

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK

FACULTAD DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Plan de Investigación de fin de carrera titulado:

Evaluación de Factor Psicosocial y su relación con casos de Síndrome Burnout en el personal Médico, Paramédico y de atención al cliente de un Centro de Atención Ambulatoria

Realizado por:

EDDY VLADIMIR MONTALVAN AREVALO

Director del proyecto:

Dr. Juan Eduardo Lara Sotomayor

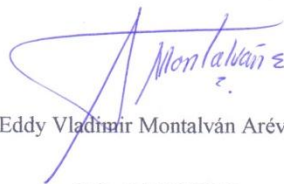
Como requisito para la obtención del título de:

MAGISTER EN SALUD Y SEGURIDAD OCUPACIONAL

Quito, 25 de julio 2015

DECLARACION JURAMENTADA

Yo, EDDY VLADIMIR MONTALVAN AREVALO, con cédula de identidad # 1102902622, declaro bajo juramento que el trabajo aquí desarrollado es de mi autoría, que no ha sido previamente presentado para ningún grado a calificación profesional; y, que ha consultado las referencias bibliográficas que se incluyen en este documento. A través de la presente declaración, cedo mis derechos de propiedad intelectual correspondientes a este trabajo, a la UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK, según lo establecido por la Ley de Propiedad Intelectual, por su reglamento y por la normativa institucional vigente.



Eddy Vladimir Montalván Arévalo

C.C.: 1102902622

DECLARATORIA DEL DIRECTOR

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

**EVALUACIÓN DE FACTOR PSICOSOCIAL Y SU RELACIÓN CON
CASOS DE SÍNDROME BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO,
PARAMÉDICO Y DE ATENCIÓN AL CLIENTE DE UN CENTRO DE
ATENCIÓN AMBULATORIA**

Realizado por:

EDDY VLADIMIR MONTALVÁN ARÉVALO

como Requisito para la Obtención del Título de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

ha Sido dirigido por el profesor

JUAN LARA SOTOMAYOR

quien considera que constituye un trabajo original de su autor

**JUAN LARA SOTOMAYOR
DIRECTOR**

DECLARATORIA PROFESORES INFORMANTES

LOS PROFESORES INFORMANTES

ESPÍN ANDRADE ANA MARGARITA

FLORES DIAS JUAN CARLOS

Después de revisar el trabajo presentado,
lo han calificado como apto para su defensa oral ante
el tribunal examinador

ESPÍN ANDRADE ANA MARGARITA FLORES DIAS JUAN CARLOS

Quito, 14 de julio del 2015

DEDICATORIA

A la memoria de mi Padre que aún en sus momentos más difíciles fue quién me apoyó y alentó para seguir adelante y lograrlo, y a mi Madre incondicional ante todo.

A mis hijos Moli y Sebas que son el centro de atención de mi vida.

A mi novia Mafer quién día tras día supo dar su tiempo y apoyo para seguir adelante.

Y a mi profesor Dr. Juan Lara quién fue el que me brindo su apoyo y sapiencia para iniciar y culminar este proyecto.

AGRADECIMIENTO

Agradezco creador de la humanidad, Dios y la Virgen del Cisne quienes me han dado la oportunidad de la vida, el estudio y trabajo, y que a pesar de todo, me tienen aquí metiéndole ganas a la vida.

A la Directora del Dispensario, quién me brindó su apoyo para la realización del proyecto en la institución y a mis compañeros que en todo momento estuvieron prestos para su colaboración.

A la Universidad Internacional Sek y sus profesores quienes durante estos años me dieron acogida y me formaron.

A mis compañeros que estuvieron en contacto en las buenas y malas.

Y, a mi compañero y amigo Diego López quién siempre está presto para compartir sus conocimientos y sapiencia en todos los ámbitos.

Resumen

En la presente investigación se planteó como objetivo fundamental el identificar los factores psicosociales y su relación con casos de burnout en el personal médico, paramédico, y de atención al cliente en el Centro de Atención Ambulatoria. Se realizó un estudio cuantitativo, relacional de corte transversal no experimental, en una muestra del total de la población 71 personas. Para la captación de datos se utilizó un cuestionario de factores socio-demográficos, escala de Maslach Burnout Inventory, y el cuestionario Fpsico. Para el análisis y proceso de datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 22, Excel y el procesamiento de datos del programa Fpsico. Se encontró que el 11.26% del total de la población presentaron síndrome de Burnout, distribuidos entre 4 hombres y 4 mujeres, de los cuales el 50% correspondió a médicos especialistas, y el resto distribuidos en los demás servicios, y sobre la identificación de factores psicosociales, en las 9 subescalas, se observa que el mayor riesgo psicosocial se encuentra en la subescala participación/supervisión en donde el 79% se encuentra con niveles elevados y muy elevados de riesgo, seguido de la subescala demandas psicológicas con 46% se encuentran en niveles elevados y muy elevados, y en menor riesgo la carga de trabajo. Y se concluye que la relación del factor psicosocial y síndrome de burnout asociado al tiempo de trabajo, es un factor protector, la sub escala Autonomía no tiene asociación con el síndrome de burnout, y el resto de subescalas: Control de trabajo, Demandas psicológicas, Participación/supervisión, Interés por el trabajo/compensación, Desempeño de Rol, y Relación de apoyo social, son factores protectores frente al síndrome de burnout.

Palabras clave: Factores psicosociales, Burnout, personal médico, salud ocupacional.

Summary

In the present research was the main objective to identify psychosocial factors and their relationship with burnout cases in the medical, paramedical, and customer service in the Ambulatory Care Center, a quantitative, relational study was conducted cross-sectional not experimental, in a sample of the total population 71 people. A questionnaire on socio-demographic factors, scale of Maslach Burnout Inventory, and Fpsico questionnaire was used for data collection. For the analysis and data processing SPSS version 22, Excel and data processing software was used Fpsico. It was found that 11.26% of the population presented burnout syndrome, distributed among 4 men and 4 women, of which 50% were medical specialists, and the rest distributed among other services, and the identification of factors psychosocial in 9 subscales is observed that the risk is greater psychosocial subscale participation / monitoring where 79% are at high and very high levels of risk, followed by psychological demands subscale with 46% found in high and very high levels, lower risk and workload. And it is concluded that the relationship of psychosocial factors and burnout syndrome associated with working time, is a protective factor, the subscale Autonomy has no association with burnout, and other subscales: Control of work, psychological demands, Participation / supervision Interest in the job / compensation Performance Role and Relationship of social support are protective factors against burnout.

Keywords: Psychosocial factors, Burnout, health personnel, occupational health.

Índice general de contenidos

1. CAPITULO I.....	13
INTRODUCCIÓN.....	13
1.1 El problema de la investigación.....	14
1.1.1. Planteamiento del problema	15
1.1.2. Objetivo general	17
1.1.3. Objetivos específicos	18
1.1.4. Justificaciones.....	18
1.2. Marco teórico.....	23
1.2.1. Estado actual del conocimiento sobre el tema.....	23
1.2.2 Marco contextual.....	26
1.2.3 Adopción de una perspectiva teórica	30
Estructura Epistemológica.....	30
Positivismo	31
1.2.4 Marco conceptual.....	33
Factores Psicosociales.....	33
Los factores psicosociales	36
Historia del concepto	36
Clasificación factores psicosociales.....	38
Características de los Factores Psicosociales	40
Síntomas de los Factores Psicosociales	43
Modelo teórico Factores Psicosociales	44
Burnout.....	45
1.2.4.1 Modelo teórico del Burnout.....	47
Síndrome de Burnout	48

Definición del Síndrome de Burnout	49
1.2.5 Hipótesis.....	51
1.2.6 Identificación y caracterización de variables	51
Operacionalización de las Variables:	52
Independiente	52
Dependiente	53
Interviniente.	54
2 CAPITULO II. MÉTODO	55
2.1 Nivel de estudio.	55
2.2 Modalidad de investigación.....	55
2.3 Método	55
2.4 Población y muestra.....	55
2.5 Selección instrumentos de investigación	56
CAPITULO III. RESULTADOS	63
3.1 Presentación y análisis de resultados	63
Análisis de estudio socio-demográfico	63
Análisis de estudio Síndrome de Burnout	66
Determinación de los factores psicosociales	77
Análisis de los Factores Psicosociales al personal Médico.....	79
Análisis de factores psicosociales a personal de Laboratorio	81
Análisis de factores psicosociales a personal de Enfermería.	83
Análisis de factores psicosociales a personal de Estadística.....	85
Análisis de factores psicosociales a personal de Rehabilitación Física	87
Análisis de factores psicosociales a personal de Rayos X (Imagen)	88
Análisis de factores psicosociales a personal de Farmacia.	89
Análisis de factores psicosociales a personal de Odontología.	91
Análisis de factores psicosociales a personal de Trabajo social.....	92
Comprobación de Hipótesis	100

3.2 Aplicación práctica	100
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	101
4.1. Conclusiones	102
4.2 Recomendaciones	104
BIBLIOGRAFÍA.....	106
REFERENCIAS	106
WEBGRAFÍA.....	112

Elaboración: Eddy Montalván.

1. CAPITULO I.

INTRODUCCIÓN

Uno de los primeros documentos oficiales e internacionales en abordar el tema de los factores psicosociales en el trabajo fue “Los Factores Psicosociales en el Trabajo: Reconocimiento y Control” documento publicado por la Organización Internacional del Trabajo en 1984. Esta publicación constata que la problemática es claramente anterior y que se remonta al menos a 1974, fecha en la que la Asamblea Mundial de la Salud hace un llamado para documentar la importancia y los efectos de los factores psicosociales en el trabajo sobre la salud de los trabajadores. (Moreno, Báez 2010)

Un documento histórico relacionado con el tema es la obra “Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud”, editado por la OMS y coordinado por Kalimo, El-Batawi y Cooper (1988). En este se expone que este tipo de factores provienen de la percepción y la experiencia de los trabajadores y que está influenciado por los innumerables factores que afectan al trabajador. La complejidad del tema y la importancia del trabajador real serían los datos iniciales con los que debe afrontarse su estudio e investigación. Un elemento de gran importancia es la diferenciación que introduce El-Batawi en 1988, al exponer el doble efecto que pueden tener los factores psicosociales: positivos o negativos. (Moreno, Báez. 2010).

Según la Organización Internacional del Trabajo y la Organización Mundial de la Salud, OIT/OMS (2004), indican que está demostrado que los factores psicosociales relacionados con el trabajo contribuyen a una serie de daños para la salud. Se han acumulado pruebas que demuestran que existe una relación entre síndromes no específicos de carácter psicológico, de comportamiento o somáticos y condiciones de

trabajo estresantes o muy ingratas. Por otra parte, el trabajo integra factores psicosociales positivos propicios para la conservación, e incluso el mejoramiento, de la salud. El enfoque más corriente para tratar las relaciones entre el medio ambiente psicológico del trabajo y la salud de los trabajadores ha sido la aplicación del concepto de estrés.

Tal vez uno de los riesgos psicosociales que influyen directamente no solo en la persona sino en el producto es el síndrome de burnout (agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta de realización personal en el trabajo), cuya prevalencia se ha ido incrementando y que ha venido a constituirse en un problema social y de salud pública que conlleva, por tanto, un gran coste económico y social por lo que cualquier esfuerzo para su estudio debe ser bienvenido (Gil. 2005).

Una de las poblaciones más vulnerables a desarrollar este síndrome es la de los profesionales de la salud, principalmente personal de enfermería y médicos; menos frecuente, pero igual lo desarrollan, los trabajadores dedicados a los servicios sociales, docentes, secretarias, policías, estudiantes (Aranda, et al, 2005).

1.1 El problema de la investigación

El problema de la presente investigación se basa en determinar los factores psicosociales y relacionarlos con posibles casos de Burnout que se presentan en el Centro de Atención Ambulatoria.

1.1.1. Planteamiento del problema

En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud consideraba que los trabajadores estaban expuestos a sufrir riesgos a la salud debido a las condiciones inseguras con las que laboran día a día. La presencia de estresores y la percepción que el trabajador tiene de que estos riesgos laborales junto con otros estresores extra laborales (personales, sociales, etc.) afectan su salud se conoce como -factores psicosociales laborales-. Según referencias emitidas por la OMS y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), tanto los accidentes como las enfermedades laborales van en aumento. Así, para el año 2002 habría alrededor de 1,2 millones de muertes laborales, 250 millones de accidentes y 160 millones de enfermedades profesionales en el mundo, a diferencia de las presentadas en el 2001 con cifras de 1,1 millones de enfermedades y accidentes laborales, entre las cuales el estrés ocupaba un lugar importante. En tal caso, los estudios sobre el estrés laboral crónico, también conocido como -síndrome de burnout o de desgaste profesional o asistencial-, lo consideran (no en México) como una patología laboral debida al estrés continuo al que es sometido el médico durante su jornada laboral. Así, el estrés y el malestar acaban por instalarse de modo crónico, provocando trastornos psicosomáticos y de conducta, manifestaciones que nos alertan ante un problema de salud como lo es el síndrome de burnout. (Aranda, et al, 2005).

A pesar de que se ha descrito en múltiples ocasiones la problemática sobre riesgos psicosociales en el ámbito laboral, y bien definidos por la OIT, y las políticas del Ministerio del trabajo, donde indican que se deben controlar los factores de riesgo psicosocial en sus distintas etapas, estas solo se cumplen a medias a nivel privado ya que a nivel público existe la queja por la falta de atención de parte de los empleadores a la problemática psicosocial, dando prioridad al número de atenciones, en algunos casos

a la calidad de atención, pero poca o nada importancia al riesgo psicosocial expuesto el personal de salud y de atención a clientes, todo esto en contraposición con estudios realizados Aranda, et al (2004), quienes indican que el estrés relacionado con el trabajo es una de las preocupaciones mayores en los centros de trabajo, ya que las manifestaciones repercuten en la salud y el bienestar de los trabajadores. Entre las consecuencias más reconocidas al estrés laboral crónico se encuentra el llamado Síndrome de Burnout.

Por lo que se hace necesario el realizar un estudio para identificar cual es el factor psicosocial que se encuentra afectando a los profesionales de la salud y personal de apoyo, y relacionar con casos de Burnout y en lo posterior proponer a las autoridades medidas de control, con el fin de mejorar la calidad, calidez de la atención en beneficio propio y de los pacientes.

1.1.1.1. Diagnóstico

No existe un estudio que haya sido publicado sobre la identificación de factores psicosociales en el Centro de Atención Ambulatoria Sur Occidental del IESS, aunque empíricamente se conoce sobre la existencia de estos. Se hizo, en una ocasión, en el año 2011 una evaluación utilizando el cuestionario de Navarra para identificar el riesgo psicosocial pero este no fue publicado por los aparentes efectos que podría causar entre la población de trabajadores, y actualmente posiblemente se conoce de personal que presenta síntomas de síndrome de burnout.

1.1.1.2. Pronóstico

Al realizar la identificación los factores psicosociales, como repercute en los trabajadores y si se relacionan con casos de burnout, se pueden tomar medidas de

control para mejorar la calidad de vida de los trabajadores y al mismo tiempo mejorar la calidad de atención en beneficio propio y de sus afiliados

1.1.1.3 Control Pronóstico

Al realizar un correcto diagnóstico de las condiciones laborales de todo el personal, se podrían corregir los momentos críticos de la atención y realizar propuesta de cambio, y si no es posible estos, realizar un perfil para cada puesto de trabajo donde el personal entrante encaje en este y evitar la afectación con los pacientes.

¿Existe Factor Psicosocial que se relacione con síndrome de Burnout en el personal Médico, Paramédico y de atención al cliente del Centro de Atención Ambulatoria?

¿Existen riesgos psicosociales que estén afectando a los profesionales?

¿Existen trabajadores que estén presentando burnout?

¿Los factores psicosociales afectan más al personal con mayor tiempo de trabajo?

¿Los factores psicosociales que se relacionan con burnout afectan más al personal con mayor experiencia laboral?

¿El síndrome de burnout se relaciona con el sexo, edad y antigüedad en el puesto de trabajo?

1.1.2. Objetivo general

- Identificar los factores psicosociales y su relación con casos de Burnout en el personal médico, paramédico y de atención al cliente en un Centro de Atención Ambulatoria

1.1.3. Objetivos específicos

- Determinar los factores psicosociales que afectan al personal del centro de atención ambulatoria.
- Identificar si existen casos de síndrome de Burnout entre el personal médico, paramédico y de atención al cliente dentro del Centro de Atención Ambulatoria
- Determinar si el factor psicosocial afecta con mayor frecuencia al personal con mayor responsabilidad dentro del Centro de Atención ambulatoria.
- Determinar si el factor psicosocial relacionado con el síndrome de burnout afecta con mayor frecuencia al personal con mayor tiempo de trabajo
- Determinar si el sexo, la edad y la antigüedad en el puesto de trabajo están relacionados con el síndrome de burnout.
- Identificar las características socio-demográficas de los trabajadores del centro de Atención ambulatoria.

1.1.4. Justificaciones

Juárez (2004) define la salud como ausencia de enfermedad, sin embargo la Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la Salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Gutiérrez (2001) indica en algunos estudios que las afectaciones en la salud mental, se propician en diferentes actividades laborales, como es el caso de los empleados técnicos y administrativos. (Lara, 2013)

En referencia a indicadores, se cita el trabajo realizado por Lara (2013) que según la Organización Internacional del Trabajo (OIT) cada año mueren más de 2

millones de personas a causa de accidentes de trabajo o enfermedades relacionadas con el trabajo. De acuerdo con estimaciones, se producen 270 millones de accidentes en el trabajo y 160 millones de casos de enfermedades profesionales.

Villalobos en el 2004 indica que el interés por el estudio de los factores psicosociales relacionados con el trabajo se ha ido ampliando en el curso de los últimos años; las razones principales que están detrás de este desarrollo son, El avance de las evidencias en favor de la relación salud- trabajo, Los resultados de los estudios epidemiológicos, que han demostrado el influjo de las condiciones psicosociales propias de la vida del trabajo en el incremento de procesos mórbidos, la pérdida en la calidad de vida, reportada en informes de organismos internacionales como la CEPAL (Comisión Económica para América Latina) (2000), la falta de integración social y la generación de comportamientos que no se ajustan a las normas de convivencia generan fenómenos de patología social, representados también en las tasas de violencia. (Villalobos, 2004)

Vaca en su trabajo realizado en el 2014 indica que el hablar de los Riesgos Psicosociales en el lugar de trabajo es referirse a un tema poco conocido en el Ecuador. Si bien es cierto que ahora se cuenta con una legislación a favor de la Prevención de Riesgos Laborales, aún el país se encuentra en una etapa gestacional en esta área en específico. Aún más si es que se toma en consideración el poco peso que se le ha dado a la Psicología como tal dentro de la Gestión de Riesgos Laborales, se puede ver que es un área bastante relegada. Y es que al hablar del término Psicología, mucha gente puede imaginar distintas cosas. ¿Es tal vez una mezcla entre los términos Psicología y Sociología? Etimológicamente, sí.

El propósito del presente trabajo es identificar los factores psicosociales que están afectando a los trabajadores del Centro de Atención ambulatoria y su relación con

posibles casos de síndrome de burnout, ya que aparentemente estos están afectando la calidad de vida del personal y en la calidad de atención a los pacientes.

Esta investigación es factible desarrollar porque cuenta con el apoyo institucional, y se la puede realizar a todo el personal, ya que un 90% está en relación directa con el trato de pacientes y además existe amplia y actualizada referencia bibliográfica que permita sustentar el marco teórico y es conveniente para tomar posteriormente medidas de control de estos riesgos en beneficio de la salud de los trabajadores y realizar un profesiograma acorde a cada puesto de trabajo.

La evolución del síndrome de burnout, entre otros aspectos está determinada por el momento en que se detecta la afectación, obviamente, mientras más temprano esto ocurra, el deterioro es menor y las posibilidades de recuperación aumentan. Para lograr esto, se requiere, la realización de dos acciones fundamentales: divulgar la existencia del burnout y sus causas y realizar pesquizajes para su detección entre la población con riesgo de padecerlo. (Pando, 2007)

Teórica: La investigación que se llevará a cabo busca identificar los factores psicosociales y como está influyendo en la calidad de atención a los pacientes, romper paradigmas de cómo llevan las actividades y proponer nuevas medidas de control en base a implantación de métodos con evidencia científica y discutir las ventajas de la misma.

Metodológica: Para el presente trabajo se utilizará dos tipos de cuestionarios, uno que mide el factor psicosocial y otro que mide el Síndrome de Burnout.

F-Psico 3.1 se presenta como una herramienta para la evaluación de los factores psicosociales. Su objetivo es aportar información para poder identificar cuáles son los factores de riesgo en una situación determinada, permitiendo, por tanto, el diagnóstico

psicosocial de una empresa o de áreas parciales de la misma, a partir de los cuestionarios de aplicación individual.

La escala FPSICO consta de 86 Ítems agrupados en 9 factores diferenciados, a saber: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad/contenido del trabajo, participación/supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño de rol, y relaciones y apoyo social. (Ramón, 2011)

El burnout se medirá por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

El cuestionario Maslach mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras subescalas y bajas en la tercera permiten diagnosticar el trastorno.

Método Inductivo-Deductivo: en el cual se pasa de un conocimiento general a otro de menor nivel y en el que la inducción y la deducción están estrechamente relacionadas, su mutua complementación proporciona un conocimiento verdadero sobre la realidad.

Inductivo al realizar observación y registro de hechos, análisis y clasificación y deductivo que se aplica a una hipótesis inicial, con la finalidad de obtener predicciones que serán sometidas a verificación posterior.

Práctica: La presente investigación contribuirá a identificar, evaluar, relacionar y posteriormente a implementar medidas de control, sobre los factores psicosociales, evitando los múltiples síntomas provocados por el factor psicosocial y burnout.

En las empresas es más común encontrar simpatía por aplicar las estrategias dirigidas hacia el trabajador y sus recursos psicológicos, por encima de las que se dirigen a modificar el entorno organizacional. Sin embargo, las diversas estrategias disponibles se deben combinar en forma de programas específicos que sean susceptibles de seguimiento y medición, y basarse siempre en los resultados que hubiese arrojado un diagnóstico integral de los Factores Psicosociales en la empresa, tomando en cuenta las condiciones concretas de las organizaciones laborales donde se opera. Debemos asegurar que la actividad laboral propicie las condiciones para el desarrollo de competencias y potencialidades, las cuales deben ser además expresadas en el propio trabajo. (Aranda, et al. 2009).

Relevancia Social: Al existir poco conocimiento sobre los trastornos que provocan los factores psicosociales y pocos estudios de este tipo a nivel público como privado, el presente, permitirá crear una línea base para inicio de futuros estudios con el fin de identificar los factores psicosociales y posteriormente a través de planes de control, mejorar la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, y por ende en la atención con calidad y calidez, la misma que pasará de ser un eslogan a una realidad.

Legal: Desde la Constitución de la Republica del ecuador del año 2008, Código del Trabajo, Resoluciones Administrativas y Reglamentos promueven la salud laboral en el trabajo.

1.2. Marco teórico

1.2.1. Estado actual del conocimiento sobre el tema

En México en el 2005 Aranda et al, realizan un estudio de Factores Psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia, donde se propone como objetivo: Determinar la presencia de los factores psicosociales laborales (socio-demográficos y laborales) y su relación con el síndrome de burnout en los médicos de familia que laboran en instituciones de salud. Para recabar la información necesaria en médicos de familia que laboraban en dos instituciones de salud para población derechohabiente en la zona metropolitana de Guadalajara, México, se utilizó dos cuestionarios: uno con variables socio-demográficas y laborales y el otro con la escala de Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS) para evaluar la presencia del síndrome, de los cuales se obtuvieron los siguientes resultados: Participaron 197 médicos, 73 (37,1%) mujeres y 124 (62,9%) hombres. El 92,9% contaba con la especialidad, los demás tenían la licenciatura; sin embargo, en su contrato de trabajo eran considerados como médicos de familia. La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%. Tanto las asociaciones significativas como aquellas variables socio-demográficas y laborales que se comportaron como factor de riesgo se inclinaron hacia la dimensión -agotamiento emocional- y concluyen: Aunque las variables en estudio fueron pocas, las que resultaron relacionadas con el desarrollo del síndrome fueron importantes como para ser vistas desde un nivel preventivo. Así mismo, se sugiere que quienes ya manifiestan signos y síntomas por este síndrome sean derivados para atención médica y/o psicológica y, si el caso lo requiere, brindarle incapacidad, con la finalidad de mejorar el bienestar y la salud del trabajador, así como la calidad de atención y de vida al derechohabiente.

Otro estudio que relaciona factores psicosociales y burnout en médicos del primer nivel de atención en México, realizado en el 2004 por Aranda et al. Plantean como objetivo determinar la presencia de factores psicosociales negativos en el área laboral y su relación con el Síndrome de Burnout, en los médicos del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), Jalisco. Realizando un estudio transversal, retrospectivo y analítico en la que intervienen 835 médicos. Para su evaluación se utilizó un cuestionario de datos generales, la escala de Maslach Burnout Inventory y la guía de identificación de factores psicosociales. Entre los resultados más sobresalientes tenemos una prevalencia de 42.3 por ciento de médicos con burnout. El ser soltero, tener estudios superiores o inferiores al puesto, y contar con factores psicosociales negativos laborales son elementos de riesgo para el desarrollo del síndrome. Se propone la prevención en el desarrollo del síndrome y la intervención para los sujetos que ya presentan Burnout.

Cercana a nuestra realidad ya sea por distancia o por tipo de educación, hay un estudio realizado en Colombia en el 2011 sobre Prevalencia de factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en Médicos que laboran en las ciudades de Manizales y la Virginia, Se realizó un estudio de corte transversal para evaluar la prevalencia y los factores psicosociales asociado al síndrome de desgaste profesional en médicos generales y especialistas que laboran en varias instituciones de la ciudad de Manizales, Caldas, y de la Virginia Risaralda, mediante cuestionario autodilucidado que evalúa factores socio-demográficos, la prevalencia del síndrome de desgaste profesional (mediante el empleo del cuestionario Maslach HSS), la funcionalidad familiar y las relaciones interpersonales. Participaron 227 médicos. Se encontró una frecuencia de burnout de 17.6%, 26.4% agotamiento alto, 26.1% despersonalización, y 7.2% de realización personal baja. Se encontró relación significativa de Burnout con actividad

extra laboral ($p=0.039$); se presenta en un 25.8% en los médicos que no realizan ninguna actividad extra laboral en la semana, 14.3% entre los que la realizan. También con la funcionalidad familiar ($p=0.009$); los médicos que presentan disfunción moderada tienen mayor tendencia a presentar el síndrome de Burnout en un 37.5%. (Agudelo, 2011).

Para el estudio de factores psicosociales existen múltiples metodologías, así es que en un artículo escrito en España en el 2007 por Martín García, et al, “Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente” describe la investigación que tuvo como objetivo buscar la posible relación entre salud y calidad de vida de los trabajadores, y diferentes factores psicosociales: Demandas cognitivas, Control, Recompensas y Apoyo organizacional. Los factores psicosociales fueron evaluados a través del Cuestionario Multidimensional DECORE, por el que se obtienen cinco puntuaciones, una para cada uno de los factores, y una puntuación global. La salud del trabajador se midió a través de las variables: satisfacción laboral, percepción de estrés, percepción de fatiga, baja médica, accidentes laborales y enfermedad. Se evaluaron 614 trabajadores de distintos sectores de actividad. Los resultados muestran que los empleados que se sienten fatigados, estresados y poco satisfechos perciben su entorno laboral de forma más adversa. Similares resultados se obtuvieron para aquellos trabajadores que presentan una baja laboral, han sufrido un accidente de trabajo o están enfermos.

Utilizando otra metodología de tipo observacional, descriptivo-transversal, un estudio Mexicano tuvo como objetivo “Determinar la prevalencia y los factores de riesgo en los médicos familiares mexicanos”, mediante muestra aleatoria con asignación proporcional de 240 profesionales aplicándoseles el Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey en forma autoadministrada. Las estadísticas descriptivas y el análisis

inferencial se realizó con apoyo del SPSS 12.0 y Epi-info V 6.1. y sus resultados fueron: Se logró el 97,5% de respuesta. Se detectó una frecuencia del síndrome de agotamiento profesional en el 41,6% de los profesionales. Se obtuvieron diferencias significativas en función del sexo, grupo de edad, tener hijos, antigüedad en la institución y tipo de contratación. Y se concluye el síndrome de agotamiento profesional es frecuente (41,6%) en los médicos familiares, y sus principales factores de riesgo: el ser mujer, mayor de 40 años, con hijos, con 10 años o más de antigüedad institucional y contratación de base. La afectación del agotamiento emocional se comporta como el síndrome. Se encontró una correlación negativa entre las subescalas agotamiento emocional y despersonalización y positiva entre la falta de realización personal en el trabajo con la presencia del síndrome. Es necesario establecer medidas preventivas o de intervención en los planos individual, social u organizacional para reducir la prevalencia encontrada. (Castañeda, García, 2005).

1.2.2 Marco contextual

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social es una entidad, cuya organización y funcionamiento se fundamenta en los principios de solidaridad, obligatoriedad, universalidad, equidad, eficiencia, subsidiariedad y suficiencia. Se encarga de aplicar el Sistema del Seguro General Obligatorio que forma parte del sistema nacional de Seguridad Social.

El centro de Atención Ambulatoria Sur Occidental, es uno de los 7 centros de atención que se ubican en la ciudad de Quito, desde su creación a tenido múltiples cambios en la atención de pacientes, en donde desde el año 2006 aproximadamente al igual que en otras instituciones se verifica el nivel de cumplimiento de cada profesional, pero sin tomar en cuenta la calidad de atención, sino en el número de atención.

El dispensario Sur Occidental del IESS es un centro que presta servicios de salud a todas las personas afiliadas, cónyuge y también a los hijos menores de 18 años, para lo cual se utiliza un agendamiento de pacientes vía Contac Center, el mismo que programa la atención a todo el personal médico, que en algunos casos es cada 20 minutos por paciente y en la mayoría de los casos 15 minutos, a más de eso las citas se dan para los días subsecuentes, en los que el paciente tiene que esperar con la dolencia, que según lo indican hasta por tres meses, lo que ocasiona inconformidad del paciente provocando un clima de reclamo y rechazo a la prestación de servicios de salud, lo que a su vez conlleva a que el médico y personal paramédico se sienta aludido, agredido de palabra, lo que aparentemente altera su estado de ánimo el que influye directamente en la atención de los servicios de salud.

Es frecuente el escuchar entre los profesionales de la salud y personal de apoyo sobre el malestar ocasionado por el corto tiempo de consulta en cada paciente, la carga horaria para este tipo de actividad, la meta que se debe cumplir, la actitud negativa de los pacientes ante los servicios de salud, y más aún las resoluciones de las autoridades que se van en contra de la Constitución y el Plan Nacional del Buen Vivir, lo que provoca desmotivación, cansancio físico, mental, alteración conductual y esto aparentemente conlleva a provocar falta de interés por parte del personal hacia los pacientes, afectando directamente en la calidad de atención, manifestándose en malestar de los mismos que se expresan en reclamo de los servicios de salud.

Es importante anotar que como norma preventiva de factores de riesgo se deberían realizar pausas activas, las mismas que no es posible realizarlas ya que el sistema informático y de atención AS400, no da el tiempo entre paciente y paciente y tampoco por parte de las autoridades centrales se ha dado ese tiempo para la realización de estas.

En el contexto de legal en el Ecuador tenemos que la Constitución de la República del Ecuador del 2008, en su artículo 326 en su número 5 indica que, Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar. Y posteriormente el apareamiento de resoluciones administrativas como la resolución CD 333 que en su numeral 2.4 habla sobre el “control operativo integral” en donde el literal a, se menciona se han realizado controles de los factores de riesgo ocupacional aplicables a los riesgos del trabajo, con exposición que supere el nivel de acción.

El Código del Trabajo en su artículo 554, en relación a los Departamentos de Seguridad e Higiene del Trabajo, tendrán entre otras la función de la vigilancia de las fábricas, talleres y más locales de trabajo, para exigir el cumplimiento de las prescripciones sobre prevención de riesgos y medidas de seguridad e higiene.

El Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo (decreto 2393) expresa en su artículo 1. Ámbito de aplicación.- Las disposiciones del presente Reglamento se aplicarán a toda actividad laboral y en todo centro de trabajo, teniendo como objetivo la prevención, disminución o eliminación de los riesgos del trabajo y el mejoramiento del medio ambiente de trabajo.

Es imprescindible, por un lado, el considerar que el punto de partida hacia el desarrollo del síndrome es a nivel organizacional; por tanto, se debe desarrollar programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y el clima laboral, como el crear programas de socialización, de apoyo, de trabajo en equipo, de planificación, de participación, de retroinformación, de crecimiento personal y de desarrollo organizacional. Por otro lado, los factores estresantes extralaborales también deben ser considerados con la misma importancia. Es necesario fomentar los valores personales y

familiares, aprovechar cualquier momento de convivencia con la familia y con los compañeros de trabajo. Las soluciones son preventivas y terapéuticas a nivel individual, grupal y organizacional. Entre las medidas preventivas tenemos la de evitar que la enfermedad o el daño llegue; si la enfermedad ya se instauró, habrá que controlarla, tratarla, pedir apoyo y evitar complicaciones. Cuanto más pronto se instaure las medidas preventivas, la evolución o curación serán una realidad. (Aranda et al, 2005).

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse por el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral, así como al hincapié que las organizaciones vienen haciendo sobre la necesidad de preocuparse más de la calidad de vida laboral que ofrecen a sus empleados. En la actualidad resulta necesario considerar los aspectos de bienestar y salud laboral a la hora de evaluar la eficacia de una determinada organización, pues la calidad de vida laboral y el estado de salud física y mental que conlleva tiene repercusiones sobre la organización (absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc.). Asimismo, y dado que la mayor incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo se da en profesionales que prestan una función asistencial o social, como los profesionales de enfermería, el deterioro de su calidad de vida laboral también conlleva repercusiones sobre la sociedad en general. (Gil, 2003)

1.2.3 Adopción de una perspectiva teórica

Estructura Epistemológica

Briones 2002 define a la epistemología como el análisis del conocimiento científico. En términos más específicos, esta disciplina analiza los supuestos filosóficos de las ciencias, su objeto de estudio, los valores implicados en la creación del conocimiento, la estructura lógica de sus teorías, los métodos empleados en la investigación y en la explicación o interpretación de sus resultados y la confirmabilidad y refutabilidad de sus teorías.

Las hipótesis ontológicas y gnoseológicas forman parte de las diversas escuelas filosóficas que enfrentan el problema del conocimiento de los objetos naturales y sociales. Las escuelas del empirismo y racionalismo abordan el origen del conocimiento, mientras que el idealismo, materialismo y realismo lo hacen desde la perspectiva de su esencia, de la relación entre objeto y sujeto. (Lara, 2013)

El empirismo (del griego “empeira” = experiencia) sostiene que todo conocimiento se basa en la experiencia, afirmación con la cual se opone directamente al racionalismo para el cual, según acabamos de ver, el conocimiento proviene, en gran medida, de la razón. Para el empirismo radical, la mente es como una “tabla rasa” que se limita a registrar la información que viene de la experiencia. De manera semejante al racionalismo, se distinguen tres tipos de empirismo: 1) el psicológico, para el cual el conocimiento se origina totalmente en la experiencia; 2) el empirismo gnoseológico que sostiene que la validez de todo conocimiento tiene su base en la experiencia; y 3) el empirismo metafísico según el cual no hay otra realidad que aquella que proviene de la experiencia y, en particular, de la experiencia sensible.

El empirismo fue desarrollado esencialmente por una serie de filósofos ingleses entre los que se destacan Locke, Hume y J. S. Mill. El empirismo niega la existencia de ideas innatas, invocadas por los racionalistas, las cuales, según ellos, pueden ser descompuestas en conceptos más simples que se derivan de la experiencia o bien esos conceptos no son conceptos genuinos ya que no se les puede asignar ningún significado (por ejemplo, el concepto de sustancia de los racionalistas que es una mera palabra de carácter metafísico, pero que no significa nada).

También los empiristas niegan que haya verdades necesarias a priori, como dicen los racionalistas. Por otro lado, el empirismo acepta los juicios sintéticos a priori, pero basados en la experiencia, a diferencia de los racionalistas para quienes eso, juicios serían verdades autoevidentes, válidos con independencia de la experiencia.

Finalmente, el empirismo rechaza toda metafísica y, de manera inversa, da a la ciencia un alto valor como medio superior de adquirir conocimientos. (Briones, 2002)

Positivismo

En sentido amplio, el positivismo es la escuela filosófica según la cual todo conocimiento, para ser genuino, debe basarse en la experiencia sensible. El progreso del conocimiento sólo es posible con la observación y el experimento y, según esta exigencia, se debe utilizar el método de las ciencias naturales. La pretensión de algunos filósofos de buscar conocimientos por medio de especulaciones metafísicas son intentos perdidos, si bien la filosofía debería tener como única tarea la de hacer comprensibles los métodos de las ciencias naturales y desarrollar, además, las concepciones generales que se derivan de los resultados de las diferentes ciencias particulares. Francisco Bacon (1561 - 1626), que puede ser llamado el padre de la escuela, a la cual dio su nombre, sostiene que los filósofos no deben buscar más allá - de los límites de la naturaleza-.

Hay hechos que deben ser abordados sin ninguna concepción previa y algunos de esos hechos -hechos positivos- deben ser aceptados -por la fe en la experiencia-. Saint -Simon aplica la palabra -positivo- a las ciencias que se basan en -los hechos que han sido observados y analizados-. (Briones, 2002)

Augusto Comte (1798 - 1857) -tal vez el autor más identificado con esta escuela- destacó el término ya acuñado en el título de su obra principal Curso de filosofía positiva (1830 - 1842) para poner de relieve que la función de la teoría consiste en coordinar los hechos observados por las ciencias y de ninguna manera buscar las causas de su ocurrencia. (Briones, 2002)

“La posición central de Comte se caracteriza por su manifiesta aversión al espiritualismo metafísico y religioso y su admiración por los poderes y realizaciones exhibidos por el pensamiento científico. En este sentido, y de manera que lo acerca fuertemente al tipo de postura asumida por Francis Bacon en el siglo XVII, el interés principal de Comte no consiste en elaborar un nuevo sistema filosófico, sino en promover una profunda reforma social. En cuanto tal reforma requiere de una radical transformación intelectual, Comte desarrolla su posición positivista. Tal concepción destaca la importancia del espíritu científico en la sociedad: para Comte, las diferentes ciencias representan una alternativa de conocimiento de carácter unitario. Esta unidad que, más allá de las diferencias, observa las diferentes disciplinas científicas, está asegurada por el apego de todas ellas al método científico. La unidad del método asegura la unidad de la ciencia. Comte busca aplicar al campo de la actividad humana el método científico de tal manera que se pueda generar un tipo de conocimiento sobre el hombre y la sociedad con la solidez de lo obtenido en las ciencias naturales: en este intento, insiste en la primacía del concepto de proceso y se preocupa, de manera particular, por ofrecer una explicación científica sobre los procesos históricos. El

objetivo de Comte es descubrir las leyes que explican el devenir histórico..” Rafael Echeverría. El búho de Minerva. Introducción a la filosofía moderna. 1988, pág. 113.

El proyecto de esta investigación se basa en el positivismo ya que el autentico conocimiento comprobable es el científico, y al existir nuevas leyes que cada vez exigen más a los profesionales, con trabajo bajo presión, y principalmente en al ámbito médico donde el personal está en un compromiso con la salud de las personas, lo que en muchos casos no permiten tener un espacio de relajación, esparcida y de ocio como consta en el Plan Nacional del Buen Vivir, lo que provoca y demostrado hasta la saciedad por estudios riesgos psicosociales.

1.2.4 Marco conceptual

Factores Psicosociales

El concepto teórico de factores psicosociales, fue definido por el comité mixto OIT/OMS en 1984 como "aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto el bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como el desarrollo del trabajo." Esta definición se refleja en cuadro 1, este diagrama presenta un conjunto de factores humanos del medio ambiente de trabajo que están en continua interacción dinámica. El medio ambiente de trabajo, las tareas y los factores de organización son representativos de las condiciones de trabajo que nos ocupan. Las reacciones de los trabajadores dependen de sus habilidades, necesidades, expectativas, cultura y de su vida privada.

Existen conceptos provenientes de instituciones dedicadas a la seguridad y salud, así es como El Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo en 1997, define

a los factores psicosociales en el entorno laboral como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionados con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo”. (Luceño, et al, 2005), al igual que el Instituto Sindical de Trabajo Ambiente y Salud (ISTAS 2002), considera a los factores psicosociales como “aquellas características de las condiciones del trabajo y, sobretodo, de su organización que afectan a la salud de las personas a través de mecanismos psicológicos y fisiológicos a los que llamamos estrés”. (Luceño, et al, 2005).

Así como también estudios a nivel de maestrías recogen conceptos del XV congreso de la Sociedad española de Salud Laboral en la administración pública quién define como “Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.” (Bastida, Aramburu, 2013), además este autor menciona los factores psicosociales según la OIT quien menciona en 5 ítems con sub categorías entre estos: Medio ambiente de trabajo, factores intrínsecos del trabajo, horarios de trabajo, factores organizacionales, factores de cambios tecnológicos y otros. Y según la NIOSH identifica a los factores como: Sobrecarga cuantitativa, insuficiente carga cualitativa, conflicto de roles, falta de control sobre la situación personal, falta de apoyo social, estresores físicos, Nuevas tecnologías, Trabajo a turnos. Y el INSHT, identifica factores relacionados con la tarea, con la organización del tiempo de trabajo, con la estructura de la organización.

Moreno y Báez en el 2010, recopilan otros conceptos de diferentes autores así Carayon, Haims y Yang (2001) definen los factores psicosociales como las características percibidas del ambiente de trabajo que tienen una connotación emocional para los trabajadores y los gestores. Cox y Griffiths (1996), los definen como los aspectos del trabajo, de la organización y de la gestión laboral, y sus contextos sociales y organizacionales. Martín Daza y Pérez Bilbao las definen como aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo. Los factores psicosociales laborales son condiciones organizacionales (Mintzberg, 1993), son condiciones psicosociales de trabajo que como tales pueden ser positivas o negativas.

Y a la vez formulan su concepto de riesgo psicosocial laboral es el hecho, acontecimiento, situación o estado que es consecuencia de la organización del trabajo, tiene una alta probabilidad de afectar a la salud del trabajador y cuyas consecuencias suelen ser importantes, y sus características son: 1. Afectan a los derechos fundamentales del trabajador. 2. Los riesgos psicosociales tienen efectos globales sobre la salud del trabajador. 3. Afectan a la salud mental de los trabajadores. 4. Tienen formas de cobertura legal (Moreno, Báez, 2010).

Publicaciones internacionales utilizan el término riesgo psicosocial (psychosocial hazard) como equivalente a factor psicosocial. Así Cox y Griffiths (1995), definen riesgos psicosociales como “aquellos aspectos del diseño de la organización, la dirección del trabajo, y el entorno socio-laboral, que tienen la capacidad de causar daños físicos, psicológicos o sociales en la organización”. (Moreno et al, 2005).

Desde la perspectiva de un modelo de indicadores, Roozeboom, Houtman y Van den Bossche, (2008) identifican tales factores proponiendo una serie de indicadores organizacionales y laborales que se recogen en la tabla 3 (Moreno, Báez 2010).

El comité mixto OIT/OMS en 1984, menciona las consecuencias de los factores psicosociales en el trabajo, entre estas tenemos:

Consecuencias fisiológicas, que están conformadas por alteración en la secreción de hormonas suprarrenales como los corticosteroides y catecolaminas.

Consecuencias del sistema nervioso central, evidenciado con alteraciones del electroencefalograma, mientras el trabajador realiza sus tareas habituales.

Consecuencias cardiovasculares, las que al paso de una carga de trabajo presenta elevación modesta tanto de la presión diastólica como sistólica.

Entre otras tenemos consecuencias psicológicas, alteraciones del comportamiento que influye en rendimiento en el trabajo, el absentismo y movilidad laboral, consumo excesivo de tabaco y licor, repercusiones fuera del medio de trabajo.

También existen problemas persistentes de la salud como afecciones somáticas crónicas, riesgos psicosociales en el trabajo y la salud mental, trastornos psicológicos agudos: enfermedad psicógena colectiva y accidentes de trabajo.

Los factores psicosociales

Historia del concepto

En el documento publicado por la OIT en 1984, “Los factores psicosociales en el trabajo, reconocimiento y control”, constata que la problemática es claramente anterior y que se remonta por lo menos a 1974.

En el documento, publicado originalmente en 1984, se comienza por reconocer la complejidad del tema “Los factores psicosociales en el trabajo son complejos y difíciles de entender, dado que representan el conjunto de las percepciones y experiencias del trabajador y abarcan muchos aspectos”. Por lo mismo, consideran que cualquier intento de definición tiene que ser amplio y complejo, al menos lo suficiente como para recoger su problemática global. Se propone como definición “Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, puede influir en la salud, en el rendimiento y en la satisfacción en el trabajo” (Moreno, Báez, 2010).

La definición anterior expuesta muestra la importancia concedida por la OIT al trabajador real y concreto y a sus necesidades de hecho. Se insiste igualmente en que las consecuencias del descuido de tales factores recaen tanto sobre la salud de los trabajadores como sobre la empresa.

Si en la década de 1970 se alerta la sensibilidad acerca de la relevancia y los efectos que pueden tener los factores psicosociales, es en la de 1980 cuando se produce las primeras obras colectivas y oficiales, y comienzan a aparecer las primeras aproximaciones conceptuales al tema vinculándolos a los efectos de la organización sobre el trabajo y la salud (OIT, 1986; Kalimo et al. 1988). Tal como expone la tercera edición de la Enciclopedia de la Seguridad y Salud en el Trabajo (OIT, 1998), a partir de estos momentos la organización en el trabajo y los factores organizacionales se convierten en expresiones intercambiables para referirse a los factores psicosociales y sus efectos sobre la salud. Unas y otras expresiones se utilizan para referirse a los

factores sociales que influyen la conducta y la salud de los trabajadores. (Moreno, Báez, 2010).

El concepto de factores psicosociales laborales y de factores organizacionales laborales se asocian y tienden a intercambiarse tal como expone la tercera edición de la Enciclopedia de la Seguridad y La Salud en el Trabajo. Ambos expresan la importancia que tienen los factores sociales en la conducta y en la salud de los trabajadores, positiva y negativamente. Lamentablemente, se ha insistido, de hecho, mucho más en los factores psicosociales negativos que en los positivos, en los riesgos que en el desarrollo, cuando los factores psicosociales u organizacionales pueden tener tanto repercusiones negativas como positivas. La perspectiva legal, que puede ser obvia, parece que debe centrarse en la evitación del daño, en la obligación de no causar lesiones a la salud del trabajador, pero la perspectiva conceptual y organizacional debería haber atendido tanto a las repercusiones negativas como a las positivas. Es probable que el desarrollo de una perspectiva positiva de los factores psicosociales laborales hubiera facilitado pensar el gasto como inversión y desarrollo de la seguridad y salud laboral, favoreciendo el desarrollo de organizaciones saludables. (Moreno, 2011).

Clasificación factores psicosociales

En la Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo (2013), clasifica a los factores psicosociales de la siguiente manera:

CARACTERÍSTICAS DEL PUESTO	CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES
Autonomía y control Ritmo de trabajo Monotonía y repetitividad Contenido de la tarea	Personalidad Edad Motivación Formación Aptitudes Actitudes
ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO	FACTORES EXTRALABORALES
Comunicación Estilos de mando Participación en la toma de decisiones Asignación de tareas Jornada de trabajo y descanso	Entorno socioeconómico Vida personal y familiar Ocio y tiempo libre

En este sentido, parece que debería diferenciarse entre los factores psicosociales y los factores psicosociales de riesgo. Los primeros son descriptivos, aluden a la estructura organizacional, a las condiciones psicosociales del trabajo como la cultura corporativa, el clima laboral, el estilo de liderazgo o el diseño del puesto de trabajo, factores que como tales pueden ser positivos o negativos , los segundos son predictivos, se refieren a las condiciones organizacionales cuando tienen una probabilidad de tener efectos lesivos sobre la salud de los trabajadores, cuando son elementos con probabilidad de afectar negativamente la salud y el bienestar del trabajador , cuando actúan como factores desencadenantes de la tensión y el estrés laboral. (Moreno, 2011).

Desde esta perspectiva, los factores psicosociales de riesgo son factores probables de daño a la salud, son negativos y pueden afectar tanto a la salud física como a la psicológica. Son factores de estrés que pueden alterar y desequilibrar los recursos y las capacidades de la persona para manejar y responder al flujo de la actividad derivada del trabajo. Son innumerables y pueden provenir de los múltiples componentes del trabajo: falta de control en el trabajo, muchas horas de trabajo, intensidad del ritmo de trabajo, horarios cambiantes e imprevisibles, mala comunicación organizacional

ascendente, horizontal o descendente, ambigüedad o sobrecarga de rol y otros muchos. Dado que pueden originarse en cualquiera de los múltiples desequilibrios entre demandas y recursos, la lista es abierta y prácticamente interminable. Los principales modelos de estrés laboral han expuesto los mecanismos principales que dan lugar a los factores de estrés laboral y la investigación psicofisiológica, médica y psicológica ha propuesto diferentes tipos de procesos que relacionan los factores de estrés laboral y el daño a la salud, tanto física como psicológica. (Moreno, 2011).

Los factores psicosociales de riesgo son factores reales de riesgo que amenazan la salud de los trabajadores, pero tienen características propias que hacen más difícil su manejo, evaluación y control. Entre las más importantes de ellas podrían citarse las siguientes: 1) Se extienden en el espacio y el tiempo, 2) Son difíciles de objetivar, 3) Afectan a los otros riesgos, 4) Tienen escasa cobertura legal, 5) Están moderados por otros factores, 6) Son difíciles de modificar. Todas estas características dificultan su prevención, evaluación y control. (Moreno, 2011)

Características de los Factores Psicosociales

La Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo (2013). Indica que los factores psicosociales de riesgo tienen características propias:

a) Se extienden en el espacio y el tiempo. El resto de riesgos suelen estar de alguna manera delimitados espacial y temporalmente, se circunscriben a un espacio y habitualmente a un momento concreto. Los riesgos de seguridad están vinculados a una actividad o espacio concreto, como un almacén o actividad de riesgo. Algo semejante ocurre con los riesgos de higiene y ergonómicos que suelen ser locales. Sin embargo, una característica muy común de los factores psicosociales es la no localización. Una cultura organizacional, un estilo de liderazgo o un clima social no están ubicados en

ningún lugar ni es posible precisarlos en un momento espacial, son características globales de la empresa o de la organización.

b) Dificultad de objetivación. El ruido, las vibraciones, la temperatura, la contaminación por gases y una posición o esfuerzo se pueden medir con unidades propias, pero el rol, la cohesión grupal, la supervisión la comunicación, no tienen unidades propias de medida. Uno de los grandes problemas de los factores psicosociales es la dificultad para encontrar unidades de medida objetiva.

c) Afectan a los otros riesgos. El organismo humano, el trabajador, es una unidad funcional en la que todos los factores externos acaban afectando a la totalidad de la persona. El aumento de los factores psicosociales de riesgos supone habitualmente un aumento de los riesgos de seguridad, de higiene y de ergonomía. El efecto se produce también a la inversa, de forma que los factores de seguridad, de higiene y ergonomía influencia en los factores psicosociales.

d) Escasa cobertura legal. La legislación se ha trabajado de modo general relacionado con la prohibición de que pueda dañar a la salud, lo que suele ser inefectivo para los empresarios, para los trabajadores y para la Inspección del Estado.

e) Están moderados por otros factores. Los factores psicosociales de riesgos afectan al trabajador a través de sus propias características contextuales y personales, los factores psicosociales están medidos por la percepción, la experiencia y la biografía personal. Depende de las variables personales de cada individuo.

f) Dificultad de intervención. La intervención técnica en los factores psicosociales no resulta clara y sus efectos a medio y largo plazo tampoco. La intervención psicosocial

suele requerir plazos no inmediatos y resultados no asegurados, lo que aumenta la resistencia de los responsables a intervenciones costosas sin resultados asegurados.

En los últimos años, probablemente a partir de la primera década de este siglo XXI, se ha comenzado, de hecho, a utilizar otra terminología y otra conceptualización ligeramente diferente pero de una gran importancia conceptual: los riesgos psicosociales. Cada vez con mayor frecuencia se habla directamente de los riesgos psicosociales para referirse a una serie de situaciones de gran peso en la vida laboral que pueden afectar gravemente la salud de los trabajadores. Aunque la delimitación entre los factores psicosociales de riesgo y los riesgos psicosociales no siempre resulta clara, existe una tendencia a reconocer como riesgos psicosociales a situaciones como la violencia y agresión en el trabajo, el acoso laboral y sexual, el estrés laboral crónico, el burnout o desgaste profesional, y la inseguridad contractual. A ellos pueden añadirse otros. (Moreno 2011).

En el estudio de Moreno, Báez 2010 recoge la categorización realizada por Cox y Griffiths (1996) de factores psicosociales de riesgo o de estrés. Cuadro 4

Los riesgos psicosociales laborales son situaciones laborales que tienen una alta probabilidad de dañar gravemente la salud de los trabajadores, física, social o mentalmente. Los riesgos psicosociales laborales son situaciones que afectan habitualmente de forma importante y grave la salud. Mientras que los factores de riesgo psicosocial son habitualmente factores con diferentes niveles de probabilidad de ocasionar daños de todo tipo, los riesgos psicosociales tienen una alta probabilidad de generar consecuencias principalmente graves. Entre los factores psicosociales y los riesgos psicosociales hay otras diferencias importantes, como que los riesgos psicosociales afectan a los derechos fundamentales del trabajador tales como han sido

recogidos en la mayoría de constituciones nacionales actuales, y que por lo mismo tienen formas de protección legal, tanto a nivel nacional como internacional. (Moreno, 2011)

El cuadro 5, recoge las categorías que han sido evaluadas en 35 sistemas de vigilancia de factores psicosociales en 20 países realizada por Dollard et. al. (2007).

Síntomas de los Factores Psicosociales

Al referirnos a factores psicosociales las definimos como “aquellas condiciones que se encuentran presentes en una situación laboral y que están directamente relacionadas con la organización, el contenido del trabajo y la realización de la tarea, y que tienen capacidad para afectar tanto al bienestar o a la salud (física, psíquica o social) del trabajador como al desarrollo del trabajo” (INSHT, NTP 443). Los primeros estudios epidemiológicos sobre condiciones psicosociales del trabajo relacionadas con la Enfermedad Cerebro Vascular (ECV), sugerían que las grandes demandas profesionales aumentaban el riesgo de padecer un infarto de miocardio. Estudios posteriores muestran que no solamente el estar expuesto a altas demandas profesionales aumenta el riesgo de padecer infarto de miocardio, si no que a ello se le debe unir un bajo nivel de control sobre la forma en que se lleva a cabo el trabajo, entendido el control como la libertad para tomar decisiones (Johnson y Johansson, 1991; Karasek, 1979; Karasek y Theorell, 1990). Recientemente a los factores psicosociales altas demandas y bajo control (modelo Demanda-Control) (Johnson y Johansson, 1991; Karasek, 1979, Karasek y Theorell, 1990), se le ha añadido el Apoyo social, demostrándose que los trabajadores expuestos a demandas elevadas, poco control y bajo apoyo social presentan un riesgo dos veces mayor de morbilidad y mortalidad por ECV que los que tienen empleos de baja demanda, mucho control y fuerte apoyo social

(Jonson y Hall, 1994). El modelo Esfuerzo-Recompensa (Siegrist, 1996, 1998), aporta otros dos factores psicosociales relacionadas con un mayor riesgo de sufrir una ECV. Estos son, la realización de un gran esfuerzo por parte del sujeto unido a bajas recompensas. Otro factor de la organización que se asocian con un mayor riesgo de ECV son los turnos de trabajo. Ejemplos como la rotación continua entre jornadas laborales diurnas y nocturnas vienen asociadas con un aumento de riesgo de sufrir un infarto de miocardio. (Luceño, 2004).

Modelo teórico Factores Psicosociales

El Modelo del desequilibrio Esfuerzo-Recompensa (Effort-Reward Imbalance model) (Siegrist, 1996, 1998), centra su atención en el desequilibrio entre “costes” y “ganancias”, entendido como el esfuerzo que el trabajador realiza y las recompensas que recibe por ello. El modelo predice que elevados esfuerzos, unido a bajas recompensas pueden provocar un aumento de tensión. Se pueden distinguir dos fuentes de “esfuerzo” dentro del modelo, el “esfuerzo extrínseco”, que hace referencia a las demandas del trabajo, y el “esfuerzo intrínseco” que hace referencia a la motivación de los trabajadores en relación a las demandas que requiere la situación. Las recompensas que reciben los trabajadores por su esfuerzo provienen de tres fuentes: (1) monetaria, salario adecuado; (2) Apoyo social, respeto y apoyo; y (3) Seguridad, perspectivas de promoción y seguridad en el puesto de trabajo. Este modelo incluye en la dimensión esfuerzo extrínseco tanto el esfuerzo físico como psicológico, y además tiene en cuenta características del sujeto que pueden provocar que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no sea real; es decir, el autor describe un tipo de sujetos que define como “excesivamente comprometidos” (overcommitment) y que se caracterizan por exagerar los esfuerzos que realizan en su trabajo. Actualmente algunos estudios relacionan altos

esfuerzos en el entorno laboral unido a bajas recompensas, como un factor de riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares, leves desórdenes psiquiátricos y quejas psicósomáticas (Luceño, 2004). (Cuadro 7)

Burnout

Burnout o Desgaste profesional consiste en el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales. (Moreno, Báez, 2010).

Navarro V. en el 2004 define el Síndrome de Burnout como una respuesta al estrés laboral crónico caracterizado por la desmotivación, el desinterés, el malestar interno o la insatisfacción laboral que parece afectar en mayor o menor medida a un colectivo profesional importante.

Éste puede definirse desde dos perspectivas, la clínica y la psicosocial. En la primera, la definición más conocida es la propuesta por Freudenberger en 1974, quien describe el síndrome como un conjunto de síntomas físicos, sufridos por personal sanitario como resultado de las condiciones de trabajo, agotamiento, decepción y pérdida de interés por la actividad laboral y como el resultado del desgaste por la pretensión persistente de un conjunto de expectativas inalcanzables. Desde la perspectiva psicosocial, el concepto más conocido es el de Maslach y Jackson, quienes lo refieren como un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios), y que se caracteriza por agotamiento emocional, despersonalización y bajo logro o realización personal en el trabajo. Al igual que Maslach, Gil-Monte y Capilla retoman este mismo concepto en sus estudios. (Aranda, et al.2004). Esta última definición sin duda alguna más extendida de Maslach y Jackson “El burnout es un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y

reducida realización personal que puede aparecer en personas que trabajan con gente de alguna forma.” Agotamiento emocional (CE): no poder dar más de sí mismo en el ámbito emocional y afectivo, cansancio físico y psicológico. Despersonalización (DP): distanciamiento emocional de las personas con las que trata en el trabajo, desarrollo de sentimientos y actitudes de cinismo, de carácter negativo hacia las personas destinatarias del trabajo. Falta de logro personal (RP): baja realización personal en el trabajo.

Pines y Aronson (1988) describen el burnout como “un estado de agotamiento físico, emocional y mental causado por una larga implicación en una situación que es emocionalmente demandante”. En la misma línea Shiron (1989) considera el burnout como un estado afectivo caracterizado por los sentimientos de haber agotado las energías físicas, emocionales y mentales. (Moreno, Báez, 2010).

Es así que el síndrome de Burnout es considerado como una respuesta al estrés laboral crónico producido por la presencia de los Factores Psicosociales Negativos del Trabajo, ya sean propios de la tarea, organizacionales, de interacciones interpersonales, o de otro tipo. Si el Síndrome se padece a lo largo del tiempo, tendrá consecuencias nocivas para el individuo, en forma de enfermedad o falta de salud con alteraciones psicósomáticas, mientras que la organización presentará una baja en la motivación laboral y en el rendimiento de la productividad y calidad de la producción. Firth, McKeown y Britton recogen que el síndrome de Burnout se caracteriza por actitudes negativas hacia los sujetos que constituyen el objeto de su trabajo y hacia el propio trabajo, absentismo, uso de alcohol y otras drogas pesimismo, apatía, motivación laboral escasa o nula, baja implicación laboral, irritabilidad hacia las personas destinatarias del trabajo, preocupación excesiva por el confort y el bienestar laboral, tendencia a

racionalizar los fracasos culpando a los usuarios o al sistema, resistencia al cambio y baja creatividad. (Pando, 2006).

Enrique Castañeda y Javier García de Alba, en el 2005, realizan una recopilación de valores medios en las subescalas de agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo del SAP en médicos familiares, según diversos autores. (Cuadro 2)

1.2.4.1 Modelo teórico del Burnout

Gil-Monte (2005) ha conceptualizado el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por un deterioro cognitivo (pérdida de ilusión por el trabajo), un deterioro emocional, y actitudes y comportamientos de indiferencia, indolencia, distanciamiento, y en ocasiones de maltrato al usuario. En algunos casos aparecen sentimientos de culpa.

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

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

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

La culpa se define como la aparición de sentimientos de culpa por el comportamiento y las actitudes negativas desarrolladas en el trabajo, en especial hacia las personas con la que se establecen relaciones laborales. No todos los individuos desarrollan este síntoma, pues su aparición está vinculada a los valores sociales, a la ética profesional, y los procesos de atribución del individuo, entre otras variables. (Gil Monte, 2012)

Síndrome de Burnout

Origen histórico 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. 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. (Carlin, Garcés de los Fayos Ruiz, 2010)

Definición del Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson (1981) más tarde lo definieron como respuesta al estrés laboral crónico que conlleva la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado, el desarrollo de actividades y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actividades de despersonalización), y la aparición de procesos de devaluación del propio rol profesional. Entienden que el burnout se configura como un síndrome tridimensional caracterizado por: a) agotamiento emocional, b) despersonalización y c) reducida realización personal. Smith y Nelson (1983a y 1983b) concluyeron que no es posible ofrecer una definición concisa del fenómeno, reseñando la complejidad del síndrome que se intenta concretar. (Carlin, Garcés de los Fayos Ruiz, 2010).

Gil-Monte y Peiró (1997) defienden una respuesta al estrés laboral crónico y una experiencia subjetiva interna que agrupa sentimientos, cogniciones y actitudes, y que tiene un cariz negativo para el sujeto al implicar alteraciones, problemas y disfunciones psicofisiológicas con consecuencias nocivas para la persona y para la institución. Mingote Adán (1998) realiza una síntesis de los factores comunes a la mayoría de las definiciones de burnout: a) predominan los síntomas disfóricos, y sobre todo, el agotamiento emocional, b) destacan las alteraciones de conducta referentes al modelo

asistencial o despersonalización de la relación con el cliente, c) se suelen dar síntomas físicos de estrés psico-fisiológico, como cansancio hasta el agotamiento, malestar general, junto con técnicas paliativas reductoras de la ansiedad residual, como son las conductas adictivas, que a su vez, median en deterioro de la calidad de vida, d) se trata de un síndrome clínico-laboral que se produce por una inadecuada adaptación al trabajo, aunque se dé en individuos considerados presuntamente “normales”, y e) se manifiesta por un menor rendimiento laboral, y por vivencias de baja realización personal, de insuficiencia e ineficacia laboral, desmotivación y retirada organizacional. Gil-Monte y Peiró (2000) desde la perspectiva psicosocial, consideran el síndrome de burnout como un proceso en el que intervienen componentes cognitivo-aptitudinales (baja realización personal en el trabajo), emocionales (agotamiento emocional) y actitudinales (despersonalización). Peris (2002) enfatiza un trastorno caracterizado por la sobrecarga, y/o desestructura de tareas cognitivas por encima del límite de la capacidad humana. Cuando el estrés laboral sobrepasa las capacidades del individuo a la hora de afrontarlas, puede llegar un periodo de agotamiento extremo que impida realizar las tareas asignadas de un modo correcto. Si además de este bajo rendimiento ocurre un agotamiento emocional, un aumento del sentimiento de despersonalización o cinismo, y baja el sentimiento de eficacia profesional, estaríamos ante el denominado síndrome de burnout, “estar quemado” o “desgaste psíquico”. El término burnout no es sinónimo de estrés laboral, ni de fatiga ni de alienación o de depresión, además de haberse denominado de diversas maneras para una completa lista de nombres para el burnout. (Carlin, Garcés de los Fayos Ruiz, 2010).

1.2.5 Hipótesis

Los posibles casos de burnout tienen relación con la presencia de factores psicosociales.

1.2.6 Identificación y caracterización de variables

Como menciona Hernández Sampieri, las variables adquieren valor cuando llegan a relacionarse con otras variables. Por lo que para la presente investigación se utilizaron las siguientes variables:

1. Variable independiente (CAUSA): Factores psicosociales
2. Variable dependiente (EFECTO): Burnout
3. Variables intervinientes: Factores sociodemográficos.

Operacionalización de las Variables:

Variable Independiente

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE DE LA DIMENSION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO SELECCIONADO
Independiente	Evaluación de Factores Psicosociales	Los factores psicosociales en el trabajo consisten en interacciones entre el trabajo, su medio ambiente, la satisfacción en el trabajo y las condiciones de su organización, por una parte, y por la otra, las capacidades del trabajador, sus necesidades, su cultura y su situación personal fuera del trabajo, todo lo cual, a través de percepciones y experiencias, pueden influir en la salud y en el rendimiento y la satisfacción en el trabajo.	El F-Psico está diseñado para ser administrado de manera informatizada, pudiendo también ser aplicado en papel. La AIP contiene el cuestionario, el programa informático para la obtención de los distintos perfiles e instrucciones detalladas para la correcta utilización del método, así como fichas de ayuda para la recogida de información previa a la evaluación y para la planificación de las actuaciones preventivas.	El método F-Psico consta de 44 preguntas, algunas de ellas múltiples, de forma que el número de ítems asciende a 89. Ofrece información sobre 9 factores	Tiempo de trabajo (TT) • Autonomía (AU) • Carga de trabajo (CT) • Demandas psicológicas (DP) • Variedad/contenido (VC) • Participación/Su pervisión (PS) • Interés por el trabajador/Compensación (ITC) • Desempeño de rol (DR) • Relaciones y apoyo social (RAS)	Cuantitativa	Cuestionario F-Psico

Variable Dependiente

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE DE LA DIMENSION	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO SELECCIONADO
Dependiente	Burnout	Es una respuesta al estrés laboral crónico que se caracteriza por deterioro cognitivo, deterioro emocional, y actitudes y comportamientos de indiferencia, indolencia, distanciamiento, y en ocasiones de maltrato al usuario,	<p>escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI)</p> <p>Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.</p>	<p>consta de 22 reactivos, distribuidos en tres dimensiones: 1) agotamiento emocional (AE) formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar agotados y abrumados 2) despersonalización (D), constituida por 5 reactivos, que describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos 3) falta de realización personal y en el trabajo (FRP), con 8 ítems que describen sentimientos de falta de motivación</p>	<p>dimensiones: 1) agotamiento (puntajes: alto 27, medio 17 a 26 y bajo 0 a 16); 2) despersonalización (D), (puntajes: alto 14, medio 9 a 13 y bajo 0 a 8); y, 3) falta de realización personal y en el trabajo (FRP), (puntajes: alto <30, medio 36 a 31 y bajo 48 a 37),</p>	Cuantitativa	escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI)

Variable Interviniente

TIPO DE VARIABLE	NOMBRE DE LA DIMENSION	DEFINICION	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO SELECCIONADO
Interviniente.	Socio-demográficas y Laborales.	Características generales de una población a ser investigada, las mismas que están relacionadas con el factor económico, nivel de bienestar, condiciones laborales, etc.	Nivel de un individuo en relación a sus condiciones económicas, sociales, laborales particulares.	<p>Socio demográficas:</p> <p>Edad</p> <p>Sexo</p> <p>Estado Civil</p> <p>Tiene hijos</p> <p>Nivel de estudios.</p> <p>Laborales:</p> <p>Tiempo de trabajo</p>	<p>Años cumplidos</p> <p>Hombre / mujer</p> <p>Soltero / casado/ viudo/ divorciado/ Unido</p> <p>Primaria/secundaria/ superior/ 4to nivel</p> <p>Número de hijos.</p> <p>Tiempo de trabajo.</p>	Cuantitativa	Encuesta de datos socio demográfico y laboral.

2 CAPITULO II. MÉTODO

2.1 Nivel de estudio.

Esta investigación es cuantitativa, relacional de corte transversal no experimental.

2.2 Modalidad de investigación

Documental de campo: Se recogerán los datos directamente de cada uno de los profesionales de la salud y los pacientes, mediante los métodos expuestos.

2.3 Método

Estadístico, Inductivo – deductivo

2.4 Población y muestra

La presente investigación se realizó con toda la población de médicos, paramédicos, personal de enfermería, laboratorio y personal de atención en un número de 71 personas, que se distribuyen de la siguiente forma:

Servicios de Atención	Número de Personas
Médico	26
Enfermería	13
Estadística y secretaría	9
Laboratorio	7
Rayos X	4
Rehabilitación	4
Farmacia	3
Odontología	3
Trabajo social	2

Criterio de inclusión: Trabajadores del Centro de atención con nombramiento y contrato, que aceptaron ser parte de la investigación.

Criterio de exclusión: los que no desearon ser parte de la investigación, y los participantes en el pilotaje del instrumento.

2.5 Selección instrumentos de investigación

Para la obtención de factores socio-demográficos se utilizará un cuestionario sobre datos generales y laborales, edad, sexo, estado civil, escolaridad, número de hijos, puesto actual, antigüedad en la institución, (anexo 4), el mismo que estará adjunto al cuestionario de Maslach.

El método F-Psico consta de 44 preguntas, algunas de ellas múltiples, de forma que el número de ítems asciende a 89. Ofrece información sobre 9 factores: (anexo 5) • Tiempo de trabajo (TT) • Autonomía (AU) • Carga de trabajo (CT) • Demandas psicológicas (DP) • Variedad/contenido (VC) • Participación/Supervisión (PS) • Interés por el trabajador/Compensación (ITC) • Desempeño de rol (DR) • Relaciones y apoyo social (RAS) (Ramón, 2011)

El F-Psico está diseñado para ser administrado de manera informatizada, pudiendo también ser aplicado en papel. La Aplicación contiene el cuestionario, el programa informático para la obtención de los distintos perles e instrucciones detalladas para la correcta utilización del método, así como chas de ayuda para la recogida de información previa a la evaluación y para la planificación de las actuaciones preventivas. (NTP 926)

Para cada uno de los factores, así como para la escala en su conjunto, se ha obtenido el coeficiente α de Cronbach, indicador de la fiabilidad como consistencia interna del instrumento. El coeficiente alfa de Cronbach relativo a la escala global presenta un valor de 0,895 ($n = 1108$), lo que indica una fiabilidad excelente a nivel global. (Muñiz, 2005; Prieto y Muñiz, 2000). La fiabilidad nos dice si un test discrimina

adecuadamente, si clasifica bien a los sujetos, si detecta bien las diferencias en aquello que es común a todos los ítems. Para establecer la fiabilidad del Método, se ha analizado cada uno de los factores, así como la escala en su conjunto, se ha obtenido el coeficiente alfa de Cronbach, indicador de la fiabilidad como consistencia interna del instrumento, considerando los criterios de interpretación de Muñiz, 2005, Prieto y Muñoz, 2004, Se sacó el valor de la varianza, y varianza acumulada, si esta es menor a 0.70 el test es heterogéneo, no es fiable, y si es mayor a 0.70 es homogéneo es fiable, cuanto más se acerque a su valor tope de 1, mayor es la fiabilidad de la escala. En la siguiente tabla se puede observar que los resultados de la varianza han dado en los criterios de adecuada, buena y excelente mayor a 0.70, por lo tanto su fiabilidad es homogénea, y fiable. (NTP 926)

FACTORES DEL F-Psico	n	(alfa de Cronbach)
Tiempo de trabajo	1660	0,697
Autonomía	1455	0,865
Carga de trabajo	1593	0,733
Exigencias psicológicas	1465	0,737
Variedad/contenido	1539	0,705
Participación/supervisión	1549	0,732
Interés por el trabajador/ compensación	1556	0,844
Desempeño de rol	1582	0,842
Relaciones y apoyo social	1520	0,716

Fuente: NTP 926

Se observa que el factor Tiempo de Trabajo tiene un valor de límite inferior de 0.697, es decir un criterio adecuado, y el factor Autonomía tiene un valor de límite

superior de 0.865, que corresponde a un criterio excelente, por lo tanto no existen criterios Inadecuados que sean menores a 0,60 ni adecuados pero con déficits: 0.60 a 0.70, los demás factores están entre 0.70 a 0.84, que pertenecen a los criterios de buena y excelente.

La escala FPSICO consta de 86 Ítems agrupados en 9 factores diferenciados, a saber: tiempo de trabajo, autonomía, carga de trabajo, demandas psicológicas, variedad/contenido del trabajo, participación/supervisión, interés por el trabajador/compensación, desempeño de rol, y relaciones y apoyo social.

En la siguiente tabla se muestra cómo se distribuyen cada uno de los ítems en los distintos factores.

Factores Obtenidos del programa Fpsico versión 3.1	Ítems
Tiempo de trabajo	1, 2, 5, 6
Autonomía	3, 7, 8, 9, 10 a-h
Carga de trabajo	4, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32,
Demandas psicológicas	33 a-f, 34 a-d , 35, 36
Variedad/Contenido de trabajo	37, 38, 39, 40 a-d
Participación/Supervisión	11 a-g, 12 a-d
Interés por el trabajador/Compensación	13 a-d, 41, 42, 43, 44
Desempeño de Rol	14 a-f, 15 a-e
Relaciones y Apoyo Social	16 a-d, 17, 18 a-d, 19, 20

Jaramillo en su trabajo de titulación en el año 2013 sobre factores psicosociales en el Banco Central del Ecuador, realiza la validación de esta herramienta de acuerdo al Contenido, por el Juicio de Expertos, por lo que se solicitó a un grupo de profesionales conocedores del tema: la doctora en psicología industrial Liliana Mosquera, el ingeniero industrial, Luis Merino, Máster en Seguridad y Riesgos del Trabajo, y el señor David Duque, estudiante de Psicología Laboral, quienes analizaron los 62 factores de riesgos determinados por el Método FPSICO, sus preguntas y sus respuestas, adaptándolo y validándolo con el medio cultural ecuatoriano.

Para evaluar el Síndrome de Burnout, se utilizó la escala de valoración de Maslach Burnout Inventory (MBI). Originalmente, este instrumento estaba formado por 25 ítems. Actualmente, consta de 22 reactivos, (Anexo 6), distribuidos en tres dimensiones: 1) agotamiento emocional (AE) formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar agotados y abrumados (puntajes: alto 27, medio 17 a 26 y bajo 0 a 16); 2) despersonalización (D), constituida por 5 reactivos, que describe una respuesta impersonal y falta de sentimientos (puntajes: alto 14, medio 9 a 13 y bajo 0 a 8); y, 3) falta de realización personal y en el trabajo (FRP), con 8 ítems que describen sentimientos de falta de motivación (puntajes: alto <30, medio 36 a 31 y bajo 48 a 37), correspondiendo a las tres subescalas del MBI. Para las dimensiones AE y D, altas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse y para la de FRP, bajas puntuaciones se relacionan a altos sentimientos de quemarse. Este instrumento es confiable, tanto en su validez factorial, concurrente y discriminante. (Aranda. 2005).

Los grados de intensidad van desde: 0 = nunca; 1= pocas veces al año o menos; 2= una vez al mes o menos; 3= unas pocas veces al mes o menos; 4= una vez a la semana; 5= pocas veces a la semana; hasta 6= todos los días. Altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera definen al síndrome (Álvarez, et al 2005).

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

Agotamiento Emocional 1,2,3,6,8,13,14,16,20 • Despersonalización 5,10,11,15,22 •
Realización Personal 4,7,9,12,17,18,19,21

Subescala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.

Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad.

El análisis de los datos, se realiza según metodología propuesta por Maslach, 1986, la cual definió que puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones (AE y DP) y bajas en la tercera (RP) diagnosticaban a la persona con el síndrome. (Rosales, 2011).

Los valores propuestos por Maslach en su metodología, se muestran en el siguiente cuadro.

BURNOUT	CE	DP	RP
Bajo	18 ó menos	5 ó menos	33 ó menos
Medio	19 a 26	6 a 9	34 a 39
Alto	27 ó más	10 ó más	40 ó más

El instrumento original para la evaluación del *burnout* ha sido el *Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HS; Maslach y Jackson (1986))*. Se trata de una escala que contiene 22 elementos que componen las tres dimensiones del

constructo. Ya desde la década de 1980 y principios de 1990, se han realizado estudios sobre la validez factorial del MBI-HSS con los cuales se pretendió observar la estructura factorial para confirmar las dimensiones del burnout, ya que si bien algunos estudios confirmaban los tres componentes en otros se identificaron dos o cuatro dimensiones. Sin embargo, estos estudios se focalizan mayoritariamente en EEUU y en Europa, mientras que en América latina y Centroamérica, su estudio ha sido más tardío y de forma paulatina. Por ejemplo, en Chile la validación psicométrica del MBI-HS no se realizó hasta el año 2006, Manso-Pinto (2006). Por otra parte, es de destacar que en México existen antecedentes de validez en instrumentos que evalúan burnout en el contexto de la educación y en personal sanitario, pero en ningún caso se ha validado el instrumento MBI-HS. Esta situación es más curiosa si tenemos en cuenta que a pesar de no haberse validado en México, el MBI-HS es el que se utiliza con más frecuencia para diagnosticar el burnout. (Hernández, 2011).

El objetivo del presente estudio realizado por Hernández et al (2011) era analizar las propiedades psicométricas del MBI-HS (Maslach Burnout Inventory-Human Services), aplicado a profesionales sanitarios de México. En concreto, se pretendía evaluar la estructura factorial del *Maslach Burnout Inventory –Human Services* (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) en 276 profesionales que trabajan en el sector sanitario de México. Se esperaba que el burnout en personal sanitario de México estuviera compuesto por tres factores independientes pero relacionados: agotamiento emocional, despersonalización y realización personal. Personales del equipo y la calidad de servicio percibida por el personal sanitario del hospital.

Los resultados del Análisis Factorial Confirmatorio (CFA) mostraron que tal y como se esperaba, el burnout está compuesto por tres dimensiones independientes pero

relacionadas: agotamiento emocional, despersonalización y reducida realización personal en el personal sanitario Mexicano. Estos resultados van en la línea de la investigación previa en contextos de América Latina, donde se muestra la estructura tri-dimensional del burnout en profesionales de ayuda (Manso-Pinto, 2006). En suma, los resultados apoyan la hipótesis planteada en esta investigación y podemos indicar que el objetivo de este estudio se ha cumplido.

Un estudio realizado en Colombia (Córdova, et al, 2011), mostró que la escala posee una buena consistencia interna ($\alpha=0.767$). Sin embargo, la dimensión «despersonalización» tiene la menor consistencia interna ($\alpha=0.518$). En relación con la validez, al comparar la estructura factorial de la escala adaptada con la versión original, se identificó que las dimensiones de la versión validada coinciden en buena medida con las de la versión original; en la dimensión cansancio emocional se excluye el punto 6 que hará parte de la dimensión despersonalización y se eliminan los puntos 15 y 21 por su poca capacidad discriminativa, y concluyen que es necesario superar los problemas de estabilidad de la subescala de despersonalización para el MBIHSS en profesionales de la salud, así como reformular las opciones de respuesta para que sean más comprensibles para los profesionales en el contexto de Colombia.

CAPITULO III. RESULTADOS

3.1 Presentación y análisis de resultados

Análisis de estudio socio-demográfico

De las personas en estudio tenemos que 26 personas (36.62%) son hombres, y 45 personas (63.38%) son mujeres. (Gráfico 1)

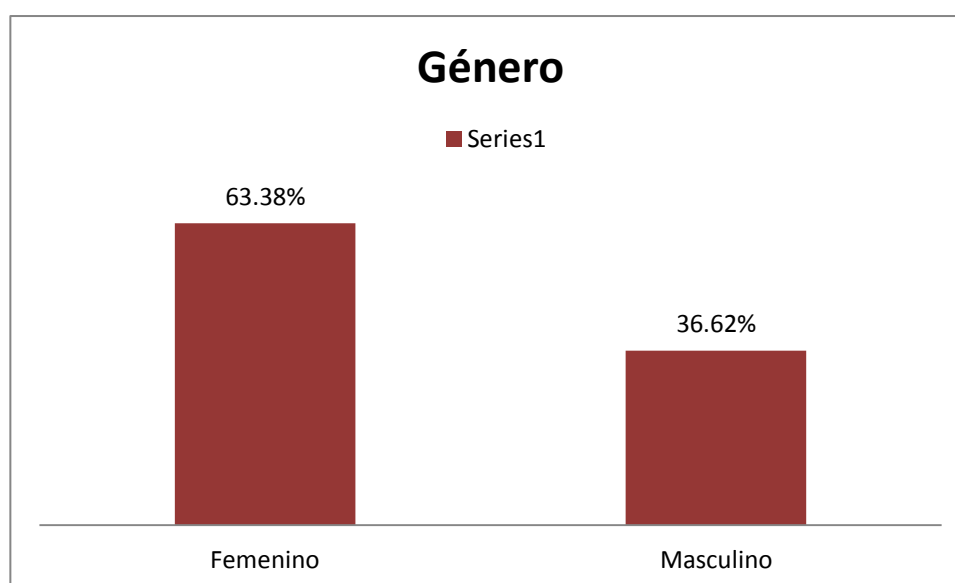


Gráfico 1. Fuente: datos de la investigación.

Por su estado civil tenemos que 46 personas (64.78%) son casadas, 16 personas son solteros, 8 personas son divorciadas, una persona vive en unión libre (Gráfico 2)

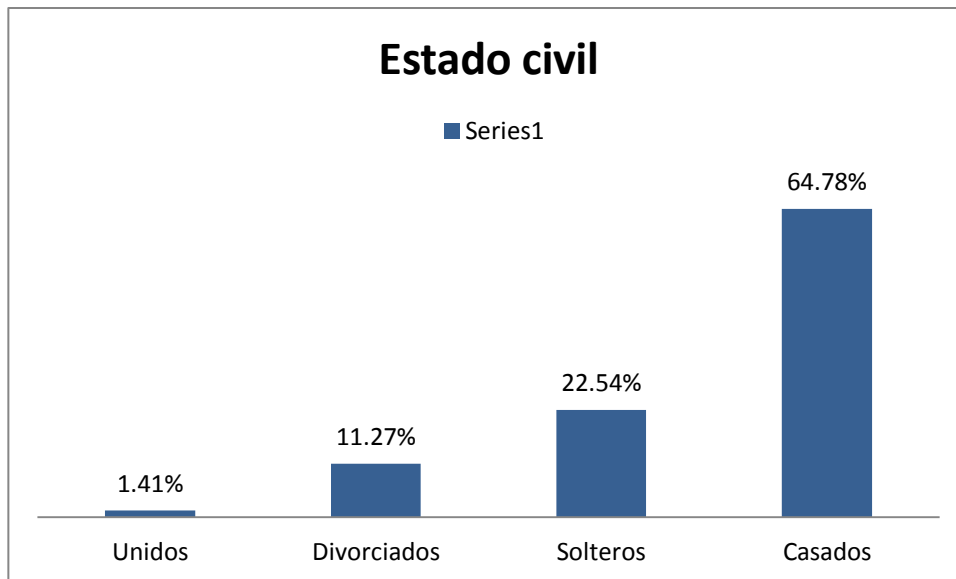


Gráfico 2. Fuente: datos de la investigación.

En relación a si tienen hijos 51 personas (71.83%) tienen y 20 personas (28.17%) no tienen. (Gráfico 3)

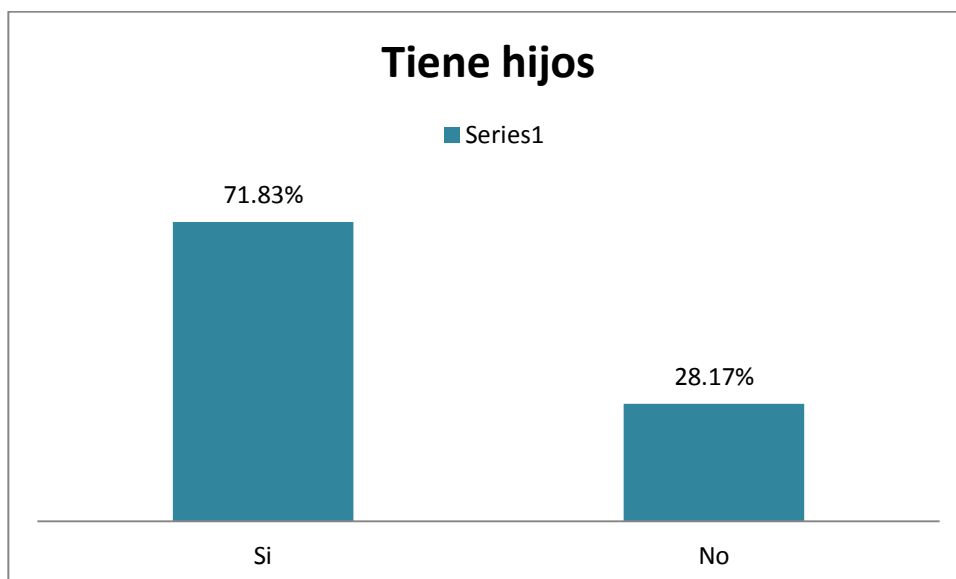


Gráfico 3. Fuente: datos de la investigación.

El rango de edad está en: 21 personas (29.57%) son adultos jóvenes, 48 personas (67.60%) son adultos medianos, y 2 personas (2.83%), adultos mayores. (Gráfico 4)

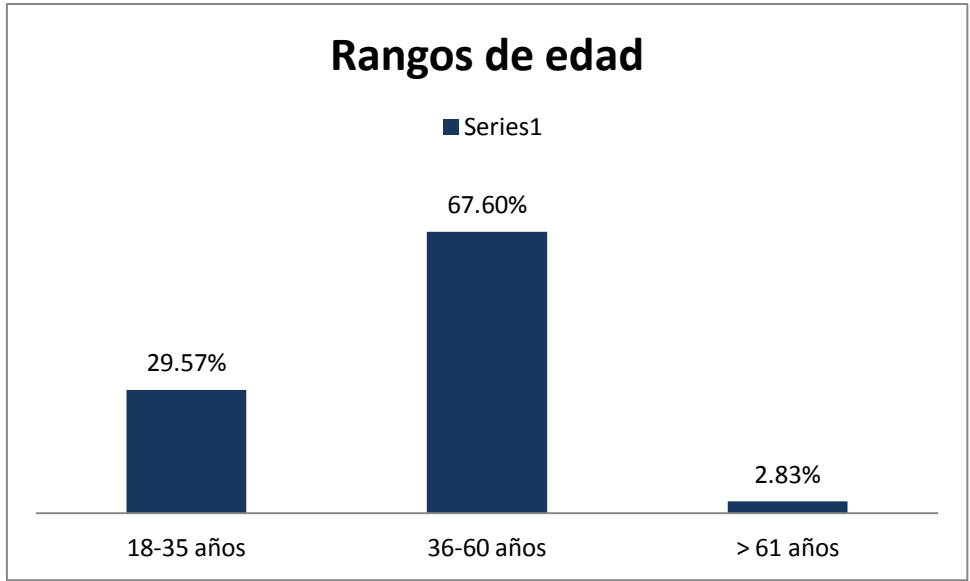


Gráfico 4. Fuente: datos de la investigación.

Según la antigüedad del puesto de trabajo, menores a un año hay 13 personas (18.30%), entre 1 -4 años 19 personas (26.76%), entre 5 y 8 años 19 personas (26.76%), entre 9 -12 años 2 personas (2.81%), mayor a 13 años 18 personas (25.35%). (Gráfico 5).

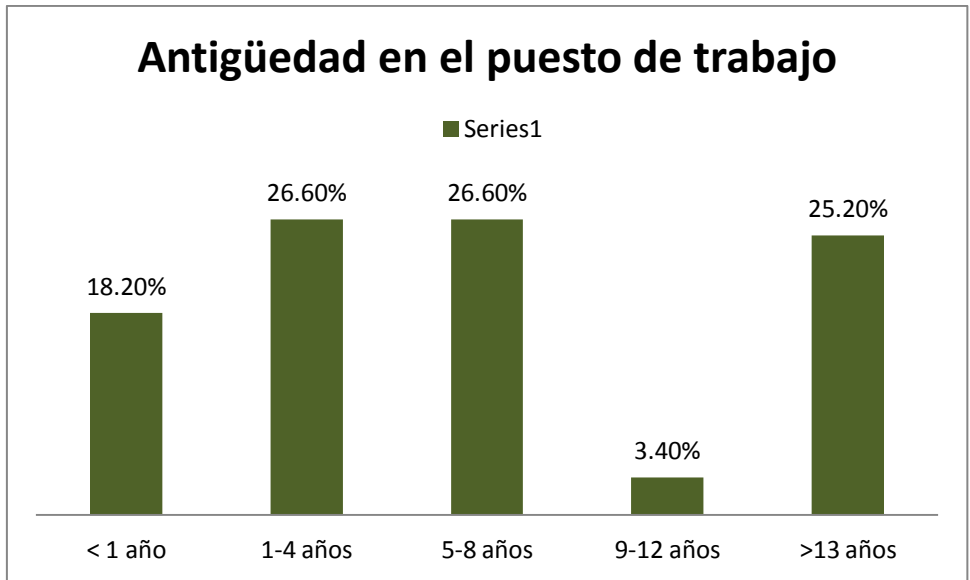


Gráfico 5. Fuente: datos de la investigación.

Por el nivel de estudios, instrucción secundaria tienen 8 personas (11.26%), instrucción superior tienen 36 personas (50.72%) y cuarto nivel tienen 27 personas (38.02). (Gráfico 6)

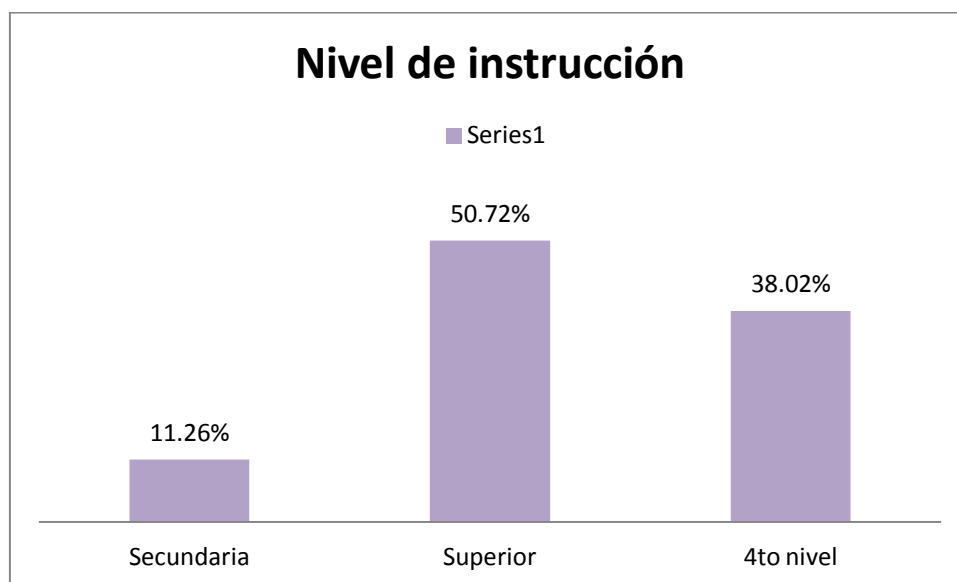


Gráfico 6. Fuente: datos de la investigación.

Análisis de estudio Síndrome de Burnout

Una vez interpretadas las dimensiones del inventario de Maslach, y relacionadas con las características socio-demográficas, sexo, edad y antigüedad, (motivo de este estudio) tenemos que:

En la dimensión de Agotamiento Emocional en relación al sexo, tenemos que 8 personas (11%) de sexo masculino y 7 personas (9%) de sexo femenino se encuentran agotadas emocionalmente. 3 personas (4%) de sexo masculino y 7 personas (9%) de sexo femenino, son proclives a presentar agotamiento emocional, y 15 personas (21%) de sexo masculino y 31 personas (43%) de sexo femenino, el agotamiento emocional es nulo. (Gráfico 7)

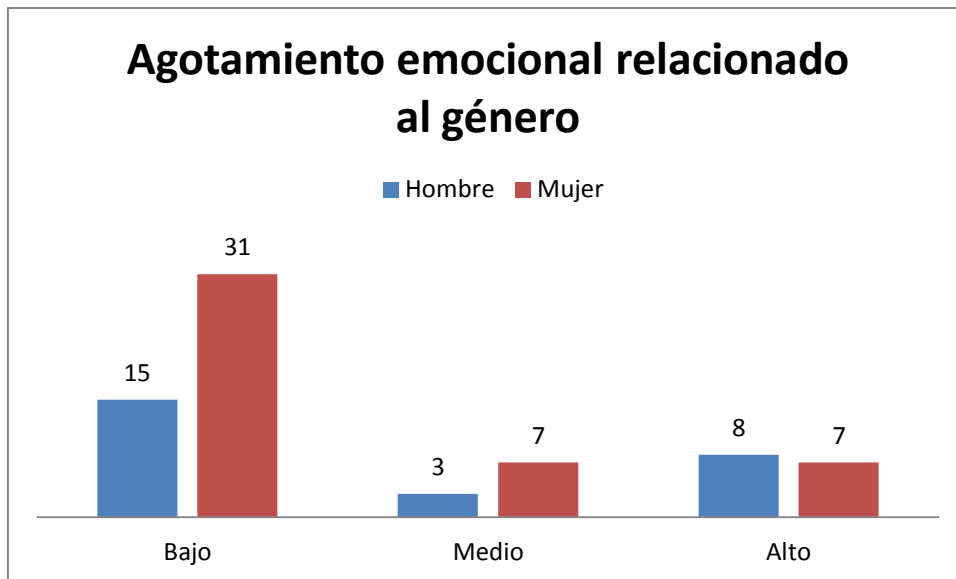


Gráfico 7. Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Agotamiento Emocional en relación a los grupos de edad, tenemos que 2 personas (2%) tienen entre 18 y 35 años, 11 personas (15%) tienen entre 36 y 60 años y 2 personas (2%) son mayores a 61 años, se encuentran agotadas emocionalmente. 4 personas (5%) tienen entre 18 y 35 años, 6 personas (8%) tienen entre 36 y 60 años son proclives al agotamiento emocional, y 15 personas (21%) con edades entre 18 y 35 años, 31 personas (43%) con edades entre 36 y 60 años tienen riesgo bajo o nulo. (Gráfico 8)

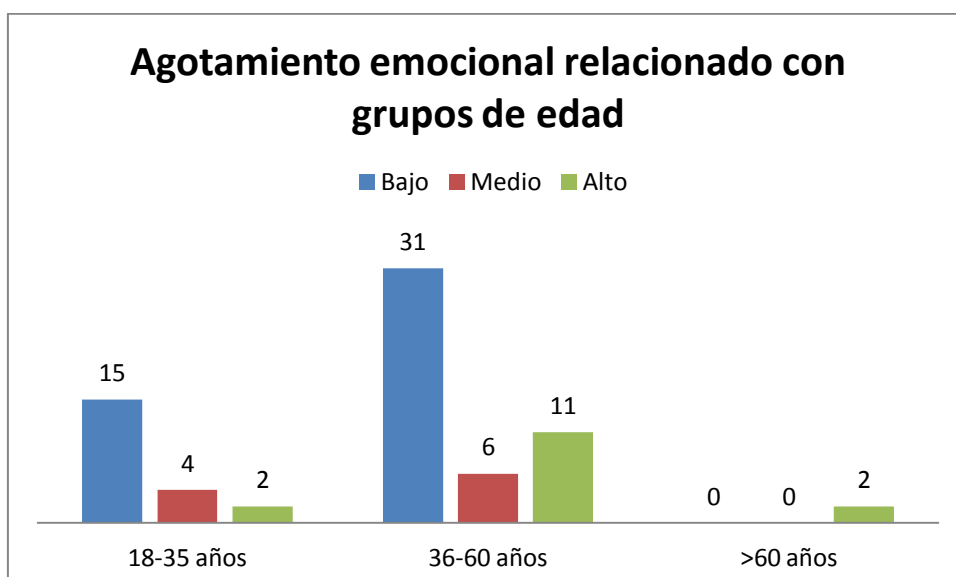


Gráfico 8.Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Agotamiento Emocional en relación al tiempo de trabajo en la institución, tenemos que 1 persona (1%) trabaja menos de un año, 3 personas (4%) trabajan entre 1 y 4 años, 7 personas (9%) trabajan entre 5 y 8 años y 4 personas (5%) trabajan más de 13 años, se encuentran agotados emocionalmente. 1 persona (1%) trabaja menos de un año, 6 personas (8%) trabajan entre 1 y 4 años, 3 personas (4%) trabajan entre 5 y 8 años, se encuentran proclives a tener agotamiento emocional, 11 personas (15%) trabajan menos de un año, 10 personas (14.1%) trabajan entre 1 y 4 años, 9 personas (12%) trabajan entre 5 y 8 años y 2 personas (2%) trabajan entre 9 y 12 años, y 14 personas (19%) trabajan más de 13 años, tienen riesgo bajo o nulo de presentar agotamiento emocional.(Gráfico 9)

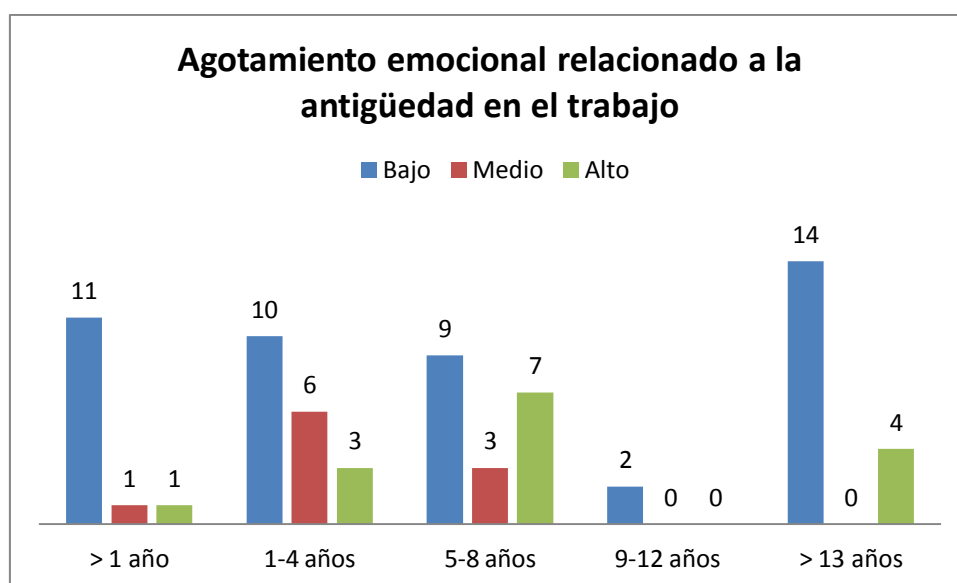


Gráfico 9.Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Despersonalización en relación al sexo, tenemos que 10 personas (14.1%) de sexo masculino y 13 personas (18%) de sexo femenino se encuentran despersonalizados. 5 personas (7%) de sexo masculino y 10 personas (14.1%) de sexo femenino, son proclives a la despersonalización, y 11 personas (15%)

de sexo masculino y 22 personas (30%) de sexo femenino, no tienen despersonalización. (Gráfico 10)

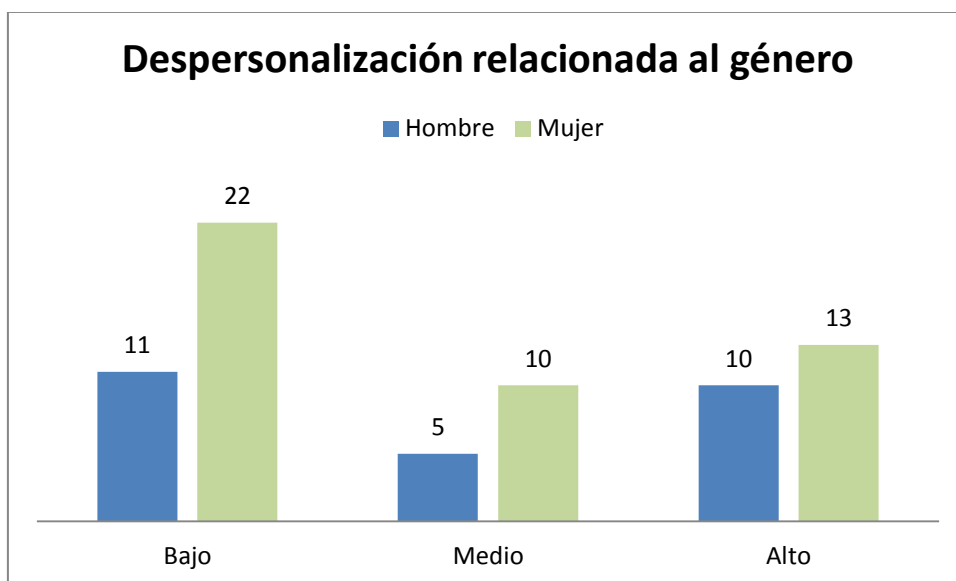


Gráfico 10. Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Despersonalización en relación a los grupos de edad, tenemos que 4 personas (5%) tienen entre 18 y 35 años, 18 personas (25%) tienen entre 36 y 60 años y 1 persona (1%) mayor a 61 años, se encuentran despersonalizadas. 7 personas (9%) tienen entre 18 y 35 años, 8 personas (11%) tienen entre 36 y 60 años, son proclives a la despersonalización, y 10 personas (14.1%) con edades entre 18 y 35 años, 22 personas (30%) con edades entre 36 y 60, y 1 persona (1%) con edad mayor a 61 años años tienen riesgo bajo o nulo de despersonalización. (Gráfico 11).

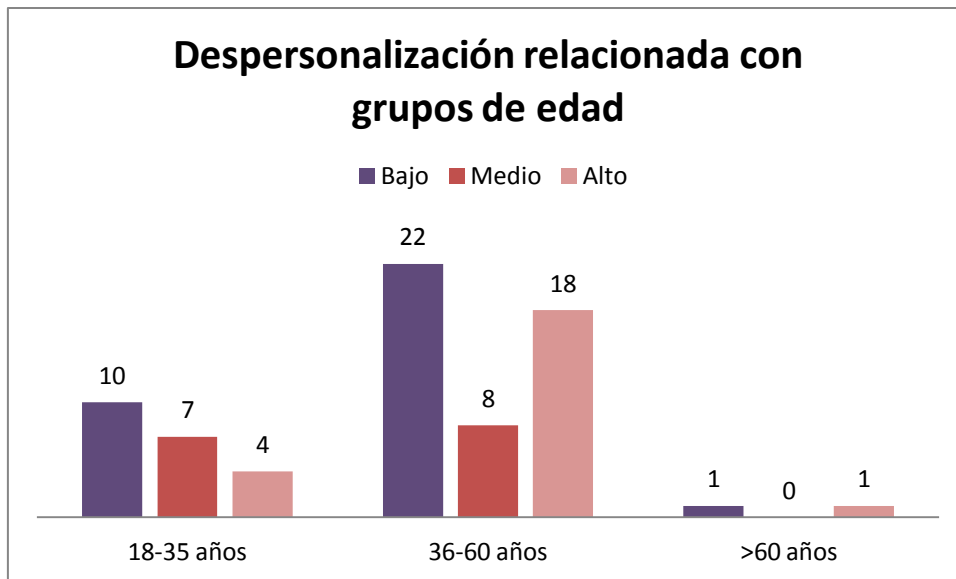


Gráfico 11. Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Despersonalización en relación al tiempo de trabajo en la institución, tenemos que 2 personas (2%) trabaja menos de un año, 7 personas (9%) trabajan entre 1 y 4 años, 8 personas (11%) trabajan entre 5 y 8 años, 2 personas (2%) trabajan entre 9 y 12 años, y 4 personas (5%) trabajan más de 13 años, se encuentran despersonalizadas. 2 persona (2%) trabaja menos de un año, 7 personas (9%) trabajan entre 1 y 4 años, 4 personas (5%) trabajan entre 5 y 8 años, 2 personas (2%) trabajan mayor a 13 años, se encuentran proclives a tener despersonalización. 9 personas (12%) trabajan menos de un año, 5 personas (7%) trabajan entre 1 y 4 años, 5 personas (9%) trabajan entre 5 y 8 años y 12 personas (16%) trabajan más de 13 años, tienen riesgo bajo o nulo de presentar despersonalización. (Gráfico 12)

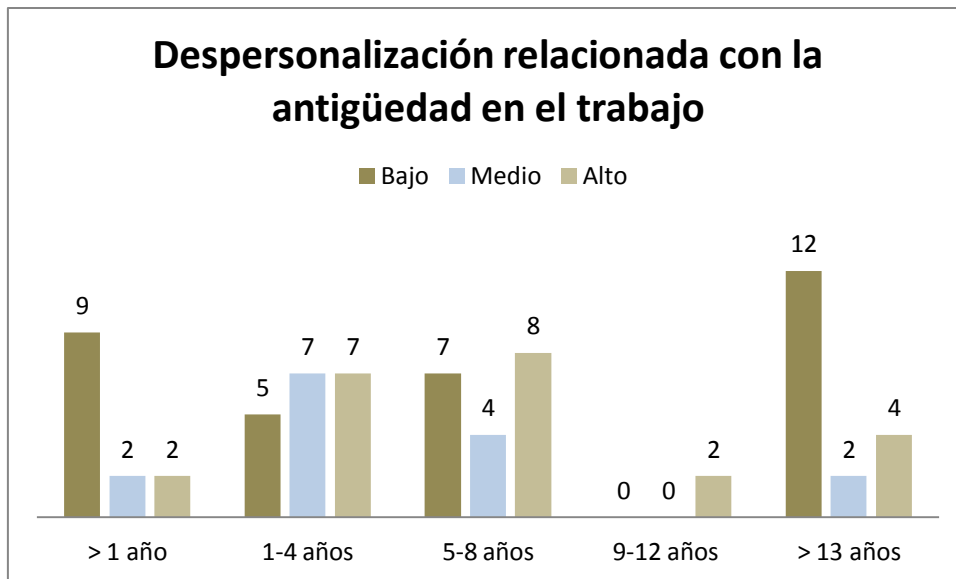


Gráfico 12. Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Realización Personal en relación al sexo, tenemos que 12 personas (16%) de sexo masculino y 17 personas (23%) de sexo femenino se encuentran reducida su realización personal. 6 personas (8%) de sexo masculino y 18 personas (25%) de sexo femenino, son proclives a manifestar reducida realización personal, y 8 personas (11%) de sexo masculino y 10 personas (14.1%) de sexo femenino, no tienen reducida realización personal. (Gráfico 13)

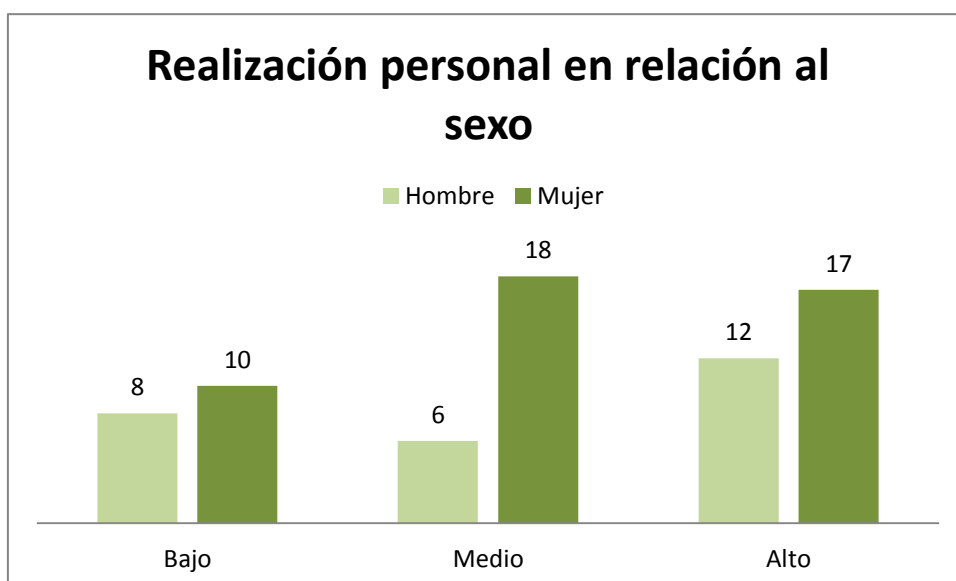


Gráfico 13. Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Realización personal en relación a los grupos de edad, tenemos que 4 personas (5%) tienen entre 18 y 35 años, 13 personas (18%) tienen entre 36 y 60 años y 1 persona (1%) mayor a 61 años, tienen reducida su realización personal. 7 personas (9%) tienen entre 18 y 35 años, 17 personas (23%) tienen entre 36 y 60 años, son proclives a manifestar reducida realización personal, y 10 personas (14.1%) con edades entre 18 y 35 años, 18 personas (25%) con edades entre 36 y 60, y 1 persona (1%) con edad mayor a 61 años no tienen reducida realización personal. (Gráfico 14)

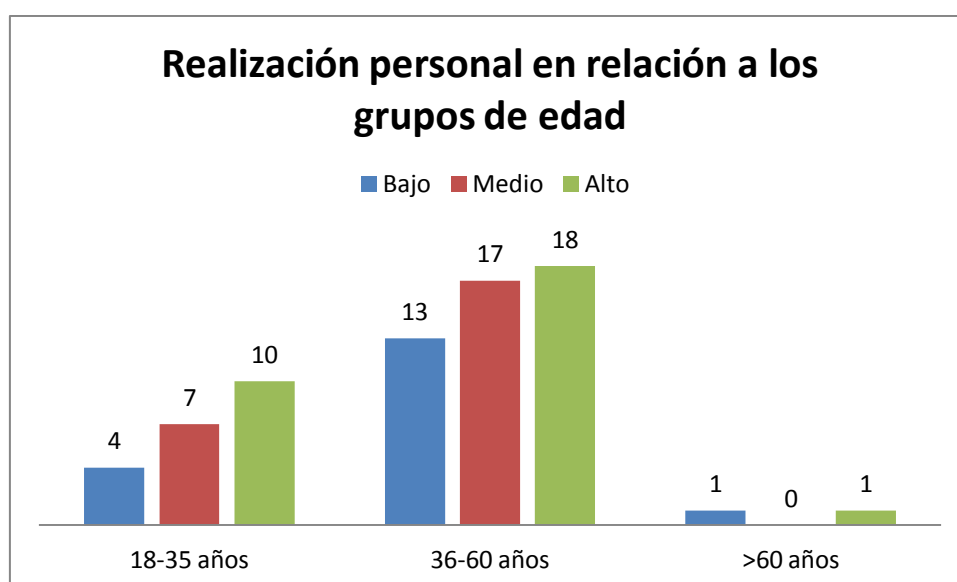


Gráfico 14. Fuente: datos de la investigación.

En la dimensión de Realización personal en relación al tiempo de trabajo en la institución, tenemos que 10 personas (14.1%) trabaja menos de un año, 7 personas (9%) trabajan entre 1 y 4 años, 3 personas (4%) trabajan entre 5 y 8 años, y 9 personas (12%) trabajan más de 13 años, se encuentran reducida su realización personal. 2 persona (2%) trabaja menos de un año, 6 personas (8%) trabajan entre 1 y 4 años, 11 personas (15%) trabajan entre 5 y 8 años, 1 persona (1%) trabaja entre 9 y 12 años, y 4 personas (5%)

trabajan mayor a 13 años, se encuentran proclives a manifestar reducida realización personal. 1 personas (1%) trabaja menos de un año, 6 personas (8%) trabajan entre 1 y 4 años, 5 personas (7%) trabajan entre 5 y 8 años, 1 persona (1%) entre 0 y 12 años, y 5 personas (7%) trabajan más de 13 años, tienen riesgo bajo o nulo de manifestar reducida realización personal. (Gráfico 15).

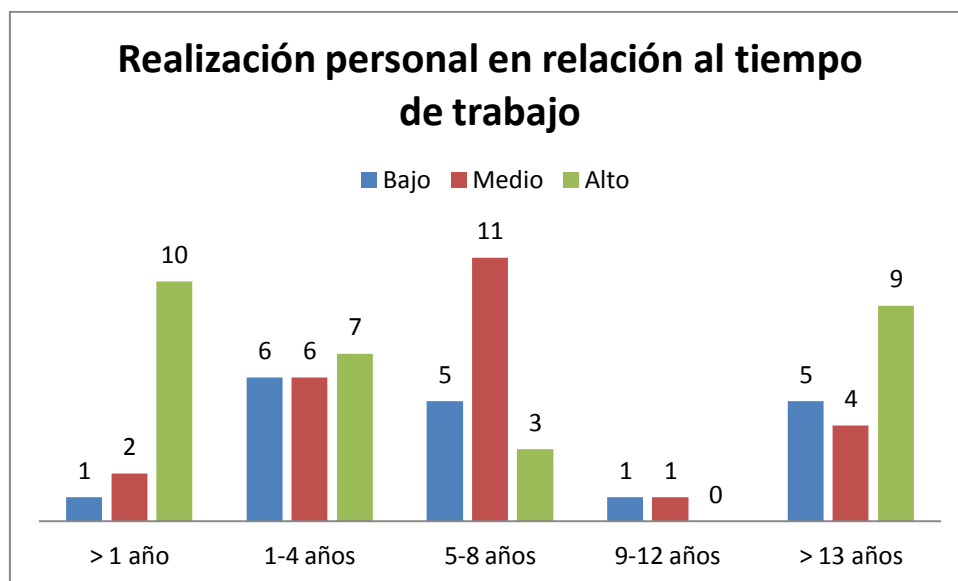


Gráfico 15. Fuente: datos de la investigación.

De las 71 personas que son objeto del presente estudio, luego de aplicado el test de Maslach y su interpretación, tenemos que 8 personas (11.26%) tienen síndrome de Burnout, de estas 4 personas (5.63%) son hombres y 4 personas (5.63%) mujeres, y todos son casados. (Gráfico 16).

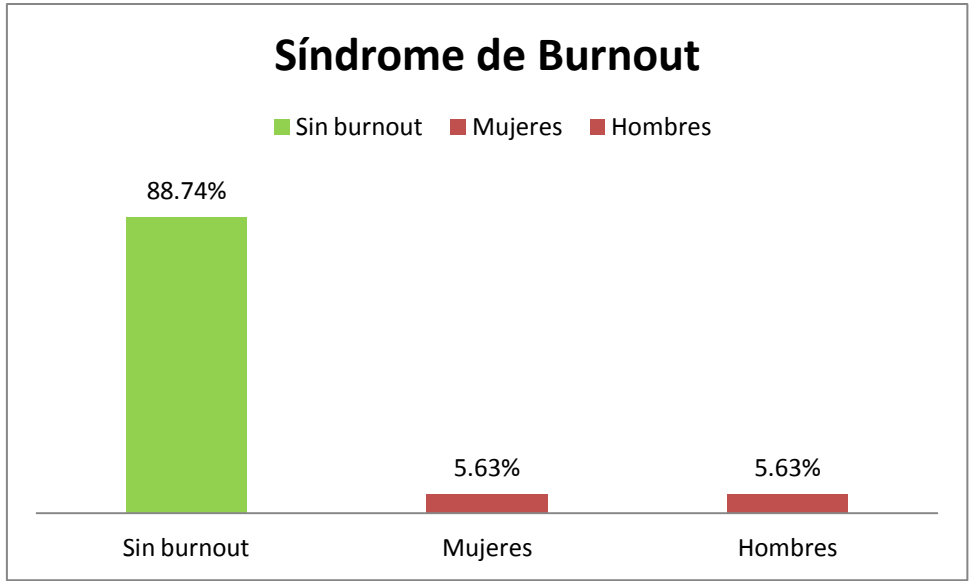


Gráfico 16. Fuente: datos de la investigación.

En relación a la edad 6 personas (8.45%) tienen entre 36 y 60 años, una persona (1.40%) tiene entre 18 y 35 años, y una persona (1.40%) es mayor a 61 años. (Gráfico 17).

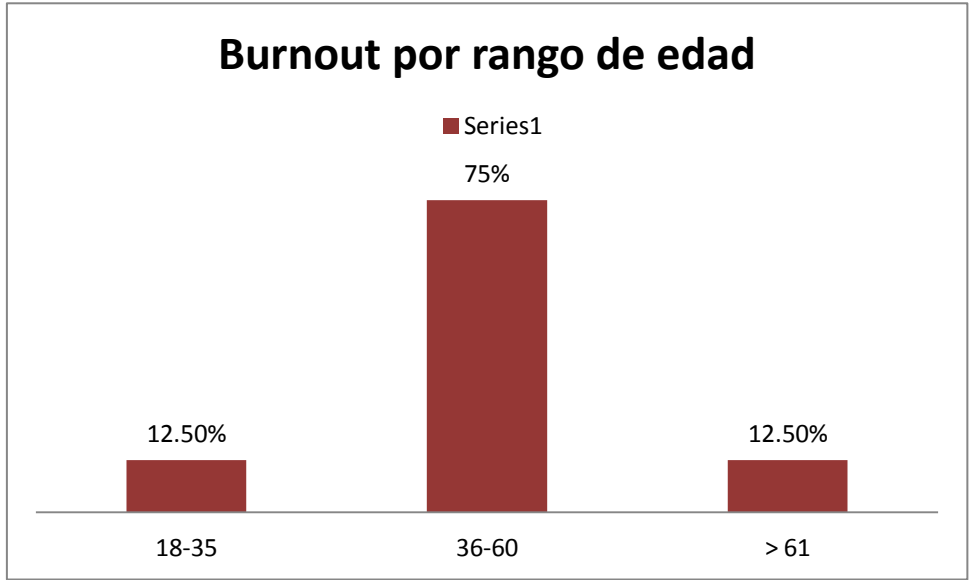


Gráfico 17. Fuente: datos de la investigación. (En relación al 100% de casos de Burnout)

En relación a la antigüedad en el puesto de trabajo 3 personas (4.22%), tienen entre 5–8 años de trabajo, tres personas (4.22%) mayor a 13 años y dos personas (2.81%) entre 1-4 años, (gráfico 18).

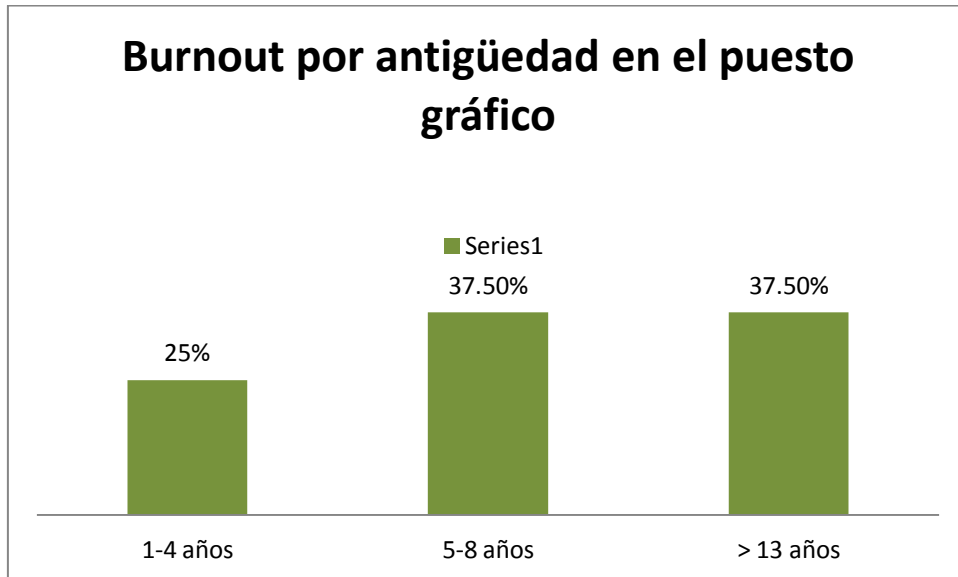


Gráfico 18. Fuente: datos de la investigación. (En relación al 100% de casos de Burnout)

De estos 4 personas son médicos con cuarto nivel, (5.63%), una persona pertenece a laboratorio (1.4%), una persona a enfermería (1.4%), una persona de Rayos X (1.4%), y una persona a estadística (1.4%). (Gráfico 19)

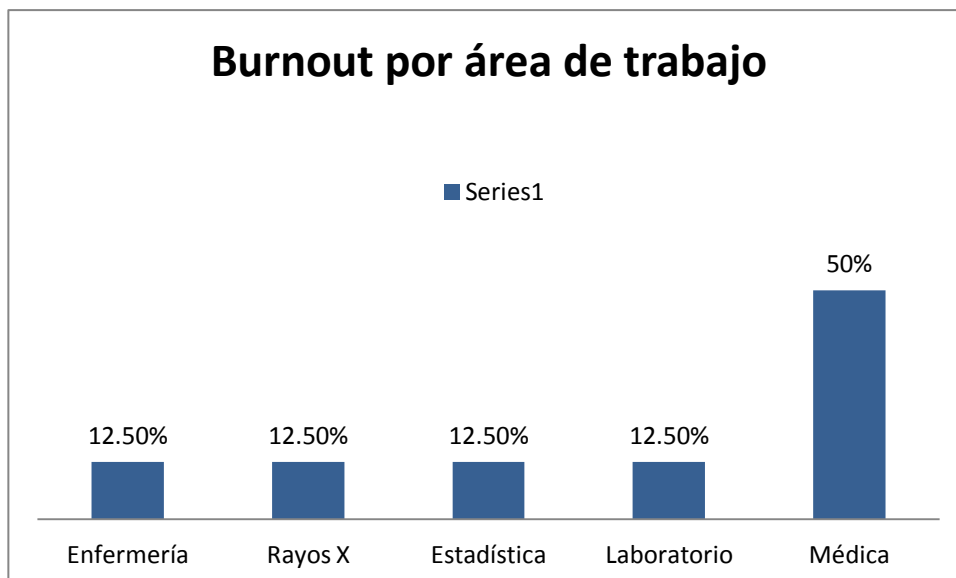


Gráfico 19. Fuente: datos de la investigación. (En relación al 100% de casos de Burnout)

De los casos de burnout cuatro personas (5.63%), tienen 4to nivel, dos personas (2.81%), instrucción superior y dos personas (2.81%) instrucción secundaria. (Gráfico 20).

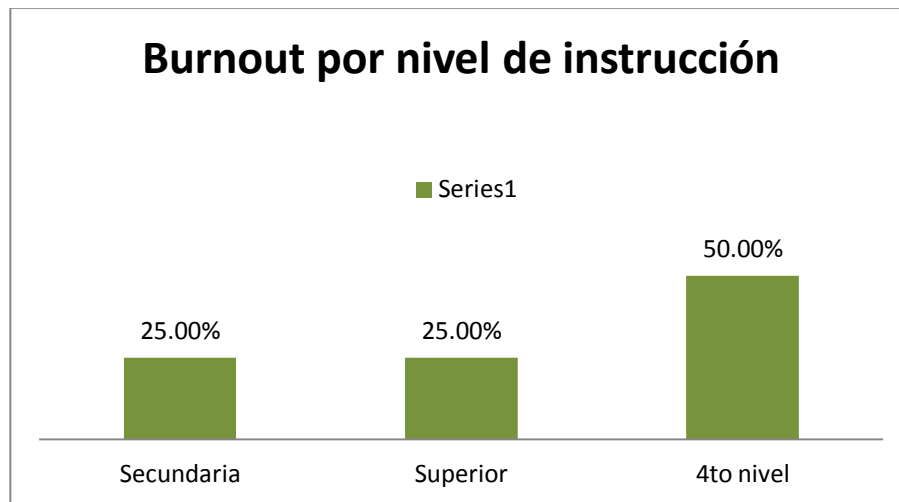


Gráfico 20. Fuente: datos de la investigación. (En relación al 100% de casos de Burnout)

Sin llegar a tener síndrome de burnout, pero se encuentran en riesgo elevado 11 personas (15.49%), de estos 6 son hombres (8.45%), y 5 mujeres (7.04%), 7 personas (9.85%) son casadas, 8 personas 11.26% tiene 4to nivel y 3 personas (4.22%) tiene instrucción superior. De estos 9 personas (12.67%) son médicos, una persona (1.4%) de laboratorio y una persona (1.4%) a personal de estadística.

En el siguiente gráfico se aprecia que entre los valores -15 hacia arriba se encuentran las personas con síndrome de burnout y entre 0 y -15 personas que se encuentran con riesgo elevado para síndrome de burnout. (Gráfico 21).

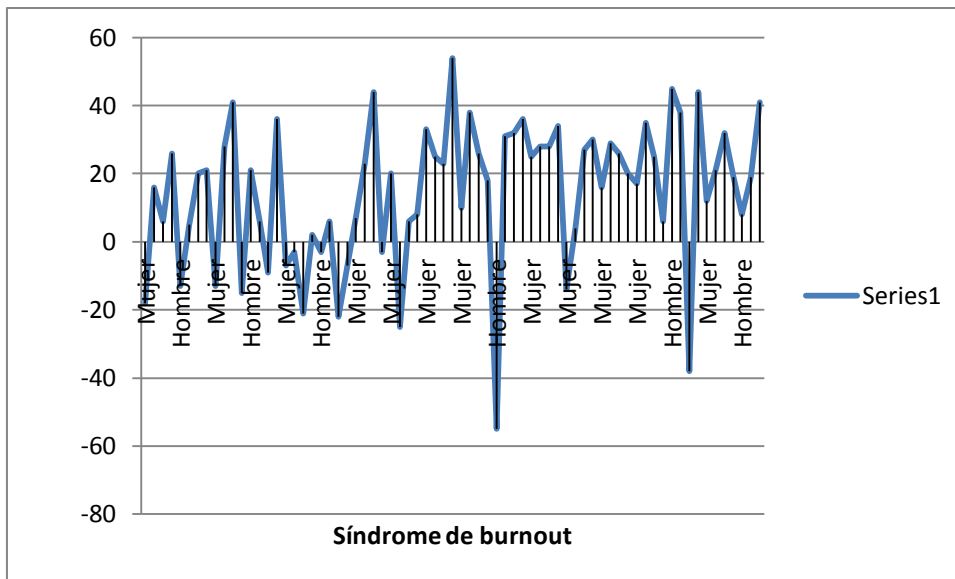


Gráfico 21. Fuente: datos de la investigación.

Determinación de los factores psicosociales

A continuación se detallan las dimensiones del cuestionario Fpsico, aplicado a toda la población en estudio. Estos datos se representan gráficamente (Gráfico 22).

Tiempo de trabajo: En relación al tiempo de trabajo se aprecia que 59 personas (83%) se encuentra en situación adecuada, 4 personas (6%) en riesgo moderado, 5 personas (7%) en riesgo elevado y 3 personas (4%) en riesgo muy elevado.

Autonomía: En relación a la autonomía 60 personas (85%) se encuentran en situación adecuada, 3 personas (4%) en riesgo moderado, 2 personas (3%) en riesgo elevado y 6 personas (8%) en riesgo muy elevado.

Carga de trabajo: 34 personas (47%) se encuentran en situación adecuada, 4 personas (4%) con riesgo moderado, 12 personas (17%) en riesgo elevado, 21 personas (30%) en riesgo muy elevado.

Demandas psicológicas: 24 personas (34%) se encuentran en situación adecuada, 14 personas (20%) con riesgo moderado, 7 personas (10%) con riesgo elevado y 26 personas (36%) con riesgo muy elevado.

Variedad/contenido de trabajo: en relación a esta dimensión 63 personas (89%) se encuentran en situación adecuada, 8 personas (11%) con riesgo moderado.

Participación supervisión: 8 personas (11%) se encuentran en situación adecuada, 7 personas (10%) con riesgo moderado, 14 personas (20%) con riesgo elevado y 42 personas (59%) con riesgo muy elevado.

Interés por el trabajador/compensación: 35 personas (49%) se encuentran en situación adecuada, 12 personas (17%) con riesgo moderado, 10 personas (14%) con riesgo elevado y 14 personas (20%) con riesgo muy elevado.

Desempeño de rol: 44 personas (62%) se encuentran en situación adecuada, 7 personas (10%) con riesgo moderado, 9 personas (13%) con riesgo elevado y 11 personas (15%) con riesgo muy elevado

Relaciones y apoyo social: 35 personas (49%) se encuentran en situación adecuada, 8 personas (11%) con riesgo moderado, 9 personas (13%) con riesgo elevado, 19 personas (27%) con riesgo muy elevado.

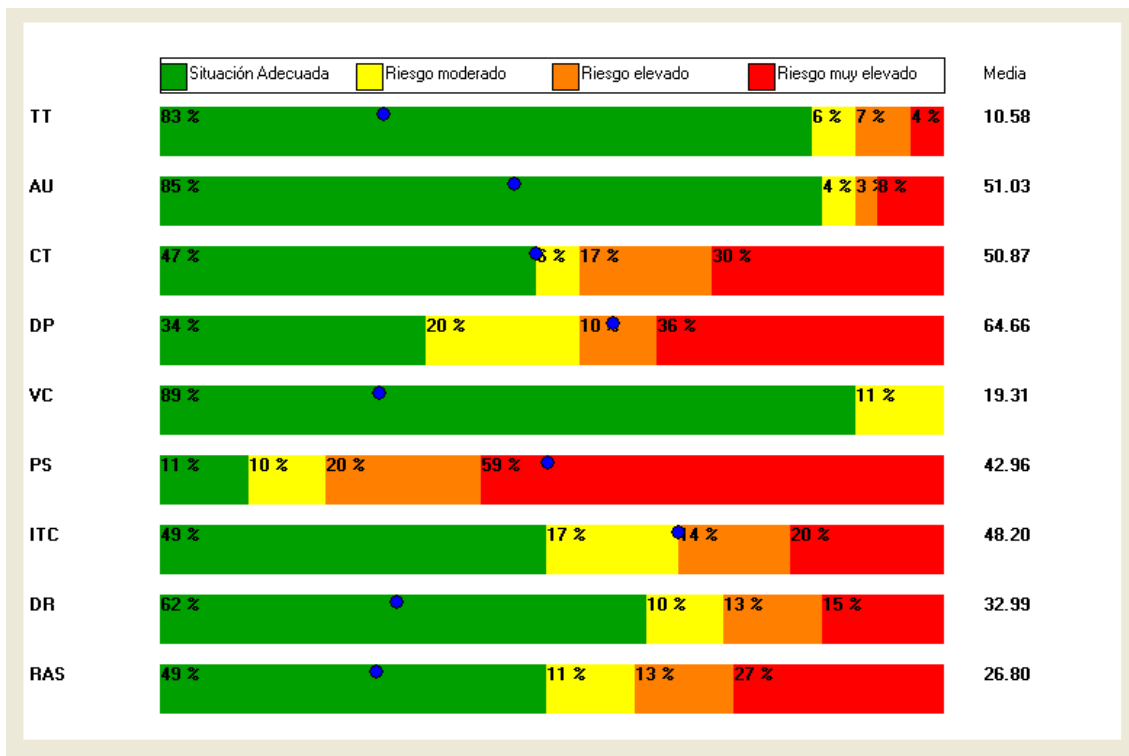


Gráfico 22. Fuente: Tomado de resultados totales de la población programa Fpsico.

En la tabla 6 se describe cada uno de los reactivos.

Por distribución de área de trabajo:

Análisis de los Factores Psicosociales al personal Médico

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 17 personas (64%), en riesgo moderado 3 personas (12%), en riesgo elevado 3 personas (12%) y riesgo muy elevado 3 personas (12%).

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 24 personas (92%), y dos personas (8%) en riesgo muy elevado.

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentran 14 personas (54%), una persona con riesgo moderado (4%), 6 personas en riesgo elevado (23%), y 5 personas (19%)

Demandas psicológicas: En situación adecuada se encuentran 8 personas (31%), en riesgo moderado 5 personas (19%) y en riesgo muy elevado 13 personas (50%).

Variedad/contenido de trabajo: en situación adecuada se encuentran 22 personas (85%) y en riesgo moderado 4 personas (15%).

Participación /supervisión: En riesgo moderado se encuentran 4 personas (15%), en riesgo elevado 5 personas (19%), y en riesgo muy elevado 17 personas (65%).

Interés por el trabajador/compensación: en situación adecuada se encuentran 14 personas (54%), 4 personas (15%) en riesgo elevado, y 8 personas (31%) en riesgo muy elevado.

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 19 personas (72%), en riesgo moderado 3 personas (12%), en riesgo elevado 2 personas (8%) y en riesgo muy elevado 2 personas (8%).

Relaciones y apoyo social: En situación adecuada se encuentran 16 personas (62%), en riesgo moderado 1 persona (4%), en riesgo elevado 4 personas (15%) y 5 personas (19%) en riesgo muy elevado.

En el gráfico 23 se indica el consolidado de Médicos por factores.

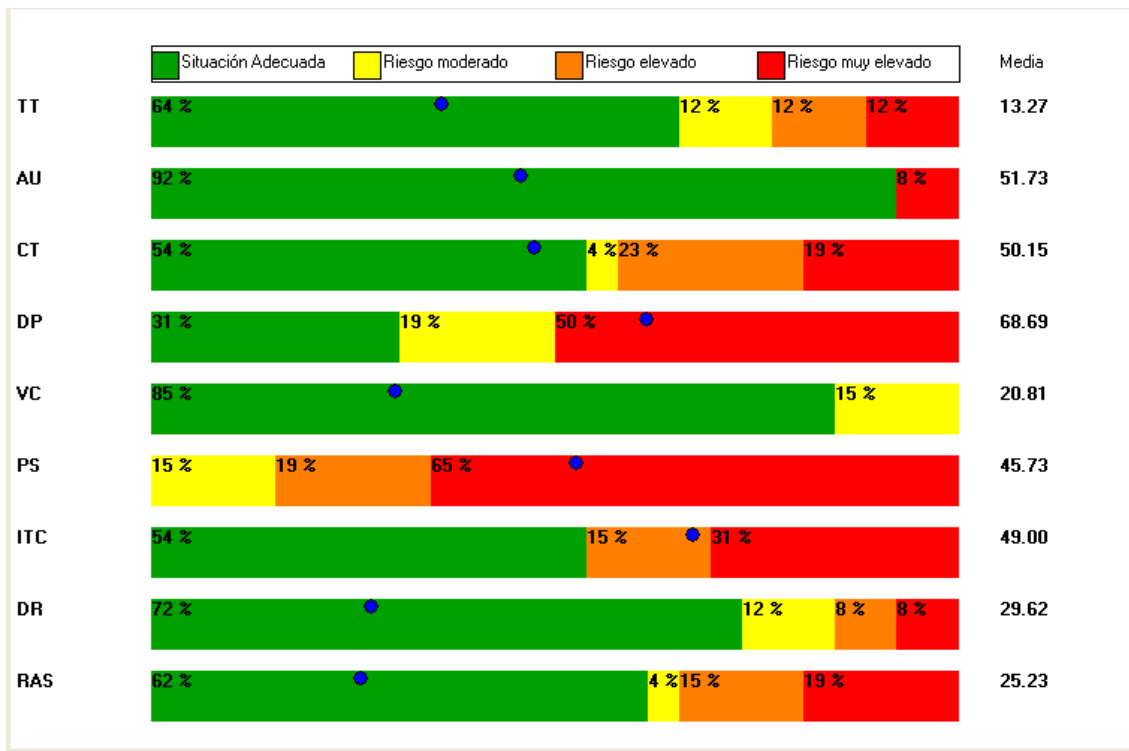


Gráfico 22. Fuente: Tomado de resultados programa Psico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Laboratorio

Tiempo de trabajo: En situación adecuada 7 personas (100%)

Autonomía: En situación adecuada 6 personas (86%), en riesgo elevado 1 persona (14%).

Carga de trabajo: En situación adecuada 2 personas (29%), una persona en riesgo moderado (14%), en riesgo elevado 1 persona (14%), y en riesgo muy elevado 3 personas (43%).

Demandas psicológicas: En situación adecuada se encuentra 1 persona (14%), 2 personas (29%) en riesgo moderado, 1 persona (14%) en riesgo elevado y 3 personas (43%) en riesgo muy elevado.

Variedad/contenido del trabajo: En situación adecuada se encuentran 6 personas (86%) y 1 persona en riesgo moderado (14%).

Participación supervisión: En situación adecuada se encuentra una persona (14%), 1 persona en riesgo moderado (14%), 1 persona en riesgo elevado (14%), y 4 personas (57%) en riesgo muy elevado.

Interés por el trabajador/ compensación: En situación adecuada se encuentran 4 personas (57%), 2 personas (29%) en riesgo moderado, y 1 persona en riesgo muy elevado (14%).

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 5 personas (71%), una persona (15%), y 1 persona (14%) en riesgo muy elevado.

Relaciones y apoyo social: En situación adecuada se encuentran 3 personas (42%), 2 personas en riesgo moderado (29%), y 2 personas (29%) en riesgo elevado.

En el Gráfico 23 se aprecia los factores psicosociales que afectan al personal de laboratorio.

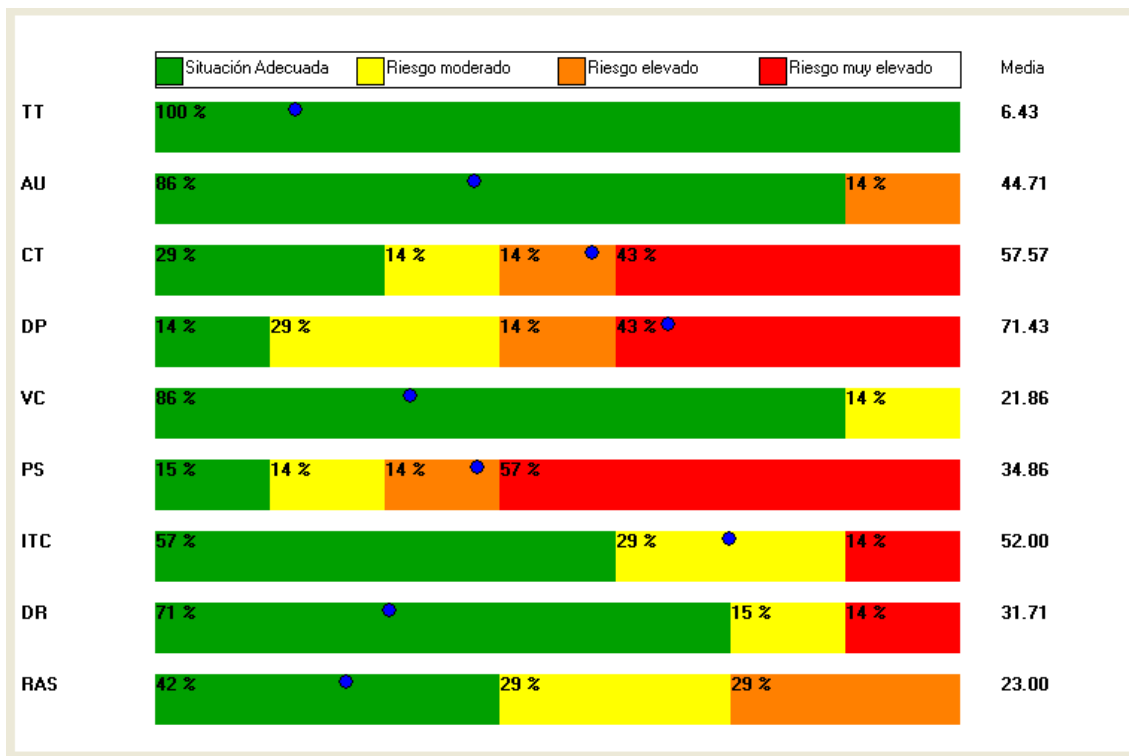


Gráfico 23. Fuente: Tomado de resultados programa Fpsico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Enfermería.

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 12 personas (92%), y en riesgo muy elevado 1 persona (8%).

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 8 personas (62%), 2 personas (15%) en riesgo moderado, y 3 personas (23%) en riesgo muy elevado.

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentran 6 personas (46%), 1 personas (8%) en riesgo elevado, y 6 personas (46%) en riesgo muy elevado.

Demandas Psicológicas: En situación adecuada se encuentran 6 personas (46%), 1 persona en riesgo moderado (8%), una persona (8%), en riesgo elevado, y 5 personas (38%) en riesgo muy elevado.

Variedad/contenido de trabajo: en situación adecuada se encuentran 10 personas (77%) y 3 personas (23%) en riesgo moderado.

Participación/supervisión: En situación adecuada se encuentra 2 personas (15%), 1 persona (8%) en riesgo elevado, y 10 personas (77%) en riesgo muy elevado.

Interés por el trabajador/compensación: En situación adecuada 5 personas (38%), 2 personas en riesgo moderado (16%), 4 personas (31%) en riesgo elevado, y 2 personas (15%) en riesgo muy elevado.

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 4 personas (31%), en riesgo moderado 1 persona (23%), y en riesgo muy elevado 5 personas (38%).

Relaciones y apoyo social: En situación adecuada 2 personas (15%), en riesgo moderado 1 persona (8%), en riesgo elevado 1 persona (8%), y en riesgo muy elevado 9 personas (69%).

En el gráfico 24, se observa los factores psicosociales que afectan al personal de Enfermería.

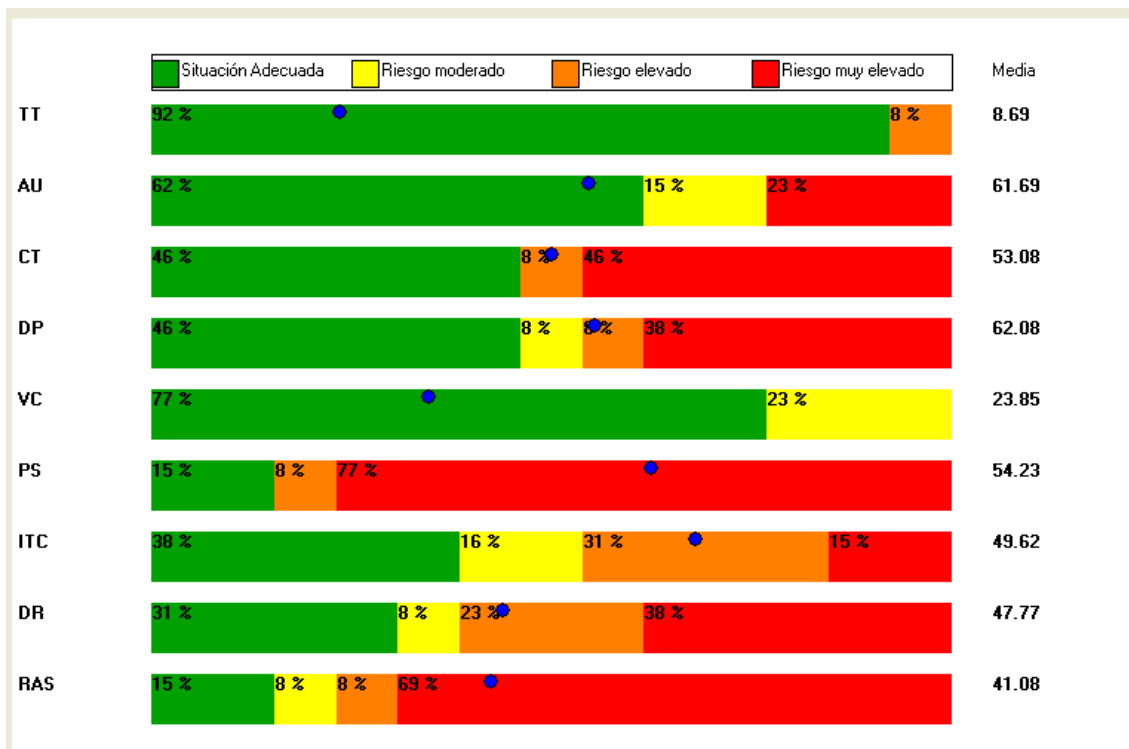


Gráfico 24. Fuente: Tomado de resultados programa Psico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Estadística

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 9 personas (100%).

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 7 personas (78%), 1 persona (11%) en riesgo moderado, y 1 persona (11%) en riesgo muy elevado.

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentran 3 personas (33%), 2 personas (23%) en riesgo elevado, y 4 personas (44%) en riesgo muy elevado.

Demandas Psicológicas: En situación adecuada se encuentran 3 personas (33%), 2 personas en riesgo moderado (22%), 1 persona (12%), en riesgo elevado, y 3 personas (33%) en riesgo muy elevado.

Variedad/contenido de trabajo: en situación adecuada se encuentran 9 personas (100%).

Participación/supervisión: En riesgo moderado se encuentra 1 persona (11%), 2 personas (22%) en riesgo elevado, y 6 personas (67%) en riesgo muy elevado.

Interés por el trabajador/compensación: En situación adecuada 4 personas (44%), 5 personas (56%) en riesgo moderado.

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 7 personas (78%), 1 persona (11%) en riesgo elevado, y 1 persona (11%) en riesgo muy elevado.

Relaciones y apoyo social: En situación adecuada se encuentran 7 personas (78%), 1 persona (11%) en riesgo elevado, y 1 persona (11%), y en riesgo muy elevado.

En el gráfico 25, se observa los factores psicosociales que afectan al personal de Estadística.

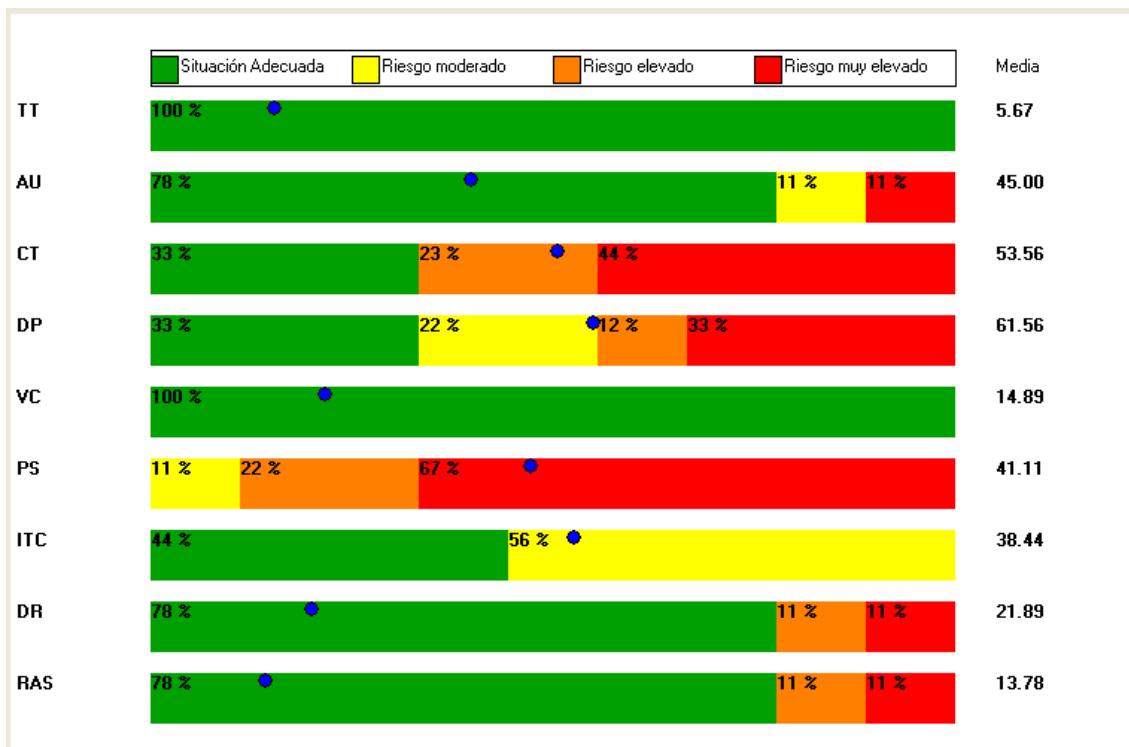


Gráfico 25. Fuente: Tomado de resultados programa Fpsico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Rehabilitación Física

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 4 personas (100%).

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 4 personas (100%).

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentran 2 personas (50%), 1 persona (25%) en riesgo elevado, y 1 persona (25%) en riesgo muy elevado.

Demandas Psicológicas: En situación adecuada se encuentra 1 persona (25%), 2 personas en riesgo moderado (50%), 1 persona (25%), en riesgo elevado.

Variedad/contenido de trabajo: en situación adecuada se encuentran 4 personas (100%).

Participación/supervisión: En riesgo adecuado se encuentra 1 persona (25%), 1 persona (25%) en riesgo elevado, y 2 personas (50%) en riesgo muy elevado.

Interés por el trabajador/compensación: En situación adecuada 2 personas (50%), 1 persona (25%) en riesgo moderado, y 1 persona (25%) en riesgo muy elevado.

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 2 personas (50%), 1 persona (25%) en riesgo elevado, y 1 persona (25%) en riesgo muy elevado.

Relaciones y apoyo social: En riesgo moderado se encuentran 2 personas (50%), 1 persona (25%) en riesgo elevado, y 1 persona (25%), y en riesgo muy elevado.

En el gráfico 26, se observa los factores psicosociales que afectan al personal de Rehabilitación Física.

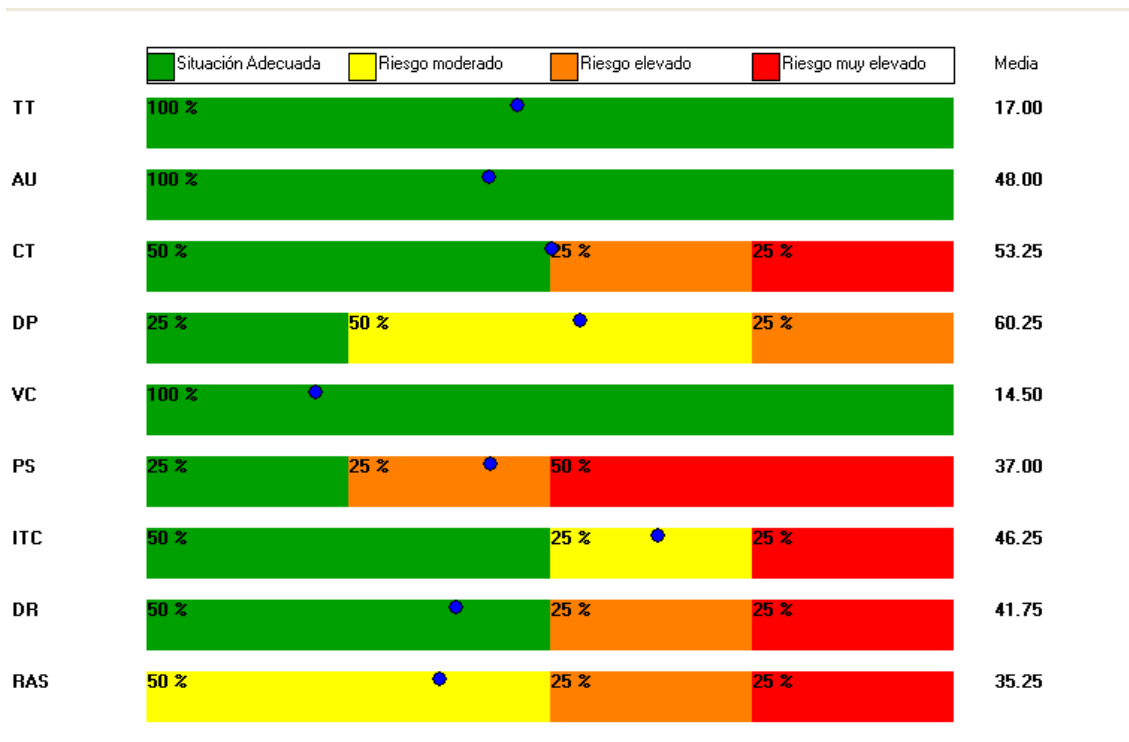


Gráfico 26. Fuente: Tomado de resultados programa Fpsico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Rayos X (Imagen)

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 3 personas (75%), y 1 persona (25%) en riesgo moderado.

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 3 personas (75%), y 1 persona (25%) en riesgo moderado.

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentran 4 personas (100%).

Demandas Psicológicas: En situación adecuada se encuentran 2 personas (50%), 1 persona en riesgo moderado (25%), y 1 persona (25%), en riesgo elevado.

Variedad/contenido de trabajo: En situación adecuada se encuentran 4 personas (100%).

Participación/supervisión: En riesgo adecuado se encuentran 2 personas (50%), y 2 personas (50%) en riesgo elevado.

Interés por el trabajador/compensación: En situación adecuada 2 personas (50%), 1 persona (25%) en riesgo elevado, y 1 persona (25%) en riesgo muy elevado.

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 2 personas (50%), 1 persona (25%) en riesgo moderado, y 1 persona (25%) en riesgo elevado.

Relaciones y apoyo social: En riesgo moderado se encuentran 3 personas (75%), y 1 persona (25%) en riesgo moderado.

En el gráfico 27, se observa los factores psicosociales que afectan al personal de Rayos X (Imagen).

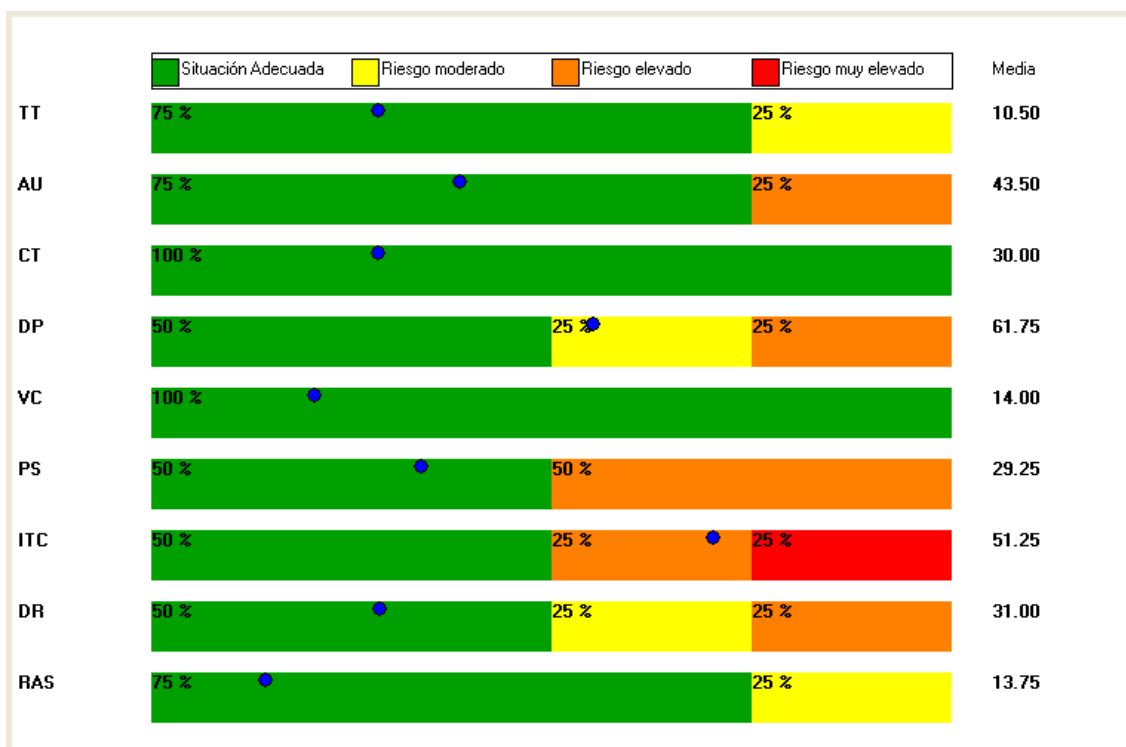


Gráfico 27. Fuente: Tomado de resultados programa Fpsico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Farmacia.

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 3 personas (100%).

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 3 personas (100%).

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentra 1 persona (33%), y 2 personas (67%) en riesgo muy elevado.

Demandas Psicológicas: En situación adecuada se encuentra 1 persona (67%), 1 persona en riesgo moderado (33%).

Variedad/contenido de trabajo: En situación adecuada se encuentran 3 personas (100%).

Participación/supervisión: En situación adecuada se encuentra 1 persona (34%), 1 persona (33%) en riesgo moderado, y 1 persona (33%) en riesgo elevado.

Interés por el trabajador/compensación: En situación adecuada se encuentra 1 persona (33%), 2 personas (67%) en riesgo moderado.

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentra 1 persona (34%), 1 persona (33%) en riesgo moderado, y 1 persona (25%) en riesgo muy elevado.

Relaciones y apoyo social: En situación adecuada se encuentra 1 persona (34%), 1 persona (33%) en riesgo moderado, y 1 persona (25%) en riesgo muy elevado.

En el gráfico 28, se observa los factores psicosociales que afectan al personal de farmacia.

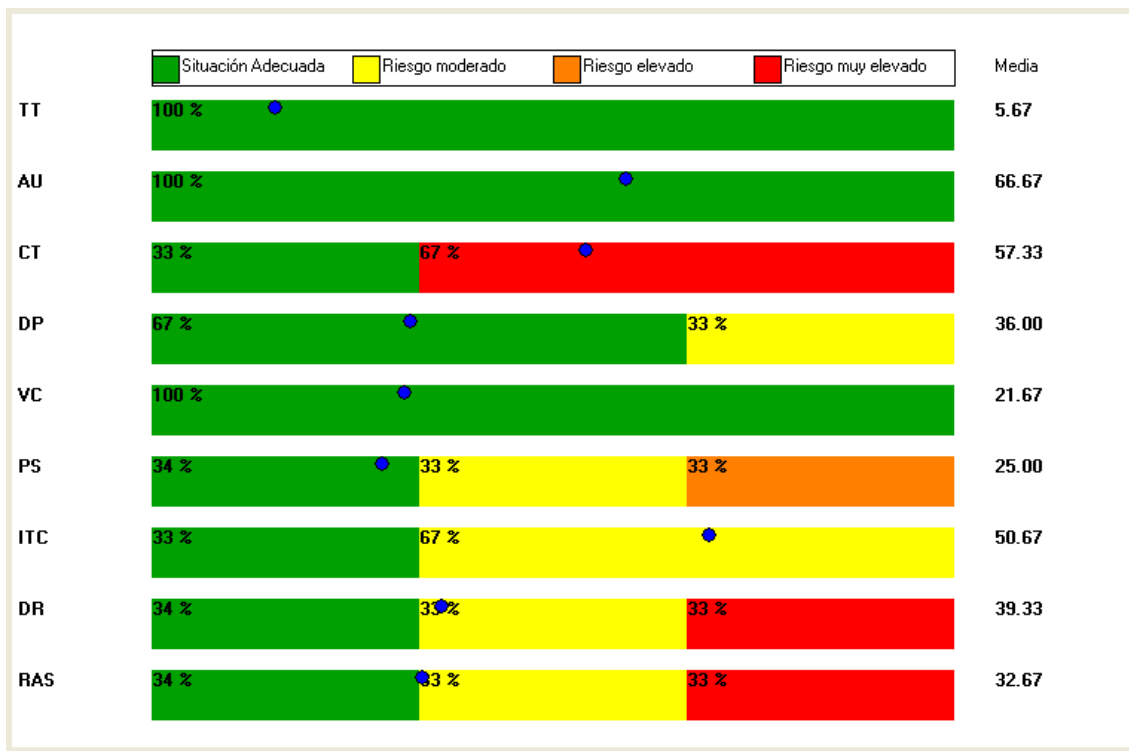


Gráfico 28. Fuente: Tomado de resultados programa Fpsico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Odontología.

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 2 personas (67%), y 1 persona (33%) en riesgo elevado.

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 3 personas (100%).

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentra 1 persona (34%), 1 persona (33%) en riesgo moderado, y 1 persona (33%) en riesgo elevado.

Demandas Psicológicas: En situación adecuada se encuentra 1 persona (34%), 1 persona (33%) en riesgo moderado, y 1 persona (33%), en riesgo muy elevado.

Variedad/contenido de trabajo: En situación adecuada se encuentran 3 personas (100%).

Participación/supervisión: En riesgo elevado se encuentra 1 persona (33%), y 2 personas (67%) en riesgo muy elevado.

Interés por el trabajador/compensación: En situación adecuada se encuentra 1 persona (34%), 1 persona (33%) en riesgo elevado, y 1 persona (33%) en riesgo muy elevado.

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 2 personas (67%), y 1 persona (33%) en riesgo elevado.

Relaciones y apoyo social: En situación adecuada se encuentra 1 persona (33%), y 2 personas (67%) en riesgo muy elevado.

En el gráfico 29, se observa los factores psicosociales que afectan al personal de Odontología.

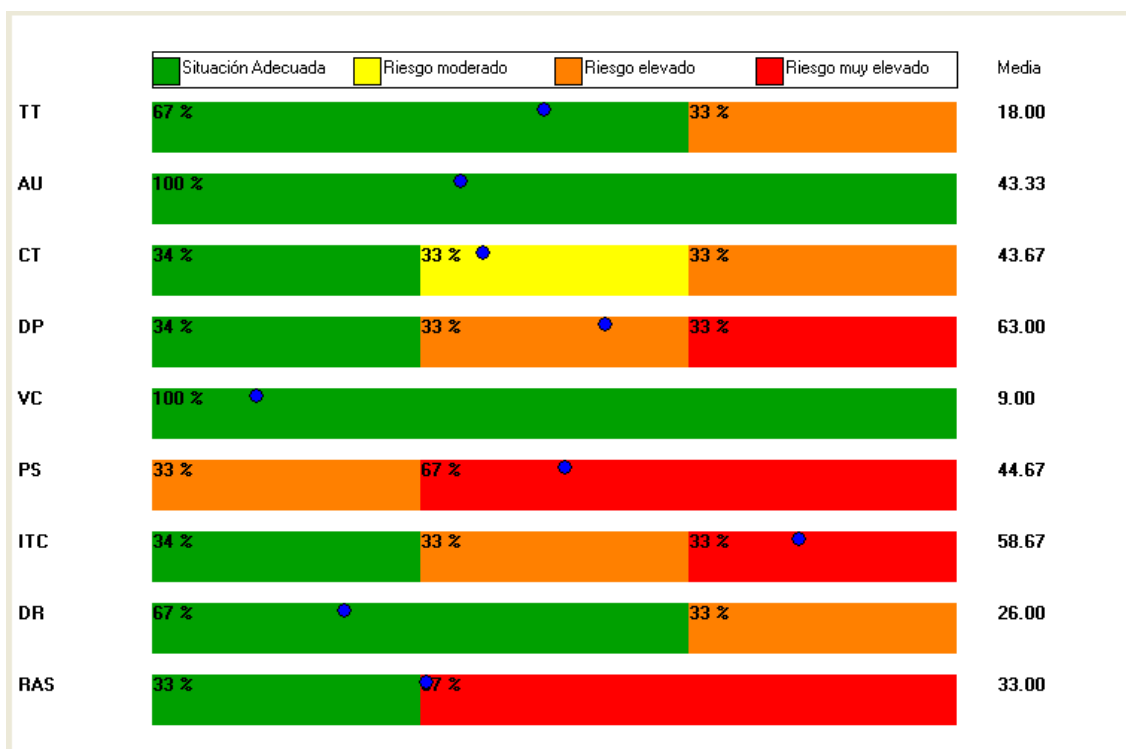


Gráfico 29. Fuente: Tomado de resultados programa Fpsico.

Análisis de factores psicosociales a personal de Trabajo social.

Tiempo de trabajo: En situación adecuada se encuentran 2 personas (100%).

Autonomía: En situación adecuada se encuentran 2 personas (100%).

Carga de trabajo: En situación adecuada se encuentra 1 persona (50%), 1 persona (50%) en riesgo moderado.

Demandas Psicológicas: En riesgo elevado se encuentra 1 persona (50%), 1 persona (50%), en riesgo muy elevado.

Variedad/contenido de trabajo: En situación adecuada se encuentran 2 personas (100%).

Participación/supervisión: En situación adecuada se encuentra 1 persona (50%), y 1 persona (50%) en riesgo muy elevado.

Interés por el trabajador/compensación: En situación adecuada se encuentran 2 personas (100%).

Desempeño de rol: En situación adecuada se encuentran 2 personas (100%).

Relaciones y apoyo social: En situación adecuada se encuentran 2 personas (100%).

En el gráfico 30, se observa los factores psicosociales que afectan al personal de Trabajo Social.

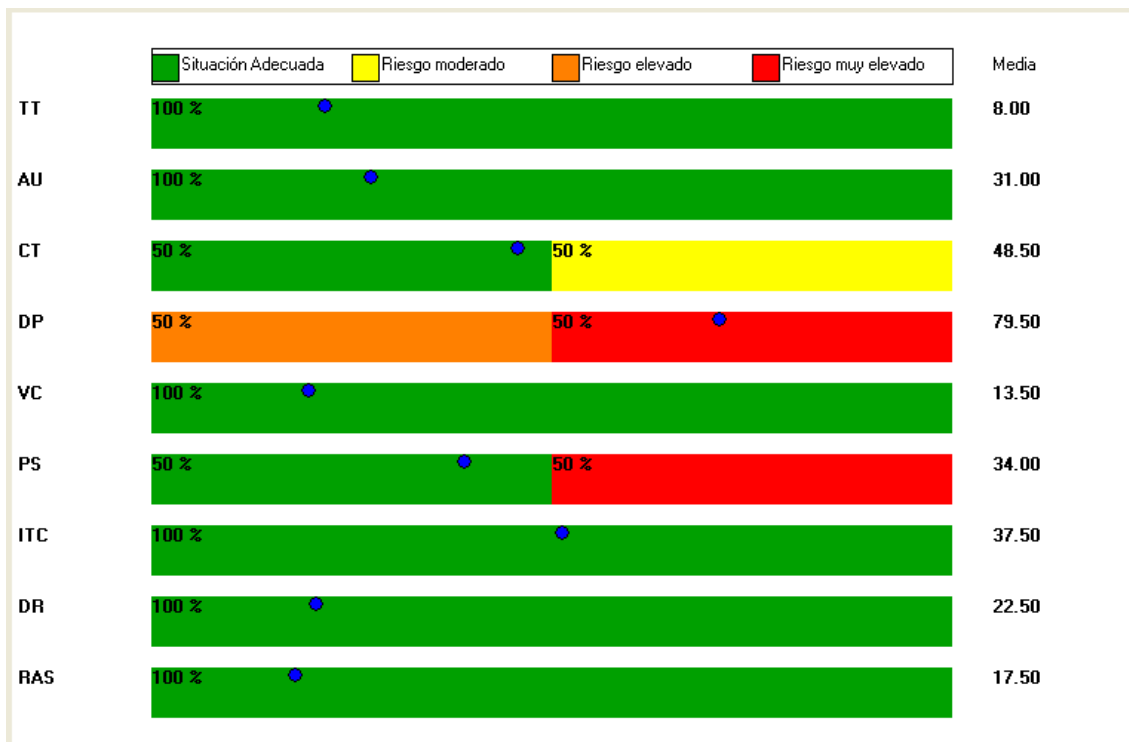


Gráfico 30. Fuente: Tomado de resultados programa Fpsico.

El objetivo planteado en relación a determinar si el factor psicosocial afecta con mayor frecuencia al personal con mayor responsabilidad en el Centro de Atención, se realizó un ajuste en la tabulación de datos, para que sean dicotómicas, dividiendo los grupos: Uno que está representado por los Médicos, Enfermeras y personal de Laboratorio, que corresponde al grupo de mayor responsabilidad y el resto por el personal de apoyo formado por Estadística, Rehabilitación Física, Odontología, Farmacia, Trabajo social, que corresponde al grupo de menor responsabilidad, obteniendo los siguientes datos.

Tiempo de Trabajo: En personas con mayor responsabilidad, 7 personas (9.85%) Tienen riesgo, y 39 personas (54.92%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 1 persona (1.4%) tiene riesgo y 24 personas (33.80%) están sin riesgo.

Se puede confirmar que las personas que tienen mayor responsabilidad, tienen mayor riesgo psicosocial en la dimensión Tiempo de trabajo. (OR=4) (Tabla 6).

Autonomía: En personas con mayor responsabilidad, 6 personas (8.45%) Tienen riesgo, y 40 personas (53.33%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 2 personas (2.81%) tienen riesgo y 23 personas (33.39%), están sin riesgo.

Se puede confirmar la autonomía en el trabajo no tiene relación con la responsabilidad mayor o menor de la población (OR=1) (Tabla7).

Carga de trabajo: En personas con mayor responsabilidad, 22 personas (30.98%) Tienen riesgo, y 24 personas (33.80%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 11 personas (15.41%) tienen riesgo y 14 personas (19.71%), están sin riesgo.

Se puede confirmar la carga de trabajo no tiene relación con la responsabilidad mayor o menor de la población (OR=1) (Tabla8).

Demandas Psicológicas: En personas con mayor responsabilidad, 23 personas (32.39%) Tienen riesgo, y 23 personas (32.39%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 10 personas (14.08%) tienen riesgo y 14 personas (19.71%), están sin riesgo.

Se puede confirmar las demandas psicológicas no tienen relación con la responsabilidad mayor o menor de la población (OR=1) (Tabla9).

Variedad/contenido de trabajo: En personas con mayor responsabilidad, 46 personas (67.78%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 25 personas (35.21%), están sin riesgo.

Toda la población se encuentra sin riesgo (tabla 10)

Participación/supervisión: En personas con mayor responsabilidad, 37 personas (52.11%) Tienen riesgo, y 9 personas (12.67%) están sin riesgo. En personas de menor

responsabilidad, 18 personas (25.35%) tienen riesgo y 7 personas (9.85%), están sin riesgo.

Se puede confirmar las demandas psicológicas no tienen relación con la responsabilidad mayor o menor de la población (OR=1) (Tabla11).

Interés por el trabajador/compensación: En personas con mayor responsabilidad, 18 personas (25.35%) Tienen riesgo, 28 personas (39.43%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 4 personas (5.63%) tienen riesgo y 21 personas (29.57%), están sin riesgo.

Se puede confirmar que las personas que tienen mayor responsabilidad, tienen mayor riesgo psicosocial en la dimensión Interés por el trabajador/compensación. (OR=4) (Tabla 12).

Desempeño de Rol: En personas con mayor responsabilidad, 13 personas (18.30%) Tienen riesgo, 33 personas (46.47%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 8 personas (11.26%) tienen riesgo y 17 personas (23.94%), están sin riesgo.

Se puede confirmar que el desempeño de rol es un factor protector para las personas que tienen mayor responsabilidad en su trabajo, (OR=0,000) (Tabla 13).

Relaciones y apoyo social: En personas con mayor responsabilidad, 24 personas (33.80%) Tienen riesgo, 22 personas (30.98%) están sin riesgo. En personas de menor responsabilidad, 7 personas (9.85%) tienen riesgo y 18 personas (25.35%), están sin riesgo.

Se puede confirmar que las personas que tienen mayor responsabilidad, tienen mayor riesgo psicosocial en la dimensión Relaciones y apoyo social. (OR=2) (Tabla 14).

En el objetivo planteado sobre determinar si el factor psicosocial relacionado con el síndrome de burnout afecta con mayor frecuencia a la población con mayor tiempo de trabajo, tenemos:

En la dimensión de tiempo de trabajo, asociado a burnout y a la antigüedad en el trabajo nos indica que esta dimensión es un factor protector (OR=0.000) con un 95% de confianza, (test de Fisher 0,000) (Tabla 15).

La dimensión Autonomía, asociado a Burnout y tiempo de trabajo, nos indica que no tienen asociación (OR=1), sin 95% de confianza (test de Fisher 0.088). (Tabla 16).

En la dimensión carga de trabajo, asociado a síndrome de burnout y tiempo de trabajo, nos indica que es un factor protector. (OR=0.00) con una confianza del 95% (test de Fisher 0,000) (Tabla 17).

En la dimensión demandas psicológicas, asociado síndrome de Burnout y tiempo de trabajo nos indica que tienen relación entre estas (OR=1.029), con confianza del 95% (Prueba de Fisher 0.004) (tabla 18)

En la dimensión variedad/contenido de trabajo no hay factores psicosociales negativos.

En la dimensión participación/supervisión, asociado a síndrome de Burnout y tiempo de trabajo nos indica que es un factor protector (OR=0,00), sin confianza del 95% (Fisher 4,000) (Tabla 19)

En la dimensión Interés por el trabajador/compensación, asociado a síndrome de Burnout y tiempo de trabajo nos indica que es un factor protector (OR=0,000), con 95% de confianza (Prueba de Fisher= 0,000) (Tabla 20).

En la dimensión desempeño de rol, asociado a síndrome de Burnout y tiempo de trabajo, nos indica que es un factor protector (OR=0,000) con una confianza del 95% (Prueba de Fischer =0,000). (Tabla 21)

En la dimensión Relaciones de apoyo social, asociada a síndrome de Burnout y tiempo de trabajo, nos indica que tiene factor protector (OR=0,000) sin confianza del 95% (Prueba de Fisher=2.060). (Tabla 22)

En el objetivo planteado sobre determinar si el sexo, la edad y la antigüedad en el puesto de trabajo, están relacionados con el síndrome de Burnout, tenemos lo siguiente:

Se puede comprobar que la edad, es un factor protector frente al Burnout (OR=0,000), sin confianza del 95% (Prueba de Fisher=1.000) (Tabla 23)

En relación al género, no existe asociación (OR=1,000) con confianza del 95% (Prueba de Fisher 0,000) (Tabla 24)

En relación a la antigüedad este es un factor protector frente al Burnout (OR=0,000), sin confianza del 95% (Prueba de Fisher 0,000) (Tabla 25).

Una vez analizados los factores psicosociales con algunas variables demográficas, a continuación se los relaciona con el síndrome de Burnout.

Se pudo comprobar que las personas que tienen en la dimensión tiempo de trabajo situación adecuada no tienen mayor riesgo de desarrollar síndrome de burnout. (OR=1) con un 95% de confianza (test de Fisher =0,013) (Tabla 26).

Se pudo comprobar que las personas que tienen autonomía de trabajo no tienen mayor riesgo de desarrollar burnout. (OR=1) con un 95% de confianza (test de Fisher =0,013) (Tabla 27).

En el estudio no se demuestra una asociación entre la carga de trabajo y desarrollo de burnout, sin embargo, si se realizara un estudio de cohorte y con una muestra mayor, la asociación podría demostrarse (OR de cohorte =1.086) con un 95% de confianza (test de Fisher =0,045) (Tabla 28).

En el estudio entre demandas psicológicas y burnout no existe asociación (OR=1.00) con un 95% de confianza (Prueba de Fischer = 0,045). (Tabla 29).

No existe asociación entre reactivo variedad y contenido, con síndrome de Burnout, ya que este no representa factor de riesgo psicosocial.

Entre el reactivo Participación/supervisión, no demuestra una asociación con síndrome de burnout. (Tabla 30).

Interés trabajador compensación existe mayor riesgo de que las personas desarrollen el riesgo de burnout, sin embargo no es extrapolable al universo. (OR=2) sin confianza 95%, (Prueba de Fisher =1.00). (Tabla 31)

El factor desempeño de rol es un factor protector frente a burnout (OR 0.001) pero no tiene 95% de confianza (Fisher 0.093) (Tabla 32).

El factor Relaciones de apoyo social, no tiene asociación frente a síndrome de burnout, pero tiene confianza del 95% (Prueba de Fisher = 0,000) (Tabla 33).

Comprobación de Hipótesis

Una vez que se ha realizado el análisis de resultados entre los factores psicosociales y los casos de burnout, se determina que la hipótesis no se comprueba, ya que no hay asociación entre los Factores Psicosociales y el Síndrome de Burnout.

3.2 Aplicación práctica

Posterior a la investigación y a pesar que no se cumple la hipótesis, se tienen identificados casos de burnout y de factores psicosociales en riesgo, en los mismos que se debe trabajar para evitar que la población que no tiene síndrome de burnout pero se encuentra en riesgo alto pueda presentarlo, además actuar sobre los factores psicosociales que se encuentran en riesgo para evitar el apareamiento de enfermedades.

Al inicio de actividad laboral de nuevos trabajadores, se debería indicar los puntos críticos en relación a los factores de riesgo psicosocial y realizar una propuesta de trabajo en equipo, para organizarse de tal manera para no descuidar la atención a los pacientes y poder realizar pausas activas.

El personal o analista de Talento Humano debería tomar este trabajo como línea base para realizar los profesiogramas de cada puesto de trabajo en lo que concierne a riesgo psicosocial, y dependiendo de la actitud y aptitud de cada trabajador, realizar una selección adecuada.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

Junto a los resultados obtenidos en la presente investigación, en cada una de las dimensiones de cada cuestionario, se han realizado acotaciones y observaciones sobre los mismos.

Al comparar con estudios realizados en otros países y con mayores muestras se tiene que en México en el 2005 Aranda et al, realizan un estudio de Factores Psicosociales y síndrome de burnout en médicos de familia, Participaron 197 médicos, 73 (37,1%) mujeres y 124 (62,9%) hombres. La prevalencia de burnout en los médicos de familia fue 41,8%. Otro estudio que relaciona factores psicosociales y burnout en médicos del primer nivel de atención en México, realizado en el 2004 por Aranda et al. Plantean como objetivo determinar la presencia de factores psicosociales negativos en el área laboral y su relación con el Síndrome de Burnout, en los médicos del primer nivel de atención del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) en la zona metropolitana de Guadalajara (ZMG), Jalisco. Entre los resultados más sobresalientes tenemos una prevalencia de 42.3 por ciento de médicos con burnout.

Y un estudio más cercano por geografía y costumbres fue realizado en Colombia en el 2011 sobre Prevalencia de factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en Médicos que laboran en las ciudades de Manizales y la Virginia, Participaron 227 médicos. Se encontró una frecuencia de burnout de 17.6%. (Agudelo, 2011). En estos estudios podemos observar que las muestras son mucho más grandes y que en México el porcentaje de personas con diagnóstico de burnout es alto y con mucha similitud porcentual en los dos estudios 41.8 y 42. 3% respectivamente, mientras que en Colombia el síndrome de Burnout se presenta en 17.6% que podría estar en relación con nuestro estudio en el que tenemos síndrome de burnout en un 11.26%.

4.1. Conclusiones

Una vez terminada la presente investigación realizada en el Centro de Atención ambulatoria, se puede concluir que:

- Se identificaron los factores psicosociales que afectan a la población investigada, estos son: Tiempo de trabajo, el mismo que se encuentra en una situación adecuada en un 83%. Autonomía en situación adecuada el 85%. Carga de trabajo en situación adecuada, el 47 % y en este ya suman entre riesgo elevado y muy elevado el 47%, lo que nos hace pensar en que ya existe un signo de alarma para riesgo psicosocial. Demandas Psicológicas con una situación adecuada de 34 %, y, ya sumadas riesgo elevado y moderado nos dan el 46%, lo que indica que la población en este reactivo se encuentra con factor de riesgo psicosocial. Variedad/contenido del trabajo se encuentra en situación adecuada el 89%. Participación/supervisión se encuentra en un riesgo elevado y muy elevado en el 79%, lo que nos hace presumir que existe factor de riesgo psicosocial. Interés por el trabajador/compensación se encuentra en un 49% en situación adecuada y sumado riesgo elevado y muy elevado suman 34%, teniendo un comportamiento expectante. Desempeño de Rol se encuentra en situación adecuada el 62% de la población, y un 28 % en situación elevada y muy elevada. Relaciones y apoyo social se encuentra en situación adecuada un 49% de la población y un 40% en situación elevada y muy elevada.
- Se identificó entre toda la población estudiada 8 casos diagnosticados de síndrome de Burnout, los mismos que se encuentra 4 en el área médica, 1 en el área de enfermería, 1 en el área de laboratorio, 1 en Rayos X, y 1 en estadística.

- Se determinó que las personas que tienen mayor responsabilidad en sus áreas de trabajo, están expuestas a ciertos factores psicosociales como: Tiempo de trabajo, Interés por el trabajador/compensación y relaciones de apoyo social, y se mostró un factor protector en relación al desempeño de rol.
- Se determinó la relación del factor psicosocial y síndrome de burnout en relación al tiempo de trabajo, encontrando que el Tiempo de trabajo es un factor protector, Autonomía no tiene asociación, Control de trabajo tiene factor protector, Demandas psicológicas tiene factor protector, Participación supervisión tiene factor protector, Interés por el trabajo/compensación tiene factor protector, Desempeño de Rol tiene factor protector, y Relación de apoyo social tiene factor protector.
- Al relacionar si el sexo, la edad, y la antigüedad en el puesto están en relación con el Síndrome de Burnout, tenemos que: La edad es un factor protector, el Género no tiene asociación y la antigüedad es un factor protector contra el Burnout.
- Se identificó las características socio-demográficas de la población correspondiente a este estudio y tenemos que 26 personas (36.62%) son hombres, y 45 personas (63.38%) son mujeres. Por su estado civil tenemos que 46 personas (64.78%) son casadas, 16 personas son solteros, 8 personas son divorciadas, una persona vive en unión libre. En relación a si tienen hijos 51 personas (71.83%) tienen y 20 personas (28.17%) no tienen. El rango de edad está en: 21 personas (29.57%) son adultos jóvenes, 48 personas (67.60%) son adultos medianos, y 2 personas (2.83%), adultos mayores. Según la antigüedad del puesto de trabajo, menores a un año hay 13 personas (18.30%), entre 1 -4 años 19 personas (26.76%), entre 5 y 8 años 19 personas (26.76%), entre 9 -12

años 2 personas (2.81%), mayor a 13 años 18 personas (25.35%). Por el nivel de estudios, instrucción secundaria tienen 8 personas (11.26%), instrucción superior tienen 36 personas (50.72%) y cuarto nivel tienen 27 personas (38.02).

- Una vez terminado el análisis de la presente investigación se concluye que los factores psicosociales no tienen relación con los casos de Burnout.

4.2 Recomendaciones

- Dar a conocer este estudio por parte de las autoridades a la población que fue objeto de esta investigación priorizando los niveles de riesgo elevado y tomando medidas de acción frente a estos, para evitar futuras enfermedades, ausencia al trabajo y pérdida en relación a la cobertura de atención.
- Tomar los valores de esta investigación como base para futuros estudios, en los que se analice y se proponga un modelo de cambio y se tomen medidas de control.
- Generar una cultura de prevención en base a los principios del Plan Nacional del Buen Vivir, para mejorar la calidad de vida intralaboral y evitar, no solo enfermedades físicas, sino también psíquicas.
- Hacer conocer a las autoridades que la salud radica no solo en el bienestar físico, sino como se ha demostrado en estudios que se mencionan en esta investigación sobre las enfermedades de tipo psicológicas producto de trabajar con personas y que cada vez más están en incremento y no se hace mucho por ellas.
- Proponer un modelo de cambio, donde, para realizar las planificaciones se tomen en cuenta las sugerencias y recomendaciones de los trabajadores, para evitar el apareamiento de factores de riesgo psicosocial.

- Realizar observaciones para los futuros estudios en donde posterior a la lectura y análisis de estas, se tomen temas de interés general y con factibilidad para realizar en nuestro medio, utilizando instrumentos validados por investigadores latinoamericanos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aranda, C., Pando, M., Rincón, R. (2009). Redes de apoyo social y salud, apreciaciones teóricas y metodológicas. Pag. 98-99.
- Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo. OIT. Factores psicosociales, Estrés y salud. Cap. 34, Pag. 34.3
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P., (2010). Metodología de la Investigación, Quinta edición. Interamericana Editores SA.
- Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. Medicina y Seguridad del Trabajo, Vol. 57, Supl. 1. Madrid 2011.

REFERENCIAS

- Agudelo, C., Castaño, J., Arango C., Durango, L., Muñoz, Gallego, V., Ospina, A., Ramírez, C., Salazar, N., Serna, J., Taborda, J. (2011). Prevalencia de factores psicosociales asociados al Síndrome de Burnout en Médicos que laboran en las ciudades de Manizales y la Virginia (Colombia). Universidad de Manizales, Facultad de Ciencias de la Salud, (fecha de acceso 10 de mayo del 2015). Recuperado: http://www.umanizales.edu.co/publicaciones/campos/medicina/archivos_medicina/html/publicaciones/Arch_Med_11_2/2-burnout_medicos_manizales.pdf
- Álvarez, María., Arce, L., Barrios, A., Sánchez de Coll, A. (2005). “Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales Públicos de la Ciudad de Corrientes” Revista de Postgrado de la VIa Cátedra de Medicina N° 141 Enero 2005 Pág. 27-30. (fecha de acceso 01 de mayo del 2015) Recuperado: http://www.med.unne.edu.ar/revista/revista141/9_141.htm

- Aranda, C., Pando, M., Torres, T., Salazar, J., Franco, S. (2005). “Factores psicosociales y síndrome de Burnout en Médicos de familia México”. Anales de la Facultad de Medicina (fecha de acceso 01 de mayo 2005) Recuperado: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832005000300006
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M., Pérez, M. (2005). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Revista Cubana de Salud pública, Ciudad de la Habana abr-jun. 2005 (fecha de acceso 07 de mayo 2015). Recuperado: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662005000200005
- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Franco, S., Torres, T., Aldrete, M., Pérez, M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención Investigación en Salud, vol. VI, núm. 1, abril, 2004, pp. 28-34 Centro Universitario de Ciencias de la Salud Guadalajara, México. (Fecha de acceso 05 de mayo 2015) Recuperado: <http://www.redalyc.org/pdf/142/14260106.pdf>
- Bastida, A. (2013). Factores de Riesgo Psicosocial a través del método F-psico en una empresa de automoción Navarra, UPNA, (fecha de acceso 12 de mayo 2015) Recuperado: <http://academicae.unavarra.es/bitstream/handle/2454/8326/Rebeca%20Bastida.pdf?sequence=1>
- Briones G. (2002). Epistemología de las Ciencias Sociales. Programa de Especialización en Teorías, Métodos y Técnicas de Investigación Social. Instituto Colombiano para el fomento de la Educación Superior, ICFES. ARFO Editores e Impresores Ltda. (1): pp.: 13- 15.
- Carlin, M. Garcés de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo, anales de psicología, 2010, vol.

26, Universidad de León, Universidad de Murcia, (fecha de acceso 20 de mayo 2015) Recuperado: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf.

Castañeda, E., García de Alba, J. (2010). Prevalencia del síndrome de agotamiento profesional (burnout) en médicos familiares mexicanos: análisis de factores de riesgo. Revista Colombiana de Psiquiatría, vol 39, No1. 2010. (fecha de acceso 10 de mayo 2015) Recuperado: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2012/04/VOL-39/1/rcp12010artoorig3.pdf>

Córdova, L., Tamayo, J., González, M., Martínez, M., Rosales, A., Barbato, S., (2011). Adaptation and validation of the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey in Cali, Colombia, Colombia Médica, Vol. 42, No. 3, (Julio-septiembre). (fecha de acceso: 04 de junio 2015) Recuperado: <http://colombiamedica.univalle.edu.co/index.php/comedica/article/view/874/1489>.

Ferrer,R., Guilera, G., Perú, M., (2011). Propiedades Psicométricas del instrumento de valoración de riesgos psicosociales del Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (FPSICO). (Fecha de acceso 28 mayo 2015). Recuperado: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/NOVEDADES%20EDITORIALES/FPsico/Informe%20justificaci%C3%B3n.pdf>

Gil Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales en el trabajo y salud ocupacional. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, Junio 2012 (fecha de acceso 02 de mayo del 2015) Recuperado: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342012000200012&script=sci_arttext

Gil-Monte, P. (2012). “Riesgos psicosociales, estrés laboral y síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en Docentes. Universidad de Valencia 2012 pag. 19, 21, 22 (fecha de acceso 01 de mayo del 2015) recuperado: http://www.researchgate.net/profile/Ana_Borrachero/publication/259891784

[Las Emociones en la Enseanza y el Aprendizaje de las Ciencias y las Matemáticas/links/0a85e52ef7b33d84c3000000.pdf#page=41](http://www.scielo.org/links/0a85e52ef7b33d84c3000000.pdf#page=41)

Gil-Monte, P. (2005). “El síndrome de quemarse por el trabajo” (burnout), Una Enfermedad Laboral en la Sociedad del Bienestar. Ediciones Pirámide. 2005 Pag. 151 (fecha de acceso 01 de mayo 2015) Recuperado: <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n94/v25n2a09.pdf>

Gil Monte, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (El Síndrome de Burnout) en profesionales de Enfermería. Universidad de Valencia, agosto 2003, Pag. 19, (fecha de acceso 03 de mayo del 2015) Recuperado: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsacd/cd49/artigo3.pdf>

Gil Monte, P., Peiró, J. (1999). Perspectivas teóricas y modelos interpretativos para el estudio del síndrome de quemarse por el trabajo. Anales de Psicología, Universidad de Valencia, 1999. vol. 15 261-268. (fecha de acceso 10 de mayo 2015) Recuperado: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/10184/1/Perspectivas%20teoricas%20y%20modelos%20interpretativos%20para%20el%20estudio%20del%20sindrome%20de%20quemarse%20por%20el%20trabajo.pdf?sequence=1>

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Font-Mayolas, S., Prats, M., Braga, F. (2007). El burnout percibido o sensación de estar quemado en profesionales sanitarios: prevalencia y factores asociados. Información psicológica, 2007, 91: 64-79. (fecha de acceso 05 de mayo 2015) Recuperado: http://www.sup.org.uy/Descarga/Burnout_percibido.pdf

Hernández, C., Llorens, S., Rodríguez, A., (2011), Burnout en personal sanitario: validación de la escala MBI en México. Fórum de Recerca No. 16, (fecha de acceso, 04 de junio 2015) Recuperado: http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77348/fr_2011_9_3.pdf?sequence=1

- García, J., Luceño, L., Jaén, M., Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente, Universidad Complutense de Madrid, *Psicothema* 2007. Vol. 19, N° 1, pag 96-101. (fecha de acceso 10 de mayo 2015). Recuperado: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8602/8466>
- Informe del Comité Mixto OIT/OMS de Medicina del Trabajo. Novena reunión. Ginebra, 1984 (Fecha de acceso: 25 de mayo 2015) Recuperado: http://biblioteca.uces.edu.ar/MEDIA/EDOCS/FACTORES_Texto.pdf
- Jaramillo, M. (2013). Factores psicosociales en el cambio Organizacional: Banco Central del Ecuador. Universidad Andina Simón Bolívar, sede Ecuador. (Fecha de acceso 10 de mayo 2015). Recuperado: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/3240/1/T1192-MDTH-Jaramillo-Factores.pdf>.
- Lara, J. (2013) Tesis Mobbing y estrés en docentes Universitarios de Quito en el 2013
- Luceño, L., Martín, J., Jaén, M., Díaz, R. (2005). Evaluación de factores psicosociales en el entorno laboral. *EduPsykhé*, Vol. 4, No. 1 19-42 (fecha de acceso 12 mayo 2015) Recuperado: <http://www.fesprosa.com.ar/portal/wp-content/uploads/2014/08/evaluac-riesgos-psicosoc.pdf>
- Luceño, L., Martín, J., Rubio, S., Díaz, E., (2004). Factores Psicosociales en el entorno laboral, estrés y enfermedad. Facultad de Psicología Universidad Complutense de Madrid. *EduPsykhé*, Vol. 3, No. 1 95-108. (Fecha de acceso, 23 de junio 2015) Recuperado: <file:///C:/Documents%20and%20Settings/Eddy%20Montalvan/Mis%20documentos/Downloads/Dialnet-FactoresPsicosocialesEnElEntornoLaboralEstresYEnf-1071126.pdf>.
- Manso-Pinto, J., (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory - Version Human Services Survey - en Chile. Universidad concepción, Chile, revista interamericana de Psicología, Vol. 40, Num. 1, pp 115-118. (fecha de acceso 04 de junio 2015). Recuperado: <http://www.psicorip.org/Resumos/PerP/RIP/RIP036a0/RIP04012.pdf>

- Moreno, B., Báez, C. (2010). Factores y riesgos psicosociales, formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas. Madrid noviembre 2010 Pag. 5-8, 18-19 (fecha de acceso 01 de mayo del 2015) Recuperado: http://www.researchgate.net/profile/Bernardo_Moreno_Jimenez/publication/236151656_factores_y_riesgos_psicosociales_formas_consecuencias_INSHT/links/0deec5166da54c17aa000000.pdf
- Navarro, V. (2002). Síndrome de Burnout o quemazón profesional. Intermedicina.com (en línea). Junio 2002 (fecha de acceso 01 de mayo de 2015). Recuperado: http://www.intermedicina.com/Avances/Interes_General/AIG23.htm
- Pando, M., Román, J., Acosta, M. (2008). Factores Psicosociales de Riesgo de Trabajo en la Empresa. Red Iberoamericana de riesgos psicosociales laborales. Pag. 134.
- Pando, M., Aranda, C., Aldrete, M., Flores, E., Pozos, E., (2006). Factores Psicosociales y burnout en docentes del centro universitario de ciencias de la salud. Diciembre 2006 (fecha de acceso 01 de mayo 2015) Recuperado: <http://www.medigraphic.com/pdfs/invsal/isg-2006/isg063f.pdf>
- Rosales, Y., Cobos, D., (2011). Diagnóstico del Síndrome de Burnout en trabajadores del Centro de Inmunología y Biopreparados. Medicina Seguridad en el Trabajo. Vol. 57, No. 225, Madrid, oct-dic 2011. (fecha de acceso 26 de junio 2015). Recuperado: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2011000400005.
- Vaca, A. (2014). Trabajo de Titulación. Análisis de la Legislación de los países de la CAN en relación a los Riesgos Psicosociales en el ámbito laboral y elaboración de propuesta de Resolución para regular la Gestión de Riesgos Psicosociales en el Trabajo en el Ecuador. Universidad San Francisco de Quito, Universidad de Huelva, 2014. (fecha de acceso 20 junio 2015). Recuperado: <http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/3673>
- Villalobos, G., (2004). Vigilancia Epidemiológica de los Factores Psicosociales. Aproximación Conceptual y Valorativa, Ciencia Y Trabajo, Octubre 2004,

pag. 198-200, (fecha de acceso 07 de mayo 2015) Recuperado:
http://www.huila.gov.co/documentos/V/vigilancia_epidem_psicosociales.pdf

Código del Trabajo del Ecuador 2014

Constitución de la República del Ecuador 2008

Decreto ejecutivo 2393 Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y
Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo 1986.

Guía de Prevención de riesgos psicosociales en el trabajo. 2013. España. (Fecha de
ingreso: 23 de junio 2015). Recuperado: [http://www.cem-
malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_inter-
activo.pdf](http://www.cem-malaga.es/portalcem/novedades/2013/CEM_guia_riesgos_psicosociales_interactivo.pdf).

NTP 926. Factores psicosociales: metodología de evaluación. Instituto Nacional de
Seguridad e Higiene en el Trabajo.

Plan nacional de Buen Vivir. 2013-2017

Resolución Administrativa CD 333 IESS 2011

WEBGRAFÍA

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory, (fecha de acceso: 14 de mayo 2015)

recuperado:

[http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20
Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf](http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf)

Cuestionario F-psico. (fecha de ingreso, 20 de mayo 2015). Recuperado:

[http://www.ugtbalears.com/es/PRL/Psicosociologia/Metodologas%20de%20e-
valuacin/cuestionario%20%20imprimir%20fpsico.pdf](http://www.ugtbalears.com/es/PRL/Psicosociologia/Metodologas%20de%20evaluacion/cuestionario%20%20imprimir%20fpsico.pdf)