimensión de Realización Personal en el trabajo, puntuaciones bajas corresponden a altos sentimientos de quemarse.

Se debe mantener separadas las puntuaciones de cada subescala y no combinarlas en una puntuación única porque no está claro si las tres pesan igual en esa puntuación única o en qué medida lo hacen

La Escala GENCAT para la calidad de vida. Es un instrumento de evaluación objetiva diseñado de acuerdo con los avances realizados sobre el modelo multidimensional de calidad de vida propuesto por Schalock y Verdugo (2002/2003), que actualmente cuenta con gran aceptación internacional.

La Escala GENCAT fue pensada para ser utilizada como instrumento para la mejora continua de los servicios sociales, con la intención de que los planes de atención y apoyo que éstos realizan sean más personalizados y adecuados a las necesidades actuales y futuras de los usuarios.

La Escala GENCAT ha sido construida con rigor metodológico, combinando metodologías cuantitativas y cualitativas, y desarrollando un proceso de elaboración que ha servido como modelo en otros países para la construcción de escalas de calidad de vida multidimensionales centradas en el contexto (Verdugo, Schalock, Gómez y Arias, 2007).

Los resultados obtenidos al aplicar el instrumento a una muestra representativa en Cataluña son muy positivos y respaldan su utilización.

h. CRONOGRAMA

ORDEN	ACTIVIDADES	PERIODO 2015 - 2016										
		NOV	DIC	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP
1	Elaboración de tema											
2	Revisión del proyecto											
3	Aprobación de proyecto											
4	Aplicación de los instrumentos											
5	Tabulación de la información											
6	Análisis y verificación de los resultados											
7	Redacción del primer borrador											
8	Revisión del borrador por el director											
9	Presentación del informe final											
10	Sustentación de tesis de investigación											

ORDEN	ACTIVIDADES	PERIODO 2015 - 2016		
		OCT	NOV	DIC
1	Elaboración de tema			
2	Revisión del proyecto			
3	Aprobación de proyecto			
4	Aplicación de los instrumentos			
5	Tabulación de la información			
6	Análisis y verificación de los resultados			
7	Redacción del primer borrador			
8	Revisión del borrador por el director			
9	Presentación del informe final			
10	Sustentación de tesis de investigación			

i. PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

❖ **Recursos humanos**

Entre los recursos humanos que se emplearan en el proyecto de investigación se describe:

- Director del Hospital General Isidro Ayora de la Cuidad de Loja.
- Personal de salud que labora en el HGIAL.
- Investigador

❖ **Recursos materiale**

INSUMOS Y MATERIALES	CANTIDAD
Bibliografía	$ 500
Laptop	$ 800
Infocus	$10
Impresiones	$ 80
Tinta	$ 50
Copias	$ 150
Empastado de tesis	$ 100
Transporte	$ 100
Impresiones	$ 100
Anillados	$ 30
Imprevistos	$ 200
TOTAL	$ 1920

BIBLIOGRAFÍA.

Albar MJ, R. M. (2005). Apoyo social, características sociodemográficas .

Andreu, C. (2003). Distrés crónico y desgaste profesional. *Atención Primaria*, 31.

Atance, J. (2010). Aspectos Epidemiologicos del Sindrome de Bournout en el personal sanitario. *Scielo*, 8.

Bulacio, D. J. (2006). *Fundación Iccap*. Obtenido de Ciencias Cognitivas Aplicadas: http://www.fundacioniccap.org.ar/downloads/investigaciones/Poster_4_Uso_de_la_psicoeducacion_como_estrategia_terapeutica.pdf

Burrows, D. M. (2004). El Estrés y la Salud Mental en el Trabajo:. *Ciencia y Trabajo*, 186, 187 pag.

Carlin, M. (2010). Evolución histórica desde el contexto laboral . *Anales de Psicologia* , 1, 2.

Castañeda, E. &. (2010). Prevalencia del Sindrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en médicos Familiares Mexicanos. *Revista Colombiana de Psiquiatria.* , 4.

Durán, M. M. (2010). *BIENESTAR PSICOLÓGICO: EL ESTRÉS*. Obtenido de Dialnet.com: http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3698512

Giberti, E. (2006). Atencion a victimas de Burnout. *Revista de Posgrado de la Catedra de Medicina*, 167- 172.

Gil, I. C. (2007). Relaciones en el Entorno de Trabajo. *Editorial Paraninfo*.

Grau A, F. D. (2007). *Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español.* . Obtenido de Rev. Esp Salud Publica, 83(2): 215-230 : http://www.intramed.net/contenidover.asp?conteni

Jimenez, B. M. (2013). *Breve historia del burnout a traves de sus instrumentos de evaluación*. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Maslach, C. (2007). Burnout Consecuencias. *Inventory*.

OMS. (2016). *Salud mental: un estado de bienestar*. Obtenido de www.OMS.com: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/

Pereda–Torales, L. (2009). Síndrome de burnout en médicos y personal paramédico. *Revista Scielo*, 6 .

Pupo, D. J. (2006). *Calidad de vida y trabajo. Algunas consideraciones sobre el ambiente laboral de la oficina*. Obtenido de Scielo.com: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S102494352006000400005&script=sci_arttext#cargo

Rodríguez, U. E. (2015). *Espacio Psicoterapuetio y Neurologico*. Obtenido de http://ulises-espino.jimdo.com/blog/intervenci%C3%B3n-psicoeducativa/

Stavroula, L. (2004). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Instituto de Trabajo, Salud y Organizaciones: http://www.who.int/-occupational_health/publications/pwh3sp.pdf

TRETO, A. (2011). *Fundamentos de Guía Psicoeducativa*. ENE Publicidad, S.A. Obtenido de Guía Psicoeducativa .

Valeria., C. (2009). *PsicoSaludMental*. Obtenido de PsicoSaludMental: http://www.ucb.edu.bo/

Villa, L. R. (2005). *Algunos factores influyentes en la calidad de vida laboral de enfermería* . Obtenido de Scielo.com / Revista Cubana de Enfermería: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000100003&script=sci_arttext

Zavala González Marco Antonio, P.-A. S. (2009). Obtenido de https://www.uv.mx/rm/num_anteriores/revmedica_vol11_num2/articulos/sindrome.pdf

j. ANEXOS

CUESTIONARIO DE MASLACH.

Se trata de un cuestionario que se utiliza en relación con los riesgos psicosociales, de donde podemos extraer **si el trabajador sufre insatisfacción laboral, estrés, u otras patologías.** Nos ayuda a entender de una manera fácil, sencilla y genérica si nos encontramos en situaciones de riesgo, lo que nos ofrece la opción de tomar medidas.

Las respuestas a las 22 preguntas miden tres dimensiones diferentes: Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que usted siente los enunciados:

1= NUNCA
2= RARAMENTE.
3= ALGUNAS VECES.
4= MUCHAS VECES.
5= SIEMPRE.

Cuestionario.

23. Me siento defraudado en mi trabajo.
24. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
25. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
26. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.
27. Siento que estoy tratando a algunos beneficiarios de mi trabajo como si fueran objetos impersonales.
28. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.
29. Siento que trato con mucha eficacia los problemas de las personas que tengo que atender.
30. Siento que mi trabajo me está desgastando.
31. Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo.
32. Siento que me he hecho más duro con la gente.
33. Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.
34. Me siento con mucha energía en mi trabajo.
35. Me siento frustrado en mi trabajo.
36. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.
37. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas que tengo que atender.
38. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.
39. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.
40. Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender.
41. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.
42. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.
43. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.
44. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de alguno de sus problemas.

	1: Nunca	2: Raramente	3: Algunas Veces	4: Muchas Veces	5: Siempre
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

Medición.

Obtención de puntuación en Agotamiento Emocional, Despersonalización y LogrosPersonales.

Agotamiento Emocional: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

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

Logros Personales: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Para saber el grado de estrés laboral consultar la siguiente tabla.

	BAJO.	**MEDIO.**	**ALTO.**
Agotamiento emocional.	Inferior a 16.	17-27	Superior a 28.
Despersonalización.	Inferior a 5.	6-10	Superior a 11.
Logros personales.	Inferior a 40.	34-39	Inferior a 3.

Interpretación.
Puntuaciones elevadas en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajas en Logros Personales, son indicativas de estrés Alto.
Puntuaciones bajas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y elevadas en Logros Personales son indicativas de estrés Bajo.