

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO

VICERRECTORADO DE POSGRADO E

INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE POSGRADO

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE:

MAGISTER EN SEGURIDAD INDUSTRIAL MENCIÓN PREVENCIÓN

DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL

TEMA:

**PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PARA SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS
ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA GENERAL DE LOS HOSPITALES DE 2DO NIVEL DE
LA CIUDAD DE RIOBAMBA.**

AUTOR:

Md. Luis Fernando Huilca Logroño

TUTOR:

Dr. Marco Vinicio Moreno Rueda

RIOBAMBA – ECUADOR

2018

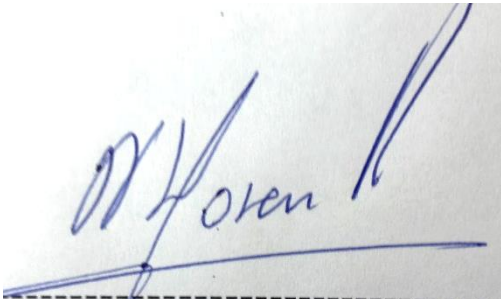
Certificación del Tutor

Certificación

Certifico que el presente trabajo para la obtención del Grado de Magister en Seguridad Industrial Mención Prevención de Riesgos y Salud Ocupacional con el tema “PROGRAMA DE AFRONTAMIENTO PARA SINDROME DE BURNOUT EN MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CIRUGÍA GENERAL DE LOS HOSPITALES DE 2DO NIVEL DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.” ha sido elaborado por el Md. Luis Fernando Huilca Logroño, el mismo que ha sido revisado y analizado en un cien por ciento con el asesoramiento permanente de mi persona en calidad de Tutor, por lo que se encuentra apto para su presentación y defensa respectiva.

Es todo cuanto puedo informar en honor a la verdad

Atentamente

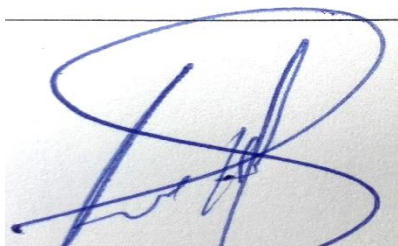


Dr. Marco Vinicio Moreno Rueda

TUTOR

Autoría

Yo Luis Fernando Huilca Logroño con cédula de identidad No 060384022-4, soy responsable de las ideas, doctrinas, resultados y propuesta realizadas en la presente investigación y el patrimonio intelectual del trabajo investigativo pertenece a la Universidad Nacional de Chimborazo.



Luis Fernando Huilca Logroño

CI: 0603840224

Agradecimiento

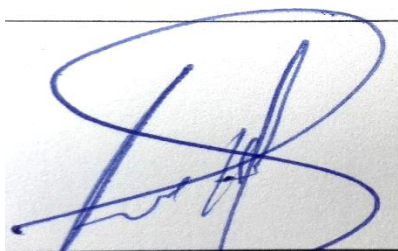
En primer lugar quiero agradecer al Dios todo poderoso por tenerme en este lugar y seguirme confirmando cada día más su grandeza y gloria, a las personas que conforman de la Universidad Nacional de Chimborazo que me ayudaron y fueron parte en su momento en la consecución de este logro.

Un agradecimiento especial a los médicos Especialistas en Cirugía General tanto del Hospital Provincial General Docente de Riobamba, así como del Hospital IESS Riobamba que han sido la parte fundamental de este estudio.

Al Dr, Vinicio Moreno por ser la persona guía en el trayecto de este trabajo, además de agradecer al personal del Instituto de Posgrado de la UNACH en su mayor persona al Mgs. Oliver Jara por todo el apoyo brindado.

A mi familia, mi esposa, hijos, padres y hermanos que han estado junto a mí en todo momento y me han acompañado en esta travesía de vida.

Gracias también a mis compañeros que fueron los acompañantes idóneos en el proceso de estudio.

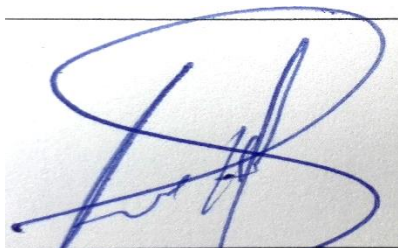


Luis Fernando Huilca Logroño

Dedicatoria

Este trabajo lo dedico a mis hijos Fernanda, Luis y Liam por ser el motor en mi vida y que cada cosa que la realizamos la hacemos juntos, a mi esposa Anita por ser la compañera de desvelos, cómplice y ayuda en el transcurso de mi vida y mucho más en el tiempo de estudio.

Dedicar también este trabajo a los médicos que indistintamente de su Especialización realizan su trabajo con ahínco, esmero, dedicación y sobre todo con amor desinteresado hacia el bien de sus pacientes.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'L' and 'F' intertwined, with a horizontal line above it.

Luis Fernando Huilca Logroño

Índice General

Contenido

Certificación del Tutor.....	ii
Autoría	iii
Agradecimiento.....	iv
Dedicatoria.....	v
Índice General.....	1
Índice de Tablas	5
Índice de Ilustraciones	7
Resumen.....	9
Summary.....	10
Introducción	11
CAPÍTULO I	13
1. Marco Teórico	13
1.1 Antecedentes	13
1.1.1 Fundamentación Filosófica	18
1.1.2 Fundamentación Epistemológica.....	18
1.1.3 Fundamentación Axiológica.....	19
1.1.4 Fundamentación Legal	19
1.2 Fundamentación teórica	22
1.2.1. Síndrome de Burnout.....	22
1.2.2.2 Causas y factores que predisponen la aparición del Burnout	23
Factores de riesgo a nivel organizacional	24
Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo	25
Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales	25
1.2.2.3 Síntomas de la aparición del Burnout	25
1.2.2.4 Consecuencias del síndrome de Burnout	28
Consecuencias para el individuo.....	28
Consecuencias para la organización	28
1.2.2.5 Fases del proceso de “Burnout”	29
1.2.2.6 Dimensiones del síndrome de “Burnout”	29
1.2.2.7 Cuestionario breve de “Burnout” (CBB).....	30

1.3. Afrontamiento	33
1.3.1. Musicoterapia pasiva	34
1.3.2. Gimnasia Laboral	37
CAPÍTULO II	39
2. Metodología.....	39
2.1 Diseño de la investigación.....	39
2.2 Tipo de investigación	39
2.3 Métodos de investigación	39
2.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	40
2.5 Población y muestra	40
2.5.1. Población	40
2.5.2. Muestra.....	40
2.6 Procedimiento para el análisis e interpretación de resultados	40
2.7 Hipótesis	41
2.7.1. Hipótesis General	41
2.7.2. Hipótesis Específicas.....	41
2.7.3.Operacionalización de las Hipótesis específicas	42
2.7.3.1. Operatividad de la hipótesis específica 1	42
2.7.3.2. Operatividad de la hipótesis específica 2	43
CAPÍTULO III	44
3. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS	44
3.1 TEMA:.....	44
3.2 PRESENTACIÓN	44
3.3 OBJETIVOS.....	44
3.3.1 General.....	44
3.3.2 Específicos	45
3.4 FUNDAMENTACIÓN	45
3.5. CONTENIDO DE LA PROPUESTA.....	48
3.6. OPERATIVIDAD	48
CAPÍTULO IV	50
4. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	50
4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	50
4.1.1 Etapa I. Análisis e interpretación de resultados iniciales. (Antes).....	50
4.1.2. Variables sociodemográficas del personal médico	51

4.1.2.1. Edad del personal médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	51
4.1.2.2. Género del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	53
4.1.2.3. Relaciones de pareja del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	54
4.1.2.4. Número de hijos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	55
4.1.2.5. Estudios realizados del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	56
4.1.2.6. Cargo que ocupa del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	57
4.1.2.7. Situación Laboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	58
4.1.2.8. Turnos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	59
4.1.2.9. Número de horas de trabajo a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	60
4.1.2.10. Número de pacientes diario a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	61
4.1.2.11. Realiza tareas extras en su casa fuera de su trabajo del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	62
Resultados antes de la propuesta:	63
4.1.2.12. Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	63
4.1.2.13. Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	64
4.1.2.14. Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	65
4.1.2.15. Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	66
4.1.2.16. El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	67
4.1.2.17. Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	68
4.1.2.18. Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	69
4.1.2.19. Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	70
Resultados después de la propuesta:	71
4.1.2.20. Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	71

4.1.2.21. Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	72
4.1.2.22. Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	73
4.1.2.23. Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	74
4.1.2.24. El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	75
4.1.2.25. Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	76
4.1.2.26. Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	77
4.1.2.27. Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	78
4.3. Comprobación de las hipótesis	79
4.3.1. Comprobación de la hipótesis específica 1.....	79
4.3.2. Comprobación de la hipótesis específica 2.....	82
4.3.3. Comprobación de la hipótesis general 3.....	85
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	88
5.1 CONCLUSIONES.....	88
5.2 RECOMENDACIONES	89
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	90
Anexos	95
Anexo 1: Anteproyecto de tesis	95
Anexo 2: Instrumento CBB	119
Anexo 3: Formulario de Consentimiento.....	123
Anexo 4: Tabla de distribución Chi-cuadrado	124

Índice de Tablas

Tabla 1 Proyectos relevantes	13
Tabla 2 Principales síntomas psicológicos del síndrome de Burnout	27
Tabla 3 Confiabilidad del Cuestionario Breve de “Burnout” (CBB).....	31
Tabla 4 Dimensiones, ítems y baremos del Cuestionario Breve de “Burnout” (CBB).....	32
Tabla 5 Distribución del personal Especialista en Cirugía General.....	40
Tabla 6 Operatividad de la hipótesis específica 1	42
Tabla 7 Operatividad de la hipótesis específica 2	43
Tabla 8 Operatividad.....	48
Tabla 9 Dimensiones del test CBB.	50
Tabla 10 Edad del personal médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	52
Tabla 11 Género del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	53
Tabla 12 Relaciones de pareja del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	54
Tabla 13 Número de hijos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	55
Tabla 14 Estudios realizados del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	56
Tabla 15 Cargo que ocupa del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	57
Tabla 16 Situación Laboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	58
Tabla 17 Turnos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	59
Tabla 18 Número de horas de trabajo a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	60
Tabla 19 Número de pacientes diario a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	61
Tabla 20 Realiza tareas extras en su casa fuera de su trabajo del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	62
Tabla 21 Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	63
Tabla 22 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	64
Tabla 23 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los	

Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	65
Tabla 24 Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	66
Tabla 25 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	67
Tabla 26 Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	68
Tabla 27 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	69
Tabla 28 Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	70
Tabla 29 Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	71
Tabla 30 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	72
Tabla 31 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	73
Tabla 32 Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	74
Tabla 33 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	75
Tabla 34 Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	76
Tabla 35 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	77
Tabla 36 Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	78

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Modelo del proceso del síndrome del quemado de Leiter.	24
Ilustración 2 Base de variables del test CBB (antes y después).....	51
Ilustración 3 Base de datos del test CBB (antes y después).....	51
Ilustración 4 Edad del personal médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	52
Ilustración 5 Género del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	53
Ilustración 6 Relaciones de pareja del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	54
Ilustración 7 Número de hijos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	55
Ilustración 8 Estudios realizados del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	56
Ilustración 9 Cargo que ocupa del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	57
Ilustración 10 Situación Laboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	58
Ilustración 11 Turnos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	59
Ilustración 12 Número de horas de trabajo en la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	60
Ilustración 13 Número de pacientes diarios a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	61
Ilustración 14 Realiza tareas extras en su casa fuera de su trabajo del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	62
Ilustración 15 Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	63
Ilustración 16 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	64
Ilustración 17 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	65
Ilustración 18 Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	66
Ilustración 19 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	67
Ilustración 20 Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales	

de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	68
Ilustración 21 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	69
Ilustración 22 Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	70
Ilustración 23 Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	71
Ilustración 24 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	72
Ilustración 25 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	73
Ilustración 26 Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	74
Ilustración 27 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	75
Ilustración 28 Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	76
Ilustración 29 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	77
Ilustración 30 Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.....	78
Ilustración 31 Portada del Cd de música entregado	79
Ilustración 32 Aplicación de la terapia de relajación	79
Ilustración 33 Gimnasia Laboral.....	82

Resumen

Maslach y Jackson en 1981 define al Síndrome de Burnout una patología de riesgo psicosocial en el trabajo como una respuesta inadecuada a un estrés crónico caracterizado por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y falta de realización personal en el trabajo. Este síndrome es un conjunto de signos y síntomas cuyo fin es el sentirse quemado con el trabajo y atravesar las fases descritas formalmente. El objetivo principal fue demostrar que el programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el diseño de la investigación pertenece al tipo aplicativo, transversal, correlacional y de campo. Se utiliza el método Deductivo. La técnica para recolección de datos es el test y el instrumento el cuestionario breve de "Burnout" (CBB). Se aplicó un programa de Musicoterapia pasiva en procedimientos quirúrgicos además de gimnasia laboral para molestias de cuello, brazos, y cintura. La población son 16 Especialistas en Cirugía General de los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Riobamba. Resultados: El Síndrome del Burnout se transforma de un 100% medio a un 25% bajo y 75 % medio. Hipotesis: Mediante prueba de Chi cuadrado se comprueban 3 hipótesis: 1.- El programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General obteniendo relajación fisiológica, física y mental, 2.- El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General mejorando los componentes cansancio emocional y despersonalización, 3.- El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General mejorando la sintomatología en cuello, brazos y cadera.

Palabras claves: síndrome de Burnout. Musicoterapia Quirúrgica, gimnasia ocupacional

Summary

Maslach and Jackson in 1981 defined Burnout Syndrome as a psychosocial risk at work as an inadequate response to chronic stress which is characterized by three dimensions: emotional exhaustion, depersonalization and lack of personal fulfillment at work. This syndrome is a set of signs and symptoms whose purpose is to feel burned with work and go through the phases described formally. The main objective was to demonstrate that the coping program reduces the Burnout Syndrome of the General Surgery physicians of the 2nd Level Hospitals of the City of Riobamba. The design of the research belongs to the application, transversal, correlational, and field type. The Deductive method is used. The technique for data collection was a test and "Burnout" questionnaire (CBB). A Passive Music Therapy program was applied in surgical procedures; additionally, the employment of gymnastics at work for neck, arms, and waist discomfort. The population had 16 Specialists in a General Surgery Area of the second level in Riobamba's hospitals. Results: The Burnout Syndrome is transformed from 100% medium to 25% low and 75% medium. Hypothesis: Through a Chi square test, 3 hypotheses are checked: 1.- The coping program decreased the Burnout Syndrome of General Surgery physicians obtaining physiological, physical and mental relaxation. 2.- The coping program with the application of passive music therapy decreased the levels of Burnout Syndrome of General Surgery specialists improved the components of emotional exhaustion and depersonalization, 3.- The coping program about gymnastics at work reduced the levels of Burnout Syndrome of General Surgery specialists which improved the Symptoms in the neck, arms and hips.

Keywords: Burnout syndrome, Chirurgical music therapy, occupational gymnastics.

Reviewed and corrected by: Lic. Armijos Jacqueline, MsC.



The image shows a handwritten signature in blue ink that reads "Jacqueline Armijos". To the right of the signature is a circular official stamp. The stamp contains the text "CENTRO DE IDIOMAS INSTITUCIÓN EDUCATIVA SUPERIOR DE RIOBAMBA" around the top edge and "DIRECCIÓN" at the bottom. In the center of the stamp is a small emblem featuring a figure holding a staff, possibly a caduceus or a similar medical symbol.

Introducción

El estudio de los factores psicosociales para la salud de los trabajadores es muy importante, el cual inició en 1970 cuando se dio formalmente el estudio y preocupación de los factores psicosociales y la relación existente con la salud laboral, desde entonces la importancia que se le ha dado a este estudio ha ido en aumento, así mismo este tema ha ganado amplitud, diversificación y complejidad, pero también ambigüedad e imprecisión.

El estrés no es otra cosa que un momento con altos niveles de excitabilidad y de respuesta a la frecuente sensación de no poder afrontarlos, es probablemente el principal riesgo psicosocial y más global de todos porque actúa como respuesta general ante los factores psicosociales de riesgo.

El síndrome de Burnout o desgaste profesional consiste en una prolongada presencia de estrés, es el resultado de un proceso de estrés crónico laboral y organizacional que termina en un estado de agotamiento emocional y de fatiga desmotivante para las tareas laborales debido a factores estresantes emocionales e interpersonales que se presentan en el trabajo.

En general los más vulnerables a padecer el síndrome de Burnout son aquellos profesionales que deben interactuar con otras personas de manera duradera o intensa (interacciones humanas trabajador-cliente), sin considerar a un cliente en particular sino más bien, a uno o varios. El síndrome de Burnout es muy frecuente en personal sanitario y docentes, se encuentra además en otras profesiones como atletas, trabajadores de call center, ingenieros, militares, etc. Las mujeres son las que más prevalencia presentan.

Por lo antes expuesto es fundamental evaluar el riesgo que conlleva el ser Cirujano ya que es la especialidad con más impacto de trabajo hospitalario y quirúrgico, por lo que es bueno llevar a cabo intervenciones dirigidas a combatir los factores de riesgo en el quehacer diario y, con ello disminuir el apareamiento de esta enfermedad, trastornos mentales y e incluso estadísticas de suicidio.

Se realiza un trabajo de investigación dirigido a afrontar con terapias como musicoterapia y gimnasia los niveles síndrome de burnout en los médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de segundo nivel de atención de la ciudad de Riobamba.

La medición de los niveles del síndrome de Burnout se lo realizó por medio del cuestionario CUESTIONARIO BREVE DE “BURNOUT” (CBB) desarrollado por Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997) cuyo fin es para evaluar el síndrome, sus antecedentes y consecuentes de forma general efectuadas durante las acciones laborales.

La investigación pretende demostrar que el programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout utilizando técnicas alternativas como la musicoterapia pasiva y la gimnasia laboral.

La presente en una investigación pertenece al tipo aplicativo y según la temporalización fue transversal descriptivo y al método transversal correlacional.

Se organiza el trabajo en capítulos con una secuencia metodológica y ordenada, iniciando con el marco teórico con la fundamentación científica del trabajo. El segundo capítulo se evidencia la metodología aplicada. El tercero presenta los lineamientos alternativos del programa, en el capítulo 4 se presentan los resultados de la investigación. El quinto capítulo describe las conclusiones y recomendaciones que se obtuvieron, producto de la investigación como aporte de la investigación.

Se realiza un análisis estadístico previo y posterior a la implementación del programa y se da también la pauta para la utilización de musicoterapia pasiva transquirurgica.

CAPÍTULO I

1. Marco Teórico

1.1 Antecedentes

Tabla 1 Proyectos relevantes

TEMA	AUTOR	DESCRIPCIÓN	CONCLUSIONES
ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESORES DE PRIMARIA Y SECUNDARIA DE HUELVA: LAS ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO COMO FACTOR DE PROTECCIÓN	Manuel Acosta Contreras. Ana Isabel Burguillos Peña	Examinar la existencia de Estrés Laboral y Síndrome de Burnout en una muestra de docentes de E. Primaria y Secundaria, y establecer relaciones con dos posibles “factores de protección”, las estrategias de afrontamiento y la inteligencia emocional.	No se encuentra relación significativa entre el uso de las estrategias de afrontamiento y los niveles de Estrés Laboral, por lo que se puede confirmar que las estrategias de afrontamiento adoptadas por los docentes no están siendo medidas útiles en cuanto a la mejora de estos problemas. No existe una relación significativa entre el uso de las estrategias de afrontamiento y los niveles de los docentes en el Síndrome de Burnout. Las estrategias más usadas en esta muestra de profesores son: crecimiento personal, centrarse en las emociones y desahogarse y la reinterpretación positiva. Las menos utilizadas son: la negación, la religión y el consumo de alcohol y drogas. Los nueve casos con Burnout, aunque con medias un poco inferiores a la muestra, emplean las

			mismas estrategias citadas por orden de uso.
RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA FACULTAD DE PSICOLOGÍA	Acuña,Sandra Bruschi, María de la Paz	Esta investigación se propone explorar y proveer evidencias empíricas de las relaciones entre el síndrome de burn-out y el nivel de bienestar psicológico en docentes. Para ello se trabajara con una población de maestras de educación inicial de una institución pública. Para evaluar el nivel de Bienestar Psicológico se administrará la adaptación española de la Escala de Bienestar de Ryff (Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y Van Dierendonck, 2006),	Del análisis de los datos de la muestra se obtuvo una diferencia significativa en la variable de auto-aceptación de Bienestar Psicológico, y de nivel bajo de cansancio emocional, en pos de un alto nivel de logro personal (de Síndrome de Burnout). La auto-aceptación es uno de los criterios centrales del Bienestar Psicológico. Las personas intentan sentirse bien consigo mismas incluso siendo conscientes de sus propias limitaciones. Ello se condice con lo que Maslach y Jackson en relación a la dimensión del Síndrome de Burnout falta de realización profesional y/o personal, donde se produce evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y baja autoestima, una dolorosa desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo, sentimiento de fracaso profesional y carencia de expectativas en el trabajo e insatisfacción generalizada.
SINDROME DE BURNOUT EN LOS PROFESIONALES	SANDRA GENOVEVA	Encaminado a determinar la existencia	Entre los resultados más importantes destaca que

<p>DE LA SALUD DEL HOSPITAL IESS RIOBAMBA, EN EL PERIODO ENERO A SEPTIEMBRE DEL 2011</p> <p>UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA DE MEDICINA</p>	<p>RAMOS VALENCIA JOSE LUIS TREJOS VILLACRÉS</p>	<p>de este síndrome en la población de profesionales de la salud que laboran en las áreas críticas del Hospital IESS Riobamba, objetivo de determinar el comportamiento del mismo en los servicios de Emergencia, Terapia Intensiva y Hospitalización Clínica y Cirugía del Hospital.</p>	<p>la dimensión más afectada fue la de agotamiento emocional y la mayoría de los encuestados no presentaron tendencia de riesgo a sufrir Síndrome de Burnout. Con respecto a las percepciones personales pudimos apreciar que se encontraron relaciones que hablen a favor de su relación con la enfermedad en cuestión.</p>
<p>PREVALENCIA DEL SÍNDROME DE BURNOUT MEDIANTE UNA ENCUESTA ELECTRÓNICA APLICADA A LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR, Y EL GRADO O NIVEL DE ASOCIACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y LABORALES, DURANTE EL PERIODO DE ABRIL - AGOSTO DE 2017</p>	<p>VICTORIA PAMELA CARRERA MENA ESTEFANIA GERALDINE GUERRERO SÁNCHEZ</p>	<p>Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo de corte transversal, con un análisis descriptivo y analítico en un total de 134 docentes que trabajan tanto tiempo completo, parcial o medio tiempo, a quienes se les envió una encuesta digital, la cual incluyó el cuestionario MBI y CBB. Al recolectar los datos se los analizó en el programa SPSS, en el cual se realizaron tablas cruzadas, gráficos y coeficiente de contingencia.</p> <p>Resultados: Se obtuvo una prevalencia de 23.13% de docentes con Síndrome de Burnout según la encuesta MBI y 30.60% con la encuesta</p>	<p>En los docentes de Facultad de Medicina no se obtuvo una prevalencia alta del Síndrome Burnout contrario a lo que evidencian las estadísticas en otros estudios, sin embargo hay variables sociodemográficas en las cuales se obtuvo resultados significativos como la variable sexo y tener una enfermedad crónica, lo que concuerda con estudios realizados en otras instituciones</p>

		CBB. (Carrera y Guerrero, 2017)	
INFLUENCIA DEL SÍNDROME DEL QUEMADO (BURN OUT) EN EL DESEMPEÑO LABORAL DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL ANDINO ALTERNATIVO DE CHIMBORAZO PERIODO ABRIL - SEPTIEMBRE 2015	LUISA FERNANDA ALCOSER ALLAUCA	Determinar la influencia del Síndrome del Quemado (Burnout) en el desempeño laboral del personal de enfermería. La hipótesis planteada fue si las manifestaciones del síndrome de Burnout influyen en el desempeño laboral del personal de enfermería. Se realizó un estudio científico, analítico, descriptivo, bibliográfico, de campo, transversal, cuali - cuantitativa. (Alcoser, 2015)	El resultado obtenido del objeto de estudio revela: el 92% del personal de enfermería afirmaron sentirse quemados por el trabajo, influyendo negativamente en el desempeño de sus funciones. Un representativo 67% presenta alto agotamiento emocional asociado con los años ejercidos en la institución comprendidos entre 5 a 10 años, un 70% sufre alta despersonalización debido a malas relaciones interpersonales con el equipo de trabajo y 88% baja realización personal por falta de incentivos profesionales, lo cual incrementaría el mal desempeño por insatisfacción laboral. Mientras que 22 de los profesionales de enfermería afirman que: el salario insuficiente (92%), sobrecarga laboral (75%), inadecuada infraestructura (54%), dotación de insumos y materiales insuficientes (46%), insatisfacción en el horario de trabajo (54%) que son consecuencias

			desencadenantes para un mal desempeño laboral por lo que se brindaría una mala atención del servicio prestado hacia los usuarios.
--	--	--	---

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

La prevalencia del Síndrome de Burnout a nivel internacional es variable respecto al grupo ocupacional y fluctúa de 17.83% reportada en enfermeras de España (Del Río y Perezagua, 2003:36) hasta un 71.4% en médicos asistenciales del mismo espacio geográfico (Martínez y Del Castillo, 2003).

En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román, 2003).

En Perú, estudios efectuados por Quiroz y Saco (1999) en la investigación “Factores asociados al Síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de Es Salud del Cusco” (Quiroz y Saco, 1999), determinaron que el síndrome burnout bajo se presenta en el 79.7% de médicos y 89% de enfermeras; en grado medio en el 10.9% de médicos y 1.4% de enfermeras, asociado a la jornada laboral mayor de 40 horas semanales, menos de 6 horas de esparcimiento semanal y otros trabajos fuera del hospital.

Localmente Ramos y Trejos Villacrés (2011) estudiaron el “Síndrome de Burnout en los profesionales de la salud del hospital IESS Riobamba, en el período enero a septiembre de 2011”. Alcoser (2015) determinó que el desempeño laboral del personal de enfermería del hospital Andino alternativo de Chimborazo período abril-septiembre 2015 se ve afectado por la incidencia del síndrome de Burnout.

Existe un estudio realizado por Flor Castello en el 2012 “Identificación del burnout en profesionales de la salud y factores relacionados, en el hospital General Docente de la Ciudad de Riobamba (Castello, 2012), siendo este el más cercano a la realidad estudiada.

Pero es así que no se han encontrado trabajos específicos sobre Burnout en Médicos

Cirujanos Especialistas, siendo este grupo de Médicos los que más trabajo acumulan en guardias y turnos en los hospitales por lo que la investigación servirá de línea de base para futuros trabajos relacionados a este tipo de riesgo psicosocial.

1.1.1 Fundamentación Filosófica

De acuerdo a Guadarrama (2008), la investigación científica es un proceso de ejercicio del pensamiento humano en el que se inserta la descripción de una porción de la realidad que es el objetivo del estudio, la ampliación de las causas determinantes particulares de su desarrollo, la predicción del desenvolvimiento de los fenómenos estudiados, la valoración real de los mismos, así como la justificación o no de su análisis (Guadarrama, 2008).

El conocimiento del entorno en el que se desarrolla, el medio de trabajo, las relaciones interpersonales, la forma en como es administrada la institución, etc., llevarán a entender mejor el comportamiento de las personas involucradas en tareas de atención al cliente, la gestión de la seguridad industrial para prevenir accidentes y enfermedades busca el conocimiento de todos estos factores para establecer de manera racional los principios más generales que organizan y orientan el conocimiento de la realidad.

1.1.2 Fundamentación Epistemológica

Gil-Monte y Peiró (1997) han afirmado que el Síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial.

Desde el punto de vista psicológico Christina Maslach define al síndrome como experiencias interrelacionadas: primero es el agotamiento, como una respuesta al estrés, en segundo lugar; es un cambio negativo sobre cómo se siente uno con el trabajo y las demás personas, y tercero; cuando las personas se empiezan a sentir negativas sobre sí mismas, sobre su competencia, su capacidad, sus deseos y su motivación para trabajar. (García, 2014)

Se ocupa un contexto epistemológico respaldándose en la teoría y práctica a través del método; ya que el problema en estudio denota varios factores, diversas causas, múltiples

consecuencias en este caso en los Cirujanos Especialistas.

1.1.3 Fundamentación Axiológica

La fundamentación axiológica de esa investigación se basa en resaltar los valores éticos, morales y de salud ya que se busca establecer un ambiente de trabajo seguro y busca mejorar la autoestima de los individuos.

La satisfacción laboral tiene que ver mucho con lo antes expuesto debido a la realidad laboral, las relaciones interpersonales, la carga de trabajo, los horarios, salario, ambiente físico, etc., son factores que conllevan a un agotamiento emocional, busca aumentar el autoestima y afianzar los valores y principios propios del ser humano; evitar la depresión, problemas psíquicos, etc., elevarán el nivel de vida y mantendrán la mente de las personas enfocadas en aumentar la realización personal de cada uno, disminuir el agotamiento emocional y despersonalización, logrando mejorar su estilo profesional y personal.

1.1.4 Fundamentación Legal

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) considera que los trabajadores en general están expuestos a sufrir daños en su salud debido a las inadecuadas condiciones con las que laboran, y aunado a ellos están todos los factores individuales externos a las áreas laborales a los que también se exponen de manera cotidiana. Todos aquellos agentes de riesgo con los que el sujeto convive día a día y que son percibidos de manera negativa por el propio individuo afectan su salud. Es preciso añadir que no todas las personas perciben de la misma manera las condiciones en que desarrollan su trabajo, respondiendo de manera individual y distinta según la situación a la que se exponga.

Constitución de la República del Ecuador

Art 33.- El trabajo es un derecho y un deber social, y un derecho económico, fuente de realización personal y base de la economía. El Estado garantizará a las personas trabajadoras el pleno respeto a su dignidad, una vida decorosa, remuneraciones y retribuciones justas y el desempeño de un trabajo saludable y libremente escogido o

aceptado (Constitución del Ecuador, 2008).

Art 326.- Numeral (5) Toda persona tendrá derecho a desarrollar sus labores en un ambiente adecuado y propicio, que garantice su salud, integridad, seguridad, higiene y bienestar (Constitución del Ecuador, 2008).

Art 332.- El Estado garantizará el respeto a los derechos reproductivos de las personas trabajadoras, lo que incluye la eliminación de riesgos laborales que afecten la salud reproductiva, el acceso y estabilidad en el empleo sin limitaciones por embarazo o número de hijas e hijos, derechos de maternidad, lactancia, y el derecho a licencia por paternidad (Constitución del Ecuador, 2008).

Resolución 513, Reglamento del seguro general de riesgos del trabajo

Art 9.- Factores de Riesgo de las Enfermedades Profesionales u Ocupacionales. - Se consideran factores de riesgos específicos que entrañan el riesgo de enfermedad profesional u ocupacional, y que ocasionan efectos a los asegurados, los siguientes: químico, físico, biológico, ergonómico y psicosocial (Resolución CD 513, 2016).

Art 53.- Principios de la Acción Preventiva. - En materia de riesgos del trabajo la acción preventiva se fundamenta en los siguientes principios: (Resolución CD 513, 2016)

- 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,
- h) Vigilancia de la salud de los trabajadores en relación a los factores de riesgo

identificados (Resolución CD 513, 2016).

Decisión 584, Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo

Art 11.- En todo lugar de trabajo se deberán tomar medidas tendientes a disminuir los riesgos laborales...

b) Identificar y evaluar los riesgos, en forma inicial y periódicamente, con la finalidad de planificar adecuadamente las acciones preventivas, mediante sistemas de vigilancia epidemiológica ocupacional específicos u otros sistemas similares, basados en mapa de riesgos (Decisión 584, 2005).

Art 18.- Todos los trabajadores tienen derecho a desarrollar sus labores en un ambiente de trabajo adecuado y propicio para el pleno ejercicio de sus facultades físicas y mentales, que garanticen su salud, seguridad y bienestar (Decisión 584, 2005).

Los derechos de consulta, participación, formación, vigilancia y control de la salud en materia de prevención, forman parte del derecho de los trabajadores a una adecuada protección en materia de seguridad y salud en el trabajo.

Art 19.- Los trabajadores tienen derecho a estar informados sobre los riesgos laborales vinculados a las actividades que realizan (Decisión 584, 2005)

Resolución 957, Reglamento del Instrumento Andino de Seguridad y Salud en el Trabajo

Art 1.- Según lo dispuesto en el artículo 9 de la decisión 584, los países miembros desarrollarán los sistemas de gestión de seguridad y salud en el trabajo, para lo cual se pondrán tener en cuenta los siguientes aspectos: (Resolución 957, 2005)

b) Gestión Técnica:

- Identificación de Factores de Riesgo
- Evaluación de los Factores de Riesgo
- Control de Factores de Riesgo

- Seguimiento de Medidas de Control (Resolución 957, 2005)

Decreto 2393, Reglamento de Seguridad y Salud de los Trabajadores y Mejoramiento del medio ambiente de trabajo. Art 11

Art 11.- Son obligaciones generales de los personeros de las entidades y empresas públicas y privadas, las siguientes: (Decreto Ejecutivo 2393, 1986)

2) Adoptar las medidas necesarias para la prevención de los riesgos que puedan afectar a la salud y al bienestar de los trabajadores en los lugares de trabajo de su responsabilidad.

1.2 Fundamentación teórica

1.2.1. Síndrome de Burnout

1.2.2.1 Definición

Este síndrome fue descrito por primera vez por Bradley (1969) como “metáfora de un fenómeno psicosocial presente en oficiales de policía de libertad condicional, utilizando el término staff Burnout”.

Freudenberger (1974) lo define como “sentimientos de agotamiento y frustración además de cansancio que se generan por una sobre carga de trabajo” (Freudenberger, 1974).

La psicóloga estadounidense Christina Maslach (1978), actualmente profesora del departamento de Psicología y vicedirectora de pregrado en la Universidad de California en Berkeley, le dio al síndrome identidad: el término “Burnout”, consideró que tenía unas características determinadas, frente a otros tipos de estrés laboral, y sobre todo, que afectaba preferentemente a trabajadores de ciertos sectores: sanitarios, docentes, personal de seguridad, servicios sociales, etc., siendo los destinatarios de su tarea personas a los que prestan un servicio asistencial.

En el año 1981 Maslach y Jackson aportan con lo que es la más aceptada definición del síndrome, lo definen como “una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza (como una frustración) por tres dimensiones: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización o deshumanización y falta o disminución de realización personal en el trabajo”.

La Organización Mundial de la Salud en el año 2000 consideró al síndrome de Burnout como una enfermedad laboral que provoca deterioro de la salud física y mental de los individuos, el cual debe ser controlado puesto que a largo plazo puede afectar no sólo la vida de los profesionales de la salud sino también al sistema de salud en general.

1.2.2.2 Causas y factores que predisponen la aparición del Burnout

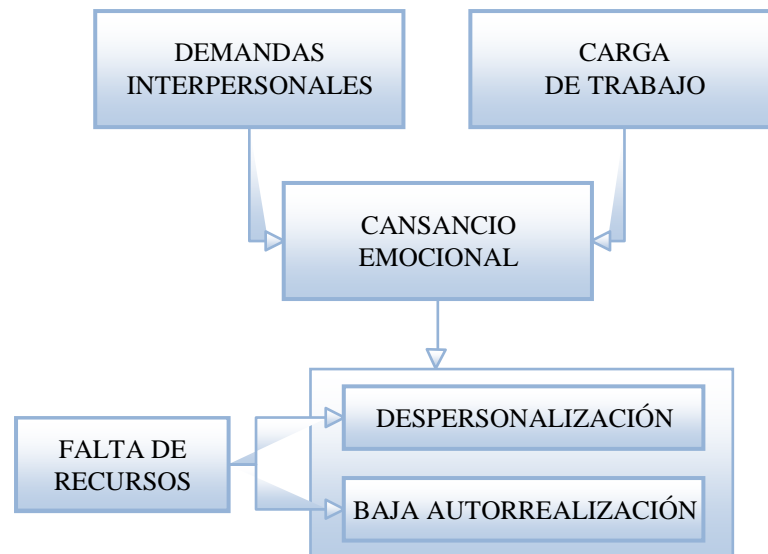
El Burnout está relacionado con actividades laborales que involucren atención directa a clientes, presentándose principalmente en personal sanitario como doctores, psicólogos, enfermeras, consultores, trabajadores sociales, docentes, deportistas de élite., se presenta mayormente en profesionales con horarios prolongados de trabajo, altos niveles de exigencia, baja tolerancia al trabajo, necesidad de excelencia, necesidad de control sobre el resultado de su trabajo. Otra de las causas es no obtener el resultado esperado por un trabajo realizado. El Burnout es un proceso continuo, que va surgiendo de forma paulatina y que se va instaurando en el individuo hasta provocar en él la sintomatología específica. Es necesaria la presencia de interacciones humanas trabajador-cliente de forma intensa o duradera para que el síndrome aparezca. (UGT, 2009)

Se trata de una experiencia subjetiva de carácter negativo, y se caracteriza por la aparición de cogniciones, de emociones, y de actitudes negativas hacia el trabajo, hacia las personas con las que se relaciona el individuo en su trabajo, en especial los clientes, y hacia el propio rol profesional. Como consecuencia de esta respuesta aparecen una serie de disfunciones conductuales, psicológicas, y fisiológicas, que van a tener repercusiones nocivas para las personas y para la organización. (Gil-Monte, 2005)

Leiter (1993) propone un modelo del proceso de generación del síndrome del quemado

o Burnout, este síndrome se comporta como media entre consecuencias y estrés, supone que las demandas interpersonales asociadas a la carga de trabajo, conllevan a un cansancio emocional; la falta de recursos y este cansancio emocional conllevan al individuo a una despersonalización personal y a una baja autorrealización, originando el síndrome de estar quemado por el trabajo (ver figura N.1.1).

Ilustración 1 Figura No.1.1 Modelo del proceso del síndrome del quemado de Leiter.



Fuente: Leiter, 1993.

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

El síndrome de Burnout puede desencadenarse debido a tres grupos de estresores o factores de riesgos clasificados de la siguiente manera: (NTP 704, 2004)

Factores de riesgo a nivel organizacional

- Estructura de la organización muy jerarquizada y rígida
- Falta de apoyo instrumental por parte de la organización
- Exceso de burocracia, "burocracia profesionalizada"
- Falta de participación de los trabajadores
- Falta de coordinación entre las unidades
- Falta de formación práctica a los trabajadores en nuevas tecnologías
- Falta de refuerzo o recompensa
- Falta de desarrollo profesional

- Relaciones conflictivas en la organización
- Estilo de dirección inadecuado
- Desigualdad percibida en la gestión de los RRHH

Factores de riesgo relativos al diseño del puesto de trabajo

- Sobrecarga de trabajo, exigencias emocionales en la interacción con el cliente
- Descompensación entre responsabilidad y autonomía
- Falta de tiempo para la atención del usuario (paciente, cliente, subordinado, etc.)
- Disfunciones de rol: conflicto-ambigüedad- sobrecarga de rol
- Carga emocional excesiva
- Falta de control de los resultados de la tarea
- Falta de apoyo social
- Tareas inacabadas que no tienen fin
- Poca autonomía decisional
- Estresores económicos
- Insatisfacción en el trabajo

Factores de riesgo relativos a las relaciones interpersonales

- Trato con usuarios difíciles o problemáticos
- Relaciones conflictivas con clientes
- Negativa dinámica de trabajo
- Relaciones tensas, competitivas, con conflictos entre compañeros y con usuarios
- Falta de apoyo social
- Falta de colaboración entre compañeros en tareas complementarias
- Proceso de contagio social del síndrome del quemado
- Ausencia de reciprocidad en los intercambios sociales

1.2.2.3 Síntomas de la aparición del Burnout

Psicológicamente un problema al que se enfrentan los profesionales es diagnosticar el síndrome de Burnout mediante la entrevista clínica, establecer los síntomas, su variedad

y asociarlos al síndrome se convierte en un rompecabezas para el profesional, ya que puede confundirse con estrés, depresión, insatisfacción laboral, etc., Estados transitorios de fatiga, de frustración, y de baja realización profesional fruto de la relación con los clientes de la organización, o resultado del clima social, pueden ser diagnosticados como Burnout, esta ambigüedad y la confusión hace que se exagere la patología y su incidencia o, en ocasiones, se ridiculiza.

Por ejemplo, diagnosticar que un profesional sufre el SQT porque se encuentra agotado emocionalmente puede ser un craso error, pues un profesional puede sentir agotamiento emocional y no sufrir el SQT. De igual manera, un profesional puede ser cínico, cruel e indiferente con los clientes de la organización, por motivos de personalidad o de educación, sin desarrollar el síndrome. (Gil-Monte, 2005)

Tabla 2 Cuadro No.1.3 Principales síntomas psicológicos del síndrome de Burnout.

Síntomas Cognitivos	Síntomas afectivo-emocionales	Síntomas actitudinales	Otros síntomas
<ul style="list-style-type: none"> - Sentirse contrariado - Sentir que no valoran tu trabajo - Percibirse incapaz para realizar las tareas - Pensar que no puede - Pensar que trabaja mal - Control inexistente - Todo mal - Todo se hace una montaña - Sensación de no mejorar - Inseguridad - Pensar que el trabajo no vale la pena - Pérdida de autoestima 	<ul style="list-style-type: none"> - Nerviosismo - Irritabilidad y mal humor - Disgusto y enfado - Frustración - Agresividad - Desencanto - Aburrimiento - Agobio - Tristeza y depresión - Desgaste emocional - Angustia - Sentimientos de culpa 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de ganas de seguir trabajando - Apatía - Irresponsabilidad - Escaquearse - Pasar de todo - Estar harto - Intolerancia - Impaciencia - Quejarse por todo 	<p>Conductuales</p> <ul style="list-style-type: none"> - Aislamiento - No colaborar - Contestar mal - Enfrentamientos <p>Físicos</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cansancio

Fuente: Gil-Monte, 2005.

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

1.2.2.4 Consecuencias del síndrome de Burnout

Las consecuencias del síndrome de Burnout según Gil-Monte y Peiró (1997) se pueden clasificar en dos niveles: consecuencias para el individuo y consecuencias para la organización.

Consecuencias para el individuo

- Alteraciones psicosomáticas de tipo cardiovascular (dolor precordial, palpitaciones, hipertensión, etc.)
- Alteraciones respiratorias (crisis asmáticas, taquipnea, catarros frecuentes, etc.)
- Alteraciones musculares (dolor de espalda, dolor cervical, fatiga, rigidez muscular, etc.)
- Alteraciones digestivas (úlceras gastroduodenales, gastritis, náuseas, etc.), y del sistema nervioso (jaquecas, insomnio, depresión, etc.)
- Problemas familiares y sociales (deterioro de las relaciones interpersonales).
- Irritabilidad e impaciencia personal.
- Separación y/o divorcios
- Endurecimiento de los sentimientos.
- Despersonalización

Consecuencias para la organización

- Deterioro de la calidad asistencial
- Baja satisfacción laboral
- Absentismo laboral elevado
- Tendencia al abandono del puesto y/o de la organización
- Disminución del interés y el esfuerzo por realizar las actividades laborales
- Aumento de los conflictos interpersonales con compañeros, usuarios y supervisores
- Disminución de la calidad de vida laboral de los profesionales

1.2.2.5 Fases del proceso de “Burnout”

Se pueden destacar cinco fases en el desarrollo del síndrome.

1. Fase inicial, de entusiasmo. Experimenta entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. No importa alargar la jornada laboral.

2. Fase de estancamiento. No cumplen las expectativas profesionales, se empiezan a valorar las contraprestaciones del trabajo, El esfuerzo no llena la respuesta dada. En esta fase tiene lugar un desequilibrio entre demandas y recursos (estrés), es por eso que ya define un problema psicosocial (Fidalgo, 2004).

3. Fase de frustración. El trabajo carece de sentido, cualquier cosa irrita y provoca conflictos. La salud puede empezar a fallar y aparecer problemas emocionales y conductuales (Fidalgo, 2004).

4. Fase de apatía. Serie de cambios actitudinales y conductuales, como la tendencia a tratar distante, satisface sus necesidades primero y luego las de los clientes. Estos son mecanismos de defensa de los individuos (Fidalgo, 2004).

5. Fase de quemado. Colapso emocional y cognitivo, con importantes consecuencias para la salud. Además, puede obligar al trabajador/a a dejar el empleo y arrastrarle a una vida profesional de frustración e insatisfacción (Fidalgo, 2004).

Esta descripción de la evolución del Burnout tiene carácter cíclico. De esta manera, se puede repetir en el mismo o en diferentes trabajos y en diferentes momentos de la vida laboral (Fidalgo, 2004).

1.2.2.6 Dimensiones del síndrome de “Burnout”

Maslach y Jackson (1981) definen al síndrome de Burnout como una respuesta inadecuada a un estrés crónico y que se caracteriza por tres dimensiones:

Cansancio o agotamiento emocional. Valora el agotamiento emocional debido a las exigencias del trabajo, está referido a una disminución o deficiencia en los recursos emocionales propios; los trabajadores ya explotan dar más a nivel afectivo. Esta carencia de recursos emocionales propios se debe al mismo trabajo de contacto diario (pacientes, alumnos, etc.).

Despersonalización. Valora el grado de indiferencia y apatía frente a la sociedad, se define como una respuesta excesivamente negativa, insensible y despreocupada hacia las otras personas caracterizada por actitudes de cinismo hacia ellas. Debido a un endurecimiento afectivo, las personas son vistas de forma deshumanizada, culpándolas de sus problemas.

Falta de realización personal. Valora sentimientos de éxito y de realización personal, se relaciona con el deterioro de los propios sentimientos de competencia y éxito en la realización del propio trabajo. Así, los profesionales tienden a evaluarse de manera negativa, afectando la realización de su trabajo y la relación con las personas que son atentadas por éste.

1.2.2.7 Cuestionario breve de “Burnout” (CBB)

AUTORES: Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997)

PROCEDENCIA: Publicada por Gonzales Llana, Felicia Mirian (2007), en su texto “Instrumentos de Evaluación Psicológica”, Editorial Ciencias Médicas, La Habana – Cuba, P. 254; pp. 403.

ADAPTACIÓN: Mg. Aniceto Elías Aguilar Polo

OBJETIVO:

El cuestionario es para evaluar el síndrome, sus antecedentes y consecuentes de forma general efectuadas durante las acciones laborales.

DESCRIPCIÓN:

El Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.) es una medición global del Burnout, así como una medición de tres variables consideradas como "antecedentes" y una escala de variables "consecuentes".

Permite un diagnóstico acertado de cada dimensión del Burnout (agotamiento emocional / AE, despersonalización / DP, falta de realización personal / FRP).

El CBB es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI) realizada en España por Bernardo Moreno y sus colaboradores, está compuesta de 21 ítems y una pregunta abierta. Además de las 3 dimensiones tradicionales del Burnout señaladas anteriormente, incorpora escalas para la evaluación del "tedio", las "características de la tarea" y el "clima organizacional" como variables antecedentes y una escala sobre "consecuencias" o repercusiones del síndrome en la calidad de vida del sujeto, especialmente en su salud y sus relaciones interpersonales.

Los autores señalan que este cuestionario es para evaluar el síndrome, sus antecedentes y consecuentes de forma general.

Tabla 3 Cuadro No.1.4 Confiabilidad del Cuestionario Breve de "Burnout" (CBB)

Dimensiones	Coefficiente de Alfa Cronbach
Cansancio emocional	0.95
Despersonalización	0.85
Realización personal	0.90
Características de la tarea	0.95
Tedio	0.90
Organización	0.90
Consecuencias del Burnout	0.95

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

ESTRUCTURA:

Tabla 4 Cuadro No. 1.5 Dimensiones, ítems y baremos del Cuestionario Breve de "Burnout" (CBB)

DIMENSIONES	ÍTEMS	RIESGO DE BURNUOT
Cansancio emocional	1, 7, 15	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Despersonalización	3, 11, 18	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Realización personal	5, 12, 19	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Características de la tarea	2, 10, 16	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Tedio	6, 14, 20	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Organización	4, 8, 9	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Consecuencias del Burnout	13, 17, 21	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

Corrección o calificación del CBB:

Para las correcciones al puntaje alcanzado se divide entre 3. La calificación primaria (corrección) fue determinada inicialmente de forma teórica, en función de las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones, siguiendo la recomendación de los autores de este inventario:

- Puntuación media inferior a 3: no está afectado por burnout, por lo que continúe las acciones laborales tomando decisiones adecuadas.
- Puntuación media superior a 3: está moderadamente afectado, por lo que debe desarrollar un plan para corregir las áreas de problema.
- Puntuación media superior a 4: está muy afectado por burnout, por tanto, recae en la necesidad urgente de acciones correctivas del estado laboral.

1.3. Afrontamiento

(Guerrero, 2003), cita a: Lazarus y Folkman (1986) afirman que los modos de afrontamiento dirigidos a la emoción pueden dañar la salud al impedir conductas adaptativas relacionadas con la salud/enfermedad.

Así, los modos de afrontamiento, negación y evitación pueden disminuir el trastorno emocional, pero pueden impedir al individuo enfrentarse de una forma realista a un problema susceptible de solucionarse mediante una acción directa.

(Alva, 2016), manifiesta: En la actualidad se ha despertado el interés por el estudio de las estrategias de afrontamiento, como resultado de reconocer en ellas un particular modo de responder a las diferentes situaciones que generan dificultad emocional, así como también de entender su función positiva. (Leibovich, Schmidt y Mano, 2002).

El afrontamiento se define como los esfuerzos realizados para manejar situaciones que han sido evaluadas como potencialmente amenazantes o estresantes (Kleinke, 2007, citado por torrejón, 2011).

A tenor de lo mencionado estrategias de afrontamiento se define como el proceso de esfuerzo constante cognitivo y comportamental que adopta el estudiante para hacer frente a las demandas concretas externas y/o internas que se perciben agotadoras o excesivas para los recursos propios (Cabanach et al., 2010).

(Barona,2003) manifiesta: El tipo de **conducta de afrontamiento** es importante porque, además de servir para dominar las demandas de la situación de estrés, determina la forma en que se activa el organismo.

El organismo se activa de muy distintas maneras, según la persona trate de controlar la situación o adopte una actitud pasiva ante ésta.

Las conductas motoras realizadas para hacer frente a una situación estresante son conductas específicas para una situación concreta o conductas más generales para una amplia gama de situaciones, dependiendo de qué conductas se han aprendido en ocasiones anteriores. Las consecuencias de estas conductas determinarán que sean consideradas como correctas o incorrectas por la persona. Lo que determina que una conducta se repita o no en un futuro,

no es la supuesta corrección e incorrección moral de ésta, sino su eficacia para cambiar la situación.

(Guerrero, 2014), manifiesta: En los primeros estudios sobre el SDP, se llegaron a identificar dos fases en el desarrollo histórico: fase pionera y fase empírica. La *fase pionera* o *conceptual* tiene el objetivo de describir el fenómeno básico, así como darle un nombre y demostrar que no era una respuesta poco frecuente. Esta primera fase se basó en la experiencia de la gente que trabajaba en los servicios y en el cuidado médico de los pacientes. Más adelante, se identifica la segunda fase llamada *fase empírica*, que logra subrayar la investigación sistematizada y la evaluación cuantitativa del fenómeno más allá de las discusiones clínicas de tipo descriptivo (Maslach *et al.*, 1993).

Entre los primeros investigadores se encuentra Cristina Maslach, quien inició una serie de investigaciones sobre el SDP en el trabajo, centrándose en cómo las personas interpretan sus sentimientos, y cuáles eran las técnicas de afrontamiento que empleaban en caso de experimentar emociones muy intensas. Dicha investigadora halló como resultados dos conceptos provenientes de la literatura médica, de especial interés, porque se integraron como componentes e indicadores del SDP. El primero de ellos, llamado *preocupación desprendida*, referente al ideal médico de equilibrar la compasión con cierta distancia emocional, y el segundo, la llamada *deshumanización en defensa propia*, que implica un proceso de autoprotección contra emociones demasiado intensas al responder a las demandas de los pacientes más como objetos que como personas (Cooper, 1998).

1.3.1. Musicoterapia pasiva

Es probable que ante estas dos preguntas obtengamos respuestas del tipo: “es una terapia alternativa que usa la música clásica como método de relajación”. Pero nada más lejos de la realidad. La musicoterapia es un tratamiento complementario que tiene multitud de aplicaciones; no consiste en escuchar música sino, básicamente, en hacerla. Se puede implementar como terapia única o en combinación con otras (fármacos, psicoterapia, logopedia, rehabilitación...), pero nunca en sustitución o como alternativa a otros tratamientos. Se trata de una disciplina de nueva implantación, relativamente joven y por ello poco conocida por la mayoría de las personas, lo cual favorece que se hayan formado muchas ideas erróneas o inexactas acerca de sus particularidades. Empezaremos hablando de la música, que es uno de los tres pilares de la musicoterapia, junto con el paciente y el musicoterapeuta.

Las razones de la eficacia de la música ya eran conocidas por las civilizaciones más antiguas, que la utilizaban para curar toda clase de enfermedades, especialmente las mentales. Esto nos da una clave de la gran importancia que siempre ha tenido la música para el ser humano ya que, en palabras de (Poch, 1999), manifiesta: actúa sobre el individuo de forma inmediata sin que sea posible sustraerse a su impacto; nos afecta en todos los aspectos, desde el biológico hasta el espiritual; es la forma de expresión del mundo afectivo; tiene efecto sobre todos los seres vivos e influye incluso antes de nacer y está presente en los momentos más importantes de la vida de los individuos.

(Gfeller, 2000), manifiesta: coincide en la misma idea y añade que, además de ser una parte importante en la vida de las personas, también juega un papel fundamental en la sociedad, ya que proporciona un vehículo a través del cual se expresan ideas y sentimientos que no sería posible manifestar por medio del lenguaje verbal. Estamos ante una forma de energía sonora, comenta, que puede estimular los sentidos auditivo y táctil, así como el sistema nervioso a la vez que incita al movimiento.

(Sears, 1993), manifiesta; por su parte, enumera las conductas que son inherentes a la práctica musical y destaca que se trata de una experiencia estructurada de auto organización y de relación con los demás. Está adaptada a la realidad de forma objetiva, continua e inmediata, a la vez que posibilita la expresión y la interacción social e incrementa la percepción sensorial.

La música es un arte integrador porque permite experimentar y reunir los distintos aspectos que conforman el ser humano a partir de los elementos que la constituyen. Así, el sonido permite conectar con lo físico y material; el ritmo nos ayuda a reconocer nuestro aspecto fisiológico u orgánico; la melodía no evoca emociones; la armonía pone en funcionamiento nuestra mente racional. Además, la experiencia de la música permite ir más allá de los aspectos puramente personales y vivir *experiencias cumbre* transpersonales o espirituales en las que el individuo se siente en comunión con el Universo, a la vez que experimenta una alteración de la percepción espacio-temporal.

(Del Campo, 2000), manifiesta: afirma igualmente que la música es una herramienta que facilita integrar y globalizar el mundo vital, emocional y mental de la persona, lo mismo en un proceso educativo que terapéutico, y como resultado del acto creativo.

Del análisis de las virtudes integradoras, expresivas y comunicativas de la música se puede deducir que tiene numerosas aplicaciones terapéuticas. Entramos, pues, en el campo de la musicoterapia, que ha emergido en la segunda mitad del siglo XX como una disciplina en los campos médico, social y educacional y que se puede usar para que las personas expresen sentimientos significativos de manera no verbal.

Según una definición de 1997 de la National Association for Music Therapy americana la musicoterapia es una profesión aliada del campo de la salud que utiliza música y actividades musicales para tratar necesidades físicas, psicológicas, cognitivas y sociales de individuos con discapacidades.

La musicoterapia se distingue de otras modalidades porque se apoya en la experiencia musical como agente de intervención.

El autor sugiere que la musicoterapia se puede comparar con la química, ya que los elementos que la componen (el cliente, la música y el musicoterapeuta) pueden combinarse e interactuar de muchas y diversas maneras. Y, prosigue, debido a que la música afecta e involucra tantos aspectos de la persona se puede usar con el fin de conseguir objetivos terapéuticos muy diversos.

Los cambios más frecuentes que se pueden observar son los fisiológicos, psicofisiológicos, sensomotores, de percepción, cognitivos, comportamentales, emocionales comunicativos, interpersonales, entre otros. Las diversas experiencias musicales favorecen el desarrollo de distintas relaciones, dentro y fuera de la persona, que clasifica en intrapersonales, intramusicales, intermusicales, interpersonales y socioculturales.

Es importante destacar, como hace (Bruscia, 2007), manifiesta: que en las sesiones de musicoterapia todos los cambios que el cliente o usuario realiza están indicando que se han producido transformaciones en aspectos no musicales, y a la inversa: los cambios que se dan en la expresión musical se transmiten y penetran en los ámbitos no musicales, modificándolos. De una forma análoga lo expresa (Gallardo, 1998), manifiesta: cuando dice que los procesos de estructuración psíquica se advierten en los tipos de producción sonora y la lógica de dichos procesos de estructuración psíquica parece tener una correspondencia análoga a la lógica interna de las producciones sonoras.

1.3.2. Gimnasia Laboral

La Organización Panamericana de la Salud en el año 2000 (OPS) plantea la necesidad de crear espacios agradables en los lugares de trabajo, en los cuales se sienta el deseo, el positivismo y se vuelva un lugar en el cual la productividad va de la mano con el bienestar de los colaboradores.

“Desarrollo de habilidades y responsabilidades personales y colectivas, relacionadas con la gestión de la salud, la seguridad, el autocuidado y el desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades a su alrededor para proteger y mejorar la salud: fundamentados en estilos de trabajo y de vida saludables en la búsqueda de mejores condiciones y calidad de vida laboral, personal, familiar y comunitaria, tales como la capacitación sobre los factores de riesgo en el ambiente físico, los métodos para protegerse y fomentar comportamientos saludables en el trabajador, como son el abandono del hábito de fumar, una mejor alimentación y la práctica periódica de ejercicios físicos”.

(Sala,2002), manifiesta: Cada vez más empresas se están concientizando de la necesidad y los beneficios del ejercicio en el campo laboral, pues este mejora el aparato locomotor, el sistema inmunológico, aumenta la sensación de bienestar, mejora la autoestima, aumenta la sinergia o la comunicación con el entorno y por ende las relaciones en el lugar de trabajo, realizar ejercicios en el mismo entorno laboral asegura primero una mejora en la condición física del colaborador lo cual lo capacita para enfrentarse con mayor eficiencia a las exigencias de su actividad diaria, además disminuye notablemente las ausencias por incapacidades, generadas por dolores musculares ocasionadas por movimientos repetitivos, sedentarismo, y malas posturas lo que conlleva a trastornos en miembros inferiores y superiores tales como dolor lumbar, dolor de hombro y otros específicos de la actividad diaria.

Crear un programa de prevención de riesgos laborales y promoción de la salud incluye necesariamente la realización diaria de ejercicios regulados en el lugar de trabajo ya que se convierte en un medio de prevención de lesiones musculoesqueléticas.

(Isusi,2001), manifiesta: Necesariamente al cambiar la sociedad también se modifican las actividades diarias que obligaban al cuerpo a permanecer en movimiento, esta es necesariamente una preocupación tanto para empresarios como para las entidades de

gobierno involucradas en la salud de los individuos, implementar programas de ejercicio en las empresas logra un aumento en la productividad pues con los programas se disminuyen las enfermedades por sobre uso de las articulaciones y movimientos musculares repetitivos, estrés, se aumenta el estado de ánimo, mejoran las relaciones al interior de las empresas y la imagen o percepción que el colaborador tiene de la misma todos estos beneficios disminuyen el ausentismo y por ende la productividad de la compañía, lograr un programa completo incluyente y sostenible es el reto de cada una las empresas.

Los beneficios que trae realizar ejercicios en el intermedio del trabajo se pueden definir como relajantes, estimuladores, gratificantes y sobre todo mejoran la concentración y el rendimiento, además que ayudan a quemar grasa estimular el riego sanguíneo, se siente bienestar general y mejora los niveles musculo esqueléticos así lo expresa en la publicación (INP sector activo).

Una de las recomendaciones según (Bassols,2003), manifiesta: es llevar una actividad física activa, caminar, bajar escaleras y realizar ejercicios que tonifiquen los músculos de la espalda, estos ejercicios ayudan notablemente a padecer menos de esta enfermedad, es importante tener en cuenta que no todos los ejercicios son adecuados para el dolor lumbar, se requiere de un estricto seguimiento de la patología como de una adecuada e individualizada sesión de ejercicios para cada paciente; pues lo que se busca entre otras mejorías es el fortalecimiento de los grupos musculares que comprenden esta región y a corto plazo lograr un bienestar físico general.

La actividad física se puede definir como cualquier movimiento corporal voluntario producido por los músculos esqueléticos que conlleva a un mayor gasto de energía.

CAPÍTULO II

2. Metodología

2.1 Diseño de la investigación

Esto se refiere a la manera práctica y precisa que el investigador adoptó para cumplir con los objetivos de su estudio, ya que el diseño de la investigación se indican los pasos a seguir para alcanzar dichos objetivos.

El diseño de la investigación que se utilizó pertenece al tipo aplicativo y según la temporalización fue transversal descriptivo ya que su objetivo es indagar la incidencia y los valores en que se manifiesta una o más variables y también corresponde al método transversal correlacional ya que se encargan de describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado.

2.2 Tipo de investigación

El tipo de diseño de la investigación que se utilizó en este trabajo de investigación es aplicativo, de tipo transversal, correlacional y de campo.

- **Aplicativo**, ya que hay aplicación de los conocimientos adquiridos.
- **Transversal**, ya que se recolectaron datos en un solo momento, se describen variables y se analiza su relación en ese momento.
- **Correlacional**, ya que su propósito fue describir las relaciones entre dos o más categorías, conceptos o variables en un momento determinado
- **De campo**, ya que utilizó las técnicas de observación y encuesta realizadas a una muestra determinada.

2.3 Métodos de investigación

El método utilizado en el desarrollo del proyecto de investigación es el método deductivo ya que se pretende obtener conclusiones lógicas a partir de una serie de principios, se establece un proceso de pensamiento que va de lo general a lo particular.

También es descriptivo ya que se logra la descripción de datos y características de la población en estudio, precisa y sistemática.

2.4 Técnicas e instrumentos para la recolección de datos

La técnica que se utilizó es el test y el instrumento el cuestionario breve de “Burnout” (CBB).

2.5 Población y muestra

2.5.1. Población

La población de esta investigación está conformada por todo el personal Médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do nivel de Atención de la Ciudad de Riobamba, que en total son: 16 Profesionales de 4to nivel distribuidos de la siguiente manera:

Tabla 5 Cuadro No.2.1 Distribución del personal Especialista en Cirugía General

Hospital	No. Empleados
Provincial General Docente Riobamba	8
General IESS Riobamba	8
Total:	16

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

2.5.2. Muestra

No se realizó calculo muestral puesto que se determinó trabajar con la totalidad de la población en estudio.

2.6 Procedimiento para el análisis e interpretación de resultados

Los resultados obtenidos se tabularon y se graficaron con la ayuda de una potente aplicación de análisis estadísticos de datos, dotada de una intuitiva interfaz gráfica que resulta muy fácil de manejar, se lo realizará con el software SPSS versión 23. La

comprobación de las hipótesis se la realizó con la prueba chi - cuadrado por tratarse de datos cualitativos, la cual se considera como una prueba no paramétrica que mide la discrepancia entre una distribución observada y otra teórica (bondad de ajuste), indicando en qué medida las diferencias existentes entre ambas, de haberlas, se deben al azar en el contraste de hipótesis.

Para analizar la asociación entre las variables cualitativas se utilizan las tablas de contingencia. A nivel general, este test sirve para comparar frecuencias, por lo que puede utilizarse para verificar si una colección de datos se distribuye de acuerdo a algún tipo de distribución específica.

2.7 Hipótesis

2.7.1. Hipótesis General

El programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba obteniendo relajación fisiológica, física y mental.

2.7.2. Hipótesis Específicas

- El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.
- El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando la sintomatología muscular en cuello, brazos y cadera.

2.7.3. Operacionalización de las Hipótesis específicas

2.7.3.1. Operatividad de la hipótesis específica 1

El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.

Tabla 6 Cuadro No.2.2 Operatividad de la hipótesis específica 1

CATEGORIZACIÓN	CONCEPTUALIZACIÓN	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Terapias Alternativas	Se refiere al uso de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía , armonía) realizado por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Tiene como fin desarrollar potencialidades y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento	VARIABLE INDEPENDIENTE: TE: Musicoterapia pasiva	Música Instrumental relajante: CONTENIDO CD: 1.- Albinoni Giazotto - Adagio en Gm 2.- Ernesto Cortazar – Beethoven`s Silence Ebm 3.- Amadeus Mozart – Sonata de Piano No. 16 C 4.- Amadeus Mozart – Concierto de clarinete K622 en A 5.- Yanni – Felitsa Dm 6.- Yanni – Marching Season Gm 7.- Yanni – Adagion en Cm 8.- Yanni – Nightingale Em	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Cd de Música, Musicoterapia transquirurgica
Factores Psicosociales	Es un proceso continuo, de comienzo insidioso, paulatino que ocurre en el contexto laboral. Las causas son múltiples como múltiples son las fuentes de estrés en el trabajo.	VARIABLES DEPENDIENTES: S: Despersonalización cansancio emocional (Sd Burnout)	Relajación fisiológica, física y mental en el proceso	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Test de CBB corto

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

2.7.3.2. Operatividad de la hipótesis específica 2

El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando la sintomatología muscular en cuello, brazos y cadera.

Tabla 7 Cuadro No.2.3 Operatividad de la hipótesis específica 2

CATEGORIZACIÓN	CONCEPTUALIZACIÓN	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Terapias Alternativas	Conjunto de ejercicios físicos que se propone no presenta antecedentes con iguales propósitos en nuestro contexto, a pesar de ello, no se considera que el mismo sea único y acabado, por el contrario tiene un carácter flexible e integral y puede contextualizarse acorde al entorno donde se apliquen, teniendo en cuenta las características de los trabajadores y su entorno social.	VARIABLE INDEPENDIENTE: TE: Gimnasia Laboral	Ejercicios físicos relajantes para: Cuello Brazos Cintura	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Manual de Gimnasia Laboral
Factores Psicosociales	Es un proceso continuo, de comienzo insidioso, paulatino que ocurre en el contexto laboral. Las causas son múltiples como múltiples son las fuentes de estrés en el trabajo.	VARIABLES DEPENDIENTES: ES: Despersonalización cansancio emocional (Sd. Burnout)	Relajación fisiológica, física y mental en el proceso	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Test de CBB corto

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

CAPÍTULO III

3. LINEAMIENTOS ALTERNATIVOS

3.1 TEMA:

Programa de Afrontamiento de Síndrome de Burnout en médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

3.2 PRESENTACIÓN

El presente programa de Afrontamiento de Síndrome de Burnout en médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, mediante la utilización del test del Síndrome de Burnout corto para determinar los niveles de este síndrome.

Posteriormente se plantea la aplicación del programa de afrontamiento para disminuir los niveles de despersonalización y cansancio emocional con musicoterapia pasiva y gimnasia laboral aplicado a los médicos cirujanos de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, para disminuir la incidencia fisiológica, física y mental del personal médico.

Es importante el análisis del síndrome considerado la enfermedad del siglo XXI, que afecta de manera especial al personal de las empresa públicas y privadas, generando importancia en el estudio para la búsqueda de soluciones a este fenómeno de estudio.

Es menester indicar que el personal sanitario es el más expuesto a este Síndrome, al estar inmiscuidos en categoría de trabajos de servicio, y mucho más a los médicos que están en contacto directo con el paciente, y estresores adicionales al estar actuando con vidas.

3.3 OBJETIVOS

3.3.1 *General*

La aplicación del programa disminuirá los niveles del Síndrome de Burnout en médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

3.3.2 *Específicos*

* La aplicación de musicoterapia pasiva transquirurgica de relajación al personal médico especialista en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba disminuirá los niveles del Síndrome de Burnout controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.

* La Aplicación de gimnasia laboral al personal médico especialista en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba disminuirá los niveles del Síndrome de Burnout mejorando la sintomatología muscular en cuello, brazos y cadera.

3.4 FUNDAMENTACIÓN

El estrés laboral es una realidad que se extiende cada día más en el ámbito de las profesiones asistenciales, en las que hay que atender y cuidar a personas con un alto grado de necesidades y demandas que requieren respuesta o solución. De manera general, colectivos como los de los terapeutas, médicos, enfermeros y cuidadores sociales de diversa índole, son algunos de los que en su trabajo están en contacto diario con personas que viven situaciones de dificultad física, emocional o social que conllevan mayor o menor grado de padecimiento, pero siempre demandando esperanzadores cuidados.

Este incluso puede llegar a tener una forma más grave y específica que se denomina *burnout*, o síndrome del “quemado” laboral. El *burnout* se manifiesta como desencanto, despersonalización y agotamiento emocional en el trabajador asistencial.

Pero las tensiones externas no son la única causa de estrés. A las circunstancias descritas hay que añadir otros factores no menos determinantes a la hora de comprenderlo y manejarlo. Por un lado, está la presión que cada persona ejerce sobre sí misma y su predisposición a estresarse, es decir, lo que en Análisis Transaccional denominamos su guion psicológico personal, que le puede llevar a vivir de una manera más o menos ansiosa y estresante una situación determinada. Por otro lado, está su personalidad y la gestión que hace de sus emociones, aspectos ambos que adquieren un papel fundamental en el afrontamiento del estrés; si bien es cierto que a menudo no se pueden modificar las condiciones laborales objetivas, en cambio sí que es posible variar la forma de vivirlas, a condición de hacerse consciente de los factores psicológicos estresantes

que actúan desde la persona, posibilitando así el resolverlos.

“Se debe saber de música”

Sí únicamente para el musicoterapeuta (quien desde luego debe tener una formación básica en este sentido), pero es que *no* para los demás profesionales asistenciales, que pueden ser totalmente profanos en la música; es decir, que las propuestas son sencillas de llevar a cabo y no requieren ningún tipo de conocimiento o preparación musical por parte del profesional asistencial. De hecho, existe en todos nosotros un “ser musical” que no tiene nada que ver con saber solfeo ni con otros aspectos técnicos de la música, y que es innato en cualquier ser humano, aunque muchas veces está reprimido por las experiencias educativas negativas, vividas principalmente en la infancia.

Y, precisamente para contrarrestar esta desconexión que puede haberse producido con este “ser musical”, una de las primeras tareas será la de explorar y mejorar la propia relación personal con la música.

En el caso del investigador de esta tesis es todo lo contrario tiene un conocimiento amplio de la música de manera profesionalizante por lo que facilita la aplicación de la propuesta.

Dado que el musicoterapeuta es (o lo será, si todavía está en formación), al fin y al cabo, un profesional asistencial, también se beneficiará personalmente de los recursos que describimos para éste, previniendo así su propio estrés además de obtener medios para salir de él.

Por otro lado, también se beneficiará de una gran cantidad de recursos prácticos que podrá utilizar profesionalmente para ayudar a sus clientes en el manejo de su estrés, con la ventaja de haberlos trabajado personalmente. Pensamos que realizar una terapia personal es indispensable para el profesional de cualquier especialidad terapéutica, lo que no siempre es tenido en cuenta. Problemas relacionados al estrés ocupacional están asociados a la globalización, al aumento de la economía informal y a los cambios que ocurren en el ambiente de trabajo. Las organizaciones normalmente consideran como aspectos preventivos en salud y seguridad laboral los cuidados ante la exposición a los agentes químicos, físicos y biológicos y no valorizan los factores de riesgo psicosociales, que son ignorados e insuficientemente comprendidos, porque son difíciles de mensurar e identificar de manera tan objetiva como los otros riesgos ambientales.

Factores psicosociales implican síntomas subjetivos como cansancio físico o mental, fatiga y estrés, sobrecarga, presión temporal y bajo nivel de control sobre el trabajo.

Además, son importantes contribuidores a la incidencia y severidad de los Desórdenes Musculo-Esqueléticos Relacionados al Trabajo (DMRT). La tensión muscular secundaria al estrés puede ocurrir parcialmente debido a la relación entre factores psicosociales y desórdenes musculo-esqueléticos, debido a la relación estrecha entre las variables psicosociales, biomecánicas, organizacionales e individuales en el desarrollo y la intensificación de este cuadro de origen multifactorial.

Sobrepeso, mala condición física y afecciones mentales son algunos de los problemas que tenemos hoy debido a que el mundo nos obliga a estar sentados. El exceso de sedentarismo llamó la atención de varias compañías que acudieron a la gimnasia laboral para revertir este inmóvil y nocivo problema.

Tipos de gimnasia laboral

* **Preparatoria:** se realiza antes del inicio a la jornada laboral o después de almuerzo, cuando muchos trabajadores tienen somnolencia. Es una gimnasia de activación. Incluye ejercicios de estiramiento y preparación de las partes del cuerpo que serán exigidas durante el trabajo.

* **Compensatoria:** se realiza dentro de la jornada laboral como una pausa activa. Consiste en ejecutar ejercicios de compensación para, por ejemplo, activar las partes del cuerpo que no se usan habitualmente. Sus objetivos son prevenir afecciones, disminuir molestias y reducir la fatiga.

* **Relajación:** por lo general se realiza al finalizar la jornada de trabajo. También la practican mucho los ejecutivos antes de alguna reunión que se caracteriza por la toma de decisiones.

3.5. CONTENIDO DE LA PROPUESTA

Se lo realiza en diferentes etapas y estas son:

Etapa 1.-

* Identificar los niveles del Síndrome de Burnout, mediante la aplicación del test de Burnout corto, establecer una relación de estudio con las variables sociodemográficas para determinar la línea base de investigación del presente estudio.

Etapa 2.-

* Seleccionar, difundir y aplicar música de relajación recopilando en un CD al personal médico especialista en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba y determinar la incidencia en la disminución de las dimensiones del Síndrome de Burnout.

Etapa 3.-

* Seleccionar, difundir y aplicar gimnasia laboral al personal médico especialista en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba y determinar la incidencia en la disminución de las dimensiones del Síndrome de Burnout.

3.6. OPERATIVIDAD

Tabla 8 *Tabla N.0.1 Operatividad*

Programa	Actividades	Etapas	Responsable	Evaluación	Tiempo
Programa de Afrontamiento para Síndrome de Burnout en médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.	1.- Elaborar el test 2. Aplicar el test 3. Tabular el test	* Identificar los niveles del Síndrome de Burnout, mediante la aplicación del test de Burnout corto, establecer una relación de estudio con las variables sociodemográficas para determinar la línea base de investigación del presente estudio.	Luis Fernando Huilca	Fotos Test Corto Resultados SPSS CBB	Enero 2018
	1. Selección de música clásica 2. Elabora el	* Seleccionar, difundir y aplicar música de relajación recopilando en un CD al personal	Luis Fernando Huilca	Fotos Cd de música instrumental	Marzo – Abril 2018

CD de música
3. Entregar y aplicar el Cd de musicoterapia pasiva

médico especialista en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba y determinar la incidencia en la disminución de las dimensiones del Síndrome de Burnout.

1. Seleccionar los ejercicios de gimnasia laboral	* Seleccionar, difundir y aplicar gimnasia laboral al personal	Luis Fernando Huilca	Fotos Ejercicios	Marzo - Abril 2018
2. Aplicar la gimnasia laboral en el personal médico	médico especialista en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba y determinar la incidencia en la disminución de las dimensiones del Síndrome de Burnout.			

Fuente: Luis Fernando Huilca

CAPÍTULO IV

4. EXPOSICIÓN Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

4.1 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

Con la finalidad de presentar los resultados obtenidos mediante la aplicación de los métodos y técnicas aplicadas en la presente investigación se ha dividido en dos etapas; la Inicial (antes) que corresponde al análisis enfocado a obtener la línea base del Síndrome de Burnout en los médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba y la etapa Final (después) de la aplicación de la propuesta que corresponde a los resultados posteriores de la ejecución del programa de afrontamiento mediante musicoterapia pasiva y gimnasia laboral para determinar su correlación con el fenómeno investigado.

4.1.1 Etapa I. Análisis e interpretación de resultados iniciales. (Antes)

Para establecer la línea base se aplicó el test de Burnout, que consta de 21 preguntas en en los médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, para tabularlos y realizar una base de datos en el SPSS V23, obteniendo los siguientes resultados del Síndrome de Burnout y de las variables sociodemográficas.

Tabla 9 Cuadro N. 4.1 Dimensiones del test CBB.

DIMENSIONES	ÍTEMS	RIESGO DE BURNUOT
Cansancio emocional	1, 7, 15	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Despersonalización	3, 11, 18	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Realización personal	5, 12, 19	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Características de la tarea	2, 10, 16	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Tedio	6, 14, 20	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Organización	4, 8, 9	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Consecuencias del Burnout	13, 17, 21	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO

Elaborado por: Luis Huilca.2018

La base de datos y de variables se presenta en captura de pantalla y en detalle en el anexo del CD de la investigación:

Ilustración 2 Cuadro N. 4.2 Base de variables del test CBB (antes y después)

Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol	
1	Edad	Númerico	8	0	Edad de médicos	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
2	Género	Númerico	8	0	Género	{1, Maculino...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
3	Relaciones	Númerico	8	0	Relaciones de ...	{1, Con pare...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
4	Hijos	Númerico	8	0	Número de hijos	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
5	Estudios	Númerico	8	0	Estudios realiz...	{1, Primaria}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
6	Profesión	Cadena	8	0	Profesión de m...	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
7	Cargo	Cadena	8	0	Cargo que ocup...	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
8	Situación	Númerico	8	0	Situación Laboral	{1, contrato ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
9	Tiempo	Númerico	8	0	Tiempo de exp...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
10	Institución	Cadena	8	0	Institución dond...	Ninguno	Ninguno	8	Izquierda	Nominal	Entrada
11	Centro	Númerico	8	0	Tiempo que llev...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	Tiempocargo	Númerico	8	0	Tiempo en el m...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
13	Turnos	Númerico	8	0	Turnos	{1, No, hora...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	Horas	Númerico	8	0	Número de hor...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15	Personas	Númerico	8	0	Número de per...	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
16	Interacción	Númerico	8	0	Qué tiempo de ...	{1, Más del ...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
17	Extralaboral	Númerico	8	0	Tiene que realiz...	{1, si}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
18	P1	Númerico	8	0	En general esto...	{1, En ningun...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
19	P2	Númerico	8	0	Me siento ident...	{1, En ningun...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
20	P3	Númerico	8	0	Los usuarios d...	{1, En ningun...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
21	P4	Númerico	8	0	Mi supervisor m...	{1, En ningun...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
22	P5	Númerico	8	0	Mi trabajo profe...	{1, En ningun...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
23	P6	Númerico	8	0	Mi trabajo actu...	{1, En ningun...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
24	P7	Númerico	8	0	Cuando estoy e...	{1, En ningun...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 3 Cuadro N. 4.3 Base de datos del test CBB (antes y después)

18 : Relaciones	Edad	Género	Relaciones	Hijos	Estudios	Profesión	Cargo	Situación	Tiempo	Institución	Centro	Tiempocargo	Turnos	Horas	Personas	Inter
1	40	2	1	3	4	Cirujano	Cirujano	2	8	IESS	10	8	2	26	15	
2	42	1	1	3	4	Cirujano	Médico	2	11	IESS	15	8	1	40	20	
3	40	1	2	0	4	Cirujano	Cirujano	1	4	IESS	2	2	2	40	12	
4	53	1	1	2	4	Cirujano	Cirujano	3	17	IESS	1	1	1	40	16	
5	49	1	1	2	4	Cirujano	Cirujano	1	26	IESS	2	2	1	40	10	
6	49	1	1	3	4	Cirujano	Cirujano	2	15	IESS	10	10	2	40	20	
7	41	1	1	5	4	Médico	Cirujano	2	7	IESS	12	7	1	40	2	
8	43	1	1	2	4	Cirujano	Cirujano	1	8	IESS	6	4	2	40	30	
9	51	1	1	2	4	Cirujano	Cirujano	2	23	HPGPR	18	10	2	40	10	
10	56	1	1	4	4	Médico	Cirujano	2	26	HPGPR	26	26	2	40	6	
11	51	1	1	2	4	Cirujano	Cirujano	2	15	HPGPR	13	13	2	40	12	
12	42	1	1	2	4	Cirujano	Cirujano	1	8	HPGPR	6	6	1	40	10	
13	59	1	1	0	4	Médico	Cirujani	2	32	HPGPR	19	5	2	40	10	
14	60	1	1	3	4	Cirujano	Cirujano	2	27	HPGPR	20	20	2	40	10	
15	43	1	1	3	4	Cirujano	Cirujano	1	11	HPGPR	11	11	2	40	10	
16	43	1	3	2	4	Cirujano	Cirujano	1	3	HPGPR	3	3	2	40	10	
17																
18																
19																
20																
21																
22																
23																

Elaborado por: Luis Huilca.2018

4.1.2. Variables sociodemográficas del personal médico

Las variables demográficas son del antes y después del personal médico, el que es de estricta aplicación para en análisis de aspectos psicosociales en cualquier estudio, para determinar el comportamiento de estos factores con el tema de investigación:

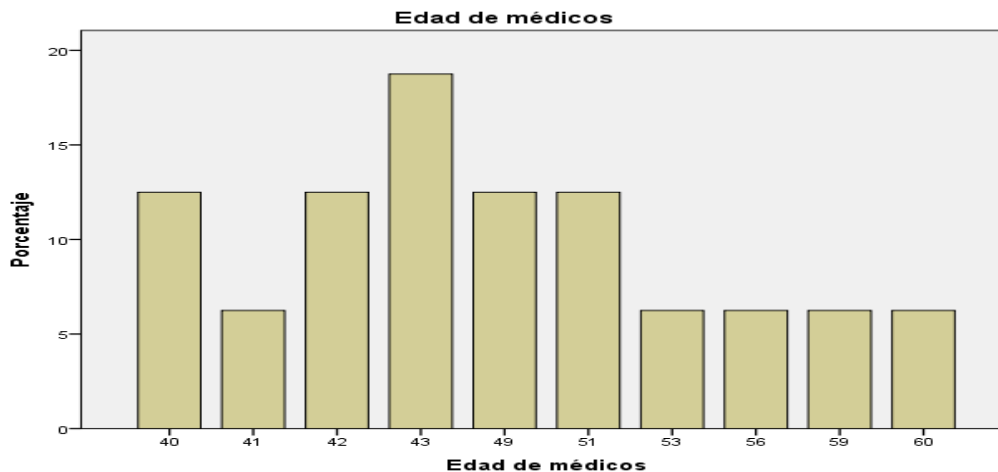
4.1.2.1. Edad del personal médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

Tabla 10 Cuadro N. 4.4 Edad del personal médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	40	2	12,5	12,5	12,5
	41	1	6,3	6,3	18,8
	42	2	12,5	12,5	31,3
	43	3	18,8	18,8	50,0
	49	2	12,5	12,5	62,5
	51	2	12,5	12,5	75,0
	53	1	6,3	6,3	81,3
	56	1	6,3	6,3	87,5
	59	1	6,3	6,3	93,8
	60	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 4 Figura No.4.1 Edad del personal médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

La edad del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es personal con experiencia profesional en promedio joven con aspiraciones de servicio en el trabajo.

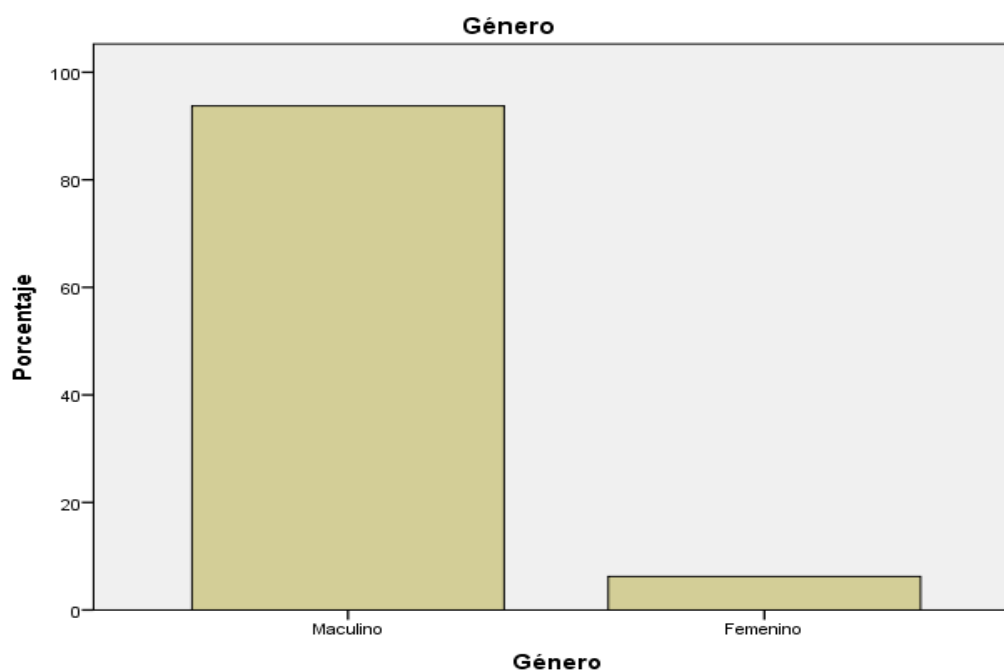
4.1.2.2. Género del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

Tabla 11 **Cuadro N. 4.5** Género del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	15	93,8	93,8	93,8
	Femenino	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 5 **Figura No.4.2** Género del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

El género del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es 93.6% masculino y 6.1 % femenino, debe generarse mayores oportunidades laborales para generar equidad.

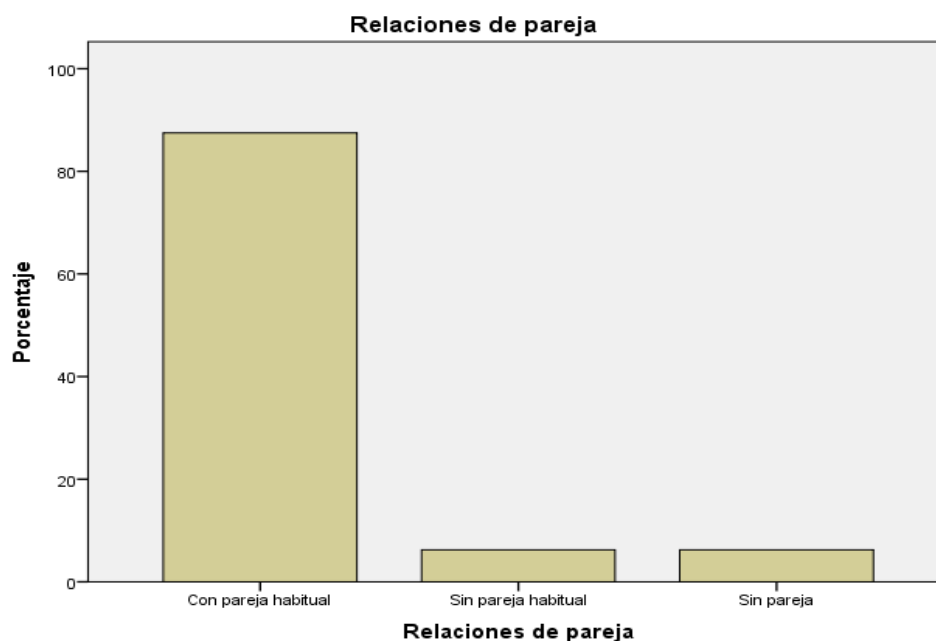
4.1.2.3. Relaciones de pareja del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

Tabla 12 **Cuadro N. 4.6** Relaciones de pareja del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Con pareja habitual	14	87,5	87,5	87,5
	Sin pareja habitual	1	6,3	6,3	93,8
	Sin pareja	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 6 **Figura No.4.3** Relaciones de pareja del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

Las relaciones de pareja del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 87.5% tiene una relación estable de pareja y el restante no.

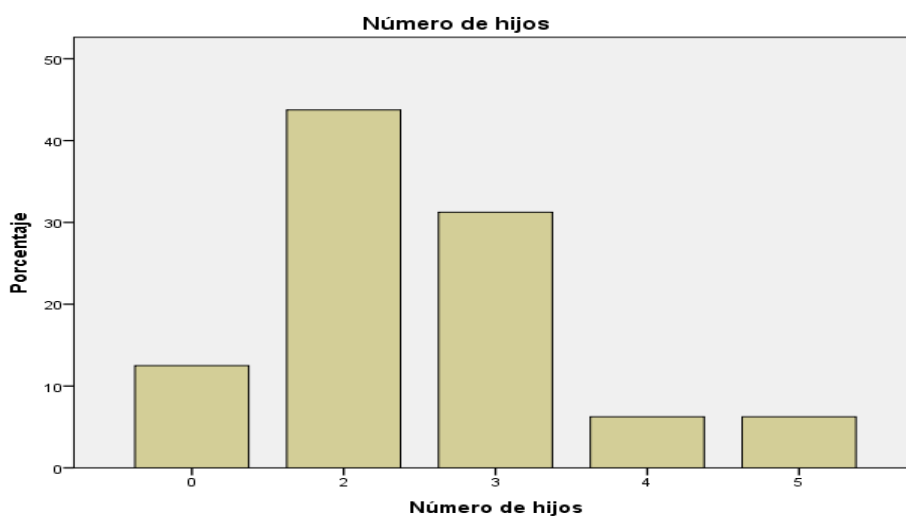
4.1.2.4. Número de hijos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

Tabla 13 **Cuadro N. 4.7** Número de hijos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	2	12,5	12,5	12,5
	2	7	43,8	43,8	56,3
	3	5	31,3	31,3	87,5
	4	1	6,3	6,3	93,8
	5	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 7 **Figura No.4.4** Número de hijos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

El número de hijos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, en su mayoría tienen entre dos y tres hijos.

4.1.2.5. Estudios realizados del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

Tabla 14 **Cuadro N. 4.8** Estudios realizados del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Universitaria	16	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 8 **Figura No.4.5** Estudios realizados del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

Los estudios realizados del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, en un 100% tienen título universitario.

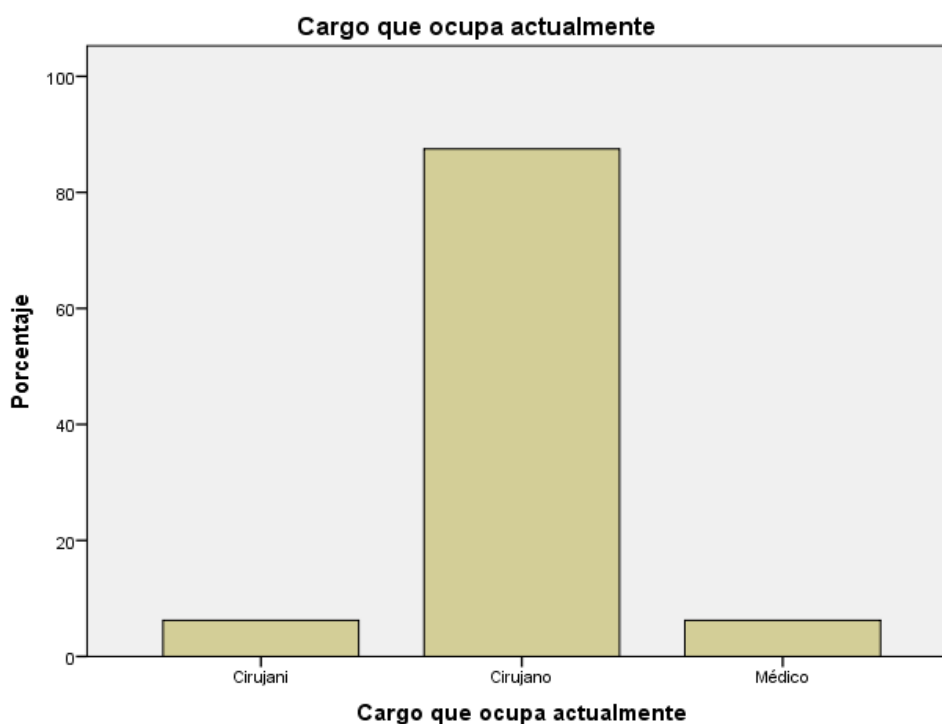
4.1.2.6. Cargo que ocupa del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

Tabla 15 **Cuadro N. 4.9** Cargo que ocupa del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Cirujano	1	6,3	6,3	6,3
	Cirujano	14	87,5	87,5	93,8
	Médico	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 9 **Figura No.4.6** Cargo que ocupa del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

El cargo que ocupa en la actualidad del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, en un 93.8% trabajan en cirugía y el restante como médico tratante.

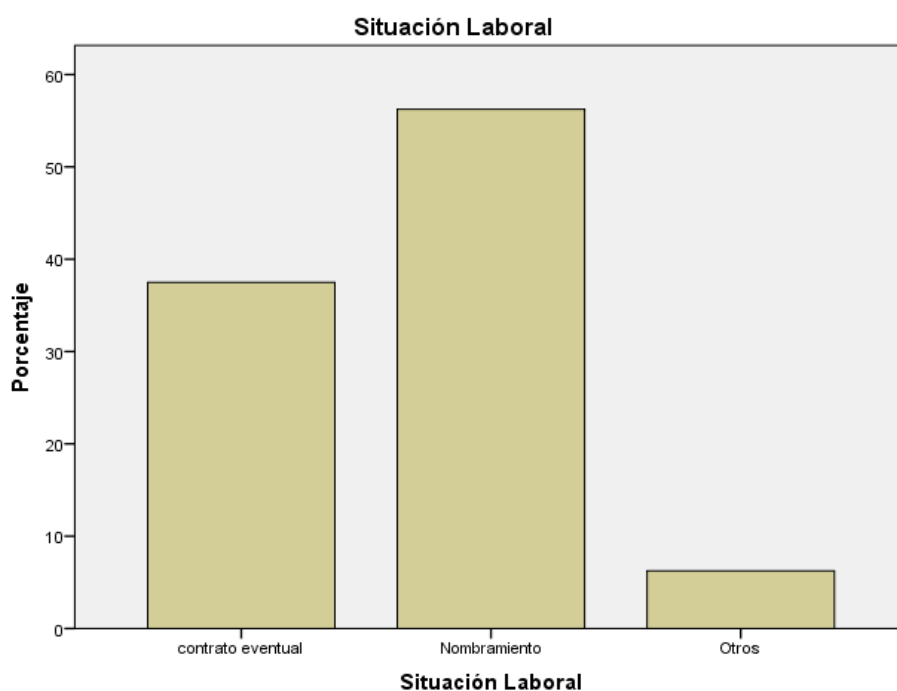
4.1.2.7. Situación Laboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

Tabla 16 **Cuadro N. 4.10** Situación Laboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	contrato eventual	6	37,5	37,5	37,5
	Nombramiento	9	56,3	56,3	93,8
	Otros	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 10 **Figura No.4.7** Situación Laboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

La situación laboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, en un 56.3% trabajan con nombramiento el resto con contrato con otro tipo de relación laboral es necesario se mejore esta situación.

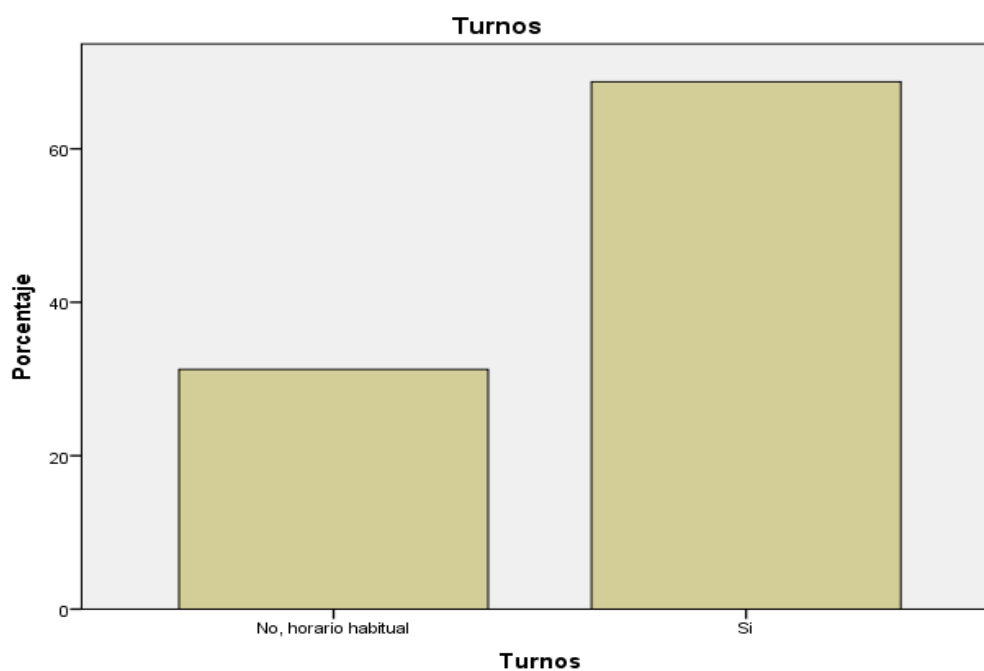
4.1.2.8. Turnos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 17 **Cuadro N. 4.11** Turnos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido No, horario habitual	5	31,3	31,3	31,3
Si	11	68,8	68,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 11 **Figura No.4.8** Turnos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

Los turnos del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, en un 68.8% trabajan en turnos y veladas por lo que es necesario mejorar la organización de la tarea de trabajo.

4.1.2.9. Número de horas de trabajo a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 18 **Cuadro N. 4.12** Número de horas de trabajo a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	26	1	6,3	6,3	6,3
	40	15	93,8	93,8	100,0
Total		16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 12 **Figura No.4.9** Número de horas de trabajo en la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

El número de horas del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, en un 93.8% trabajan en horario muy fuerte de acuerdo a la tarea que realiza, se debe mejorar el ambiente de trabajo.

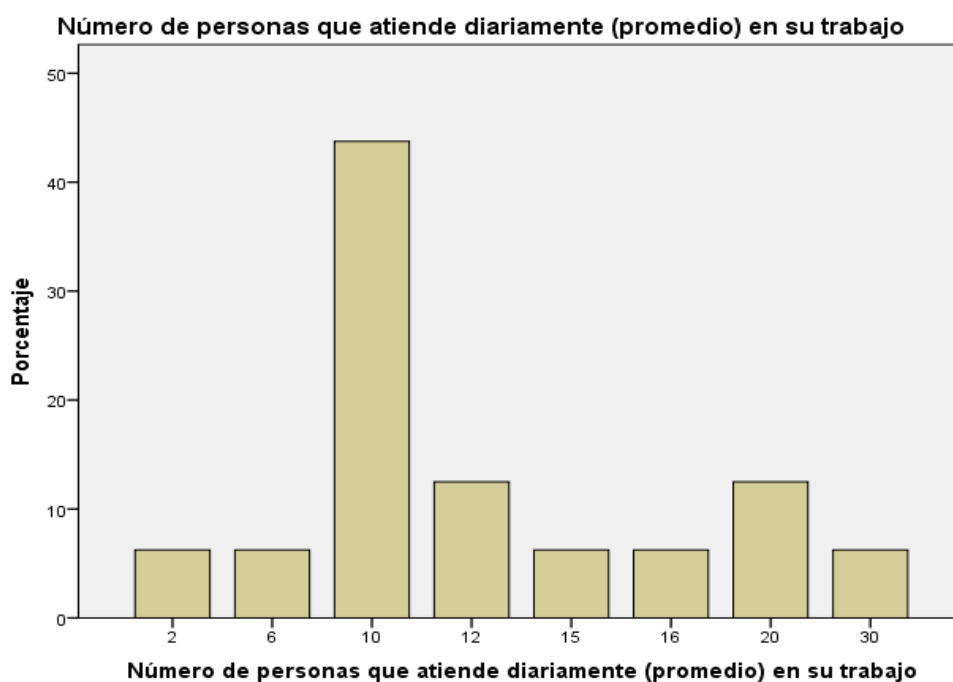
4.1.2.10. Número de pacientes diario a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 19 Cuadro N. 4.13 Número de pacientes diario a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido 2	1	6,3	6,3	6,3
6	1	6,3	6,3	12,5
10	7	43,8	43,8	56,3
12	2	12,5	12,5	68,8
15	1	6,3	6,3	75,0
16	1	6,3	6,3	81,3
20	2	12,5	12,5	93,8
30	1	6,3	6,3	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 13 Figura No.4.10 Número de pacientes diarios a la semana del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

El número de personas que atiende diariamente el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es superior a 10 siendo la carga de trabajo muy alta.

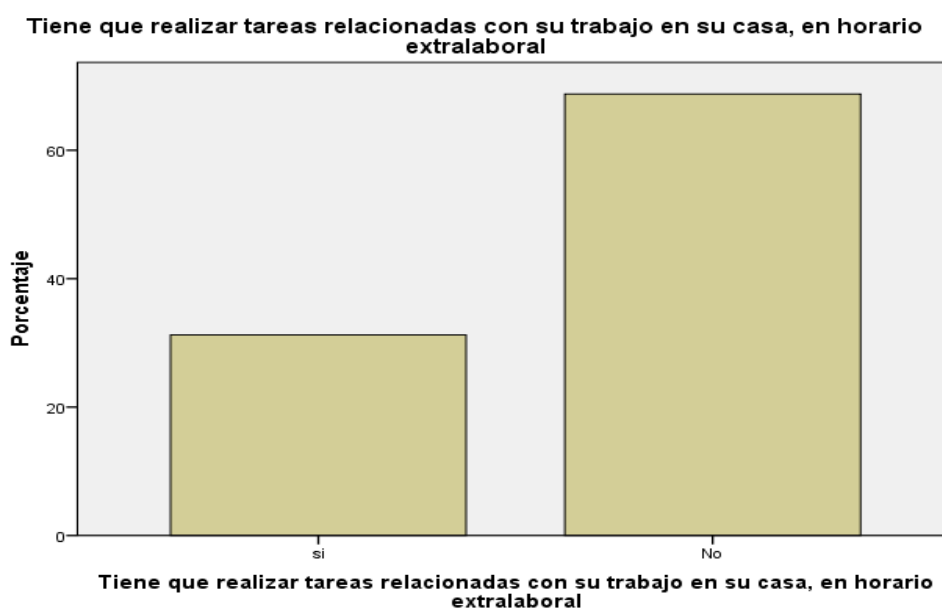
4.1.2.11. Realiza tareas extras en su casa fuera de su trabajo del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 20 Cuadro N. 4.14 Realiza tareas extras en su casa fuera de su trabajo del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	5	31,3	31,3	31,3
	No	11	68,8	68,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 14 Figura No.4.11 Realiza tareas extras en su casa fuera de su trabajo del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis e interpretación:

Tiene que realizar tareas relacionadas con su trabajo en su casa, en horario extralaboral del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales

de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, si se realiza estas tareas puede generar conflictos interfamiliares.

Resultados antes de la propuesta:

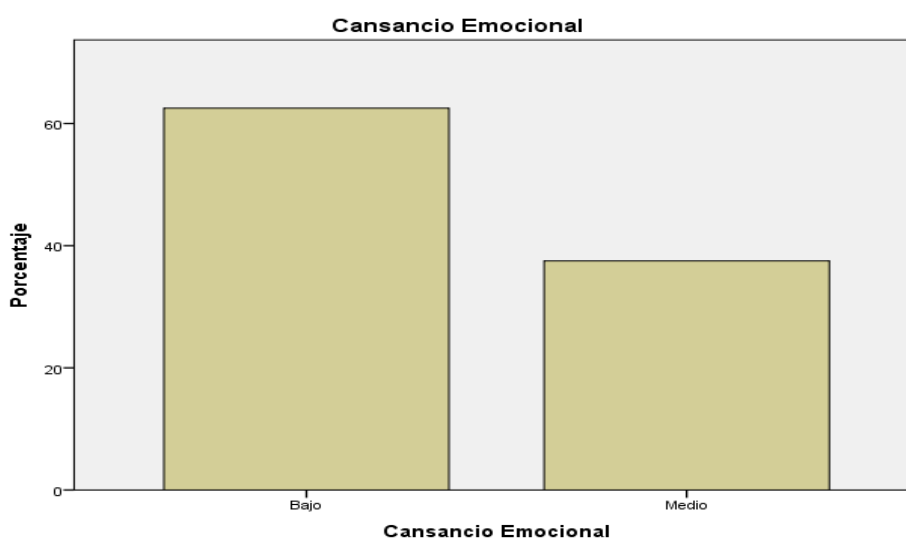
4.1.2.12. Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 21 **Cuadro N. 4.15** Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	10	62,5	62,5	62,5
	Medio	6	37,5	37,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 15 **Figura No.4.12** Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

El cansancio emocional del personal médico especialistas en Cirugía General de los

Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 62.5 % es bajo y el 37.5 % medio.

Interpretación:

El cansancio emocional del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario a los casos con cansancio medio aplicar terapias de relajación.

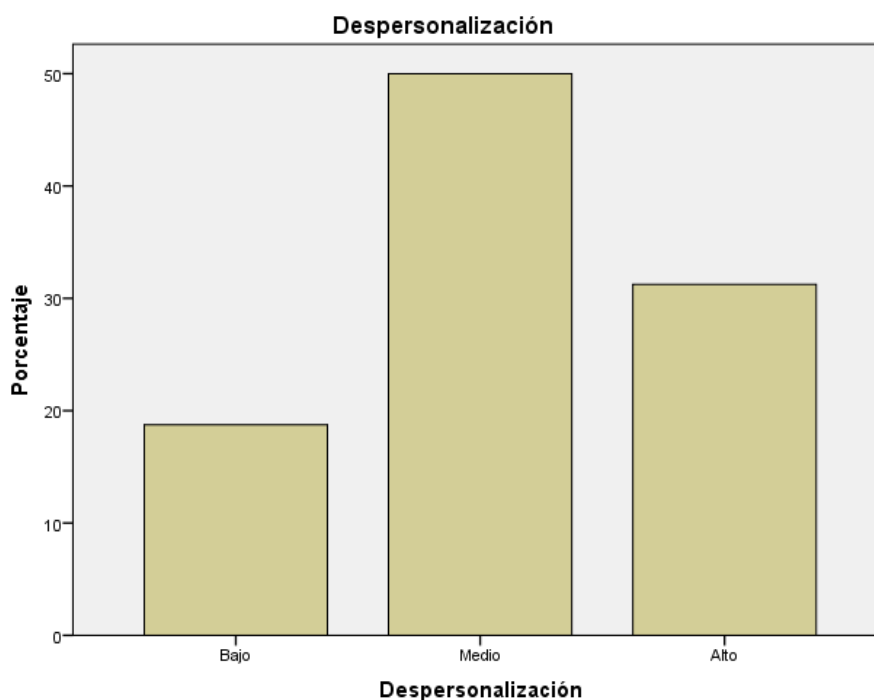
4.1.2.13. Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 22 Cuadro N. 4.16 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	3	18,8	18,8	18,8
	Medio	8	50,0	50,0	68,8
	Alto	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 16 Figura No.4.13 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La despersonalización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 18.8 % es bajo, el 50 % medio y 31.3 % es alto.

Interpretación:

La despersonalización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario a los casos con despersonalización aplicar terapias de relajación y tratamiento con un especialista.

4.1.2.14. Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 23 Cuadro N. 4.17 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	13	81,3	81,3	81,3
	Medio	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 17 Figura No.4.14 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La realización personal del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 81.3 % es bajo, el 18.8 %

medio.

Interpretación:

La realización personal del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario a los casos con realización personal aplicar incentivos y mejoras en la situación laboral.

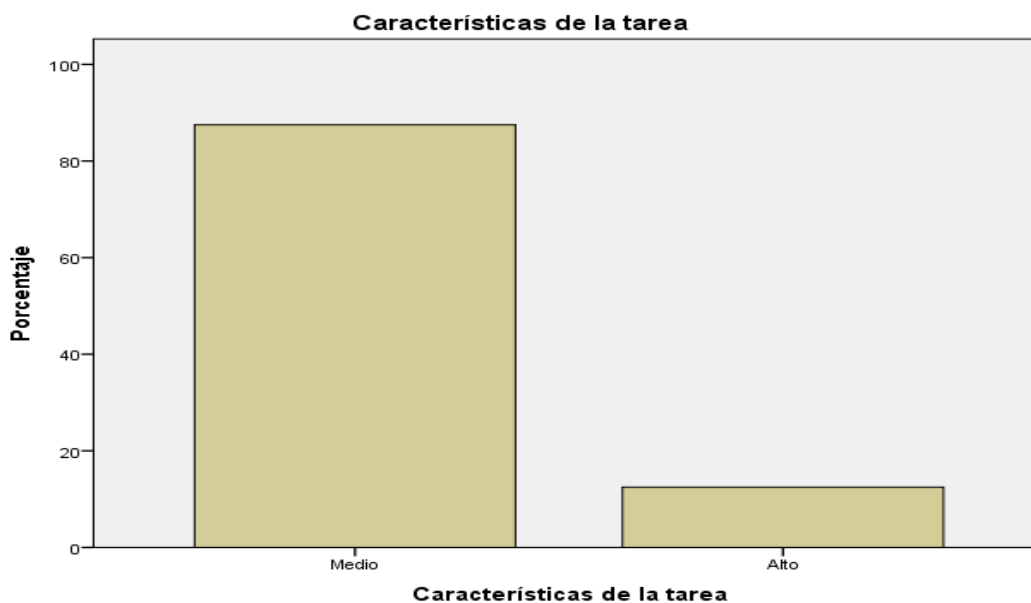
4.1.2.15. Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 24 **Cuadro N. 4.18** Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Medio	14	87,5	87,5	87,5
	Alto	2	12,5	12,5	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 18 **Figura No.4.15** Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La característica de la tarea del personal médico especialistas en Cirugía General de

los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 87.5 % es medio, el 12.5 % alto.

Interpretación:

La característica de la tarea del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario organizar y disminuir la carga laboral.

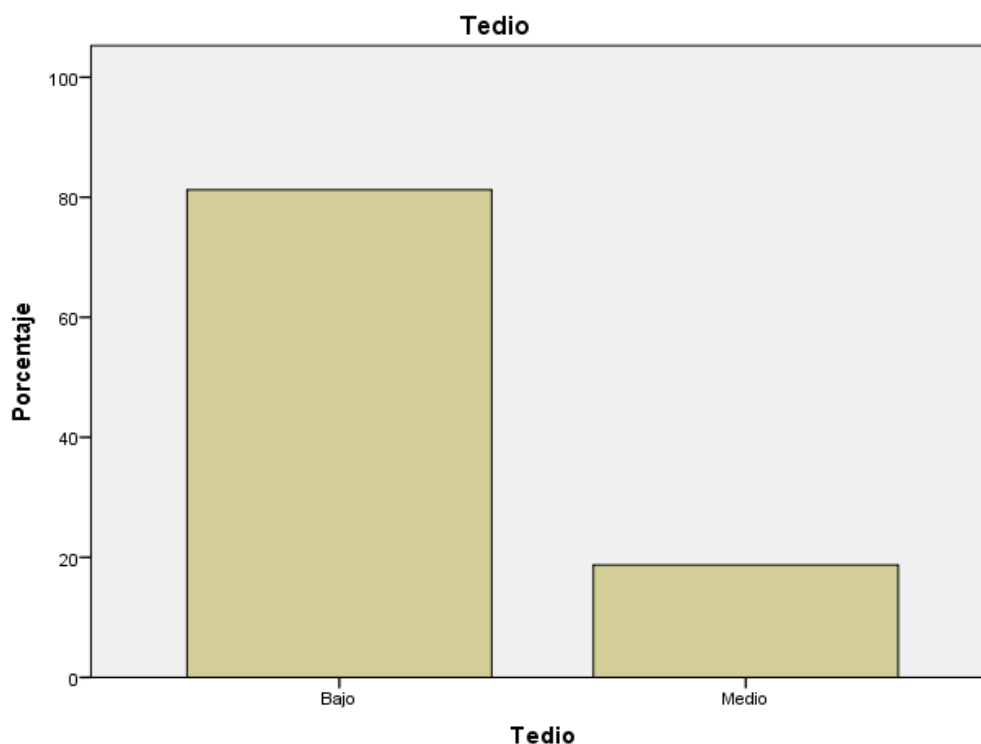
4.1.2.16. El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 25 Cuadro N. 4.19 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	13	81,3	81,3	81,3
	Medio	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 19 Figura No.4.16 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

El tedio del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 81.3 % es bajo, el 18.8 % medio.

Interpretación:

El tedio del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario establecer un clima organizacional adecuado.

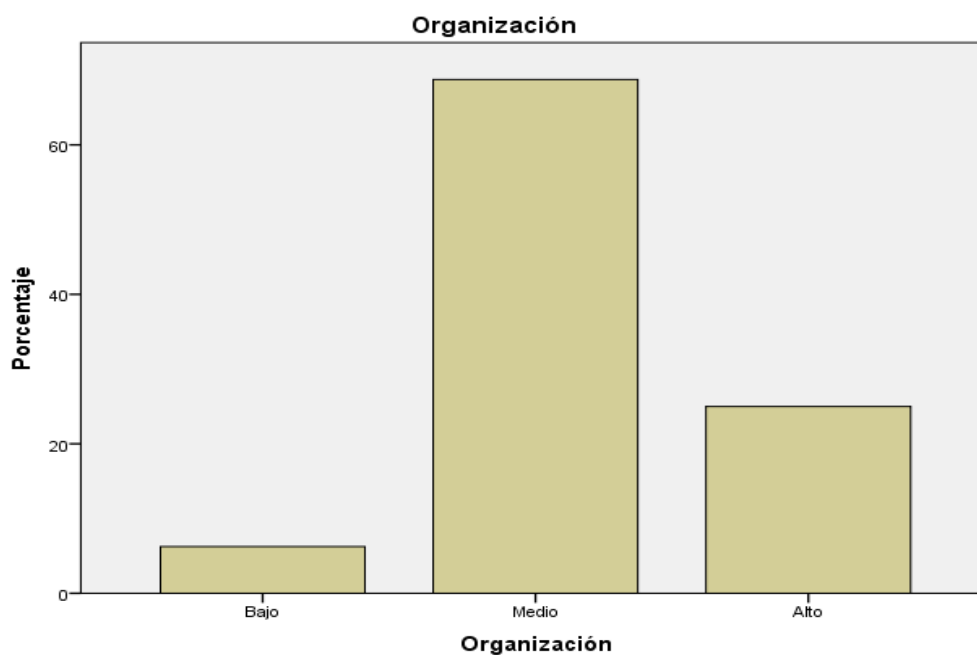
4.1.2.17. Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 26 Cuadro N. 4.20 Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	13	81,3	81,3	81,3
	Medio	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 20 Figura No.4.17 Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La organización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 81.3 % es bajo, el 18.8 % medio.

Interpretación:

La organización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario establecer procedimientos y lineamientos a seguir para mejorar.

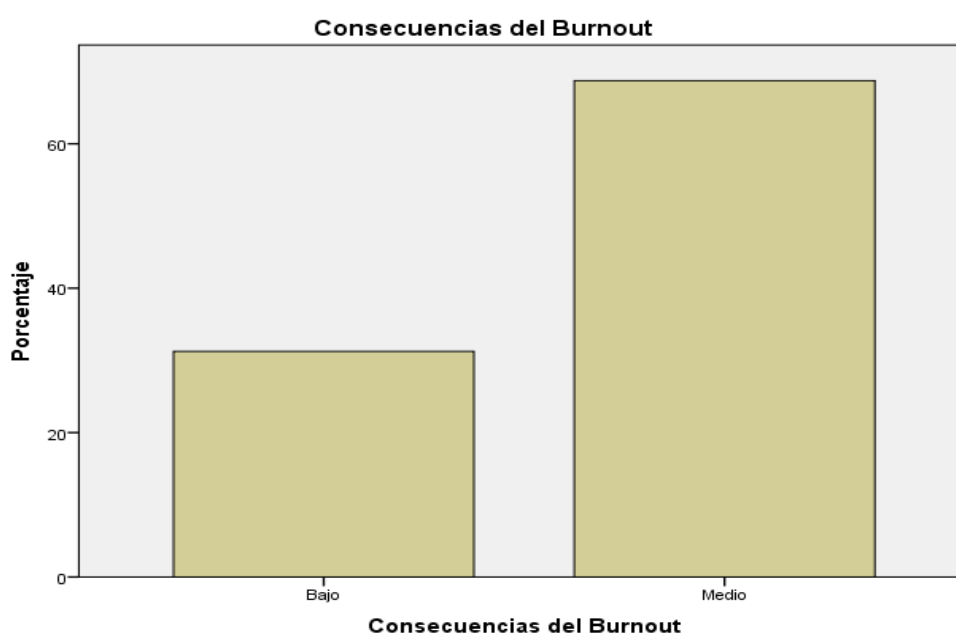
4.1.2.18. Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 27 Cuadro N. 4.21 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	5	31,3	31,3	31,3
Medio	11	68,8	68,8	100,0
Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 21 Figura No.4.18 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

Las consecuencias del Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 31.3 % es bajo, el 68.8 % medio.

Interpretación:

Las consecuencias del Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario establecer medidas preventivas existentes consecuencias que pueden cambiar a alta.

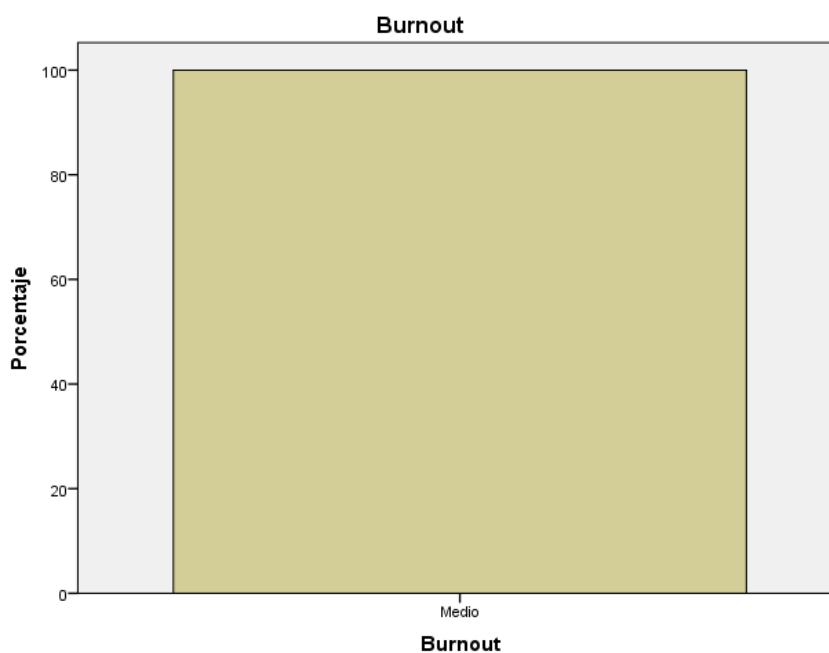
4.1.2.19. Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 28 Cuadro N. 4.22 Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medio	16	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 22 Figura No.4.19 Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

El Síndrome del Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 100 % es medio.

Interpretación:

El síndrome de Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario establecer medidas preventivas existentes consecuencias que pueden cambiar a alta y aplicar la propuesta de investigación.

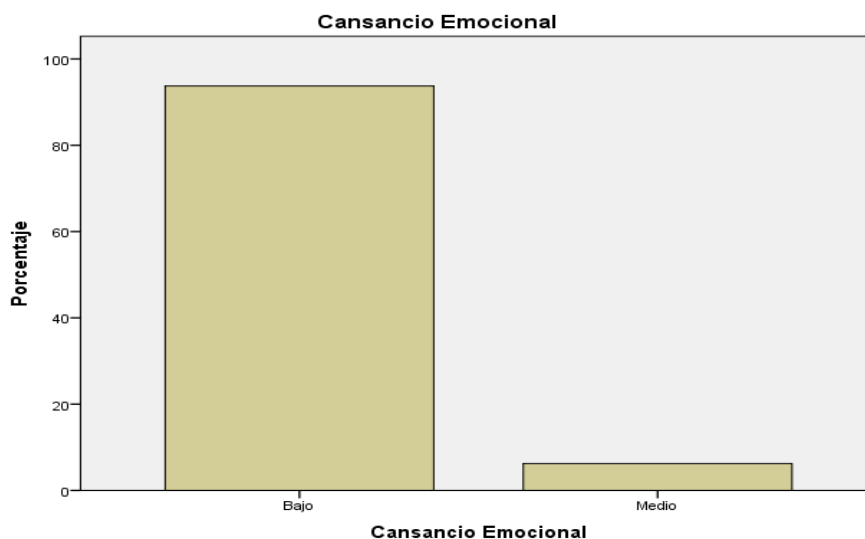
Resultados después de la propuesta:**4.1.2.20. Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba**

Tabla 29 **Cuadro N. 4.23** Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	93,8	93,8	93,8
	Medio	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 23 **Figura No.4.20** Cansancio emocional en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

El cansancio emocional del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 93.8 % es bajo y el 6.3 % medio.

Interpretación:

El cansancio emocional del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario a los casos con cansancio medio continuar aplicando terapias de relajación.

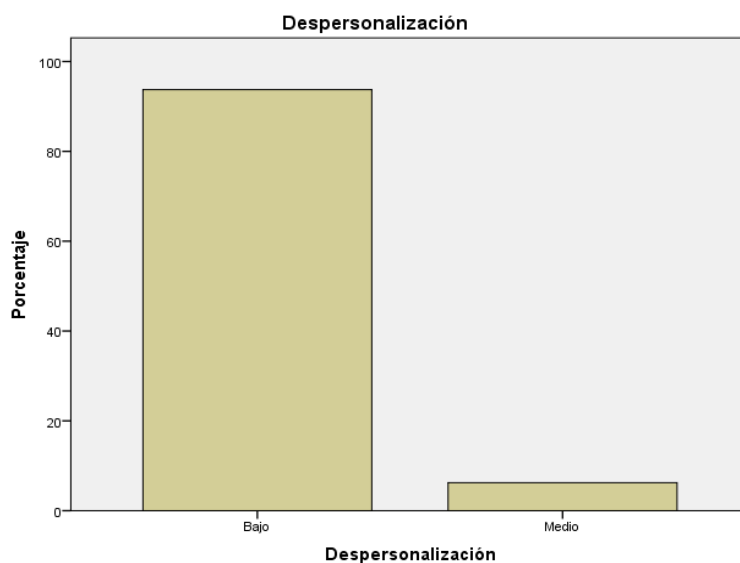
4.1.2.21. Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 30 Cuadro N. 4.23 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	93,8	93,8	93,8
	Medio	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 24 Figura No.4.21 Despersonalización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La despersonalización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 93.8 % es bajo, el 6.3 % medio.

Interpretación:

La despersonalización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario a los casos con despersonalización continuar aplicando las terapias de relajación y tratamiento con un especialista.

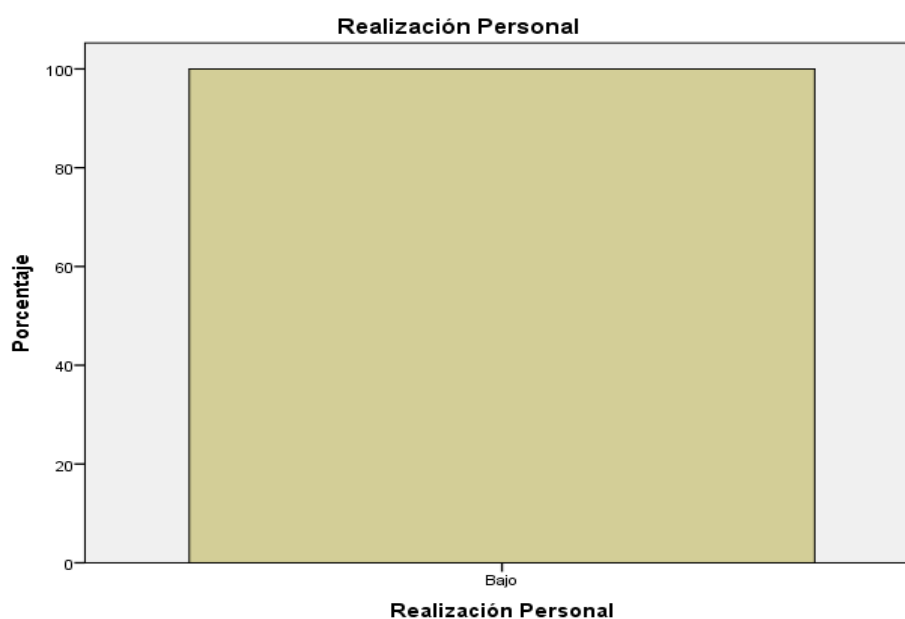
4.1.2.22. Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 31 Cuadro N. 4.24 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	16	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 25 Figura No.4.22 Realización personal en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La realización personal del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 100 % es bajo.

Interpretación:

La realización personal del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario realizar gestiones para bajar la jornada de trabajo del personal médico y la estabilidad del mismo.

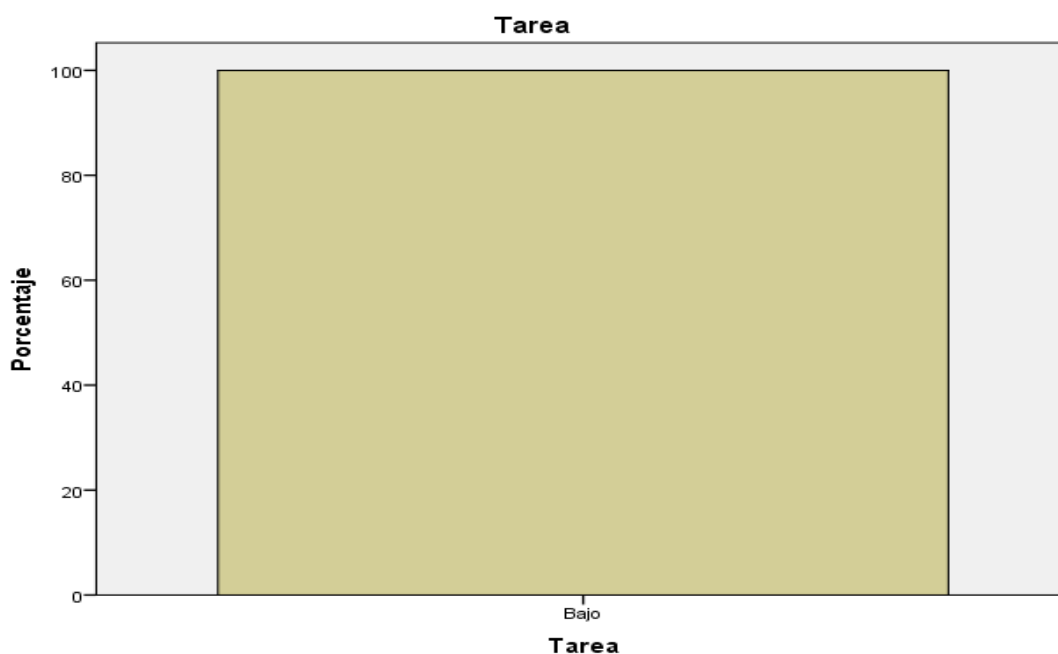
4.1.2.23. Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 32 **Cuadro N. 4.25** Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	16	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 26 **Figura No.4.23** Características de la tarea en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La característica de la tarea del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 100 % es bajo.

Interpretación:

La característica de la tarea del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario continuar con la organización y disminuir la carga laboral.

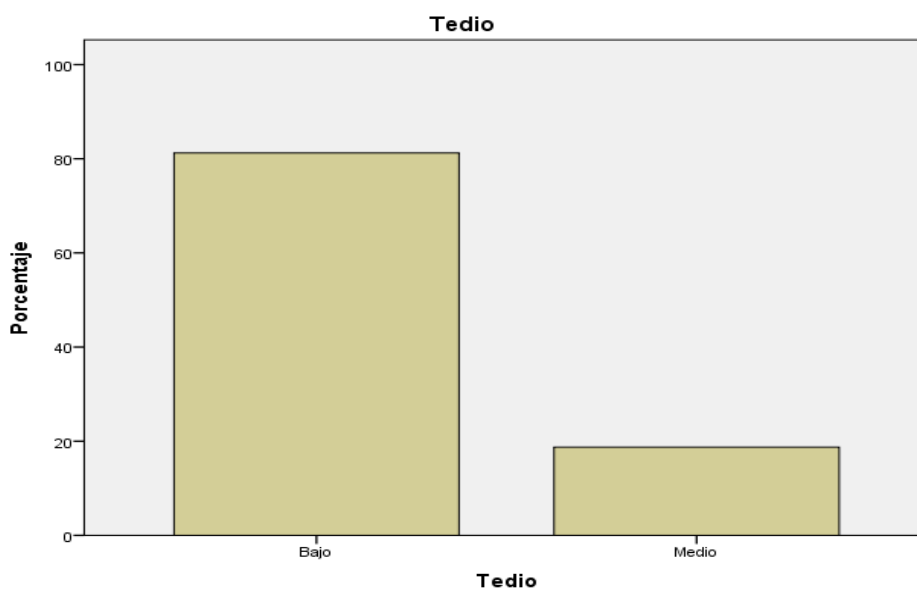
4.1.2.24. El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 33 Cuadro N. 4.26 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	13	81,3	81,3	81,3
	Medio	3	18,8	18,8	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 27 Figura No.4.24 El tedio en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

El tedio del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 81.3 % es bajo, el 18.8 % medio.

Interpretación:

El tedio del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario establecer un clima organizacional adecuado.

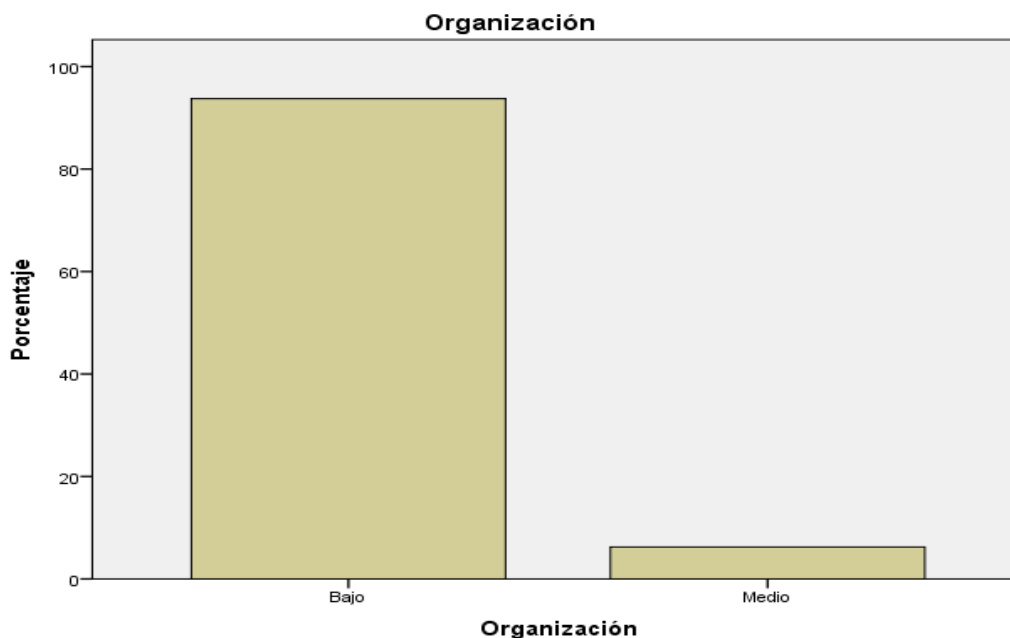
4.1.2.25. Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 34 **Cuadro N. 4.27** Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	15	93,8	93,8	93,8
	Medio	1	6,3	6,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 28 **Figura No.4.25** Organización en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

La organización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 93.8.3 % es bajo, el 6.3 % medio.

Interpretación:

La organización del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario continuar con los procedimientos y lineamientos a seguir para mejorar.

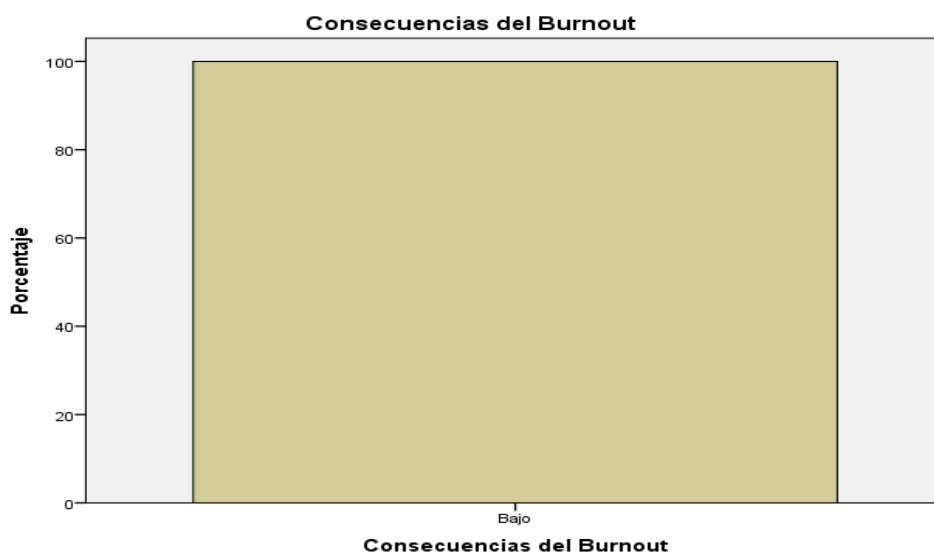
4.1.2.26. Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 35 Cuadro N. 4.28 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Bajo	16	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 29 Figura No.4.26 Consecuencias del Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

Las consecuencias del Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 100 % es bajo.

Interpretación:

Las consecuencias del Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario establecer medidas preventivas existentes consecuencias que pueden cambiar a alta.

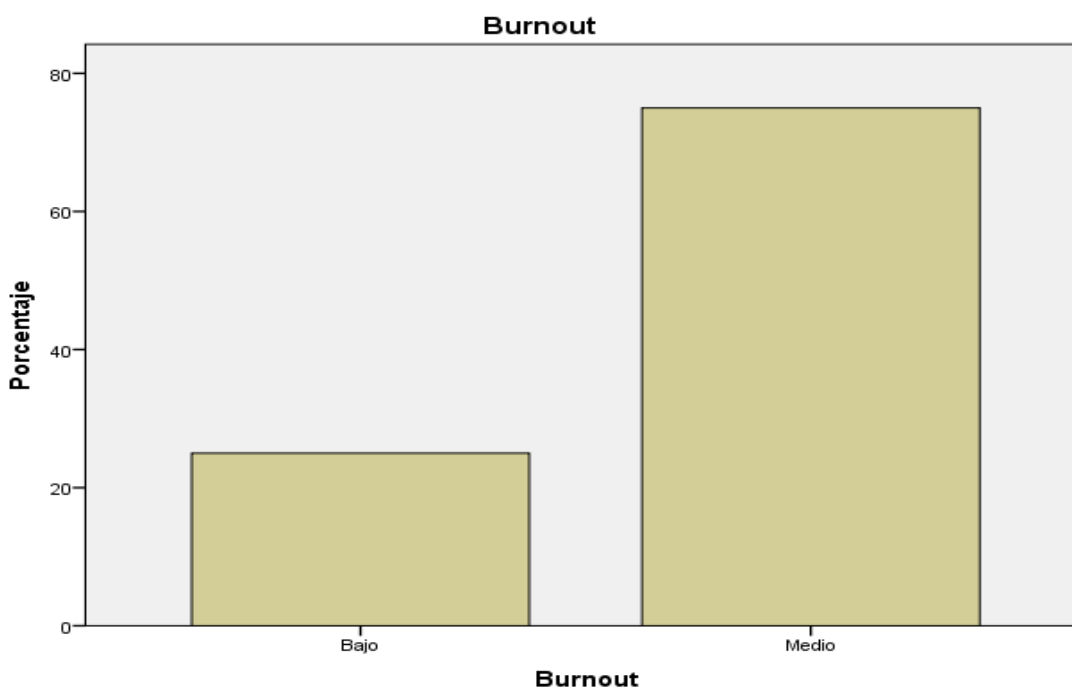
4.1.2.27. Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Tabla 36 **Cuadro N. 4.29** Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo	4	25,0	25,0	25,0
	Medio	12	75,0	75,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 30 **Figura No.4.27** Síndrome de Burnout en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Análisis:

El Síndrome del Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, el 25% es bajo y 75 % es medio.

Interpretación:

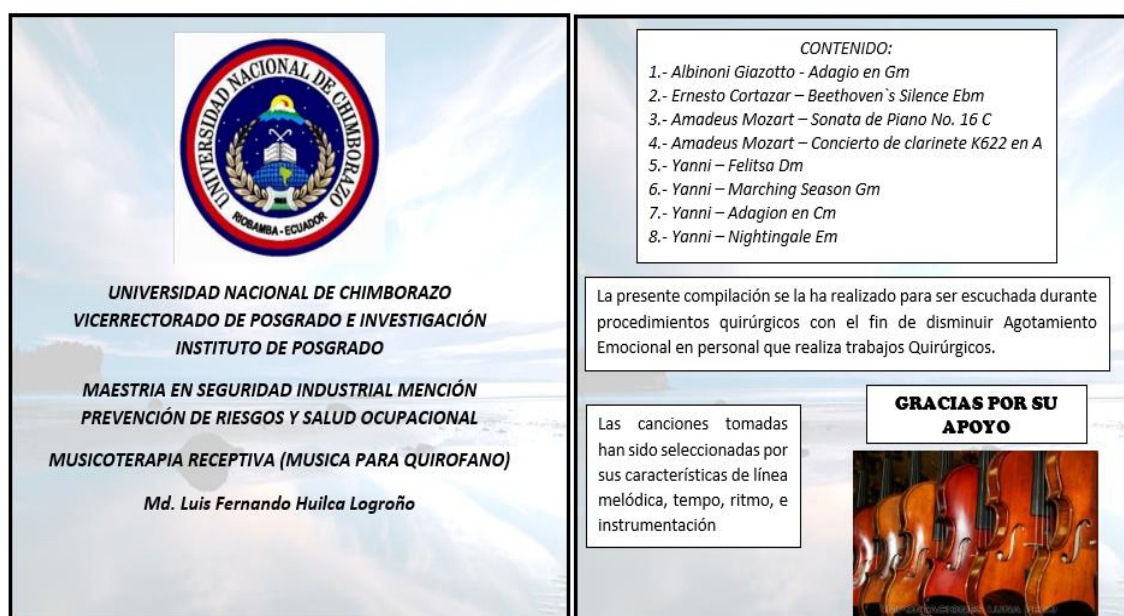
El síndrome de Burnout del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, es necesario establecer medidas preventivas existentes consecuencias que pueden cambiar a alta y aplicar la propuesta de investigación.

4.3. Comprobación de las hipótesis

4.3.1. Comprobación de la hipótesis específica 1

Para la comprobación de la hipótesis 1 y 2, se aplicó la técnica de musicoterapia pasiva en quirófano del personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, por lo que se presenta fotografías del trabajo realizado en la investigación, que se amplía en la propuesta de investigación:

Ilustración 31 *Fotografía No.1 Portada del Cd de música entregado*



Elaborado por: Luis Huilca.2018

Ilustración 32 *Fotografía No.2 Aplicación de la terapia de relajación*



Elaborado por: Luis Huilca.2018

a) PLANTEAMIENTO DE LA HIPÒTESIS ESPECÍFICA 1.-

1.- Se establece la hipótesis H_0 y H_1

H_0 : El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva no disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.

H_1 : El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.

2. – Se escoge un nivel de significación. Se selecciona el nivel 0.05 que es el mismo para el error tipo I.

Por tanto 0.05 es la probabilidad de que se rechace la hipótesis nula.

3.- Se selecciona el estadístico de prueba, que para nuestra investigación es el chi cuadrado.

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Dónde:

f_o = frecuencia observada en una frecuencia específica

f_e = Frecuencia esperada en una frecuencia específica

$$\chi^2 = 24.99 \text{ (tabla)}$$

4.- Se plantea la regla de decisión. Este número se determina por el número de columnas (-1) multiplicado por el número de filas (-1) y se elabora la tabla de contingencia, frecuencias observadas esperadas.

Las frecuencias observadas corresponden a los resultados del antes y después de la aplicación.

Frecuencia observada

Interpretación de la Hipótesis 1	Frecuencia observada antes (fo)	Frecuencia observada después (fo)	Total (Ti)
Si	100	25	125
No	0	75	75
Total identificado y evaluado (Tj)	100	100	200 (Tt)

Frecuencia esperada

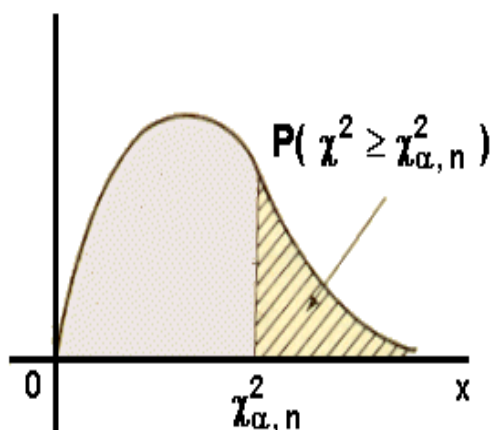
Interpretación de la musicoterapia pasiva	Frecuencia esperada antes (fe)	Frecuencia esperada después (fe)	Total (Ti)
Si	62.5	62.5	125
No	37.5	37.5	75
Total identificado y evaluado (Tj)	100	100	200

5.- Calculamos de acuerdo a la fórmula de chi cuadrado y tenemos:

	Alternativas	fo	Fe	fo - fe	$(fo - fe)^2$	$\frac{(fo-fe)^2}{fe}$
Antes	SI	100	62.5	37.5	1406	37.5
	NO	0	37.5	- 37.5	1406	37.5
Después	SI	25	62.5	- 37.5	1406	37.5
	NO	75	37.5	37.5	1406	37.5
						$\chi_{c^2} = 150$

5.- Decisión. –

Como chi cuadrado calculado $\chi_{c^2} = 150 > \chi_{t^2} = 24.99$ (tabla), se rechaza la Ho y se acepta la Hi.



El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.

4.3.2. Comprobación de la hipótesis específica 2

Para la comprobación de la hipótesis 1 y 2, se aplicó la técnica de Gimnasia Laboral en el personal médico especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, por lo que se presenta fotografías del trabajo realizado en la investigación, que se amplía en la propuesta de investigación:

Ilustración 33 Fotografía No.3 Gimnasia Laboral



Elaborado por: Luis Fernando Huilca

a) PLANTEAMIENTO DE LA HIPÒTESIS ESPECÍFICA 2.-

1.- Se establece la hipótesis H_0 y H_1

H_0 : El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral no disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando la sintomatología muscular en cuello, brazos y cadera.

H_1 : El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando la sintomatología muscular en cuello, brazos y cadera.

2. – Se escoge un nivel de significación. Se selecciona el nivel 0.05 que es el mismo para el error tipo I.

Por tanto 0.05 es la probabilidad de que se rechace la hipótesis nula.

3.- Se selecciona el estadístico de prueba, que para nuestra investigación es el chi cuadrado.

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Dónde:

f_o = frecuencia observada en una frecuencia específica

f_e = Frecuencia esperada en una frecuencia específica

$$\chi^2 = 24.99 \text{ (tabla)}$$

4.- Se plantea la regla de decisión. Este número se determina por el número de columnas (-1) multiplicado por el número de filas (-1) y se elabora la tabla de contingencia, frecuencias observadas esperadas.

Las frecuencias observadas corresponden a los resultados del antes y después de la aplicación.

Frecuencia observada

Interpretación de la Hipótesis 1	Frecuencia observada antes (fo)	Frecuencia observada después (fo)	Total (Ti)
Si	100	25	125
No	0	75	75
Total identificado y evaluado (Tj)	100	100	200 (Tt)

Frecuencia esperada

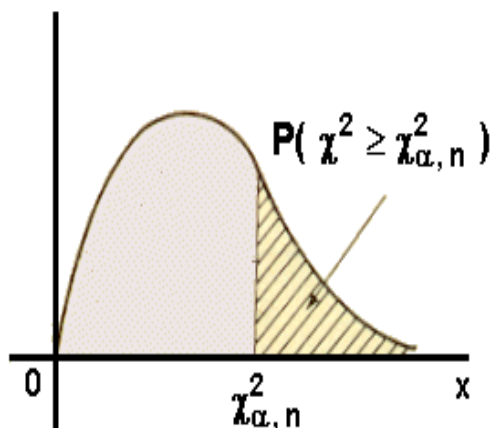
Interpretación de la musicoterapia pasiva	Frecuencia esperada antes (fe)	Frecuencia esperada después (fe)	Total (Ti)
Si	62.5	62.5	125
No	37.5	37.5	75
Total identificado y evaluado (Tj)	100	100	200

5.- Calculamos de acuerdo a la fórmula de chi cuadrado y tenemos:

	Alternativas	fo	Fe	fo - fe	$(fo - fe)^2$	$\frac{(fo-fe)^2}{fe}$
Antes	SI	100	62.5	37.5	1406	37.5
	NO	0	37.5	- 37.5	1406	37.5
Después	SI	25	62.5	- 37.5	1406	37.5
	NO	75	37.5	37.5	1406	37.5
						$\chi_{c^2} = 150$

5.- Decisión. –

Como chi cuadrado calculado $\chi_{c^2} = 150 > \chi_{t^2} = 24.99$ (tabla), se rechaza la Ho y se acepta la Hi.



El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando el contexto osteomuscular.

4.3.3. Comprobación de la hipótesis general 3

a) PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS GENERAL.-

1.- Se establece la hipótesis H_0 y H_1

H_0 : El programa de afrontamiento no disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba obteniendo relajación fisiológica, física y mental.

H_1 : El programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba obteniendo relajación fisiológica, física y mental.

2. – Se escoge un nivel de significación. Se selecciona el nivel 0.05 que es el mismo para el error tipo I.

Por tanto 0.05 es la probabilidad de que se rechace la hipótesis nula.

3.- Se selecciona el estadístico de prueba, que para nuestra investigación es el chi cuadrado.

$$\chi^2 = \sum \frac{(f_o - f_e)^2}{f_e}$$

Dónde:

f_o = frecuencia observada en una frecuencia específica

f_e = Frecuencia esperada en una frecuencia específica

$$x_{t^2} = 24.99 \text{ (tabla)}$$

4.- Se plantea la regla de decisión. Este número se determina por el número de columnas (-1) multiplicado por el número de filas (-1) y se elabora la tabla de contingencia, frecuencias observadas esperadas.

Las frecuencias observadas corresponden a los resultados del antes y después de la aplicación.

Frecuencia observada

Interpretación de la Hipótesis 1	Frecuencia observada antes (fo)	Frecuencia observada después (fo)	Total (Ti)
Si	100	0	100
No	0	100	100
Total identificado y evaluado (Tj)	100	100	200 (Tt)

Frecuencia esperada

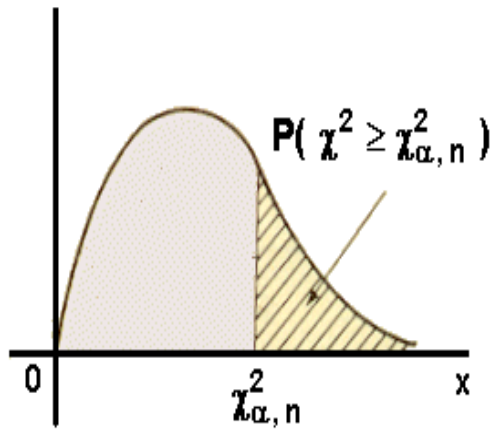
Interpretación de la musicoterapia pasiva	Frecuencia esperada antes (fe)	Frecuencia esperada después (fe)	Total (Ti)
Si	50	50	100
No	50	50	100
Total identificado y evaluado (Tj)	100	100	200

5.- Calculamos de acuerdo a la fórmula de chi cuadrado y tenemos:

	Alternativas	fo	Fe	fo - fe	$(fo - fe)^2$	$\frac{(fo-fe)^2}{fe}$
Antes	SI	100	50	50	2500	50
	NO	0	50	- 50	2500	50
Después	SI	0	50	- 50	2500	50
	NO	100	50	50	2500	50
						$x_{c^2} = 200$

5.- Decisión. –

Como chi cuadrado calculado $x_{c^2} = 200 > x_{t^2} = 24.99$ (tabla), se rechaza la H_0 y se acepta la H_1 .



El programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba obteniendo relajación fisiológica, física y mental.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- ✓La aplicación del programa de afrontamiento disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba de Riesgo medio en un 25% a riesgo bajo, por lo que determina la correlación entre las variables investigativas y la propuesta.

- ✓La aplicación del programa de afrontamiento disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, mediante la implementación de musicoterapia pasiva, en un 75 % para dicho efecto se implementó música clásica en las operaciones que practican los médicos dando buenos resultados provocando relajación fisiológica, física y mental en el proceso.

- ✓La aplicación del programa de afrontamiento disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba, mediante la aplicación de gimnasia laboral, en cuello, brazos y cadera en un 100% en vista de la parte psicosocial afecta a la parte músculo esquelética del médico

5.2 RECOMENDACIONES

- ✓ Es necesaria continuar con investigaciones que vinculen la parte psicosocial con la ergonomía, como en este caso que vincula el Síndrome de burnout con molestias músculo esqueléticas como un síntoma que provoca el síntoma por lo que se debe buscar alternativas para prevenir y evitar este fenómeno.
- ✓ Se recomienda en otro tipo de estudio aplicar el test CBB corto y MBI, para determinar diferencias y regularidades del estudio propuesto.
- ✓ Al ser los factores de riesgo psicosociales dentro de las instituciones públicas y privadas se recomienda un análisis de los diferentes factores de riesgo presentes en cada puesto de trabajo para mitigar el efecto que estos tienen en el trabajador y pueden provocar accidentes y enfermedades profesionales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acosta, 2014; “Estrés y Burnout en profesores de primaria y secundaria de Huelva: las estrategias de afrontamiento como factor de protección”, España.

Acosta Hedy. BURNOUT Y SU RELACIÓN CON VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, SOCIOLABORALES Y ORGANIZACIONALES EN PROFESORES UNIVERSITARIOS CHILENOS Universitat Jaume I Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología Castellón de la Plana, España.

Acuña, Sandra. Bruschi, María de la Paz RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT, BIENESTAR PSICOLÓGICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO. Universidad Nacional de Mar del Plata Facultad de Psicología, 2013, pág. 30 – 31.

Álvarez, E. y Fernández, L. El Síndrome de «Burnout» o el desgaste profesional. I: Revisión de estudios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 991, vol. 11, No39. España.

Aranda, C., Pando, M., Torres, T. (2005). Psychosocial factors and burnout syndrome in family physicians. *An. Fac. med.*, Sept. vol.66, no.3. México.

Arévalo, Y. (2004). "Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Barría, M. (2002). "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile.

Caballero, L. & Millán, J. (1999). La aparición del síndrome del Burnout o de estar quemado. Butlletí bimestral de comunicació interna. Secretaria General de Administració y Funció Pública, 2, Abril.

Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. Edit. Praeger. New York.

Cherniss, C. (1990) natural recovery from burnout: Results of 10-years follow-up study. Journal of health and Human Resources Administration. New York.

Del Río, O. y Perezagua, M. (2003). El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. España.

De La Cruz, A. y Palomino, L. (2006). Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús Nazareno. Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Encomo, J., Paz, C. y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Invest. clín*, jun. 2004, vol.45, no.2. Venezuela.

Fischer, H. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En: Gil-Monte PR, Peiró SJM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1ª ed. Síntesis. Madrid. 1997.

Freudenberger, H. (1974) "Staff Burnout". Journal of Social Issues. N° 30. Doubleday.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo*. Edit. Síntesis Psicología. España.

Gomero, R. Palomino, J. Ruiz, F. y Llap, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation. *Revista Médica Herediana*. 16 (4). Lima.

Ibáñez, N. y Vilaregut, A. (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Revista de Enfermería clínica*. 14 (3). España.

Manassero, M., Vázquez, A., Ferrer, M.; Fornés, J. y Fernández, M. (1994): Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional. Memoria final de investigación. Madrid

Aldás, 2017; "Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout en personal de Salud", Ecuador.

Ayuso, 2012; "Profesión docente y estrés laboral: una aproximación a los conceptos de Estrés Laboral y Burnout", España.

Barbosa, 2009; "Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Docentes Universitarios", Colombia.

Cárdenas Rodríguez M., Luz Marina Méndez Hinojosa, Mónica Teresa González Ramírez. EVALUACIÓN DEL DESEMPEÑO DOCENTE, ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESORES UNIVERSITARIOS. Revista Actualidades Investigativas en Educación. Volumen 14, Número 1. Enero – abril 2012, pp. 1-22

Carrera, 2017; "Prevalencia del Síndrome de Burnout mediante una encuesta electrónica aplicada a los Docentes de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, y el grado o nivel de asociación con variables Sociodemográficas y Laborales, durante el periodo de abril - agosto de 2017", Ecuador.

Casallas Ocampo J. Andrea Paola Rodríguez Perdomo, Angie Juliet Ladino Alfonso. REVISIÓN TEÓRICA: EL ESTADO ACTUAL DE LAS INVESTIGACIONES SOBRE EL SÍNDROME DE BURNOUT EN DOCENTES DE LATINOAMÉRICA DE HABLA HISPANA, ENTRE LOS AÑOS 2010 AL 2017. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Facultad De Psicología. Centro Regional Soacha. 2017

Díaz Gantiva, Carlos Andrés; Jaimes Tabares, Steffany; Villa Orozco, María Clara. SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO DE DOCENTES DE PRIMARIA Y BACHILLERATO. Psicología desde el Caribe, núm. 26, julio-diciembre, 2010, pp. 36-50. Universidad del Norte. Barranquilla, Colombia.

Dipp, A. VALORACIÓN DEL DESEMPEÑO DOCENTE Y PRESENCIA DE BURNOUT EN MAESTROS DE EDUCACIÓN SUPERIOR. Revista Electrónica Diálogos Educativos. No. 21. Vol. 11 – agosto 2011. Instituto Politécnico Nacional. México.

Di-Collredo, Carlos; Aparicio Cruz, Diana Paola; Moreno, Jaime DESCRIPCIÓN DE LOS ESTILOS DE AFRONTAMIENTO EN HOMBRES Y MUJERES ANTE LA SITUACIÓN DE DESPLAZAMIENTO. Psychologia. Avances de la disciplina, vol. 1, núm. 2, julio-diciembre, 2007, pp. 125-156. Universidad de San Buenaventura, Bogotá, Colombia

Fernández, M. (2009); “Estrés percibido, estrategias de afrontamiento y sentido de coherencia en estudiantes de enfermería: su asociación con salud psicológica y estabilidad emocional”, México.

Gracia A., Arturo Barraza Macías. ESTRESORES ORGANIZACIONALES, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y APOYO SOCIAL EN DOCENTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA

Guerrero A., Francisco Javier López Chanez. SÍNDROME DE DESGASTE PROFESIONAL (SDP) EN UNA INSTITUCIÓN DEL SECTOR SALUD. Vol. 24 (NE-1) Mipyme. Diciembre 2014

Guerrero Barona, Eloísa. ANÁLISIS PORMENORIZADO DE LOS GRADOS DE BURNOUT Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS DOCENTE EN PROFESORADO UNIVERSITARIO. Anales de Psicología, vol. 19, núm. 1, junio, 2003. Universidad de Murcia. Murcia, España.

Gutiérrez Villareal J., Diego Felipe Sanabria Cuervo. INTELIGENCIA EMOCIONAL Y AFRONTAMIENTO DEL ESTRÉS. Universidad del Rosario, Bogotá. Colombia, 2014

Hernández, 2012; “Relaciones entre los estresores académicos, ansiedad social y estilos de afrontamiento en estudiantes de la Facultad de Psicología Quito”, Ecuador.

Ibáñez, 2011; “Prevalencia y factores asociados al Síndrome de Burnout en docentes de odontología”, Perú.

IEESA, (2013), “Investigaciones acerca del estrés en los docentes en México”, Kyriacou, C., C. (1980). Sources of stress among British teachers: The contribution of job factors and personality factors. Ed C.L. Cooper y J. Marshall (Eds.) White collar and professional stress (pp. 113 – 128). NY: Wiley.

López A., Elí Yánac Cierto. BURNOUT ACADÉMICO Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN LOS ESTUDIANTES DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN – FILIAL TARAPOTO, 2016. FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. Escuela Profesional de Psicología.

Morán, C., Landero, R. & González, M.T. (2010). COPE-28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 543-552.

Mendoza Villaveces J., Luisa Fernanda López Cortes, Laura Victoria Duque Moreno. FACTORES RELACIONADOS A LA FATIGA LABORAL: CAUSAS, CONSECUENCIAS Y MEDIDAS DE CONTROL, DOCUMENTADOS EN LA LITERATURA ENTRE LOS AÑOS 2006 Y 2016. Fundación Universitaria del Área Andina Escuela de Posgrados Especialización en Gerencia en Seguridad y Salud en el trabajo. 2016.

Molina, 2015; “Síndrome de Burnout: estudio comparativo entre docentes y enfermeras”, México.

Montoya, P., Sara Moreno Moreno. RELACIÓN ENTRE SÍNDROME DE BURNOUT, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y ENGAGEMENT.

Psicología desde el Caribe. Universidad del Norte. Vol. 29 (1): 204-227, 2012

Morales L., Luis Fernando Hidalgo Murillo. SÍNDROME DE BURNOUT. Medicina Legal de Costa Rica - Edición Virtual. Vol. 32 (1), marzo 2015. ISSN 1409-0015.

Quiceno, J., Y Stefano Vinaccia Alpi. BURNOUT “SÍNDROME DE QUEMARSE EN EL TRABAJO (SQT)”. Acta Colombiana de Psicología 10 (2): 117-125, 2007

Quaas, Cecilia. DIAGNÓSTICO DE BURNOUT Y TÉCNICAS DE AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS EN PROFESORES UNIVERSITARIOS DE LA QUINTA REGIÓN DE CHILE. Psicoperspectivas, vol. V, núm. 1, 2006, pp. 65-75 Pontificia Universidad Católica de Valparaíso. Viña del Mar, Chile

Rodríguez García, A.M., Sola Martínez, T. & Fernández Cruz, M. IMPACTO DEL BURNOUT EN EL DESARROLLO PROFESIONAL DEL PROFESORADO UNIVERSITARIO. UNA REVISIÓN DE LA INVESTIGACIÓN. Revista electrónica Interuniversitaria de formación del profesorado. 20 (3), 161-178. DOI: <http://dx.doi.org/10.6018/reifop.20.3.275121>

Unamuno, L., RELACIÓN ENTRE EL SÍNDROME DE BURNOUT Y LA SATISFACCIÓN LABORAL EN DOCENTES DE EDUCACIÓN PRIMARIA. Universidad Argentina de la Empresa. 2015

UNESCO, (2005), “Condiciones de Trabajo y Salud Docente: Estudio de casos en Argentina, Chile, Ecuador, México, Perú y Uruguay”, Imprenta Alfabetas Artes Gráficas.

Anexos
Anexo 1: Anteproyecto de tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO.

VICERRECTORADO DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN

INSTITUTO DE POSGRADO

**PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SEGURIDAD INDUSTRIAL: MENCIÓN
PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL**

DECLARACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

TEMA: Programa de Afrontamiento para Síndrome de Burnout en médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

PROPONENTE:

MD. Luis Fernando Huilca Logroño

RIOBAMBA - ECUADOR

2017

1. TEMA.

Programa de Afrontamiento para Síndrome de Burnout en médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.

2. PROBLEMATIZACIÓN.

2.1 Ubicación del sector donde se va a realizar la investigación

El trabajo de investigación se realizará con los médicos especialistas en cirugía general de los Hospitales de 2do Nivel según la escala dispuesta por el MSP, los cuales son el Hospital provincial General Docente de Riobamba perteneciente al MSP y el Hospital IESS Riobamba. Ubicados en las calles Av. Juan Feliz Proaño y Chile y en las calles Av. Unidad Nacional y Chile respectivamente.

2.2 Situación Problemática

El Síndrome de Burnout se ha definido como una respuesta al estrés laboral crónico, integrado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja (actitudes de despersonalización), al propio rol profesional (falta de realización profesional en el trabajo) y también por la vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Gil-Monte & Peiró, 1997).

El Síndrome de Burnout ha sido investigado en ámbitos y grupos ocupacionales diversos. Las exploraciones iniciales se realizaron en médicos y enfermeras (os), posteriormente, se incluyeron profesionales ligados a la salud mental tales como psiquiatras, enfermeras psiquiátricas y auxiliares de Enfermería (Gil-Monte & Peiró, 1997). Aunque en la actualidad se acepta que el Síndrome de Burnout afecta a cualquier grupo ocupacional, existen profesionales más predispuestos a este síndrome, como es el caso específico de los profesionales de la salud.

La presencia del Síndrome de Burnout se ha considerado una consecuencia de trabajar intensamente hasta el límite de no tomar en cuenta las necesidades personales. Esta situación se acompaña de sentimientos de falta de ayuda, de impotencia, de actitudes negativas y de una

posible pérdida de autoestima que sufre el trabajador, descrita como Síndrome de Burnout (Caballero & Millán, 1999).

El 30 por ciento de los médicos sufre el síndrome de 'Burnout' o síndrome 'del quemado', según indica la presidenta del sector de Atención Especializada de la Confederación Estatal de Sindicatos Médicos (CESM) y psiquiatra del Hospital Quirón de Valencia, Mayte Lázaro, que asegura que esta situación se debe a la "elevada sobrecarga laboral".

En el ámbito latinoamericano, Chile registra una prevalencia del Síndrome de Burnout del 30% en profesionales de salud de los niveles primario y secundario de atención y afecta principalmente a las mujeres que ejercen la medicina (Román, 2003).

Román (2003) en la investigación "Estrés y Burnout en profesionales de la salud de los niveles primario y secundario de atención (Chile)", encontró los siguientes hallazgos: "Se estableció la hipótesis de que, así como el género y la profesión, el nivel de atención también diferenciaba significativamente las respuestas de estrés y Burnout. Una segunda hipótesis consistió en que el bajo reconocimiento profesional se asocia a respuestas de estrés y de Burnout. Ambas fueron confirmadas. La prevalencia de Burnout fue ligeramente superior a 30% y la de síntomas de estrés de 50 %. El Burnout afectó fundamentalmente a las mujeres médicas de atención primaria, y el estrés a las enfermeras del mismo nivel de atención".

En la ciudad y en el país son muchos los trabajos dedicados al conocimiento de este síndrome, pero los cuales tienen resultados diversos, y no están enfocados a los trabajadores Médicos Cirujanos los cuales en su perfil de Trabajo están sometidos estrechamente a mayor carga laboral y horas de trabajo interrumpidas además de sobrecarga de estrés laboral.

Para plantear el trabajo se realizó una encuesta previa de Síndrome de Burnout con el cuestionario CBB en el que se detecta que los médicos especialistas en cirugía general de los hospitales de segundo nivel de la ciudad de Riobamba presentan Síndrome de Burnout Medio-Bajo los cuales se describen a continuación en los gráficos:

Tabla No.1 Línea base del Síndrome de Burnout**Resúmenes de casos^a**

	Burnout
1	Medio
2	Medio
3	Medio
4	Medio
5	Medio
6	Medio
7	Medio
8	Medio
9	Medio
10	Medio
11	Medio
12	Medio
13	Medio
14	Medio
15	Medio
16	Medio
Total N	16

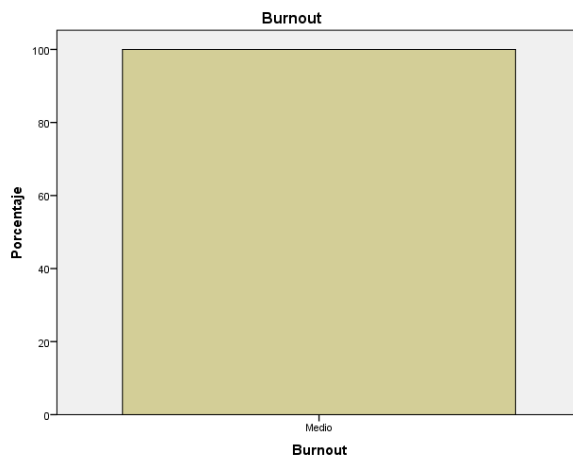
a. Limitado a los primeros
100 casos.

Elaborado por: Luis Fernando Huilca

Tabla No. 2 Casos de Burnout**Burnout**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Medio	16	100,0	100,0	100,0

Elaborado por: Luis Fernando Huilca

Gráfico No. 1 Porcentaje de Síndrome de Burnout

Elaborado por: Luis Fernando Huilca

2.3 Formulación del problema

¿Cómo el programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout en médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba?

2.4 Problemas derivados

¿Cómo el programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba?

¿Cómo el programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba?

2. JUSTIFICACIÓN

La problemática del síndrome de burnout en el personal Especialista en Cirugía General de los hospitales de 2do nivel de atención de la ciudad de Riobamba así como la alta incidencia de riesgo psicosocial debido a las múltiples factores a los que están expuestos a diarios, las tensiones de manejar a pacientes críticos, la tensión de manejar a un número excesivo de pacientes para un poco personal que labora, denotan un alto grado de responsabilidad en el

trabajo y probable disfunción orgánica y psicosocial.

El riesgo psicosocial es uno de los causantes de múltiples patologías psicosomáticas que incluyen desde musculo esqueléticos hasta neurológicas por lo que se evidencia la importancia de esta investigación.

Los médicos especialistas en Cirugía general se ven abocados a la atención de varias patologías no solo de tipo quirúrgicas sino también de tipo clínico-quirúrgicas, a las largas jornadas de trabajo en especial con trabajo nocturno y estrés sobreañadido por el mismo hecho de actuar en tratamiento quirúrgicos.

La importancia de esta investigación es en identificar y proponer medidas correctivas, además en realizar una comparación entre las casas de salud.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo general

Demostrar que el programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

Objetivos específicos

- Demostrar cómo el programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba.
- Demostrar cómo el programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba

5. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

5.1. POSICIONAMIENTO PERSONAL

"Una población sana es el mayor activo que cualquier país puede tener" decía Sir Wiston Churchill. Y quienes tienen en su mano hacer realidad la afirmación del político británico son los médicos.

Pero ¿qué pasa si ellos no se encuentran bien? Una revisión de trabajos sobre el tema, publicada en la revista médica '*The Lancet*', concluye que, en general, los doctores no gozan de una salud envidiable y que sufren más estrés, depresión, cansancio, trastornos alimentarios y problemas sentimentales que el resto de los ciudadanos determinándose que el índice de suicidio en esta profesión es hasta seis veces más alto. Jean E Wallace, Jane Lemaire y William A Ghali, de los departamentos de sociología y medicina de la *Universidad de Calgary* (Canadá), han analizado todos los artículos que hacían referencia al estado de los médicos desde julio de 1985 hasta julio de 2009, aunque se han centrado más en la situación de los últimos cinco años.

Y lo que han visto es que los profesionales sanitarios cada vez están más 'quemados'. Entre un 25% y un 60% de los galenos reconoce sufrir este síndrome ('Burnout', en inglés), propio de la sociedad moderna. Entre los sanitarios españoles y latinoamericanos, al menos el 36,3% afirma padecerlo.

La excesiva carga de trabajo, el poco tiempo para el ocio y la competencia en la profesión van haciendo mella en los galenos. Uno de los estudios analizados revela que el 17% de los médicos residentes puntúan su salud mental como pobre, un porcentaje que dobla al de la población general, y la depresión es una compañera habitual de los doctores, especialmente en el sexo femenino. El índice de suicidio es seis veces más alto entre estos profesionales de bata blanca que en el resto de la ciudadanía y la mortalidad debido a problemas cardiovasculares también es mayor.

Por si no fuera suficiente con todo lo anterior, alrededor del 12% de las personas que se decantan por este trabajo desarrollará algún trastorno por abuso de sustancias en algún momento de su carrera. La situación individual, familiar y profesional laboral influye en el estado general del médico. Y, paradójicamente, cuando se encuentran mal no buscan la ayuda de sus compañeros. "Los médicos tienden a no preocuparse mucho por su salud. Muestran

indiferencia hacia su propio estado y se niegan a hacer exámenes médicos.

Sin embargo, un 92% reconoce que se auto prescribe fármacos", explica Jean E Wallace, coordinadora de esta revisión, que afirma que "este patrón de comportamiento es universal y no varía entre los médicos de unos países y otros" por lo tanto se podría afirmar que el personal de salud son cuidadores que no se cuidan. Persiste en la profesión un cierto tabú a la hora de pedir ayuda a otros colegas. "Los doctores se suelen sentir incómodos en el papel de pacientes y piensan que sus compañeros lo pueden interpretar como un signo de debilidad o que piensen que no están en condiciones para ejercer", afirma la investigadora.

Los galenos temen poner en riesgo sus carreras y, por eso, trabajan, aunque no se encuentren bien. Una encuesta que ponía a los médicos en situaciones hipotéticas mostró que el 61% de los residentes iría a trabajar, aunque hubieran estado vomitando toda la noche. El 83% acudiría a atender a los pacientes a pesar de tener sangre en la orina, el 76% iría con úlcera de estómago y un 73% con graves crisis de ansiedad. A la hora de atender a un médico, la profesión se enfrenta a un dilema ético: elegir entre proteger la privacidad de su colega o la seguridad del paciente. Históricamente, la tendencia dominante ha sido siempre la de guardarle el secreto al compañero. La mayoría de los médicos preguntados denunciarían antes a un doctor que estuviera abusando de sustancias que a otro con un trastorno emocional o cognitivo. La mala situación emocional se suele pasar por alto. Este malestar del médico afecta al cuidado del paciente. Las evidencias indican que, si el profesional se encuentra bien, la atención al ciudadano es mucho mejor y viceversa.

En la literatura médica está bien documentado que los médicos que trabajan muchas horas seguidas, más de 24 horas, tienen peores reflejos y cometen más errores con sus pacientes y más graves. Pero no sólo los enfermos corren el riesgo de escuchar un mal diagnóstico, sino que los propios profesionales se ponen en peligro. La fatiga aumenta las posibilidades de que se pinchen accidentalmente con una aguja o, incluso, de que sufran un accidente de coche mientras vuelven a casa. Los propios médicos son conscientes de que el cansancio, la falta de sueño y el estrés lo pagan los pacientes. En concreto, la falta de sueño puede ser más incapacitante que altos niveles de alcohol en sangre. En un editorial que acompaña al estudio, se señala que "médicos sanos significa pacientes más sanos". Por eso plantea la necesidad de incluir la salud de los galenos como un indicador más para medir la calidad del sistema sanitario de un país y recuerda la importancia de que se sometan a chequeos rutinarios, como el resto de la gente.

El término *Burnout* es un anglicismo utilizado, en un primer momento, por la sociedad británica como un concepto popular dentro de la jerga de los deportistas que describía una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, ésta no lograba obtener los resultados esperados por más que se hubiera preparado y esforzado para conseguirlos. En castellano, su traducción literal significa "estar quemado", "síndrome del quemado profesional" o "quemazón profesional". (Pieró, 2005) Fue utilizado por primera vez por Freudenberger (1974), en su descripción del agotamiento que sufrían los trabajadores de los servicios sociales.

Sin embargo, fue Maslach (1976), quien dio a conocer esta palabra de forma pública en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos. Describiendo un fenómeno de agotamiento en trabajadores que ejercían su actividad laboral con o para personas, en lo que se denominó trabajadores de servicios humanos. (Encomo, Paz y Liebster, 2004) Definido en un primer momento como "debilitamiento, agotamiento o comienzo de extenuación por excesivas demandas sobre la energía, la fuerza o los recursos" (Freudenberger, 1974:159). Este autor constató en su experiencia como director de una clínica como sus trabajadores al cabo de un tiempo y como causa de lo que analizó posteriormente: excesivas demandas y expectativas no realistas creadas por uno mismo y/o por la sociedad, se generaban unos síntomas de irritabilidad, cinismo y depresión de los trabajadores hacia las personas con las que trabajaban.

La definición de Freudenberger estaba encuadrada dentro de una perspectiva clínica. Se centró en el estudio de su etiología, síntomas, curso y recomendaciones de tratamiento, representando en su manifestación clínica un estado de cansancio que resulta de trabajar demasiado intensamente y sin preocuparse de sus propias necesidades. Más tarde, en los años 80, surgen muchos libros y artículos en donde se planteaban multitud de modelos explicativos, proponiéndose ideas de intervención y se presentaban varias formas de corroborar sus evidencias por medio de cuestionarios, entrevistas y estudios de casos clínicos (Maslach, 1999:36). A principios de los 80, el fenómeno *Burnout* es casi exclusivamente estudiado en EEUU, gradualmente se incorporan a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña, hasta el momento actual, en el que podemos encontrar estudios por todo el mundo. (Soriana y Herruzo, 2005) La literatura actual se caracteriza fundamentalmente por los siguientes aspectos:

- a. Se sigue estudiando el Burnout dentro de ocupaciones laborales de servicios humanos, aunque la variedad de profesiones se amplía constantemente.
- b. El concepto de Burnout se extiende a otro tipo de ocupaciones, así como a áreas no ocupacionales como (mundo de negocios, deportes, política, ámbito familiar, etc.).
- c. La mayoría de los estudios tienden a focalizar más su atención sobre factores relacionados directamente con el trabajo que con otro tipo de variables.

Aunque no existe una definición unánimemente aceptada sobre Burnout, sí parece haber consenso en que se trata de una respuesta al estrés laboral crónico, una experiencia subjetiva que engloba sentimientos y actitudes con implicaciones nocivas para la persona y la organización. Gil-Monte y Peiró (1997) han afirmado que el síndrome del quemado puede estudiarse desde dos perspectivas, clínica y psicosocial.

La perspectiva clínica asume el Burnout como un estado (concepción estática) al que llega el sujeto como consecuencia del estrés laboral, y la psicosocial, lo define como un proceso con una serie de etapas que se generan por interacción de las características personales y del entorno laboral. En esta misma línea, Fischer (1983) consideró el Burnout como un estado resultante del trauma narcisista que conllevaba una disminución en la autoestima de los sujetos, mientras que Pines y Aronson (1988:9), lo conceptualizan como un estado en el que se combinan fatiga emocional, física y mental, sentimientos de impotencia e inutilidad y baja autoestima.

Este estado según estos autores iba acompañado de un conjunto de síntomas que incluía vacío físico, sentimientos de desamparo y desesperanza, desilusión y desarrollo de un autoconcepto y una actitud negativa hacia el trabajo y hacia la vida misma. En su forma más extrema, el Burnout representa un punto de ruptura más allá del cual la capacidad de enfrentarse con la ambiente resulta severamente disminuido y es especialmente duro para personas entusiastas e idealistas. Esta imagen del profesional como héroe trágico, víctima de su propio celo e idealismo, que paga un elevado precio por su alto rendimiento, fue la primera aproximación a este fenómeno, pero no se ajusta al modelo que actualmente se acepta (Manassero y col., 1994).

Desde una perspectiva clínica, Freudenberger (1974), empleó por vez primera el término Burnout para describir un conjunto de síntomas físicos sufridos por personal de salud como resultado de las condiciones de trabajo. Según este autor, es típico de las profesiones de servicios de ayuda y se caracteriza por un estado de agotamiento como consecuencia de

trabajar intensamente, sin tomar en consideración las propias necesidades.

Este enfoque sostiene que Burnout aparece más frecuentemente, en los profesionales más comprometidos, en los que trabajan más intensamente ante la presión y demandas de su trabajo, poniendo en segundo término sus intereses. Se trata de una relación inadecuada entre profesionales, excesivamente celosos en su trabajo y clientes excesivamente necesitados, una respuesta del profesional asistencial al realizar un sobreesfuerzo.

Desde una perspectiva psicosocial, la mayoría de sus adeptos, aceptan hoy la definición de Burnout elaborada por Maslach y Jackson (1986), quienes lo consideran como una respuesta, principalmente emocional, situando los factores laborales y los organizacionales como condicionantes y antecedentes. Los estudios de Maslach y Jackson (1981 y 1986) argumentan que el Burnout es un síndrome tridimensional que se desarrolla en aquellos profesionales cuyo objeto de trabajo son personas (usuarios) y añaden tres dimensiones características:

- Agotamiento emocional. Se define como cansancio y fatiga que puede manifestarse física, psíquicamente o como una combinación de ambos. Es la sensación de no poder más de sí mismo a los demás.
- Despersonalización. Es la segunda dimensión y se entiende como el desarrollo de sentimientos, actitudes, y respuestas negativas, distantes y frías hacia otras personas, especialmente hacia los beneficiarios del propio trabajo. Se acompaña de un incremento en la irritabilidad y una pérdida de motivación hacia el mismo.

El profesional trata de distanciarse no sólo de las personas destinatarias de su trabajo sino también de los miembros del equipo con los que trabaja, mostrándose cínico, irritable, irónico e incluso utilizando a veces etiquetas despectivas para aludir a los usuarios y tratando de hacerles culpables de sus frustraciones y descenso del rendimiento laboral.

- Sentimiento de bajo logro o realización profesional y/o personal. Surge cuando se verifica que las demandas que se le hacen, exceden su capacidad para atenderlas de forma competente. Supone respuestas negativas hacia uno mismo y hacia su trabajo, evitación de las relaciones personales y profesionales, bajo rendimiento laboral, incapacidad para soportar la presión y una baja autoestima. La falta de logro personal en el trabajo se caracteriza por una dolorosa

desilusión y fracaso en dar sentido personal al trabajo. Se experimentan sentimientos de fracaso personal (falta de competencia, de esfuerzo o conocimientos), carencias de expectativas y horizontes en el trabajo y una insatisfacción generalizada.

Como consecuencia: la impuntualidad, la abundancia de interrupciones, la evitación del trabajo, el absentismo y el abandono de la profesión, son síntomas habituales y típicos de esta patología laboral. Si bien, la mayoría de las investigaciones actuales aceptan la perspectiva psicosocial, algunos autores discrepan de los supuestos planteados por Maslach y Jackson (1981), entre los que se encuentran Gil-Monte y Peiró (1997).

De lo que no parece haber dudas es de que el síndrome de Burnout comprende una serie de alteraciones físicas, comportamentales y emocionales que tienen su origen en factores individuales, laborales y sociales. En cuanto a los síntomas, diversos autores (Maslach y Pines, 1977; Cherniss, 1980 y Maslach, 1982) revelan que se pueden agrupar en cuatro áreas sintomatológicas:

- Síntomas psicosomáticos. Destacan los dolores de cabeza, fatiga crónica, úlceras o desórdenes gastrointestinales, dolores musculares en la espalda y cuello, hipertensión y en las mujeres pérdidas de ciclos menstruales.
- Síntomas conductuales. Engloba síntomas tales como ausentismo laboral, conducta violenta, abuso de drogas, incapacidad de relajarse, etc.
- Manifestaciones emocionales. El distanciamiento afectivo que el profesional manifiesta a las personas a las que atiende, la impaciencia, los deseos de abandonar el trabajo y la irritabilidad, forman parte de las manifestaciones emocionales que conforman el tercer grupo sintomatológico. Es también frecuente, la dificultad para concentrarse debido a la ansiedad experimentada, produciéndose así un descenso del rendimiento laboral, al mismo tiempo, le surgen dudas acerca de su propia competencia profesional, con el consiguiente descenso en su autoestima.
- Síntomas defensivos. Los síntomas defensivos que aluden a la negación emocional. Se trata de un mecanismo que utiliza el profesional para poder aceptar sus sentimientos, negando las emociones anteriormente descritas cuyas formas más habituales son: negación de las emociones, ironía, atención selectiva y el desplazamiento de sentimientos hacia otras situaciones o cosas. También pueden utilizar para defenderse la intelectualización o la atención

parcial hacia lo que le resulta menos desagradable (Álvarez y Fernández, 1991).

Factores asociados al síndrome de Burnout

La edad aunque parece no influir en la aparición del síndrome se considera que puede existir un periodo de sensibilización debido a que habría unos años en los que el profesional sería especialmente vulnerable a éste, siendo estos los primeros años de carrera profesional dado que sería el periodo en el que se produce la transición de las expectativas idealistas hacia la práctica cotidiana, apreciándose en este tiempo que tanto las recompensas personales, profesionales y económicas, no son ni las prometidas ni esperada. (Barría, 2002).

Según **el sexo** sería principalmente las mujeres el grupo más vulnerable, quizá en este caso de los profesionales de la salud por razones diferentes como podrían ser la doble carga de trabajo que conlleva la práctica profesional y la tarea familiar así como la elección de determinadas especialidades profesionales que prolongarían el rol de mujer. (Barría, 2002).

El estado civil, aunque se ha asociado el Síndrome más con las personas que no tienen pareja estable, tampoco hay un acuerdo unánime; parece que las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables. En este mismo orden la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistentes al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas más maduras y estables, y la implicación con la familia y los hijos hace que tengan mayor capacidad para afrontar problemas personales y conflictos emocionales; y ser más realistas con la ayuda del apoyo familiar. (Barría, 2002).

La turnicidad laboral y el horario laboral de estos profesionales pueden conllevar para algunos autores la presencia del síndrome, aunque tampoco existe unanimidad en este criterio; siendo en enfermería donde esta influencia es mayor. (Barría, 2002).

Sobre **la antigüedad profesional** tampoco existe un acuerdo. Algunos autores encuentran una relación positiva con el síndrome manifestado en dos periodos, correspondientes a los dos primeros años de carrera profesional y los mayores de 10 años de experiencia, como los momentos en los que se produce un menor nivel de asociación con el síndrome. Naisberg y Fenning encuentran una relación inversa debido a que los sujetos que más Burnout

experimentan acabarían por abandonar su profesión, por lo que los profesionales con más años en su trabajo serían los que menos Burnout presentaron y por ello siguen presentes. (Barría, 2002).

Es conocida la relación entre Burnout y **sobrecarga laboral en los profesionales** asistenciales, de manera que este factor produciría una disminución de la calidad de las prestaciones ofrecidas por estos trabajadores, tanto cualitativa como cuantitativamente Sin embargo no parece existir una clara relación entre el número de horas de contacto con los pacientes y la aparición de Burnout, si bien si es referida por otros autores.

También **el salario** ha sido invocado como otro factor que afectaría al desarrollo de Burnout en estos profesionales, aunque no queda claro en la literatura. (Barría, 2002) El Maslach Burnout Inventory (MBI) es un instrumento en el que se plantea al sujeto una serie de enunciados sobre los sentimientos y pensamientos con relación a su interacción con el trabajo.

Cuestionario breve de "Burnout" (CBB)

AUTORES: Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997)

PROCEDENCIA: Publicada por Gonzales Llaneza, Felicia Mirian (2007), en su texto "Instrumentos de Evaluación Psicológica", Editorial Ciencias Médicas, La Habana – Cuba, P. 254; pp. 403.

ADAPTACIÓN: Mg. Aniceto Elías Aguilar Polo

OBJETIVO:

El cuestionario es para evaluar el síndrome, sus antecedentes y consecuentes de forma general efectuadas durante las acciones laborales.

DESCRIPCIÓN:

El Cuestionario Breve de Burnout (C.B.B.) es una medición global del Burnout, así como una medición de tres variables consideradas como "antecedentes" y una escala de variables "consecuentes".

Permite un diagnóstico acertado de cada dimensión del Burnout (agotamiento emocional / AE, despersonalización / DP, falta de realización personal / FRP).

El CBB es una adaptación del Maslach Burnout Inventory (MBI) realizada en España por Bernardo Moreno y sus colaboradores, está compuesta de 21 ítems y una pregunta abierta. Además de las 3 dimensiones tradicionales del Burnout señaladas anteriormente, incorpora escalas para la evaluación del "tedio", las "características de la tarea" y el "clima organizacional" como variables antecedentes y una escala sobre "consecuencias" o repercusiones del síndrome en la calidad de vida del sujeto, especialmente en su salud y sus relaciones interpersonales.

Los autores señalan que este cuestionario es para evaluar el síndrome, sus antecedentes y consecuentes de forma general.

Dimensiones	Coefficiente de Alfa Cronbach
Cansancio emocional	0.95
Despersonalización	0.85
Realización personal	0.90
Características de la tarea	0.95
Tedio	0.90
Organización	0.90
Consecuencias del Burnout	0.95

ESTRUCTURA:

DIMENSIONES	ÍTEMS	RIESGO DE BURNOUT
Cansancio emocional	1, 7, 15	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Despersonalización	3, 11, 18	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Realización personal	5, 12, 19	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Características de la tarea	2, 10, 16	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Tedio	6, 14, 20	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Organización	4, 8, 9	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO
Consecuencias del Burnout	13, 17, 21	12 – 15 ALTO 8 – 11 MODERADO 3 – 7 BAJO

Elaborado por: Luis Huilca, 2018.

Corrección o calificación del CBB:

Para las correcciones al puntaje alcanzado se divide entre 3. La calificación primaria (corrección) fue determinada inicialmente de forma teórica, en función de las puntuaciones medias en cada una de las dimensiones, siguiendo la recomendación de los autores de este inventario:

- Puntuación media inferior a 3: no está afectado por burnout, por lo que continúe las acciones laborales tomando decisiones adecuadas.
- Puntuación media superior a 3: está moderadamente afectado, por lo que debe desarrollar un plan para corregir las áreas de problema.
- Puntuación media superior a 4: está muy afectado por burnout, por tanto, recae en la necesidad urgente de acciones correctivas del estado laboral.

6. HIPÓTESIS

6.1 Hipótesis General

El programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba obteniendo relajación fisiológica, física y mental.

6.2. Hipótesis Específicas

- El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.
- El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando la sintomatología en cuello, brazos y cadera.

7. OPERATIVIDAD DE VARIABLES

7.1. Operatividad de la variable específica 1

El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.

CATEGORIZACIÓN	CONCEPTUALIZACIÓN	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Terapias Alternativas	Se refiere al uso de la música y/o sus elementos (sonido, ritmo, melodía , armonía) realizado por un musicoterapeuta calificado con un paciente o grupo, en un proceso creado para facilitar, promover la comunicación, las relaciones, el aprendizaje, el movimiento, la expresión, la organización y otros objetivos terapéuticos relevantes, para así satisfacer las necesidades físicas, emocionales, mentales, sociales y cognitivas. Tiene como fin desarrollar potencialidades y/o restaurar las funciones del individuo de manera tal que éste pueda lograr una mejor integración intra y/o interpersonal y consecuentemente una mejor calidad de vida a través de la prevención, rehabilitación y tratamiento	VARIABLE INDEPENDIENTE: Musicoterapia pasiva	Música Instrumental relajante: CONTENIDO CD: 1.- Albinoni Giazotto - Adagio en Gm 2.- Ernesto Cortazar – Beethoven`s Silence Ebm 3.- Amadeus Mozart – Sonata de Piano No. 16 C 4.- Amadeus Mozart – Concierto de clarinete K622 en A 5.- Yanni – Felitsa Dm 6.- Yanni – Marching Season Gm 7.- Yanni – Adagion en Cm 8.- Yanni – Nightingale Em	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Cd de Música, Musicoterapia transquirurgica
Factores Psicosociales	Es un proceso continuo, de comienzo insidioso, paulatino que ocurre en el contexto laboral. Las causas son múltiples como múltiples son las fuentes de estrés en el trabajo.	VARIABLES DEPENDIENTE S: Despersonalización cansancio emocional (Sd Burnout)	Relajación fisiológica, física y mental en el proceso	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Test de CBB corto

7.2. Operatividad de la variable específica 2

- El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de

los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando e la sintomatología en cuello, brazos y cadera.

CATEGORIZACIÓN	CONCEPTUALIZACIÓN	VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Terapias Alternativas	Conjunto de ejercicios físicos que se propone no presenta antecedentes con iguales propósitos en nuestro contexto, a pesar de ello, no se considera que el mismo sea único y acabado, por el contrario tiene un carácter flexible e integral y puede contextualizarse acorde al entorno donde se apliquen, teniendo en cuenta las características de los trabajadores y su entorno social.	VARIABLE INDEPENDIENTE: TE: Gimnasia Laboral	Ejercicios físicos relajantes para: Cuello Brazos Cintura	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Manual de Gimnasia Laboral
Factores Psicosociales	Es un proceso continuo, de comienzo insidioso, paulatino que ocurre en el contexto laboral. Las causas son múltiples como múltiples son las fuentes de estrés en el trabajo.	VARIABLES DEPENDIENTES: Despersonalización cansancio emocional (Sd. Burnout)	Relajación fisiológica, física y mental en el proceso	TÉCNICAS: Revisión Bibliográfica, Observación, Test de CBB corto

8. METODOLOGÍA

8.1 Tipo de Investigación

8.1.1 Investigación Descriptiva

“Busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010).

8.1.2 Investigación Correlacional

“Asocia variables mediante un patrón predecible para un grupo o población.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

8.1.3 Investigación Explicativa

“Pretende establecer las causas de los eventos, sucesos o fenómenos que se estudian.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

8.2 Diseño de la Investigación

El diseño de Investigación a aplicarse en este trabajo será la Pre Experimental, que “consiste en administrar un estímulo o tratamiento a un grupo y después aplicar una medición de una o más variables para observar cual es el nivel del grupo en estas y cuyo grado de control es mínimo.” (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2010)

8.3 Población

La población de la presente investigación son los 16 Médicos especialistas en Cirugía General de los Hospitales de 2do nivel de la Ciudad de Riobamba, de los cuales se desglosa HPGDR (8), y Hospital IESS Riobamba (8).

8.4 Muestra

No se realizará cálculo Muestral por cuanto se trabaja con toda la población

8.5 Métodos de Investigación

8.5.1 Investigación Cuantitativa-Deductiva

Se aplica la lógica deductiva, partiendo de datos generales proporcionados por la revisión bibliográfica con respecto a Síndrome de Burnout y sus consecuencias, para posteriormente en base a los datos obtenidos, extraer las conclusiones propias del tema estudiado.

8.6 Técnicas de Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos para la recolección de los datos serán:

Entrevista

Observación

Registro fotográfico

8.7 Técnicas de procedimientos para el análisis de resultados.

- Revisión crítica de la información recolectada.
- Tabulación de la información.
- Estudio de la información con el manejo de herramientas estadísticas de datos.
- Presentación de resultados y representaciones gráficas.

- Análisis de los resultados estadísticos, destacando relaciones existentes entre las variables.
- Interpretación de los resultados que se obtuvieron, con apoyo en el marco teórico, pertinentemente.
- Comprobación de la hipótesis, para verificar en forma estadística.
- Establecimiento de conclusiones y recomendaciones.

9. RECURSOS HUMANOS Y FINANCIEROS

9.1 Recurso Humano.

Personal Administrativo.

Personal Médico Especialista en Cirugía General

Tesista

9.2 Recurso Financiero.

Tabla 9.1 Recurso Financiero

	MATERIALES	PRESUPUESTO
	Copias	100
	Impresiones y otros (empastados)	1000
	Útiles de Oficina	250
	Transporte	150
	Varios o imprevistos	450
	TOTAL	1950

10. CRONOGRAMA

Tabla 10.1 Cronograma de trabajo

No.	TAREA	ENERO	MARZO ABRIL	MAYO	JUNIO
1	Estructura del Plan y Aprobación				
2	Encuestas				
3	Aplicación de Metodología				
4	Tabulación de Datos				
5	Revisión de Borrador				
6	Revisión de Documento Final				
7	Presentación de la Investigación				

Fuente: Proyecto de tesis

Elaborado por: Fernando Huilca

11. MATRIZ LÓGICA

FORMULACION DEL PROBLEMA	OBJETIVO GENERAL	HIPOTESIS GENERAL
¿Cómo el programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout en médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba?	Demostrar que el programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout en médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	El programa de afrontamiento disminuye el Síndrome de Burnout de los médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba Obteniendo relajación fisiológica, física y mental.
PROBLEMAS DERIVADOS	OBJETIVOS ESPECIFICOS.	HIPOTESIS ESPECIFICAS
¿Cómo el programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba?	Demostrar cómo el programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	El programa de afrontamiento con la aplicación de musicoterapia pasiva disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba controlando los componentes cansancio emocional y despersonalización.
¿Cómo el programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba?	Demostrar cómo el programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba	El programa de afrontamiento mediante la realización de gimnasia laboral disminuye los niveles del Síndrome de Burnout de médicos especialistas de Cirugía General de los Hospitales de 2do Nivel de la Ciudad de Riobamba mejorando el contexto osteomuscular.

12. BIBLIOGRAFÍA

Álvarez, E. y Fernández, L. El Síndrome de «Burnout» o el desgaste profesional. I: Revisión de estudios. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 991, vol. 11, No39. España.

Aranda, C., Pando, M., Torres, T. (2005). Psychosocial factors and burnout syndrome in family physicians. *An. Fac. med.*, Sept. vol.66, no.3. México.

Arévalo, Y. (2004). "Sobrecarga laboral y su influencia en la funcionalidad familiar de los profesionales de enfermería del Hospital Regional de Ayacucho". Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Barría, M. (2002). "Síndrome de Burnout en asistentes sociales del Servicio Nacional de Menores de la Región Metropolitana de Chile.

Caballero, L. & Millán, J. (1999). La aparición del síndrome del Burnout o de estar quemado. Butletí bimestral de comunicació interna. Secretaria General de Administració y Funció Pública, 2, Abril.

Cherniss, C. (1980). Professional burnout in human service organizations. Edit. Praeger. New York.

Cherniss, C. (1990) natural recovery from burnout: Results of 10-years follow-up study. Journal of health and Human Resources Administration. New York.

Del Río, O. y Perezagua, M. (2003). El síndrome de Burnout en los enfermeros/as del Hospital Virgen de la Salud de Toledo. España.

De La Cruz, A. y Palomino, L. (2006). Efectividad de la terapia de relajación progresiva en la disminución del nivel de estrés en los profesionales de enfermería que laboran en los centros y puestos de salud de los distritos de Ayacucho, San Juan Bautista, Carmen Alto y Jesús

Nazareno. Ayacucho. Tesis pre grado de la Facultad de Enfermería. Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga.

Encomo, J., Paz, C. y Liebster, E. (2004). Rasgos de personalidad, ajuste Psicológico y Síndrome de agotamiento en personal de enfermería. *Invest. clín*, jun. 2004, vol.45, no.2. Venezuela.

Fischer, H. (1983). A psychoanalytic view of burnout. En: Gil-Monte PR, Peiró SJM. *Desgaste Psíquico en el Trabajo: El Síndrome de Quemarse*. 1ª ed. Síntesis. Madrid. 1997.

Freudenberger, H. (1974) "Staff Burnout". *Journal of Social Issues*. N° 30. Doubleday.

Gil-Monte, P. y Peiró, J. (1997): *Desgaste psíquico en el trabajo*. Edit. Síntesis Psicología. España.

Gomero, R. Palomino, J. Ruiz, F. y Llap, C. (2005). El Síndrome de Burnout en personal sanitario de los hospitales de la empresa minera de Southern Perú Copper Corporation. *Revista Médica Herediana*. 16 (4). Lima.

Ibáñez, N. y Vilaregut, A. (2004). Prevalencia del síndrome de Burnout y el estado general de salud en un grupo de enfermeras de un hospital de Barcelona. *Revista de Enfermería clínica*. 14 (3). España.

Manassero, M., Vázquez, A., Ferrer, M.; Fornés, J. y Fernández, M. (1994): *Burnout en profesores: impacto sobre la calidad de la educación, la salud y consecuencias para el desarrollo profesional*. Memoria final de investigación. Madrid

Anexo 2: Instrumento CBB

CARTILLA Nº 01**CUESTIONARIO BREVE DE BURNOUT (C.B.B.)**

Autores: Moreno-Jiménez, B., Bustos, R., Matallana, A. & Miralles, T. (1997)

Adaptado por:

Aniceto Elias Aguilar Polo

Instrucciones para responder el cuestionario

Este cuestionario hace referencia a diferentes formas de cansancio emocional, despersonalización, realización personal, características de la tarea, tedio, organización y consecuencias del Burnout que caracteriza a las organizaciones o instituciones educativas.

Este cuestionario es totalmente anónimo, los datos tendrán tratamiento estadístico.

Las frases que encontrará son de este tipo:

Consigo muchas cosas valiosas en mi trabajo. (Si responde raramente, será de esta forma)

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

Por favor, conteste primero las siguientes preguntas, referidas a datos generales. Donde aparecen varias opciones de respuestas, circule (Ⓞ), la que corresponde y complete el espacio vacío:

A) Edad: _____ años

B) Sexo: 1 M 2 F

C) Relaciones de pareja: 1. Con pareja habitual 2. Sin pareja habitual 3. Sin pareja

D) Número de hijos: _____

E) Estudios realizados: 1. Primaria 3. Pre universitaria 5. Formación técnica
 2. Secundaria 4. Universitaria

F) Profesión(especifique al máximo): _____

G) Cargo que ocupa actualmente: _____

H) Situación laboral: 1. Contratado eventual. 2. Nombrado. 3. Otros

- I) Tiempo de experiencia en la profesión: _____ años
- J) Centro o institución que trabaja: _____
- K) Tiempo que lleva en el mismo centro: _____ años
- L) Tiempo que lleva en el mismo cargo: _____ años
- M) Turnos: 1. No, horario habitual
 2. Sí: 2.1. Mañana 2.2. Tarde 2.3. Noche.
- N) Número de horas que trabaja a la semana: _____ horas.
- O) Número de personas que atiende diariamente (promedio) en su trabajo: _____ personas
- P) ¿Qué tiempo de su jornada diaria pasa en interacción con los beneficiarios de su trabajo?
 1. Más del 75% 2. Cerca del 50% 3. Menos del 30%
- Q) ¿Tiene que realizar tareas relacionadas con su trabajo en su casa, en horario extralaboral?
 1. Sí 2. No Cuántas horas diarias (promedio estimado) _____

Conteste ahora a las siguientes preguntas, circulando una opción, en una escala de 1 a 5. Donde:

1	2	3	4	5
"En ninguna ocasión" o "Nada"	"Raramente" o "Poco"	"Algunas Veces" o "Algo"	"Frecuentemente" o "Bastante"	"Siempre" o "Mucho"

1. En general estoy más bien harto de mi trabajo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

2. Me siento identificado con mi trabajo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

3. Los usuarios de mi trabajo tienen frecuentemente exigencias excesivas y comportamientos irritantes

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

4. Mi supervisor me apoya en las decisiones que tomo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

5. Mi trabajo profesional me ofrece actualmente escasos retos personales.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

6. Mi trabajo actual carece de interés.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

7. Cuando estoy en mi trabajo, me siento de mal humor.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

8. Los compañeros nos apoyamos en el trabajo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

9. Las relaciones personales que establezco en el trabajo son gratificantes para mí.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

10. Dada la responsabilidad que tengo en mi trabajo, no conozco bien sus resultados y su alcance.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

11. Las personas a las que tengo que atender reconocen muy poco los esfuerzos que se hacen por ellas

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

12. Mi interés por el desarrollo profesional es actualmente muy escaso.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

13. ¿Considero que el trabajo que realizo repercute en mi salud personal (dolor de cabeza, insomnio, etc.)?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

14. Mi trabajo es repetitivo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

15. Estoy quemado en mi trabajo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

16. Me gusta el ambiente y el clima de mi trabajo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

17. El trabajo está afectando a mis relaciones familiares y personales.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

18. Procuro despersonalizar las relaciones con los usuarios de mi trabajo.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

19. El trabajo que hago dista de ser el que yo habría querido.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 Nada Muy poco Algo Bastante Mucho

20. Mi trabajo me resulta muy aburrido.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

21. Los problemas de mi trabajo hacen que mi rendimiento sea menor.

1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5
 En ninguna ocasión Raramente Algunas veces Frecuentemente Siempre

Anexo 3: Formulario de Consentimiento

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del Estudio: SINDROME DE BURTNOUT EN MÉDICOS ESPECIALISTAS EN CIRUGIA GENERAL DE LOS HOSPITALES DE 2DO NIVEL DE LA CIUDAD DE RIOBAMBA.

Investigador: Luis Fernando Huilca Logroño

I- INTRODUCCION: Usted ha sido invitado a participar en un estudio de investigación. Antes de que usted decida participar en el estudio por favor lea este consentimiento cuidadosamente. Haga todas las preguntas que usted tenga para asegurarse de que entiende los procedimientos del estudio. El propósito de este documento es proveer a los participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

II- JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO: Teniendo en cuenta la relevancia que el síndrome de Burnout ó síndrome de desgaste profesional puede tener en el personal del área médica Quirúrgica, y cómo este altera la calidad de vida de los empleados y por ende la atención de los pacientes, se desea profundizar en el conocimiento de dicho síndrome.

III- PARTICIPANTES DEL ESTUDIO: Médicos Cirujanos especialistas de los hospitales de segundo nivel de Riobamba. La participación en este estudio es estrictamente voluntaria.

IV- PROCEDIMIENTO: Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá diligenciar un cuestionario en el que se detalla aspectos sociodemográficos y un cuestionario para evaluar síndrome de Burnout (CBB). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Además de participar en las terapias que se darán en respuesta a este síndrome.

V- BENEFICIOS: Este estudio pretende obtener información relevante sobre el síndrome de Burnout y factores asociados en los Cirujanos, con el fin de profundizar en su conocimiento y las variables que influyen en su comportamiento. No habrá ningún beneficio económico para los participantes.

VI- PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD: No se harán públicos datos personales por lo tanto se garantiza la confidencialidad de la participación. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación.

VII- INFORMACION ADICIONAL: Si tiene alguna duda sobre esta investigación, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Si alguna de las etapas le parece incómoda, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no realizarla.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación.

Nombre del Participante: _____

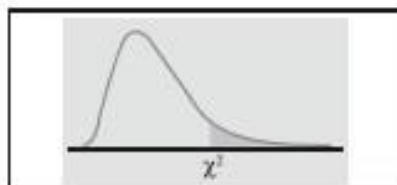
Firma del Participante: _____

Contacto del investigador:

Luis Fernando Huilca Logroño, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO, MAESTRIA EN SEGURIDAD INDUSTRIAL MENCIÓN PREVENCIÓN DE RIESGOS Y SALUD OCUPACIONAL

Tel: 0999234941 Email: fhuilca@gmail.com

Anexo 4: Tabla de distribución Chi-cuadrado



df/area	0,995	0,99	0,975	0,95	0,9	0,75	0,5	0,25	0,1	0,05	0,025	0,01	0,005
1	0,000	0,000	0,001	0,004	0,016	0,102	0,455	1,323	2,706	3,841	5,024	6,635	7,879
2	0,010	0,020	0,051	0,103	0,211	0,575	1,386	2,773	4,605	5,991	7,378	9,210	10,597
3	0,072	0,115	0,216	0,352	0,584	1,213	2,366	4,108	6,251	7,815	9,348	11,345	12,838
4	0,207	0,297	0,484	0,711	1,064	1,923	3,357	5,385	7,779	9,488	11,143	13,277	14,860
5	0,412	0,554	0,831	1,145	1,610	2,675	4,351	6,626	9,236	11,071	12,833	15,086	16,750
6	0,676	0,872	1,237	1,835	2,204	3,455	5,348	7,841	10,645	12,592	14,449	16,812	18,548
7	0,989	1,239	1,690	2,167	2,833	4,255	6,346	9,037	12,017	14,067	16,013	18,475	20,278
8	1,344	1,647	2,180	2,733	3,490	5,071	7,344	10,219	13,362	15,507	17,535	20,090	21,955
9	1,735	2,088	2,700	3,325	4,168	5,899	8,343	11,389	14,684	16,919	19,023	21,666	23,589
10	2,156	2,558	3,247	3,940	4,865	6,737	9,342	12,549	15,987	18,307	20,483	23,209	25,188
11	2,603	3,053	3,816	4,575	5,578	7,584	10,341	13,701	17,275	19,675	21,920	24,725	26,757
12	3,074	3,571	4,404	5,226	6,304	8,438	11,340	14,845	18,549	21,026	23,337	26,217	28,300
13	3,565	4,107	5,009	5,892	7,042	9,299	12,340	15,984	19,812	22,362	24,736	27,688	29,819
14	4,075	4,660	5,629	6,571	7,790	10,165	13,339	17,117	21,064	23,685	26,119	29,141	31,319
15	4,601	5,229	6,262	7,261	8,547	11,037	14,339	18,245	22,307	24,996	27,488	30,578	32,801
16	5,142	5,812	6,908	7,962	9,312	11,912	15,339	19,369	23,542	26,296	28,845	32,000	34,267
17	5,697	6,408	7,564	8,672	10,085	12,792	16,338	20,489	24,769	27,587	30,191	33,409	35,718
18	6,265	7,015	8,231	9,390	10,865	13,675	17,338	21,605	25,989	28,869	31,526	34,805	37,156
19	6,844	7,633	8,907	10,117	11,651	14,562	18,338	22,718	27,204	30,144	32,852	36,191	38,582
20	7,434	8,260	9,591	10,851	12,443	15,452	19,337	23,828	28,412	31,410	34,170	37,566	39,997
21	8,034	8,897	10,283	11,591	13,240	16,344	20,337	24,935	29,615	32,671	35,479	38,932	41,401
22	8,643	9,542	10,982	12,338	14,041	17,240	21,337	26,039	30,813	33,924	36,781	40,299	42,796
23	9,260	10,196	11,689	13,091	14,848	18,137	22,337	27,141	32,007	35,172	38,076	41,638	44,181
24	9,886	10,856	12,401	13,848	15,659	19,037	23,337	28,241	33,196	36,415	39,364	42,980	45,559
25	10,520	11,524	13,120	14,611	16,473	19,939	24,337	29,339	34,382	37,652	40,646	44,314	46,928
26	11,160	12,198	13,844	15,379	17,292	20,843	25,336	30,435	35,563	38,885	41,923	45,642	48,290
27	11,808	12,879	14,573	16,151	18,114	21,749	26,336	31,528	36,741	40,113	43,195	46,963	49,645
28	12,461	13,565	15,308	16,928	18,939	22,657	27,336	32,620	37,916	41,337	44,461	48,278	50,993
29	13,121	14,256	16,047	17,708	19,768	23,567	28,336	33,711	39,087	42,557	45,722	49,588	52,336
30	13,787	14,953	16,791	18,493	20,599	24,478	29,336	34,800	40,256	43,773	46,979	50,892	53,672