



UNIVERSIDAD DE CUENCA

Facultad de Ciencias Químicas

Maestría en seguridad e higiene industrial

Segunda Cohorte

Título:

“Síndrome de Burnout, prevalencia en médicos generales dedicados a la atención primaria en el MSP de Cuenca”.

**Tesis previa a la obtención del título de
Magister en Seguridad e Higiene Industrial**

Autora: Md. Ruth Elizabeth Ávila Vélez

CI: 0104685854

Directora: Mgt. Psic. Mónica Isabel Rodas Tobar

CI: 0103261624

CUENCA, ECUADOR

2018



RESUMEN

Síndrome de Burnout, prevalencia en médicos generales dedicados a la atención primaria en el MSP de Cuenca.

Antecedentes: El Burnout, es una respuesta negativa a un estrés laboral crónico que se presenta generalmente en profesionales como son los médicos.

Objetivo: Determinar la prevalencia del Síndrome en médicos generales dedicados a la atención primaria en el MSP de Cuenca.

Materiales y métodos: Estudio de tipo Descriptivo Transversal, con un universo de 72 médicos. La muestra fue de 60 médicos. Para la recolección y análisis de la información se utilizó el cuestionario MBI.

Resultados: La prevalencia de Burnout fue del 1.67%, sin embargo el 26.67% de los médicos presentaron riesgo de presentarlo. La dimensión más afectada fue la falta de Realización Personal (20%). No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre Burnout, Riesgo de Burnout, y las 3 dimensiones; en relación con los factores demográficos o laborales.

Conclusiones y recomendaciones: A pesar de la baja prevalencia de Burnout, el número considerable de médicos con riesgo nos orienta a buscar posibles factores de riesgo para implementar medidas preventivas. Se recomiendan futuras investigaciones con análisis de una población más amplia y estudios internos en la institución, para la obtención de resultados más confiables de asociación estadística entre variables.

Palabras clave: Burnout, desgaste profesional, quemado por el trabajo, estrés, Maslach, médicos generales, atención primaria, consulta externa, MSP, Cuenca, Ecuador.



ABSTRACT

The Burnout Syndrome, prevalence in general medicine doctors dedicated to primary care in MSP of Cuenca

Background: The Burnout Syndrome is a negative response to a chronic labor related stress that is generally presented on professionals, as it happens with medical doctors.

Objective: To determine the prevalence of the syndrome in general doctors dedicated to primary care in MSP of Cuenca.

Materials and Methods: A Transversal Descriptive study, with a universe of 72 doctors. The selection was 60 doctors. For the recollection and analysis of the data, we used the MBI questionnaire.

Results: Burnout prevalence was of 1.67%, nevertheless; a 26.67% of medics indicated risk of experiencing the syndrome. The most affected the lack of Personal Relation dimension (20%). There was no significant statistical relationship found between Burnout, Risk of Burnout, and the three dimensions; In correlation to demographics or labor.

Conclusions and Recommendations: Despite the low prevalence of Burnout, the considerable number of doctors at risk leads us to search for possible factors of risk in order to implement preventative measures. It is recommended to conduct future analytical investigations with a more ample population rate and internal institutional studies in order to obtain more reliable results of statistical association in between variables.

Key words: Burnout, professional exhaustion, burnt out from work, stress, Maslach, general medicine doctors, primary care, external consultation or outpatient, MSP, Cuenca, Ecuador.



TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL.....	6
CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL.....	7
AGRADECIMIENTOS	8
DEDICATORIA.....	9
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II.....	14
FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO.....	14
FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES:.....	17
FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL:	21
RIESGOS PSICOSOCIALES:	35
EVALUACIÓN DE LOS FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES:.....	41
ESTRATEGIAS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES:	42
SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT	46
¿QUÉ ES EL “BURNOUT O “SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO” PROFESIONALMENTE?.....	46
FASES DEL PROCESO Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME.....	48
DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT:.....	49
NIVELES DE AFECCIÓN POR EL SÍNDROME DE BURNOUT:.....	51
FACTORES DE RIESGO: LOS DESENCADENANTES DEL SQT	52
CONSECUENCIAS DEL BURNOUT: DAÑOS A LA SALUD Y COSTES ECONÓMICOS.....	57
GESTIÓN PREVENTIVA DEL RIESGO DE “SQT”: MEDICIÓN Y MEDIDAS DE INTERVENCIÓN	61
CAPÍTULO III	69
OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	69
OBJETIVO GENERAL	69
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	69
CAPÍTULO IV	70
DISEÑO METODOLÓGICO	70
TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO.....	70
ÁREA DE ESTUDIO.....	70
UNIVERSO Y MUESTRA	70



CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	70
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	71
MANEJO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN	71
OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	71
METODOLOGÍA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS.....	72
METODOLOGÍA.....	72
TÉCNICAS.....	72
INSTRUMENTOS	72
PROCEDIMIENTOS	73
AUTORIZACIÓN	73
CAPACITACIÓN	73
SUPERVISIÓN	73
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	73
CAPÍTULO V.....	75
RESULTADOS	75
Tasa de respuesta.....	75
Características de la muestra de estudio	75
Caracterización demográfica:	75
Caracterización laboral:	76
Prevalencia del Síndrome de Burnout	77
Burnout y factores asociados.....	80
Valoración de Probabilidad	85
CAPÍTULO VI.....	86
DISCUSIÓN.....	86
CAPÍTULO VII.....	92
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	92
CAPÍTULO VIII.....	94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
CAPÍTULO IX	98
ANEXOS	98
ANEXO 1	98
ANEXO 2	100
ANEXO 3	101
ANEXO 4.....	102



CLÁUSULA DE LICENCIA Y AUTORIZACIÓN PARA PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Cláusula de licencia y autorización para publicación en el Repositorio Institucional

RUTH ELIZABETH AVILA VÉLEZ, en calidad de autor/a y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación "SÍNDROME DE BURNOUT, PREVALENCIA EN MÉDICOS GENERALES DEDICADOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MSP DE CUENCA", de conformidad con el Art. 114 del CÓDIGO ORGÁNICO DE LA ECONOMÍA SOCIAL DE LOS CONOCIMIENTOS, CREATIVIDAD E INNOVACIÓN reconozco a favor de la Universidad de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos.

Asimismo, autorizo a la Universidad de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el repositorio institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 25 de julio del 2018.

RUTH ELIZABETH AVILA VÉLEZ

C.i: 0104685854



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Cláusula de Propiedad Intelectual

RUTH ELIZABETH AVILA VÉLEZ, autor/a del trabajo de titulación "SÍNDROME DE BURNOUT, PREVALENCIA EN MÉDICOS GENERALES DEDICADOS A LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL MSP DE CUENCA", certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor/a.

Cuenca, 25 de julio del 2018.

RUTH ELIZABETH AVILA VÉLEZ

C.I: 0104685854



AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradecer a Dios por la vida y la salud que son su mayor regalo.

Un agradecimiento profundo a mi esposo por su paciencia, su apoyo y su amor incondicional hacia mí, de todas las formas posibles.

Gracias infinitas a mi familia, en especial a mis padres, por su constante lucha y apoyo absoluto para hacer de mí una mejor persona y profesional. Agradecer también a mi Directora de Tesis, por transmitirme sus conocimientos, su energía y motivación durante todo este proceso.

Elizabeth



DEDICATORIA

No tengo palabras que me permitan expresar el dolor tan grande que todavía siento, de no tenerlo junto a mí. No sé cuándo llegará el día en que pueda aceptar y entender, el por qué Dios quiso llevarle tan pronto; un hombre tan bueno y sabio debía quedarse más tiempo entre nosotros, todo usted era una fuente infinita de amor y bondad. Cómo me hubiese gustado que compartiéramos más cosas juntos, que pudiera estar aquí hoy y celebrar conmigo esta nueva meta cumplida.

Con todo mi amor y gratitud le dedico este triunfo a usted papito Saúl, mi papito querido, mi precioso, ahora mi ángel; a usted por haber sido siempre el vivo ejemplo de lo importante que es aprender, no solo al enseñar sino al apasionarse y entregarse para seguir preparándose cada día en sus estudios sin importar ni la edad, ni la dura lucha contra una enfermedad a la que no pudo vencer, pero a la que le dio batalla muy valientemente mientras le quedaban fuerzas.

Le amo papito y así va a ser siempre. Segura de que desde el cielo está muy orgulloso de mí ¡Esto va por usted!

Su Nena



CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Burnout llamado también “síndrome del desgaste profesional”, o “síndrome de estar quemado por el trabajo” o SQT (siglas empleadas por el INSHT), es una respuesta a una situación de estrés laboral crónico que se caracteriza por encontrarse en un estado de agotamiento integral (físico, mental y emocional) y desarrollar sentimientos y actitudes negativas hacia las personas con las que se trabaja, así como consigo mismo o el rol profesional (UGT Madrid, 2006).

Desde un enfoque psicosocial, el Burnout se conceptualiza como un síndrome con sintomatología de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal en el trabajo (Fidalgo, 2003a) (Carrillo, Gómez, & Espinoza, 2012) (Gutiérrez, Celis, Moreno, Farías, & Suárez, 2006). Es un estado psicológico que aparece luego de un periodo prolongado de exposición a factores de riesgo psicosocial, organizativos o de ordenación del trabajo en entornos con demandas de servicio humano (Fidalgo, 2003a) (Carrillo et al., 2012).

Los múltiples estudios que se han venido dando desde la década de los 70s ponen en manifiesto la notable evolución de este fenómeno, enfatizando en que no solo se trata de un problema científico-médico sino sobre todo de un grave problema social, puesto que afecta principalmente a aquellas profesiones cuyas labores se concretan en la relación estrecha y prolongada con personas, sean clientes o usuarios, más si existe una relación de ayuda y/o servicio entre ellos. Dentro de este tipo de profesiones destacan los médicos (UGT Madrid, 2006) (Gutiérrez et al., 2006).

En torno al desgaste profesional se han realizado varios trabajos de investigación. En lo que respecta a médicos generales de atención primaria de la salud (APS), estudios indican que se ven afectados en un 48%, en comparación con médicos residentes e internos que trabajan en el área



hospitalaria, viéndose afectados éstos últimos en un 76-85%. En otros estudios se ha determinado que el síndrome de burnout es común en la práctica médica, con una incidencia de 25 a 60% (Gutiérrez et al., 2006).

En un estudio realizado en Cuba en médicos de medicina general integral de APS, los principales resultados evidenciados fueron la presencia de desgaste profesional (72.9%) en la mayoría de los médicos estudiados, de estos 57.61% eran de sexo femenino y 15.28% de sexo masculino. La prevalencia de Burnout se vio relacionada con la edad mayor a 35 años. El agotamiento emocional fue la dimensión del desgaste más afectada que incidió en la aparición de desgaste profesional, con un 58.8% de riesgo moderado, seguido de un 25.9% de riesgo alto en esta dimensión. Las principales fuentes de malestar en el trabajo percibidas por los profesionales fueron de tipo organizacional como: la sobrecarga de trabajo, el burocratismo, las malas condiciones de trabajo, el salario insuficiente y la falta de reconocimiento social. Se evidenció que factores interactúan con variables sociodemográficas como: la edad y sexo, y otras laborales como la cantidad de pacientes que atienden como promedio diariamente, y la sobrecarga “extra laboral” que limita la atención a la familia (Hernández, 2014).

Thomas, en una muestra representativa de casi 6000 médicos de atención primaria en un estudio aleatorizado, mostró que los médicos del sexo femenino tenían 60% más probabilidad que los del masculino de manifestar signos o síntomas de desgaste y, que por lo general, la carga del trabajo se relaciona con la dimensión del agotamiento emocional (Carrillo et al., 2012).

En España se han llevado a cabo varios estudios sobre el síndrome de burnout en médicos de atención primaria. Un estudio demostró que el 40% de los médicos encuestados presentaban una puntuación alta en el MBI para desgaste profesional, con un 12.4% en niveles muy altos, siendo también entre un 40-45% los que presentaban puntuaciones altas en las 3 escalas. La falta de realización personal predominó con un 45.1% en su nivel alto, y la despersonalización se asoció con el trabajo superior a 40 horas semanales. No hubieron diferencias significativas entre sexos (Sos et al., 2002). En otro estudio se encontró burnout



en un 50% de los participantes, 65.8% de los cuales presentaron puntuaciones elevadas en alguna de las 3 escalas. Hubo predominio en la falta de realización personal (35,19+-8.44) con un nivel medio de desgaste. Para agotamiento emocional las medias fueron significativamente superiores en relación con el sexo masculino (Prieto, Robles, Salazar, & Daniel, 2002). Otra investigación realizada determinó que 21.3% fue la prevalencia de burnout de los médicos en estudio, 41.3% presentaron alteración en al menos una de las tres dimensiones. Hubo un predominio de falta de realización personal en sus niveles medio y alto (27% y 25.8% respectivamente). La asociación de burnout y sexo masculino se evidenció para el agotamiento emocional y la despersonalización (Navarro, Ayechu, & Huarte, 2015). Vilá y colaboradores, señalaron una prevalencia del burnout de 21.5%. El 49.5% de los encuestados presentaron una o más subescalas alteradas. La dimensión más prevalente con alto grado fue el agotamiento emocional con un 42.7%, seguido de despersonalización con un 27.3%. Por otra parte, las mujeres presentaron más agotamiento emocional, y los hombres más falta de realización personal y despersonalización, sin que las diferencias sean estadísticamente significativas (Vilá et al., 2015). Por su parte, Molina y colaboradores encontraron en su estudio, una prevalencia de burnout del 69.2% de los participantes, un 12.3% de ellos de forma aguda. Las dimensiones más afectadas fueron el agotamiento emocional en su nivel alto con un 42.6% seguido de la despersonalización con un 35.4% (Molina, García, Alonso, & Cermeño, 2003).

Médicos del primer nivel de atención del Instituto Mexicano de Seguridad Social, revelaron una prevalencia de burnout del 42.3%. la dimensión de baja realización personal en el trabajo fue significativamente prevalente con el 84.7% (C. Aranda et al., 2004).

A nivel nacional también se han realizado estudios de relevancia. Ramírez, estudió el burnout en los profesionales de la salud, médicos y enfermeras en sus distintos niveles de atención, en las 24 provincias del Ecuador. Encontró una prevalencia del 36.4% de burnout. La dimensión más prevalente fue la baja realización personal con un 18.2%. Presentaron mayor riesgo de burnout los profesionales médicos, de los cuales 58.8% manifestaron un nivel medio/bajo y



41.2% un nivel alto. La prevalencia de niveles altos de burnout para los hombres fue de 41.2% y para las mujeres de 34%, siendo la diferencia entre hombres y mujeres estadísticamente significativa. Por otra parte, los sujetos que trabajaban a tiempo completo presentaron un burnout de nivel alto en un 38.5% mientras que los sujetos a tiempo parcial presentaron un burnout de nivel alto en un 29.8%, siendo una diferencia estadísticamente significativa (Ramírez, 2015).

En otro estudio realizado en 126 médicos de consulta externa del Ministerio de Salud Pública del Azuay, se determinó que la prevalencia general de burnout de 2.38% fue baja comparada con la de otros países, y que la dimensión de mayor prevalencia fue la falta de realización personal (20.63%) seguida de la despersonalización (12.69%). En cuanto al sexo, para agotamiento emocional hubo un predominio del género femenino, mientras que el género masculino predominó en las otras dos dimensiones, sin embargo, en los resultados no fue significativa la asociación entre el género y la presencia de burnout en sus 3 dimensiones ($p > 0.05$). Se encontró también que la jornada laboral de 8 horas para médicos que laboraban en consulta externa se asoció a niveles más altos de Burnout en sus 3 dimensiones en relación a los médicos que laboraban 4 horas, con una Razón de Prevalencia (RP) de 1.29 y de 3.29 para presentar baja realización personal. Con respecto a la antigüedad el estudio encontró que los profesionales que laboraban menos de 10 años tenían más prevalencia de burnout, sin embargo esta asociación no fue significativa (Durán & García, 2013).

En un trabajo realizado en el personal del Dispensario Central del IESS en Cuenca, el 17% de los médicos presentaron burnout y el 69% de médicos estaban en riesgo de presentarlo. El estudio además mostró que no hay relación estadística con el sexo, pero que la edad entre los 35 y 44 años y el tiempo de servicio de 5 a 9 años si demostraban una significancia estadística en asociación la prevalencia de burnout, sin embargo los profesionales que laboraban de 1 a 4 años tenían más riesgo de presentar burnout en algún momento de su vida, igualmente con significancia estadística (Campoverde, 2016).

A pesar de que se han realizado varios estudios sobre el síndrome de burnout en los médicos, por la alta prevalencia de este problema en el personal sanitario;



la gran mayoría investiga este tema a nivel del área hospitalaria. En el Ecuador no existen estudios suficientes sobre la realidad del Burnout en médicos generales dedicados a la atención médica primaria. Es necesario conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout en este sector, ya que si éste influye tanto en el bienestar personal así como en la calidad del desempeño laboral de éstos profesionales, estaríamos frente a una problemática en el sistema de salud y la prestación de servicios médicos, de ahí la importancia de su identificación temprana y oportuna, y la implantación de medidas de prevención y tratamiento.

CAPÍTULO II

FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO

Históricamente, el trabajo ha significado un riesgo para la salud. Las condiciones laborales normalmente suponen una amenaza para la salud del trabajador pudiendo ocasionar enfermedades y accidentes laborales de todo tipo (Moreno, 2011).

El estudio de los aspectos psicosociales y organizacionales y su relación con la salud laboral, no es nuevo aunque sí lo es su reconocimiento y la importancia que ha recibido en los últimos años. (Raffo, Ráez, & Cachay, 2013)

Como resultado de los significativos cambios en las organizaciones y de los procesos de globalización actual, se ha hecho más frecuente e intensa la exposición a factores de riesgo psicosocial (Moreno, 2011) (Raffo et al., 2013) (Moreno & Báez, 2010). La aparición de este fenómeno es comprensible si tenemos en cuenta las exigencias del trabajo moderno (Sauter, Murphy, Hurrell, & Levi, 2012). Esto hace que sea necesaria y conveniente su identificación, evaluación y control, con el objetivo de evitar sus riesgos asociados para la salud y la seguridad en el trabajo (Moreno, 2011) (Raffo et al., 2013) (Moreno & Báez, 2010).



Existen varias leyes nacionales e internacionales que amparan los derechos del trabajador y que obligan a las empresas a garantizar la seguridad y salud de los trabajadores a su servicio, en todos los aspectos relacionados con el trabajo, esto incluye los factores psicosociales (Moreno & Báez, 2010).

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha desarrollado el concepto de “decent work” (trabajo decente) que envuelve aquellos aspectos laborales referentes por un lado al derecho a la salud en el trabajo como un derecho básico, así como al derecho social al trabajo en sí mismo; tomando en cuenta que estos dos aspectos se encuentran vinculados mutuamente y que no pueden desarrollarse el uno al margen del otro (Moreno, 2011).

El artículo 16 del Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, indica que se deberá exigir a los empleadores que, en la medida que sea razonable y factible, garanticen que los lugares de trabajo, las operaciones y procesos que estén bajo su control, sean seguros y no entrañen riesgo alguno para la seguridad y la salud de los trabajadores (OIT, 1981).

Según una importante resolución de la OIT (1975), el trabajo no sólo debe respetar la vida y la salud de los trabajadores y dejarles tiempo libre para el descanso y el ocio, sino que también ha de permitirles servir a la sociedad y conseguir su autorrealización mediante el desarrollo de sus capacidades personales (Sauter et al., 2012).

La Constitución Ecuatoriana contiene varios artículos en los que se vela por los derechos de los trabajadores, como por ejemplo: en el Artículo 3 se indica que uno de los deberes primordiales del Estado, es garantizar a sus habitantes el derecho a la seguridad integral. En el Artículo 14 el estado garantiza el “derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir”. El Artículo 33, señala que el trabajo además de ser un deber social, es un derecho social y económico; adicionalmente indica que el Estado Ecuatoriano garantizará a las personas



trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable (Asamblea Constituyente, 2008).

En nuestro país, toda organización es responsable de velar por la seguridad y salud de sus empleados. Para constatar este cumplimiento, las empresas están obligadas a cumplir con la normativa técnica y legal en materia de seguridad y salud en el trabajo, establecida en la Resolución CD 513. En su Art. 51 dice: “El Seguro General de Riesgos del Trabajo protege al asegurado y al empleador mediante programas de prevención de los riesgos derivados del trabajo”, y el Art. 53 indica que: “En materia de riesgos del trabajo la acción preventiva se fundamenta en los siguientes principios: a) Control de riesgos en su origen, en el medio o finalmente en el receptor. b) Planificación para la prevención, integrando a ella la técnica, la organización del trabajo, las condiciones de trabajo, las relaciones sociales y la influencia de los factores ambientales; c) Identificación de peligros, medición, evaluación y control de los riesgos en los ambientes laborales; d) Adopción de medidas de control, que prioricen la protección colectiva a la individual; e) Información, formación, capacitación y adiestramiento a los trabajadores en el desarrollo seguro de sus actividades; f) Asignación de las tareas en función de las capacidades de los trabajadores; g) Detección de las enfermedades profesionales u ocupacionales; y, f) Vigilancia de la salud de los trabajadores en relación a los factores de riesgo identificados” (IESS, 2016).

El Decreto Ejecutivo 2393 sobre el Reglamento de la Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente del Trabajo a cargo del Seguro General de Riesgos del Trabajo del IESS, cita en su Artículo número 11 que son obligaciones de los empleadores cumplir con las normas vigentes en materia de prevención de riesgos, así como “Adoptar las medidas necesarias para la prevención de riesgos que puedan afectar a la salud y al bienestar de los trabajadores en los lugares de trabajo de su responsabilidad” (IESS, 1986).



El Artículo 410 del Código del Trabajo, sobre las obligaciones respecto de la prevención de riesgos, reza que los empleadores tienen la obligación de asegurar a sus trabajadores condiciones de trabajo que no presenten peligro para su vida o su salud; así como los trabajadores tienen la obligación de acatar las medidas de prevención, seguridad e higiene estipuladas en los reglamentos y proporcionadas por el empleador (Comisión de Legislación y Codificación del H. Congreso Nacional del Ecuador, 2005).

En el Reglamento 1404 para el Funcionamiento de los Servicios Médicos de Empresas establecido por el Ministerio de Trabajo y Bienestar Social del Ecuador, se estipula en su Artículo 4, que las empresas con cien o más trabajadores tienen la obligación de organizar los Servicios Médicos con la planta física adecuada y el personal médico o paramédico que se determina en el Reglamento; y por su parte en el Artículo 5, que ésta obligatoriedad se aplicará en las empresas con un número de trabajadores menor que cien, cuando la actividad de las mismas puedan ocasionar riesgos específicos (Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, 1978).

Podemos ver entonces, que existen varias leyes que amparan los derechos de los trabajadores, pero tanto trabajadores como empleadores deben actuar conjuntamente para el cumplimiento de la normativa legal, y así establecer una cultura prevencionista en las organizaciones, no solo para evitar sanciones sino para preservar la salud y bienestar de los trabajadores. Esto ha sido un largo proceso que se sigue desarrollando, pues en la actualidad en la mayoría de empresas ecuatorianas no hay una verdadera concientización de la importancia de trabajar en un ambiente seguro.

FACTORES PSICOSOCIALES LABORALES:

El concepto de factores psicosociales laborales relativamente es reciente y posiblemente tiene su origen en el último cuarto de siglo pasado, siendo desde entonces que de forma muy escasa se empieza a hablar de ellos. En el año de 1984, aparece uno de los primeros trabajos oficiales referentes al tema: “Los



factores psicosociales en el trabajo: reconocimiento y control” en un documento publicado por la OIT (Moreno, 2011).

El concepto teórico de factores psicosociales laborales fue definido por el comité mixto OIT/OMS en 1984 como “aquellas condiciones presentes en una situación de trabajo, relacionadas con la organización, el contenido y la realización del trabajo susceptibles de afectar tanto al bienestar y la salud (física, psíquica o social) de los trabajadores como al desarrollo del trabajo.” Aunque esta definición ha sufrido diversas revisiones, se ha mantenido el concepto de interacción entre trabajo y persona (Pérez & Nogareda, 2012).

Los factores psicosociales laborales se definen como aspectos organizacionales y psicosociales del trabajo que están presentes en todas las organizaciones, y que pueden dar lugar tanto a consecuencias positivas como negativas. Son factores que provienen de la organización y de la forma de gestionar; describen los componentes que un sistema social necesita para funcionar y lograr sus objetivos (Moreno & Báez, 2010).

Los factores psicosociales son las condiciones del trabajo, de la organización, de la gestión laboral, y de la interacción humana y sus contextos sociales y organizacionales; que tienen la capacidad de favorecer o perjudicar tanto el desarrollo de la actividad laboral, como la calidad de vida laboral de los trabajadores. Cuando tales condiciones son favorables, fomentan el desarrollo personal de los individuos, facilitan el trabajo, elevan los niveles de satisfacción laboral, los estados de motivación en los que los trabajadores alcanzan mayor experiencia y desarrollo de competencias personales y profesionales, así como también generan un incremento de la productividad empresarial; mientras que cuando son desfavorables perjudican el bienestar o la salud (física, psíquica o social) de la persona. En este caso hablamos de factores de riesgo psicosocial (Moreno & Báez, 2010) (Gil-Monte, 2012).

Entonces podemos clasificar a los factores psicosociales en dos categorías principales: los que tienen efectos negativos en la salud y los que pueden



contribuir positivamente al bienestar de los trabajadores (Kalimo, El-Batawi, & Cooper, 1988).

Lastimosamente, se ha insistido mucho más en los factores psicosociales negativos que en los positivos, y más en los riesgos que en el desarrollo, cuando hemos mencionado que los factores psicosociales en el trabajo pueden tener tanto repercusiones negativas como positivas (Moreno, 2011).

Los factores psicosociales laborales tienen que ver por un lado con la interacción entre el trabajador, su medio ambiente laboral, las condiciones de la organización y la satisfacción en el trabajo, y por otra parte, con las condiciones propias del trabajador como son su cultura, sus capacidades, necesidades, y su situación personal fuera del trabajo; lo cual puede influenciar en su salud, rendimiento y satisfacción laboral, a través de sus experiencias y percepciones (Raffo et al., 2013) (Cepyme Aragón, n.d.).

Debido a que los factores psicosociales en el trabajo representan el conjunto de las experiencias y percepciones del trabajador y abarcan muchos aspectos, esto los hace complejos y difíciles de entender (Moreno, 2011).

Una cualidad que diferencia los factores psicosociales de otras condiciones de trabajo es que, a pesar de que son potencialmente factores de riesgo, un objetivo preventivo debería ser no su eliminación o reducción sino su optimización, a fin de promover sus efectos beneficiosos y evitar sus efectos adversos (Pérez & Nogareda, 2012).

Las formas acertadas de liderazgo, cultura empresarial, clima organizacional y condiciones psicosociales generales, generan excelentes condiciones de trabajo y afectan a la salud de una manera positiva, forjando el desarrollo individual y el bienestar personal y laboral. Cuando esto no sucede, pueden generar condiciones pésimas de trabajo con consecuencias negativas para la salud de los trabajadores y de la organización (Moreno & Báez, 2010).



Dadas las variables que comprenden los factores psicosociales, es normal utilizar como equivalentes, las expresiones “factores organizativos” y “organización del trabajo” para hacer referencia a las condiciones de trabajo que pueden intervenir en el estado de salud del trabajador (Pérez & Nogareda, 2012).

El número de factores psicosociales es muy amplio y su clasificación y organización depende de la perspectiva que se elija. Roozeboom, Houtman y Van den Bossche, (2008) identifican tales factores proponiendo una serie de indicadores organizacionales y laborales:

Factores Organizacionales:

- **Política y Filosofía de la organización:** Relación trabajo-familia, gestión de los Recursos Humanos, política de seguridad y salud, responsabilidad social, corporativa, estrategia empresarial.
- **Cultura de la Organización:** Política de relaciones, laborales, información organizacional, comunicación organizacional, justicia organizacional, supervisión/liderazgo.
- **Relaciones Industriales:** Clima laboral, representación sindical, convenios colectivos.

Factores Laborales:

- **Condiciones de empleo:** tipo de contrato, salario, diseño de carreras.
- **Diseño del puesto:** Rotación de puestos, trabajo grupal.
- **Calidad en el trabajo:** Uso de habilidades personales, demandas laborales, autonomía y capacidad de control, seguridad física en el trabajo, apoyo social, horas de trabajo, teletrabajo (Moreno & Báez, 2010) (Cepyme Aragón, n.d.).



FACTORES DE RIESGO PSICOSOCIAL:

Mientras que los factores psicosociales son descriptivos, haciendo alusión a la estructura organizacional, a las condiciones psicosociales laborales como el clima laboral, la cultura corporativa, el estilo de liderazgo o el diseño del puesto de trabajo, factores que pueden ser positivos o negativos; los factores de riesgo psicosocial son predictivos, se refieren a las condiciones organizacionales cuando tienen una posibilidad de provocar efectos nocivos sobre la salud y bienestar de los trabajadores, es decir afectar negativamente actuando como factores desencadenantes de la tensión y el estrés laboral (Moreno, 2011).

Cuando los factores organizacionales y psicosociales de las empresas y organizaciones son factores con probabilidad de afectar negativamente la salud y el bienestar del trabajador y el desarrollo del trabajo, son considerados factores de riesgo psicosocial, es decir, cuando actúan como factores disfuncionales desencadenantes de respuestas de inadaptación, de tensión y respuestas psicofisiológicas de estrés (Moreno, 2011) (Moreno & Báez, 2010) (Gil-Monte, 2012) (Mansilla & Favieres, 2012) (Cepyme Aragón, n.d.).

La salud del trabajador peligra cuando el trabajo deshumaniza a la persona con una combinación de factores laborales que están en continua interacción dinámica (Raffo et al., 2013).

En medicina y biología suele utilizarse el término *estrés* para señalar un proceso corporal generalizado, que permite la adaptación a todos los cambios, influencias, exigencias y tensiones a las que se puede estar expuesto, tomando en cuenta que las exposiciones que pueden activar este proceso pueden ser físicas, mentales y sociales. Siempre hay en el cuerpo un cierto nivel de estrés, entonces el problema no es que el organismo tenga una respuesta de estrés, sino que el grado de estrés sea demasiado alto (Sauter et al., 2012) (Kalimo et al., 1988).

Los factores de riesgo psicosocial son condiciones que pueden llevar al estrés



en el trabajo y a otros problemas conexos de salud y seguridad (Moreno, 2011) (Sauter et al., 2012).

Según los investigadores del National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), los elementos básicos del modelo de estrés del trabajo son los estresores del trabajo (factores psicosociales de riesgo relacionados con el trabajo) y los moderadores del estrés (factores individuales y contextuales). En este modelo, los denominados “estresores” producen unas reacciones psicológicas, de comportamiento y fisiológicas que pueden acabar por afectar la salud. No obstante, intervienen también los llamados “moderadores del estrés” que influyen en los efectos de los estresores sobre la salud y el bienestar (Sauter et al., 2012).

En la actualidad, existen otras teorías del estrés en el trabajo, como el modelo de demandas-control del trabajo y el modelo de ajuste persona-entorno (P-E), el Apoyo Social (un modelo interactivo del estrés), entre otros. No obstante, todos estos modelos tienen un punto en común: el estrés se conceptualiza en términos de la relación entre la persona y el trabajo. Desde este punto de vista, el estrés y el riesgo de presentar problemas de salud emergen cuando las exigencias del trabajo no se ajustan a las capacidades, necesidades o expectativas del trabajador (Sauter et al., 2012) (Pérez & Nogareda, 2012) (Kalimo et al., 1988).

Por una parte, los riesgos psicosociales con origen en la actividad laboral pueden estar ocasionados por un deterioro o disfunción de características propias del individuo (Ej., personalidad, actitudes, experiencias, percepción), sus necesidades y su entorno existente fuera de la organización (Ej., exigencias domésticas), que pueden influir en la aparición de estrés en el trabajo; y por otra parte, de las características de las condiciones de trabajo y las interacciones entre trabajadores, y la organización (Gil-Monte, 2012) (Mansilla & Favieres, 2012) (Sauter et al., 2012).

Principales factores de riesgo psicosocial:

De la misma forma que el número de los factores psicosociales es muy amplio,



también lo es el número de factores de riesgo psicosocial (Moreno & Báez, 2010). Los más comunes son:

Factores relacionados con el entorno de trabajo:

Relaciones que hay entre las características del lugar de trabajo y la salud del trabajador (Mansilla & Favieres, 2012) (Sauter et al., 2012):

- **Diseño del puesto de trabajo:** El puesto de trabajo se refiere a la zona de trabajo inmediata. Lo ideal es conseguir la adaptación correcta (ergonómica) de las medidas geométricas del puesto de trabajo a las características corporales del trabajador. Sin embargo, factores como: posición en el trabajo, mobiliario, espacio de trabajo, planos y alcance; pueden influenciar negativa y significativamente sobre el trabajador, y aunque generalmente son considerados factores ergonómicos, si no son los adecuados, provocan tensiones y otros efectos como estrés, fatiga mental, fatiga visual, insatisfacción laboral, afección del estado de ánimo, etc. (Mansilla & Favieres, 2012) (Sauter et al., 2012) (Moreno & Báez, 2010).

Algunos estudios han demostrado que el grado de cerramiento físico en el puesto de trabajo guarda una relación positiva con la percepción de intimidad del trabajador, su satisfacción con el entorno de trabajo y su satisfacción laboral en general, y que zonas de trabajo “abiertas” se relacionan con climas laborales más negativos entre los grupos de trabajo, e incluso con cuadros de cefalea en el personal. Es importante saber que esto dependerá de algunos aspectos y del tipo de trabajo (Sauter et al., 2012).

En otros estudios se ha determinado que las oportunidades para personalizar la decoración del puesto de trabajo, la libertad para controlar las condiciones acústicas, de iluminación y ventilación, la presencia de ventanas en el entorno inmediato del trabajador (de preferencia con vista



agradable), la exposición a elementos naturales de interiores (Ej., fotos de zonas silvestres, macetas con plantas), están asociadas a niveles más altos de confort, satisfacción con el trabajo y a niveles más bajos de estrés (Sauter et al., 2012) (Moreno & Báez, 2010).

- **Condiciones ambientales:** Las condiciones ambientales rodean al trabajador fuera de la zona de trabajo inmediata y pueden producir insatisfacción, disconfort e incluso afectar la salud y bienestar del trabajador. Son ejemplos de esas características ambientales del entorno los niveles de ruido, la iluminación, la calidad del aire, la intimidad para la conversación, la densidad social, etc. Alteraciones de estas condiciones se han asociado a niveles elevados de estrés fisiológico y psicológico y unos niveles bajos de satisfacción en el trabajo (Mansilla & Favieres, 2012) (Sauter et al., 2012).

Factores relacionados con el diseño y contenido de las tareas y las funciones:

Se deben tomar en cuenta un grupo de factores relacionados con las tareas y funciones laborales, que si no son adecuadas, los trabajadores pueden percibir las tareas como aburridas, ingratas y monótonas, pudiendo desencadenar trastornos para la salud de la persona y/o insatisfacción laboral (Mansilla & Favieres, 2012):

- **Monotonía/ Repetitividad:** Hace referencia a la falta de variedad en el trabajo, ciclos cortos de trabajo, trabajo fragmentado y sin sentido. Existe relación entre el trabajo monótono y repetitivo, y la insatisfacción laboral de trabajador. Para que un trabajo sea interesante debe haber variabilidad en el trabajo y debe tener una cierta multiplicidad de tareas y de atribuciones (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010).
- **Ritmo de trabajo:** Es el tiempo requerido para la ejecución del trabajo. Los factores que pueden establecer el ritmo laboral en un puesto son: trabajar con plazos ajustados, exigencia de rapidez en las tareas, plazos urgentes de finalización, recuperación de retrasos, competitividad entre



compañeros, trabajo al ritmo de una maquinaria cuya velocidad de funcionamiento es automática, normas de producción, gran cantidad de trabajo a realizar, control jerárquico directo con alta presión temporal, etc. (Moreno & Báez, 2010) (Mansilla & Favieres, 2012) (Sauter et al., 2012).

- **Iniciativa/ Autonomía/ Control:** Es la capacidad y posibilidad que tiene el trabajador para gestionar y tomar decisiones sobre el diseño del trabajo: forma de organización, determinación del orden, regulando su ritmo y la forma de cumplir las actividades; de tal manera que sea intrínsecamente motivador, satisfactorio y conducente al bienestar mental y físico; es decir, es conveniente organizar el trabajo de manera que el propio trabajador pueda influir en su situación laboral (Mansilla & Favieres, 2012) (Sauter et al., 2012) (Pérez & Nogareda, 2012).
- **Carga de trabajo:** Por carga de trabajo se entiende el nivel de demanda de trabajo a la que el trabajador ha de hacer frente. El trabajador se ve sometido a un conjunto de requerimientos físicos y psicológicos a lo largo de su jornada laboral, de este modo, un factor de riesgo presente en muchas actividades laborales es la carga de trabajo tanto física como mental. La carga física se origina cuando el trabajador se extralimita en tareas que implican un trabajo muscular, apareciendo la fatiga física. La carga mental aparece cuando las exigencias cognitivas superan la capacidad de respuesta del trabajador, dando lugar a la fatiga mental (Sauter et al., 2012) (Mansilla & Favieres, 2012) (Pérez & Nogareda, 2012).

En la carga mental se distinguen dos escenarios: *sobrecarga de trabajo* (demasiada cantidad de trabajo en un periodo de tiempo determinado, tareas muy complejas, altas demandas intelectuales, tiempo insuficiente para realizarlas) o *subcarga de trabajo* (volumen de trabajo insuficiente, tareas demasiado sencillas carentes de dificultad que no implican ningún compromiso mental, bajas demandas intelectuales). El nivel óptimo de funcionamiento mental se sitúa en el punto medio de una escala que va



desde unas exigencias de trabajo muy bajas a otras muy altas con un grado de exigencia “justo”; sin embargo, la ubicación de esta zona óptima varía según las personas (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010) (Sauter et al., 2012).

La carga de trabajo total de una persona comprende el empleo ordinario y las horas de trabajo extraordinarias, así como las labores domésticas, el cuidado de los hijos, familiares de edad avanzada y enfermos, y la colaboración con otras organizaciones. Según esta definición, las mujeres empleadas tienden a una carga de trabajo superior a la de los hombres, en todas las edades y en todos los niveles profesionales (Sauter et al., 2012).

- **Nivel de Responsabilidad:** Para que haya satisfacción laboral, el nivel de responsabilidad debe ser apropiado a la capacidad del trabajador y a los recursos disponibles (Mansilla & Favieres, 2012).
- **Desempeño de rol:** El rol es el conjunto de expectativas del patrón de comportamiento y conductas asociadas con el puesto laboral, que se espera de un trabajador independientemente de quien sea (Mansilla & Favieres, 2012).

Se pueden presentar dos situaciones: *Ambigüedad del Rol* (incertidumbre por tareas mal definidas; falta de definición de las propias tareas por información incompleta, inconsistente y muy cambiante sobre las responsabilidades, objetivos del trabajo, procedimientos, etc.), y *Conflicto de Rol* (incongruencia o incompatibilidad entre las demandas y exigencias en el trabajo, por conflictos entre los distintos roles individuales, conflictos de valores y creencias, expectativas opuestas dentro de la propia organización, o por incompatibilidad temporal) (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010) (Pérez & Nogareda, 2012).

[Factores relacionados con la organización del tiempo de trabajo:](#)



Una inadecuada planificación, organización, y distribución del tiempo de trabajo puede quebrantar la salud y el desempeño de la actividad del trabajador (Mansilla & Favieres, 2012):

- **Pausas de trabajo:** Pueden ser perjudiciales el exceso de días laborables; falta de descansos durante la jornada laboral, descansos semanales, vacaciones o feriados (Mansilla & Favieres, 2012).
- **Jornada laboral:** La organización y duración del tiempo que trabaja una persona constituyen aspectos muy importantes de su experiencia de la situación laboral. Una jornada larga, continua, trabajo por turnos, trabajo nocturno, introducción de nuevos horarios imprevisibles, horas suplementarias y extraordinarias (Sauter et al., 2012) (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010); pueden reducir un tiempo muy valioso para el trabajador, en el que puede dormir, descansar o relacionarse con su familia (poniendo en peligro su papel familiar), amigos, o participar en acontecimientos sociales. Por otra parte, una jornada laboral anormal puede trastornar el reloj biológico de una persona (ritmos circadianos), pudiendo dar lugar a problemas de salud como trastornos del sueño, trastornos gastrointestinales, enfermedad cardiovascular, e incluso elevar la incidencia de síntomas psiquiátricos (Sauter et al., 2012).
- **Características de horario:** Horarios restringidos o inflexibles sin tiempo para la interacción, también pueden producir insatisfacción laboral en el trabajador (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010).

Factores relacionados con la estructura de la organización:

- **Estilo de mando:** El estilo de mando (estilo autocrático, Laissez Faire (dejar hacer), paternalista, democrático, etc.) influye en el clima laboral, y en las relaciones entre los trabajadores, y entre éstos y los jefes (Mansilla & Favieres, 2012). Numerosos estudios indican que un estilo de mando caracterizado por la falta de consultas y comunicaciones efectivas, la



imposición de restricciones injustificadas al comportamiento de los trabajadores y la ausencia de control sobre el propio trabajo, se relacionan con actitudes psicológicas y comportamientos negativos, enfermedades cardiovasculares, y otras manifestaciones de estrés. Un estudio descubrió que los líderes desconsiderados centrados en la producción, producen síntomas psicológicos de estrés, mayores niveles de ansiedad y hostilidad (Sauter et al., 2012).

Para dirigir cualquier organización laboral, el estilo democrático es el más adecuado ya que permite la participación de los trabajadores, el compañerismo, la colaboración, y favorece la aparición de una verdadera conciencia de grupo (Mansilla & Favieres, 2012).

- **Participación en la toma de decisiones:** La falta de apoyo y participación de los trabajadores en la toma de decisiones, conlleva a una falta de control del trabajador sobre las condiciones del trabajo. Este es un factor causante de estrés y ansiedad (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010).
- **Comunicación en el trabajo:** La organización laboral debe estar diseñada de modo que se propicie la comunicación interna entre los trabajadores durante su actividad laboral (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010).
- **Relaciones interpersonales en el trabajo:** Selye (1974) postuló que uno de los aspectos más estresores de la vida es la necesidad de convivir con otras personas. Las buenas relaciones entre los miembros de un equipo de trabajo se consideran un elemento primordial de la salud personal y de la organización (Sauter et al., 2012).

Si bien se puede pensar que para una buena relación interpersonal en el trabajo no deben haber discrepancias entre los trabajadores, lo lógico es que hayan divergencias entre los compañeros, y entre los subordinados y los jefes; de esta manera se pueden visualizar los objetivos, tareas,



procedimientos, expectativas, etc., desde distintos enfoques; pero si se instaura entre los trabajadores una actitud de comprensión, respeto, cooperación y cortesía se logrará un buen clima laboral que facilitará la solución de cualquier conflicto que pueda presentarse. Esto no sucedería si existe por ejemplo un aislamiento físico o social, escasas relaciones con los jefes, conflictos interpersonales, falta de apoyo social, etc. (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010).

- **Condiciones de empleo:** Las condiciones de empleo (Ej., movilidad geográfica, accesibilidad del lugar de trabajo, tipo de contrato, posibilidad de elección de vacaciones, remuneración) y las posibilidades del trabajador para desarrollar su carrera profesional ejercen un peso específico en la motivación y satisfacción laboral (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010).
- **Seguridad contractual:** Se refiere al trabajo precario, trabajo temporal, incertidumbre de futuro laboral, inseguridad; ya sea por redimensionamiento de la empresa, despidos, reducción de personal, reducción de costos, remodelación, reestructuración, fusiones, jubilación anticipada, reubicación, etc. La consecuencia de la decisión de los directivos de reducir o reestructurar los puestos de trabajo, es alterar el contrato psicológico con el trabajador (Moreno & Báez, 2010) (Sauter et al., 2012).

Hoy en día en todo el mundo, incluso en Japón, son cada vez más los trabajadores, sobretodo de las grandes empresas, que se enfrentan a un fenómeno de incremento de la inseguridad laboral y a un ambiguo panorama en lo que respecta al futuro (Sauter et al., 2012).

- **Socialización:** Los recién llegados deben afrontar múltiples factores de estrés, como el conflicto y la ambigüedad de roles, los conflictos entre las obligaciones laborales y las responsabilidades domésticas, la política, la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo. Estudios han demostrado como



resultados negativos de la socialización: depresión, falta de concentración, y síntomas como irritabilidad, cefaleas y náuseas (Sauter et al., 2012).

- **Relación trabajo-familia:** Demandas conflictivas entre la familia y el trabajo, bajo apoyo familiar (Moreno & Báez, 2010).

Factores individuales:

- **Tipo de personalidad:** Existen 2 tipos de personalidad: tipo A y tipo B. los individuos con patrón de comportamiento tipo A se caracterizan por ser personas competitivas, ambiciosas, impacientes, incluso agresivas y hostiles, con explosividad en el lenguaje y un elevado nivel de alerta acompañado de tensión muscular; son personas que les cuesta mucho relajarse o descansar, generalmente trabajan apresuradamente, luchan contra la presión del tiempo y el reto de la responsabilidad, trabajan por largas horas y realizando varias actividades al mismo tiempo; es decir, le dedican más tiempo al trabajo que al ocio. En el polo opuesto, las personas del tipo B, más relajadas, calmadas, tienden a ser pacientes, fáciles de tratar, cooperadoras, uniformes en su ritmo de actividad, no se envuelven en metas difíciles, y aparentemente son más contentas en la vida y de quienes les rodean (Sauter et al., 2012).

El comportamiento del Tipo A no es un factor externo de estrés ni una reacción de incomodidad o tensión, sino, más bien, una manera de reaccionar. La frecuencia e intensidad del comportamiento del Tipo A se incrementan a medida que las sociedades se industrializan y se hacen más competitivas y ansiosas (Sauter et al., 2012).

Las investigaciones sobre la personalidad tipo A en la psicología industrial y de la organización, mediante un estudio comparativo de diferentes profesiones y de las respuestas de los trabajadores al estrés en el trabajo, concluyeron que en situaciones de estrés externo similares, los trabajadores del Tipo A suelen mostrar mayor tensión física y emocional



que los del Tipo B. Otros estudios descubrieron que las demandas del entorno, los problemas y frustraciones, generan reacciones en la salud mucho más marcadas en las personas del tipo A (Sauter et al., 2012).

- **Resistencia:** Es un rasgo de la personalidad que se define como aquella actitud básica de una persona ante su lugar en el mundo que expresa al mismo tiempo, su compromiso, control y predisposición a responder frente a los retos. El compromiso es la propensión a comprometerse en todo lo que se hace o se encuentra en la vida. El control es la propensión a pensar, sentir y actuar como alguien influyente y no impotente ante las distintas circunstancias de la vida. El reto consiste en creer que en la vida es normal el cambio y no la estabilidad, y que los cambios son importantes incentivos para el crecimiento en lugar de amenazas a la seguridad (Sauter et al., 2012).

Se presume que los individuos que muestran elevados niveles de resistencia con sus tres características correlacionadas (compromiso, control y reto), tienen mayor capacidad para preservar su salud en situaciones de tensión que aquellas personas carentes de resistencia. La resistencia se caracteriza por una forma de reaccionar ante las situaciones estresantes de la vida que favorece la disminución de la tensión subsiguiente al estrés, que podría provocar afecciones en la salud físicas y mentales (Sauter et al., 2012).

- **Autoestima:** Se define como el carácter favorable de la autoevaluación de las características individuales. Un bajo nivel de autoestima se ha considerado desde hace mucho tiempo como uno de los factores causantes de trastornos fisiológicos y psicológicos. El creciente interés de los investigadores por los factores que hacen a una persona más o menos vulnerable al estrés, han determinado que las personas con baja autoestima son más vulnerables para afrontar los eventos del entorno como los estresores en el trabajo (Sauter et al., 2012).



- **Locus de control:** La expresión “locus de control destina un rasgo de la personalidad que muestra la creencia general de una persona, de que las experiencias vitales están presididas, por los propios actos (locus de control interno) o por influencias externas (locus de control externo). Las personas que tienen un locus de control externo creen que ejercen escaso control sobre los hechos y circunstancias vitales y atribuyen los refuerzos a la suerte o a poderosos factores extrínsecos. Por el contrario, Las personas con un locus de control interno se consideran capaces de controlar los hechos y circunstancias vitales, incluidos los refuerzos asociados, es decir, los resultados que se distinguen como recompensas de los propios comportamientos y actitudes (Sauter et al., 2012) (Dailey, 2012).

Varios estudios realizados sobre la asociación entre el locus de control externo y la mala salud física y mental en entornos laborales, han concluido que los trabajadores con un locus de control externo son más propensos a manifestar mayor agotamiento psíquico, insatisfacción laboral y estrés, así como baja autoestima. Estudios recientes indican que el locus de control modera la asociación entre los estresores vinculados al rol y los síntomas de estrés negativo (Sauter et al., 2012).

- **Estilo de afrontamiento:** Son los esfuerzos por reducir los efectos negativos del estrés sobre el bienestar individual. Existen varios estilos de afrontamiento (adaptativo, social, preventivo, etc.) que comprenden combinaciones de pensamientos, creencias y comportamientos resultantes de la experiencia previa de estrés y del conocimiento adquirido, que desencadenan la percepción de determinadas situaciones como perjudiciales, peligrosas, o generadoras de ansiedad, independientemente del tipo de estresor (Sauter et al., 2012).

Las diferencias individuales de personalidad, edad, género, experiencia, capacidad intelectual y estilo cognitivo influyen en la forma en que un individuo enfrenta el estrés (Sauter et al., 2012).



- **Apoyo social:** La simple presencia de otra persona no supone un apoyo social, sino que precisa un intercambio de apoyo emocional, estima, y el sentimiento de pertenencia a un sistema de intercomunicación y de obligaciones recíprocas. El apoyo social tiene una influencia sobre la salud pues podría actuar como elemento de protección contra los efectos de las reacciones de estrés. Estudios han comprobado que las personas con carencia de apoyo social son diez veces más propensas a sufrir depresión, y que el apoyo social incrementa la capacidad de afrontamiento y facilita la adaptación (Sauter et al., 2012).
- **Género:** ¿Actúan los estresores en el lugar de trabajo de forma diferente en mujeres y hombres? Aunque son pocos los estudios que han analizado la influencia del género, en la mayoría se postula que, si se utilizan controles adecuados, la relación entre las condiciones de trabajo y sus efectos sobre la salud física y mental, no se encuentra moderada por el género, pues no se ha logrado comprobar lo contrario (Sauter et al., 2012).
- **Etnia:** En el campo del estrés y la salud en el trabajo, las investigaciones no han aclarado la influencia de la etnia en esta temática (Sauter et al., 2012).

La exposición a factores de riesgo psicosocial no perjudica necesariamente la salud y el bienestar del trabajador aunque son una fuente de riesgo, ya que si el individuo utiliza unas estrategias de afrontamiento adecuadas podrá manejar la situación laboral para eliminar el riesgo, o podrá modificar sus cogniciones, sus emociones, o su comportamiento, para adaptarse a la situación y convivir con ella (Gil-Monte, 2012).

Características de los factores de riesgo psicosocial:

Los factores de riesgo psicosocial son factores reales de riesgo que amenazan la salud y el bienestar de los trabajadores, pero tienen características propias



que hacen más difícil su evaluación, manejo y control (Moreno, 2011). Entre las más importantes de ellas podrían citarse las siguientes:

- Se extienden en el espacio y el tiempo: Los factores psicosociales no están ubicados en un lugar o momento determinado, son características globales de una organización o empresa.
- Dificultad de objetivación: A diferencia de otros factores de riesgo, uno de los problemas de los factores psicosociales es que no poseen unidades de medida propias y objetivas. A menudo para la evaluación, el recurso más empleado radica en la apreciación de la experiencia colectiva.
- Afectan a los otros riesgos: El incremento de los factores de riesgo psicosocial supone ordinariamente un incremento de los riesgos de seguridad, de higiene y de ergonomía. Este efecto también se produce a la inversa, de modo que dichos riesgos también influyen en los factores de riesgo psicosocial.
- Tienen escasa cobertura legal: En la gran mayoría de riesgos de seguridad, de higiene y ergonómicos, la legislación determina los niveles permitidos y no permitidos, lo que facilita su control y cumplimiento por parte de los empresarios y directivos, ya que se sabe a qué atenerse; no obstante esto no ocurre con los factores de riesgo psicosocial, donde el desarrollo de la legislación se ha fundamentado de forma general con la prohibición de que puedan afectar la salud, lo que suele ser inefectivo.
- Están mediados por otros factores: Los factores de riesgo psicosocial están influenciados por la percepción, la experiencia y la biografía personal. Dependen de efectos moderadores de variables personales como la confianza en sí mismo, el nivel de implicación, el optimismo y la motivación de logro.



- Son difíciles de modificar: Para la gran mayoría de riesgos de seguridad, de higiene y ergonomía, casi siempre hay soluciones técnicas. En el caso de los factores de riesgo psicosocial técnicamente la intervención no resulta tan clara, y sus efectos a mediano y largo plazo tampoco. Los factores psicosociales son factores organizacionales y están íntimamente relacionados con la concepción y diseño global de la empresa; la intervención psicosocial suele demandar plazos no inmediatos y resultados no asegurados, lo que incrementa la intransigencia de los responsables a gestionar intervenciones costosas si los resultados no están asegurados (Moreno, 2011) (Moreno & Báez, 2010) (Cepyme Aragón, n.d.).

RIESGOS PSICOSOCIALES:

Los riesgos psicosociales laborales, a diferencia de los factores psicosociales, no son condiciones organizacionales sino hechos, sucesos, o estados derivados de la organización del trabajo, con una alta probabilidad de afectar a la salud física, social o mental del trabajador de forma importante, aunque en cada trabajador los efectos pueden ser variables; y por otro lado pueden afectar el funcionamiento empresarial a mediano y largo plazo (Moreno & Báez, 2010).

Se podría decir que, los factores psicosociales pueden afectar positiva o negativamente a la salud, los factores de riesgo psicosocial suelen provocar daños en la salud usualmente menores, mientras que los riesgos psicosociales se conceptualizan como tales porque suelen tener consecuencias importantes para la salud del trabajador. Las consecuencias de los riesgos psicosociales tienen mayor probabilidad de aparecer y mayor probabilidad de ser más graves (Moreno & Báez, 2010).

Los riesgos psicosociales laborales carecen de autonomía y tienen sus antecedentes en relación con los factores de riesgo psicosocial, pero los riesgos psicosociales no pueden ser evaluados solo por sus antecedentes, sino que tienen características propias que deben evaluarse directamente a fin de poderlos controlar, prevenir y evitar (Moreno & Báez, 2010).



Principales Riesgos Psicosociales:

Cuando las condiciones de trabajo no son las adecuadas, favorecen la aparición de riesgos psicosociales. Entre los más reconocidos en el ámbito laboral, por sus importantes consecuencias en la salud y calidad de vida de los trabajadores están: El estrés laboral crónico, la violencia y agresión en el trabajo, el acoso laboral o Mobbing, acoso sexual, inseguridad contractual y el Burnout o Síndrome de Quemarse por el trabajo (Moreno, 2011) (Mansilla & Favieres, 2012) (Moreno & Báez, 2010).

Así como los avances tecnológicos, nuevos sistemas de producción y la elaboración de nuevos productos dan lugar a nuevos riesgos de seguridad, higiene y ergonomía, los cambios en las organizaciones pueden generar nuevos riesgos psicosociales, por lo que otros riesgos han recibido un aumento de atención: conflicto trabajo-familia y el trabajo emocional (Moreno & Báez, 2010).

Características de los riesgos psicosociales:

- Afectan a los derechos fundamentales del trabajador: Los riesgos psicosociales no son hechos aislados del trabajo, sino que engloban características del ciudadano trabajador, su dignidad como persona, su derecho a la salud, a la integridad física y personal y su derecho a la libertad.
- Tienen efectos globales sobre la salud del trabajador: Actúan sobre la salud a través de los mecanismos de respuesta al estrés.
- Afectan a la salud mental del trabajador: A más de las repercusiones en la salud física, los riesgos psicosociales, tienen en especial repercusiones notables en la salud mental de los trabajadores, debido a que afectan de forma significativa los procesos de adaptación del individuo y su sistema de estabilidad y equilibrio mental. Los riesgos psicosociales pueden



generar alteraciones cognitivas, emocionales y conductuales, llevando a trastornos mentales de importancia como ansiedad, depresión, conductas suicidas, etc., por lo que son considerados violaciones de las expectativas laborales básicas.

- Tienen formas de cobertura legal: La alta incidencia y relevancia de las consecuencias en la salud de los trabajadores derivadas de los riesgos psicosociales, han obligado a desarrollar una cobertura legal (Moreno & Báez, 2010).

Por otra parte, aunque los riesgos psicosociales pueden estar presentes en cualquier tipo de sector, su prevalencia en el sector de servicios es claramente prevalente (Moreno & Báez, 2010).

Consecuencias de los Riesgos Psicosociales:

Los riesgos psicosociales por su propia naturaleza, están asociados a respuestas de estrés agudo -violencia, acoso laboral o Mobbing y acoso sexual- o crónico generalizadas – estrés, Burnout, e inseguridad laboral; esto repercute en la salud física, mental y social del trabajador afectándolo directa e indirectamente a él, a la institución y a su entorno, puesto que afecta inmediatamente a sus mecanismos adaptativos (Moreno & Báez, 2010) (Mansilla & Favieres, 2012); es decir, los riesgos psicosociales en el trabajo suponen una problemática que afecta tanto a los intereses personales como empresariales, ya que afectan a la salud individual y a la organización (Moreno & Báez, 2010) (Nogareda & Almodóvar, 2003):

Efectos en el individuo:

- **Problemas relacionados con la salud**: A través de los mecanismos psicofisiológicos activados por el estrés. El estrés relacionado con el trabajo sería el agente psicofisiológico mediador entre los problemas laborales organizacionales y los problemas de salud, físicos y mentales,



consumo de sustancias, trastornos psicosomáticos, etc. Hoy en día existe un común acuerdo en que el mecanismo de respuesta al estrés resulta de una modificación sistemática del organismo. Es paradójico que la respuesta que prepara al organismo para conservar su salud logra conducirlo a la enfermedad (Moreno & Báez, 2010) (Kalimo et al., 1988).

Toda persona o animal que se somete a estrés psicológico produce una respuesta generalizada que incluye reacciones psicológicas y somáticas (corporales). Se trata de una activación de alarma o alerta general, que afecta a todas las reacciones fisiológicas, entre ellas, las del sistema vegetativo o autónomo, el sistema endocrino, el sistema musculoesquelético, y el sistema inmunitario (Sauter et al., 2012) (Joseph-Bravo & De-Gortari, 1969).

Algunas respuestas fisiológicas agudas al estrés son: aumento de los niveles de adrenalina y de cortisol, aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial, aumento de la tensión muscular, perturbaciones del patrón respiratorio, modificaciones de la actividad gastrointestinal y de la función inmunológica, entre otros (Sauter et al., 2012) (Joseph-Bravo & De-Gortari, 1969).

Aunque el efecto de la interacción entre el trabajador y sus condiciones de trabajo no se traduce inmediatamente en afecciones de la salud, si el problema se cronifica las consecuencias pueden llegar a expresarse en trastornos como:

- Trastornos Cardiovasculares: Hipertensión, Hipotensión, Arritmias.
- Trastornos Musculoesqueléticos: Tensión y contractura muscular, temblores, Tics.
- Trastornos Gastrointestinales.- Gastritis, Dispepsia, Úlcera Péptica, Colón Irritable, estreñimiento, diarrea.
- Trastornos Respiratorios.- Hiperventilación, Sensación de ahogo, Asma.
- Trastornos Endocrinos.- Hipoglucemia, Hipotiroidismo, Hipertiroidismo.
- Trastornos Dermatológicos.- Prurito, Hiperhidrosis, Dermatitis, Alopecia.



Trastornos emocionales.

-Trastornos Psicológicos (cognitivos y del comportamiento).- Dolor Crónico, Cefalea, Trastornos de Ansiedad, Trastornos Depresivos, Trastornos del Sueño, Drogodependencia, Trastornos de la Personalidad, Trastorno Obsesivo -Compulsivo, Trastornos de la Sexualidad (Mansilla & Favieres, 2012) (Sauter et al., 2012) (Pérez & Nogareda, 2012) (Kalimo et al., 1988).

Se ha comprobado que existe una asociación entre el estrés con resultados del comportamiento como: tabaquismo, abuso de alcohol y drogas, consumo de cafeína, trastornos del sueño, absentismo laboral generalmente por enfermedad; esto varía en función de los antecedentes individuales, factores genéticos y factores ambientales (Sauter et al., 2012) (Kalimo et al., 1988).

Efectos en la Organización:

Las consecuencias perjudiciales de los riesgos psicosociales a más de afectar la salud de los trabajadores, perturban internamente al mismo funcionamiento de la organización y la empresa, repercuten sobre sus niveles de productividad, funcionalidad, eficacia y eficiencia, disminuyendo sus posibilidades ya que la salud en el trabajo es parte de la salud global de la empresa, incluida la económica (Moreno & Báez, 2010) (Pérez & Nogareda, 2012).

- **Conductas laborales contraproducentes:** El trabajo puede tener una repercusión esencial en el bienestar afectivo de los trabajadores. A su vez, la calidad del bienestar de éstos en el trabajo influye en su satisfacción e implicación laboral, en su comportamiento, en la toma de decisiones y en su interacción con los compañeros; y trasciende de la misma forma a la vida familiar y social del individuo (Sauter et al., 2012) (Moreno & Báez, 2010).

En las empresas pueden aparecer conductas inefectivas, disfuncionales e incluso destructivas, donde los factores psicosociales de riesgo parecen



jugar un papel importante. Estas conductas van en contra de los intereses empresariales y pueden encaminar a la ocurrencia de accidentes menores, pérdida intencional de productividad y eficacia, e incluso deterioro de materiales, herramientas y maquinarias. La retaliación y la venganza como resultado de supuestas injusticias organizacionales, sistemas de gestión abusivos y una gama extensa de factores de estrés psicosocial suele ser el contexto justificativo de la acción (Moreno & Báez, 2010).

- **Alteración de los tiempos de trabajo:** Los riesgos psicosociales pueden provocar absentismo, presentismo, intenciones de abandono, rotación de personal, bajas laborales, etc., por insatisfacción laboral y falta de compromiso laboral (Moreno & Báez, 2010).
- **Accidentes y daños a terceros:** Hace referencia a aquellos riesgos que impliquen una disminución del desempeño laboral. Este problema cobra especial importancia por ejemplo en sectores de la salud, donde se ha visto que el Síndrome de Burnout puede asociarse a errores del personal sanitario, puede afectar la calidad de los servicios prestados, la satisfacción del paciente, e incluso poner en riesgo su seguridad (Moreno & Báez, 2010).
- **Costes económicos:** Accidentes de trabajo, pérdida de materiales, rendimiento, productividad, pueden ser algunas de las consecuencias de los riesgos psicosociales (Moreno & Báez, 2010).
- **Conciliación trabajo-familia:** La dimensión familiar del trabajador también puede verse afectada. Pueden darse conflictos entre el trabajo y la familia por el estado de ánimo del trabajador, la sobrecarga laboral, e incluso por la afección en la salud que se extiende al ámbito familiar del trabajador afectado por un entorno laboral poco saludable y seguro (Moreno & Báez, 2010).



EVALUACIÓN DE LOS FACTORES Y RIESGOS PSICOSOCIALES:

La evaluación psicosocial persigue el mismo objetivo de la prevención de riesgos laborales: identificar factores de riesgo y establecer medidas de mejora para prevenir daños (Nogareda & Almodóvar, 2003).

En el lugar de trabajo, el responsable de garantizar la seguridad y salud de los trabajadores en todos los aspectos relacionados con el trabajo, es el empresario. De ahí que el propósito de llevar a cabo una evaluación de riesgos es el permitirle al empresario tomar las medidas apropiadas para garantizar la salud de los trabajadores. Si dicha evaluación pone en evidencia que unas determinadas condiciones de trabajo deterioran la salud del trabajador, en este caso será necesaria la modificación de esa situación (Oncins & Almodóvar, 1995).

La evaluación de los factores y riesgos psicosociales no solo es una obligación legal, sino que representa para las organizaciones el mejor instrumento disponible que permite identificar y analizar los riesgos para la salud originados del entorno y la organización laboral (Salanova & Soler, 2015). Esto a su vez permitirá conocer posibles fallos potenciales de producir anomalías y distorsiones en el funcionamiento de la organización (Nogareda & Almodóvar, 2003).

La evaluación es el elemento previo que permite tomar decisiones preventivas y adoptar medidas de mejora por parte de la organización que, para ser eficaces, deben generar confianza desde la transparencia de los resultados y hacer sentir a sus miembros que se hace algo para mejorar (Salanova & Soler, 2015).

A partir del año 1987 el Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT) empieza a aplicar “Encuestas nacionales de condiciones de trabajo” y a partir de la tercera encuesta se incluyen elementos de análisis psicosocial. La serie de Notas Técnicas de Prevención (NTP) comienza a partir del año 1988 a incluir contenidos psicosociales (Moreno, 2011).



En general, para evaluar los factores de riesgo, incluidos los psicosociales, una de las metodologías más utilizadas es la propuesta por el INSHT, la cual plantea en un primer momento iniciar por la identificación del riesgo para luego continuar con la evaluación de su probabilidad y consecuencia y así finalmente gestionar su control e intervención. La relación probabilidad/consecuencia de los factores de riesgo psicosocial es igual que las que pueden tener el resto de riesgos laborales, es decir, según la probabilidad y de la gravedad de sus consecuencias, el riesgo psicosocial pueda ir de trivial a intolerable (Moreno & Báez, 2010).

Para analizar específicamente riesgos psicosociales existen varios métodos de evaluación, los principales son método FPSICO, método PREVENLAB-PSICOSOCIAL, métodos del Instituto Navarro de Salud Laboral (INSL), método MARC-UV, métodos del Instituto de Ergonomía MAPFRE (INERMAP), método ISTAS-21, metodología WONT/Cuestionario RED, cuestionario multidimensional DECORE, Batería MC Mutua-UB, entre otros (Moreno & Báez, 2010).

ESTRATEGIAS GENERALES DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES:

Toda organización que esté dispuesta a conseguir y mantener el máximo bienestar físico, psicológico y social de sus trabajadores, deberá adoptar un enfoque integrado de salud y seguridad que se vea reflejado en sus políticas y procedimientos, basado en las necesidades de los trabajadores y de la organización (Sauter et al., 2012).

Son varias las alternativas para combatir el estrés. La OIT plantea una prevención primaria, secundaria y terciaria. Para desarrollar una política de empresa eficaz y global, los empresarios tienen que integrar estos tres enfoques:

Prevención primaria: La prevención comienza a nivel de los factores de riesgo psicosocial (Moreno, 2011). Hace referencia a todas las acciones encaminadas a disminuir o eliminar los factores psicosociales que causan estrés y promover



positivamente el medio ambiente de trabajo seguro y saludable. La forma más efectiva para combatir el estrés es eliminar su causa, para ello se debe realizar un diagnóstico previo (mediante cuestionarios, reuniones con los trabajadores, registro de un diario de estrés por varias semanas, etc.), que permita identificar los factores de riesgo psicosocial y las personas afectadas o vulnerables.

Prevención secundaria: Consiste en la detección y tratamiento precoces de las afecciones a la salud secundarias a estrés (Ej., depresión, ansiedad), la formación y concientización de los trabajadores y la promoción de las estrategias para controlar el estrés. Llevar a cabo un programa de vigilancia y promoción de la salud en la empresa sería lo ideal.

Prevención terciaria: Implica la rehabilitación y recuperación de aquellas personas que han presentado problemas graves de salud causados por estrés. Es importante la detección de problemas de salud mental en el trabajo y la remisión inmediata de los afectados con un profesional que pueda brindarles un tratamiento especializado, así como proporcionar el acceso a servicios confidenciales de asesoramiento profesional y facilitar la reincorporación al trabajo para que no resulte una experiencia estresante (Sauter et al., 2012).

El objetivo final de todo lo expuesto hasta este punto, es gestionar de forma eficaz los riesgos psicosociales y desarrollar buenas prácticas a nivel individual y organizacional que eviten su aparición y el daño proveniente de ellos (Moreno & Báez, 2010).

Para llevar a cabo la intervención en prevención es necesario:

- Conseguir el apoyo de los órganos directivos
- Identificar, analizar y valorar las causas
- Proponer soluciones
- Diseñar la intervención
- Llevar a cabo la intervención (Mansilla & Favieres, 2012)



Según Mansilla F. y Favieres A., son más recomendables las medidas de carácter global, organizativas y colectivas que las medidas individuales sobre el trabajador. Las actividades de prevención individual han de ser posteriores o complementarias a las actividades de prevención organizacional:

Intervención sobre el Trabajador: Se fundamentan en dotar al trabajador de estrategias adaptativas sobre algunos aspectos:

- Técnicas Generales.- Apoyo social, dieta adecuada, fomento del buen humor y la distracción.
- Técnicas Cognitivas.- Reorganización cognitiva, desensibilización sistemática, detención de pensamiento, e inoculación de estrés.
- Técnicas Conductuales.- Técnicas de autocontrol, entrenamiento en habilidades sociales, entrenamiento asertivo, resolución de problemas.
- Técnicas Fisiológicas.- Relajación autógena, control de la respiración, relajación muscular (Mansilla & Favieres, 2012). Se ha comprobado que una estrategia eficaz para potenciar las prácticas saludables de los trabajadores y controlar el estrés, es facilitar la práctica del ejercicio físico en lugar de trabajo (Sauter et al., 2012).

Intervención sobre la Organización: Es la primera intervención que debe realizarse y va encaminada a alcanzar la autonomía, el desarrollo y la satisfacción laboral, promoviendo la cooperación. Las medidas de prevención que se indican son:

- Mejorar el medio ambiente de trabajo.- Controlando los riesgos, adecuando el ambiente físico (iluminación, colores, temperatura, etc.).
- Modificar el espacio.- Estableciendo medidas para evitar el aislamiento o hacinamiento en los lugares de trabajo.
- Modificar la organización del trabajo.- Dando mayor autonomía, delegando responsabilidades, enriqueciendo y ampliando tareas, rotando tareas y puestos, etc.



- Racionalizar el tiempo de trabajo.- Estableciendo pausas y descansos adecuados.
- Suministrar información sobre los procesos de trabajo.- Informando previamente de los cambios tecnológicos.
- Favorecer la participación de los trabajadores.- En la toma de decisiones, métodos de trabajo, medidas de la organización, etc.
- Promover la comunicación formal e informal entre los trabajadores (Mansilla & Favieres, 2012) (Dailey, 2012).

El problema en las situaciones de riesgo psicosocial, radica en el entorno que es de donde provienen dichas situaciones de riesgo, debido a un mal diseño y organización del trabajo. Es decir, los riesgos psicosociales laborales surgen cuando se generan unas condiciones laborales difíciles de tolerar para la mayoría de los trabajadores. Aunque existen individuos que presentan cualidades personales superiores al resto de sus compañeros, no todos los seres humanos somos capaces de superar ciertos límites de tolerancia; es por esto, que es necesario evaluar el entorno del trabajo e intentar modificarlo para generar unas condiciones laborales adecuadas para el “trabajador normal” que debe desempeñar determinado puesto (Gil-Monte, 2012).

Por esta razón, las condiciones laborales de exposición crónica a riesgos psicosociales en el trabajo van más allá de ser un problema individual, y pueden representar un verdadero problema de salud pública, cuando resulta ser alta su tasa de prevalencia e incidencia (Gil-Monte, 2012).

La promoción de la salud laboral es una estrategia de intervención importante para fomentar la salud y el bienestar de los trabajadores y, consecuentemente, de la población en general (Gil-Monte, 2012). Para ello, es necesario partir de un cambio de mentalidad tanto en las propias organizaciones como, a nivel más general, en la sociedad y políticas gubernamentales. En el fondo, estamos hablando de un cambio cultural y de valores, de ideas y creencias básicas en relación con la salud y el trabajo (Salanova & Soler, 2015).



SÍNDROME DEL QUEMADO O BURNOUT

Desde hace varios años se ha contemplado la necesidad de adoptar nuevos puntos de vista en materia de riesgos laborales y enfocarse en riesgos “emergentes” como lo son los riesgos psicosociales. Dentro de este contexto se incluye el llamado “síndrome del quemado”, “síndrome de desgaste profesional” o “síndrome de Burnout”, también conocido como “estrés asistencial” por tener una mayor incidencia en colectivos profesionales como aquellos que prestan servicios sanitarios, educativos y sociales.

¿QUÉ ES EL “BURNOUT O “SÍNDROME DE ESTAR QUEMADO” PROFESIONALMENTE?

El término “Burnout” se ha popularizado como traducción de la expresión “estar quemado”. En el campo de la prevención de riesgos psicosociales se han hecho comunes otros términos como “síndrome de desgaste profesional” o “síndrome de estar quemado por el trabajo”, o las siglas SQT empleadas por el INSHT (Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo) de España (UGT Madrid, 2006).

El Síndrome de Burnout fue descrito por primera vez por el médico psicoanalista Helbert J. Freudenberger (1974), quien relacionó estados de depresión y ansiedad con un estado al que denominó to *Burn-out*, sinónimo de estar quemado o consumido, debido a que la respuesta era la pérdida de ilusión, conductas evitativas y de renuncia, el absentismo, etc. (Castellano & Díaz, 2012). Él lo definió como *"una sensación de fracaso y una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de energía, recursos personales o fuerza espiritual del trabajador"* (Fidalgo, 2003a). Posteriormente las investigadoras Christine Maslach y Susan Jackson en 1981, lo definieron como un proceso secundario a una respuesta negativa por un estrés laboral crónico, y que surge cuando fallan las estrategias funcionales de afrontamiento que el individuo suele manejar (Carrillo et al., 2012) (Castellano & Díaz, 2012), debido a un desequilibrio entre la demanda y la capacidad que posee para hacer frente a dicha demanda (Fidalgo, 2003a) (Durán & García, 2013).



Maslach describió a este síndrome como *“propio de personas que, por la naturaleza de su trabajo, debían permanecer en contacto directo y continuado con otras personas, y que después de meses o años de dedicación acababan por desarrollar un síndrome relativamente característico”* (UGT Madrid, 2006).

Según Schaufeli y Enzmann (1998), el Burnout es *“un estado mental persistente, negativo, relacionado con el trabajo en individuos “normales” que se caracteriza principalmente por agotamiento emocional que se acompaña de malestar, un sentimiento de reducida competencia y motivación, y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo”* (Gil-Monte, Salanova, Aragón, & Schaufeli, 2005).

Otros autores lo definen como *“El desgaste profesional que sufren los trabajadores y trabajadoras de los servicios a personas, debido a unas condiciones de trabajo que exigen altas demandas sociales”* (UGT Andalucía, n.d.).

Actualmente este Síndrome es considerado uno de los daños laborales más importantes dentro del ámbito psicosocial, en el cual se asocian variables de carácter individual, social y organizacional; por lo tanto se trata de un síndrome con consecuencias negativas que afecta al trabajador en sus distintos niveles (personal, social y laboral) (Gil-Monte et al., 2005).

El Burnout es un proceso continuo y de evolución progresiva, que se va instaurando en la persona que lo presenta hasta producir en ella una sintomatología específica. Para que el síndrome aparezca, es imprescindible la presencia de interacciones humanas entre el trabajador y el usuario de manera intensa y duradera (UGT Andalucía, n.d.).

En términos simples el Burnout no es sino un estado de agotamiento emocional, *una “respuesta a una situación de estrés laboral crónico, esto es, prolongado en el tiempo”*. Sin embargo, hay que precisar que aunque se considera al Síndrome de Burnout como respuesta de estrés crónico no debemos confundir este síndrome con el de estrés. Esta respuesta se identifica por el desarrollo de



sentimientos y actitudes negativas hacia el propio papel o rol profesional, del mismo modo hacia las personas con las que se trabaja, y por otra parte por encontrarse emocionalmente agotado (UGT Madrid, 2006). El trabajador se quema psicológica y físicamente debido a que sus expectativas profesionales se enfrentan con la realidad del trabajo diario, se desilusiona, pierde la motivación y corre el riesgo de caer en la apatía y en el desinterés disminuyendo su rendimiento (Fidalgo, 2003a) (Durán & García, 2013).

De un modo técnicamente más estricto, Maslach y Jackson definieron al Burnout como: *“Un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir en personas que trabajan con personas”* (Fidalgo, 2003a) (Durán & García, 2013). Actualmente esta definición es la más aceptada y, en efecto, a partir de los trabajos de estas investigadoras se ha determinado que los síntomas del Síndrome de Burnout se agrupan en estas 3 dimensiones (Síndrome Tridimensional) (Fidalgo, 2003a) (Durán & García, 2013) (Palacios, 2014) (Pineda, Rivera, & Pablo, 2014).

Hoy en día contamos con una alta gama de definiciones en torno a este síndrome, sin embargo se han identificado algunos aspectos en común entre los cuales está el Síndrome de Burnout como un “estado de agotamiento integral – físico, mental y emocional”- de desarrollo gradual a lo largo del tiempo (UGT Madrid, 2006).

FASES DEL PROCESO Y EVOLUCIÓN DEL SÍNDROME

Ya que el Síndrome de Burnout es un proceso gradual, se han identificado varias fases:

- Fase inicial, de entusiasmo: frente a un nuevo puesto de trabajo, el individuo por lo general asume expectativas profesionales positivas, está lleno de energía y experimenta entusiasmo.



- Fase de estancamiento: en esta fase no se cumplen las expectativas percibiéndose un desequilibrio entre el esfuerzo y la recompensa, y entre los recursos y las demandas de trabajo, lo cual genera estrés.
- Fase de frustración: las actividades laborales carecen de sentido, cualquier situación irrita y provoca conflictos en el grupo de trabajo. En esta fase aparecen problemas emocionales, fisiológicos y conductuales, y puede empezar a afectarse la salud del trabajador.
- Fase de apatía: esta fase se caracteriza por una serie de cambios de actitud y conducta. El trabajador tiende a tratar a los usuarios con cinismo, de forma mecánica y distanciada. Ante la falta de soluciones utiliza mecanismos de afrontamiento defensivos- evitativos frente a las tareas estresantes, y se antepone las propias necesidades al mejor servicio del usuario.
- Fase de quemado: finalmente aparecen el colapso cognitivo y emocional con importantes consecuencias en la salud. El individuo puede verse obligado a dejar el empleo y terminar con una vida profesional de frustración e insatisfacción.

Estas fases mencionadas de la evolución del Burnout o SQT tienen un carácter cíclico, esto quiere decir que pueden repetirse en diferentes momentos de la vida laboral, en el mismo o en diferentes trabajos (UGT Andalucía, n.d.).

DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT:

En base a este proceso, tal y como lo establecieron Maslach y Jackson, el SQT es un síndrome tridimensional donde los síntomas se agrupan en 3 categorías: Agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal.



- **Agotamiento o cansancio emocional:** define sentimientos de estar agotado emocionalmente por el trabajo. Es la pérdida progresiva de energía, desgaste y agotamiento para enfrentarse a las labores. Hace referencia a la disminución o pérdida de recursos emocionales que permiten a una persona entender la situación de los demás, los cuales también tienen emociones y sentimientos. El trabajador tiende a desarrollar sentimientos de estar agotado tanto física como psíquicamente, sintiendo impotencia, desesperanza y sensación de no poder dar más de sí mismo.

- **Despersonalización o deshumanización:** describe una carencia de sentimientos hacia las personas con las que se trabaja. Supone el desarrollo de actitudes y respuestas negativas que llevan a un distanciamiento frente a los problemas, llegando al cinismo e insensibilidad con las personas receptoras del servicio prestado. Este aislamiento y evasiva hacia las personas se ve reflejado en conductas como: absentismo laboral, resistencia a enfrentar situaciones de atención a los demás, o en conductas de endurecimiento afectivo que se tornan distantes, frías y despectivas, y que son percibidas por las personas atendidas como un trato deshumanizado.

- **Sentimientos de baja o falta de realización personal:** describe sentimientos de competencia y realización. Consiste en la percepción negativa hacia sí mismo y hacia el trabajo. Hay una respuesta negativa al momento de evaluar el propio trabajo, se apoderan los sentimientos de reproche por no lograr los objetivos propuestos, inadecuación personal y profesional tales como la sensación de insatisfacción personal y una insuficiencia profesional, baja autoestima, evitación de relaciones interpersonales y profesionales, incapacidad para soportar la presión y un descenso en la productividad en el trabajo; es decir, esta auto evaluación negativa conlleva a un deterioro progresivo de la capacidad laboral, ya que afecta tanto la habilidad en la realización del trabajo, así como la relación con los usuarios (UGT Madrid, 2006).



NIVELES DE AFECCIÓN POR EL SÍNDROME DE BURNOUT:

Los trabajadores afectados por el SQT pueden presentar estos cambios degenerativos en su estado de salud en distintos niveles:

- Leve: Aparecen síntomas físicos vagos e inespecíficos como cefaleas, dolores de espalda, lumbalgias, cansancio para levantarse por las mañanas, etc.
- Moderado: Surge el insomnio, déficit de atención y concentración, tendencia a la auto-medicación. Aparece el distanciamiento, irritabilidad, cinismo, fatiga, aburrimiento, pérdida progresiva del idealismo; el individuo se encuentra exhausto emocionalmente, siente frustración, incompetencia, culpa y se auto-valora negativamente.
- Grave: En este nivel hay mayor absentismo, aborrecimiento de la tarea, cinismo, e incluso puede haber abuso de alcohol, tabaco y psicofármacos.
- Extremo: Se evidencia aislamiento, crisis existencial, depresión crónica y riesgo de suicidio (UGT Madrid, 2006).

El cuadro del SQT se agrava en relación directa a la magnitud del problema y al tiempo de exposición a los factores desencadenantes. Si bien inicialmente los procesos adaptativos protegen al individuo, su repetición lo aqueja y a menudo agota, generando en él sentimientos de fracaso y frustración; existiendo una relación directa entre la sintomatología, la gravedad y la responsabilidad de las tareas que se realizan.

Los múltiples estudios que se han venido realizando sobre la evolución de este fenómeno, han puesto énfasis en que se trata de un grave problema social, y no solo de un problema científico- médico. Este problema en el ámbito laboral es más prevalente en determinadas profesiones como la asistencia sanitaria, la



docencia y los servicios sociales, en especial en individuos particularmente vulnerables.

Aportaciones destacadas fueron la de H. Freudenberger (1974), y los estudios realizados por Cristina Maslach y Susana Jackson (1986). Justamente Maslach en 1982, elaboró un instrumento de medida del síndrome de Burnout conocido con el nombre de Maslach Burnout Inventory (MBI), cuestionario “auto administrado” que valora las 3 categorías descritas (UGT Madrid, 2006).

FACTORES DE RIESGO: LOS DESENCADENANTES DEL SQT

El fenómeno del SQT como respuesta al estrés laboral crónico está vinculado a múltiples factores de riesgo, algunos de los cuales pueden ser de tipo organizacionales y otros individuales, tal como sucede con los riesgos psicosociales en general.

Factores Individuales

Los factores individuales que influyen en la aparición del síndrome son el tipo de personalidad, el sexo, la edad, el estado civil, las estrategias de afrontamiento, la sensación de autoeficacia con las tareas realizadas, las expectativas personales, etc.

En cuanto a la personalidad, las características que pueden llevar más fácilmente a una persona sometida a estrés excesivo, a desarrollar Burnout son: sensibilidad emocional y alta necesidad de los otros, dedicación al trabajo, idealismo, personalidad ansiosa y una elevada autoexigencia (UGT Andalucía, n.d.).

La prevalencia del factor “Tipo de Profesión”:

Como ya se ha señalado, este problema afecta preferentemente a trabajadores de determinadas profesiones respecto de otras. Este es el caso de los profesionales de sectores sanitarios, los profesionales dedicados a la docencia,



personal de seguridad, los asistentes de servicios sociales de la administración pública, etc., esto se explica porque dichas profesiones implican tareas de atención a otras personas a las que se presta un servicio asistencial, las que se concretan en la relación continuada y estrecha con personas, sean clientes o usuarios, que demandan una relación de ayuda y/o un servicio para cubrir necesidades para las que no siempre se dispone de recursos adecuados, creando un desajuste entre expectativa y realidad (UGT Madrid, 2006) (UGT Andalucía, n.d.). No obstante, el síndrome de Burnout puede encontrarse igualmente en otras profesiones, tales como policías, personal de justicia, personal de rescate, psiquiatras, psicólogos, etc. (UGT Madrid, 2006).

En numerosas tareas y puestos de trabajo, actualmente existe sobrecarga y presión laboral, ya que por la competitividad, la necesidad de bajar costes, etc., las empresas imponen una organización laboral rígida y exigente, lo cual origina un sentimiento de sobrecarga para una gran mayoría de trabajadores. Cuando las exigencias son excesivas y conllevan a una tensión en el aspecto emocional y cognitivo, generan las condiciones propicias para la aparición de Burnout. Esta es la razón de que los profesionales que trabajan en contacto directo con personas sean los colectivos de mayor riesgo. Las profesiones que clásicamente más han manifestado este síndrome han sido las sanitarias como es el caso de los médicos, quienes llevan a cabo actividades que requieren conocimientos y concentración intelectual, y al mismo tiempo precisan de una implicación emocional intensa al ser trabajos con una filosofía humanística, dirigidos a través de la relación interpersonal con el objetivo de satisfacer las necesidades de otras personas (Fidalgo, 2003a) (Castellano & Díaz, 2012); por otro lado el trabajo del médico generalmente implica una sobrecarga laboral y largos horarios de trabajo, también involucra una gran responsabilidad; esto hace que estos profesionales sanitarios con el paso del tiempo puedan volverse menos sensibles, comprensivos e incluso agresivos con los pacientes, con un trato distanciado y con tendencia a culparles de los problemas que padecen (Gutiérrez et al., 2006) (Durán & García, 2013) (Brito, Cabrera, & Cedillo, 2012) (Gómez Rosa, 2004).



El interés por este problema de salud va creciendo a medida que aumenta la importancia y necesidad de los servicios a personas. Las investigaciones exponen que afecta cada vez a más profesiones.

La incidencia de los factores personales:

El origen del síndrome anida en el propio puesto de trabajo (entorno laboral y condiciones laborales), sin embargo, dependiendo de algunas variables de personalidad del individuo, sociodemográficas individuales o de entorno personal, el desarrollo del Síndrome de Burnout puede evolucionar de diferentes maneras (Castellano & Díaz, 2012).

- **Edad:** Mucho se ha discutido sobre la Edad como factor de riesgo para la incidencia de Burnout. Según estudios el trabajador es más vulnerable de padecer este síndrome en cierta etapa de su vida relacionada con los primeros años de carrera profesional. Este al parecer es el momento más oportuno para que se origine la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, asimilándose en este tiempo que las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las anheladas ni las prometidas.

Otras investigaciones realizadas han demostrado que el grupo de edad con mayor tendencia al cansancio emocional fue el de los mayores a los 44 años, asociándose en ellos también la falta de realización personal. Esta falta de realización personal se manifiesta más en aquellos profesionales que tienen más de 19 años de servicio profesional y más de 11 años en la misma área de trabajo, es decir, profesionales con mayor antigüedad en el lugar de trabajo.

Según la NTP 704 “Síndrome de estar quemado por el trabajo o Burnout”, elaborada por el INSHT de España, estudios acuerdan en que prevalecen los casos en edades comprendidas entre los 30-50 años (UGT Madrid, 2006).

El sexo y/o género: No existen estudios lo suficientemente concluyentes sobre el sexo y/o género como factor de riesgo para el síndrome. No obstante, el hecho de que sea mayor la incidencia de estrés laboral en las mujeres, por su práctica



profesional y la tarea familiar que se traduce en una doble carga de trabajo, podría hacer pensar que sucede lo mismo con el síndrome de Burnout. En todo caso, es preciso seguir insistiendo en el análisis de este factor (UGT Madrid, 2006).

Factores organizativos y los relativos a las condiciones de trabajo:

Del mismo modo como sucede con los riesgos psicosociales, el síndrome de Burnout depende de las condiciones ambientales y profesionales de la organización y prestación de servicios, aunque hay discrepancias en cuanto a la importancia que ciertos autores de estudios le confieren a unos u otros factores de este tipo. (UGT Madrid, 2006).

En cuanto a los antecedentes de agotamiento, los 3 factores organizacionales primordiales para presentar el síndrome parecen ser: el conflicto y ambigüedad del rol, la carencia de control o autonomía y la ausencia de apoyo social en el trabajo (Sauter et al., 2012).

La exposición a factores de riesgo psicosocial, a dosis nocivas de estrés y, en concreto, a variables como el salario, el tiempo de exposición, los turnos, el horario laboral, sobrecarga laboral, presión en el trabajo, ambigüedad y conflicto de roles, baja implicación laboral, falta de control y autonomía, malas relaciones interpersonales en el trabajo, falta de apoyo en los mandos, falta de formación para desempeñar las tareas, descompensación entre responsabilidad-recursos-autonomía, desafíos en el trabajo, la inadaptación profesional y personal del individuo al perfil del puesto de trabajo que se desempeña, estresores relacionados con las nuevas tecnologías, etc.; cuando se dan en trabajos en los que su contenido laboral tiene unas demandas emocionales importantes y de prestación de servicios humanos, pueden dar lugar a la aparición de un proceso de estrés crónico que conlleve a un daño para la salud del trabajador, el Síndrome de Burnout (Fidalgo, 2003a) (Castellano & Díaz, 2012) (UGT Andalucía, n.d.).



Para presentar SQT se deben tomar en cuenta también factores que acentúan el sentimiento de presión y sobrecarga como: el continuo e intenso contacto con los sentimientos de los usuarios a los que se presta el servicio, la pérdida del valor social en algunas profesiones, tareas de alta responsabilidad personal tanto moral como legal, burocratización excesiva donde no importa el resultado sino hacer las cosas de una determinada manera, los conflictos interpersonales con los compañeros de trabajo y/o supervisores, la creciente amenaza de ser juzgado por mala praxis, así como la falta de retribuciones e incentivos profesionales y económicos que suelen ir acompañados de una gran exigencia de trabajo personal (Castellano & Díaz, 2012).

De todas maneras, es mucho más evidente la relación entre la sobrecarga laboral y el síndrome de Burnout en los profesionales asistenciales, lo que conlleva a una disminución en la calidad de los servicios prestados (UGT Madrid, 2006).

El Burnout se origina siempre después de un largo período, cuando el trabajo diario supera las ocho horas, no se ha cambiado de ambiente laboral por mucho tiempo, sin planificación y sin una remuneración adecuada; esto demuestra que la presencia de este síndrome depende del grado de satisfacción laboral del sujeto (Brito et al., 2012).

En conclusión, tal parece ser que el origen del problema no está tanto en las condiciones personales sino en las circunstancias ambientales y organizativas en las que se desenvuelve el trabajador.

Otros factores expresan una dimensión más amplia por tener una connotación socio-cultural. Además del Apoyo Social, un ejemplo de ello es lo que se conoce como “sociedad de la queja”, donde los ciudadanos que acceden a un servicio público exigen cosas de difícil realización a los trabajadores prestadores del servicio. Esto se debe a que si se reconoce como un derecho el acceso universal a servicios públicos de calidad y se crean altas expectativas, el choque inmediato con la realidad de importantes limitaciones en su funcionamiento puede provocar



fuertes tensiones entre usuarios y los trabajadores que prestan los servicios (UGT Madrid, 2006).

CONSECUENCIAS DEL BURNOUT: DAÑOS A LA SALUD Y COSTES ECONÓMICOS

El Síndrome de Burnout, al igual que los demás riesgos psicosociales, constituye un problema que genera en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales, además de generar importantes consecuencias para la organización a la que pertenece y a la sociedad en general (UGT Andalucía, n.d.).

La mayoría de las consecuencias del Síndrome de Burnout son de carácter emocional. Esto se explica porque la mayoría de estudios se han basado en el Test de Maslach, donde 12 de los 22 ítems de la escala se enfocan en el factor emocional, siendo el área conductual la menos estudiada pero no menos importante ya que su principal consecuencia es la despersonalización (Martinez, 2010).

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 (desgaste emocional, en ciertos casos culpa), a las cogniciones (frustración y desencanto profesional), a las actitudes (indolencia, cinismo e indiferencia ante los usuarios o la propia organización), a las conductas, y al sistema fisiológico (alteraciones psicósomáticas: ansiedad, depresión, alteraciones cardiorrespiratorias, cefalea, gastritis y úlcera, insomnio, mareos y vértigos, etc.). Algunos síntomas, al hacerse crónicos se intensifican y degeneran hacia procesos más graves, si no se corrige la situación. El Burnout también trae consigo problemas a nivel organizacional o laboral (accidentes, deterioro del rendimiento y de la calidad asistencial o de servicios, absentismo, rotación no deseada, abandono, etc.) (Durán & García, 2013) (Fidalgo, 2003b).

Como respuesta a una situación de estrés laboral crónico, el Burnout comparte algunas consecuencias negativas del estrés, para la salud física y psíquica de los trabajadores. Obviamente, en estos casos la gravedad suele ser mayor, así

como mayores son las secuelas; esto dependerá también del nivel de afectación personal y profesional del individuo.

El Burnout surge cuando fallan todas las estrategias para afrontar la situación.

Las consecuencias pueden ser:

Consecuencias personales

En las formas más severas de Burnout aparecen efectos sobre la salud donde se encuentran implicados todos los sistemas del organismo (Moreno & Báez, 2010).

Las principales consecuencias desde una perspectiva individual, se traducen en los siguientes síntomas:

TABLA # 1: Síntomas individuales del Síndrome de Burnout

Síntomas cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Síntomas conductuales	Síntomas físicos
Sentirse contrariado	Nerviosismo	Falta de ganas de seguir trabajando	Absentismo laboral	Fatiga crónica, cansancio y malestar general
Sentir que no valoran su trabajo	Irritabilidad y mal humor	Apatía	Abuso de drogas	Dolores de cabeza, musculares y osteoarticulares
Percibirse incapaz para realizar las tareas	Disgusto y enfado	Irresponsabilidad	Aislamiento	Insomnio
Pensar que no puede abarcar con todo	Frustración	Intolerancia	Relaciones interpersonales distantes y frías	Pérdida de peso
Pensar que trabaja mal	Agresividad	Impaciencia	Comportamientos de alto riesgo	Úlceras y desórdenes gastrointestinales
Falta de control	Desencanto	Quejarse por todo	Tono de voz elevado (gritos frecuentes)	
Verlo todo mal	Aburrimiento	Evaluar negativamente a compañeros	Llanto inespecífico	
Sensación de no mejorar	Agobio	Ver al cliente como un enemigo	Disminución de contacto con el	



Inseguridad	Tristeza y depresión	Frialdad hacia los clientes	público, clientes y/o pacientes
Pensar que el trabajo no vale la pena	Desgaste emocional	Indiferencia	Largos períodos de baja laboral
Pérdida del autoestima	Angustia	Culpa a los demás de su situación	Incremento de conflictos o enfrentamientos con compañeros/as
	Sentimientos de culpa		Disminución de la calidad del servicio prestado
	Ansiedad generalizada y focalizada en el trabajo		Falta de colaboración
	Distanciamiento afectivo		
	Desorientación y dificultad de concentración		

(Gil-Monte, 2005) (UGT Andalucía, n.d.)

Por otro lado, según el modelo desarrollado por Appels (2004) conocido como “Agotamiento Vital”, ha aportado resultados que relacionan el Burnout con los trastornos cardiovasculares, pues concluye que después de controlar factores de riesgo como la edad, el IMC (índice de masa corporal), el consumo de tabaco, la presión arterial y los niveles de lípidos, el Agotamiento Vital es claramente un predictor de los trastornos cardiovasculares (Moreno & Báez, 2010).

Consecuencias sociales y organizacionales

El SQT puede originar consecuencias sobre las relaciones interpersonales, donde el sujeto desarrolla actitudes y conductas negativas secundarias al agotamiento emocional. Consecuentemente este patrón deteriora las relaciones y eleva los conflictos interpersonales.

Lamentablemente las consecuencias del síndrome no se limitan al trabajo sino que afectan a la vida privada del sujeto pues sus actitudes impactan a la larga a



su familia y amigos los cuales deben aprender a lidiar con sus problemas laborales (UGT Andalucía, n.d.).

Según estos datos, nos encontramos ante un problema de gran magnitud, principalmente si se toma en cuenta que varios estudios han evidenciado el carácter “contagioso” del síndrome de Burnout, donde la organización puede caer en el desánimo generalizado en un breve periodo de tiempo. Esto puede suceder sobre todo cuando los factores responsables son de tipo organizativo, o cuando no se presta el interés suficiente para tratar este problema (UGT Madrid, 2006) (Moreno & Báez, 2010).

Las investigaciones han demostrado la creciente incidencia del síndrome de Burnout en muchas instituciones. Lógicamente esta situación al producir efectos incapacitantes en el trabajo, resulta en la disminución de la capacidad competitiva, y por lo tanto trae repercusión a nivel de los costes económicos. Por ejemplo, el Síndrome de Burnout puede conducir al profesional a cometer más errores y negligencias, esto conlleva a mayores reclamos y denuncias, bajas laborales y una mala utilización de los recursos, ya sea por las indemnizaciones, los salarios durante la baja, la pérdida de tiempo que merma la productividad, pago de multas, las consecuencias comerciales (pérdida de clientes, deterioro de imagen), etc.

En vista de esta ascendente realidad negativa, instituciones públicas y privadas deberían tomarse en serio esta problemática que supone un deterioro no solo del bienestar del trabajador sino de la organización en general, puesto que a más de significar una conveniencia social y económica, el prevenir y tratar el síndrome de Burnout como una enfermedad del trabajo supone una obligación en materia de Prevención de Riesgos Laborales aunque no haya una regulación específica para prevenir el SQT. Esto se justifica porque hay leyes que protegen la prevención obligatoria de riesgos laborales por parte del empresario, y el síndrome de Burnout representa un riesgo profesional que genera daños y secuelas en el trabajador que se pueden calificar como “enfermedades del trabajo” (UGT Madrid, 2006).



GESTIÓN PREVENTIVA DEL RIESGO DE “SQT”: MEDICIÓN Y MEDIDAS DE INTERVENCIÓN

Identificación del problema: ¿Cómo medir el SQT?

El primer paso es identificar el problema de estrés vinculado al trabajo, pues ya se ha mencionado que el SQT es el resultado del estrés crónico. Lo siguiente es evaluar el SQT mediante un instrumento de medición en el que se utilicen diferentes “escalas de puntuación” (UGT Madrid, 2006).

Maslach Burnout Inventory (MBI)

La investigación sobre el Burnout ha descrito varios métodos para la medición de este síndrome, como el Burnout Measure (BM), el Cuestionario Breve Burnout (CBB), el Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), por citar algunos (Gil-Monte et al., 2005); pero el sistema de medida de Maslach (1986) conocido como Maslach Burnout Inventory (MBI) (anexo 1), es considerado internacionalmente el test de elección para la medida y evaluación del Burnout, y sigue siendo el instrumento de medición más utilizado por tener varias versiones aplicables a diferentes poblaciones con diferentes idiomas y por haber mostrado confiabilidad y validez (Brito et al., 2012) (Bresó, Salanova, Schaufeli, & Nogareda, 2004) (Meana, 2006).

Este instrumento, que traducido al castellano ha sido validado por Gil Monte, P. (2002), es un cuestionario auto administrado que consta de 22 ítems que recogen respuestas del individuo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas en relación a su trabajo; y que valoran las 3 dimensiones del síndrome antes mencionadas: Agotamiento emocional (AE), Despersonalización (DP) y Falta de realización personal (RP), con resultados bajo, medio y alto para cada una de las dimensiones; luego de lo cual se sistematizan 3 niveles clínicos de Burnout: leve, moderado y grave (anexo 3), con una alta validez interna y grado de confianza (86%) (Durán & García, 2013) (Brito et al., 2012) (Fidalgo, 2003b) (Bresó et al., 2004) (Meana, 2006).



Luego de puntuar cada ítem según una escala de frecuencia que va de 0 (nunca) a 6 (todos los días), para la obtención de resultados, se debe sumar la puntuación de los ítems de acuerdo a cada dimensión:

- **Subescala de Agotamiento Emocional (AE):** Consta de 9 ítems (Preguntas 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20). Puntuación máxima 54.
- **Subescala de Despersonalización (DP):** Está constituida por 5 ítems (Preguntas 5, 10, 11, 15 y 22). Puntuación máxima 30.
- **Subescala de Realización Personal (RP):** Se compone de 8 ítems (Preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21). Puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas de las dos primeras subescalas y baja en la tercera, permiten diagnosticar el síndrome; es decir que la escala de Realización Personal es inversamente proporcional al nivel de Burnout, representando una mayor afectación del sujeto mientras menor sea la puntuación de realización o logro personal. Así, si una persona presenta un nivel “alto” en las dimensiones Agotamiento Emocional y Despersonalización, y “bajo” para Realización Personal, puede decirse que es un sujeto con altos sentimientos de estar quemado por el trabajo (Brito et al., 2012) (Durán & García, 2013).

A pesar de que en la escala no se plantea un punto de corte desde el punto de vista clínico para medir la existencia del SQT y así poder separar con exactitud los casos que lo presentan y los que no; se concibe que son síntomas del Síndrome: puntuaciones altas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, y puntuaciones bajas de Realización Personal, es decir que la escala solo nos permite determinar un nivel de Burnout, pudiendo ser:

- Alto: AE: 27-54
 DP: 10-30
 RP: 33 o menos

- Medio: AE 19-26
 DP: 6-9
 RP: 34-39



- Bajo: AE: 0-18
 DP: 0-5
 RP: 40 o más (Brito et al., 2012) (UGT Madrid, 2006).

Métodos de intervención preventiva

- Medidas generales de acción preventiva

Una vez reconocidos los factores que inciden en el SQT, se deben tomar las medidas necesarias para prevenirlo, eliminarlo o reducirlo. Estas medidas que pueden ser tanto individuales como colectivas, deben ser aplicadas por el empleador con la participación y colaboración de los trabajadores.

Como medidas generales de prevención del SQT se plantean las siguientes:

- Planificación de la acción preventiva y modalidad organizativa
 - Información y formación
 - Vigilancia de la salud
 - Investigación de daños sobre la salud
 - Consulta y participación de los trabajadores (UGT Madrid, 2006).
- Medidas específicas de prevención del SQT como situación de estrés crónico

Las medidas específicas son aquellas que se enfocan en prevenir los factores que se hayan identificado, y que intervienen en el estrés crónico que influye en el SQT; es decir, “no existe ningún tratamiento específico para el Burnout ni tampoco una estrategia simple de prevención”, la acción preventiva se basa en los procesos de estrés laboral.

Debemos tener en cuenta los tres tipos de acciones preventivas:

- La *prevención primaria* es la más efectiva pues se basa en la prevención de riesgos laborales desde su origen a nivel de la organización y las conductas del grupo. Por ejemplo: medidas de gestión y comunicación,



adaptaciones de organización, información y formación sobre el riesgo de SQT y cómo afrontarlo, etc.

- La *prevención secundaria* se orienta más a los individuos que a la organización, produciendo cambios de actitudes en las personas y mejorando sus recursos de afrontamiento – reacción de relajación-.
- Mientras las dos primeras tienden a hacerle frente al origen de los riesgos, *la prevención terciaria* afronta los daños a la salud por lo que más que prevención, estaríamos hablando de reparación (UGT Madrid, 2006).

En definitiva, las acciones de prevención del SQT se basan en tres tipos de medidas:

Medidas a Nivel Organizativo: Para provocar cambios en la **organización** se necesita:

- Promover la seguridad en el trabajo
- Evaluar e identificar los riesgos psicosociales modificando aquellas condiciones y antecedentes que promueven la aparición del SQT
- Si no es posible eliminar el foco de riesgo, crear grupos de soporte para soporte emocional
- Permitir la asistencia por parte de personal especializado
- Favorecer y establecer planes de promoción e informar de los mismos
- Establecer mecanismos de feedback del resultado del trabajo
- Definir los puestos de trabajo evitando ambigüedades y conflictos de rol. Establecer objetivos claros para los profesionales
- Definir de forma clara y precisa las competencias y responsabilidades de acuerdo a las capacidades reales
- Instaurar líneas claras de autoridad y responsabilidad
- Descentralizar la toma de decisiones amplificando el grado de autonomía y control sobre el trabajo
- Mejorar el clima laboral promoviendo el trabajo en equipo



- Optimizar las redes de comunicación
- Fomentar la participación, la colaboración y la no competitividad en la organización
- Regular las demandas en lo referente a la carga de trabajo
- Impulsar la flexibilidad horaria
- Proporcionar a los trabajadores los recursos adecuados para conseguir los objetivos de trabajo.

Medidas a Nivel Interpersonal: para promover dinámicas de **grupo** e incentivar el apoyo social es importante:

- Fortalecer los vínculos sociales entre los miembros del grupo de trabajo, favorecer el trabajo en equipo y evitar el aislamiento. Brindarles estrategias de colaboración y cooperación grupal
- Promover las relaciones interpersonales y el apoyo social
- Instaurar sistemas participativos y democráticos en el trabajo
- Proporcionar formación e información sobre habilidades sociales.

Medidas a Nivel Individual: Para promover cambios y capacidades en **las personas** es preciso:

- Realizar una orientación profesional al inicio del trabajo tomando en cuenta la diversificación de tareas y la rotación de las mismas
- Implementar programas de formación continua dirigidos a la adquisición de destrezas para resolver problemas
- Efectuar programas para mejorar el control de las emociones del trabajador frente a situaciones estresantes con a los usuarios (Ej. Técnicas de reestructuración cognitiva, Técnicas de relajación, Técnicas de autorregulación o control, desconexión con el mundo laboral y personal, etc.
- Entrenamiento en el manejo de la distancia emocional con el usuario, manteniendo el equilibrio entre la sobreimplicación y la indiferencia
- Establecer programas de supervisión profesional individual



- Realizar cambios de ambiente de trabajo
- Incrementar los recursos o habilidades comunicativas y de negociación
- Trabajar el feedback, con reconocimiento de las actividades finalizadas
- Entrenamiento a fin de lograr un ajuste individuo- puesto de trabajo (UGT Madrid, 2006) (UGT Andalucía, n.d.).

Medidas de intervención

No existe una estrategia simple y universal para prevenir o tratar el SQT. Es preciso combinar varias técnicas que permitan reducir los riesgos y que el diagnóstico sea temprano.

En la actualidad, las estrategias de intervención se fundamentan en los diversos métodos desarrollados para enfrentar y tratar el estrés; una de ellas es hacer ver a los trabajadores cuán importante es la prevención de los factores de riesgo, de esta manera conocen el problema y la forma de enfrentar aspectos específicos (Martinez, 2010).

El mejoramiento de la calidad de las relaciones interpersonales con los compañeros y superiores en el trabajo, modera el nivel de Burnout, media en la satisfacción laboral e incrementa la calidad de vida del trabajador. El soporte social es fundamental pues no solo satisface la necesidad humana básica de comunicarse, sino que proporciona información técnica, supervisión y soporte emocional (UGT Andalucía, n.d.).

Paine (1982) planteó un modelo de intervención con los 4 siguientes pasos: 1) Identificar el Burnout, 2) Prevenirlo mediante información y afrontamiento, 3) Implementar medidas de intervención para reducir o invertir el proceso que acarrea al desarrollo del síndrome, y 4) Aplicar un tratamiento a los trabajadores diagnosticados, es decir, restablecer (Martinez, 2010).

En 1999, Ramos distinguió los distintos niveles de intervención: a) individual, relacionado con el fortalecimiento del individuo para afrontar el estrés laboral b) social, en referencia al desarrollo de habilidades sociales y apoyo social a nivel



laboral, y c) organizacional, eliminando o disminuyendo estresores en el trabajo (Martinez, 2010).

Medidas de intervención a nivel individual:

- Desarrollar conductas que eliminen la fuente de estrés o neutralicen las consecuencias negativas del mismo.
- Entrenamiento en la solución de problemas
- Aplicar estrategias de asertividad y otras habilidades sociales
- Marcarse objetivos reales y factibles de conseguir
- Desconectarse del trabajo fuera de la jornada laboral
- Practicar técnicas de relajación
- Manejar eficazmente el tiempo
- Tomar pequeños descansos durante la jornada (pausas activas).

Medidas de intervención a nivel grupal

- Fomentar las relaciones interpersonales
- Fortalecer los vínculos sociales entre los miembros de un grupo de trabajo
- Proporcionar formación e información.

Medidas de intervención a nivel organizacional

- Establecer Programas de Prevención de Riesgos Psicosociales
- Fomentar la comunicación vertical tanto ascendente como descendente
- Reestructurar y rediseñar el puesto de trabajo
- Definir de manera precisa el sistema de roles
- Implantar un sistema justo de recompensas
- Fijar los estilos de dirección y liderazgo
- Formar a nivel de mandos intermedios y directivos (UGT Andalucía, n.d.).

Una organización preventiva es la que identifica y establece las medidas más adecuadas para prevenir los riesgos del SQT, e interviene en caso de que el



trabajador ya haya sido afectado por Burnout, evaluando los daños e implementando las medidas oportunas de prevención sobre los riesgos que lo generaron.

El Síndrome de Burnout es de suma importancia ya que además de traer consecuencias para el individuo, en muchas ocasiones repercute en la satisfacción laboral y colectiva debido a que secundariamente afecta a los usuarios atendidos por éste y a la propia institución. Esto alerta en la urgencia del diagnóstico temprano y oportuno de esta entidad para evitar sus consecuencias y, de esta manera, favorecer la implementación de una política de salud pública debido a su impacto social que permita tanto a los individuos como a las instituciones un tratamiento más eficaz de este problema social.



CAPÍTULO III

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout, en médicos generales de la ciudad de Cuenca que brindan atención médica primaria en el MSP en el área de consulta externa.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la prevalencia global y la prevalencia de cada una de las tres dimensiones que comprende el síndrome de Burnout en médicos generales del MSP de la ciudad de Cuenca que brindan atención médica primaria.
- Comparar la prevalencia del síndrome de Burnout según edad y sexo, en médicos generales del MSP de la ciudad de Cuenca que brindan atención médica primaria.
- Medir el síndrome de Burnout según factores laborales (lugar de trabajo, antigüedad, jornada laboral), en médicos generales del MSP de la ciudad de Cuenca que brindan atención médica primaria.



CAPÍTULO IV

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO Y DISEÑO GENERAL DEL ESTUDIO

El tipo de estudio que se realizó es un estudio Descriptivo Transversal, puesto que se describió la prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos generales del MSP que brindan atención primaria en la ciudad de Cuenca –Ecuador, en un periodo de tiempo determinado, siendo 4 meses el tiempo en el que se recolectó la información.

ÁREA DE ESTUDIO

El área de estudio comprendió centros y subcentros de salud urbanos del MSP en la ciudad de Cuenca en los que se brinda atención primaria por consulta externa de medicina general.

UNIVERSO Y MUESTRA

El Universo comprendió 72 médicos generales que trabajan por más de un año brindando atención médica primaria de medicina general en el sector público, 39 médicos en el Distrito de Salud 01D01, y 33 en el Distrito 01D02 del MSP, en el área urbana de la ciudad de Cuenca.

La Muestra de 60 médicos en este estudio fue representativa y obtenida mediante un muestreo aleatorizado, y calculada con las siguientes restricciones: un Nivel de Confianza del 95%, un margen de error del 5% y una proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir) del 30%. El estudio se realizó con aquellos médicos que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN



Médicos generales que trabajan por más de un año brindando atención médica primaria de medicina general en el área de consulta externa en centros y subcentros urbanos del MSP en la ciudad de Cuenca, y que aceptaron ser partícipes del estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Médicos que no asistieron a su trabajo el día que se realiza la recolección de los datos, que no aceptaron participar en el estudio, o que trabajan por menos de un año en el área de consulta externa en la institución.

MANEJO ÉTICO DE LA INVESTIGACIÓN

El Síndrome de Burnout en los médicos es un problema de gran importancia en la actualidad por lo que este tema es de gran utilidad. Sin embargo hay que considerar que al realizar una investigación no se puede ir en contra de los derechos de los encuestados, por lo que previo a la recolección de la información se entregó un consentimiento informado (anexo 2), en el que el médico autorizó ser parte del estudio en pleno conocimiento de lo que comprende éste último. Igualmente la información que se obtuvo a partir de la recolección de los datos está siendo manejada de manera ética protegiendo la identidad de cada participante, de tal manera que éste acto no representa un factor de riesgo para su integridad.

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Variable independiente:

Distrito de salud en el que trabaja el médico

Antigüedad laboral

Jornada laboral

Variable interviniente:

Edad

Sexo



Variable dependiente:

Se han establecido como variables dependientes: nivel de Burnout, y las 3 dimensiones del síndrome de Burnout: agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y falta de realización personal (RP) que se clasificarán en 3 niveles: bajo, medio y alto; de acuerdo con los puntos de cohorte establecidos previamente en la literatura (anexo 3).

Operacionalización de las variables: (anexo 4)

METODOLOGÍA, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

METODOLOGÍA

Observación

TÉCNICAS

Encuestas llenadas por los médicos generales de consulta externa, luego de brindarles la información y orientación pertinentes.

INSTRUMENTOS

Para la recolección de la información sobre los médicos que fueron objeto del estudio (nombres, antigüedad, jornada laboral y lugar de trabajo), se solicitó dicha información en las oficinas de recursos humanos tanto del Distrito 01D01 como del Distrito 01D02 del MSP.

El instrumento utilizado para la recolección de la información fue el cuestionario de Burnout, incluyendo datos del médico encuestado como edad, sexo, antigüedad, jornada laboral e institución en la que trabaja; luego de lo cual se procedió a aplicar la escala conocida como Maslach Burnout Inventory (MBI) en todos los médicos que participaron en el estudio.



PROCEDIMIENTOS

AUTORIZACIÓN

Previo al desarrollo de la investigación se solicitó autorización de la Directora del Distrito de Salud 01D01 y de la Directora del Distrito 01D02 del MSP, para la aplicación de la encuesta a los médicos, así como para que se nos brinde las facilidades para el acceso a la información pertinente. Así también, mediante un consentimiento informado se recogió la aprobación de los médicos para ser parte de la investigación.

CAPACITACIÓN

Para la realización de este trabajo inicialmente se realizó una revisión bibliográfica para determinar las variables relacionadas con el síndrome de Burnout en los médicos generales de consulta externa, y posteriormente a partir de esta información realizar el formulario de la encuesta.

Se realizó una prueba piloto en médicos que trabajan en consulta externa del IESS, que comparten características homogéneas con el universo de estudio, para determinar si es que deben hacerse cambios en el formulario.

SUPERVISIÓN

El trabajo de investigación ha sido supervisado en cada una de las etapas por la Directora de Tesis.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

El análisis del test MBI considera las 3 dimensiones del Síndrome: 1) Agotamiento Emocional (AE) y 2) Despersonalización (DP) cuyos resultados altos determinan un nivel alto del Síndrome de Burnout, y 3) Realización Personal (RP) por su parte inversamente proporcional al síndrome, es decir, un nivel bajo de RP determina un nivel alto de Burnout.



La tabulación y análisis estadístico de los datos se realizó mediante el programa Excel y el software STATA versión 12.0 (College Station, Texas, USA); de modo que las variables se presentaron con sus respectivos cuadros y gráficos.

Para el análisis de los datos se utilizó la estadística Descriptiva mediante números (n) y porcentajes (%) para las variables discretas, y promedio \pm desviación estándar ($X \pm DE$) para las variables continuas. El análisis de asociación se realizó en base al Test de Fisher, y Odds Ratio (OR) como un análisis de regresión logística simple para identificar asociaciones estadísticas entre las variables dependientes (Riesgo de Burnout y sus dimensiones), y las variables independientes (Edad, Sexo, Distrito, Antigüedad y Jornada Laboral); considerándose asociación significativa cuando el valor de p es menor a 0.05 y con un intervalo de confianza del 95% (IC95%).

CAPÍTULO V

RESULTADOS

Tasa de respuesta

El cálculo de una muestra representativa para este estudio fue de al menos 59 médicos de una población de 72 profesionales, de los cuales 60 médicos fueron encuestados, es decir que el porcentaje de respuesta fue del 83.33%.

Características de la muestra de estudio

Caracterización demográfica:

En la mayoría de casos, los médicos se encontraban en una edad igual o menor a los 35 años con un 46.67%. La edad promedio de la población se ubicó en 40.6 años con una desviación estándar de 11.73.

TABLA # 2: Distribución de 60 médicos según Edad

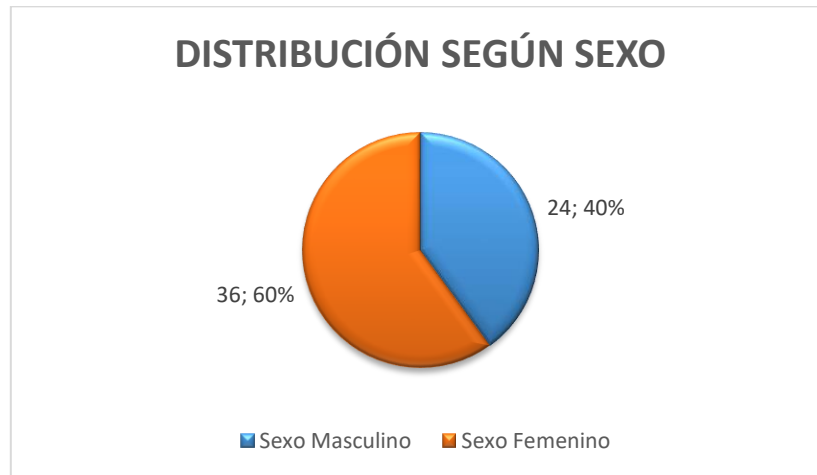
Característica		n= 60	%= 100
Edad	≤ 35 años	28	46.67
	36-45 años	12	20
	46-55 años	9	15
	56 a 65 años	11	18.33
	>65 años	0	0

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

En cuanto al sexo, el 60% de los médicos eran representados por el sexo femenino mientras que el 40% por el sexo masculino.

GRAFICO # 1: Distribución de 60 médicos según Sexo



Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Caracterización laboral:

La mayoría de médicos participantes, es decir el 51.67%, pertenecieron al Distrito de Salud 01D01; siendo una diferencia mínima en relación al 48.33% que pertenecieron al Distrito 01D02. Por otra la mayor parte de médicos tenían entre 1 a 4 años de antigüedad con el 45%, y el 96.67% tenía una jornada laboral a tiempo completo a excepción de 2 médicos que realizaban turnos rotativos de 24 horas.

TABLA # 3: Distribución de 60 médicos según Factores Laborales

Característica		n= 60	%= 100
Distrito de Salud	01D01	31	51.67
	01D02	29	48.33
Antigüedad Laboral	1-4 años	27	45.00
	5-9 años	9	15
	Más de 10 años	24	40
Jornada Laboral	4 horas al día	0	0.00
	8 horas al día	58	96.67
	Otro (Turnos)	2	3.33

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Prevalencia del Síndrome de Burnout

Respecto a la prevalencia por cada dimensión, encontramos niveles altos de Agotamiento Emocional en el 11.67%, niveles altos de Despersonalización en el 15%, y niveles bajos de Realización personal en el 20% de los médicos encuestados.

TABLA # 4: Prevalencia del Síndrome de Burnout en sus 3 dimensiones y niveles

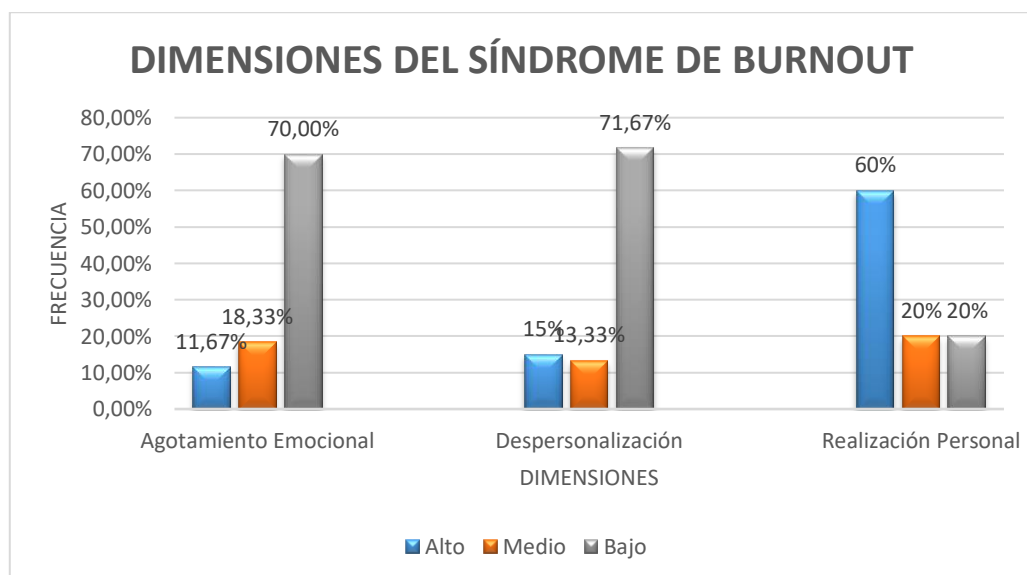
RESULTADOS DEL MBI SEGÚN DIMENSIONES DEL SÍNDROME DE BURNOUT								
Dimensiones del Síndrome	Nivel Alto		Nivel Medio		Nivel Bajo		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Agotamiento Emocional	7	11.67	11	18.33	42	70	60	100
Despersonalización	9	15	8	13.33	43	71.67	60	100
Realización Personal	36	60	12	20	12	20	60	100

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Vemos así que la dimensión más afectada es la Realización Personal seguida de la Despersonalización:

GRAFICO # 2: Prevalencia de las Dimensiones del Síndrome de Burnout

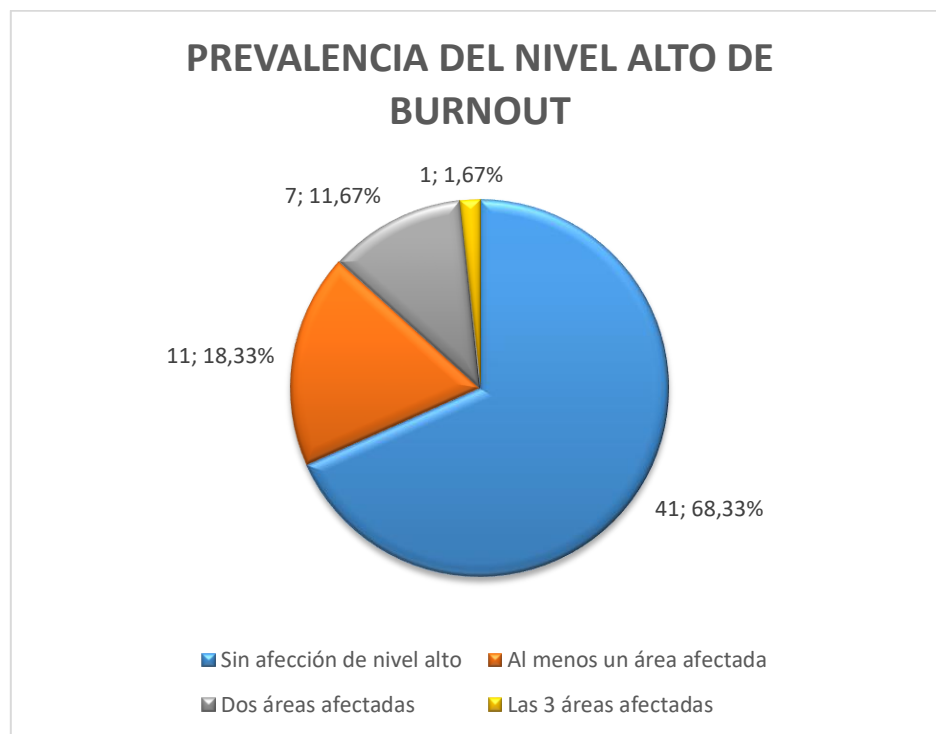


Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Presentaron niveles elevados de afectación, en al menos una de las dimensiones un 18.33% de los encuestados; en 2 dimensiones un 11.67% y en las 3 dimensiones simultáneamente un 1.67% (niveles altos de AE y DP, y bajos niveles de RP).

GRÁFICO # 3: Prevalencia del nivel alto del Síndrome de Burnout

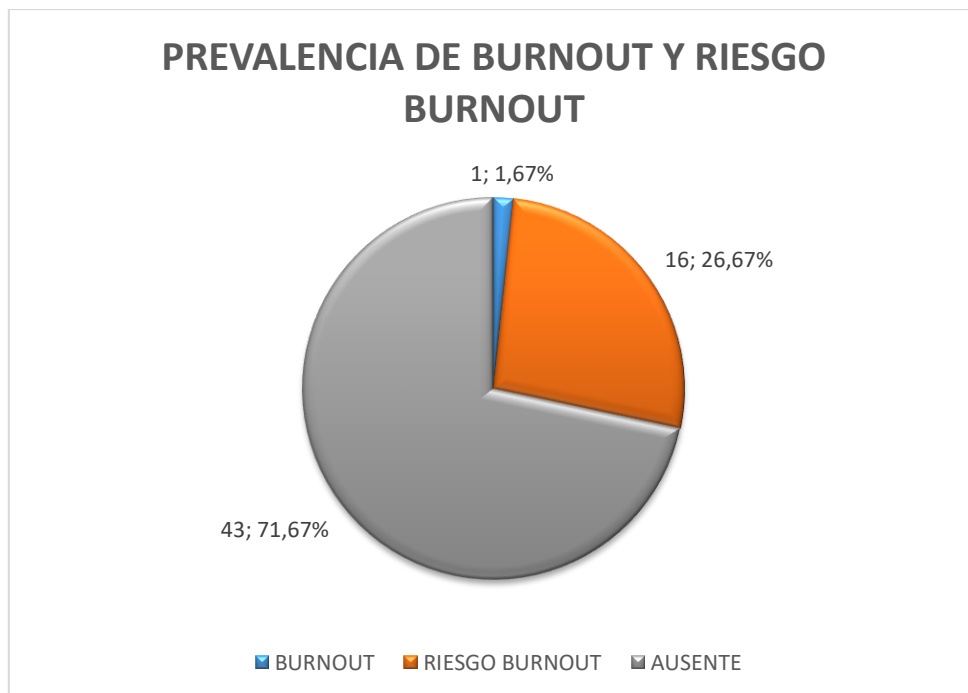


Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Al considerar Síndrome de Burnout cuando sus 3 dimensiones están alteradas, es decir que hay puntuaciones altas de Agotamiento Emocional y Despersonalización, conjuntamente con puntuaciones bajas de Realización Personal, pudimos determinar que el 1.67% de los médicos están quemados. Sin embargo, considerando como mínimo dos de las tres dimensiones alteradas en al menos un nivel medio, se determinó que el 26.67% se encuentra en riesgo de presentar Burnout en algún momento de su vida.

GRÁFICO # 4: Prevalencia de Burnout y Riesgo Burnout



Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Burnout y factores asociados

Para analizar la asociación estadística entre las variables del estudio se utilizó el Test de Fisher, considerando el tamaño de la muestra y el número de cada una de las observaciones.

No se pudo comparar la presencia de Burnout con cada una de las variables demográficas y laborales, al tratarse de un solo caso, por lo que no se pudo determinar su asociación estadística.

TABLA # 5: Síndrome de Burnout y su asociación con factores demográficos y laborales

Característica	Síndrome de Burnout				Valor p *
	Sí		No		
	n= 60	%	n= 60	%	
EDAD					
25 - 35 años	0	0.00%	28	46.67%	0.533
>35 años	1	1.67%	31	51.67%	
SEXO					
Femenino	1	1.67%	35	58.33%	0.600
Masculino	0	0.00%	24	40.00%	
DISTRITO					
01D01	1	1.67%	30	50.00%	0.517
01D02	0	0.00%	29	48.33%	
ANTIGÜEDAD					
1-4 años	0	0.00%	27	45.00%	0.550
Más de 5 años	1	1.67%	32	53.33%	
JORNADA LABORAL					
8 horas al día	1	1.67%	57	95.00%	0.967
24 horas al día	0	0.00%	2	3.33%	

* Valor P calculado a partir de prueba no paramétrica de Fisher entre presencia y ausencia del aspecto valorado

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Se analizó la relación entre el Riesgo de Burnout con cada una de las variables del estudio. Los hallazgos fueron que la edad menor a 35 años, el sexo femenino, y el trabajar en el Distrito 01D02; se relacionando con Riesgo de presentar Burnout, sin embargo no se encontró una asociación estadísticamente significativa con ninguna de las variables ($p > 0.05$).

TABLA # 6: Riesgo de Burnout y su asociación con factores demográficos y laborales

Característica	Riesgo de Burnout				Valor p *
	Sí		No		
	n= 59	%	n= 59	%	
EDAD					
25 - 35 años	10	16.95%	18	30.51%	0.132
>35 años	6	10.17%	25	42.37%	
SEXO					
Femenino	10	16.95%	25	42.37%	0.501
Masculino	6	10.17%	18	30.51%	
DISTRITO					
01D01	6	10.17%	24	40.68%	0.169
01D02	10	16.95%	19	32.20%	
ANTIGÜEDAD					
1-4 años	8	13.56%	19	32.20%	0.457
Más de 5 años	8	13.56%	24	40.68%	
JORNADA LABORAL					
8 horas al día	15	25.42%	42	71.19%	0.472
24 horas al día	1	1.69%	1	1.69%	

* Valor P calculado a partir de prueba no paramétrica de Fisher entre presencia y ausencia del aspecto valorado

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Al asociar cada una de las dimensiones del Síndrome de Burnout, se encontró que hay mayor tendencia de Agotamiento Emocional en edades mayores a 35 años, en el sexo masculino, en los que trabajan en el Distrito 01D02, y con una antigüedad mayor a 5 años; no obstante, no se encontró asociación estadística con ninguna de estas variables ($p > 0.05$).

TABLA # 7: Dimensión Agotamiento Emocional y su asociación con factores demográficos y laborales

Característica	Agotamiento Emocional				Valor p *
	Sí		No		
	n= 60	%	n= 60	%	
EDAD					
25 - 35 años	3	5.00%	25	41.67%	0.577
>35 años	4	6.67%	28	46.67%	
SEXO					
Femenino	3	5.00%	33	55.00%	0.279
Masculino	4	6.67%	20	33.33%	
DISTRITO					
01D01	3	5.00%	28	46.67%	0.462
01D02	4	6.67%	25	41.67%	
ANTIGÜEDAD					
1-4 años	3	5.00%	24	40.00%	0.614
Más de 5 años	4	6.67%	29	48.33%	
JORNADA LABORAL					
8 horas al día	7	11.67%	51	85.00%	0.779
24 horas al día	0	0.00%	2	3.33%	

* Valor P calculado a partir de prueba no paramétrica de Fisher entre presencia y ausencia del aspecto valorado

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Las edades menores a 35 años, el sexo femenino, los que trabajan en el Distrito 01D02, y con una antigüedad mayor a 5 años; se asocian con la presencia de Despersonalización, sin embargo, no se encontró relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

TABLA # 8: Dimensión Despersonalización y su asociación con factores demográficos y laborales

Característica	Despersonalización				Valor p *
	Sí		No		
	n= 60	%	n= 60	%	
EDAD					
25 - 35 años	5	8.33%	23	38.33%	0.412
>35 años	4	6.67%	28	46.67%	
SEXO					
Femenino	5	8.33%	31	51.67%	0.522
Masculino	4	6.67%	20	33.33%	

60
100.00%
60
100.00%

Característica	Despersonalización				Valor p *
	Sí		No		
	n= 60	%	n= 60	%	
DISTRITO					
01D01	3	5.00%	28	46.67%	0.203
01D02	6	10.00%	23	38.33%	
ANTIGÜEDAD					
1-4 años	3	5.00%	24	40.00%	0.349
Más de 5 años	6	10.00%	27	45.00%	
JORNADA LABORAL					
8 horas al día	9	15.00%	49	81.67%	0.720
24 horas al día	0	0.00%	2	3.33%	

60
100.00%
60
100.00%
60
100.00%

* Valor P calculado a partir de prueba no paramétrica de Fisher entre presencia y ausencia del aspecto valorado

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.



En cuanto a la dimensión Realización Personal, la edad menor a 35 años, el trabajar en el Distrito de Salud 01D01, y la antigüedad menor a 5 años; se relacionaron con la falta de Realización Personal; a pesar de esto no se encontró relación estadísticamente significativa ($p > 0.05$).

TABLA # 9: Dimensión Realización Personal y su asociación con factores demográficos y laborales

Característica	Falta de Realización Personal				Valor p *
	Sí		No		
	n= 60	%	n= 60	%	
EDAD					
25 - 35 años	8	13.33%	20	33.33%	0.110
>35 años	4	6.67%	28	46.67%	
SEXO					
Femenino	6	10.00%	30	50.00%	0.319
Masculino	6	10.00%	18	30.00%	
DISTRITO					
01D01	7	11.67%	24	40.00%	0.424
01D02	5	8.33%	24	40.00%	
ANTIGÜEDAD					
1-4 años	7	11.67%	20	33.33%	0.237
Más de 5 años	5	8.33%	28	46.67%	
JORNADA LABORAL					
8 horas al día	11	18.33%	47	78.33%	0.363
24 horas al día	1	1.67%	1	1.67%	

* Valor P calculado a partir de prueba no paramétrica de Fisher entre presencia y ausencia del aspecto valorado

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.

Valoración de Probabilidad

Se propuso un análisis de regresión logística, Odds Ratio (OR), para identificar asociaciones estadísticas entre Riesgo de Burnout y sus tres dimensiones, en relación a las variables demográficas y laborales del estudio.

Se encontró que los médicos con edad mayor a 35 años presentan 1.19 veces más probabilidad de presentar Agotamiento Emocional; el pertenecer al sexo femenino 1.2 veces más probabilidad de presentar Riesgo de Síndrome de Burnout; el trabajar en el distrito 01D02 2.1 veces más probabilidad de presentar Riesgo de Burnout, 1.49 veces más de presentar Agotamiento Emocional y 2.43 veces más de presentar Despersonalización; y que el trabajar por más de 5 años genera 1.1 veces más probabilidad de presentar Agotamiento Emocional y 1.78 veces más probabilidad de Despersonalización. A pesar de estos hallazgos, no se encontró una probabilidad estadísticamente significativa, siendo en todos los casos el valor de p mayor a 0.05, con un Intervalo de Confianza del 95% (IC95%).

TABLA # 10: Asociación entre características demográficas y laborales con la probabilidad de Riesgo Burnout y sus Dimensiones

	Característica demográficas y laborales				
	EDAD	SEXO	DISTRITO	ANTIGÜEDAD	JORNADA
	>35 años	FEMENINO	01D02	Más de 5 años	24 horas al día
Riesgo de Síndrome de Burnout					
OR (IC 95%)	0.43(0.13-1.40)	1.20(0.37-3.90)	2.10(0.65-6.83)	0.79(0.25-2.50)	0.34(0.02-6.08)
valor de p	0.163	0.762	0.215	0.691	0.476
Agotamiento Emocional					
OR (IC 95%)	1.19(0.24-5.84)	0.45(0.09-2.24)	1.49(0.30-7.33)	1.10(0.23-5.42)	1.00
valor de p	0.830	0.333	0.621	0.904	
Despersonalización					
OR (IC 95%)	0.66(0.16-2.73)	0.81(0.19-3.37)	2.43(0.56-10.82)	1.78(0.40-7.89)	1.00
valor de p	0.564	0.768	0.242	0.449	
Falta de Realización Personal					
OR (IC 95%)	0.36(0.09-1.35)	0.60(0.17-2.14)	0.71(0.20-2.57)	0.51(0.14-1.84)	0.23(0.01-4.04)
valor de p	0.129	0.432	0.606	0.304	0.318

* Valor P calculado a partir de prueba Odds Ratio con un Intervalo de Confianza del 95%

Fuente: Base de datos.

Elaborado por: La autora.



CAPÍTULO VI

DISCUSIÓN

El presente estudio se llevó a cabo en los médicos generales de atención primaria del MSP de la ciudad de Cuenca, es decir los que trabajan en centros y subcentros urbanos de los Distritos de salud 01D01 y 01D02, con el fin de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y sus 3 dimensiones, y su comportamiento en relación con algunas variables tanto demográficas como laborales.

El universo estuvo conformado por 72 médicos que laboraban por más de un año, excluyendo a médicos rurales quienes tienen un contrato límite de un año. Hubo una alta apertura por parte de los participantes viéndose reflejado este aspecto en un porcentaje de respuesta del 83.33% que corresponde a una muestra representativa de 60 médicos. Varios de ellos no pudieron participar en esta investigación al no encontrarse en su lugar de trabajo por motivos de vacaciones o por desplazamientos a la comunidad para realización de visitas domiciliarias, además del caso de un médico que se negó a participar.

La población en estudio se ubicó en 40.6 años de edad promedio, con una desviación estándar de 11.73; mayoritariamente compuesta por el sexo femenino con un 60%. Los médicos del Distrito 01D01 superaron en número tan solo con el 51.67% al Distrito 01D02. El 45% laboraban en el MSP de 1 a 4 años y el 96.67% de médicos tenía una jornada laboral a tiempo completo de 8 horas a excepción de 2 médicos que realizaban turnos rotativos de 24 horas. No se conoció de médicos que trabajen con una jornada laboral de 4 horas en ninguno de los dos Distritos.

Se encontró una prevalencia del Síndrome de Burnout que fue del 1.67%, es decir con alteración en su máximo nivel en sus tres dimensiones según lo indican las autoras del MBI (Maslach Burnout Inventory). Esta prevalencia resulta baja en comparación sobre todo con estudios internacionales (Hernández, 2014) (Carrillo et al., 2012) (Navarro et al., 2015) (Vilá et al., 2015). La prevalencia de



Burnout también fue inferior en comparación con estudios nacionales. El estudio que más se asimila al nuestro fue el realizado en el año 2013 en 126 médicos de consulta externa en el MSP del Azuay donde se obtuvo una prevalencia de Burnout del 2.38% (Durán & García, 2013).

Como es imprescindible identificar no solo la prevalencia de Burnout, sino a los profesionales con riesgo de presentar el síndrome en algún momento de su vida para prevenir que esto ocurra; se determinó que el 26.67% de médicos presentaron riesgo de desarrollar Burnout.

En cuanto a las 3 dimensiones del síndrome, la dimensión más afectada en nuestro estudio, fue la falta de Realización Personal con un nivel alto del 20% y un nivel medio del 20%, seguida de la Despersonalización con un nivel alto del 15% y un nivel medio del 13.33%; y el Agotamiento Emocional con un nivel alto del 11.67% y un nivel medio del 18.33%. Además se encontró que los médicos presentaron niveles elevados de afectación, en al menos una de las dimensiones un 18.33% de los encuestados; en 2 dimensiones un 11.67% y en las 3 dimensiones simultáneamente un 1.67%. Por esta razón es importante saber las posibles causas de la afectación de cada una de las dimensiones con prioridad en la falta de Realización Personal, la cual constituye el punto más álgido en nuestra población estudiada, y sobre la cual se debe actuar inicialmente. Estudios nacionales arrojan resultados similares con respecto a la falta de Realización Personal como la dimensión más afectada (Ramírez, 2015) (Durán & García, 2013).

Pese a que el objetivo de la investigación fue comparar la prevalencia de Burnout con factores demográficos (edad, sexo) y laborales (distrito, antigüedad, jornada laboral), la baja prevalencia de Burnout (un caso) no permitió determinar asociación estadística con esta variable; por lo tanto se optó por analizar el Riesgo de presentar Burnout y las 3 dimensiones del síndrome con las variables demográficas y laborales mencionadas.

La edad menor a 35 años y el sexo femenino se asociaron con Riesgo de Burnout, y la Despersonalización. La edad mayor a 35 años y el sexo masculino



se asociaron con el Agotamiento Emocional. La edad menor a 35 años también se relacionó con la falta de Realización Personal.

El trabajar en el Distrito 01D02 y la antigüedad mayor a 5 años mostraron mayor tendencia de Riesgo de Burnout, Despersonalización y Agotamiento Emocional; por su parte el trabajar en el Distrito 01D01 y la antigüedad menor a 5 años, mostraron mayor falta de Realización Personal.

Ya que casi la totalidad de la población estudiada trabajaba con una jornada laboral de 8 horas al día, esta condición no permitió analizar posibles asociaciones con esta variable.

En general, mediante el análisis estadístico asociativo realizado, no se pudo encontrar una asociación estadísticamente significativa con ninguna de las variables demográficas ni laborales ($p > 0.05$).

Los médicos pertenecientes al sexo femenino demostraron tener 1.2 veces más probabilidad de presentar Riesgo de Burnout, así como el trabajar en el distrito 01D02 con 2.1 más probabilidad. Sin embargo, tampoco se encontró una probabilidad estadísticamente significativa ($p > 0.05$, IC95%).

Este estudio se planteó inicialmente con el fin de encontrar la situación actual en torno al Burnout, específicamente de los médicos generales de atención primaria del MSP de Cuenca. Sin embargo al conocer los resultados, vemos como una limitante el tamaño del universo el cual puede considerarse insuficiente al momento de intentar encontrar diferencias entre los grupos comparados, y no encontrar asociaciones estadísticamente significativas entre factores demográficos y laborales, con el riesgo de Burnout y sus dimensiones; de tal manera que quizás este sea el motivo por el cual no se han podido expresar resultados asociativos concretos, por lo que nos atrevemos a pensar que nuestros resultados no reflejan la situación real del tema estudiado.

Otra limitante del estudio fue la percepción de una falta de confianza y honestidad por parte de algunos participantes al momento de resolver el cuestionario MBI; probablemente por la falta de anonimato a pesar de la entrega



del consentimiento informado con indicaciones previas, la falta de tiempo disponible para analizar las opciones de respuesta, o porque quizás al ser un estudio externo al MSP, los encuestados no lo consideraron como una herramienta capaz de generar resultados positivos de cambio en dicha institución.

Como se mencionó anteriormente, la prevención no solo implica el identificar los casos de Burnout tempranamente para un tratamiento precoz, sino también el reducir los factores de riesgo antes de que el Burnout llegue a manifestarse, mediante la implementación de medidas de prevención.

Aranda y colaboradores proponen estrategias de prevención que pueden llevarse a cabo a nivel individual (estrategias de afrontamiento al estrés), interpersonal (potenciando la formación de habilidades sociales), y organizacional (evitando los estresores del entorno laboral) (C. Aranda et al., 2004).

Aunque hay evidencia científica de factores de riesgo individuales para el Burnout, existe mucha más evidencia de factores de riesgo organizacionales (Maslach, 2009). En el estudio de Hernández, 2014, sobre Burnout en médicos de atención primaria, las principales fuentes de malestar en el trabajo que se identificaron fueron las malas condiciones y disponibilidad de recursos para el trabajo, la sobrecarga laboral, la falta de apoyo y reconocimiento social y el salario inadecuado e insuficiente, esto en relación con estilos de mando autoritarios y poco participativos. Otros estudios similares coinciden en la identificación del exceso de carga laboral que incluye presión asistencial excesiva y cupos excesivos para la atención médica (Navarro, 2015) (Matía et al., 2012) (Molina, 2003) (Prieto, 2002), así como la burocratización (Prieto, 2002), como factores organizacionales de riesgo relacionados con el desgaste profesional en una forma estadísticamente significativa. La conclusión de todas estas investigaciones es que el Burnout se debe en gran medida a la naturaleza del trabajo, más que a las características propias de cada trabajador (Maslach, 2009).



Lastimosamente las intervenciones organizacionales, aunque tienen gran potencial para reducir la prevalencia de Burnout, son complejas de implementar y costosas en cuanto a los recursos que demandan (Shirom, 2009). Quizás sea por esto, que paradójicamente la mayoría de programas de intervención se han venido realizando a nivel individual; incluso las organizaciones que toman la iniciativa de implementar medidas de prevención, han hecho énfasis en dotar a los trabajadores de estrategias de afrontamiento, más que de un cambio a nivel de las condiciones laborales (Gascón, Olmedo, & Ciccotelli, 2003).

Un artículo científico que analizó varios estudios que evaluaron intervenciones diseñadas a atenuar el Burnout, señala que la mayoría de las intervenciones informadas en la literatura están dirigidas al individuo y consiguen un tratamiento, más no prevención, similares a otras intervenciones del estrés; habiendo apenas unos cuantos informes acerca de intervenciones en el lugar de trabajo, con el objetivo de aliviar o eliminar los distintos tipos de estresores que conducen al síndrome (Shirom, 2009).

Una intervención realizada por varias organizaciones, es la inclusión de grupos de apoyo entre pares para el enriquecimiento y fortalecimiento del apoyo social, ante la teoría que manifiesta que “el agotamiento de los recursos energéticos de una persona y el apoyo social empobrecido están estrechamente relacionados” (Hobfoll 1989: Hobfoll 2002), lo cual incitaría a la mayor tendencia de sufrir Burnout. Por ejemplo en un estudio en el que se mejoraron las habilidades de afrontamiento de un grupo de profesionales, enseñándoles cómo emplear sus recursos de dominio individual y su apoyo social, se descubrió una significativa disminución de agotamiento emocional en el grupo experimental respecto al grupo control no tratado (Shirom, 2009).

En un ensayo clínico controlado aleatorizado, cuyo objetivo era el reducir el estrés y prevenir el Burnout en profesionales sanitarios de atención primaria, se implementó y evaluó la efectividad de un programa de entrenamiento en mindfulness y autocompasión, el cual consistía en sesiones de 2,5 h/semana durante 8 semanas, a las que el grupo intervenido debía asistir al menos al 75% de las sesiones y realizar una práctica diaria de 45 minutos. Tras la intervención,



las puntuaciones del grupo que participó en el programa, mejoraron significativamente en estrés percibido ($p < 0,001$) y burnout: cansancio emocional ($p = 0.046$). Así mismo, la comparación respecto al grupo control mostraron diferencias significativas en estrés percibido ($p < 0,001$) y cansancio emocional ($p < 0,032$); por lo que esta investigación sugiere que puede ser beneficioso impulsar prácticas de mindfulness y autocompasión en el ámbito sanitario para mejorar la relación médico paciente y la práctica clínica, al aumentar la resiliencia y el bienestar psicológico de los profesionales (G. Aranda et al., 2018).



CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La prevalencia del Síndrome de Burnout en médicos generales de atención primaria del MSP de Cuenca fue baja (1.67%), sin embargo un número considerable de médicos (26.67%) se encontraron en riesgo de presentar el síndrome en algún momento. La dimensión más afectada fue la falta de Realización Personal seguida de la Despersonalización. Esto es fundamental a la hora de buscar posibles factores de riesgo para implementar estrategias sobretodo de prevención a más del control y eliminación del síndrome en las personas que ya lo padecen.

Se recomienda que en las futuras investigaciones el análisis sea extendido hacia una población más amplia, ya sea con la inclusión de otros profesionales médicos, del sector rural, de otros distritos de salud, etc. Tanto del Distrito 01D01 como el 01D02, cuentan con un médico ocupacional, por lo que podrían beneficiarse de este recurso para realizar estudios internos más amplios y con la obtención de resultados más confiables al no haber encontrado una asociación estadística con las variables demográficas y laborales, en este estudio.

Se sugiere además buscar un método de encuesta donde se mantenga el anonimato y se disponga de un tiempo considerable para su ejecución, de tal modo que se evite que las respuestas obtenidas sean premeditadamente alteradas por los participantes.

Con el fin de implementar un plan de acción no solo para los médicos que ya presentan Burnout, sino para aquellos con riesgo de padecerlo, se propone investigar factores de riesgo mediante la organización de grupos focales, realización de encuestas, etc.

La organización tiene un papel fundamental a la hora de establecer medidas de prevención a nivel de los factores de riesgo organizacional, los cuales como hemos mencionados anteriormente, son los principales a la hora de influir en la presencia de Burnout. Se deben incluir cambios en el diseño del trabajo para reducir el estrés crónico conferido por el trabajo, analizando especialmente la



sobrecarga laboral. Por otra parte, ya que muchos médicos demostraron un bajo conocimiento sobre este síndrome, sus síntomas y efectos adversos tanto en su salud como en la calidad del servicio prestado; sería importante implementar en el “Programa de Prevención de Riesgos Psicosociales en el trabajo” (programa establecido por el Ministerio del Trabajo), actividades de información y de sensibilización sobre este tema que promuevan técnicas efectivas de manejo del estrés. Otras intervenciones de importancia son la vigilancia médica ocupacional para un diagnóstico más temprano, la inclusión de grupos de apoyo y la destinación de espacios para la recreación.

Aunque existen varios estudios que investigan el Síndrome de Burnout en la población médica, la mayoría se enfoca en las áreas hospitalarias siendo contados los estudios que investigan esta problemática en el área de consulta externa en nuestro país, donde pueden existir factores de riesgo específicos que aún no han sido analizados a fondo. Por esta razón esta investigación debe suponer una base para la elaboración de estudios posteriores más amplios, que incluyan la investigación de factores de riesgo que permitan establecer un plan de acción concreto para esta población, y que empleen diseños longitudinales para el seguimiento de la evolución de las intervenciones a lo largo del tiempo; pues la identificación temprana y oportuna así como la implementación de un programa de prevención y tratamiento, son fundamentales para mantener el bienestar personal del médico para un desempeño laboral de calidad que beneficie al sistema de salud pública del Ecuador.



CAPÍTULO VIII

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aranda, C., Pando, M., Salazar, J., Torres, T., Aldrete, M., & Pérez, M. (2004). Factores psicosociales laborales y síndrome de Burnout en médicos del primer nivel de atención. *REDALYC*, *VI*(1), 28–34.
- Aranda, G., Elcuaz, M. R., Go, C. F., Güeto, V., Pascual, P., Murieta, S. De, & Galdeano, G. De. (2018). Evaluación de la efectividad de un programa de mindfulness y autocompasión para reducir el estrés y prevenir el burnout en profesionales sanitarios de atención primaria. *ELSEVIER*, *50*(3).
<http://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.03.009>
- Asamblea Constituyente. Constitución del Ecuador (2008). Ecuador.
- Bresó, E., Salanova, M., Schaufeli, W., & Nogareda, C. (2004). NTP 732 : Síndrome de estar quemado por el trabajo “Burnout ” (III): Instrumento de medición. *INSHT*, 1–5.
- Brito, J., Cabrera, H., & Cedillo, J. (2012). *Prevalencia y Factores influyentes del Síndrome de Burnout en Internos y Residentes de los Hospitales Vicente Corral Moscoso y José Carrasco Arteaga, Cuenca- Ecuador, Enero- Julio 2011*. Universidad de Cuenca.
- Campoverde, M. (2016). *Prevalencia del Síndrome de Burnout y Factores Asociados en el personal del IESS Seguro de Salud, Centro de Atención Ambulatorio Central Cuenca Abril 2016*. Universidad del Azuay.
- Carrillo, R., Gómez, K., & Espinoza, I. (2012). Síndrome de Burnout en la práctica médica. *Med Int Mex.*, *28*(6), 579–584.
- Castellano, M., & Díaz, J. J. (2012). Estrés Laboral. Burnout. Trabajo a turnos. Acoso en el Trabajo (Mobbing). In *Tratado de Medicina del Trabajo* (2da Edició, pp. 485–500). Barcelona, España: Masson.
- Cepyme Aragón. (n.d.). *Experiencia práctica en prevención de riesgos psicosociales*. Aragón.
- Comisión de Legislación y Codificación del H. Congreso Nacional del Ecuador. Código del Trabajo (2005). Ecuador.
- Dailey, R. (2012). *Comportamiento Organizacional*. *Edinburgh Business School*. Edimburgo.



- Durán, M., & García, J. (2013). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en Médicos del Ministerio de Salud Pública del Azuay Según Jornada Laboral 2011*. Universidad de Cuenca.
- Fidalgo, M. (2003a). NTP 704: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout ” (I): definición y proceso de generación. *INSHT*, 1–7.
- Fidalgo, M. (2003b). NTP 705 : Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout ” (II): consecuencias, evaluación y prevención. *INSHT*, 1–7.
- Gascón, S., Olmedo, M., & Ciccotelli, H. (2003). La prevención del Burnout en las organizaciones : el chequeo preventivo de Leiter y Maslach (2000). *Revista de Psicopatología Y Psicología Clínica*, 8(1), 55–66.
- Gil-Monte, P. R. (2012). Riesgos Psicosociales en el Trabajo y Salud Ocupacional. *Rev Perú Med Exp Salud Pública*, 29(2), 237–241.
- Gil-Monte, P. R., Salanova, M., Aragón, J. L., & Schaufeli, W. (2005). *Jornada “El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales.”* Valencia.
- Gómez Rosa. (2004). El Estrés Laboral Del Médico: Burnout Y Trabajo En Equipo. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, (41), n.90. Retrieved from <http://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n90/v24n2a04.pdf>
- Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farías, F., & Suárez, J. (2006). Síndrome de Burnout. *Arch Neurocien (Mex)*, 11(4), 305–309.
- Hernández, L. (2014). *Desgaste Profesional en Especialistas en Medicina General Integral de la Atención Primaria de Salud. Plaza de la Revolución, 2007 y 2012*. Escuela Nacional de Salud Pública de Cuba.
- IESS. Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del Medio Ambiente de Trabajo (1986). Ecuador: Decreto Ejecutivo 2393.
- IESS. Reglamento del Seguro General de Riesgos del Trabajo (2016). Ecuador: CD 513.
- Joseph-Bravo, P., & De-Gortari, P. (1969). El estrés y sus efectos en el metabolismo y el aprendizaje.
- Kalimo, R., El-Batawi, M., & Cooper, C. (1988). *Los Factores Psicosociales en el Trabajo y su Relación con la Salud. Organización Mundial de la Salud*. Ginebra.
- Mansilla, F., & Favieres, A. (2012). Factores de Riesgo Psicosocial en el Trabajo. Retrieved from www.madridsalud.es
- Martinez, A. (2010). El Síndrome de Burnout. Evolución Conceptual y Estado



- Actual de la Cuestión. *Vivat Academia*, 1–40.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el Burnout. *C&T Ciencia Y Trabajo*, 11(32), 37–43.
- Matía, Á., Cordero, J., Mediavilla, J., Pereda, M., González, M., & González, A. (2012). Evolución del burnout y variables asociadas en los médicos de atención primaria. *Elsevier Doyma*, 44(9), 531–538.
<http://doi.org/10.1016/j.aprim.2010.05.021>
- Meana, M. (2006). *Síndrome de Burnout. Su prevalencia en una población de médicos en programas intensivos de capacitación en la especialidad de Clínica Médica*. Universidad Nacional de la Plata.
- Molina, A., García, M. A., Alonso, M., & Cermeño, P. (2003). Prevalencia de desgaste profesional y psicomorbilidad en médicos de atención primaria de un área sanitaria de Madrid. *ELSEVIER*, 31(9), 564–571.
[http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(03\)79217-8](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(03)79217-8)
- Moreno, B. (2011). Factores y riesgos laborales psicosociales: conceptualización, historia y cambios actuales. *Medicina Y Seguridad En El Trabajo*, 4–19.
- Moreno, B., & Báez, C. (2010). *Factores y Riesgos Psicosociales, Formas, Consecuencias, Medidas y Buenas Prácticas*. Madrid, España.
- Navarro, D., Ayechu, A., & Huarte, I. (2015). Prevalencia del síndrome del burnout y factores asociados a dicho síndrome en los profesionales sanitarios de Atención Primaria. *ELSEVIER*, 41(4).
- Nogareda, C., & Almodóvar, A. NTP 702: El proceso de evaluación de los factores psicosociales (2003). España.
- OIT. Convenio sobre seguridad y salud de los trabajadores, Pub. L. No. C155 (1981). Suiza.
- Oncins, M., & Almodóvar, A. NTP 450: Factores psicosociales: fases para su evaluación (1995). España.
- Palacios, M. E. R. (2014). Departamento de posgrados maestría en psicoterapia integrativa.
- Pérez, J., & Nogareda, C. NTP 926. Factores psicosociales : metodología de evaluación (2012). España.
- Pineda, M., Rivera, M., & Pablo, R. (2014). *Prevalencia y Factores influyentes del Síndrome de Burnout en los docentes de la Facultad de Ciencias*



Médicas de la Universidad de Cuenca, Enero- Julio 2013. Universidad de Cuenca.

- Prieto, L., Robles, E., Salazar, L., & Daniel, E. (2002). Burnout en médicos de atención primaria de la provincia de Cáceres. *ELSEVIER*, 29(5), 294–302. [http://doi.org/10.1016/S0212-6567\(02\)70567-2](http://doi.org/10.1016/S0212-6567(02)70567-2)
- Raffo, E., Ráez, L., & Cachay, O. (2013). Riesgos psicosociales. *Revista de La Facultad de Ingeniería Industrial*, 16(1), 70–79.
- Ramírez, M. (2015). *Burnout en profesionales de la salud Ecuador.* Universidad de Santiago de Compostela.
- Salanova, M., & Soler, C. (2015). Hacia una prevención positiva de los riesgos psicosociales.
- Sauter, S., Murphy, L., Hurrell, J., & Levi, L. (2012). Factores Psicosociales y de Organización. In *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo.* OIT (pp. 1–88).
- Shirom, A. (2009). Acerca de la validez del constructo, predictores y consecuencias del Burnout en el lugar de trabajo. *C&T Ciencia Y Trabajo*, 11(32), 51–52.
- Sos, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M., & Cebria, J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Scielo*, 12, 613–619.
- UGT Andalucía. (n.d.). *Guía de prevención de riesgos psicosociales en el trabajo.* España.
- UGT Madrid. (2006). *Guía sobre el Síndrome del Quemado (Burnout)* (1era Edici). Madrid- España.
- Vilá, M., Cruzate, C., Orfila, F., Cleixell, J., González, M., & Millanes, J. (2015). Burnout y trabajo en equipo en los profesionales de Atención Primaria. *ELSEVIER*, 47(1). <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2014.01.008>



CAPÍTULO IX

ANEXOS

ANEXO 1

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Fecha:
 Edad:
 Sexo:
 Centro de salud en el que trabaja:

¿Cuántos años lleva trabajando como médico general en Atención Primaria de la Salud en el MSP?.....

Señale con una X:

Jornada laboral: 4 horas diarias
 8 horas diarias
 Otro (especifique):.....

INSTRUCCIONES: señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que sienta las situaciones presentadas en los siguientes enunciados:

0	1	2	3	4	5	6
Nunca	Una o varias veces al año	Una vez al mes o menos	Varias veces al mes	Una vez a la semana	Varias veces a la semana	Todos los días

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo							
2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío							
3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado							



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

Gracias por su atención y su tiempo



ANEXO 2

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA MAESTRÍA EN SEGURIDAD E HIGIENE INDUSTRIAL

“Síndrome de Burnout, prevalencia en médicos generales dedicados a la atención primaria en el MSP de Cuenca”.

La presente investigación realizada por la Md. Elizabeth Avila Vélez, estudiante de la Maestría en Seguridad e Higiene Industrial de la Universidad de Cuenca, tiene como objetivo determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout, en médicos generales del MSP de la ciudad de Cuenca que brindan atención médica en el área de consulta externa.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder una encuesta en donde se le preguntará sobre su estado pasado y actual de cómo se encuentra su nivel de estrés y bienestar con el trabajo que desempeña. Esto le tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo.

La información que se recogerá será confidencial y no se usará para ningún propósito fuera de los de ésta investigación. Solo los investigadores tendrán acceso a los datos que se guardarán con absoluta reserva, su identificación no aparecerá en ningún informe ni publicación resultante del presente estudio.

La participación en este estudio es estrictamente libre y voluntaria, usted puede negarse a participar o puede retirarse. Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación. Si algunas de las preguntas durante la encuesta le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.



Consentimiento informado:

He leído y entendido este consentimiento informado, también he recibido las respuestas a mis inquietudes, por lo que acepto voluntariamente participar en esta investigación.

_____ CI _____
Firma del médico

Cuenca, _____ de 2017.

ANEXO 3

Puntos de cohorte en las tres dimensiones del síndrome de Burnout			
Dimensiones	BAJO	MEDIO	ALTO
Agotamiento emocional	0-18	19-26	27-54
Despersonalización	0-5	6-9	10-30
Realización personal	40 o más	34-39	33 o menos
<i>En las 3 escalas la puntuación mínima alcanzable es 0, mientras que la máxima es 54 para AE, 30 para DP y 48 para RP.</i>			

ANEXO 4

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES				
VARIABLE	CONCEPTO	DIMENSI ON	INDICADOR	ESCALA
1. Distrito de Salud	Unidad de división territorial del MSP, (Entidad pública encargada de la protección de la salud a nivel poblacional) y que engloba varios centros y subcentros de salud.	Salud	Datos entregados por el profesional en la encuesta	01D01 01D02
2. Antigüedad laboral	Duración del empleo o servicio prestado en atención primaria en el MSP	Laboral	Número de años laborales cumplidos	1-4 año 5-9 años Más de 10 años
3. Jornada laboral	Número de horas de trabajo diarias que labora en la institución pública	Laboral	Datos entregados por el profesional en la encuesta	4 horas al día 8 horas al día Otro
4. Edad	Edad cronológica resultante de la suma de años que han transcurrido desde el nacimiento	Biológica	Años cumplidos	≤35 años 36-45 años 46 a 55 años 56-65 años >65 años
5. Sexo	Características fenotípicas que identifican al varón y a la mujer	Biológica	Fenotipo	Masculino Femenino



6.Desgaste profesional (Burnout)	Proceso secundario a una respuesta negativa por un estrés laboral crónico, en personas que trabajan con personas. El nivel de desgaste se obtiene tras la aplicación del Test de Maslach	- Agotamiento emocional (AE) - Despersonalización (DP) - Realización Personal (RP)	Puntaje obtenido mediante la aplicación del Test de Maslach	Alto Medio Bajo
7.Agotamiento emocional	Desgaste de un individuo en cuestión de sentimientos	Psicólogo	Valoración obtenida en los ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.	Alto: 27-54 Medio: 19-26 Bajo: 0-18
8.Despersonalización	Alteración de la percepción o experiencia de uno mismo	Psicólogo	Valoración obtenida en los ítems 5, 10, 11, 15 y 22.	Alto: 10-30 Medio: 6-9 Bajo: 0-5
9.Realización personal	Sentimiento de conformidad con las acciones realizadas a nivel personal	Psicólogo	Valoración obtenida en los ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.	Bajo: 33 o menos Medio: 34-39 Alto: 40 o más