

UNIVERSIDAD INTERNACIONAL SEK
FACULTAD DE SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Trabajo de fin de carrera titulado:

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA PRESIÓN ARTERIAL EN
EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO.”**

Realizado por:

EDGAR FERNANDO CASTILLO CAJAMARCA

Director del Proyecto:

DR. JUAN LARA

Como requisito para la obtención del título de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Quito, 24 de Julio de 2015

DECLARACIÓN JURAMENTADA

Yo, EDGAR FERNANDO CASTILLO CAJAMARCA, con cédula de identidad # 171792471-4, 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.

Edgar Fernando Castillo Cajamarca

C.C.: 1717924714-4

DECLARATORIA

El presente trabajo de investigación titulado:

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y SU RELACIÓN CON LA PRESIÓN ARTERIAL
EN EL PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL PÚBLICO.”**

Realizado por:

EDGAR FERNANDO CASTILLO CAJAMARCA

Como Requisito para la Obtención del Título de:

MAGISTER EN SEGURIDAD Y SALUD OCUPACIONAL

Ha sido dirigido por el profesor

DR. JUAN LARA S.

Quien considera que constituye un trabajo original de su autor

Dr. Juan Lara S.

DIRECTOR

LOS 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, 24 de Julio del 2015

DEDICATORIA

Dedico el presente trabajo de investigación a mi madre quien supo inculcarme valores y principios que han guiado mi vida. Gracias por estar siempre junto a mí.

A mi padre quien desde el cielo me brinda sus bendiciones y guía mi camino.

A mis hermanos, quienes siempre están a mi lado y han sido mis compañeros incondicionales de toda la vida.

A mi esposa Valeria Carrera quien con su apoyo y comprensión ha sido mi compañera en todos los momentos de mi vida.

AGRADECIMIENTO

Al profesor Juan Lara por su acertada dirección de la tesis.
Su profesionalismo y entrega fueron determinantes a la hora de conformar este documento.

A la Universidad Internacional SEK, por su esfuerzo de formar profesionales íntegros.

RESUMEN

Hoy día, el estrés laboral afecta a gran parte de la población trabajadora. Como consecuencia ha habido un aumento de las publicaciones en relación con este tema usando fundamentaciones teóricas y metodologías diversas; el síndrome de burnout constituye la respuesta al estrés laboral crónico, sin embargo, los mecanismos psicobiológicos que se encuentran en la base de la relación entre el estrés laboral y la enfermedad no están claros. El objetivo fundamental de este trabajo es revisar los aspectos principales de la investigación sobre el síndrome de burnout desde un punto de vista interdisciplinario resaltando alguna de las variables biológicas implicadas como es la alteración en la presión arterial y si existe relación significativa entre estas dos variables.

Como herramientas se utilizará el Maslach Burnout Inventory (MBI) para determinar la presencia del síndrome en los trabajadores de la salud; además se aplicará un cuestionario sociodemográfico que colaborara con información del personal y por último se utilizará un software propio de la institución (xHis) donde encontraremos datos médicos que en este caso es la presión arterial de los trabajadores de la salud que trabajan en la institución.

Esta investigación es el punto de partida para determinar la presencia de este síndrome y si afecta directamente a la presión arterial del personal y con esto proporcionar datos reales de la su presencia y proporcionar medidas de control, ayuda psicológica y médica si se necesitara, para evitar ausentismo y enfermedades ocupacionales.

Adicional a esto, la aplicación del presente estudio es de poner en evidencia tanto a los trabajadores como a líderes de cada departamento, sobre los riesgos psicológicos a los que están expuestos al realizar sus actividades habituales, concientizando así en el buen manejo de las relaciones interpersonales y organizacionales, poniendo a disposición varios controles propuestos en esta investigación; por otro lado el cumplimiento de la normativa legal vigente en el país será un aporte importante para minimizar la morbilidad y de esta manera brindar un mejor ambiente de trabajo a todos sus colaboradores.

Al aplicar los instrumentos y recolectar la información se obtuvo que el mayor número de trabajadores de la salud es de género femenino con el 80.1% y el masculino tiene el 19,9% de la población y que de estos la mayoría son de estado civil casados teniendo un porcentaje de 51.3% mientras que el segundo grupo más representativo son los solteros con 36.9%. Se evidenció que el mayor porcentaje de trabajadores de la salud son enfermeras con el 62.3%; de igual manera se obtuvo que el síndrome de burnout está presente en el 27.7% de la población total, siendo el género más afectado el femenino con el 27.6% que corresponde a 60 personas de un total de 157 mujeres. La presión arterial elevada constituye el 15.9% de la población total de estudio.

SUMMARY

Today, work stress affects a large part of the working population. As a result there has been an increase in publications on this topic using theoretical fundamentals and various methodologies; Burnout syndrome is a response to chronic job stress, however, the psychobiological mechanisms at the basis of the relationship between job stress and disease are unclear. The main objective of this work is to review the main aspects of investigation on burnout syndrome from an interdisciplinary point view highlighting some of the biological variables involved such as the change in blood pressure and if there is a significant relationship between these two variables.

As tools the Maslach Burnout Inventory (MBI) was used to determine the presence of the syndrome in health workers; also will be applied a sociodemographic questionnaire that will collaborate with personnel information and finally its own software the institution (xHis) where we find medical data which in this case is the blood pressure of health workers who work in the institution.

This investigation is the starting point for determining the presence of this syndrome and if directly affects blood pressure the health workers and thereby provide actual data of their presence and provide control measures, psychological and medical assistance if needed, to prevent absences and occupational diseases.

In addition to this, the application of this study is to inform workers and leaders of each department, on the psychological risks to which they are exposed when performing their usual activities, raising awareness on the implementation of the proposed controls on this research, moreover compliance with current legal regulations in the country will be important to minimize morbidity and thus provide a better working environment for all its contributors.

Apply the instruments and collect the information was obtained that the greatest number of health workers is female with 80.1% and the male has 19.9% of the population and most of these are married filing status having a percentage of 51.3%, while the second most

representative group are singles with 36.9%. It showed that the highest percentage of health workers are nurses with 62.3%; likewise it was found that the burnout syndrome is present in 27.7% of the total population, the most affected female gender with 27.6% which corresponds to 60 people from a total of 157 women. High blood pressure is the 15.9% of the total study population.

INDICE

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN.....	18
1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	18
1.1.1. Planteamiento del problema.....	18
1.1.1.1. Diagnóstico.....	19
2.1.1.1. Pronóstico.....	21
2.1.1.2. Control del Pronóstico.....	21
2.1.2. Objetivo general.....	21
2.1.3. Objetivos específicos.....	21
2.1.4. Justificaciones.....	22
2.2. MARCO TEÓRICO.....	25
1.2.1 Adopción de una perspectiva teórica.....	25
1.2.1.1 Positivismo.....	26
1.2.2 Marco conceptual.....	28
1.2.3 Marco contextual.....	32
1.2.3.1 FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO.....	32
1.2.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES.....	33
1.2.3.3 TIPOS DE RIESGOS PSICOSOCIALES.....	35
1.2.3.3.1 El estrés.....	35
1.2.3.3.2 La violencia laboral.....	35

1.2.3.3.3 Acoso laboral o mobbing.....	36
1.2.3.3.4 Acoso sexual.....	37
1.2.3.3.5 Inseguridad contractual.....	37
1.2.3.3.6 El bournout o desgaste profesional.....	38
1.2.3.3.7 Conflicto familia-trabajo.....	38
1.2.3.3.8 Trabajo emocional.....	38
1.2.3.4 CONCEPTOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT.....	39
1.2.3.5 FACTORES QUE PREDISPONEN AL SÍNDROME DE BURNOUT.....	41
1.2.3.5.1 Factores que moderan el Síndrome de Burnout.....	41
Consecuencias del síndrome de burnout para la organización y para el trabajador.....	43
1.2.3.6 Presión arterial. Circulación arterial.....	47
1.2.3.6.1 Sistema arterial. Características generales.....	47
1.2.3.6.2 Funciones principales de las arterias.....	47
1.2.4 Estado actual del conocimiento sobre el tema.....	51
1.2.9 Hipótesis.....	53
1.2.10 Identificación y caracterización de variables.....	53
CAPITULO II. MÉTODO.....	56
2.1 TIPO DE ESTUDIO.....	56
2.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN.....	56
2.3 MÉTODO.....	56

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA.....	56
2.4.1 Delimitación espacio temporal.....	57
2.4.2 Criterios de inclusión.....	57
2.4.3 Criterios de exclusión.....	57
2.5 SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	57
2.5.1 Maslach Burnout Inventory (MBI).....	58
2.5.2 Encuesta sociodemográfica.....	61
2.5.3 Programa informático xHis.....	62
2.5.4 Pilotaje de los instrumentos.....	62
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	63
3.1 Levantamiento de información.....	63
3.1.2 Análisis de datos.....	63
3.1.3 Aspectos Éticos de la investigación.....	64
3.2 Presentación y Análisis de Resultados.....	65
3.2.1 Características de la muestra de estudio.....	65
3.3 Aplicación Práctica.....	77
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN.....	79
4.1 Conclusiones.....	80
4.2 Recomendaciones.....	81
4.3 BIBLIOGRAFÍA.....	83
ANEXOS.....	87

LISTADO DE TABLAS

Tabla 1. Factores de estrés psicosocial.....	32
Tabla 2. Instrumentos para la investigación.....	58
Tabla 3. Escalas de Burnout.....	60
Tabla 4. Calificación de las preguntas de acuerdo a las sub escalas medidas.....	60
Tabla 5. Promedio de edad del personal de salud	65
Tabla 6. Genero correspondiente del personal de salud.....	66
Tabla 7. Número de hijos del personal de salud	66
Tabla 8. Estado civil del personal de salud	67
Tabla 9. Habito de fumar en el personal de salud.	67
Tabla 10. Consumo de bebidas alcohólicas en el personal de salud.....	67
Tabla 11. Personal de salud según sus profesiones y horas trabajadas al día.	68
Tabla 12. Profesión y la relación con el síndrome de burnout.....	69
Tabla 13. Correlación entre síndrome de burnout y la profesión.....	71
Tabla 14. Relación entre género y el síndrome de burnout.....	72
Tabla 15. Correlación entre género y síndrome de burnout.....	72
Tabla 16. Presión arterial en el personal de salud.....	74
Tabla 17. Síndrome de burnout y su relación con la presión arterial.....	75
Tabla 18. Comprobación estadística de la hipótesis	75
Tabla 19. Relación entre presión arterial y fumar.....	76
Tabla 20. Correlación entre presión arterial y el hábito de fumar.....	77

LISTADO DE GRAFICOS

Grafico 1. Árbol de Problemas.....	20
Gráfico 2. Personal de salud según su profesión.....	68

CAPITULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Las actuales leyes que se están aprobando en nuestro país ha llevado que gran cantidad de ecuatorianos sean beneficiados con afiliaciones al seguro médico del IESS, provocando mayor afluencia de pacientes en los hospitales que ha llevado a triplicar la afluencia de pacientes en los hospitales públicos a tal punto que han colapsado debido a la gran cantidad de afiliados beneficiarios; esto ha llevado a que el personal de salud sea más demanda en sus labores, provocando sobrecarga laboral, horarios mucho más exigentes. Todo esto provoca un riesgo psicosocial que puede derivar en problemas físicos como afecciones cardiacas, hipertensión, obesidad, diabetes, etc. Uno de los problemas psicológicos es el Síndrome de Burnout que puede afectar al personal de salud y si no se controla a tiempo la primera vía afectada en la salud es la presión arterial que si no se controla puede provocar daño cardíaco y posiblemente la muerte.

1.1.1. Planteamiento del problema

El exceso de pacientes en las casas de salud obliga a los directivos a cubrir diferentes puestos con el poco personal existente y muchos de ellos no están en capacidad de cubrir ciertas áreas pero por la necesidad deben cumplir con las disposiciones. Existen cambios de horario y rotaciones a última hora para tratar de cubrir las necesidades, lo cual provoca inestabilidad física y mental en los trabajadores de la salud.

En los últimos años en el país ha existido muchos cambios en las leyes laborales que afectaron a todo los trabajadores, especialmente al personal que labora en el sector público; uno de estos cambios fue la aprobación de los contratos ocasionales que tienen un máximo de duración de 2 años sin derecho a renovación lo que ha provocado la salida masiva de personal de salud en el sector público por terminación de contrato o a su vez renuncias voluntarias para buscar estabilidad laboral en el sector privado. Estos cambios produjeron disminución de personal lo cual trajo como consecuencia acumulación de pacientes en las

casas de salud que no son atendidas inmediatamente provocando demoras en las consultas y servicios, ocasionando malestar tanto en los pacientes como en el personal de salud.

Dada la realidad en que se desenvuelve en la actualidad la profesión médica y de la salud y en el marco de estudios sobre el estrés laboral, conviene involucrarse en la investigación de la incidencia de factores que provocan estados que merman el rendimiento laboral, tales como el burnout, o síndrome de quemarse por el trabajo, el cual es una respuesta al estrés crónico laboral como una evidencia de cómo afrontan los profesionales las nuevas exigencias sociales desde la organización de las instituciones hasta el desempeño que tienen en sus ámbitos de trabajos, al trabajar directamente con personas enfrentándose cotidianamente a la enfermedad, el dolor, el sufrimiento y la muerte, por lo que es de sumo interés saber cuál es la prevalencia del mismo.

Las consecuencias físicas que pueden provocar este síndrome y la mayoría de enfermedades psicológicas están relacionadas con la presión arterial, que es el camino que abre las puertas para enfermedades como la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, trombosis cerebral, entre otros.

La presión arterial es la fuerza que ejerce la sangre al circular por las arterias. Las arterias son vasos sanguíneos que llevan sangre desde el corazón hacia el resto del cuerpo; por tal motivo podemos decir que a mayor tensión mayor volumen de sangre se encontrará circulando por nuestras arterias, lo que provocaría un aumento en la presión arterial, lo que desencadena una enfermedad silenciosa asintomática conocida como hipertensión y a su vez puede desencadenar en enfermedades cardiovasculares y cerebrales.

La muerte por hipertensión en el país es muy alta, sabiendo que uno de sus posibles orígenes son los riesgos psicosociales, a los que los profesionales de la salud se ven expuestos en estos últimos tiempos con mucha más intensidad que en otras épocas. Por estos motivos el presente proyecto estará enfocado en la identificación del síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público, y su relación directa con la presión arterial.

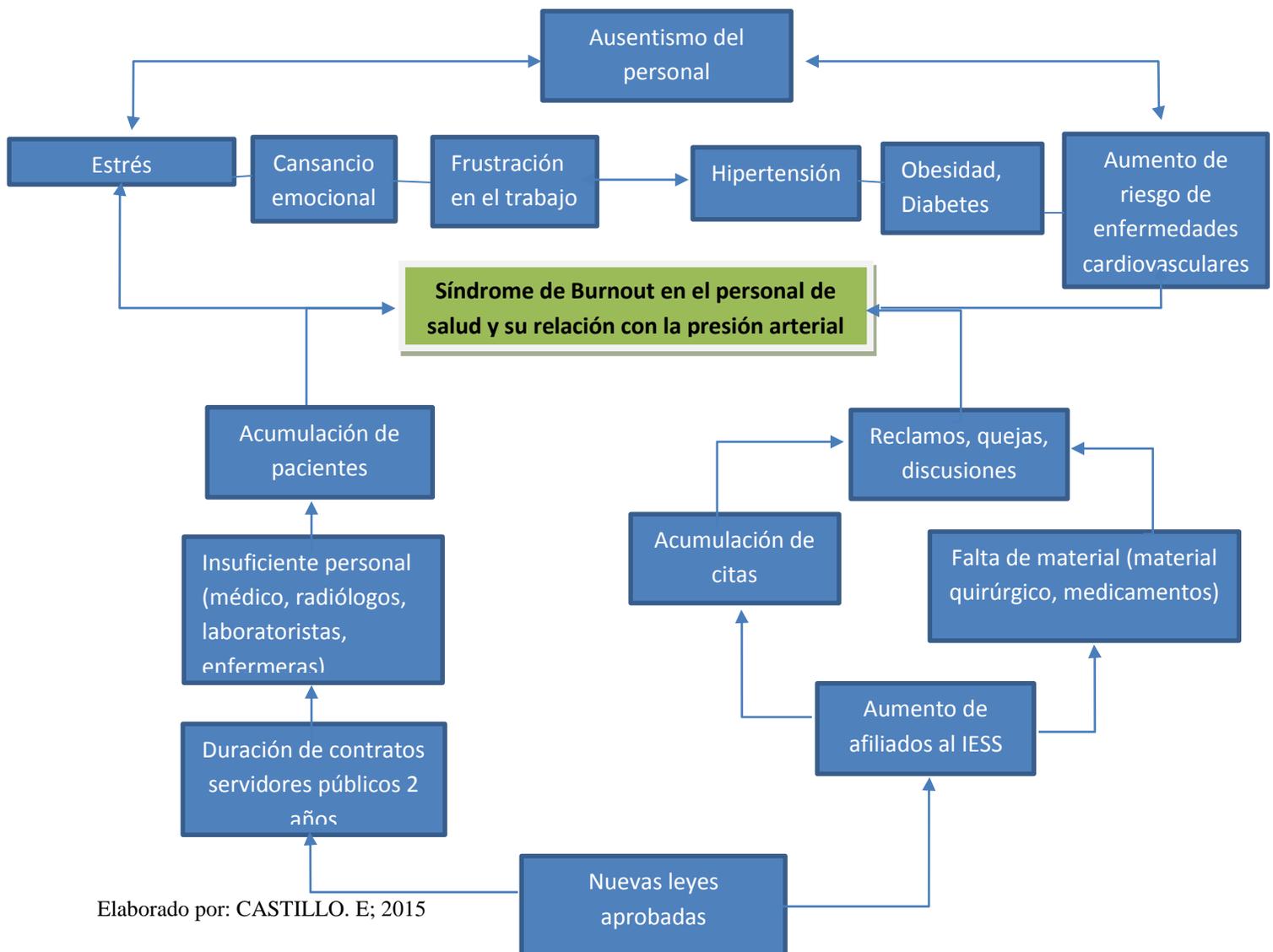
1.1.1.1. Diagnóstico

El síndrome de burnout tiene efectos tanto en el personal como en la organización de la institución y afecta especialmente a trabajadores que tienen contacto con clientes, en una institución

que presta servicios de salud donde la afluencia de personas es mayor que en otras instituciones, el cansancio mental es mayor y las complicaciones en la salud de los trabajadores se incrementa y causa daños mentales y fisiológicos, los mismos que si no se controlan a tiempo pueden traer consecuencias graves en el personal de salud y en la misma organización institucional.

El presente estudio es necesario para determinar si el síndrome de burnout en los trabajadores de la salud se encuentra relacionado con la presión arterial, y así poder establecer si existe influencia entre estas variables y proponer a futuro controles.

Grafico 1. Árbol de Problemas



1.1.1.2. Pronóstico

En la actualidad el personal de salud de un hospital público, presentan altos niveles de exposición a los factores psicosociales de riesgo; y una alta vulnerabilidad a los factores estresantes, lo que ocasiona una serie de síntomas clínicos que producen un efecto directo en los resultados de la organización.

No tomar acciones correctivas provocaría ausentismo de personal provocando acumulación de trabajo, acumulación de pacientes ocasionando que no se cumplen las metas de la institución y esto puede provocar llamadas de atención e incluso despidos y un aumento del riesgo de provocar enfermedades cardiovasculares en el personal de salud que pueden llevar a la muerte.

1.1.1.3. Control del Pronóstico

La aplicación del instrumento de análisis y su correspondiente evaluación permitirá proponer para su futura aplicación, al departamento de Seguridad Industrial y Salud Ocupacional del HSFQ-IESS., las medidas de control que permitan prevenir, disminuir y/o controlar los efectos del síndrome de burnout en el estado físico del personal de salud.

1.1.2. Objetivo general

- Relación que existe entre el síndrome de Burnout y la presión arterial en los trabajadores de salud de un hospital público.

1.1.3. Objetivos específicos

- Determinar las características socio demográfico y laboral de los trabajadores de la salud en un hospital público.
- Identificar la prevalencia del síndrome de Burnout en el personal de salud de un hospital público.
- Determinar si existe una relación entre el síndrome de burnout y la presión arterial.
- Analizar la alteración de la presión arterial en el personal de salud.
- Determinar si existe relación entre horas trabajadas al día y la presión arterial.

1.1.4. Justificaciones

El estrés es un factor que contribuye a la hipertensión y, en consecuencia, al padecimiento de patologías cardiovasculares. Kulkarni, O'Farrel, Erasi y Kochar, tras una revisión de los estudios sobre tensión laboral y enfermedades cardiovasculares, han concluido que la tensión laboral causa, en parte, los problemas cardiovasculares elevando la presión arterial hasta provocar hipertensión.

El estrés ocupacional crónico es considerado un factor determinante de los trastornos depresivos los cuales constituyen la cuarta causa de los costos de la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que en 2020 los trastornos depresivos serán la segunda mayor causa de morbilidad, detrás solamente de la enfermedad isquémica del corazón. El adolecimiento físico y/o mental aumenta la frecuencia de licencias por enfermedad pudiendo llegar a la jubilación anticipada, aumento de los costos con tratamientos médicos, mayor incidencia de enfermedades coronarias y endocrinas.

El concepto de burnout ha atraído un interés considerable desde su uso inicial en los años setenta por parte de Freudenberger en el año 1974, al convertirse en un problema cada vez más frecuente en las sociedades modernas industrializadas (Gil-Monte, 2005) Maslach y Jackson definieron el burnout como un síndrome de agotamiento emocional, reducida realización personal y despersonalización que sucede con frecuencia en sujetos que trabajan atendiendo a otras personas. El agotamiento emocional se refiere a sentimientos de “no poder dar más de uno mismo” y sentirse sin recursos para afrontar la situación de trabajo, la baja realización personal alude a una autoevaluación de fracaso personal e incompetencia en el trabajo, y la despersonalización implica la aparición de actitudes negativas hacia las personas a las que se dirige el trabajo. Estos autores desarrollaron el Maslach Burnout Inventory (MBI) que domina la investigación sobre burnout y ha influido considerablemente en la conceptualización actual de este problema. Posteriormente, al extenderse el estudio del burnout más allá de las profesiones asistenciales o sociales, estas dimensiones pasan a denominarse agotamiento, eficacia profesional y cinismo (Leiter, 1997).

A su vez, el burnout tendrá consecuencias nocivas para el sujeto, en forma de problemas psicológicos o de salud física, y para la organización, en forma de elevada accidentabilidad, absentismo o deterioro del rendimiento (Monte, 2005)

En los últimos años se ha demostrado que el burnout tiene un impacto negativo en la salud física, asociándose a un elevado riesgo de enfermedades cardiovasculares; a una peor respuesta inmunológica y a la presencia de diversos trastornos psicosomáticos, gastrointestinales o dolor.

En la Constitución Ecuatoriana en la sección octava, artículo 33, nos dice que el Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o aceptado; por lo tanto se debe investigar todas las causas provenientes del trabajo que afectan su salud, provocando un bajo desempeño en sus labores y problemas psicológicos y físicos que pueden derivar en enfermedades ocupacionales y provocar en circunstancias extremas la muerte.

El presente proyecto está encaminado a la identificación del síndrome de burnout en el lugar de trabajo y si existe influencia en la presión arterial, considerando la percepción de los colaboradores respecto a su exposición a este factor y su vulnerabilidad psicosocial a dicho elemento. A partir de este análisis, se podrá establecer la relación entre la exposición a estos factores y la incidencia de síntomas clínicos, con la finalidad de que en un futuro cercano se puedan desarrollar las estrategias adecuadas para una intervención eficiente en la prevención de sus consecuencias y/o el control de los mismos.

La presente investigación es factible por que cuenta con el apoyo Institucional, existe una amplia y actualizada referencia bibliográfica que permitirá sustentar el marco teórico, así como estudios realizados en países con similares características que el Ecuador sobre la problemática propuesta, en el aspecto económico la investigación se encuentra financiada en su totalidad y el cronograma está ajustado a los tiempos establecidos en el programa de Masterado.

La viabilidad del trabajo de investigación propuesto se sustenta en el soporte administrativo técnico y legal con el que se cuenta. El compromiso de la Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional de este hospital público es de abordar esta problemática dentro del programa de gestión de salud y seguridad del trabajo el cual es un compromiso ineludible que llevará a plantear programas que controlen esta problemática y así evitar consecuencias graves en el estado mental y físico del personal de salud, ya que el fin de la

Unidad de Seguridad y Salud Ocupacional de esta institución es mantener ambientes sanos y seguros para sus trabajadores y de esta forma fortalecer una cultura de prevención en donde el objetivo fundamental es garantizar la salud y seguridad de sus trabajadores.

1.2. MARCO TEÓRICO

1.2.1 Adopción de una perspectiva teórica

El término investigación que, en general, significa indagar o buscar, cuando se aplica a las ciencias sociales, toma la connotación específica de crear conocimientos sobre la realidad social, es decir, sobre su estructura, las relaciones entre sus componentes, su funcionamiento, los cambios que experimenta el sistema en su totalidad o en esos componentes. Los conocimientos generados por una investigación en particular se unen a otros conocimientos ya existentes, acumulados durante mucho tiempo por otros investigadores, sea en la forma de un aporte original o como confirmación o refutación de hallazgos ya existentes. Cualquiera que sea la situación que se enfrente, la investigación es siempre la búsqueda de la solución a algún problema de conocimiento. Esa solución constituye un nuevo conocimiento que se mantiene mientras no haya otras propuestas mejor fundamentadas de acuerdo con criterios teóricos y metodológicos y sean aceptadas por la comunidad de científicos pertenecientes a la misma área de indagación.

Al analizar lo descrito anteriormente se puede decir que la generación de nuevos conocimientos se basa en la experiencia y en analizar teorías o conceptos escritos y que en base a su análisis e investigación puedan ser confirmados o refutados siempre con base en la investigación.

(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.

En la mayoría de los textos la palabra epistemología se encuentra relacionada como aquella ciencia, o parte de la ciencia encargada de la teoría del conocimiento, Para (Ceberio, 1998), "el término epistemología deriva del griego episteme que significa conocimiento, y

es una rama de la filosofía que se ocupa de todos los elementos que procuran la adquisición de conocimiento e investiga los fundamentos, límites, métodos y validez del mismo".

Ahora bien, la adquisición de conocimiento se fundamenta en vivencias otorgadas por el mundo de la vida (Ceberio, 1998), en la cotidianidad del sujeto; pero son las constantes que se verifican en esas vivencias, en la adecuación y relación sujeto-objeto-sujeto, en la validez de los conceptos que surjan de dicha adecuación, y en la posibilidad de predecir o interpretar acciones estableciendo causas o comprensiones sobre lo que realmente la epistemología legisla. Se puede esbozar entonces que la epistemología tiene por objeto ese conocimiento que se soporta en sí mismo o que soporta alguna disciplina en su especificidad; lo que la sustenta como tal, su esencia, sus alcances y límites en su acepción interna (propia de la disciplina) y externa (su influencia en el contexto social).

1.2.1.1 Positivismo

Se conoce con el nombre de positivismo a una estructura o sistema de carácter filosófico que está basado en el método experimental y que se caracteriza por rechazar las creencias universales y las nociones a priori. Desde la perspectiva de los positivistas, la única clase de conocimientos que resulta válida es el de carácter científico, el cual surge de respaldar las teorías tras la aplicación del método científico. Cabe resaltar que el desarrollo del positivismo está vinculado a las consecuencias de la Revolución Francesa, que transformó al ser humano y a la sociedad en objetos de estudio científico. Esta novedad requería de una nueva epistemología para legitimar los saberes obtenidos.

El francés Augusto Comte y el británico John Stuart Mill suelen ser señalados como los padres de esta epistemología y del positivismo en general. Ambos sostuvieron que cualquier actividad filosófica o científica debe llevarse a cabo mediante el análisis de los hechos reales que fueron verificados por la experiencia. No obstante, es importante subrayar que la primera persona que hace uso del término positivismo, a principios del siglo XIX, es el francés Henri de Saint-Simon. Un filósofo, éste que está considerado como precursor de la filosofía social y que tenía máxima profesional el lograr la reorganización de la sociedad

de aquel momento para evitar que hubiera clases. En concreto quiso acometer esta tarea haciendo uso de lo que eran los pilares de la industria y también de la ciencia.

El positivismo, desde un punto de vista social, fue asumido, según Sandoval, Taylor y Bogdan, y Restrepo, por Emile Durkheim al proponer, en su libro sobre las reglas del método sociológico que: El científico social debe considerar los hechos o fenómenos sociales como cosas que ejercen una influencia externa sobre las personas, y pretender con ello introducir los requerimientos del racionalismo técnico y la experiencia sensible del empirismo a los estudios sociales. Por tanto, Durkheim introdujo el método experimental utilizado en las ciencias naturales, el cual busca encontrar las causas de los problemas para ejercer su dominio sobre el fenómeno.

El presente trabajo tiene como base el positivismo porque su primicia fundamental es el adquirir conocimiento por medio de un método científico, es decir, se afirma una teoría a base del análisis de los hechos, mediante la observación y comprobación de los hechos, y al final obtener un resultado comprobable.

El análisis del síndrome de burnout en un hospital público se basa en un método científico para obtener un resultado comprobable, teniendo en cuenta que los riesgos sicosociales como el burnout pueden afectar al estado físico del trabajador, por lo tanto el análisis estará encaminado a observar además del estado psicológico la alteración que existe en la presión arterial del trabajador de la salud ya que esta afección es el camino para desencadenar varias enfermedades graves y hasta la muerte; por la naturaleza del profesional de la salud que diariamente debe lidiar con problemas diversos de personas (pacientes), que llegan al hospital en busca de ayuda y soluciones para sus problemas, por tal motivo es importante detectar cualquier riesgo psicológico y físicos para evitar daños en el personal y en la organización del hospital.

Los factores psicosociales de riesgo son todos aquellos agentes de riesgo con los que el sujeto convive día a día y que son percibidos de manera negativa por el propio individuo afectan su salud. Es preciso añadir que no todas las personas perciben de la misma manera

las condiciones en que desarrollan su trabajo, respondiendo de manera individual y distinta, según la situación a la que se exponga.

Teniendo en cuenta lo mencionado anteriormente, podemos traer a colación lo que nos dice la OTI (Organización Internacional del Trabajo):

“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”

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

Los factores psicosociales son condiciones organizacionales, son condiciones psicológicas del trabajo que como tales pueden ser positivas y negativas. Cuando tales condiciones son adecuadas, facilitan el trabajo, el desarrollo de las competencias personales laborales y los niveles altos de satisfacción laboral, de productividad empresarial y de estado de motivación en los que los trabajadores alcanzan mayor experiencia y competencia profesional. Las formas acertadas de cultura empresarial, de liderazgo y de clima laboral, condiciones psicológicas generales, afectan a la salud positivamente generando desarrollo individual, bienestar personal y organizacional.

1.2.2 Marco conceptual

La necesidad de estudiar el síndrome de quemarse en el trabajo viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral dado al interés de las organizaciones por la calidad de vida laboral de sus empleados, pues ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización como ejemplo el absentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etc. Asimismo, dado que la mayor incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo se da en profesionales de servicios que prestan una función

asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general.

La necesidad de explicar el episodio del síndrome de quemarse por el trabajo (relación de antecedentes-consecuentes de sus dimensiones), junto con la utilidad de integrarlo en marcos teóricos más amplios, que permitan explicar su etiología de manera satisfactoria, ha dado lugar a la aparición de diversos modelos teóricos. Estos modelos agrupan una serie de variables, consideradas como antecedentes y consecuentes del síndrome, y discuten a través de que procesos los individuos llegan a sentirse quemados. Los modelos elaborados desde consideraciones psicosociales pueden ser clasificados en tres grupos. El primer grupo incluye los modelos desarrollados en el marco de la teoría socio cognitiva del yo. Estos modelos se caracterizan por recoger las ideas de Albert Bandura para explicar la etiología del síndrome de quemarse por el trabajo. Básicamente consideran que:

- a) Las cogniciones de los individuos influyen en lo que éstos perciben y hacen y, a su vez, estas cogniciones se ven modificadas por los efectos de sus acciones, y por la acumulación de las consecuencias observadas en los demás.
- b) La creencia o grado de seguridad por parte de un sujeto en sus propias capacidades determinará el empeño que el sujeto pondrá para conseguir sus objetivos y la facilidad o dificultad en conseguirlos, y también determinará ciertas reacciones emocionales, como la depresión o estrés, que acompañan a la acción.

Entre los modelos recogidos en este grupo se encuentran el modelo de competencia social de Harrison, el modelo de Cherniss, el modelo de Pines y el modelo de autocontrol de Thompson, Page y Cooper. En los tres primeros modelos la autoeficacia percibida es la variable relevante para el desarrollo del síndrome, mientras que en el modelo de Thompson es la autoconfianza profesional y su influencia sobre la realización personal en el trabajo la variable que determina el desarrollo del síndrome.

El segundo grupo recoge los modelos elaborados desde las teorías del intercambio social. Estos modelos consideran los principios de la teoría de la equidad (modelo de comparación social de Buunk y Schaufeli), o de la teoría de la conservación de recursos (modelo de Hobfoll y Fredy). Proponen que el síndrome de quemarse por el trabajo tiene su

etiología principalmente en las percepciones de falta de equidad o falta de ganancia que desarrollan los sujetos como resultado del proceso de comparación social cuando se establecen relaciones interpersonales. Los profesionales de los servicios de ayuda establecen relaciones de intercambio (ayuda, aprecio, gratitud, reconocimiento, etc.) con los receptores de su trabajo, con los compañeros, con los supervisores, y con la organización, y en estas relaciones las expectativas de equidad o ganancia sobre esos intercambios juegan un papel importante. Cuando de manera continuada los sujetos perciben que aportan más de lo que reciben a cambio de su implicación personal y de su esfuerzo, sin ser capaces de resolver adecuadamente esa situación, desarrollarán sentimiento de quemarse por el trabajo.

Por último, el tercer grupo considera los modelos elaborados desde la teoría organizacional. Estos modelos incluyen como antecedentes del síndrome las disfunciones del rol, la falta de salud organizacional, la estructura, la cultura y el clima organizacional. Son modelos que se caracterizan porque enfatizan la importancia de los estresores del contexto de la organización y de las estrategias de afrontamiento empleadas ante la experiencia de quemarse. Todos ellos incluyen el síndrome de quemarse por el trabajo como una respuesta al estrés laboral. Se incluyen en este grupo el modelo de Golembiewskiet, el modelo de Cox, Kuk y Leiter, y el modelo de Winnubst. El primero de ellos destaca las disfunciones de los procesos del rol, y de manera especial la importancia de la sobrecarga y de la pobreza de rol para el desarrollo del síndrome, el modelo de Cox destaca la importancia de la salud de la organización y el modelo de Winnubst enfatiza la importancia de la estructura, la cultura y el clima organizacional.

Como describimos anteriormente existen muchos modelos teóricos que se utilizan como base estudio del síndrome de burnout o síndrome de quemarse en el trabajo, pero es necesario decir que para realizar una investigación seria y con bases científicas debemos tomar en cuenta todos los modelos que sean posibles y analizarlos detenidamente, debido a que cada persona es afectada de manera diferente, todos los trabajadores son propensos a ser afectados con el síndrome de burnout pero la forma de percepción es diferente, es decir, a varios trabajadores se ven afectados por la falta de oportunidades de crecimiento en la empresa, que en este caso específico en un hospital público es muy complicado que los empleados puedan escalar en puestos jerárquicos y esto a futuro es un factor importante que puede provocar la aparición del síndrome de burnout; otras personas les afecta la forma de

organización del trabajo, la equidad en responsabilidades y recompensas por el trabajo realizado que en nuestro estudio se observa reflejado en cumplir un horario y la responsabilidad de completarlo cumpliendo la producción semanal o mensual que se requiere y que es necesaria para justificar un puesto de trabajo lo cual implica que si no se cumple los parámetros establecidos por la institución, lo más probable es que el puesto desaparezca y el empleado salga de la institución, lo que provoca despersonalización en el trabajo porque solo se ve como objetivo el cumplimiento de una meta y se olvida de la atención primaria que es el paciente.

La falta de retos y determinación del rol de un puesto de trabajo afecta a varias personas desencadenando el síndrome de burnout. La monotonía en el trabajo y la falta de desafíos refiriéndose a realizar campañas de salud, realizar charlas para el personal, etc., provoca la desmotivación en el personal que ejecuta sus funciones realizando lo necesario para cumplirlas y no da más de sí para el cumplimiento de sus tareas.

Por último podemos decir que los modelos teóricos son la base de la investigación de este síndrome que siempre deben ir acompañados del razonamiento lógico del investigador y su capacidad de discernir las formas de transmisión y percepción de este síndrome en cada una de las personas, tratar de enfocarnos en un modelo específico para realizar una investigación de este síndrome en el personal sanitario de un hospital sería un error muy grave, porque una institución donde se brinda servicios que trabajan directamente con personas no se tiene un factor específico que puede desencadenar el síndrome de burnout, por lo tanto debemos ser capaces de observar todo el entorno y diferenciar todas las situaciones organizacionales, ambientales y personales que pueden afectar el trabajado.

Para nuestra segunda variante que es la presión arterial que es uno de los estados fisiológicos que se pueden ver afectados por este síndrome, utilizaremos el método inductivo, porque para obtener un resultado o una conclusión general debemos investigar a partir de un antecedente específico. El estudio de este proceso fisiológico solo se lo puede realizar a través de un examen físico directamente de la persona a estudiar, y a partir del resultado que obtengamos podemos seguir analizándolo, y con los resultados podemos sacar conclusiones o teorías de los cambios fisiológicos que puede presentar una persona.

Los mismos materiales utilizados para el estudio tienen una base experimental científica de índole inductiva porque un tensiómetro el cual mide la presión arterial, calcula específicamente este estadio fisiológico y a partir de esta medición comienza una serie de estudios y análisis para determinar el grado de afectación en las personas y al final concluiremos con una afirmación general que sería la alteración de la presión arterial.

1.2.3 Marco contextual

1.2.3.1 FACTORES PSICOSOCIALES DE RIESGO

Cuando los factores organizacionales y psicosociales de las empresa y organizaciones son disfuncionales, es decir, provocan respuestas de inadaptación, de tensión, respuestas psicofisiológicas de estrés pasar a ser factores psicosociales de riesgo a de estrés. De la misma manera que el número de factores psicosociales es muy amplio, también lo es el número de factores psicosociales de riesgo o de estrés. Siguiendo la categorización de Cox y Griffiths cada una de las categorías principales pueden dar lugar a innumerables factores psicosociales de riesgo o de estrés.

Tabla 1. Factores de estrés psicosocial

FACTORES DE ESTRÉS PSICOSOCIAL	
Contenido del trabajo	Falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido, bajo uso de habilidades, alta incertidumbre, relación intensa.
Sobrecarga y ritmo	Exceso de trabajo, ritmo del trabajo, alta presión temporal, plazos urgentes de finalización.
Horarios	Cambio de turnos, cambio nocturno, horarios inflexibles, horario de trabajo imprevisible, jornadas largas o sin tiempo para la interacción
Control	Baja participación en la toma de decisiones, baja capacidad de control sobre la carga de trabajo, y otros factores laborales.

ambiente y equipos	Condiciones malas de trabajo, equipos de trabajo inadecuados, ausencia de mantenimiento de los equipos, falta de espacio personal, escasa luz o excesivo ruido.
Cultura organizacional y funcionales	Mala comunicación interna, bajos niveles de apoyo, falta de definición de las propias tareas o de acuerdo en los objetivos organizacionales.
Relaciones interpersonales	Aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales falta de apoyo social.
Rol en la organización	Ambigüedad de rol, conflicto de rol y responsabilidad sobre personas.
Desarrollo de carreras	Incertidumbre o paralización de la carrera profesional baja o excesiva promoción, pobre remuneración, inseguridad contractual.
Relación trabajo-Familia	Demandas conflictivas entre el trabajo y la familia bajo apoyo familiar. Problemas duales de carrera.
Seguridad contractual	Trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral. Insuficiente remuneración.

Fuente. (Confederacion de Empresarios de Malaga CEM, 2013)

1.2.3.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES

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

1.- Afectan a los derechos fundamentales del trabajador. Los riesgos psicosociales no se refieren a aspectos marginales o secundarios de las condiciones organizacionales del trabajo, sino a elementos básicos de sus características de ciudadano que trabaja, de su dignidad como persona, de su derecho a la integridad física y personal, de su derecho a la libertad y de su derecho a la salud positiva y negativa. Los riesgos psicosociales más citados, y generalmente más admitidos como tales, como la violencia y el acoso laboral o sexual son atentados a la integridad física, personal, a la dignidad del trabajador o su intimidad, elementos propios de los derechos fundamentales de los trabajadores.

2.- Los riesgos psicosociales tienen efectos globales sobre la salud del trabajador. Los efectos de los factores psicosociales de riesgo actúan sobre la salud del trabajador a través de los mecanismos de la respuesta de estrés (Levy, 1972). Tal como lo recoge la OIT y la OMS, tales respuestas están fuertemente mediadas por los mecanismos de percepción y contextuales, es decir los efectos sobre la salud del trabajador de los factores psicosociales de estrés son principalmente moduladores. Mientras los factores psicosociales de riesgo o estrés tienen efectos mediados y parciales, los efectos de los riesgos psicosociales tienen efectos principales y globales en razón de la naturaleza del propio riesgo, aunque sigan estando presentes los valores mediadores. Los riesgos psicosociales, principalmente en razón de su frecuente asociación al estrés agudo, hace que los efectos principales sean mayores. La violencia, el acoso laboral o el acoso sexual son riesgos que pueden tener efectos principales y que habitualmente afectan a la globalidad del funcionamiento de la persona que trabaja. Otras formas de riesgos psicosociales como el estrés, la inseguridad laboral o el burnout o desgaste profesional son formas de estrés crónico que por su globalidad afectan a la totalidad de la organización del propio estilo de vida personal o profesional. Tanto unos como otros afectan a la globalidad del funcionamiento del trabajador, a los niveles de seguridad personal y cursan con trastornos adaptativos.

3.- Afectan a la salud mental de los trabajadores. Los riesgos se definen por su capacidad para ocasionar daños a la salud, física y mental. Los riesgos psicosociales tienen repercusiones en la salud física de los trabajadores, pero tienen especialmente repercusiones notables en la salud mental de los trabajadores. Aunque no pueda hacerse una diferenciación neta, los riesgos psicosociales, por su propia naturaleza, afectan de forma importante y global a los procesos de adaptación de la persona y su sistema de estabilidad y equilibrio mental. Los datos actuales indican que la ansiedad, la depresión además de otros indicadores de mala salud mental están asociados a la exposición a los riesgos psicosociales. Los riesgos psicosociales son de hecho violaciones importantes de las expectativas laborales básicas, por lo que pueden generar alteraciones del sistema de procesos, cognitivos, emocionales y conductuales llevando a trastornos mentales de importancia. La aparición de trastornos de depresión, suicidios o conductas para suicidas suelen estar entre las más comunes. El trastorno de estrés postraumático, que se ha hecho cada vez más frecuente en contextos laborales, ha sido sugerido por la OIT, como una enfermedad profesional. Los datos acerca

de la presencia del trastorno de estrés pos traumático en el ámbito laboral es cada vez mayor, asociado principalmente a riesgos psicosociales como la violencia, el acoso laboral y el acoso sexual.

4.- Tienen formas de cobertura legal. La importancia real de los riesgos psicosociales, su alta incidencia y la relevancia de sus consecuencias en la salud de los trabajadores ha obligado al desarrollo de una cobertura legal inicial y al desarrollo de una jurisprudencia sobre el tema. Mientras que los problemas ocasionados por los problemas generados por los factores psicosociales de estrés han estado abordados de una forma genérica, existe actualmente una legislación incipiente que atiende al estrés, la violencia y el acoso, como casos más claros.

1.2.3.3 TIPOS DE RIESGOS PSICOSOCIALES

1.2.3.3.1 El estrés

Es probablemente el riesgo psicosocial de mayor incidencia y el que está más extendido ya que actúa como respuesta general ante los factores psicosociales de riesgo. Podemos definirlo como “un patrón de reacciones emocionales, cognitivas, fisiológicas y de comportamiento a ciertos aspectos adversos o nocivos del contenido del trabajo, organización del trabajo y el medio ambiente de trabajo. Es un estado que se caracteriza por altos niveles de excitación de respuesta y la frecuente sensación de no poder afrontarlos” (Comisión Europea).

Podemos considerar la existencia de dos tipos de estrés laboral:

- 1) Cuando las demandas laborales superan los recursos del trabajador
- 2) cuando el trabajador se ve expuesto a eventos críticos.

1.2.3.3.2 La violencia laboral

En sus diferentes manifestaciones (verbal, física y psicológica), es probablemente el segundo riesgo psicosocial en orden de importancia.

Podemos definirla como “Toda acción, incidente o comportamiento que se aparta de lo razonable en la cual una persona es asaltada, amenazada, humillada o lesionada como consecuencia directa de su trabajo “según la OIT.

En cuanto a los tipos de violencia, podemos hablar de tres tipos distintos:

Violencia de tipo I): Actos violentos procedentes de personas que están relacionadas con el propio trabajo. Es un tipo de violencia que se comete con ocasión de robos, asaltos y atracos en el lugar de trabajo. Su objetivo fundamental es la obtención de bienes valiosos para los asaltantes.

Violencia de tipo II) Actos violentos provenientes de los clientes a quienes se atiende o se presta servicio. Su objetivo es conseguir un servicio que no se estaba recibiendo.

Violencia de tipo III) Actos violentos que provienen de compañeros o superiores del propio lugar de trabajo. El objetivo de este tipo de violencia es obtener unos beneficios que no estaban obteniendo o estaban siendo reclamados por otros grupos.

1.2.3.3 Acoso laboral o mobbing

Es una forma de violencia en el trabajo, pero por sus características, consecuencias e incidencia, conviene estudiarse por separado. El mobbing es en la actualidad, considerado uno de los riesgos psicosociales más importantes en el ámbito laboral. Podemos definir Acoso Laboral como “Una forma de comportamiento negativo entre compañeros o entre superiores jerárquicos y subordinados, por el que la persona en cuestión es humillada y atacada varias veces, directa o indirectamente por una o más personas con el propósito y con el efecto de alinearla” lo dice el Comité Consultivo de la Comisión Europea para la seguridad, la higiene y la protección de la salud en el trabajo.

1.2.3.3.4 Acoso sexual

Es planteado también como una de las formas de violencia laboral, y de forma frecuente, como una modalidad del acoso laboral, pero conviene tratarlo por separado ya que el acoso sexual tiene un contexto propio, unas formas específicas y unas consecuencias especiales que lo hacen distinto de la violencia laboral y del acoso en el trabajo.

Podemos definirlo como “Toda conducta de naturaleza sexual desarrollada en el ámbito de organización y dirección de una empresa, o como consecuencia de una relación de trabajo, realizado a sabiendas que es ofensiva y no deseada por la víctima, determinando una situación que afecta al empleo y a las condiciones de trabajo y/o creando un entorno laboral ofensivo, hostil”

Tipos de acoso sexual, en función de si existe o no, chantaje:

El acoso sexual en el que existe chantaje sexual es el conocido como “quid pro quo” (una cosa por otra) y consiste en solicitar los favores sexuales a cambio de la obtención de algún tipo de beneficios laborales o a cambio, de no experimentar y sufrir consecuencias desagradables como un despido o un cambio de puesto de trabajo.

Acoso sexual producido por un ambiente hostil. Consiste en la existencia de unas condiciones de trabajo por el que los atributos sexuales, normalmente de mujeres, es una de las características que deben exhibirse incluso cuando no guarda relación con el trabajo que se está realizando.

1.2.3.3.5 Inseguridad contractual

Ha existido siempre, pero en los últimos años se ha acrecentado a consecuencia de la crisis económica que atravesamos. Los procesos empresariales de fusión, absorción y las disminuciones de plantillas, entre otros, han generado que la inseguridad laboral sea actualmente un riesgo laboral con entidad propia, tanto por su extensión como por sus efectos. Podemos definir inseguridad laboral como “Una preocupación general acerca de la existencia del trabajo en el futuro, y también como una amenaza percibida de características de trabajo diferentes, tales como la posición dentro de una organización o las oportunidades de carrera”.

Podemos diferenciar cuatro aspectos en relación a la seguridad contractual:

1. El bajo nivel de certeza sobre la continuidad del contrato.
2. El bajo nivel de control sobre el número de horas de trabajo y sobre las condiciones del mismo.
3. El bajo nivel de protección social /desempleo o discriminación.
4. El bajo nivel de control sobre la paga o el salario.

1.2.3.3.6 El bournout o desgaste profesional

Es el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga des motivante para las tareas laborales. En el síndrome de Burnout destacan tres componentes: agotamiento emocional, despersonalización (en el tratamiento hacia las personas que se tiene que atender) y baja realización personal.

1.2.3.3.7 Conflicto familia-trabajo

Conviene incluirlo como riesgo psicosocial laboral dado que ambas entidades (familia y trabajo) conforman los dos ámbitos principales de la identidad de una persona y ocupan de forma mayoritaria el uso del tiempo disponible. El conflicto familia-trabajo surge cuando las presiones de la familia y el trabajo se tornan incompatibles. En función de la dirección del conflicto, distinguimos entre conflicto familia-trabajo y conflicto trabajo-familia.

1.2.3.3.8 Trabajo emocional

Por trabajo emocional nos referimos a aquel tipo de trabajo en el que la regulación de las emociones forma parte importante de los mismos (por ejemplo: el sector servicios). El trabajo emocional puede definirse como “El autocontrol de las emociones positivas y

negativas que se derivan de la existencia de normas organizacionales sobre la expresión emocional en el desempeño de su puesto y que tienen como objetivo asegurar la satisfacción del cliente y la consecución de objetivos organizacionales”. Para expresar emociones organizacionales deseables (para los clientes), el trabajador debe ejercer un completo control sobre ellas, pudiendo llevar a cabo:

- Una actuación superficial: el trabajador expresa una emoción distinta a la que siente.
- Una actuación profunda: el trabajo modifica la emoción que siente y por tanto que expresa. (Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo, 2003)

Una vez analizado los factores de riesgo psicosocial, nos enfocaremos en el síndrome de burnout que es objeto de nuestro estudio, analizaremos los diferentes conceptos que a lo largo de la historia varios autores han modificado y enriqueciendo cada vez más la forma de ver a este síndrome y llevándonos a analizarlo y brindarle mucha importancia a este riesgo que hoy en día se muestra como uno de los más importantes riesgos que perjudican tanto al profesional de salud y a la misma institución donde se encuentra presente.

1.2.3.4 CONCEPTOS DEL SÍNDROME DE BURNOUT

El síndrome de agotamiento profesional o Burnout, es un término que traducido al castellano significa “estar o sentirse quemado por el trabajo, agotado, sobrecargado, exhausto”, fue descrito por primera vez por el psicoanalista Herbert J. Freudenberger. A partir de observar cambios en él y en otros profesionales (psicólogos, consejeros, médicos, asistentes sociales, enfermeros, dentistas). Se observó que después de cierto tiempo estos profesionales perdían mucho de su idealismo y también de su simpatía hacia los pacientes. Lo observó principalmente en los profesionales de servicio o de ayuda cuya actividad va dirigida hacia otras personas. (Martinez M, 1998) (Zaldúa G, 2000)

Freudenberger describe el Burnout como un conjunto de síntomas médico-biológico y psicosocial, inespecíficos que se desarrollan en la actividad laboral como resultado de una demanda excesiva de energía. (A., 2004)

El síndrome de Burnout se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud producido por la relación profesional-paciente y por la relación profesional-organización. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge. (T, 1990).

Las doctoras Maslach y Jackson en sus trabajos sobre el síndrome de burnout, consideran a este síndrome como un proceso de estrés crónico por contacto, en el cual dimensionan tres grandes aspectos: el cansancio emocional, caracterizado por la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento; la despersonalización, caracterizada por un cambio negativo de actitudes que lleva a un distanciamiento frente a los problemas, llegando a considerar a las personas con las que tratan como verdaderos objetos; y la falta de realización profesional, donde se dan respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con manifestaciones pseudo-depresivas y con tendencia a la huida, una moral baja, un descenso en la productividad en el trabajo, lo que lleva a una escasa o nula realización profesional.

Este síndrome está definido por la presencia de una respuesta prolongada en el tiempo de estrés en el organismo de la persona, ante los factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo, que incluye fatiga crónica, ineficacia y negación de lo ocurrido. En palabras de Freudenberg:

“deterioro y cansancio excesivo progresivo unido a una reducción drástica de energía acompañado a menudo de una pérdida de motivación que a lo largo del tiempo afecta las actitudes, modales y el comportamiento general.”

Según Maslach y Jackson, el síndrome de quemarse por el trabajo se define, pues, como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como

por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con frecuencia en los profesionales de la salud, y en general en profesionales de organizaciones de servicios que trabajan en contacto directo con los usuarios de éstas.

1.2.3.5 FACTORES QUE PREDISPONEN AL SÍNDROME DE BURNOUT

Entre los factores o características personales que predisponen a experimentar un cuadro de desgaste profesional y que en opinión de los doctores Mingote Adán y Pérez Corral, autores del “Estrés médico”, cabe citar los siguientes, como así lo recoge en su libro Marisa Bosqued, “Que no te pese el Trabajo”. (Bosqued, 2008)

- Fuerte Idealismo y altruismo.
- Elevadas expectativas respecto al trabajo.
- Mayor sensibilidad hacia los sentimientos y necesidades de los demás.
- Elevado nivel de auto exigencia.
- Excesiva autocrítica.
- Falta de habilidad para afrontar y manejar el estrés y las situaciones conflictivas.
- Estilo cognitivo de pensamiento dicotómico, en términos de “todo o nada”.
- Baja tolerancia a la ambigüedad.
- Locus de control externo. Nos referimos a la atribución que cada persona tiene respecto a la causalidad de aquello que le ocurre. Los individuos con locus de control interno tienen la creencia de que ellos controlan los acontecimientos de la vida con sus propias acciones, mientras que aquellos con locus de control externo, por el contrario, lo atribuyen a fuerzas externas, como el azar, la suerte o el comportamiento de los demás.
- Situaciones estresantes en la vida personal.

1.2.3.5.1 Factores que moderan el Síndrome de Burnout

Al igual que existen agentes que incrementan la probabilidad de presentar un síndrome de burnout, también las hay que disminuyen (Bosqued, 2008):

- La edad y los años de experiencia del profesional.

- La estabilidad emocional familiar.
- Las relaciones sociales.
- La pertenencia al sexo femenino.
- La posesión de unas estrategias adecuadas para manejar más eficazmente el estrés y las situaciones conflictivas.
- La capacidad para aceptar y analizar los problemas que se plantean en el desempeño profesional en lugar de negarlos.
- La autoeficacia. La creencia o confianza que uno tiene en su capacidad para afrontar los retos y las situaciones difíciles con éxito.
- La tolerancia a la frustración.

1.2.3.5.2 Fases del proceso de burnout

Integrando los diversos estudios que describen la transición por etapas del síndrome de burnout, se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome.

a. Fase inicial de entusiasmo

Se experimenta, ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

b. Fase de estancamiento

No se cumplen las expectativas profesionales. Se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, percibiendo que la relación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre las demandas y los recursos (estrés); por tanto, definitiva de un problema de estrés psicosocial. El profesional se siente incapaz para dar una respuesta eficaz.

c. Fase de frustración

Se puede describir una tercera fase en la que la frustración, desilusión o desmoralización hace presencia en el individuo. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

d. Fase de apatía

En la cuarta fase se suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (enfrentamiento defensivo) como la tendencia a tratar a los clientes de forma

distanciada y mecánica, la anteposición cínica de la satisfacción de las propias necesidades al mejor servicio al cliente y por un afrontamiento defensivo-evitativo de las tareas estresantes y de retirada personal. Estos son mecanismos de defensa de los individuos.

e. Fase de quemado

Colapso emocional y cognitivo, fundamentalmente, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Esta descripción de la evolución del síndrome de burnout tiene carácter cíclico. Así, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral.

Consecuencias del síndrome de burnout para la organización y para el trabajador

El trabajador se ve afectado poco a poco en su salud, debido a la exposición a determinadas condiciones de trabajo que no le resultan controlables y a pesar de poner en juego todos sus recursos personales. No se puede suponer que la sensibilidad individual es la responsable de que la persona sufra daños en su salud, sino que son las condiciones de trabajo a las que está expuesto las responsables de esto. No obstante es posible que, a través de sus recursos personales de afrontamiento y del apoyo social del que se provea, pueda protegerse de la exposición a los factores de riesgo del síndrome de burnout. En este sentido, no puede ser definido como un problema de adaptación, puesto que es obvia la obligación del empleador de adaptar el trabajo a la persona, como así lo regula el texto de la Ley de Prevención de Riesgos Laborales.

El síndrome de burnout es un tipo particular de mecanismo de afrontamiento y autoprotección frente al estrés generado por la relación profesional-cliente y por la relación profesional-organización. Aparece un deterioro cognitivo (frustración y desencanto profesional), afectivo (desgaste emocional y, en algunos casos, culpa) y actitudinal (cinismo,

indolencia e indiferencia frente a clientes o frente a la organización) en el trabajador. Se han descrito desde el plano individual más de 100 síntomas relacionados con el síndrome de burnout que afectan a las emociones y los afectos, a las cogniciones, a las actitudes, a las conductas y al sistema fisiológico. Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación.

Esta respuesta surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que suelen emplear los profesionales. Supone para el trabajador una sensación de fracaso profesional y de fracaso en las relaciones interpersonales con los usuarios. En esta situación, la respuesta desarrollada está constituida por sentimientos de baja realización personal en el trabajo y de agotamiento emocional. Ante esos sentimientos, el individuo genera actitudes y conductas de despersonalización como una nueva forma de afrontamiento. Así, el síndrome de quemarse por el trabajo es un paso intermedio en la relación estrés-consecuencias del estrés, de forma que, si perdura en el tiempo, el estrés laboral tendrá consecuencias nocivas para el individuo en forma de enfermedad o falta de salud, con alteraciones psicósomáticas (alteraciones cardiorrespiratorias, jaquecas, gastritis y úlcera, dificultad para dormir, mareos y vértigos, etc.), y también para la organización (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc. (NTP 175 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo, 2001)

Consecuencias para el trabajador:

A. Consecuencias psíquicas:

- Deterioro cognitivo.
- Dificultad para concentrarse.
- Ansiedad y/o depresión.
- Dificultad para tomar decisiones.
- Dificultad para conciliar el sueño (insomnio).
- Trastornos sexuales.
- Trastornos de tipo afectivo.
- Desórdenes mentales como esquizofrenia o trastornos obsesivo-compulsivos.

Además, se ha demostrado que entre los individuos que sufren estrés laboral, aumenta considerablemente el riesgo de conductas perjudiciales para la salud como el tabaquismo, el alcoholismo o el consumo de drogas. Cuando dicha conducta existía de modo previo a la situación estresante, la consecuencia suele ser un incremento del consumo. También parece haber un aumento significativo de desórdenes alimenticios como la obesidad, la anorexia o la bulimia.

Otra de las consecuencias del estrés laboral para el trabajador es el progresivo deterioro de sus relaciones personales, tanto familiares como de amistades o pareja.

B. Consecuencias físicas: entre las consecuencias físicas del estrés laboral en el trabajador, que suelen manifestarse en el medio y largo plazo, encontramos las siguientes patologías:

- Alteraciones cardiovasculares: hipertensión, enfermedades coronarias, arritmias.
- Alteraciones dermatológicas: caída del cabello (alopecia), dermatitis, urticaria.
- Alteraciones sexuales: Disfunción eréctil (vulgarmente conocida como impotencia), eyaculación precoz, disminución o aumento del apetito sexual.
- Alteraciones musculoesqueléticas: Contracturas musculares, incremento del riesgo de lesiones músculo-tendinosas, dolores crónicos, empeoramiento de determinadas patologías como la artritis, mayor tendencia a sufrir calambres, tics nerviosos.
- Alteraciones digestivas: diarrea, estreñimiento., úlceras pépticas.
- Alteraciones del sistema inmune: disminución de la resistencia del organismo frente a agentes patógenos y por tanto mayor propensión a enfermedades infecciosas.
- Alteraciones del sistema endocrino: hipertiroidismo, hipotiroidismo.

Otra de las consecuencias que frecuente presentan los trabajadores sometidos a estrés laboral es la aparición de dolores de cabeza o cefaleas, cuya intensidad hace que en ocasiones el empleado se vea incapacitado temporalmente para realizar cualquier actividad.

Consecuencias para la empresa:

Las consecuencias del estrés laboral se extienden más allá del propio individuo y afectan a su entorno más inmediato. Es por ello fundamental para las empresas ser capaces de mantener controlados los niveles de estrés de sus empleados, ya que afectan directamente al rendimiento, productividad y competitividad de las mismas. Estas son algunas de las consecuencias que el estrés laboral implica para la empresa:

- Se generan sinergias negativas (deterioro de las relaciones laborales, falta de colaboración, etc.).
- Aumento del absentismo.
- Incremento de accidentes laborales.
- Mayor número de bajas por enfermedad.
- Bajo rendimiento por empleado.
- Menor productividad.
- Aumento de quejas por parte de los clientes y por tanto menor nivel de satisfacción.

Como vemos, los efectos del estrés laboral son más amplios de lo que pudiera parecer en un primer momento y afectan al trabajador, a la gente que le rodea y a la propia empresa. (Estreslaboral INFO , 2013)

Actualmente, 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 (ausentismo, rotación, disminución de la productividad, disminución de la calidad, etcétera). Asimismo, la incidencia del síndrome de quemarse por el trabajo sobre los profesionales de la salud conlleva también a repercusiones sobre la sociedad en general.

Una de las alteraciones que puede ocurrir en la salud de los trabajadores es la alteración de la presión arterial, debido a la tensión laboral y el estrés; estos factores pueden llevar a consecuencias mayores si no se controlan a tiempo, por tal motivo debemos conocer la fisiología que lleva este cambio y las alteraciones que pueden llegar a suceder en el estado físico de las personas.

1.2.3.6 Presión arterial. Circulación arterial.

1.2.3.6.1 Sistema arterial. Características generales

El sistema arterial consiste en una serie de vasos, sucesivamente ramificados, que van desde las arterias de gran calibre como la aorta y la pulmonar, pasando por las de mediano, pequeño calibre y arteriolas, hasta los capilares o vasos de intercambio. La estructura de la pared arterial está organizada en función de los fenómenos mecánicos que tiene que soportar. La pared arterial es una pared más gruesa que la venosa, ya que esta porción del árbol circulatorio va a estar sometida a mayores presiones. Su estructura histológica varía dependiendo de la función que deba desarrollar cada segmento arterial. Como todo vaso sanguíneo dispone de tres capas: íntima, media y adventicia, siendo la túnica media la capa más gruesa de la pared arterial.

1.2.3.6.2 Funciones principales de las arterias

Las arterias realizan cuatro funciones principales:

- a) **Conducción.** El sistema arterial es, básicamente, un sistema de canalización entre el corazón y las regiones de intercambio capilar.
- b) **Filtro hidráulico o amortiguador de la pulsatilidad.** La actividad cíclica de la bomba cardíaca genera oscilaciones de presión y flujo que son amortiguadas según la sangre avanza en el árbol arterial. Esta disminución de las fluctuaciones de presión y de flujo es realizada principalmente por las arterias de menor calibre y por las arteriolas; y tanto la presión arterial periférica como el flujo sanguíneo son continuos a nivel capilar.
- c) **Reservorio de presión.** Debido a que el corazón es una bomba intermitente, el avance de la sangre se produciría en el sistema vascular, únicamente durante la fase de empuje o fase sistólica. Sin embargo la estructura elástica de la pared arterial permite almacenar parte de la energía cinética proporcionada por el ventrículo, como energía potencial en la expansión de la pared. Así, posteriormente en la diástole, la pared

vuelve a su estado inicial o de reposo, imprimiendo energía cinética a la sangre acumulada en su interior.

- d) Regulador de la distribución del flujo sanguíneo. Esta función corresponde básicamente a las arteriolas o vasos de resistencia. La pared arteriolar presenta el mayor contenido proporcional en fibras musculares y, por lo tanto, es el principal vaso que puede modificar ampliamente su calibre y controlar el flujo sanguíneo que llega a un determinado territorio vascular. El control del calibre arteriolar (vasoconstricción o vasodilatación) está estrechamente regulado a través de factores locales, nerviosos vegetativos y hormonales.

La presión o tensión arterial es la fuerza por unidad de superficie ejercida por la sangre contra las paredes vasculares. Esta fuerza de empuje es el único impulso con que la sangre ha de recorrer todo el circuito vascular para poder retornar al corazón. La presión viene determinada por el volumen de sangre que contiene el sistema arterial y por las propiedades de las paredes, si varía cualquiera de los dos parámetros, la presión se verá modificada.

Depende de los siguientes factores:

1. Débito sistólico (volumen de eyección del ventrículo izquierdo)
2. Distensibilidad de la aorta y de las grandes arterias.
3. Resistencia vascular periférica, especialmente a nivel arteriolar, que es controlada por el sistema nervioso autonómico.
4. Volemia (volumen de sangre dentro del sistema arterial).

Se distingue una presión sistólica y otra diastólica. La presión sistólica es la presión máxima que se alcanza en la sístole. Esta depende fundamentalmente del débito sistólico, la volemia y la distensibilidad de la aorta y las grandes arterias. La presión diastólica es la mínima presión de la sangre contra las arterias y ocurre durante la diástole. Depende fundamentalmente de la resistencia vascular periférica. La presión de pulso es la diferencia entre la presión sistólica y la diastólica. La presión arterial varía en las personas a lo largo de las 24 horas. Los factores que influyen son las emociones, la actividad física, la presencia de dolor, estimulantes como el café, tabaco, algunas drogas, etc.

La presión arterial media es un parámetro cardiovascular importante ya que proporciona el valor de presión con que la sangre llega a los tejidos, es por lo tanto la fuerza efectiva que conduce la sangre a lo largo del sistema vascular. (Rubin LJ, 1982)

Valores normales de la presión arterial:

Presión sistólica: entre 100 y 140 mm de Hg (lo ideal sería tener una presión sistólica que no superara los 120 mm Hg, o, a los más, los 130 mm Hg). Presión diastólica: entre 60 y 90 mm de Hg (lo ideal sería tener una presión diastólica por debajo de los 90 mm Hg).

Se considera que un paciente está comenzando a ser hipertenso cuando su registro es igual o mayor de 140/90 mm de Hg. Algunas personas, especialmente mujeres jóvenes, tienen presiones que normalmente son bajas (100/60 mm Hg o incluso menos). En otras situaciones, la presión baja es una manifestación de shock o colapso circulatorio, pero en estos casos, se presentan signos de mala perfusión tisular (compromiso de conciencia, extremidades frías, diuresis escasa). (Lamb, 1998)

Dentro de los factores de riesgo de la hipertensión arterial se reconocen algunos de carácter genético y otros de carácter psicosocial. Entre los primeros se destacan la edad, el sexo, la raza y los antecedentes familiares de hipertensión arterial. Dentro de los factores de riesgo psicosocial se destacan aquellos comportamientos que hacen a la persona más vulnerable a padecer el trastorno, tales como hábitos inadecuados de alimentación, tabaquismo, alcoholismo, sedentarismo y estrés.

Aunque no se dispone de una evidencia que permita atribuir al estrés per se un papel determinante en la etiología de la hipertensión, sí se reconoce en mayor o menor medida cierto grado de responsabilidad en la patogenia de esta enfermedad. (Amigo I, 1990) Al respecto, Gutiérrez J plantea que el estrés puede ser un factor de riesgo cardiovascular y su manejo podría ser beneficioso para el paciente hipertenso. (J, 2001) Así, en la literatura psicológica se recogen acontecimientos y situaciones estresantes de distinta naturaleza que provocan elevaciones de la presión arterial. (CH, 1977)

Según Julios S y Jonson EH, los individuos hipertensos responden a agentes estresantes estándar de laboratorio (exposición a emociones experimentales inducidas de miedo y enfado, entrevistas enfocadas sobre conflicto personal y tareas cognitivas frustrantes), con mayores elevaciones tensionales y de frecuencia cardíaca que los normotensos, mayor también en individuos con historia familiar de hipertensión. Shapiro AP, Moustsos SE y Krifcher E publicaron que individuos adultos con padres hipertensos mostraban mayores respuestas presoras sistólicas a la prueba de color-palabra de Stroop que los individuos con padres normotensos. Similares resultados publicó Falkner B, quien apreció que los adolescentes normotensos con padres hipertensos mostraban mayores elevaciones de frecuencia cardíaca y presión arterial ante las pruebas de aritmética mental que los individuos normotensos sin historia familiar de hipertensión.

Ante una situación concreta de estrés, en el sistema cardiovascular se producen una serie de cambios químicos característicos, mediados por la activación del sistema nervioso simpático. Estos cambios incluyen el incremento de la frecuencia cardíaca y la constricción de las arterias principales (envueltas en pequeñísimos músculos circulares inervados por esta rama del sistema nervioso autónomo), lo que provoca un inevitable aumento de la presión arterial. En particular, las arterias del sistema mesentérico que canalizan la sangre al tracto digestivo, así como las que suministran sangre a los riñones y a la piel, se constriñen, lo que facilita el aporte sanguíneo a la musculatura y al cerebro. Por otra parte, la vasopresina u hormona antidiurética secretada por el hipotálamo vía hipófisis posterior, hace que los riñones frenen la formación de orina, lo cual provoca una disminución de la eliminación de agua, efecto que aumenta el volumen sanguíneo y también la presión arterial.

Entonces podemos decir que los mecanismos responsables del aumento de la presión arterial por el estrés son los siguientes:

- 1) En el aparato cardiovascular el estrés determina un incremento del gasto cardíaco por aumento de la frecuencia cardíaca. No se producen cambios en las resistencias periféricas totales, aunque sí en los flujos regionales, con aumento de la perfusión en

el sistema muscular esquelético, corazón y cerebro, y descenso en las áreas esplácnica y renal.

- 2) El aumento observado en la frecuencia cardíaca se acompaña de un incremento significativo y paralelo de adrenalina y noradrenalina. También hay datos que demuestran que el estrés provoca la activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, así como aumentos de la ACTH, cortisol y vasopresina. Estas respuestas hormonales pueden contribuir al aumento de las cifras de presión arterial inducido por estrés.
- 3) Finalmente, también el sistema nervioso central y el periférico han sido implicados en la cascada de acontecimientos que determinan el aumento de la presión arterial ante situaciones de estrés. (S., 1986)

1.2.4 Estado actual del conocimiento sobre el tema

Los trastornos fisiológicos provocados por el síndrome de burnout han sido estudiados en múltiples ocasiones, sabiendo que uno de estos trastornos es la hipertensión la misma que es una señal clara que en el individuo puede desencadenar enfermedades más graves como son, problemas cardiacos, trombosis cerebral y a futuro provocar la muerte si no se llega a identificar analizar y corregir este síndrome.

El padecimiento de este síndrome se acompaña de manifestaciones físicas, psicológicas y sociales. Entre las primeras se citan: cefaleas, dorsalgias, lumbalgias, síntomas gastrointestinales, hipertensión arterial y trastornos del apetito. Las manifestaciones psicológicas incluyen, entre otras: irritabilidad, déficit atencional y trastornos de la memoria. La afectación de las relaciones interpersonales se expresa en conductas que afectan la relación con los miembros de la familia, con otros a llegados y con colegas. (Hidalgo I, 1994)

Un estudio realizado en Argentina en el año 2007 en el personal médico y de enfermería del hospital “Juan Ramón Gómez” de la localidad de Santa Lucia se observó el síndrome de Burnout en 11 (73,3%) de los 15 trabajadores encuestados. En el grupo de

médicos, el nivel de afectación fue del 100% (4 de 4); mientras que en el grupo de enfermeros/as, fue de 63,6% (7 de 11).

El personal de salud se ve más vulnerable a presentar el síndrome de burnout o síndrome de quemarse en el trabajo, debido a que tienen mucho contacto con personas (pacientes), es así que en Texas, Estados Unidos, en un grupo de médicos residentes, 38.2% manifestó agotamiento emocional elevado, 47.1% reportó alta despersonalización y 19.1% declaró baja realización personal. En España se reporta una prevalencia del 58% de desgaste en médicos residentes de ginecología y obstetricia, donde consideran factores predisponentes la sobrecarga de trabajo y ser soltero, por falta de apoyo familiar.

En otro estudio realizado en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara se encontró que en el 42,3 % de los médicos familiares que laboran en el este hospital se encuentran, "quemados", agotados física y emocionalmente, lo que significa que el síndrome de Burnout está presente en ellos.

También se pudo constatar que en los médicos que enferman, los signos y/o síntomas más frecuentes fueron los relacionados con las enfermedades respiratorias (gripes, rinitis alérgica, faringitis y rinofaringitis); las gastrointestinales (colitis, gastritis y enfermedad ácido péptica); las cardiovasculares (hipertensión principalmente); las músculo-esqueléticas (artralgias, lumbalgias, dolores musculares, fracturas); neurológicas (cefaleas) y psicológicas (depresión, estrés, insomnio, cansancio, neurosis y ansiedad). En menor frecuencia se encuentran las metabólicas (hiperlipidemias, obesidad y diabetes), las ginecológicas (del climaterio, mastopatías y menstruales), las andrológicas (prostatismo) y las odontológicas, que debido a su baja frecuencia no fueron utilizadas en el análisis estadístico de este estudio. (Carolina Aranda Beltrán, 2005)

Los trastornos hipertensivos constituyen uno de los problemas socio-sanitarios más importantes. Se calcula que la cuarta parte de la población mundial que ha sobrepasado los 50 años es hipertensa. De todo esto se desprende que el 30 % de la población adulta del mundo sufre hipertensión arterial. En Cuba se ha determinado que el 15 % de la población

rural y el 30,0 de la urbana es hipertensa y aproximadamente el 50,0 de las personas mayores de 50 años padecen la enfermedad. (Coca A, 2004)

En México se ha realizado estudios donde las enfermedades cardiovasculares (ataques cardiacos, accidentes cerebrovasculares y la hipertensión) hacen que en el año 2007, el 36,6% del total de defunciones, 25.383 muertes en el grupo de 15 a 65 años de edad. La morbilidad de estas enfermedades es también alta, de acuerdo a las Encuestas Nacionales de Salud 2006, la prevalencia de la hipertensión ha aumentado del 35% al 47,3% en mujeres y el 36% y el 40%. En los hombres de 2000 a 2006. (Gil-Monte PR, 2006)

Al analizar los resultados de los diferentes estudios realizados en diferentes países tenemos como conclusión que el síndrome de burnout es un riesgo psicosocial más importante que afecta a gran parte de los trabajadores especialmente al sector de la salud y que va de la mano con afecciones físicas que pueden provocar diversos daños en la salud del trabajador que si no son atendidos a tiempo pueden provocar daños permanentes en los trabajadores. Con todo esto nos lleva a realizar una investigación profunda y seria para poder obtener resultados reales y con ellos proponer a futuro medidas correctivas para esta problemática que cada vez afecta a más personal de la salud.

1.2.9 Hipótesis

Existe relación entre el síndrome de burnout y la presión arterial en los trabajadores de salud de un hospital público.

1.2.10 Identificación y caracterización de variables

- Variable independiente: El síndrome de burnout
- Variable dependiente: Presión arterial
- Variable interviniente: Factores sociodemográficos y Laborales.

Operacionalización de variables

VARIABLES INDEPENDIENTES					
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO SELECCIONADO
Síndrome de Burnout	Se define como una respuesta al stress laboral crónico integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabajan y hacia el propio rol profesional, así como por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado. Esta respuesta ocurre con mayor frecuencia en los trabajadores de la salud producido por la relación profesional-paciente y por la relación profesional-organización. Sin embargo, no sería completa la descripción del síndrome si no se describe el contexto económico, social y laboral en el cual surge.	Maslach Burnout Inventory (MBI) es un cuestionario auto administrado y recoge respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas; donde el sujeto escoge una respuesta de las 7 opciones planteadas atribuyéndosele la puntuación establecida para cada respuesta.	1.- Agotamiento Emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. 2.- Despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. 3.-Baja Realización Personal.	Detalle de rangos de cada dimensión. La escala se mide según los siguientes rangos: 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 6 = Todos los días	MBI Maslach Burnout Inventory.

VARIABLES DEPENDIENTES					
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO SELECCIONADO
Presión Arterial	Representa la presión ejercida por la sangre contra la pared de las arterias.	Evaluación mediante examen físico. (Tensiómetro)	Normal < 120 Y < 80 Prehipertensión 120 – 139 O 80 – 89. Hipertensión Fase 1: 140 – 159 O 90 – 99. Hipertensión Fase 2: ≥ 160 O ≥ 100	Presión sistólica: entre 100 y 140 mm de Hg. Presión diastólica: entre 60 y 90 mm de Hg.	Examen físico, por medio de un tensiómetro digital.

VARIABLE INTERVINIENTE					
NOMBRE DE LA VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	INDICADORES	INSTRUMENTO SELECCIONADO
Socio-demográficas y laborales	Es el análisis, estudio y obtención de datos y conclusiones sobre un grupo social determinado, en aspectos relacionados con el perfil que señale la dinámica y características actuales de la población en el sector grupal que conforman los trabajadores, atendiendo a las variables sexo, edad, situación laboral, estudios terminados, etc	Nivel de un individuo en relación a sus condiciones económicas, sociales, laborales particulares	Cuantitativo	Años cumplidos Hombre / mujer Soltero / casado/ viudo/ divorciado/ otro. Hijos: si/no Tercer Nivel / cuarto Nivel. Nombramiento / contratado. Tiempo Completo/ Medio tiempo/ tiempo parcial. 1 año en adelante. Hace deporte: si/no Fuma: si/no Bebe alcohol:si/no	Encuesta socio-demográfica y laboral.

CAPITULO II. MÉTODO

2.1 TIPO DE ESTUDIO

El tipo de estudio utilizado en este trabajo es correlacionales porque estudiaremos la relación que existe entre el síndrome de burnout y la presión arterial de los trabajadores, llegando a afirmar o negar esta hipótesis.

2.2 MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Los datos para esta investigación se los recogerá directamente del lugar de trabajo, con los diferentes herramientas necesarias que nos ayudaran a recolectar los datos requeridos para el estudio.

2.3 MÉTODO

Se utilizará el método Hipotético-Deductivo, cuantitativo, de tipo relacional no experimental, siendo que, partiremos de una hipótesis inicial la cual será sometida a verificación y al final se concluirá si es verificable o se descarta. Este método permite recoger, organizar, resumir, presentar, analizar y generalizar los resultados de las observaciones realizadas en el transcurso de la investigación.

2.4 POBLACIÓN Y MUESTRA

Población: 450 personas que trabajan en el HSFQ-IESS.

Muestra: 271 trabajadores de la salud que laboren en el HSFQ-IESS.

2.4.1 Delimitación espacio temporal

La presente investigación se llevara a cabo de abril a julio del 2015, en el Hospital San Francisco de Quito – IESS, en las siguientes áreas:

- Consulta médica
- Enfermería

2.4.2 Criterios de inclusión

- Trabajar en el HSFQ-IESS
- Que tengan nombramiento de la Institución.
- Que acepte se parte de la investigación.
- Que preste sus servicios como profesional de la salud.

2.4.3 Criterios de exclusión

- Que no tenga nombramiento de la institución.
- Que la persona se encuentre en vacaciones, permiso, comisión.
- Que tenga menos de 1 año de servicio en la institución.
- Que sea diagnosticado hipertenso.
- Que no desee participar en la investigación.

2.5 SELECCIÓN DE INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

Para poder obtener información para realizar esta investigación se aplicará al personal a estudiar 2 instrumentos escogidos para los fines pertinentes, además se utilizará un software donde encontraremos información de soporte para esta investigación.

1.- MBI (Maslach Burnout Inventory), elaborado por Christina Maslach, que evalúa 3 aspectos: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización profesional. 2.- Encuesta de datos sociodemográficos que nos brindaran datos importantes que intervienen en nuestro estudio y que

después de su análisis podremos afirmar o negar nuestra hipótesis. 3.- Software informático xHis donde consultaremos los datos médicos necesarios para la investigación del personal que trabaja en el HSFQ-IESS.

Tabla 2. Instrumentos para la investigación

	Instrumento	Mide	Autor
1	MBI (Maslach Burnout Inventory)	Mide el cansancio emocional, la despersonalización y la realización profesional.	Christina Maslach (1986)
2	ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA - LABORAL. Encuesta de características socio demográficas - laborales.	Las características socio demográfico y laboral de los Trabajadores de salud de un hospital público.	Fernando Castillo (2015)
3	Software xHis	Datos médicos del personal.	IESS (2000)

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

2.5.1 Maslach Burnout Inventory (MBI)

Este es un método de medición el cual fue creado en el año de 1981, desde entonces sufrió muchos cambios al irse realizando nuevos estudios; reduciéndose de 47 ítems hasta la fecha actual que consta tan solo de 22 ítems siendo validado por Gil Monte internacionalmente reconocido por lo que es el método más utilizado para construir el síndrome. (Álvarez ML)

Además del MBI, se han desarrollado una gran variedad de instrumentos para medir este fenómeno, que usan dimensiones idénticas o similares a las del MBI y que también han sido relevantes en cuanto su aporte a la investigación. Entre ellos están el Staff Burnout Scale for Health Professionals (SBS-HP), el Burnout Measure (BM), el “Cuestionario Breve de Burnout” o CBB y el Shirom-Melamed Burnout Measure (SMBM), entre otros, que han sido empleados de manera

continua, sistemática y rigurosa, propiciando estudios y resultados que han contribuido a entender mejor el fenómeno del BO. Pese a ello, solamente el MBI cuenta con muestras amplias y diversas en cuanto a características ocupacionales y de su lugar de origen, por lo que este instrumento ha sido aceptado como un estándar para medir el BO. Así mismo, su validez discriminante es mucho mejor que la de otros instrumentos, tales como el BM. Diversos autores reconocen que el MBI es el instrumento que más ha aportado a la conceptualización del síndrome como son Cordes y Dougherty, Gil-Monte, Schaufeli, Maslach, Halbesleben, entre otros.

El MBI es un cuestionario auto administrado y recoge respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas; donde el sujeto escoge una respuesta de las 7 opciones planteadas atribuyéndosele la puntuación establecida para cada respuesta.

Los autores consideraron al Burnout como un síndrome tridimensional, dividiéndolo en tres sub escalas:

- Agotamiento Emocional. (AE) (9 preguntas. 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20) Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.
- Despersonalización (DP) (5 preguntas 5, 10, 11, 15, 22) Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento.
- Baja Realización Personal (RP) (8 preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21).

La escala se mide según los siguientes rangos:

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

6 = Todos los días

Se consideran que las puntuaciones del MBI son bajas entre 1 y 33. Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Tabla 3. Escalas de Burnout

SUBESCALA	BAJO	MEDIO	ALTO
AE	Menor o igual a 16	17-26	Mayor o igual a 27
DP	Menor o igual a 6	7-12	Mayor o igual a 13
RP	Mayor o igual a 39	32-38	Menor o igual a 31

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Al final del inventario se pide al investigado que complemente algunos datos de tipo demográfico o situacional, cuya finalidad principal es encuadrar mejor este síndrome. La puntuación final obtenida en cada escala surge de sumar los grados o frecuencias de cada ítem de esa escala y posteriormente se pasa a encuadrar cada puntuación en los grupos clasificatorios anteriores.

Tabla 4. Calificación de las preguntas de acuerdo a las sub escalas medidas.

Aspecto evaluado	Preguntas a evaluar	Valor total
Agotamiento Emocional. (AE)	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	
Despersonalización (DP)	5, 10, 11, 15, 22	
Baja Realización Personal (RP)	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Los resultados de cada sub-escala:

- Sub-escala de agotamiento emocional: valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.
- Sub-escala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
- Sub-escala de realización personal: evalúa los sentimientos de auto eficiencia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome Burnout

La utilidad de la adaptación española queda contrastada con los estudios realizados en 156 profesionales de servicios médicos (Adjuntos, Jefes de Servicio y Jefes de Sección) de varios centros hospitalarios. Los análisis de fiabilidad desarrollados sobre 1.316 casos reflejaron unos índices (alfa de Cronbach) de 0,90 en AE, 0,79 en DP y 0,71 en RP.

La estructura tri-factorial de Maslach y Jackson, ha sido replicada por varias investigaciones, entre ellas se encuentran las de Burke en 1996, Byrne que lo realizó anteriormente en 1993, recientemente Shutte en el año 2000, todas ellas con muestras compuestas de profesores. Así mismo, Bakker ha conseguido una estructura factorial de tres dimensiones incluso para varias ocupaciones. En una muestra de trabajadores del Hospital Penitenciario de Sevilla, en cuanto a los valores de fiabilidad según el Alfa de Cronbach fueron $\alpha = 0.815$ para Realización Personal en el trabajo, $\alpha = 0.885$ para Agotamiento Emocional y $\alpha = 0.796$ para Despersonalización.

En muestras chilenas, Barría en el 2002 investigó el Síndrome de Burnout en asistentes sociales, aplicando el MBI y obteniendo los tres factores encontrados por Maslach y Jackson. Así mismo, el análisis factorial de los tres factores determinó que la varianza total explicada fue un 51,6%. El primer factor explica el 23,6 %, el segundo factor el 14,1 % y el tercer factor el 13,9 %.

2.5.2 Encuesta sociodemográfica

Esta encuesta está encaminada a encontrar datos relevantes del personal que ayudarán en la presente investigación, como son datos personales, entre ellos: edad, género, número de hijos, estado civil, etc. Igualmente se recolectará datos como antigüedad en el puesto, horas de trabajo, etc., que intervienen muy estrechamente en la presencia del síndrome investigado; otros datos importantes que intervienen en la segunda variable y que es necesario consultarlas al personal investigado son si consume bebidas alcohólicas, fuma, realiza deportes y si es diagnosticado hipertenso.

2.5.3 Programa informático xHis.

El programa informático xHis contiene información médica relevante que contiene la presión arterial de todo el personal a ser investigado, por lo que se convierte en herramienta primordial para esta investigación.

2.5.4 Pilotaje de los instrumentos.

Los 2 instrumentos seleccionados fueron sometidos a un pilotaje en su aplicación a fin de garantizar que los encuestados estén totalmente claros del objetivo, la forma de aplicación, la estructura de los ítems.

El pilotaje de los instrumentos se llevó a cabo en 10 profesionales de la salud que no son parte de la muestra seleccionada, se planificó una reunión para ejecutar y explicar los 2 instrumentos seleccionados y se les instruyó sobre su aplicación, finalizada la aplicación se recibieron los instrumentos y se pidió una retroalimentación sobre el proceso de aplicación, se tomó nota de las dificultades encontradas por los investigados en cuanto a las instrucciones, al contenido de la prueba, a la terminología de la misma, el tiempo de aplicación.

Se procedió con el tratamiento de la información, el ingreso de los datos y la estructura de los cuadros con los resultados obtenidos, para esta actividad se contó con el apoyo del programa Excel y el asesoramiento de un experto en procesamiento de información, a fin de generar una evaluación técnica de los resultados obtenidos y del tratamiento de esta información. Para el ingreso de los datos finales se utilizará el programa SPSS V22, por la magnitud de los datos a ser analizados. Anexo A Tomando en cuenta las sugerencias e inquietudes que tuvieron las personas al realiza las encuestas, se procedió a cambiar la forma de una pregunta en el cuestionario de MBI, además se realizará una mejor explicación de la forma en llenar el cuestionario MBI para evitar confusiones.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 Levantamiento de información.

Se utilizaron 3 herramientas para el levantamiento de información; para la investigación del Síndrome de Burnout se utilizó una herramienta creada en 1981 y validada en 2002 por los investigadores que lo desarrollaron, el Maslach Burnout Inventory (MBI) formulario de mayor aceptación a nivel mundial.

El MBI es un cuestionario auto administrado y recoge respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas, donde el sujeto escoge una respuesta de las 7 opciones planteadas atribuyéndosele la puntuación establecida para cada respuesta.

La información se recolectó por entrevista directa con cada persona, entrevista que fue realizada en el hospital en salas de reuniones de cada servicio y en otros casos en cada puesto de trabajo por la dificultad del personal en asistir a las entrevistas. Anexo B.

Para los datos socio demográficos, se entregó a cada entrevistado un cuestionario de 10 preguntas donde se recolectaron datos socio demográfico del personal que ayudaran a esta investigación; y por último aprovechando las jornadas de medicina preventiva en el hospital, se pudo obtener los resultados de presión arterial que se ingresan directamente por parte del personal de enfermería y médico en el programa informático xHis, el cual ha sido utilizado para esta investigación. Anexo C. En todos los casos se impartió el instructivo respectivo para responder correctamente el cuestionario, así como se obtuvo la respectiva firma en el consentimiento informado. Anexo D.

3.1.2 Análisis de datos.

La información obtenida se ingresó en una matriz de datos en el programa de computadora EXCEL y se analizó la información en el programa SPSS versión 22 en español para Windows, se procesó la información con estadística descriptiva.

Las variables discretas fueron operacionalizadas en número de casos (n) y porcentajes (%) y las variables continuas en promedio \pm desviación estándar ($X \pm DE$).

Se presenta los resultados en tablas simples y distribución de frecuencias.

Para probar la hipótesis se valoran los siguientes índices:

- Correlación de Pearson.
- Valor de P o α con significancia del 5% o < 0.05

3.1.3 Aspectos Éticos de la investigación

Este trabajo de tesis ha sido realizado de manera correcta tanto al momento de aplicar el cuestionario, con el debido consentimiento informado, como hoja primera de todos los cuestionarios aplicados, además que los cuestionarios fueron aplicados por el mismo autor, garantizándola respuesta a cada inquietud de los encuestados.

Se ha mantenido la confidencialidad, tanto al aplicar el cuestionario, como al manejar los formularios que fueron identificados por medio de una lista de los miembros del servicio para facilidad del investigador al llevar la cuenta de las personas que ya participaron. Cabe recalcar que quienes no desearon membretar los formularios fueron respetados en su decisión y en todo caso se aseguró de manejar la información únicamente con fines de investigación manteniendo el anonimato de los participantes.

En este trabajo no han participado menores de edad o discapacitados razón por la cual no fue necesario el permiso de su representante legal. Esta investigación ha sido revisada por el director de Docencia y la Comisión de Bioética del Hospital San Francisco de Quito – IESS.

3.2 Presentación y Análisis de Resultados

3.2.1 Características de la muestra de estudio

Tabla 5. Promedio de edad del personal de salud

Estadísticos		
EDAD		
N	Válido	271
	Perdidos	0
Media		37,55
Mediana		37,00
Moda		36 ^a
a. Existen múltiples modos. Se muestra el valor más pequeño.		

EDAD					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	27	2	,7	,7	,7
	28	3	1,1	1,1	1,8
	29	8	3,0	3,0	4,8
	30	14	5,2	5,2	10,0
	31	11	4,1	4,1	14,0
	32	14	5,2	5,2	19,2
	33	17	6,3	6,3	25,5
	34	15	5,5	5,5	31,0
	35	19	7,0	7,0	38,0
	36	22	8,1	8,1	46,1
	37	22	8,1	8,1	54,2
	38	13	4,8	4,8	59,0
	39	16	5,9	5,9	64,9
	40	18	6,6	6,6	71,6
	41	17	6,3	6,3	77,9

42	7	2,6	2,6	80,4
43	13	4,8	4,8	85,2
44	13	4,8	4,8	90,0
45	5	1,8	1,8	91,9
46	5	1,8	1,8	93,7
47	3	1,1	1,1	94,8
48	5	1,8	1,8	96,7
49	3	1,1	1,1	97,8
50	2	,7	,7	98,5
51	2	,7	,7	99,3
52	1	,4	,4	99,6
58	1	,4	,4	100,0
Total	271	100,0	100,0	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

De los 271 trabajadores de la salud en los que se aplicaron los instrumentos de investigación, la edad promedio fue de 37,5 años con un rango que varió de los 27 a los 58 años de edad, en esta variable se calculó la mediana que fue de 37 años y la moda de 36 años.

Tabla 6. Genero correspondiente del personal de salud

GENERO					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	FEMENINO	217	80,1	80,1	80,1
	MASCULINO	54	19,9	19,9	100,0
	Total	271	100,0	100,0	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Tabla 7. Número de hijos del personal de salud

NUMERO DE HIJOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NINGUNO	83	30,6	30,6	30,6
	1	137	50,6	50,6	81,2
	2	49	18,1	18,1	99,3
	3	2	,7	,7	100,0
	Total	271	100,0	100,0	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Podemos observar que en este grupo 217 trabajadores de la salud fueron de género femenino que representa el 80,1% y 54 fueron de género masculino que representa el 19,9%; de esta población el 30,6% no tiene hijos, el 50,6% tiene 1 hijo, el 18,1% tiene 2 hijos y solo el 0,7% tiene 3 hijos.

Tabla 8. Estado civil del personal de salud

ESTADO CIVIL					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	SOLTERO	100	36,9	36,9	36,9
	CASADO	139	51,3	51,3	88,2
	DIVORCIADO	30	11,1	11,1	99,3
	VIUDO	2	,7	,7	100,0
	Total	271	100,0	100,0	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

El 51.3% representa el mayor porcentaje entre la población y corresponde a las personas casadas mientras que el segundo estado civil es el soltero con 36.9%, el 11.1% corresponde a las personas divorciadas y el 0.7% es el perteneciente a los viudos.

Tabla 9. Habito de fumar en el personal de salud.

FUMA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	175	64,6	64,6	64,6
	SI	96	35,4	35,4	100,0
	Total	271	100,0	100,0	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

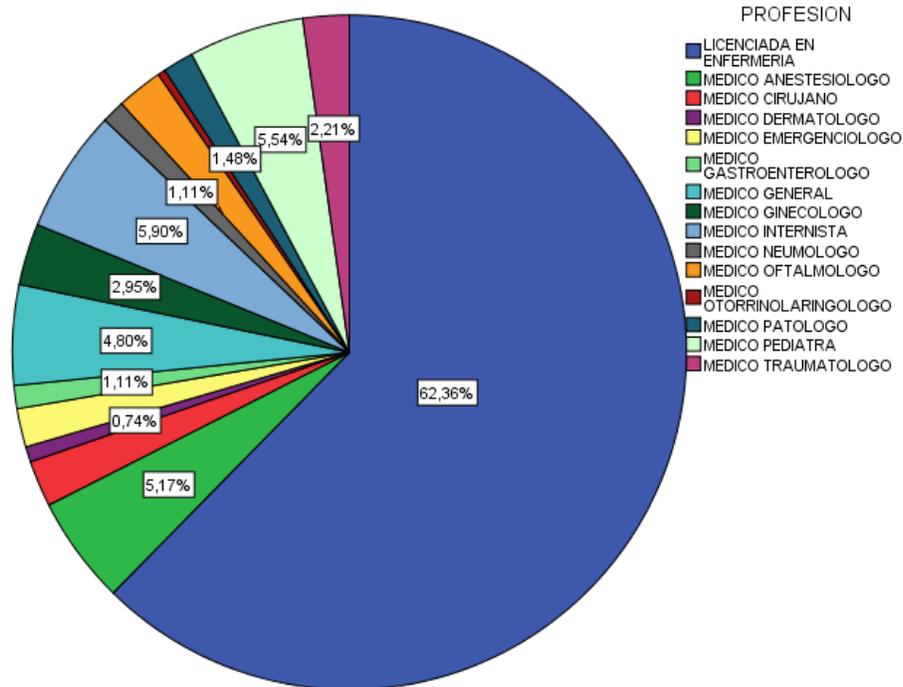
Tabla 10. Consumo de bebidas alcohólicas en el personal de salud

CONSUME BEBIDAS ALCOHOLICAS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	NO	48	17,7	17,7	17,7
	OCASIONALMENTE	223	82,3	82,3	100,0
	Total	271	100,0	100,0	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Analizando los resultados de la tabla 9 y 10 podemos decir que el 64,6% no tiene el hábito de fumar y el 35,4% si fuma, el consumo ocasional de bebidas alcohólicas está presente en 82,3% mientras que el no consumo representa el 17,7% de encuestados.

Gráfico 2. Personal de salud según su profesión.



Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

El personal con mayor presencia es el de las enfermeras con el 62.3% seguido de los médicos internistas con el 5.54%, los médicos pediatras con el 5.5% y los médicos generales con el 4.8%, estos son los grupos más numerosos y representativos de la población de estudio.

Tabla 11. Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de salud.

SINDROME DE BURNOUT					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	PRESENCIA	75	27,7	27,7	27,7
	NO PRESENCIA	196	72,3	72,3	100,0
	Total	271	100,0	100,0	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

75 personas que equivale al 27.7% de la población total, corresponde al personal que está afectado por el síndrome de burnout.

Tabla 12. Profesión y la relación con el síndrome de burnout

PROFESION /SINDROME DE BURNOUT					
			SINDROME DE BURNOUT		Total
			PRESENCIA	NO PRESENCIA	
LICENCIADA EN ENFERMERIA	Recuento		52	117	169
	% dentro de PROFESION		30,8%	69,2%	100,0%
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT		69,3%	59,7%	62,4%
	% del total		19,2%	43,2%	62,4%
MEDICO ANESTESIOLOGO	Recuento		0	14	14
	% dentro de PROFESION		0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT		0,0%	7,1%	5,2%
	% del total		0,0%	5,2%	5,2%
MEDICO CIRUJANO	Recuento		1	5	6
	% dentro de PROFESION		16,7%	83,3%	100,0%
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT		1,3%	2,6%	2,2%
	% del total		0,4%	1,8%	2,2%
MEDICO DERMATOLOGO	Recuento		0	2	2
	% dentro de PROFESION		0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT		0,0%	1,0%	0,7%
	% del total		0,0%	0,7%	0,7%
MEDICO EMERGENCIOLOGO	Recuento		4	1	5
	% dentro de PROFESION		80,0%	20,0%	100,0%
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT		5,3%	0,5%	1,8%
	% del total		1,5%	0,4%	1,8%
MEDICO GASTROENTEROLOGO	Recuento		0	3	3
	% dentro de PROFESION		0,0%	100,0%	100,0%

PROFESION		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	0,0%	1,5%	1,1%
		% del total	0,0%	1,1%	1,1%
	MEDICO GENERAL	Recuento	5	8	13
		% dentro de PROFESION	38,5%	61,5%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	6,7%	4,1%	4,8%
		% del total	1,8%	3,0%	4,8%
	MEDICO GINECOLOGO	Recuento	0	8	8
		% dentro de PROFESION	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	0,0%	4,1%	3,0%
		% del total	0,0%	3,0%	3,0%
	MEDICO INTERNISTA	Recuento	8	8	16
		% dentro de PROFESION	50,0%	50,0%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	10,7%	4,1%	5,9%
		% del total	3,0%	3,0%	5,9%
	MEDICO NEUMOLOGO	Recuento	0	3	3
		% dentro de PROFESION	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	0,0%	1,5%	1,1%
		% del total	0,0%	1,1%	1,1%
	MEDICO OFTALMOLOGO	Recuento	0	6	6
		% dentro de PROFESION	0,0%	100,0%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	0,0%	3,1%	2,2%
		% del total	0,0%	2,2%	2,2%
	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO	Recuento	0	1	1
		% dentro de PROFESION	0,0%	100,0%	100,0%
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT	0,0%	0,5%	0,4%	
	% del total	0,0%	0,4%	0,4%	
MEDICO PATOLOGO	Recuento	0	4	4	
	% dentro de PROFESION	0,0%	100,0%	100,0%	
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT	0,0%	2,0%	1,5%	

		% del total	0,0%	1,5%	1,5%
	MEDICO PEDIATRA	Recuento	3	12	15
		% dentro de PROFESION	20,0%	80,0%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	4,0%	6,1%	5,5%
		% del total	1,1%	4,4%	5,5%
	MEDICO TRAUMATOLOGO	Recuento	2	4	6
		% dentro de PROFESION	33,3%	66,7%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	2,7%	2,0%	2,2%
		% del total	0,7%	1,5%	2,2%
Total		Recuento	75	196	271
		% dentro de PROFESION	27,7%	72,3%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	27,7%	72,3%	100,0%

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Tabla 13. Correlación entre síndrome de burnout y la profesión

Correlaciones			
		SINDROME DE BURNOUT	PROFESION
SINDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	1	0,056
	Sig. (bilateral)		0,362
	N	271	271

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

En enfermeras el síndrome de burnout se presentó en un 30,8%, en médicos cirujanos en un 16.7%, en médicos emergenciólogos en un 80%, en médicos generales 38,5%, en médicos internistas en un 50%, en médicos pediatras en un 20% y en médicos traumatólogos en un 33.3%, las demás profesiones o especialidades no tienen presencia de síndrome de burnout, cave recalcar que estos porcentajes están dados dentro de cada profesión, y su relación significativa o valor de P es mayor

(0.362) a el valor referencial utilizado que es $< 0,05$, lo que indica que la profesión es un factor que no influye directamente en la presencia del síndrome de burnout.

Tabla 14. Relación entre género y el síndrome de burnout

GENERO / SINDROME DE BURNOUT					
			SINDROME DE BURNOUT		Total
			PRESENCIA	NO PRESENCIA	
GENERO	FEMENINO	Recuento	60	157	217
		% dentro de GENERO	27,6%	72,4%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	80,0%	80,1%	80,1%
		% del total	22,1%	57,9%	80,1%
	MASCULINO	Recuento	15	39	54
		% dentro de GENERO	27,8%	72,2%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	20,0%	19,9%	19,9%
		% del total	5,5%	14,4%	19,9%
Total		Recuento	75	196	271
		% dentro de GENERO	27,7%	72,3%	100,0%
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	100,0%	100,0%	100,0%
		% del total	27,7%	72,3%	100,0%

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Tabla 15. Correlación entre género y síndrome de burnout

Correlaciones			
		GENERO	SINDROME DE BURNOUT
GENERO	Correlación de Pearson	1	-,001
	Sig. (bilateral)		,985
	N	271	271
SINDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	-,001	1
	Sig. (bilateral)	,985	
	N	271	271

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Se puede analizar que el mayor porcentaje de presencia de síndrome de burnout se encuentra en el género femenino con el 27.6% y en el género masculino con el 20%, se obtiene un valor de P (0,985) mayor a 0.05 por lo que se determina que no existe una correlación significativa entre estas dos variables.

Tabla 16. Presión arterial en el personal de salud

			PRESION ARTERIAL*PROFESION														Total	
			PROFESION															
			LICENCIADA EN ENFERMERIA	MEDICO ANESTESIOLOGO	MEDICO CIRUJANO	MEDICO DERMATOLOGO	MEDICO EMERGENCIOLOGO	MEDICO GASTROENTEROLOGO	MEDICO GENERAL	MEDICO GINECOLOGO	MEDICO INTERNISTA	MEDICO NEUMOLOGO	MEDICO OFTALMOLOGO	MEDICO OTORRINOLARINGOLOGO	MEDICO PATOLOGO	MEDICO PEDIATRA	MEDICO TRAUMATOLOGO	Total
PRESION ARTERIAL	BAJA	Recuento	15	0	1	0	0	0	2	0	3	0	0	0	0	2	0	23
		% dentro de PRESION ARTERIAL	65,2%	0,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	0,0%	13,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	8,7%	0,0%	100,0%
		% dentro de PROFESION	8,9%	0,0%	16,7%	0,0%	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	18,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	0,0%	8,5%
		% del total	5,5%	0,0%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	1,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,7%	0,0%	0,0%
	NORMAL	Recuento	135	13	4	2	3	3	9	7	7	2	4	1	4	7	4	205
		% dentro de PRESION ARTERIAL	65,9%	6,3%	2,0%	1,0%	1,5%	1,5%	4,4%	3,4%	3,4%	1,0%	2,0%	0,5%	2,0%	3,4%	2,0%	100,0%
		% dentro de PROFESION	79,9%	92,9%	66,7%	100,0%	60,0%	100,0%	69,2%	87,5%	43,8%	66,7%	66,7%	100,0%	100,0%	46,7%	66,7%	75,6%
		% del total	49,8%	4,8%	1,5%	0,7%	1,1%	1,1%	3,3%	2,6%	2,6%	0,7%	1,5%	0,4%	1,5%	2,6%	1,5%	75,6%
	ALTA	Recuento	19	1	1	0	2	0	2	1	6	1	2	0	0	6	2	43
		% dentro de PRESION ARTERIAL	44,2%	2,3%	2,3%	0,0%	4,7%	0,0%	4,7%	2,3%	14,0%	2,3%	4,7%	0,0%	0,0%	14,0%	4,7%	100,0%
		% dentro de PROFESION	11,2%	7,1%	16,7%	0,0%	40,0%	0,0%	15,4%	12,5%	37,5%	33,3%	33,3%	0,0%	0,0%	40,0%	33,3%	15,9%
		% del total	7,0%	0,4%	0,4%	0,0%	0,7%	0,0%	0,7%	0,4%	2,2%	0,4%	0,7%	0,0%	0,0%	2,2%	0,7%	15,9%
Total	Recuento	169	14	6	2	5	3	13	8	16	3	6	1	4	15	6	271	
	% dentro de PRESION ARTERIAL	62,4%	5,2%	2,2%	0,7%	1,8%	1,1%	4,8%	3,0%	5,9%	1,1%	2,2%	0,4%	1,5%	5,5%	2,2%	100,0%	
	% dentro de PROFESION	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	62,4%	5,2%	2,2%	0,7%	1,8%	1,1%	4,8%	3,0%	5,9%	1,1%	2,2%	0,4%	1,5%	5,5%	2,2%	100,0%	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

En la tabla 14 podemos observar que el porcentaje de presión arterial baja en el total de personal de salud es del 8.5%, la presión normal se encuentra en el 75,6% y la presión arterial alta en un 15,9% de la población total investigada. De la población que presenta la presión alta que corresponde a 43, el 44.2% corresponde al personal de enfermería y el 14% está presente en médicos pediatras siendo las 2 profesiones o especialidades más significativas.

Tabla 17. Síndrome de burnout y su relación con la presión arterial

SINDROME DE BURNOUT / PRESION ARTERIAL						
			PRESION ARTERIAL			Total
			BAJA	NORMAL	ALTA	
SINDROME DE BURNOUT	PRESENCIA	Recuento	5	53	17	75
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	6,7%	70,7%	22,7%	100,0%
		% dentro de PRESION ARTERIAL	21,7%	25,9%	39,5%	27,7%
		% del total	1,8%	19,6%	6,3%	27,7%
	NO PRESENCIA	Recuento	18	152	26	196
		% dentro de SINDROME DE BURNOUT	9,2%	77,6%	13,3%	100,0%
		% dentro de PRESION ARTERIAL	78,3%	74,1%	60,5%	72,3%
		% del total	6,6%	56,1%	9,6%	72,3%
Total	Recuento	23	205	43	271	
	% dentro de SINDROME DE BURNOUT	8,5%	75,6%	15,9%	100,0%	
	% dentro de PRESION ARTERIAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% del total	8,5%	75,6%	15,9%	100,0%	

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Tabla 18. Comprobación estadística de la hipótesis

Correlaciones			
		PRESION ARTERIAL	SINDROME DE BURNOUT
PRESION ARTERIAL	Correlación de Pearson	1	-,109
	Sig. (bilateral)		,072
	N	271	271
SINDROME DE BURNOUT	Correlación de Pearson	-,109	1
	Sig. (bilateral)	,072	
	N	271	271

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

En la tabla 17 se observa que 17 personas que equivalen al 6.3% de la población, se ve afectada por el síndrome de burnout y presenta presión arterial alta, al analizar este resultado concluimos que no es una prevalencia significativa. En la tabla 18 se observa una correlación significativa correspondiente a 0.072 y si lo comparamos con el valor de referencia de P que es de < 0.05 tenemos que es mayor y que se acerca al valor de uno “1”, lo que significa que la hipótesis planteada por el investigador se descarta matemáticamente por que la correlación de Pearson establece que el resultado del análisis para tener una correlación significativa debe ser menor a 0.05 y si es mayor, la hipótesis es descartada como es el caso de este estudio.

Tabla 19. Relación entre presión arterial y fumar.

PRESION ARTERIAL / FUMA					
			FUMA		Total
			NO	SI	
PRESION ARTERIAL	BAJA	Recuento	17	6	23
		Recuento esperado	14,9	8,1	23,0
		% dentro de PRESION ARTERIAL	73,9%	26,1%	100,0%
		% dentro de FUMA	9,7%	6,3%	8,5%
		% del total	6,3%	2,2%	8,5%
	NORMAL	Recuento	138	67	205
		Recuento esperado	132,4	72,6	205,0
		% dentro de PRESION ARTERIAL	67,3%	32,7%	100,0%
		% dentro de FUMA	78,9%	69,8%	75,6%
		% del total	50,9%	24,7%	75,6%
	ALTA	Recuento	20	23	43
		Recuento esperado	27,8	15,2	43,0
		% dentro de PRESION ARTERIAL	46,5%	53,5%	100,0%
		% dentro de FUMA	11,4%	24,0%	15,9%
		% del total	7,4%	8,5%	15,9%
Total		Recuento	175	96	271
		Recuento esperado	175,0	96,0	271,0
		% dentro de PRESION ARTERIAL	64,6%	35,4%	100,0%

	% dentro de FUMA	100,0%	100,0%	100,0%
	% del total	64,6%	35,4%	100,0%

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

Tabla 20. Correlación entre presión arterial y el hábito de fumar.

Correlaciones			
		PRESION ARTERIAL	FUMA
PRESION ARTERIAL	Correlación de Pearson	1	,157**
	Sig. (bilateral)		,010
	N	271	271
FUMA	Correlación de Pearson	,157**	1
	Sig. (bilateral)	,010	
	N	271	271

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Elaborado por: CASTILLO. E; 2015

La presión arterial baja y el hábito de fumar tiene un 6.3% mientras que la presión alta y el hábito de fumar tiene un 24.4% y se puede observar que las dos variables tienen asociación significativa ya que se obtuvo un valor de P de 0.010 que es menor que el α 0.05 y su índice de correlación es de 0.157 ubicándola según la escala de R y Rho en íntima correlación.

3.3 Aplicación Práctica

En todo control de riesgo se sabe que la prevención es la mejor manera de controlar cualquier tipo de riesgo, especialmente los riesgos psicológicos. En la presente investigación se plantea formas de prevención individuales que consisten en:

- Entrenamiento en solución de problemas dirigido a todo el personal de la institución principalmente a las personas que se encuentran afectados por el síndrome de burnout, el cual estará a cargo del departamento de riesgos junto con el departamento de psicología laboral y los líderes de cada departamento.

- Entrenamiento para el manejo eficaz del tiempo, hacer descansos durante el trabajo.
- Marcarse objetivos reales en el trabajo y en la vida personal. Desarrollo de conductas que eliminen la fuente del estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo. Aumentar y conservar las amistades. No creerse indispensable
- Solicitar ayuda cuando el trabajo es excesivo o no se está preparado para afrontarlo. Compartir los problemas laborales, dudas y opiniones con los compañeros.
- Estas son técnicas que se pueden aplicar con mucha facilidad y no se necesita de instrumentos costosos y proporciona actividades entre compañeros que pueden beneficiar a los trabajadores y a la institución.
- Fomentar el compañerismo es fundamental para la prevención e intervención en el síndrome de burnout, por lo que se plateará horarios tentativos para actividades extra curriculares entre compañeros.
- El deporte es fundamental para el buen desempeño en las actividades diarias por lo que se brindará charlas y conferencias sobre la actividad física y los beneficios que trae al practicar algún deporte, de igual forma charlas sobre los buenos hábitos que implican una correcta alimentación.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

El personal de salud que fue investigado tiene como mayoría el género femenino con el 80.1% y masculino con el 19,9%, diferenciándose así, que en su mayoría el departamento de enfermería cuenta con el 62.4% de población total y los médicos en general tienen un 37.6% de presencia en la población investigada. Estos datos nos indica que el género femenino predomina en la institución teniendo como mayor cantidad de trabajadores de la salud en el departamento de enfermería por el mismo hecho que en los últimos años el número de afiliados se ha incrementado por lo que necesitan mayor atención primaria que brindan las enfermeras, y contrastado con esto se puede observar que el número de médicos especialistas es reducido y es una problemática de varias instituciones públicas hospitalarias que se ven apremiadas por este inconveniente.

El género más afectado por el síndrome de burnout es el femenino más que el masculino asumible por la mayor presencia de trabajadores de este género en la institución. Otro dato que se encontró en el estudio es que la profesión no es un factor que influye directamente en la presencia del síndrome de burnout, teniendo así que el mayor grupo afectado es el de las enfermeras debido a su mayor grado de interacción con los pacientes y sus diversas responsabilidades; el segundo grupo afectado por este síndrome son los médicos internistas que debido a su especialidad deben tratar enfermedades más complejas y en tercer lugar tenemos a los médicos generales que su labor es el filtro de toda atención primaria dado que son los médicos generales que revisan a todos los pacientes y designan la especialidad según sea el requerimiento de cada paciente.

Cabe resaltar que la mayor cantidad de investigados con estado civil casados son afectados por este síndrome seguidos por los solteros y por último las personas divorciadas con menor porcentaje, aunque no es un factor predisponente para la aparición del síndrome de burnout en el personal de salud. Los resultados al término de este estudio se evidenció que el Síndrome de Burnout no tiene relación directa con la presión arterial, que este síndrome afecta más a enfermeras y a médicos internistas sin que la fisiología arterial se vea afectada.

No se ha encontrado estudios relacionados con el síndrome de burnout y su relación con la presión arterial específicamente, pero se han hallado estudios como el realizado en Cuenca en el año 2010 donde se investigó la presencia del Síndrome de Burnout conjuntamente en el Hospital Vicente Corral M. y en el Hospital José Carrasco A., obteniendo un 41,3% de prevalencia de este síndrome el cual es mayor al obtenido en este estudio que es de 27.7%.

Otro estudio relacionado con el síndrome de burnout que fue realizado en Bogotá Colombia en el año 2008 en residentes de especialidades quirúrgicas donde se obtuvo que la prevalencia del síndrome fue de 12.7%, menor al porcentaje obtenido en la presente investigación. En el año 2007, con una muestra de 11.530 participantes en México, se evidenció la presencia de este síndrome en el personal sanitario del 11,4 % y logro concluir que aunque la prevalencia era mayor en las mujeres (12,9%) y en las personas solteras (14,6%), el estado civil y el sexo no mantuvieron una asociación significativa con el caso de Burnout, y comparando con nuestro estudio tiene mucha similitud ya que se comprobó que el 27.7% de la población total es afectada por este síndrome y que no existe correlación significativa entre el estado civil y el género en la presencia de este síndrome.

No se pudo encontrar estudios que relacionen la presión arterial con el síndrome de burnout lo que nos abre las puertas para futuras investigaciones y enriquecer la bibliografía de los riesgos psicológicos y su relación con los procesos fisiológicos que pueden ser afectados si no se controla a tiempo este tipo de riesgo.

4.1 Conclusiones

- La prevalencia del síndrome de burnout fue de 27.7% en el personal de salud del Hospital San Francisco de Quito – IESS, la presión arterial baja es de 8.5% y la presión alta es de 15.9%, sin embargo se puede concluir que las dos variables no tienen asociación significativa porque el valor de P es mayor a 0.05 (0.072) y por lo tanto se descarta la hipótesis de esta investigación.
- El género de mayor presencia en la población total es el femenino siendo este el más afectado con el síndrome de burnout con el 22.1% junto al estado civil casado con el 12.9%.
- No se tiene relación significativa entre los factores sociodemográficos y el síndrome de burnout.
- La presión arterial se ve afectada directamente con el hábito de fumar mas no directamente con la presencia del síndrome de burnout, por lo que al finalizar este trabajo podemos decir que la no relación entre estas dos variables no significa que en otros grupos no sean concordantes se debe realizar más estudios y analizar qué factores psicosociales pueden afectar al funcionamiento fisiológico normal de los trabajadores.

- El Hospital San Francisco de Quito – IESS, tiene 6 años de funcionamiento y el personal más antiguo lleva trabajando la misma cantidad de tiempo en mucho de los casos, y la edad promedio de los empleados de la salud es de 37 años; por lo que podemos concluir que la población estudiada es joven y lleva poco tiempo trabajando en una institución nueva y que los primeros años no funcionaba en su totalidad, lo que nos lleva a pensar que la baja prevalencia del síndrome de burnout y la alteración en la presión arterial es debido a estos parámetros pero con esto no se debe descartar el seguimiento a los casos encontrados, controlarlos y proponer técnicas de prevención para evitar el surgimiento de este síndrome en el personal.

4.2 Recomendaciones

- Es importante que se adopten medidas de prevención relacionados con cualquier riesgo psicológico, en este caso del Síndrome de Burnout y lo primero que se debe realizar es la identificación de esta problemática, lo cual se lo puede hacer por medio de entrevistas diagnósticas que estaría a cargo el departamento de psicología laboral de la institución. La aplicación de pruebas psicométricas que en este caso se utilizó el Maslach Burnout Inventory (MBI).
- Como se señaló anteriormente la prevención es la mejor forma de combatir esta patología, por lo que a nivel individual se debe desarrollar estrategias que enseñen como se comienza con un cambio de actitudes psicológicas, tanto de las implicadas en la relación de ayuda, como en las de autoayuda y en las necesarias para afrontar los cambios institucionales y el desarrollo de conductas que eliminen la fuente de estrés. El empleo de estrategias de afrontamiento del control previene el desarrollo del burnout.
- Desarrollando talleres que fomenten el apoyo interpersonal y fortaleciendo vínculos sociales entre los compañeros, tanto en el aspecto emocional como profesional.
- El desarrollo de programas de prevención dirigidos a mejorar el ambiente y clima laboral es fundamental para el progreso organizacional.
- El Síndrome de Burnout puede ser bien manejado por todos aquellos que trabajan en el ámbito de la salud si fuesen informados y prevenidos sobre el mismo, también enseñándoles como

tolerar o deshacerse de todas aquellas situaciones que generasen emociones encontradas con uno mismo o con las diversas personas que tratan diariamente.

- El implementar talleres, jornadas o charlas sobre el uso de sustancias psicotrópicas como son el cigarrillo y el alcohol y las consecuencias en la salud que su consumo acarrea, es fundamental para la buena salud del personal y el desempeño diario en sus actividades.
- Realizar actividades deportivas programadas en el cronograma anual que serán dirigidas al personal para inculcar la actividad física y sus beneficios en la salud.
- La buena alimentación es un factor importante que puede influir directamente en el proceso fisiológico de la presión arterial, por lo que se plantea que el servicio de catering de la institución tenga en su menú platos bajos en calorías y carbohidratos siendo esta una regla fundamental para la contratación de sus servicios.
- El seguimiento de los casos positivos encontrados en la institución respecto al burnout deben ser monitoreados y hacer el respectivo seguimiento por parte del departamento de seguridad y el departamento de psicología laboral de la institución. En cuanto a la presión arterial alta encontrada en el personal se debe realizar agendas de citas médicas con el médico de medicina ocupacional el cual, de acuerdo al caso se remitirá a los médicos especialistas correspondientes.

4.3 BIBLIOGRAFÍA

- A., J. (2004). La noción de trabajo. Relato de una aventura socio-antropo-histórica. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas. CONICET. Revista Argentina, 69-76.
- Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el Trabajo. (2003). Como abordar los problemas psicosociales y reducir el estrés relacionado con el trabajo. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas.
- Álvarez ML, B. A. (s.f.). Síndrome de Burnout en Médicos de Hospitales Públicos de la ciudad de Corrientes. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina, 27-30.
- Amigo I, B. J. (1990). Contribución psicológica al tratamiento de la hipertensión arterial esencial. Madrid: Eudema.
- Bosqued, M. (2008). Que no te pese el trabajo. Barcelona: Gestión 2000.
- Briones, G. (2002). Metodología de la investigación cuantitativa en las ciencias sociales. Bogotá: ARFO Editores e Impresores Ltda.
- Carolina Aranda Beltrán, I. M. (2005). Síndrome de Burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Revista Cubana de Salud Pública.
- Ceberio, M. y. (1998). La Construcción del Universo. Barcelona: Herder.
- CH, P. (1977). Biofeedback-aided relaxation and meditation in the management of hypertension. Angiology.
- Coca A, D. I. (2004). Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. Barcelona: Editorial Médica JIMS, SL.
- Confederacion de Empresarios de Malaga CEM. (2013). Guia de prevencion de riesgos psicosociales en el trabajo. Malaga.
- D., H. W. (1983). A social competence model of burnout. New York: Pergamon Press.
- Estreslaboral INFO . (2013). Obtenido de Estreslaboral INFO.
- Gil-Monte PR, N.-R. E.-S. (2006). Relación entre el síndrome de quemarse por el trabajo y síntomas cardiovasculares. Revista Interamericana de Psicología, 40(2):227-232.
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Pirámide.
- Hidalgo I, D. R. (1994). Estudio de la influencia de los factores laborales y sociodemográficos en el desarrollo del síndrome de agotamiento profesional en el área de medicina especializada. Barcelona: Med Clin.

- J, G. (2001). Tratamiento de la hipertensión arterial. Cambio de estilo de vida. Medellín: Colomb Med.
- J. F. Lamb, C. G. (2000). Fundamentos de fisiología.
- Lamb, J. I. (1998). Fundamentos de Fisiología. Zaragoza: Acribia.
- Leiter, C. M. (1997). The Truth About Burnout: How Organizations Cause Personal Stress and What to Do About It. San Francisco, California: Jossey - Bass. Inc.
- Levy, M. J. (1972). Fundamentos de sociometría. Buenos Aires: Paidós.
- Martínez M, G. M. (1998). Síndrome de Burnout El riesgo de ser un profesional de ayuda. Salud y cambios, 23:45.
- Monte, P. R. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (Burnout): una enfermedad laboral en la sociedad del bienestar. Madrid: Pirámide.
- NTP 175 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. (2001). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación.
- OIT, O. I. (1986).
- Rubin LJ, G. B. (1982). Prostacyclin-induced acute pulmonary vasodilatation in primary pulmonary. Graw-Hill.
- S., L. R. (1986). Estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.
- T, F. (1990). Síndrome de Burnout. Enfermería, grupo de alto riesgo. Revista Rol de Enfermería, 53-56.
- Vergottini, J. C. (2006).
- Zaldúa G, K. D. (2000). El síndrome de Burnout en los hospitales públicos. Revista Médica Bs. As., 41-43.

WEBGRAFIA

- ✓ http://www.nhs.uk/translationspanish/documents/blood_pressure_high_spanish_final.pdf
Recuperado el 14-05-2015
- ✓ https://rdu.unc.edu.ar/bitstream/handle/11086/227/TESIS_DE_MAESTRIA_Dr._Vergottini.pdf?sequence=1
Recuperado el 14-05-2015
- ✓ <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004369>
Recuperado el 16-05-2015
- ✓ <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2005/eim053b.pdf>
Recuperado el 20-05-2015
- ✓ <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v16n1/v16n1a05.pdf>
Recuperado el 20-05-2015
- ✓ <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2004369>
Recuperado el 23-05-2015
- ✓ <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/93801/90451>
Recuperado el 23-05-2015
- ✓ http://revista.inie.ucr.ac.cr/uploads/tx_magazine/validez.pdf
Recuperado el 23-05-2015
- ✓ <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/original4.pdf>
Recuperado el 25-05-2015
- ✓ http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1561-30032005000100007&script=sci_arttext&tlng=pt
Recuperado el 28-05-2015
- ✓ http://www.cenormadrid.org/prl/pdf/BOLETIN_1-2013.pdf
Recuperad el 31-05-2015
- ✓ http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/capitulo4_4.shtml
Recuperado el 31-05-2015
- ✓ http://repositori.uji.es/xmlui/bitstream/handle/10234/77348/fr_2011_9_3.pdf?sequence=1

Recuperado el 31-05-2015

- ✓ <http://bvs.insp.mx/rsp/articulos/articulo.php?id=000230>

Recuperado el 31-05-2015

- ✓ <http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/2919/6836>

Recuperado el 31-05-2015

- ✓ <http://www.ugt.es/Publicaciones/FichasObservatorio%2042.pdf>

Recuperado el 06-06-2015

- ✓ <http://escuela.med.puc.cl/publ/manualemiologia/210PresionArterial.htm>

Recuperado el 12-06-2015

- ✓ <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/fisiologia-humana-2011-g367/material-de-clase/bloque-tematico-1.-fisiologia-del-aparato/tema-6.-circulacion-arterial.-presion-arterial/tema-6.-circulacion-arterial.-presion-arterial>

Recuperado el 12-06-2015

- ✓ http://bvs.sld.cu/revistas/rst/vol8_1_07/rst06107.pdf

Recuperado el 21-06-2015

ANEXOS