

**UNIVERSIDAD ADVENTISTA DE CENTROAMÉRICA**

**Escuela de Enfermería**

**Trabajo de Investigación presentado en cumplimiento parcial para optar  
al grado académico de licenciatura en enfermería**

**“El síndrome de Burnout en los trabajadores de salud a adultos mayores,  
en Hogar de Ancianos de Escazú, mayo a octubre del 2015.”**

**Elaborado por:**

**Bach. Areli Carr Bailey**

**Alajuela, Costa Rica**

**Noviembre, 2015**

**Hoja de aprobación**

**El síndrome de Burnout en los trabajadores de salud a adultos mayores, en  
Hogar de Ancianos de Escazú, mayo a octubre del 2015.**

_____ Msc. Ana Lorena Quiroz  Vicerrectora Académica	_____ Fecha
_____ Dra. Julia Elena Ortiz Rivera  Directora Escuela de Enfermería	_____ Fecha
_____ Licda. Raquel Melania Acuña Salazar  Tutora	_____ Fecha

**Tribunal Examinador.**

**Escuela de Enfermería**

---

Dra. Julia Elena Ortiz Rivera

---

Fecha

Presidenta del tribunal

---

Licda. Raquel Melania Acuña Salazar

---

Fecha

Tutora

---

Dra. Freida Haydee Ortiz Rivera

---

Fecha

Lectora

### **Dedicatoria**

Todo lo puedo en Cristo que me fortalece. Filipenses 4:13. "Si alguno de vosotros tiene falta de sabiduría, pídala a Dios, el cual da a todos abundantemente y sin reproche, y le será dada." Santiago 1:15.

A Dios por permitirme llegar a este momento tan especial en mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.

A mi padre Appleton Jay Carr Sr., a mi madre Sandra Carr, por estar a mi lado en cada momento aun en la lejanía, pero siempre conmigo por medio de las oraciones.

A mis hermanos, Sharon Carr, Appleton Carr, Ingrid Gómez y los demás familiares en general, por su apoyo durante este proceso.

A mi tutora Lic. Raquel Melania Acuña Salazar por su apoyo incondicional y el tiempo brindado durante este proceso de investigación.

A la directora de la escuela de enfermería Dra. Julia Elena Ortiz por su apoyo en las buenas y en las malas.

¡A todos ellos muchas gracias!

### Agradecimientos

“La fuente de sabiduría divina es inagotable, y el Señor nos anima a beber abundantemente de ella” (Ellen G. White, fragantes promesas, cap.15, pág. 82).

Agradezco primeramente a mi Dios porque sin Él no podría lograr esta investigación, terminar mis estudios y mi deseo de saber más para poder brindar un cuidado mejor a mis pacientes con la ayuda de Dios.

A mi familia, mi padre Appleton Carr, a mi madre Sandra Carr por su tiempo y sus oraciones en la distancia.

A mis hermanos, Sharon Carr, Appleton Carr e Ingrid Gómez por estar pendientes de mí durante este proceso.

Agradezco a mi familia entera por simplemente el hecho de estar ahí.

A mis amigas que me han apoyado en todo momento, Lourelee Hodgson Welch, Roxana Reyes, Ellen Reid, Yennely S. Moss Joseph, Jeimy Castillo De León, Herlinda Montesdeoca Moya, Velda Manzanero, James Newland, Mildred Loredo Camacho, Lisbeth Herrarte Hernández, Chrisel Tzib, Keisha Borland, Jacqueline McCloud Herrera y Mark Brenes Pottinger.

A mi profesora, Dra. Julia Elena Ortiz por su tiempo y su apoyo incondicional en cada momento.

A la Dra. Joyce Cabrera Sandoval por su apoyo y ayuda sin limitaciones.

El profesor MSc Juan Alberto Córdoba Franco por tomar tiempo para explicarme el proceso de la investigación.

A mi tutora Lic. Raquel Melania Acuña Salazar que ha estado a mi lado en cada momento con su sabiduría y conocimiento.

A mis compañeros y estudiantes de primer nivel de enfermería quienes han sido de mucha bendición y apoyo para mí. Por nombres Stephany Fúnez López, Jenny Ledezma Elizondo, Saray González, Raquel Murillo, Nancy Velásquez Marroquín, Walter Marín, Cristina Fajardo, Hellen Aguilar, Lucía Morera, María Ingrid Ramos, Dina Davis y Christian Martínez

La llave que abre la puerta a la bendición de Dios se llama Fe. Y el único que te conduce al cielo es JESUCRISTO. El SEÑOR es mi respuesta en la necesidad, mi refugio en la tormenta, mi consuelo en la tristeza, mi fortaleza en la debilidad.

Nadie podrá determinar ni impedir lo que Dios ya ha decretado para tu vida.

¡Gracias!

### **Resumen**

El Síndrome de Burnout también llamado simplemente Burnout o síndrome del trabajador quemado, es un tipo de estrés laboral conocido como crónico. Este es un estudio analítico realizado a 20 trabajadores de salud del hogar de Ancianos de Santa Teresa de Escazú. Mediante un cuestionario con preguntas abiertas y cerradas, que se complementó con el Inventario de Burnout de Maslach para conocer los signos y síntomas del burnout que presentan los trabajadores de salud del hogar.

### **Abstract**

The Burnout Syndrome, also called simply Burnout or burned worker syndrome, is a type of work-related stress known as Chronic Labor Disease. This is an analytical study that was realized by 20 health care workers from the nursing home of Santa Teresa, Escazú. Through a questionnaire with open and closed questions that was complemented by the Maslach Burnout Inventory to learn the signs and symptoms of burnout that health care workers may present.

**Tabla de Contenido**

Dedicatoria .....	4
Agradecimientos.....	5
Resumen .....	7
Abstract .....	7
<b>CAPÍTULO 1 .....</b>	<b>15</b>
Introducción .....	16
Antecedentes .....	19
Tema .....	22
Hipótesis .....	22
Objetivo General.....	22
Objetivos Específicos .....	22
Justificación .....	23
Delimitaciones .....	24
Limitaciones: .....	24
Económicas: .....	24
Temporales: .....	24
Humanos: .....	24
Geográficas: .....	25

Factibilidad .....	25
Recursos:.....	25
Humanos .....	25
Tecnológico .....	26
Financiero .....	26
Bibliográfico .....	26
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>27</b>
Marco teórico .....	28
Fundamentos teóricos .....	28
Marco conceptual.....	34
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>53</b>
Marco Metodológico.....	54
Ubicación de la investigación .....	54
Enfoque de la Investigación.....	57
Tipo y diseño de la investigación .....	57
Finalidad de la Investigación .....	57
Alcance temporal de la Investigación.....	58
Profundidad de la Investigación .....	59
Marco en que tiene lugar la Investigación .....	59
Orientación de la Investigación .....	59

Sujetos Objeto de Estudio.....	59
Población .....	59
Estrategias de intervención .....	61
Definición de actividades, funciones, tareas básicas y productos .....	61
Fuentes y Técnicas de Recopilación de la Información.....	62
Instrumentos aplicados .....	62
Tipo de cuestionario según enfoque cualitativo y cuantitativo.....	62
Descripción del Cuestionario aplicado .....	62
Consideraciones éticas .....	64
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>66</b>
Análisis de Datos.....	67
Cuadro 1 .....	67
Gráfico 1.....	68
<b>Análisis:</b> .....	<b>68</b>
Cuadro 2 .....	69
Gráfico 2.....	70
<b>Análisis:</b> .....	<b>70</b>
Cuadro 3 .....	71
Gráfico 3.....	72
<b>Análisis:</b> .....	<b>72</b>

Cuadro 4 .....	73
Gráfico 4.....	74
<b>Análisis:</b> .....	74
Cuadro 5 .....	75
Gráfico 5.....	76
<b>Análisis:</b> .....	76
Cuadro 6 .....	77
Gráfico 6.....	78
<b>Análisis:</b> .....	78
Cuadro 7 .....	79
Gráfico 7.....	80
<b>Análisis:</b> .....	80
Cuadro 8 .....	81
Gráfico 8.....	82
<b>Análisis:</b> .....	82
Cuadro 9 .....	83
Gráfico 9.....	84
<b>Análisis:</b> .....	84
Cuadro 10 .....	85
Gráfico 10.....	86

<b>Análisis:</b> .....	86
Cuadro 11 .....	87
Gráfico 11 .....	88
<b>Análisis:</b> .....	88
Cuadro 12 .....	89
Gráfico 12 .....	90
<b>Análisis:</b> .....	90
Cuadro 13 .....	91
Gráfico 13 .....	92
<b>Análisis:</b> .....	92
Cuadro 14 .....	93
Gráfico 14 .....	94
<b>Análisis:</b> .....	94
Cuadro 15 .....	95
Gráfico 15 .....	96
<b>Análisis:</b> .....	96
Cuadro 16 .....	97
Gráfico 16 .....	98
<b>Análisis:</b> .....	98
Cuadro 17 .....	99

Grafico 17.....	100
<b>Análisis:</b> .....	100
Cuadro 18 .....	101
Grafico 18.....	102
<b>Análisis:</b> .....	102
Cuadro 19 .....	103
Grafico 19.....	104
<b>Análisis:</b> .....	104
Cuadro 20 .....	105
Gráfico 20.....	106
<b>Análisis:</b> .....	106
Cuadro 21 .....	107
Gráfico 21.....	108
<b>Análisis:</b> .....	108
Cuadro 22 .....	109
Gráfico 22.....	110
<b>Análisis:</b> .....	110
Cuadro 23 .....	111
Gráfico 23.....	113
<b>Análisis:</b> .....	113

<b>CAPÍTULO 5</b> .....	114
Conclusiones.....	115
Recomendaciones. ....	117
Bibliografías Citadas. ....	118
Bibliografía Consultada .....	122
<b>ANEXOS</b> .....	133
Anexo 1.....	134
Anexo 2.....	138
Anexo 3.....	143
<b>CARTAS</b> .....	144

# CAPÍTULO 1

**Introducción**

En las últimas décadas la población de personas adultas mayores ha experimentado un crecimiento importante. Según el INEC en el año 2005 esta población era de 380 572, en el año 2010 aumentó a 514 409 y en el año 2014 creció a 635 893. (INEC, sf). Con ese incremento en este grupo de edad, también se han multiplicado las enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, accidentes cerebrovasculares, y diferentes tipos de demencia entre otras, por lo que necesariamente se da una mayor demanda de atención tanto en los servicios de salud como en las comunidades; de ahí, han surgido múltiples hogares de atención diurna y de asilos en diferentes comunidades. Lo anterior, implica, que deba existir un grupo laboral que se dedique a la atención de estas personas tanto enfermas como sanas. Esto genera un gran impacto económico a nuestra sociedad en general, ya que se deben sufragar los costos que genera la atención a esta población.

Otro de los problemas, es que estas personas se resisten a la idea de ingresar a un asilo o un centro diurno, en algunas ocasiones, son sus familiares quienes se oponen a esto, por lo que deben contratar los servicios de una persona que se encargue de los cuidados básicos de ellas, lo que conlleva a un costo económico adicional para el grupo familiar o a delegar a un miembro de la familia para realizar la labor de cuidadores.

Es importante considerar que cuidar a un adulto mayor es una experiencia positiva, emotiva y gratificante, al mismo tiempo estas personas que se encargan de la asistencia de estos, pueden experimentar periodos de estrés, ansiedad, depresión, y frustración, por lo que hay que estar alerta a las diversas alteraciones físicas, emocionales y sociales, que pueden desequilibrar muchos aspectos de la vida de los que se dedican a esta noble labor.

Epidemiológicamente se ha demostrado que tanto los factores sociales como los ambientales pueden contribuir a la incidencia de muchas enfermedades humanas. El estrés forma parte de la cotidianidad actual, al punto que ha sido considerado como el malestar de nuestra civilización y numerosas investigaciones clínicas se han centrado en las manifestaciones clínicas del mismo, encontrando una fuerte relación con la patología psicosomática y que afecta al ser humano en cuanto a la calidad de vida, funcionamiento social, académico, familiar y laboral (Quiceno & Vinaccia, 2007).

Actualmente, numerosas teorías desde un amplio rango de perspectivas, señalan un vínculo directo entre el estrés organizacional y del lugar de trabajo con el bienestar de sus empleados (Schaufeli W. L., 2009).

Cuando los niveles de estrés son tan altos que hace que fallen los mecanismos de enfrentamiento de una persona o que haya un desequilibrio entre las demandas y las capacidades para hacer frente a dichas demandas, se presenta el estrés laboral crónico (Quiceno & Vinaccia, 2007).

Además se señala que las tendencias actuales en las condiciones de contratación pueden menoscabar en los niveles de satisfacción laboral y dañar directamente la salud física y mental de los empleados (Kenny, 2002).

El síndrome de Burnout se define como la respuesta a los estresores laborales crónicos emocionales e interpersonales, que se produce por haber permanecido durante periodos constantes de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social y compuesto por tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal. Para determinar la presencia del síndrome

en un individuo se han desarrollado varias escalas de evaluación; de ellas, la más utilizada a nivel mundial es la que se conoce con el nombre de Inventario para Burnout de Maslach, reconocida por sus siglas “IBM” o “BMI” en inglés (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996)

La necesidad de estudiar el síndrome de Burnout viene unida a la necesidad de estudiar los procesos de estrés laboral dado que afectan la calidad de vida laboral de sus empleados, su autopercepción y ésta tiene repercusiones importantes sobre la organización. Asimismo, dado que la mayor incidencia del Síndrome de Burnout se da en profesionales de servicios que prestan una función asistencial o social, el deterioro de su calidad de vida laboral tiene repercusiones sobre la sociedad en general. (Gil-Monte, 1999).

**Antecedentes**

El término Burnout no es nuevo. Fue mencionado por primera vez por Herbert J. Freudenberger, psicólogo estadounidense, en 1974 (hace cuarenta años), para describir cómo se sentía un grupo de voluntarios que colaboraban en una clínica para ayudar a personas. Tras un año de actividad, muchos de ellos estaban agotados, se irritaban fácilmente y habían desarrollado una actitud despectiva hacia los pacientes y una tendencia a evitarlos. (Freudenberger, 1974)

Tres años más tarde, en 1977, la psicóloga estadounidense Christina Maslach dio a conocer el término en el congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos, refiriéndose al profundo desgaste emocional y físico que experimenta la persona que enfrenta continuas situaciones de estrés al que está sometido.

En el 2007 Arias se publicó un estudio, fue llevado a cabo por estudiantes de enfermería de Costa Rica consiste en un análisis cualitativo en el cual participaron quince personas, a las cuales se les administró un instrumento elaborado por los autores en donde se indagaba acerca de sus datos personales, la satisfacción en el trabajo, el cansancio emocional, la despersonalización, la realización personal y el ambiente laboral. Los autores llegaron a la conclusión de que “las relaciones interpersonales, el ambiente físico, la situación laboral y el bienestar del cliente pueden implicar situaciones en el personal de enfermería que podrían acarrear síntomas de desgaste profesional y con ello el déficit en el cuidado de las personas” (Arias, 2007).

Este estudio es de vital importancia, ya que al ir en aumento la población mayor de sesenta y cinco años y los lugares para cuidado de personas que se encuentran en este grupo etario, lleva al aumento del personal que se dedica a la atención de los mismos, por lo que una mayor cantidad de personas se pueden ver afectadas por diferentes patologías asociadas al trabajo que desempeñan.

En la década de los noventa, realizaron un estudio prospectivo, descriptivo, en el cual se identificaron los factores predictivos de Burnout en enfermeras pediátricas y compararon la incidencia de Burnout (se les pasa en la escala IBM), estrés laboral, ansiedad y soporte social percibido en enfermeras del área de agudos y las de área de no agudos. Se registraron un total de 121 enfermeras que trabajaban tiempo completo en las unidades de cuidados intensivos pediátricos y cuidados intensivos neonatales. Se encontró como dato en ambas poblaciones, que presentaban niveles moderados de agotamiento emocional, y despersonalización, pero altos niveles en autorrealización personal en las escalas del IBM, cuando se realiza la comparación entre las poblaciones se encontraron niveles más altos de Burnout en las enfermeras de la unidad de cuidado agudo que en las de cuidado no agudos. Se encontró que el estrés laboral es uno de los factores predictivos más fuertes para el desarrollo de Burnout, seguido del estado de ansiedad, el apoyo de los compañeros de trabajo y la experiencia en la unidad. (Oehler, 1997)

En su estudio “Violence exposure and burn-out among Turkish nursing home staff”, publicado en el 2006, y llevado a cabo en trabajadores 3 hogares de cuidado en Turquía, investigaron el vínculo entre haber experimentado violencia de cualquier tipo y el síndrome del Burnout. Obtuvieron una muestra de 214 personas, y como hallazgos, el 56% del personal estuvo expuesto a algún tipo de violencia en el último año, y que no hubo una relación entre la exposición a la violencia y el síndrome de Burnout. (Mandiracioglu, 2006)

Una de las primeras publicaciones que se realizó en el país es una revisión del síndrome de Burnout en la que expone que el personal de salud mental tiene factores de riesgo para desarrollarlo debido a la burocratización, malas condiciones laborales, jefaturas disfuncionales, a demandas laborales, pacientes difíciles o con pobre respuesta al

tratamiento. Además estableció que deben implementarse medidas a nivel laboral que permitan disminuir el impacto negativo de este síndrome en los trabajadores y en las personas atendidas por los mismos. (Bianchini, 1997)

## **Tema**

El síndrome de Burnout en los trabajadores de salud a adultos mayores, en Hogar de Ancianos de Escazú, mayo a octubre del 2015.

## **Hipótesis**

¿Qué relación existe entre el síndrome de Burnout y el trabajo que realiza el trabajador de salud a adultos mayores del Hogar de Ancianos de Escazú?

## **Objetivo General**

Identificar los factores psicologicos, físicos y emocionales que afecta a los trabajadores de salud a adultos mayores en el Hogar de Ancianos de Escazú.

## **Objetivos Específicos**

- Estructurar un instrumento para obtener los datos sociodemográficos de los trabajadores.
- Determinar los signos y síntomas de síndrome de Burnout que presentan los trabajadores de salud a adultos mayores del Hogar de Ancianos de Escazú.
- Aplicar la escala de inventario de Burnout de Maslach.
- Sistematizar los resultados de la escala de inventario de Burnout de Maslach.

**Justificación**

El incremento de la expectativa de vida de la población y los cambios sociales de las familias ha hecho que muchas personas de la tercera edad vivan en casas especiales para ellos y sean atendidos por personal contratado para este fin. En muchas familias, se da la situación de que todos los hijos trabajan o estudian y no hay quien cuide a los ancianos, por lo que los familiares no tienen otra alternativa que ingresar a los adultos mayores en estos tipos de residencias u hogares para adultos mayores, a pesar de que esto no es el deseo de los familiares. Cada persona tiene su propia forma de ser y actuar en el seno familiar y en estos hogares llega a vivir en un ambiente totalmente desconocido que le genera cambios en su condición mental y es por eso que pueden dar mayores problemas a los cuidadores. El objetivo de este estudio, es identificar si existe la presencia y las características del síndrome de Burnout en sujetos dedicados al cuidado de adultos mayores en el hogar de Ancianos de Santa Teresa de Escazú durante los meses de mayo a octubre del 2015.

Por lo tanto, es importante identificar la razón que hace que este grupo laboral se sienta agotado o abrumado, para evitar el descuido o la omisión en la atención hacia las personas que tienen a su cargo y que esto no afecte su vida cotidiana.

### **Delimitaciones**

El presente trabajo se realizará en el hogar de atención de adultos mayores, Hogar de Ancianos Asociación Vicentina de Escazú, en Barrio Santa Teresa de Escazú, Contiguo al Salón Comunal.

Se realizará durante los meses de mayo a octubre del año 2015.

En el estudio participarán solo los trabajadores del centro del Hogar de Ancianos de Escazú, sin importar el grado escolaridad o preparación académico que tengan.

### **Limitaciones:**

#### **Económicas:**

Para viajar al Hogar de Ancianos se debe contar con un importe económico importante.

#### **Temporales:**

El tiempo no es suficiente para hacer un estudio completo, o para ir a todos los hogares de ancianos por lo que se realizará en el Hogar de atención a adultos mayores en Escazú.

El poco tiempo para realizar este trabajo, implica un esfuerzo extra.

El tiempo requerido para trasladarse al hogar para realizar este trabajo.

#### **Humanos:**

La disposición de los trabajadores para participar de este estudio.

La fiabilidad de respuestas en el instrumento que se aplicará.

El riesgo del investigador, pues al no contar con presupuesto para contratar a más personas que apliquen los instrumentos, deberá ser realizado por la autora del estudio.

El riesgo de no respuesta o efecto del voluntario, ya que el grado de interés o motivación que pueda tener un individuo que participa voluntariamente en una investigación puede diferir sensiblemente en relación con otros sujetos.

En el primer caso puede existir por ejemplo, un mayor compromiso o motivación con respecto a la información solicitada.

Igualmente, la negativa de algunos sujetos para ser incluidos en un estudio puede estar dada por motivaciones sistemáticas experimentadas por ellos.

**Geográficas:**

La lejanía del centro donde se realizará el estudio.

**Factibilidad**

Es posible la realización de este trabajo por la colaboración que brindan los responsables de este centro para el cuidado de los adultos mayores.

Por la colaboración de los trabajadores de este centro.

**Recursos:**

**Humanos**

Los profesionales de enfermería encargados de este centro.

Los trabajadores de este centro.

### **Tecnológico**

Computadora: para la presentación formal del trabajo de investigación, es necesario el uso de la computadora, además su uso facilitará la organización, la corrección y el análisis de los datos, ya que ofrece programas que facilitan algunos procesos.

### **Financiero**

El dinero es indispensable para la obtención de las fotocopias de los recursos bibliográficos, las encuestas, para la impresión del trabajo de investigación, y el empastado correspondiente.

### **Bibliográfico**

**Internet:** este recurso es importante ya que facilita la localización de datos importantes que formarán parte del trabajo de investigación.

**Formato:** el formato utilizado para la presentación del trabajo se realizará de acuerdo con el sistema adaptado de APA Sexta Edición.

**Biblioteca:** brinda herramientas que proporcionan información sobre el tema de investigación, las cuales pueden ser revistas o libros.

# CAPÍTULO 2

## Marco teórico

### Fundamentos teóricos

Para efectos prácticos en este documento, una de las principales teorías que sustenta mejor los objetivos propuestos, es la llamada Teoría General de Sistemas (TGS), que se presenta como “una forma sistemática y científica de aproximación y representación de la realidad y, al mismo tiempo, como una orientación hacia una práctica estimulante para formas de trabajo transdisciplinarias” (Arnold & Osorio, sf). La Teoría General de Sistemas se caracteriza por tener una perspectiva holística e integradora, en donde lo importante son las relaciones y los conjuntos que a partir de ellas emergen.

El término fue acuñado por el biólogo Ludwig von Bertalanffy (1901-1972), quien consideraba que esta teoría debía constituirse en “un mecanismo de integración entre las ciencias naturales y sociales” (Arnold & Osorio, sf)

Las raíces de la Teoría General de Sistemas están en el área de los sistemas naturales (organismos) y en el de los sistemas artificiales (máquinas), de esta manera, cuantas más equivalencias se reconozcan entre organismos, máquinas, seres humanos y formas de organización social, mayores serán las posibilidades para aplicar correctamente este enfoque.

Por otra parte, para comprender mejor en qué consiste dicha teoría, se debe tener presente que los sistemas son “conjuntos de elementos que guardan estrechas relaciones entre sí, que mantienen al sistema directa o indirectamente unido de modo más o menos estable y cuyo comportamiento global persigue, normalmente, algún tipo de objetivo” (Arnold & Osorio, sf).

Sin embargo, esta definición se concentra fuertemente en los procesos sistémicos internos, por lo que es necesario, que sea complementada con una concepción de once sistemas

abiertos, en donde queda establecida como condición para la continuidad sistémica, el establecimiento de un flujo de relaciones con la salud.

Cabe mencionar, que los sistemas abiertos son “sistemas que importan y procesan elementos (energía, materia, información) de sus ambientes” (Arnold & Osorio, sf), es decir, que establecen intercambios permanentes con su entorno, los cuales determinan su equilibrio, capacidad reproductiva o continuidad, o lo que es lo mismo, su viabilidad. El sistema abierto interactúa constantemente con el ambiente en forma dual, pues, es influenciado, influye y puede crecer, cambiar, adaptarse al ambiente y hasta reproducirse bajo ciertas condiciones ambientales (el sistema cerrado no interactúa). Ésta es una característica propia de todos los sistemas vivos.

A partir de lo anterior, surgen dos grandes grupos de estrategias para la investigación en sistemas generales:

- Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en una relación entre el todo (sistema) y sus partes (elementos).
- Las perspectivas de sistemas en donde las distinciones conceptuales se concentran en los procesos de frontera (sistema/ambiente).

En el primer grupo, la cualidad esencial de un sistema está dada por la interdependencia de las partes que lo integran y el orden que subyace a tal interdependencia, mientras que en el segundo, la cualidad es la existencia de las corrientes de entradas y de salidas, mediante las cuales se establece una relación entre el sistema y su ambiente (un grupo es el complemento del otro).

Para analizar esta relación de forma integral, es preciso emplear el enfoque Ecosistémico, el cual se encuentra dentro de la Teoría General de Sistemas. El mismo “permite evaluar

ampliamente la manera en que el funcionamiento y la productividad de un determinado ecosistema se ven afectados por la forma en que la gente lo utiliza”

En cuanto a las características del enfoque Ecosistémico, se encuentran las siguientes:

- Considera todos los posibles bienes y servicios que se pueden obtener de un determinado ecosistema e intenta que las contraprestaciones sean eficientes, transparentes y sostenibles.
- Reconoce que los ecosistemas son unidades completas y requieren ser manejados como tales y no por partes.
- Adapta una visión de largo plazo, es decir, respeta los procesos de los ecosistemas en el nivel micro, pero se les ve, en un marco de paisajes completos y décadas, trabajando en varias escalas y dimensiones de tiempo.
- Incluye a las personas, ya que se integra la información social y económica con la información ambiental acerca de los ecosistemas. Dentro de este enfoque se relacionan explícitamente las necesidades humanas con la capacidad biológica de los ecosistemas para satisfacerlas.
- Mantiene el potencial productivo de las unidades, sin embargo, no se refiere solo a la generación de bienes y servicios sino también de los ecosistemas saludables.

Por otro lado, se puede considerar que una unidad de trabajo, es un ecosistema, en donde influyen además del medio físico y biológico, la tecnología, la organización social, la economía, las inter relaciones tanto entre los usuarios y el personal de salud como entre estos mismos y los familiares y amigos de ellos, además de otros factores, conformando así un sistema complejo, es decir, “un sistema compuesto de distintos subsistemas que tienen relaciones entre sí” (Di Pace,

sf). En el caso específico de esta investigación el sistema complejo será el Hogar de Ancianos Escazú.

Desde esta perspectiva, el estado de salud y de enfermedad de las personas no puede considerarse de forma aislada, sin la influencia de factores determinantes. Estos factores se dividen en dos grandes grupos. El primero incluye características propias de la persona, las cuales la hacen más vulnerable y aumentan el riesgo de enfermedad cuando se expone.

El segundo grupo, incluye características o aspectos del ambiente físico natural y de tipo socioeconómico, es decir el contexto en el que las personas viven y se desenvuelven constituye un factor determinante del proceso salud - enfermedad. El contexto exige la adaptación de individuos y colectividades, lo cual supone una situación de equilibrio. Actúa a través de componentes socioeconómicos (incluyen el acceso a servicios de salud, los cuales inciden según su disponibilidad y calidad, así como el saneamiento básico, vivienda, educación, etc.), físicos, biológicos, nutricionales, entre otros.

De esta manera, los factores determinantes se unen y conforman un sistema que tiene un impacto, ya sea positivo o negativo, sobre el proceso de salud – enfermedad de las personas (Di Pace, sf).

Sin embargo, la acción de los factores antes expuestos, así como, la existencia de un proceso de salud – enfermedad, no se tuvo presente años atrás, por el contrario como se verá en el próximo apartado de este documento, era más bien visto como un aspecto aislado e indiferente al medio que nos rodea. Actualmente se conoce que no existen los estados en donde una persona sea considerada como completamente sana o completamente enferma. Igualmente, no debe verse la salud y la enfermedad por separado, sino por el contrario, debe tenerse presente que lo que existe es un proceso, que oscila entre los puntos ideales de salud y enfermedad” (Di Pace, sf).

Este proceso está determinado (como se expuso anteriormente) no solo por aspectos biológicos, sino también por factores sociales, económicos, culturales, psicológicos, educativos, geográficos y políticos que inciden en el individuo y la colectividad.

Por lo tanto, “es necesario considerar que tanto la salud – enfermedad, como las condiciones de vida en las que se desarrollan los seres humanos son un proceso, de manera que cada padecimiento, afección o accidente, constituye un segmento de dicho proceso y, por lo tanto, se transforma mejorando o empeorando en sus diferentes momentos, de acuerdo con su propia dinámica reproductiva” (Araya Mondragón & Solís Ramírez, 1993).

El proceso de salud – enfermedad es un producto social, debido a que las condiciones de vida de las personas son determinadas y condicionadas por el proceso de reproducción social, muestra de ello, por ejemplo, es que la pertenencia a una clase social implica todo un modo de vida, y por ende, interfiere en los ingresos económicos, en la forma de educar a los hijos, las oportunidades educativas, la utilización de los servicios, entre otros. En este proceso también influyen las políticas de diversa índole que se apliquen.

Por último, con base en todo lo antes mencionado, se puede concluir que las personas, los diversos factores determinantes, y la relación entre ellos puede hacer que exista un equilibrio o una alteración del proceso salud – enfermedad.

Por lo tanto, en el caso de la presente investigación, el implementar tanto la Teoría General de Sistemas como el enfoque Ecosistémico, contribuirá a explicar la relación existente entre las condiciones sociales, emocionales, físicas y psicológicas de los trabajadores del Hogar de Ancianos de Santa Teresa de Escazú y su relación con el estado de salud – enfermedad de los mismos con respecto al síndrome de Burnout, a partir de este sustento teórico, se desarrollará un

marco conceptual que será utilizado como base para explicar la interrelación entre las variables de los objetivos de este estudio.

## Marco conceptual

A partir de la segunda mitad del siglo pasado, las personas fueron aglomerándose en poblados que crecían cada vez más con el paso del tiempo, por lo que tuvieron que desarrollarse estrategias en donde todas contarán con las mismas facilidades que las demás indiferentemente de su ubicación geográfica.

Actualmente, debido al gran desarrollo de diferentes enfermedades, se cuenta con hospitales bien equipados para brindar la atención necesaria a los pacientes y además, hay otros lugares que ofrecen cuidados a los pacientes, especialmente a los adultos mayores.

Para entender dicho proceso, es importante considerar la definición de medio ambiente; dentro de este documento se presentará dicha enunciación según diversas perspectivas. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el medio ambiente es definido como un “conjunto de componentes físicos, químicos, biológicos y sociales capaces de causar efectos directos o indirectos, en un plazo corto o largo, sobre los seres vivos y las actividades humanas” (Universidad Lucía de Medrano, sf).

Mientras que desde el punto de vista administrativo – operativo es visto como “un sistema formado por el hombre, la fauna, la flora, el suelo, el aire, el clima, el paisaje, los bienes materiales, el patrimonio cultural y las interacciones entre todos estos factores” (Universidad Lucía de Medrano, sf).

Y visto desde una visión ecológica, es considerado como la “suma de factores físicos, químicos y biológicos que actúa sobre un individuo, una población o una comunidad” (Universidad Lucía de Medrano, sf)

Lo anterior, deja claro, que el medio ambiente no es el que rodea a los seres humanos, o el conjunto de elementos naturales que está a su alcance, sino que más bien, todos y cada una de

las personas que habitan este planeta, son parte del gran sistema llamado ambiente y todo lo que pase dentro del mismo, tiene repercusiones tanto dentro como fuera, donde todos los seres se ven afectados de una u otra manera, lo cual se ve reflejado en la mayoría de ocasiones en el proceso de salud -enfermedad de cada individuo como tal, según sus propias características personales.

Si recuperamos para el término salud el significado, original y genuino, de superar una dificultad, la cual obtenemos la siguiente definición: salud es el hábito o estado corporal que nos permite seguir viviendo, es decir, que nos permite superar los obstáculos que el vivir encuentra a su paso. Porque, efectivamente, vivir no es simplemente estar, como está una piedra. Vivir implica una actividad interna del ser vivo que consigue mantener una cierta independencia y diferenciación de su ámbito exterior: el mantenimiento de la homeostasis, característico de los vivientes, es un proceso activo que se realiza contra dificultades que opone el medio. Sólo un organismo sano está en condiciones de superar dichas dificultades; el organismo enfermo encuentra en el ambiente problemas de difícil superación, que le pueden llevar a fracaso en el mantenimiento de la propia individualidad, es decir, a la muerte, tras la cual, el organismo se confunde progresivamente con el ambiente: se igualan sus temperaturas, se descomponen sus proteínas, se disuelven y homogeneizan sus diversos compartimentos orgánicos y el contenido de éstos con el medio externo, etc. (Pardo, 1997).

Dicho estado de salud de los individuos no deberá en ningún momento ser considerado como la ausencia de enfermedad, sino más bien es un tema mucho más complejo de lo que se considera por muchos. Según René Dubos (1956), la salud es “un estado físico y mental razonablemente libre de incomodidad y dolor, que permite a la persona en cuestión funcionar efectivamente por el más largo tiempo posible en el ambiente donde por elección está ubicado”

(Orozco Africano, sf). Sin embargo, a través de los años, se ha ido modificando la visión que se tiene con respecto a la salud.

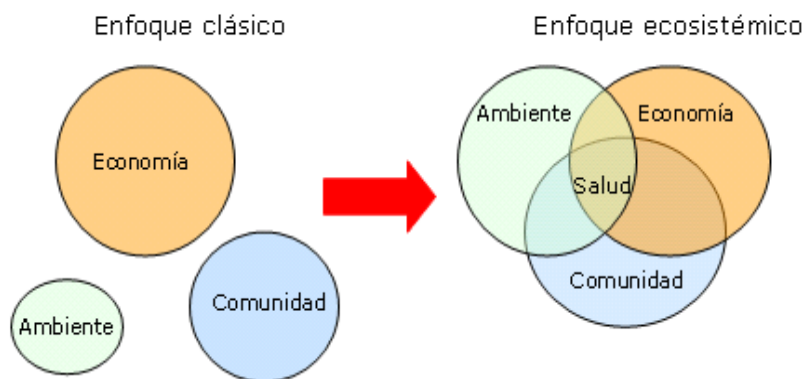
Herbert L. Dunn en 1959, describió a la salud como “un método integrado de funcionamiento orientado hacia maximizar el potencial de que el individuo es capaz. Dentro de esta definición es posible notar tres diferentes dimensiones las cuales son “orgánica o física, psicológica y social”. Por otra parte Terris dice que la salud “no implica estar libre de enfermedades o incapacidades. Esto significa que va más allá de lo físico. Dicha definición es opuesta al modelo médico del concepto de salud, el cual la describe como la ausencia de enfermedad (teoría de un solo agente) (Orozco Africano, sf).

Para el año 1946, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió el concepto de salud como "un completo estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad o incapacidad" (Beltran Cámara, y otros, 2012).

Más allá de esta definición, se encuentra la visión de Alessandro Seppilli (1971) quien define salud como "una condición de equilibrio funcional, tanto mental como físico, conducente a una integración dinámica del individuo en su ambiente natural y social" (Beltran Cámara, y otros, 2012)

Según lo anterior, es sumamente importante rescatar la existencia de la relación entre el estado de salud y la relación con el estado del ambiente, lo cual es parte del enfoque Ecosistémico y el bienestar de la persona. El mismo asevera que es cierto que las personas, son el resultado del contexto en el que se desenvuelven, la imagen #1 explica mejor dicha relación.

Imagen 1: Enfoque Ecosistémico de la salud



Fuente: Lebel J, Bazzani R. Enfoques Integrados de Salud y Ambiente. En "Taller Regional sobre Enfoques Integrados en Salud y Ambiente: construyendo nuevas políticas" 2006.

Otro de los fundamentos claves para entender el paradigma salud – enfermedad, es la comprensión del hecho de que salud y ambiente constituyen un concepto binario, inclusivos y no excluyentes el uno del otro. El estado de salud de las personas es una consecuencia rápidamente perceptible del deterioro ocasionado por el ser humano al medio ambiente en el que se desenvuelve, por lo tanto no es de extrañar que aparezcan diferentes reacciones ante tal hecho que afecten directamente la salud de las poblaciones no solamente en la parte física, sino también, en la parte emocional y psicológica.

Un aspecto importante por considerar en el proceso de la salud –enfermedad es el de que inevitablemente las personas van envejeciendo y este es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.

### **Adulto Mayor**

Según la OMS, las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad.

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida. Es importante señalar que las diferentes disciplinas le dan significados distintos al envejecimiento.

En general, las ciencias sociales y del comportamiento lo caracterizan como un proceso de desarrollo; no así la perspectiva biológica, que hace referencia a las pérdidas y el deterioro de la última etapa de la vida.

La vejez es la última etapa de la vida. Está relacionada con la edad, es decir, el tiempo que transcurre desde el nacimiento hasta el momento actual, y cómo se ha vivido durante ese tiempo. Para definirla, hay que tomar en cuenta la edad:

- **La edad cronológica**

Cuando alguien ya tiene sesenta años se considera que ya es un adulto mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los sesenta y cinco años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

- **La edad física**

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es el logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

- **La edad psicológica**

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.

En cuanto a los procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo asuntos nuevos, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven

- **La edad social**

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

“Las personas adultas mayores forman parte de una sociedad que necesita de ellas, por lo que su participación, opiniones y decisiones son fundamentales para el desarrollo de la misma” (Lavista, 2015).

La vejez es considerada una categoría social, es decir, se agrupa a las personas por los valores y las características que la sociedad considera que son adecuadas, las cuales en muchas ocasiones pueden ser equivocadas y hasta injustas. Por ejemplo: para muchos grupos sociales las personas adultas mayores no deben enamorarse, o no deben participar en las decisiones familiares o sociales, etc.

Por el contrario, es un grupo social que necesita de los demás, pero que contribuye de manera muy importante tanto en la familia como en la sociedad.

Para esto es importante tener un grupo de personas encargadas de atender las necesidades de esta población cada día más grande, entre las que se dedican a esto, encontramos a los trabajadores del área de la salud, los cuales son todas aquellas personas que prestan *“un servicio personal, intelectual o material en forma remunerada en régimen de subordinación, en un servicio de salud, tanto público como privado”* (Femi, 2015); entre estos, encontramos a médicos, enfermeros, nutricionistas, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.

Es importante que se tome en cuenta, al grupo de trabajadores que son denominados cuidadores, los cuales son las personas encargadas de *“apoyar a los adultos mayores que requieren cuidados de un tercero. Su labor consiste en contribuir al bienestar del adulto mayor, atendiendo con calidad y calidez sus necesidades.”* (Fundación Carlos Slim, 2015).

Sin embargo, estos trabajadores no están exentos de sufrir algún tipo de enfermedad, una de las más frecuentes es el síndrome de Burnout o del Cuidador Quemado, el cual, fue descrito por primera vez en 1969 y *“al principio se denominó "staff burnout", para referirse al extraño comportamiento que presentaban algunos oficiales de policía de aquella época.”* (Estreslaboral.info, 2015).

Posteriormente, fue Freudenberger en 1974 que acuñó el término que conocemos hoy en día y lo utiliza para referirse a la depresión emocional, la pérdida de motivación, y la disminución de compromiso entre los voluntarios de la Clínica San Marco en una Villa al este de Nueva York, donde trabajaba como psiquiatra. (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Freudenberger lo define como un *“estado de fatiga o frustración que se produce por la dedicación a una causa, forma de vida o relación que no produce el esfuerzo esperado”* (Freudenberger, 1974). Según este autor, las personas más dedicadas y comprometidas con el trabajo son las más propensas a padecer el síndrome de Burnout, especialmente las que trabajan

en profesiones de ayuda a otras, este autor postula que estas personas “*sienten una presión desde dentro para trabajar y ayudar, a veces de forma excesiva y poco realista, además de una presión desde el exterior para dar*”. Otra condición que este autor describe para la aparición del Burnout es el aburrimiento, la rutina, y la monotonía en el trabajo que aparecerían una vez perdido el entusiasmo inicial por el mismo, generalmente, después de un año de haber estado laborando. Y el mismo define tres aspectos característicos del Burnout: agotamiento emocional progresivo, pérdida de la motivación y disminución del compromiso. (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Más adelante, Maslach y colegas en 1976, iniciaron investigaciones en California, cuando entrevistaron a diferentes trabajadores de servicios profesionales humanos (abogados, médicos, trabajadores sociales, psicólogos, enfermeras), llamándoles la atención en cómo los que utilizaban estrategias cognitivas como alta preocupación, ocasionalmente se sentían emocionalmente exhaustos, desarrollaban percepciones y sentimientos negativos hacia sus pacientes o clientes; y experimentaban crisis en cuanto a su competencia profesional. Lo que los lleva a definir el Burnout como la respuesta a los estresores laborales crónicos emocionales e interpersonales, producida por haber permanecido, durante periodos constantes y de extensa duración y de alta implicación con personas, en situaciones de alta demanda social. Para Maslach, el Burnout está definido como un constructo que consta de tres dimensiones: el agotamiento emocional, la despersonalización y baja realización personal: un síndrome “que puede ocurrir en individuos que trabajan con personas con cierta necesidad” esto lleva a esta investigadora en conjunto con sus colegas a elaborar en 1981 una escala de medición del mismo, el Inventario para Burnout de Maslach (IBM) (Ver Anexo 2) (Maslach, Jackson, & Leiter, 1996).

Según Schaufeli los empleados que experimentan Burnout pierden la capacidad de proveer contribuciones de calidad que puedan tener un impacto laboral y si continúan trabajando, disminuyen su rendimiento laboral; estos autores visualizan al Burnout como un fenómeno psicosocial y creen que es el producto de un rápido cambio en las relaciones interpersonales. (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Otra concepción del síndrome de Burnout es la de Burke (1987), que explica el mismo, como un proceso de adaptación del estrés laboral, que se caracteriza por desorientación profesional, desgaste, sentimientos de culpa por falta de éxito profesional, frialdad o distanciamiento emocional y aislamiento (Quiceno & Vinaccia, 2007).

En 1988 Pines y Aronson proponen una definición más amplia, no restringida a los profesionales de ayuda, ni a profesiones en contacto directo con las personas (como administradores, intérpretes y trabajadores de cuello blanco), como lo había definido Maslach, es decir, definen el Burnout como un estado de agotamiento mental, físico y emocional que es producido *“por el involucramiento crónico de trabajo en situaciones emocionalmente demandantes, en el cual uno es cínico acerca del valor de la propia ocupación y duda de la propia capacidad para llevar a cabo las tareas que se le requieren”*. El agotamiento físico se caracteriza por baja energía, fatiga crónica, debilidad general y una amplia variedad de manifestaciones psicosomáticas. El agotamiento emocional incluye sentimiento de incapacidad, desesperanza o de alienación con el trabajo, además, se refiere al desarrollo de actitudes negativas hacia uno mismo, hacia el trabajo y hasta hacia la vida misma. (Schaufeli, Leiter, & Maslach, 2009).

Desde esta óptica, Pines y Aronson desarrollaron una escala de carácter unidimensional, distinguiendo tres aspectos: agotamiento, desmoralización y pérdida de motivación. (Martínez, 2010).

Otra definición es la propuesta por Felton, que se refiere a un complejo de respuestas psicológicas al estrés particular que genera la constante interacción con personas que se encuentran en un estado de necesidad, la diferencia de otros males que ocasiona el estrés asociado al trabajo es que hay una consecuencia en la interacción laboral con los clientes. (Felton, 1998).

Según Hernández este es un trastorno que se presenta en personas que desempeñan el rol de cuidador principal de una persona dependiente. Se caracteriza por el agotamiento físico y psíquico. La persona tiene que afrontar de repente una situación nueva para la que no está preparada y que consume todo su tiempo y energía. Se considera producido por el estrés continuado (no por una situación puntual) en una lucha diaria contra la enfermedad, y que puede agotar las reservas físicas y mentales del cuidador. (Hernández, 2013)

El perfil de una persona que se dedica al trabajo de cuidador es el de una mujer de edad media que por lo general es un familiar directo del afectado (pareja, madre, padre, hijo, hija...), muy voluntariosa, trata de compaginar el cuidado de su familiar con sus responsabilidades ordinarias, cree que ésta será una situación llevadera y que no se prolongará demasiado tiempo y espera ser ayudada por su entorno más cercano. (Hernández, 2013).

### **Etiología:**

Considerando que el Síndrome de Burnout es un proceso multicausal y altamente complejo, se proponen diversas causas, entre ellas cabe destacar: aburrimiento y stress, crisis en

el desarrollo de la carrera profesional y pobres condiciones económicas, sobrecarga de trabajo y falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento. A todo ello colaboran:

Componentes personales premórbidos que aumentan la susceptibilidad personal; junta en el cual cobra interés:

- La edad: Relacionada con la experiencia,
- El sexo: Las mujeres pueden sobrellevar mejor las situaciones conflictivas en el trabajo.
- Variables familiares: La armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas.
- Personalidad: por ejemplo las personalidades tipo A: extremadamente competitivas, impacientes, hiper exigentes y perfeccionistas, y por otro aquellas con sentimientos de altruismo e idealismo como: mayor acercamiento al sufrimiento cotidiano y mayor implicación emocional.

**Inadecuada formación profesional;** por ejemplo excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas, falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional, escasa información sobre el funcionamiento de las organizaciones en la que se va a desarrollar el trabajo.

**Factores laborales o profesionales:** condiciones deficientes en cuanto al medio físico, entorno humano, organización laboral, bajos salarios, sobrecarga de trabajo, escaso trabajo real de equipo. La relación cuasidada médico paciente que tiene como centro un momento afectivo en el cual aparecen la transferencia y la contratransferencia, relaciones disarmónicas con compañeros y/o con superiores, excesiva presión y control ejercida por auditores, contadores, administradores y a veces por los mismos dueños de las organizaciones de donde ejercen su

labor los diferentes profesionales de la salud. Como trabajador y productor, el médico se convirtió en mano de obra barata sin relaciones laborales legalmente establecidas y asediada por la sombra de la mala praxis (Juez Eugenio Zaffaroni) (Thomae, Ayala, Sphan, & Stortti, Mercedes Dra., 2006)

**Factores sociales:** surge como la necesidad de ser un profesional de prestigio a toda costa para tener una alta consideración social y familiar y así un alto estatus económico.

**Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcio, nacimiento de hijos. (Thomae, Ayala, Sphan, & Stortti, Mercedes Dra., 2006)

#### **Factores desencadenantes del Síndrome de Burnout según Horacio Cairo:**

1. La falta de percepción de capacidad para desarrollar el trabajo.
2. El exceso de trabajo, la falta de energía y de recursos personales para responder a las demandas laborales.
3. El conflicto de rol, y la incompatibilidad entre las tareas y conductas que se desarrollan con las expectativas existentes sobre el mismo rol.
4. La ambigüedad del rol, incertidumbre o falta de información sobre aspectos relacionados con el trabajo (evaluación, funciones, objetivos o metas, procedimientos, etc.)
5. La falta de equidad o justicia organizacional.
6. Las relaciones tensas y/o conflictivas con los usuarios/clientes de la organización.
7. Los impedimentos por parte de la dirección o del superior para que pueda desarrollar su trabajo.
8. La falta de participación en la toma de decisiones.
9. La imposibilidad de poder progresar/ascender en el trabajo.

#### 10. Las relaciones conflictivas con compañeros o colegas.

Si se tratara de establecer una clasificación entre las diez variables mencionadas, podemos observar que éstas pueden agruparse en tres ámbitos fundamentales de actuación:

- La propia tarea referida a aspectos técnicos del rol profesional; contenidos en los ítems 2, 3, 4 anteriores.
- Las relaciones interpersonales reflejando la habilidad para trabajar con otros; contenidos en los ítems 6, 7, 10 anteriores.
- La organización referida a grado de influencia social y política; contenidos en los ítems 5, 8, 9, ya mencionados anteriormente.

Según María Noelia Vanessa Thomaé en el 2006, se puede prevenir el Síndrome de Burnout: es así como la prevención y tratamiento la vamos a comprender y abordar mejor desde una triple perspectiva:

- El trabajo personal: tendremos que tener un proceso adaptativo entre nuestras expectativas iniciales y la realidad que se nos impone, también tendremos que aprender a equilibrar los objetivos de una empresa sin renunciar a lo más valioso de nuestra profesión: los valores humanos.
- El equipo: los compañeros de trabajo tienen un papel vital en el Síndrome de Burnout, principalmente porque son los primeros en darse cuenta antes que el propio interesado.
- La organización-empresa: hay tres conceptos claves tanto para la prevención empresarial del síndrome como para la eficacia de la misma:
  - a) Formación
  - b) Organización
  - c) Tiempo

- Reuniones acorde a las necesidades sin afectar el tiempo de las personas con un “desgaste”
- Minimizar imprevistos: organizar urgencias de tal forma que no intervenga con el trabajo planificado.
- Minimizar y facilitar la burocracia.
- Acortar distancia entre los niveles organizacionales. (Thomae, Ayala, Sphan, & Storti, Mercedes Dra., 2006)

Los principales síntomas de alarma que nos deben hacer sospechar la existencia del síndrome del Cuidador son:

- Agotamiento físico y mental
- Labilidad emocional: cambios de humor repentinos (es un conjunto de alteraciones en la manifestación de la afectividad (llantos, risas inapropiadas o, en general, respuestas emocionales desproporcionadas como reacción a la afectación física) y que en ningún caso significa que exista un auténtico problema psiquiátrico.

- Depresión y ansiedad
- Conductas de consumo abusivas: tabaco, alcohol
- Trastorno del sueño
- Alteraciones del apetito y del peso
- Aislamiento social
- Dificultades cognitivas: problemas de memoria, atención
- Problemas laborales.

Oliveros (2012) nos habla de las diferentes estadías que surgen previos al Burnout, los cuales son:

1. La luna de miel, donde su trabajo es maravilloso: la persona tiene abundante energía y entusiasmo. En esta primera etapa el trabajador, ama su trabajo y cree que esto satisfará todas sus necesidades y deseos y resolverá sus problemas. Esta deleitado por su trabajo, por sus compañeros y por la organización.

2. El despertar de la luna de miel se desvanece y comienza el despertar dándose cuenta de que las expectativas iniciales eran poco realistas. El trabajo ya no es lo que la persona creía y deseaba. No satisface sus necesidades, sus compañeros y la institución no son tan perfectos como el trabajador creía y los premios y reconocimientos escasean. Por lo tanto, el trabajador se siente desilusionada. Su trabajo se vuelve cada vez más duro, por lo que la persona trabaja muchísimo para que sus sueños se hagan realidad. Sin embargo, trabajar más duro no cambia nada por lo que la persona se vuelve progresivamente cansado, aburrido y frustrado. Se cuestiona su capacidad y habilidad para revertir su autoconfianza en baja.

3. Brownout: su entusiasmo inicial y energía se encaminan hacia una fatiga crónica e irritabilidad. La persona cambia sus hábitos de comida y sueño y se deja tentar por conductas escapistas tales como sexo, bebida, drogas, fiestas o compras en shoppings. Se torna indeciso y su productividad cae. Su trabajo se deteriora, los compañeros y superiores le hacen comentarios.

A menos que se interrumpa, el burnout se desliza hacia etapas avanzadas, progresando la frustración y el enfado y proyectando la ira y las dificultades contra otros. La persona se torna cínica, aislada y abiertamente critica a la institución donde trabaja y a sus superiores y compañeros de trabajo. Está acosado por la depresión, la ansiedad y las enfermedades físicas. Las drogas y el alcohol son un problema frecuente. (Oliveros, 2012)

4. Burnout, escala completa: A menos que la persona despierte de este tormento e interrumpa por si misma o alguien intervenga por ella, el burnout camina sin rumbo hacia la

profundización de esta etapa. La desesperación es la característica dominante de este período final, el cual puede tomar varios meses, habitualmente puede durar cuatro años. Experimenta un sentimiento abrumador de fracaso y pérdida de la autoestima y la autoconfianza. Se deprime y se siente solitario y vacío.

Antes de realizar la terapia para tratar el síndrome es preferible establecer medidas de prevención. La mayoría de los autores (Byrne, Maslach, Huberman) coinciden en que la prevención es un aspecto fundamental para solucionar los efectos que produce el Burnout.

Las técnicas de autoconocimiento personal tienen una importancia significativa para resolver estas dificultades. El diagnóstico precoz, la terapia médica y psicológica, los cambios en la calidad de alimentación y la distribución del tiempo de sueño- trabajo- esparcimiento, permiten revertir muchos cuadros.

Según Oliveros (2012), las medidas de prevención se pueden clasificar en tres apartados según sea la forma de aplicación:

- Estrategias de intervención individuales
- Estrategias de intervención grupales
- Estrategias de intervención organizacionales

Para mayor efectividad en la acción de prevención, las anteriores estrategias se categorizarán en individual y empresarial:

Medidas de prevención a nivel individual:

- 1) Darse cuenta a tiempo y pedir ayuda.
- 2) Flexibilidad ante los cambios.

3) Buscar un equilibrio entre la vida personal y la profesional. Mantener una misión y una visión personal alineadas con la misión y la visión profesional (es decir, ser más felices con el trabajo que se realiza).

4) Realizar ejercicios sencillos de relajación.

5) Fijación de metas y objetivos mensurables y factibles.

6) Trabajar con creencias y paradigmas para flexibilizar los pensamientos.

Medidas de prevención a nivel empresarial:

1) Claridad en los roles.

2) Comunicación efectiva y asertiva.

3) Clima laboral apropiado.

4) Reestructuraciones conscientes del impacto grupal.

5) Trabajar la misión y visión de empresa, alineada con la misión y visión personal de los empleados.

6) Programas para organizar mejor el tiempo.

7) Programas de estímulo y reconocimiento.

8) Creación de espacios para conversar sobre temas personales.

9) Políticas claras sobre horarios de almuerzo, tabaco, viajes, horarios laborales, vestimenta, recreación, espacio físico laboral, etc.

10) Implementación de ejercicios sencillos de relajación en el lugar de trabajo.

Por otro lado el Dr. Horacio Cairo propone 10 puntos claves en la prevención del Burnout (también mencionados por el autor Hamson WDA en su obra *Stress and Burnout in the Human Services Professions*) las cuales son:

- Proceso personal de adaptación de expectativa a la realidad cotidiana.
- Formación en las emociones.
- Equilibrio de áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descansos y trabajo.
- Fomento de buena atmósfera de equipo: espacios comunes, objetivos comunes.
- Limitar a un máximo la agenda asistencial.
- Tiempo adecuado por pacientes: 10 minutos de media como mínimo.
- Minimizar la burocracia con mejora en la disponibilidad de recursos materiales de capacitación y mejorando la remuneración.
- Formación continuada reglada dentro de la jornada aboral.
- Coordinación con los colegas que ejercen la misma especialidad, espacios comunes, objetos compartidos.
- Diálogo efectivo con las gerencias.

# CAPÍTULO 3

### **Marco Metodológico**

En la realización del presente capítulo se ha tomado información recopilada sobre El síndrome de Burnout en los trabajadores de salud a adultos mayores, en hogar de Ancianos de Escazú.

El eje central de metodología en este proyecto de investigación se ajusta en forma general a las indicaciones dadas por la American Psychological Association (APA); en su sexta edición (2015).

### **Ubicación de la investigación**

El presente estudio de investigación, se realizó en la provincia de San José de Costa Rica, específicamente en el Hogar de Ancianos de Escazú en Barrio Santa Teresa de Escazú, contiguo al salón comunal.

Inicia el hogar por iniciativa de un grupo de señoras que pertenecían a la Organización de Damas Vicentinas de Escazú y a las cuales hoy se les conoce como fundadoras. Su centro de operación fue en la antigua Casa Cural que pertenecía a la Parroquia de Escazú con la atención de unos pocos ancianos, sin embargo no es sino a partir de la creación de la Asociación Vicentina de Escazú en abril del año 1971, cuando empieza a concretarse la obra de una manera más organizada. Los recursos con los cuales se da inicio son propios de la venta de propiedades donadas por damas Vicentinas de Escazú.

La Asociación citada está constituida de la siguiente manera: una Asamblea General (que se reúne cada una vez al año y en casos extraordinarios que lo amerite), una Junta Directiva nombrada por la Asamblea por un plazo de dos años renovable indefinidamente. Esta Junta está conformada por: un Presidente, un Vicepresidente, un Secretario, un Tesorero, tres Vocales y un Fiscal.

Bajo la administración de esta Asociación, en el año 1981 se traslada el hogar hacia las actuales instalaciones ubicadas en el Barrio Santa Teresa en San Antonio de Escazú, encaminado a cumplir con la

misión para la cual fue creado, llevar un mensaje de paz y amor a personas de la tercera edad de escasos recursos económicos y humanos y solventar las necesidades básicas de los mismos.

A partir de 1986 se inicia un proceso de remodelación de las instalaciones que comprenden cambios de piso, cielo raso e iluminación. El comedor se remodelo en su totalidad dado que por ejemplo el piso era de concreto teñido con ocre, poco apto para nuestros ancianos.

Por su parte, las habitaciones eran escasas y no reunían las condiciones suficientes para albergar adecuadamente personas de la tercera edad. Asimismo, se remodelo la cocina pues faltaba ventilación y equipo básico para su funcionamiento.

Posteriormente, se cambian los pisos de la sala principal, los pasillos, la oficina, la cocina y áreas comunes. También se acondicionó un área específica para despensa.

Poco a poco la población va creciendo y los espacios se hacen pequeños, y al ser los recursos limitados se requiere de varios años para emprender la construcción de una terraza destinada al esparcimiento (actividades como juegos de mesa, fiestas, etc.).

De igual forma se procede a construir una capilla en donde poder oficiar actos litúrgicos adecuadamente, pues anteriormente se hacía en el salón de la televisión.

Actualmente y gracias a estas mejoras, el hogar cuenta con un edificio de un sola planta, distribuida de la siguiente manera: un área de seis habitaciones compartidas para cinco personas cada una (tres para hombres, y tres para mujeres), ocho habitaciones de pensión destinadas para una o dos personas, cocina, comedor, despensa de alimentos, lavandería, enfermería, salón para T.V., terraza, oficina, capilla, área de parqueo y zona verdes.

En el año 2009, con recursos donados por la Junta de Protección Social, se construye un Salón Multiuso, en donde se realizan las actividades de Terapia física y otras actividades.

Nuestra población está entre los 67 y 111 años de edad, con una capacidad de atención de 43 adultos mayores. La Asociación procura distribuir alimento, vestido y medicinas a aquellos que lo necesitan tratando de mantener con esto un adecuado nivel de vida para estos ancianos.

No obstante, al mantener una población de tan avanzada edad y en diferentes condiciones de salud, se hace necesario mantenerse completamente actualizado en cuanto a condiciones de seguridad para los mismos.

Día tras día estamos aunando esfuerzos para lograr el mejoramiento continuo capacitando a nuestro personal y a nuestros beneficiarios, en pro de nuestros adultos mayores.

### **Misión**

Somos un hogar que velamos por el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores para que posean un lugar equipado y seguro tanto en infraestructura como en servicios de atención y así brindarles un ambiente de respeto y confortabilidad.

### **Visión**

Nuestro hogar será una organización que brinde residencia y atención integral a la persona adulta mayor, ofreciéndoles un servicio de alta calidad. Con el compromiso de fomentar y difundir el respeto a la dignidad del adulto mayor.

### **Descripción**

Nuestro principal objetivo es brindar atención integral a las personas adultas mayores residentes en nuestro hogar.

### **Información General**

Brindamos los servicios de enfermería las 24 horas, medico geriatra, terapia física, terapia ocupacional, lavado y aplanchado de ropa, los 5 tiempos de alimentación, servicio de ambulancia y convenio con el EBAIS de San Antonio de Escazú. También hay servicios de recreación, cultura y crecimiento espiritual.

El servicio brindado en el hogar es de 24/7, no obstante nuestros horarios de oficina son de lunes a sábado de 8 a 12 y de 1 a 5 pm. Asimismo el horario de visita para familiares es de 1 a 5 pm todos los días de la semana. (Hogar de Ancianos Asociación Vicentina de Escazú, 2012).

### **Enfoque de la Investigación**

El tipo de estudio es mixto, lo cual significa cualitativo y cuantitativo, en el mismo se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente y la medición numérica, que utiliza el conteo y frecuentemente el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de comportamiento de una población. (Hernandez, 2006).

### **Tipo y diseño de la investigación**

En el presente proyecto, se realizó una investigación analítica utilizando el instrumento previamente preparado (ver anexo 1), el cual se le aplicó a los individuos en estudio con el fin de analizar la información suministrada por los mismos y establecer la relación causa-efecto y así poder determinar las consecuencias que pueden prevenirse, disminuyendo en lo posible la causa.

### **Finalidad de la Investigación**

La finalidad de esta investigación, es determinar si los trabajadores del Hogar de Ancianos de Escazú presentan el síndrome de Burnout para así poder establecer el tipo de intervención que es necesario aplicar en los mismos con el fin de mejorar las condiciones de salud tanto de los trabajadores como de los usuarios de los servicios del Hogar de Ancianos.

**Alcance temporal de la Investigación**

Esta investigación responde a un estudio transversal, por lo que su alcance es solamente en un momento determinado de la vida de los sujetos.

**Profundidad de la Investigación**

Esta investigación es de tipo exploratoria ya que su objetivo principal es conseguir una perspectiva general de la problemática antes descrita. Este tipo de investigación se caracteriza por ser más flexible amplia y dispersa en su metodología si se compara con los otros tipos de investigación.

**Marco en que tiene lugar la Investigación**

Este estudio se llevó a cabo en el Hogar de Ancianos de Escazú, el cual se ubica en el Barrio Santa Teresa de Escazú, contiguo al Salón Comunal, por lo que el estudio es un trabajo de campo.

**Orientación de la Investigación**

Pretende estudiar los signos y síntomas del síndrome de Burnout que presentan los trabajadores del Hogar de Ancianos de Escazú.

**Sujetos Objeto de Estudio**

Las personas que conforman la muestra para la presente investigación, son los diferentes trabajadores de salud que laboran en el hogar de Ancianos de Escazú, tomando en cuenta todos sin importar su nivel de educación.

**Población**

Para la aplicación del instrumento de medición en esta investigación se eligió a los trabajadores de salud a adulto mayor, en Hogar de Ancianos de Escazú durante el periodo de mayo a octubre del año 2015, abarcando todo los trabajadores en la institución.

Los trabajadores: Las enfermeras trabajan turnos de 12 horas. El resto de los trabajadores trabajan turnos de 8 horas. 7am a 3pm, 3pm a 10pm y 10pm a 7am. El personal administrativo trabaja de 8am a 5pm. En los turnos de 7am a 3pm y 3pm a 10pm son 5 trabajadores y en el turno de noche son dos trabajadores más una enfermera.

**Estrategias de intervención**

Mediante visitas al hogar, se realizó la aplicación del instrumento y se analizaron los datos obtenidos para así, determinar el grado de afectación de los trabajadores del centro con el fin de sacar conclusiones que ayudan a definir la estrategia de intervención que se utilizó en los mismos.

**Definición de actividades, funciones, tareas básicas y productos**

Para cumplir con los objetivos planteados en esta investigación, se realizaron diversas actividades.

- Determinar los signos y los síntomas del síndrome de Burnout que presentan los trabajadores de salud a adultos mayores, en Hogar de Ancianos de Escazú.

Se aplicó el instrumento previamente elaborado en el anexo 1 a los trabajadores para determinar si presentan los signos y los síntomas del síndrome de Burnout.

- Estructurar un instrumento para obtener los datos sociodemográficos de los trabajadores.

Dentro del instrumento utilizado para el primer objetivo se tomaron en cuenta los datos sociodemográficos para reconocer si presentan los signos y los síntomas del síndrome de Burnout.

- Aplicar la escala de inventario de Burnout de Maslach.

Con la aplicación de la escala de inventario de Burnout de Maslach se determinará el grado de Burnout que presentan los trabajadores.

- Sistematizar los resultados de la escala de inventario de Burnout de Maslach.

Analizar la información obtenida para poder definir una estrategia de intervención.

## **Fuentes y Técnicas de Recopilación de la Información**

### **Instrumentos aplicados**

Los medios de recopilación de datos aplicados fueron: Encuestas a los trabajadores de salud a adultos mayores, en el Hogar de Ancianos de Escazú.

Para analizar información recopilada mediante las encuestas se utilizó la tabulación en Microsoft Excel 2013, mediante cuadros y posteriormente la elaboración de sus respectivos gráficos.

### **Tipo de cuestionario según enfoque cualitativo y cuantitativo**

Puede decirse que el cuestionario es un instrumento que consta de una serie de preguntas escritas para ser resuelto sin intervención del investigador.

Se elaboró un cuestionario de veinte y tres preguntas, 21 preguntas cerradas y 2 preguntas abiertas.

También se utilizó el cuestionario de Maslach (Inventario de Burnout de Maslach), es un cuestionario de veinte y dos preguntas cerradas.

Se trató de aplicar cada cuestionario de una manera personal, individual y dando el tiempo necesario a cada encuestado para contestar.

### **Descripción del Cuestionario aplicado**

Este cuestionario consta de una página introductoria con las instrucciones para contestarlo.

Este cuestionario posee preguntas cerradas y abiertas, enfocadas a evaluar si los encuestados presentan el síndrome de Burnout.

**Parte datos demográficos:**

En esta sección del cuestionario, se incluyen datos tales como género, edad, estado civil, años de estar laborando y nivel de escolaridad.

**Preguntas cerradas:**

Esta unidad del cuestionario aplicado, engloba una serie de 21 preguntas, enfocadas a evaluar la presencia del síndrome de burnout en los trabajadores de salud a adultos mayores.

**Segundo Cuestionario****MBI (Inventario de Burnout de Maslach)**

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

Mide los tres aspectos del síndrome: El agotamiento emocional, la despersonalización, la realización personal.

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

- Subescala del agotamiento (cansancio) emocional: Consta de nueve preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16,20). Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, puntuación máxima 54.
- Subescala de la despersonalización: Está formada por cinco preguntas (5, 10, 11, 15, 22). Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento, puntuación máxima 30.
- Subescala de la realización personal: Se compone de ocho preguntas, (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Evalúa los sentimientos de la autoeficacia y la realización personal en el trabajo, puntuación máxima 48.

### **Consideraciones éticas**

Para esta investigación, la información proporcionada será utilizada solo con fines internos para el desarrollo del proceso de intervención y en ninguna circunstancia se suministrará a terceras personas.

Una vez concluida la tesis, los datos y la información que se susciten de la misma serán para uso público, ya que se busca generar datos que puedan ser utilizados en futuras investigaciones o para consulta en general, además de dar a conocer la experiencia obtenida en cuanto al tema abordado a las personas o las entidades interesadas. Se busca también, brindar recomendaciones que puedan contribuir a solucionar las problemáticas relacionadas con la salud emocional de los trabajadores del sector salud, las cuales podrán ser o no acogidas por las autoridades competentes de la institución, según sus valores éticos y los intereses individuales y colectivos.

Con dicho trabajo se busca beneficiar tanto a los funcionarios del Centro de Cuido como a los usuarios del mismo.

Es sumamente importante, mencionar en este apartado que las personas que participan en el proceso de recolección de los datos y el análisis de los mismos lo harán con el conocimiento previo de los fines con que se utilizará dicha información y con el previo consentimiento necesario para cada fin, además, la identidad de los funcionarios colaboren brindando información, será rigurosamente protegida.

# CAPÍTULO 4

## Análisis de Datos

## Cuadro 1

Edad de los trabajadores de salud del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

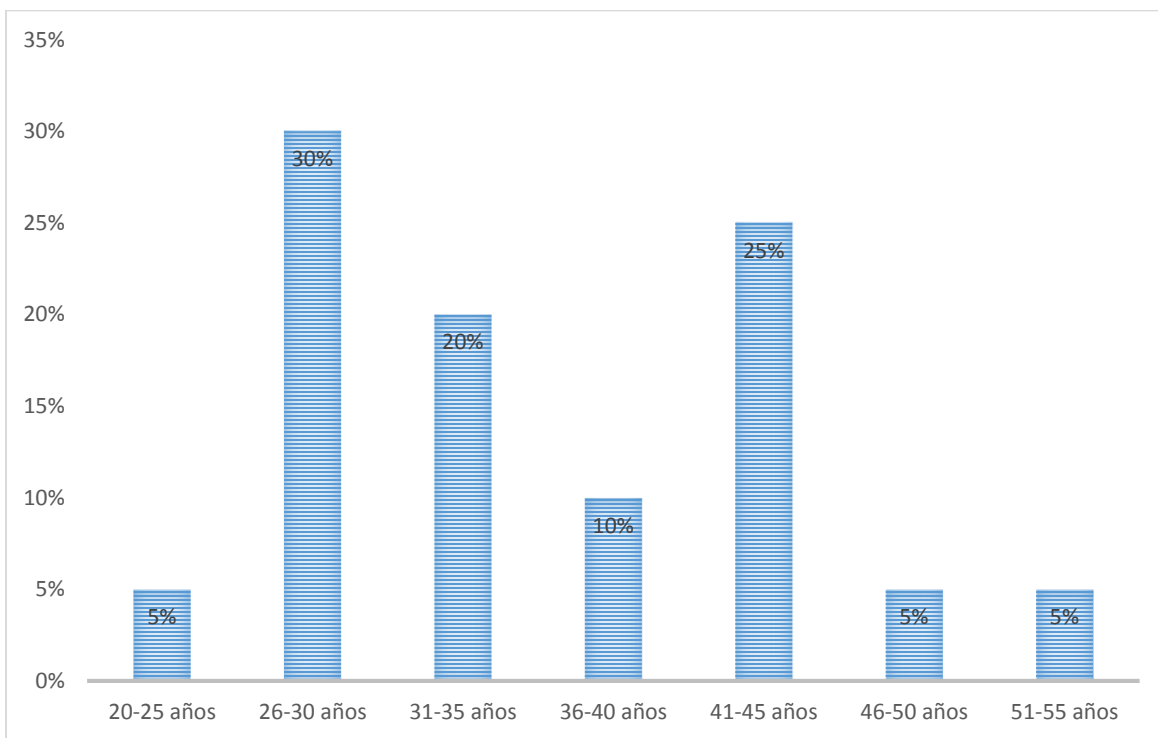
Grupos etarios	Valor absoluto	Valor relativo
20-25 años	1	5%
26-30 años	6	30%
31-35 años	4	20%
36-40 años	2	10%
41-45 años	5	25%
46-50 años	1	5%
51-55 años	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 1

Edad de los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Como se observa en el cuadro y el gráfico uno, la mayoría de los trabajadores de salud encuestados del Hogar Santa Teresa de Escazú, se encuentran dentro de un rango de edad entre los 26 y los 30 años.

**Cuadro 2**

Distribución por sexo, de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre 2015

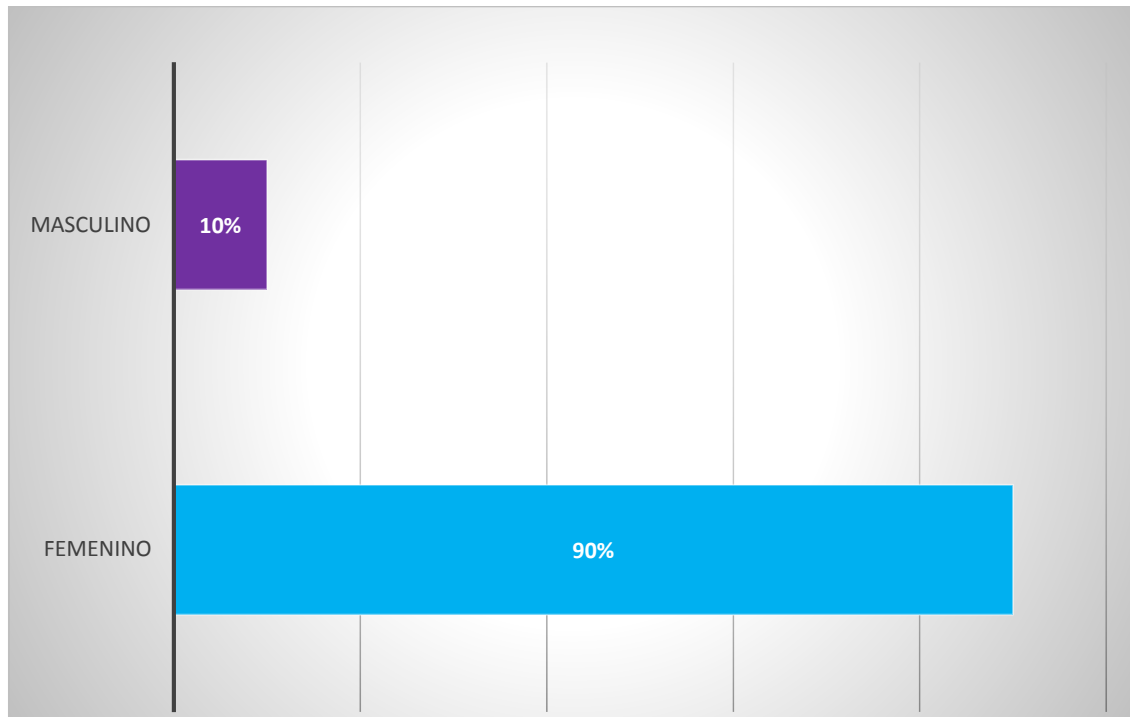
<b>Género</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor Relativo</b>
Femenino	18	90%
Masculino	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Gráfico 2**

Distribución por sexo, de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Al analizar el cuadro y el gráfico dos, se encuentra que el género femenino es el que predomina en la población de los trabajadores de salud encuestados, lo que representa un 90% de la población del Hogar Santa Teresa de Escazú. Comúnmente los trabajadores de salud son mujeres, ellas tienden a ser cuidadoras siempre. Por lo que el resultado responde en este aspecto al perfil descrito para esta tarea.

**Cuadro 3**

Distribución por grado académico de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

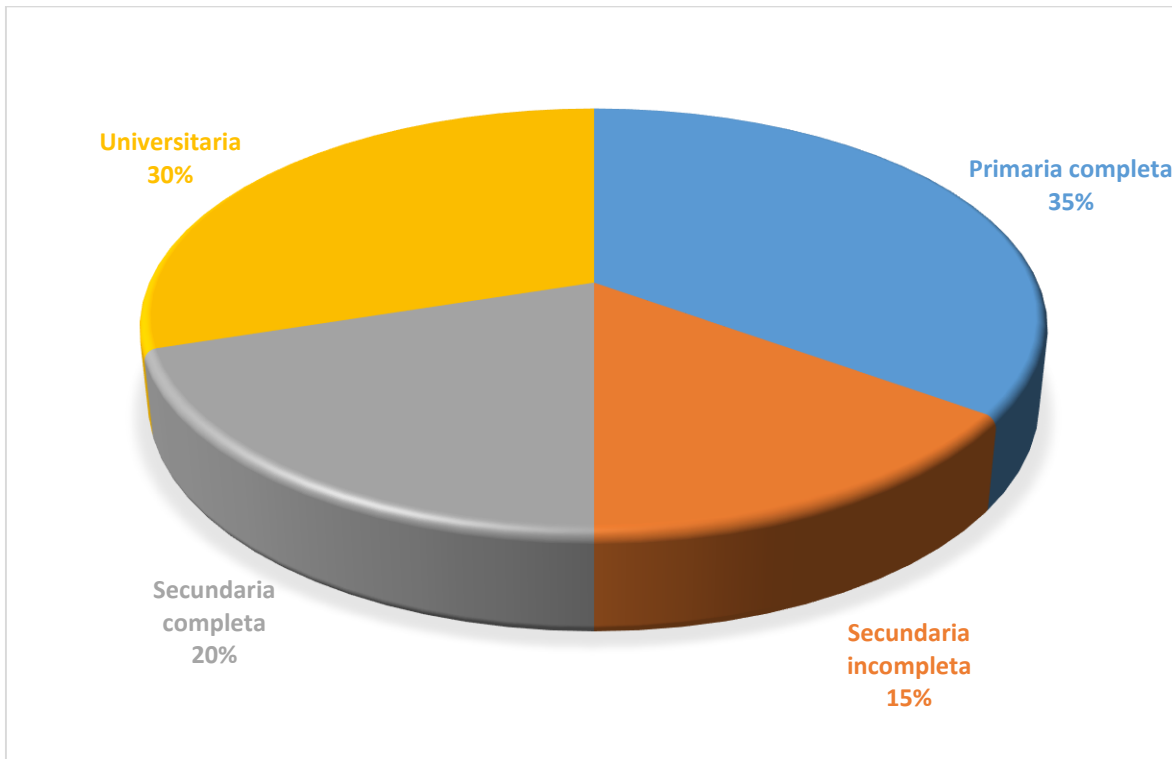
<b>Grado académico</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Primaria completa	7	35%
Secundaria incompleta	3	15%
Secundaria completa	4	20%
Universitaria	6	30%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 3

Distribución por grado académico de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo – octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

#### **Análisis:**

Al realizar el análisis del cuadro y el gráfico tres, se nota que el 35% de los trabajadores de salud encuestados, solo tiene la primaria completa; y que la mayoría, un 70% no pose estudios universitarios, sin embargo, existe un porcentaje alto de trabajadores de salud con el nivel escolaridad universitaria. Hay que tener en cuenta que para ser trabajadores de salud en un hogar de ancianos, solo hay que tener un curso de asistencia de pacientes.

**Cuadro 4**

Distribución por estado civil de los trabajadores de salud en Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

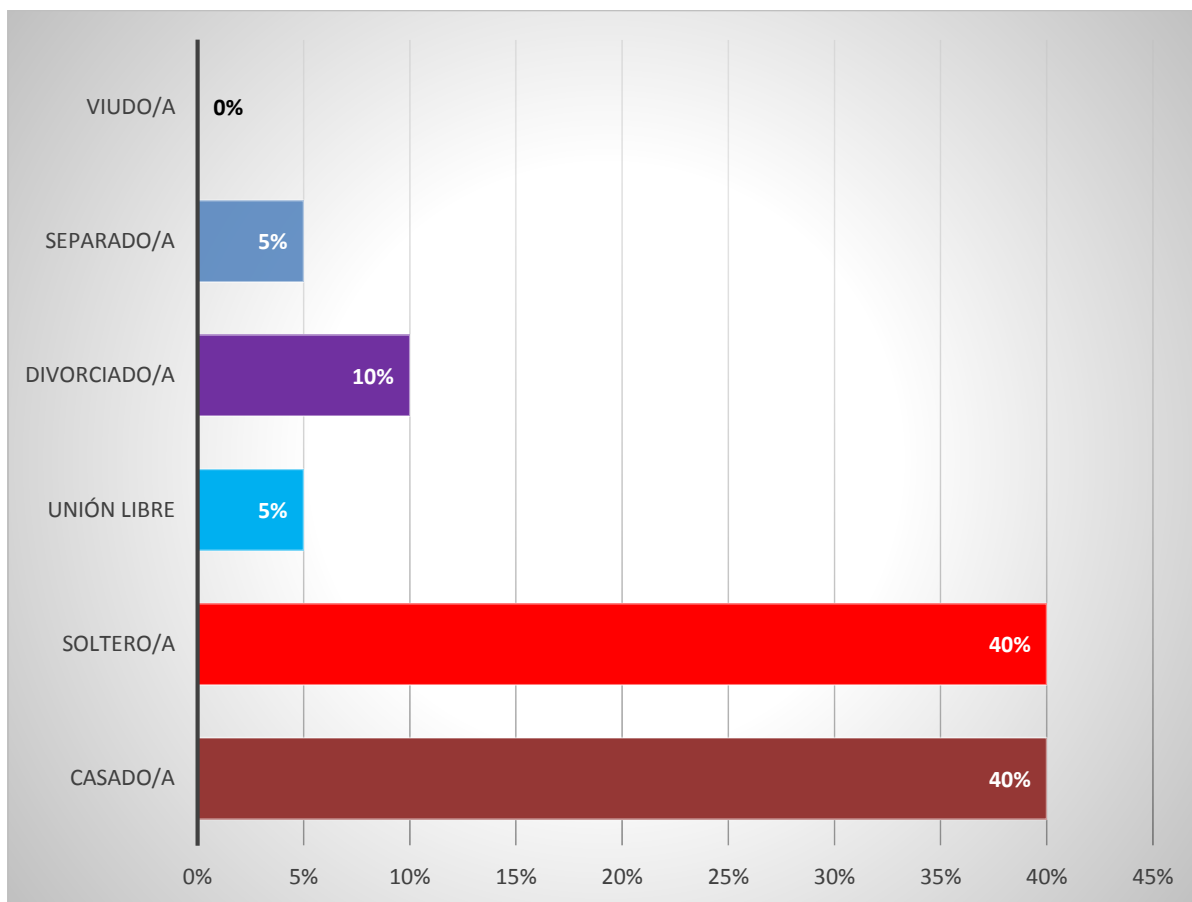
<b>Estado Civil</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor Relativo</b>
Casado/a	8	40%
Soltero/a	8	40%
Unión libre	1	5%
Divorciado/a	2	10%
Separado/a	1	5%
Viudo/a	0	0%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 4

Distribución por estado civil de los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Acorde con la información analizada y plasmada en el cuadro y gráfico cuatro, se nota que la mayoría de los trabajadores encuestados son solteros y/o casados.

**Cuadro 5**

Tiempo de labor de los trabajadores del Hogar de Santa Teresa de Escazú

Mayo- octubre del 2015

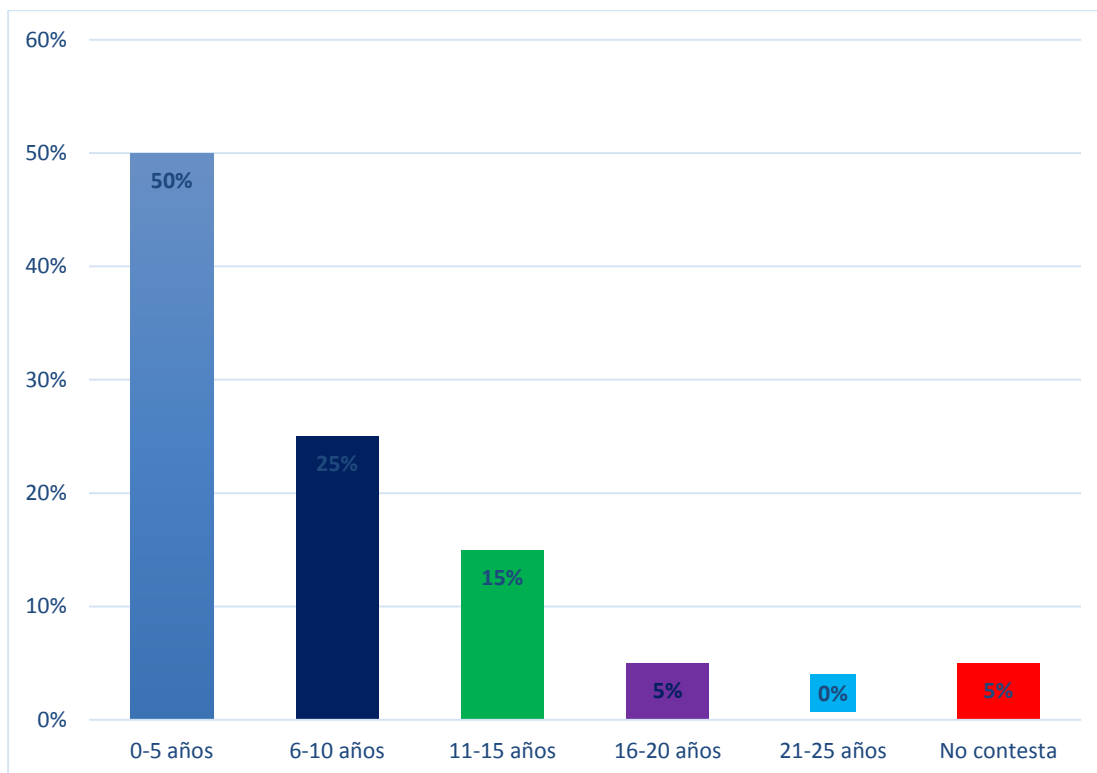
<b>Años de Servicio</b>	<b>Valor Absoluto</b>	<b>Valor Relativo</b>
0-5 años	10	50%
6-10 años	5	25%
11-15 años	3	15%
16-20 años	1	5%
21-25 años	0	0%
No contesta	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 5

Tiempo de labor de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo- octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Al realizar el análisis del cuadro y gráfico anterior, se obtiene que la mayoría de los trabajadores encuestados del Hogar Santa Teresa, han trabajado de 0 a 5 años en el lugar, siendo su tiempo laboral relativamente corto.

**Cuadro 6**

Conocimiento del síndrome de Burnout en los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

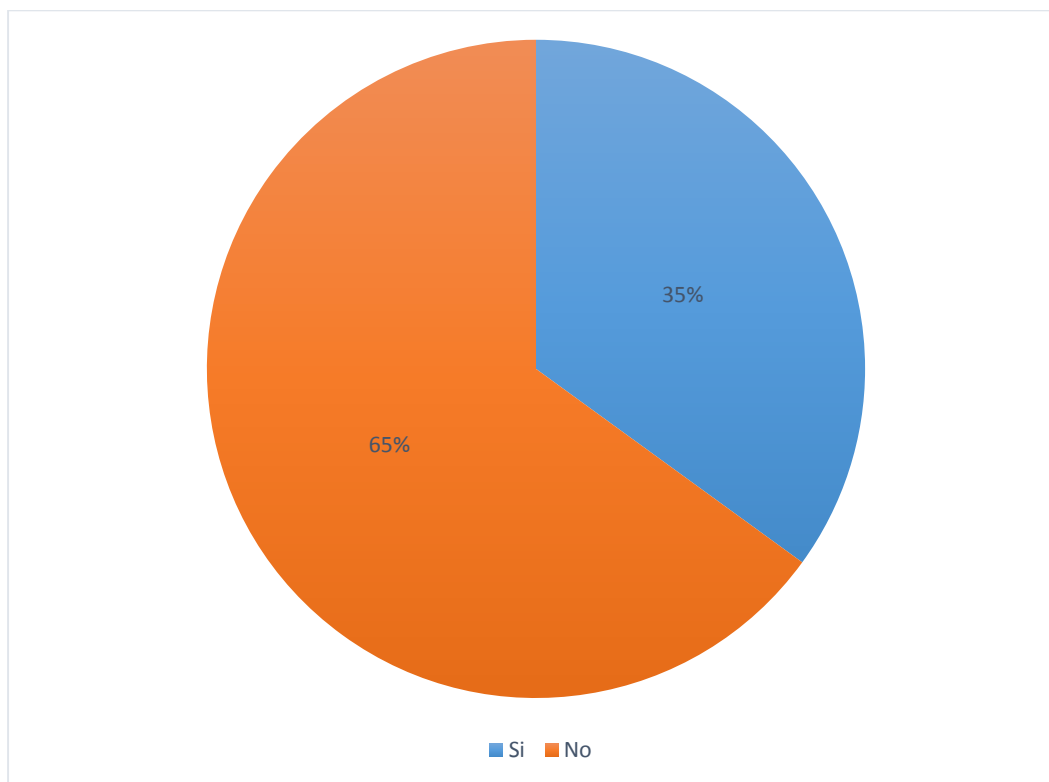
<b>Conocimientos del síndrome de Burnout</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Sí</b>	7	35%
No	13	65%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Gráfico 6**

Conocimiento del síndrome de Burnout en los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Según la información recopilada de los trabajadores encuestados del Hogar Santa Teresa de Escazú, la mayoría de ellos no tiene conocimiento del síndrome de Burnout, lo que podrí estar asociado a la baja escolaridad que presentan la mayoría de trabajadores del lugar.

**Cuadro 7**

Padecimientos de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

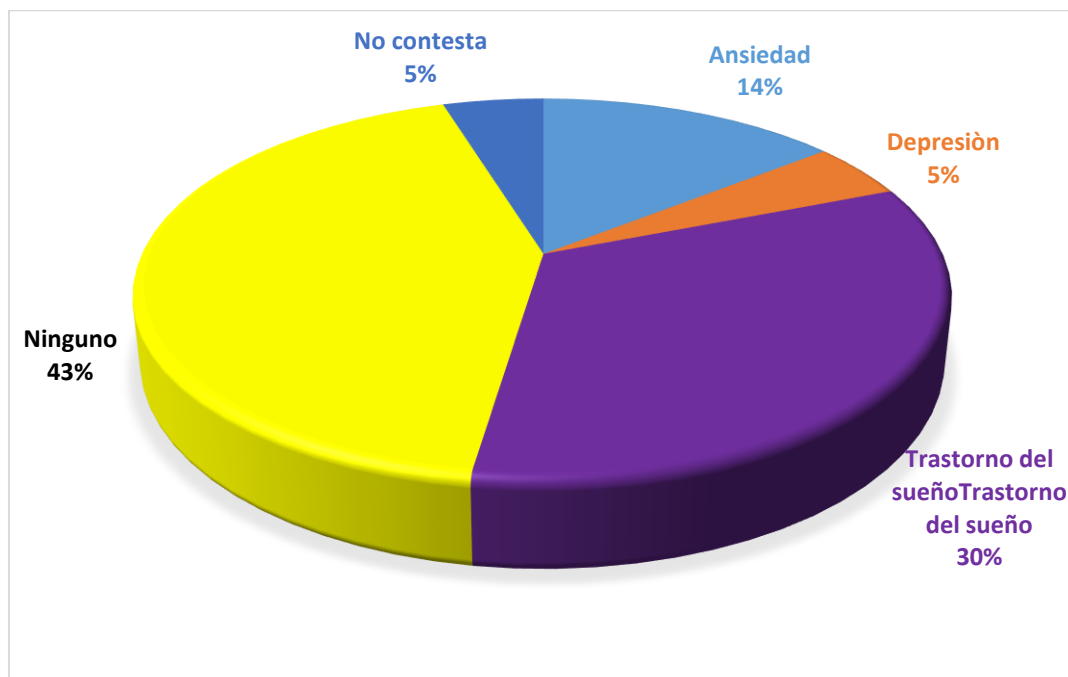
<b>Padecimiento del Trabajador</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Ansiedad	3	15%
Depresión y trastorno del sueño	1	5%
Trastorno del sueño	6	30%
Ninguno	9	45%
No contesta	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 7

Padecimientos de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

#### **Análisis:**

Como se observa en el cuadro y el gráfico siete, el 43% de los trabajadores de salud encuestados del Hogar Santa Teresa de Escazú, no tiene ninguno padecimiento, sin embargo el 30% sí padece de trastorno del sueño, lo que puede estar asociado al horario de la jornada laboral y 14% padece de ansiedad, lo cual puede estar asociado al tipo de trabajo desempeñado.

**Cuadro 8**

Consumo de licor de los trabajadores del hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre 2015

---

<b>Consumo de licor</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Sí	1	5%
No	13	65%
A veces	6	30%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

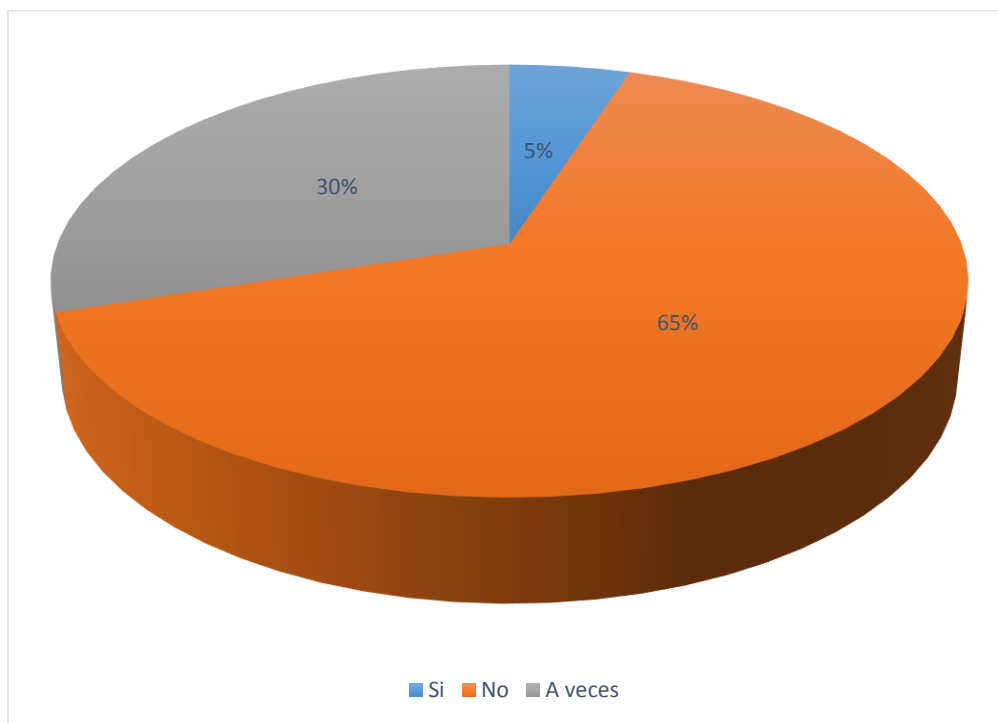
---

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Gráfico 8**

Consumo de licor de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Según la información recopilada de las encuestas aplicadas a los trabajadores de salud del Hogar Santa Teresa de Escazú, se observa en el cuadro y el gráfico 8, que el 65% de los trabajadores no consume licor, 30% de los encuestados consume licor en algunas ocasiones y el 5% contestó que sí consume licor regularmente.

**Cuadro 9**

Consumo de tabaco de los trabajadores en el Hogar Santa Teresa

Mayo - octubre del 2015

---

<b>Consumo de Tabaco</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Sí	3	15%
No	16	80%
A veces	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

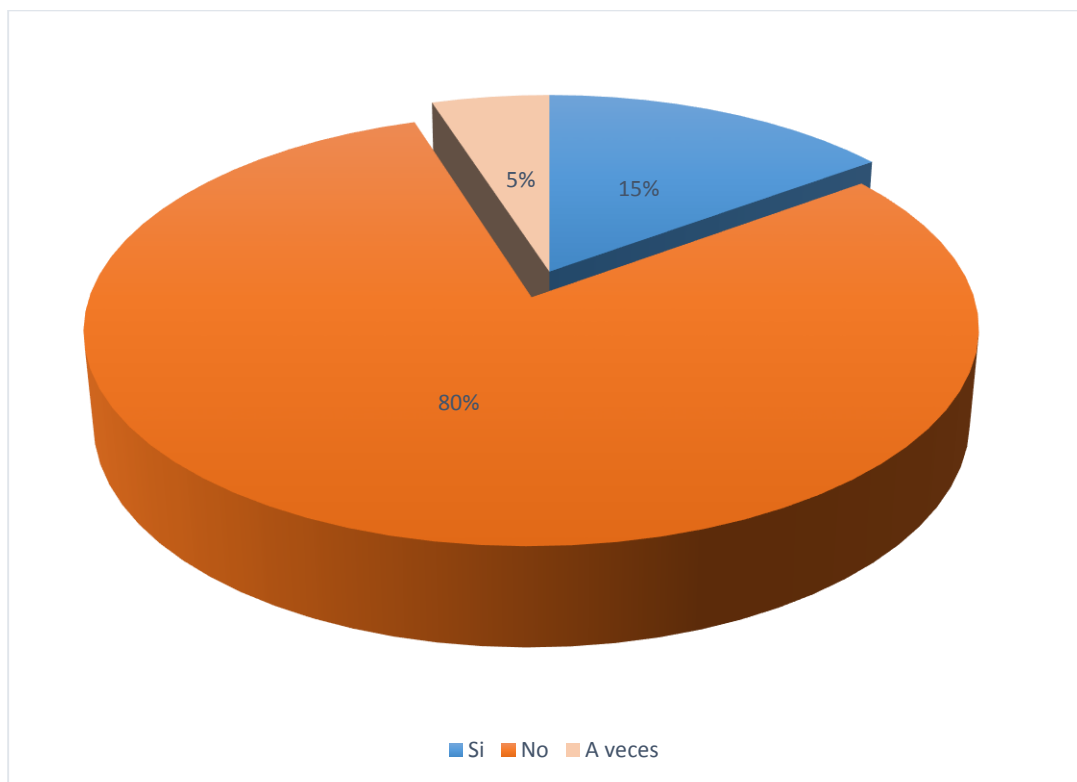
---

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Gráfico 9**

Vicios de tabaco en los trabajadores en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Como se observa en el presente cuadro y el gráfico el 80% de los encuestados no consume tabaco, el 15% sí lo utiliza y el 5% lo utiliza solamente en algunas ocasiones.

**Cuadro 10**

Satisfacción en el trabajo de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

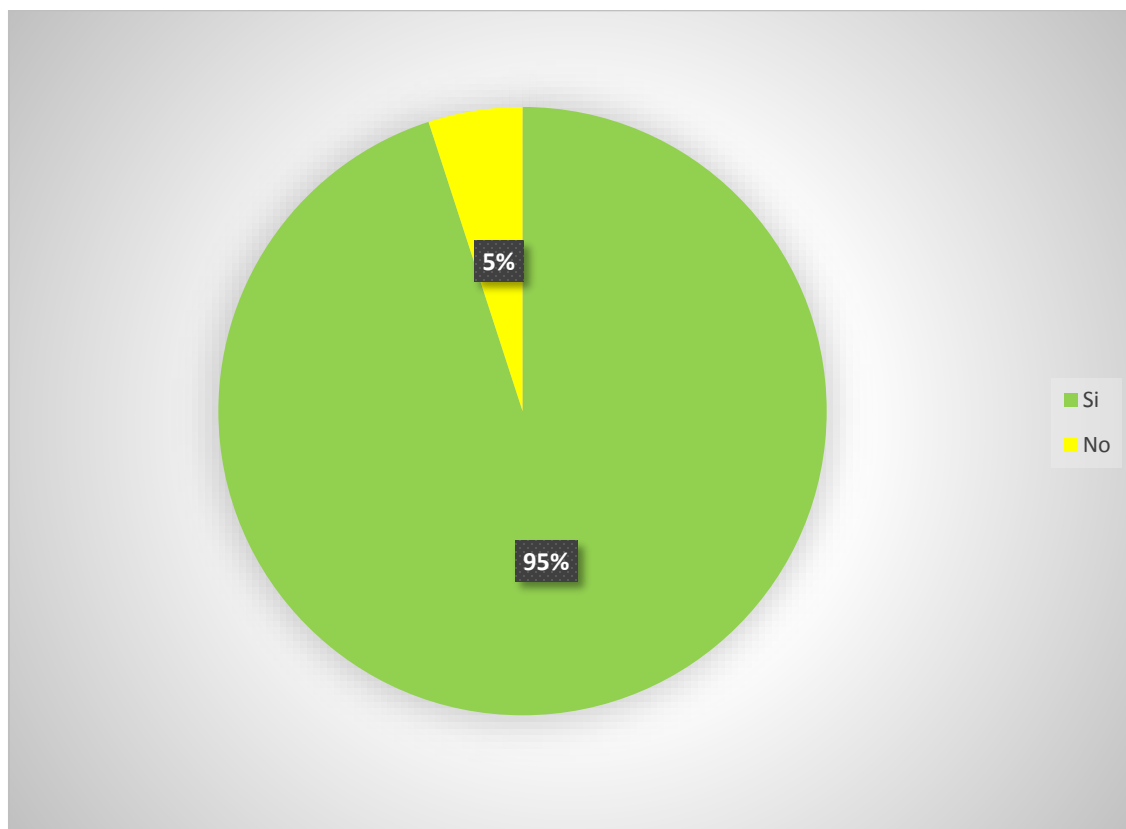
<b>Satisfacción en el trabajo</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Sí	19	95%
No	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Gráfico 10**

Satisfacción en el trabajo de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo – octubre 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Como se observa en el cuadro y el gráfico 10, el 95% de los trabajadores de salud del Hogar Santa Teresa de Escazú se sienten satisfechos con su lugar de trabajo y el 5% no se siente satisfecho.

**Cuadro 11**

Satisfacción salarial de los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

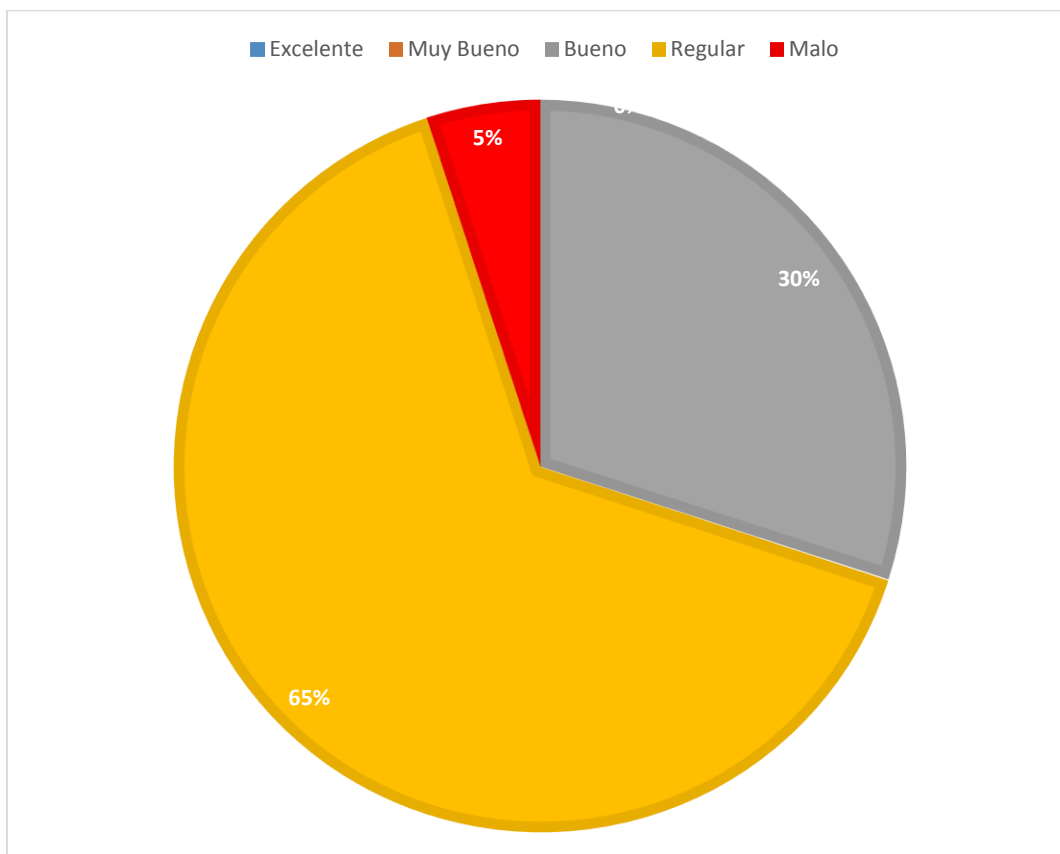
<b>Satisfacción Salarial</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Excelente	0	0%
Muy Bueno	0	0%
Bueno	6	30%
Regular	13	65%
Malo	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 11

Satisfacción salarial de los trabajadores de salud del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo -octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Según la información recopilada en el cuadro y el gráfico 11, el 65% de los encuestados siente que su salario es regular, el 30% contestó que su salario es bueno y un 5% siente que es malo.

**Cuadro 12**

Tiempo tomado para alimentarse los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

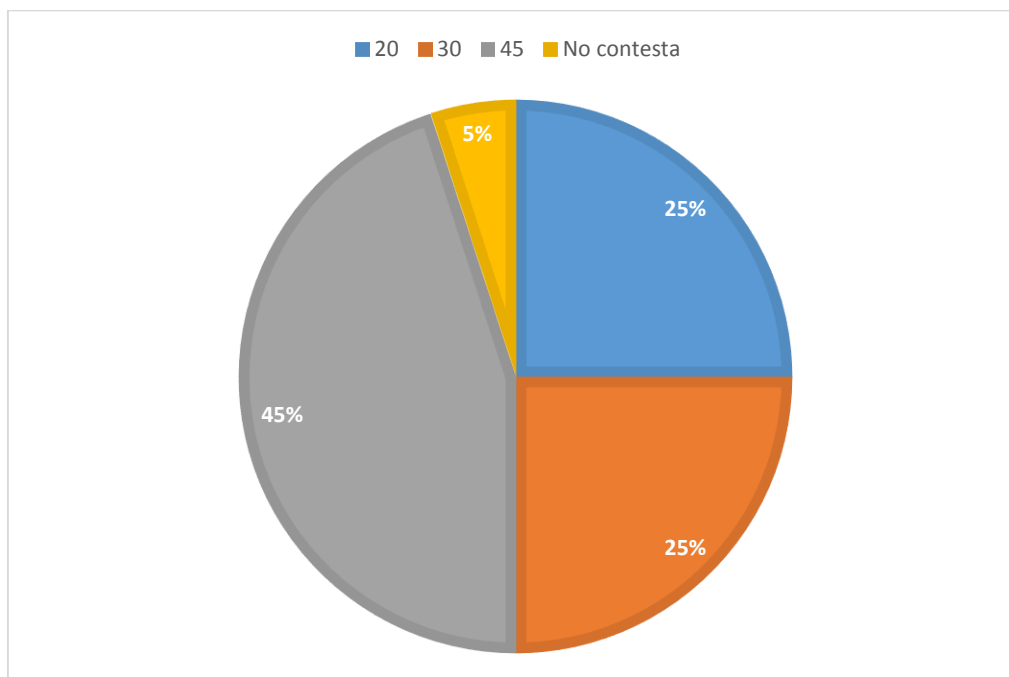
<b>Tiempo tomado para alimentarse en minutos</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
20	5	25%
30	5	25%
45	9	45%
No contesta	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 12

Tiempo tomado para alimentarse los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Como puede evidenciarse en el cuadro y el gráfico anterior, el 45% de los encuestados requieren de 45 minutos para alimentarse durante su turno, mientras el 25% toma entre 20 y 30 minutos para dicha actividad y un 5% de los trabajadores de salud encuestados no contestó.

**Cuadro 13**

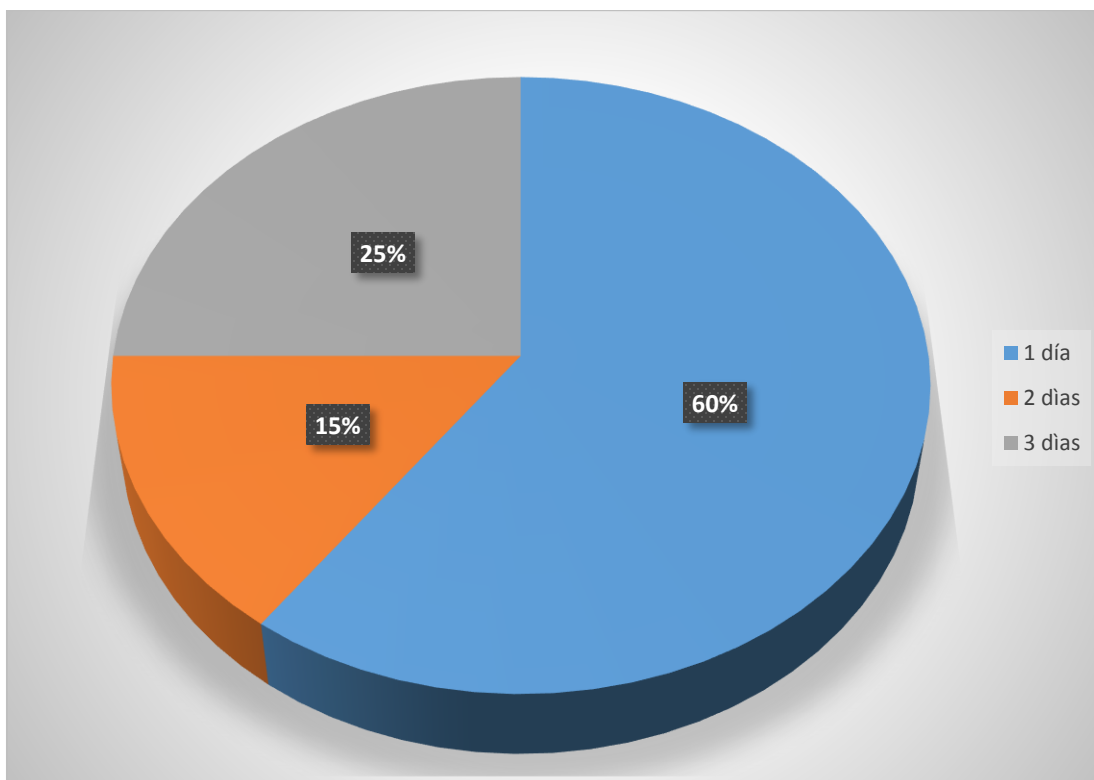
Horas libres a la semana que disfrutaron los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú, Mayo - octubre del 2015

<b>Horas libres a la semana que disfrutaron los trabajadores de salud</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
1 día	12	60%
2 días	3	15%
3 días	5	25%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 13

Horas libres a la semana que disfrutaban los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú, Mayo – octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

En el cuadro y el gráfico 13, se puede observar que el 60% de trabajadores de salud encuestados gozan solamente de un día libre a la semana, el 25% disfrutaban de tres días y el 15% gozan de dos días libres a la semana.

**Cuadro 14**

Sentir de los trabajadores del salud del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015

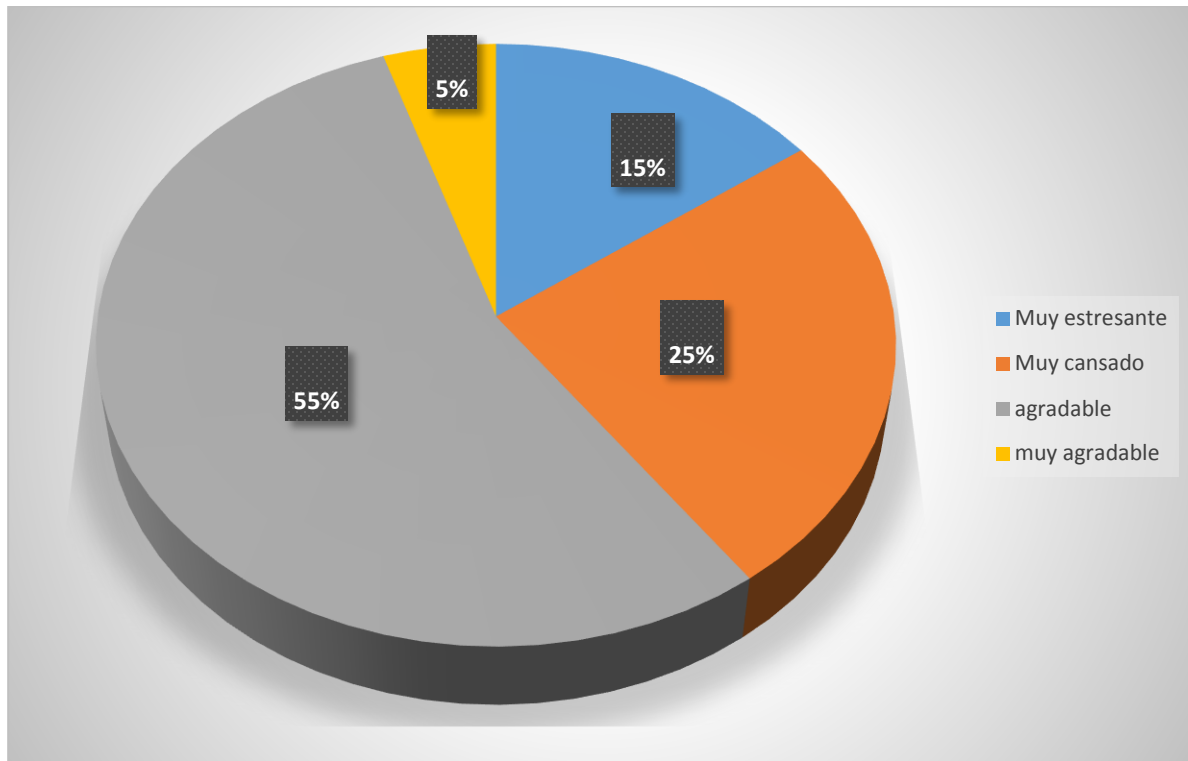
<b>Sentir del lugar de trabajo</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor absoluto</b>
Muy estresante	3	15%
Muy cansado	5	25%
Agradable	11	55%
Muy agradable	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 14

Sentir de los trabajadores de salud del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

#### **Análisis:**

Como se observa en el anterior cuadro y el gráfico, el 55% de los encuestados respondió que su lugar de trabajo es agradable, sin embargo el 25% contestó que es muy cansado, el 15% refiere que es muy estresante y el 5% indica que es muy agradable.

**Cuadro 15**

Relación que los trabajadores tienen con los familiares de los adultos mayores del Hogar Santa

Teresa de Escazú, Mayo – octubre del 2015

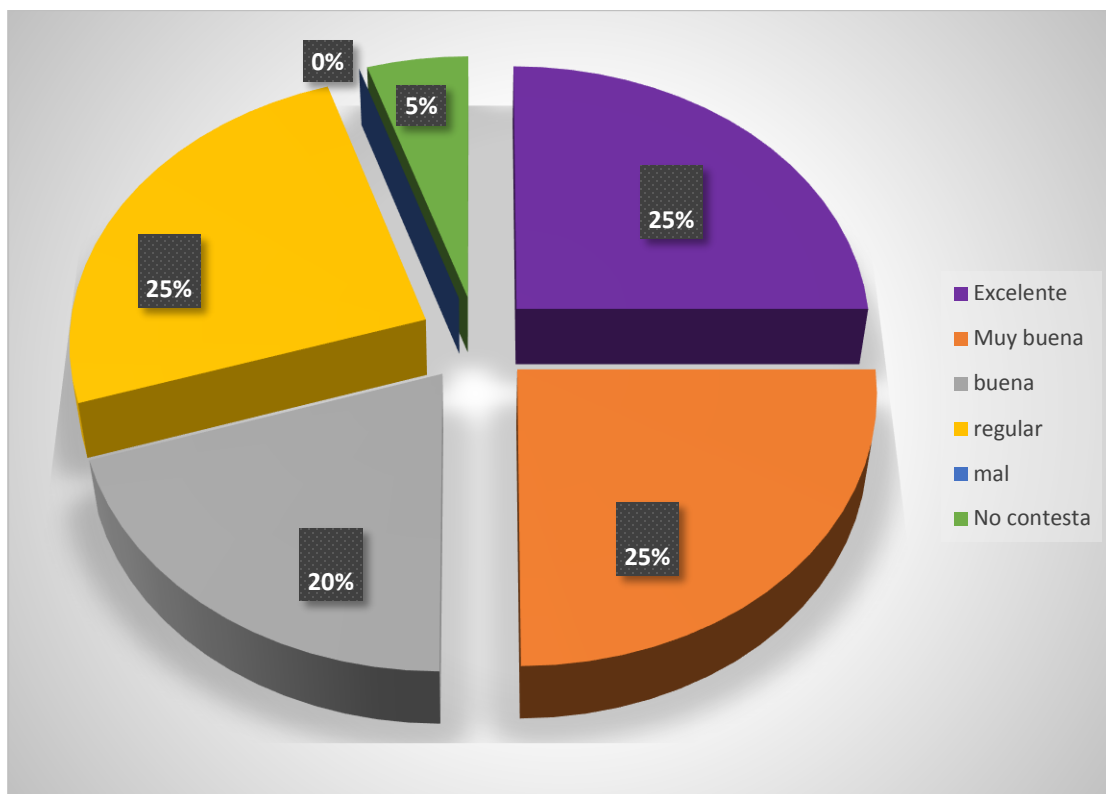
<b>Relación con los familiares</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Excelente	5	25%
Muy buena	5	25%
Buena	4	20%
Regular	5	25%
Mal	0	0%
No contesta	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 15

Relación que los trabajadores tienen con los familiares de los adultos mayores del Hogar Santa

Teresa de Escazú, Mayo – octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

#### **Análisis:**

Como se observa en el cuadro y el gráfico 15, el 25% tiene una excelente relación con los familiares de los adultos mayores, el 25% tiene una muy buena, el 25% tiene una relación buena, y un 20% tiene una relación regular. Solamente el 5% de los encuestados no contestó.

**Cuadro 16**

Relación de los trabajadores con los adultos mayores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo - octubre 2015

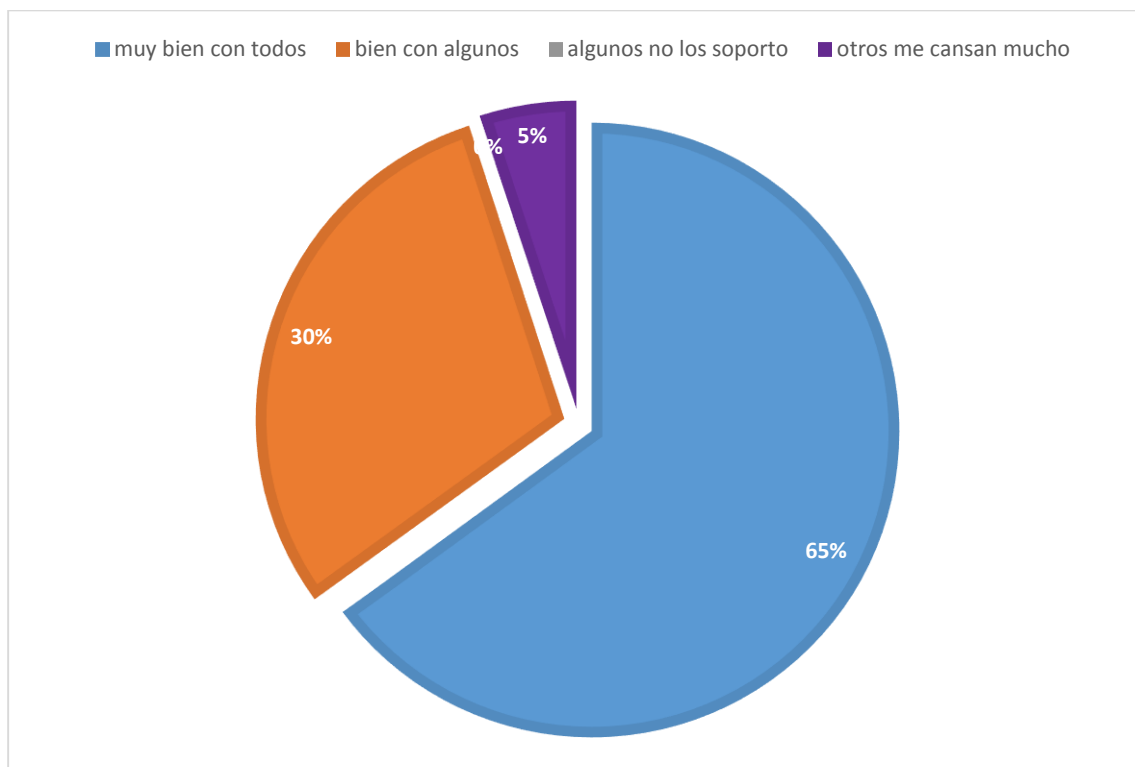
<b>Relación con los adultos mayores</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
Muy bien con todos	13	65%
Bien con algunos	6	30%
A algunos no los soporto	0	0%
Otros me cansan mucho	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 16

Relación de los trabajadores de salud con los adultos mayores del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo – octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Al analizar el cuadro y el gráfico anterior, se encuentra que el 65% de los encuestados se lleva muy bien con los pacientes, el 30% se lleva bien con algunos y un 5% refiere que los adultos mayores lo cansan mucho.

**Cuadro 17**

Agentes causales de estrés para los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo – octubre del 2015

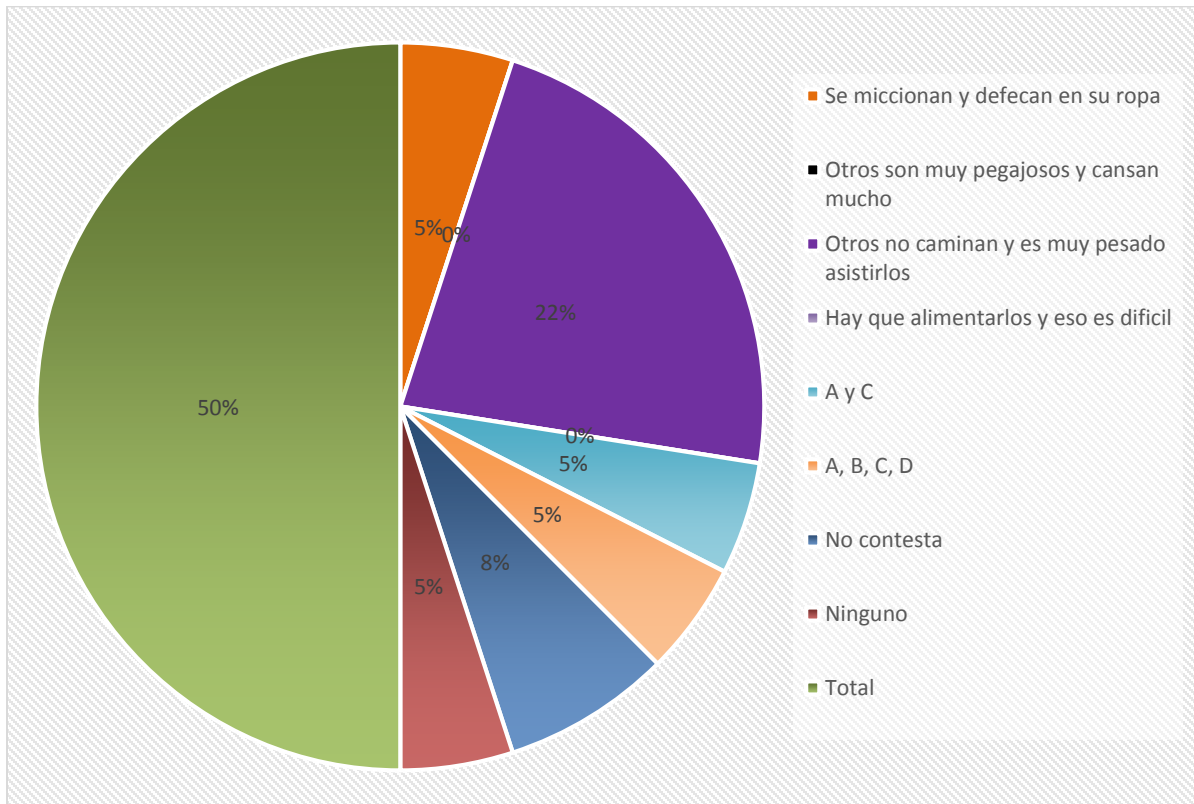
<b>Agentes causales de estrés</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Se micciónan y defecan en su ropa</b>	2	10%
<b>Otros son muy pegajosos y cansan mucho</b>	0	0%
<b>Otros no caminan y es muy pesado asistirlos</b>	9	45%
<b>Hay que alimentarlos y eso es difícil</b>	0	0%
<b>A y C</b>	2	10%
<b>A, B, C, D</b>	2	10%
<b>No contesta</b>	3	15%
<b>Ninguno</b>	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Grafico 17**

Agentes causales de estrés para los trabajadores de salud en el Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo – octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Si se observa en el gráfico y el cuadro 17, se puede ver que la mayoría de trabajadores piensan que lo que más les genera estrés es atender a los pacientes que no caminan, ya que es muy pesado asistirlos.

**Cuadro 18**

Actividades que realizan los trabajadores de salud del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo – octubre del 2015

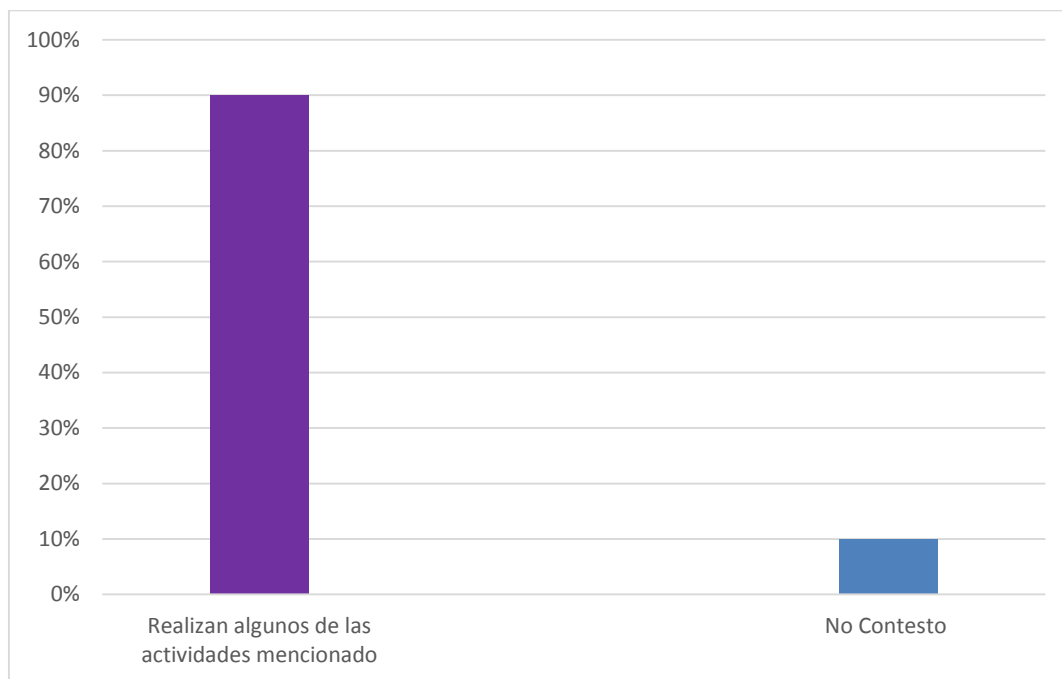
<b>Actividades que realizan los trabajadores</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Realizan algunos de las actividades mencionado</b>	18	90%
<b>No Contesto</b>	2	10%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado

**Grafico 18**

Actividades que realizan los trabajadores de salud del Hogar Santa Teresa de Escazú

Mayo – octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

### **Análisis:**

Se observa en el cuadro y gráfico 18 que el 90% de los trabajadores de salud encuestados realizan algunos tipos de actividades tales como ejercicios y actividades creativas o religiosas. El otro 10%, no realiza ninguno tipo de actividad. Según los resultados de las encuestas aplicadas a los trabajadores del lugar de estudio, solamente 10% presenta el síndrome como tal, lo que demuestra que existe una gran asociación con la aparición del síndrome y la falta de la realización de actividades de recreación. Del otro 90%, que realizan actividades de recreación, se encuentran propensos a tener el síndrome, sin embargo aún no lo manifiestan en su totalidad.

**Cuadro 19**

Frecuencia que realiza las actividades mencionado en la pregunta 19 (ver el anexo, cuestionario

1) los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, Mayo – octubre, 2015

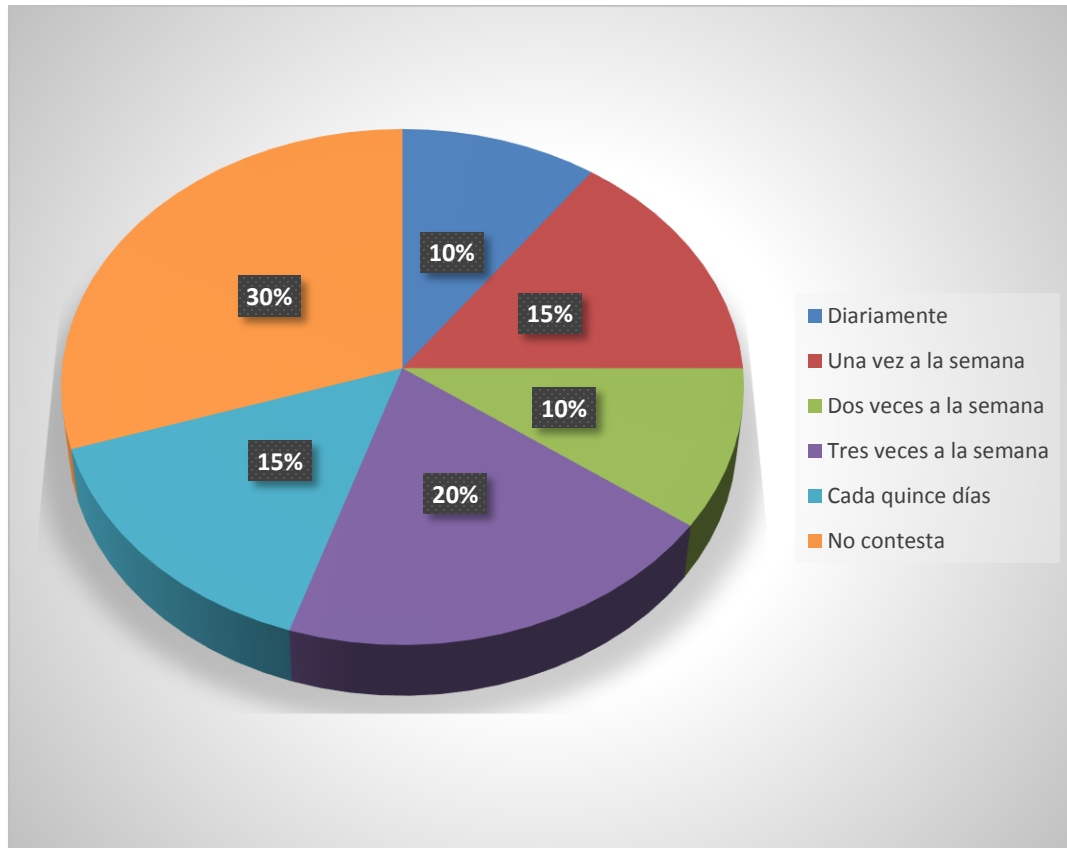
<b>Frecuencia de realización de las Actividades</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Diariamente</b>	2	10%
<b>Una vez a la semana</b>	3	15%
<b>Dos veces a la semana</b>	2	10%
<b>Tres veces a la semana</b>	4	20%
<b>Cada quince días</b>	3	15%
<b>No contesta</b>	6	30%
<b>Total</b>	20	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Grafico 19**

Frecuencia que realiza las actividades mencionado en la pregunta 19 (ver el anexo, cuestionario

1) los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, Mayo – octubre, 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

### **Análisis:**

Según el cuadro y gráfico 19, el 20% de los encuestados realizan alguno de los actividades mencionada en la pregunta número 19 (ver anexo, cuestionario 1) tres veces a la semana, un 15% realizan los actividades cada 15 días. 10% lo realiza por lo menos dos veces a la semana y un 10% diariamente. Un 30% de los encuestados no contesta.

**Cuadro 20**

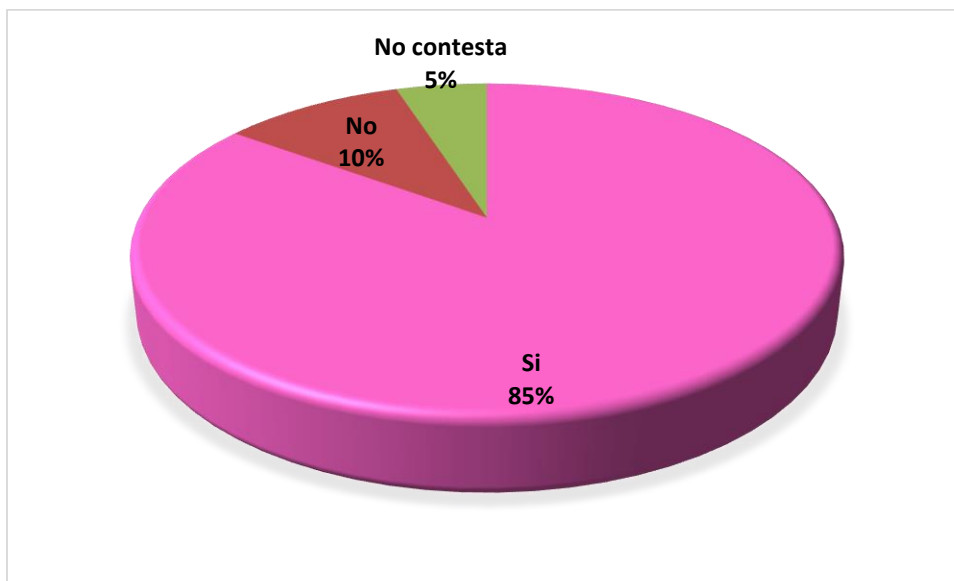
Conocimiento de los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, sobre la mecánica corporal, Mayo – octubre, 2015

<b>Conocimiento sobre la mecánica corporal</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Si</b>	17	85%
<b>No</b>	2	10%
<b>No contesta</b>	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Gráfico 20**

Conocimiento de los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, sobre la mecánica corporal, Mayo – octubre, 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Como se puede apreciar en el cuadro y gráfico 20, la mayoría de los trabajadores del Hogar, 85%, si conocen sobre la mecánica corporal, sin embargo no aplican dichos conocimientos en su trabajo, lo que genera desgaste físico y a la vez emocional, ya que los mismos pueden llegar a sentirse mal físicamente y por lo tanto se genera más estrés.

**Cuadro 21**

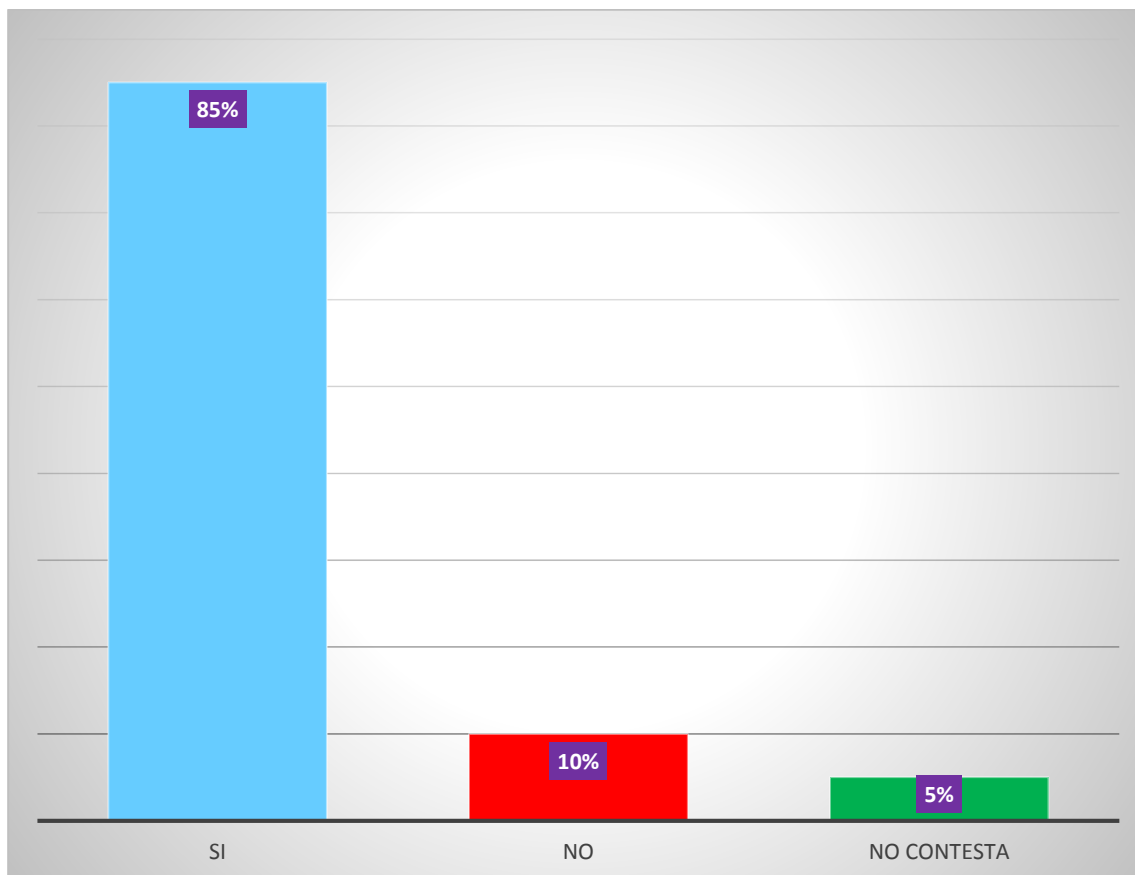
Conoce los beneficios del uso correcta de la mecánica corporal los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, sobre la mecánica corporal, Mayo – octubre, 2015

<b>Conoce los beneficios del uso correcta de la mecánica corporal</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>Si</b>	17	85%
<b>No</b>	2	10%
<b>No contesta</b>	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 21

Conoce los beneficios del uso correcta de la mecánica corporal los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, sobre la mecánica corporal, Mayo – octubre, 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

Como se puede observar en el cuadro y gráfico 21, el 85% de los trabajadores conoce los beneficios del uso apropiado de la mecánica corporal, sin embargo, no todos la utilizan en sus labores cotidianas.

**Cuadro 22**

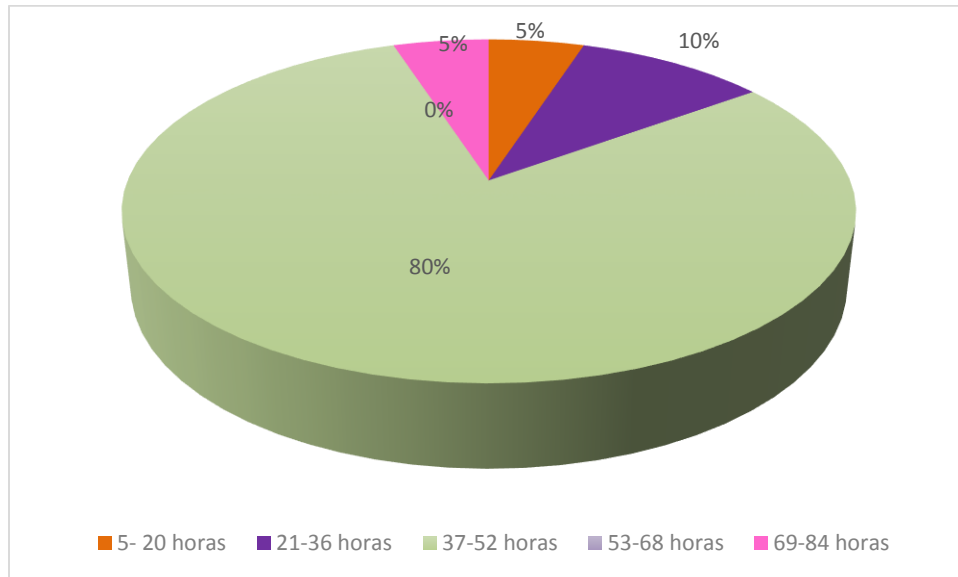
Cantidad de horas que laboran semanal los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, sobre la mecánica corporal, Mayo – octubre, 2015

<b>Cantidad de horas que laboran semanal</b>	<b>Valor absoluto</b>	<b>Valor relativo</b>
<b>5- 20 horas</b>	1	5%
<b>21-36 horas</b>	2	10%
<b>37-52 horas</b>	16	80%
<b>53-68 horas</b>	0	0%
<b>69-84 horas</b>	1	5%
<b>Total</b>	<b>20</b>	<b>100%</b>

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Gráfico 22**

Cantidad de horas que laboran semanal los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, sobre la mecánica corporal, Mayo – octubre, 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

**Análisis:**

En el cuadro y gráfico 22 se muestra la cantidad de horas laboradas por semana entre los trabajadores de Hogar, es importante observar que la mayoría, el 80% se encuentra dentro de las 37 a 52 horas laboradas por semana y solo un 5% entre 69 y 84 horas semanales.

**Cuadro 23**

Puntuación obtenida según la escala de Maslach de los trabajadores de salud del Hogar de Santa

Teresa de Escazú, Mayo – octubre, 2015

<b>Sujeto</b>	<b>Edad</b>	<b>Género</b>	<b>AE</b>	<b>D</b>	<b>RP</b>	<b>Total</b>
Ind. 1	6	F	28	22	26	76
Ind. 2	5	F	12	5	32	49
Ind. 3	3	F	35	6	27	68
Ind. 4	2	M	17	5	31	53
Ind. 5	5	F	27	11	34	72
Ind. 6	5	F	26	10	33	69
Ind. 7	7	F	24	7	38	69
Ind. 8	1	F	17	6	31	54
Ind. 9	2	F	27	15	26	68
Ind. 10	3	F	24	9	30	63
Ind. 11	2	F	18	9	40	67
Ind. 12	4	F	31	9	29	69
Ind. 13	5	F	15	5	11	31
Ind. 14	4	F	18	6	36	60
Ind. 15	3	F	18	5	38	61
Ind. 16	2	F	11	5	40	56
Ind. 17	2	F	22	11	32	65
Ind. 18	2	F	40	11	30	81
Ind. 19	3	F	22	13	23	58

---

Ind. 20	5	M	13	7	36	56
---------	---	---	----	---	----	----

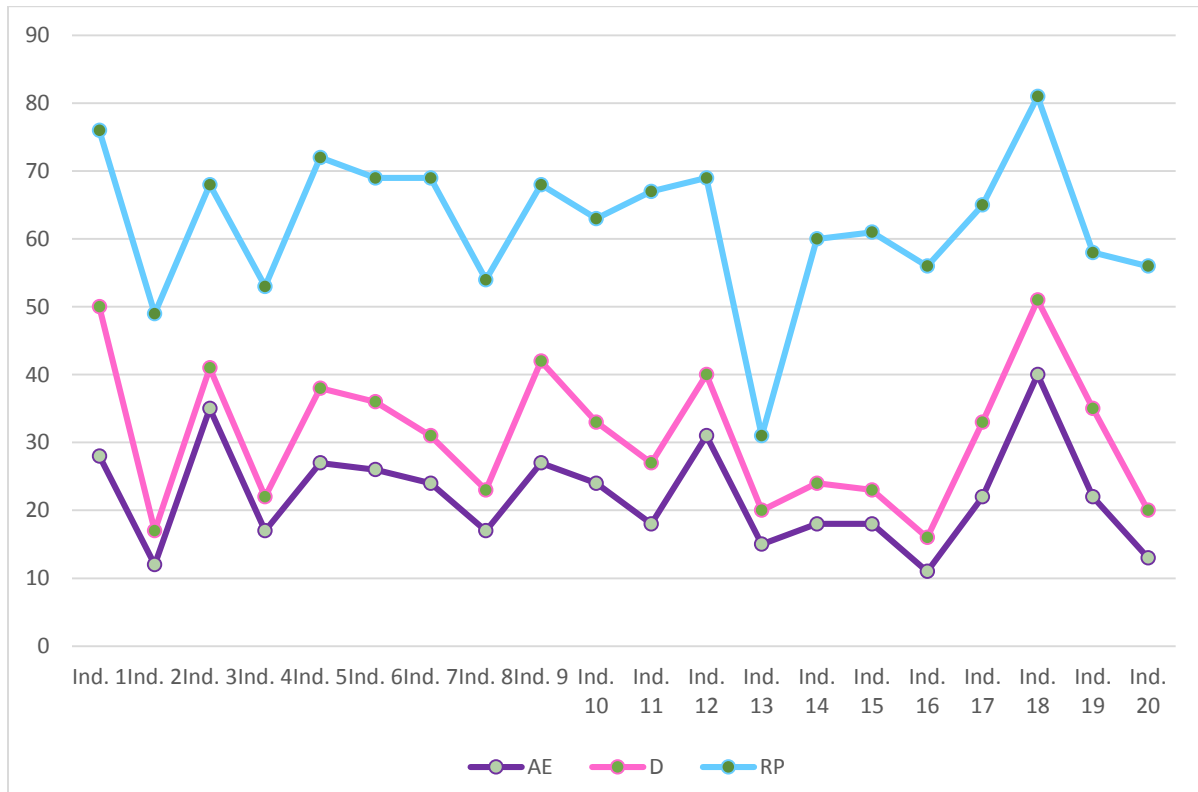
---

**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

Gráfico 23

Puntación obtenida según la escala de Maslach de los trabajadores de salud del Hogar Santa

Teresa de Escazú, Mayo – octubre del 2015



**Fuente:** Elaboración propia con base en cuestionario aplicado.

#### Análisis:

En el cuadro y gráfico 23 se observa que dentro de los trabajadores de salud encuestados, el 10% presenta el percentil arriba del 75 lo cual significa que ellos están en la categoría alta de estar sufriendo el síndrome de Burnout, el 90% de los encuestados se encuentran en la categoría media la cual es entre el 75 y 25, lo que indica que estos individuos son propensos a presentar el síndrome de Burnout, por lo que deben tomarse medidas lo más pronto posible para evitar dicha situación. (Ver anexo 2, página 138,139).

# CAPÍTULO 5

## Conclusiones

- De los trabajadores del Hogar, un 10% presentan el síndrome de Burnout, y un 90% se encuentran en alto riesgo de presentarlo, lo que demuestra que existe una relación entre el trabajo realizado entre los trabajadores del lugar y la aparición del síndrome.
- Entre los trabajadores encuestados, el 30% se encuentran en edades entre los veintiséis y los treinta años, siendo el grupo etario con mayor número de miembros, lo que indica que es una población relativamente joven, por lo tanto es importante establecer un método de educación sobre el síndrome del Burnout.
- Dentro los encuestados, el 90% de los trabajadores de salud del Hogar de Santa Teresa de Escazú, pertenecen al género femenino, ellas están más propensas a presentar síntomas del síndrome de Burnout.
- El 45% de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escazú se encuentran casados y en unión libre, lo que genera que tengan una mayor carga fuera del área de trabajo, por lo que poseen menos tiempo libre para la realización de actividades de recreación, lo anterior hace que los mismos posean una mayor predisposición a presentar el síndrome de Burnout.
- Es muy importante tener conocimiento sobre el síndrome de Burnout para evitar complicaciones como enfermedades.
- La mayoría de los trabajadores, tiene no más de 5 años de trabajar en el Hogar y tomando en cuenta que los mismos presentan alto riesgo de padecer el síndrome, se puede determinar que el 90% de los trabajadores se encuentran en el primer estadá de Burnout el cual corresponde a la “Luna de Miel”.

- El 75% de los trabajadores del Hogar Santa Teresa de Escuzú se encuentran entre los 20 y los 45, esto coincide con el perfil descrito para personas con el síndrome de burnout, lo que indica que ellos son más propensos a presentar signos y síntomas de dicha enfermedad.

**Recomendaciones.**

- En el Hogar de Escazú los trabajadores son propensos a presentar el síndrome de Burnout, por cual es importante que se impartan talleres para enseñarles cómo cuidar de sí mismos.
- Realizar charlas sobre el estrés laboral y el síndrome de Burnout dirigido al personal del Hogar Santa Teresa de Escazú.
- Brindar educación sobre técnicas de relajación y ejercicios simples pero importantes, que favorezcan la salud mental y física de los trabajadores.
- Recomendar al personal administrativo del Hogar, el uso de equipo de protección para disminuir lesiones que degraden la salud física.
- Brindar educación constante sobre la mecánica corporal.
- Recordar a los trabajadores que el compartir con la familia ayuda a mejorar la salud mental.
- Concientizar al personal de los beneficios de realizar actividad deportiva, recreativa y religiosa.
- Dar a conocer al personal administrativo sobre los efectos negativos del síndrome tanto al personal del Hogar como para los usuarios del mismo.
- Contar con un plan de seguimiento a los trabajadores a cargo de un profesional en Psicología, con el fin de detectar a tiempo los signos y síntomas que presenta el personal del Hogar.
- Dar a conocer la importancia de aplicar las medidas de prevención para evitar o disminuir el riesgo de presentar el síndrome de burnout.

## Bibliografía

**Bibliografías Citadas.**

- Araya Mondragón, M., & Solís Ramírez, M. (1993). *Componentes del Proceso Salud – Enfermedad de un Grupo de Niños en una Comunidad Urbana Marginal. Programa de Maestría en Salud Pública. Facultad de Medicina. Universidad de Costa Rica. San Pedro.*
- Arias, F. B. (2007). Síndrome del desgaste profesional o de Burnout en el personal de enfermería. *Revista Enfermería Actual*, 12-16.
- Arnold, M., & Osorio, F. (sf). *Introducción a los Conceptos Básicos de la Teoría General de Sistemas. Departamento de Antropología. Facultad de Ciencias Sociales.*
- Beltran Cámara, C., Pozos Lianes, A., Rodríguez Benitez, Z., Tamayo Chuc, D., Uc Uc, T. I., & Yamá Lianes, L. (30 de Mayo de 2012). *Salud y Sociedad. Chatumal, Quintana Roo, México.*
- Bianchini, M. (1997). El síndrome del burnout en personal profesional de la salud. *Med. Leg. Costa Rica*, 13-18.
- Di Pace, M. (sf). *Módulo 4. Sustentabilidad Urbana y Desarrollo Local. curso de osgrado: Desarrollo Local en Áreas Metropolitanas.*
- Estreslaboral.info. (2015). *Estreslaboral.info*. Obtenido de <http://www.estreslaboral.info/sindrome-de-burnout.html>

Felton, J. (1998). Burnout as a clinical entity—its importance in health care workers. *Occup. Med*, 237 - 250.

Femi. (2015). *ESTATUTO DEL TRABAJADOR DE LA SALUD*. Obtenido de [www.femi.com.uy/.../estatuto%20del%20trabajador](http://www.femi.com.uy/.../estatuto%20del%20trabajador)

Freudenberger, H. (1974). *Staff Burn-Out*. *Journal of Social Issues*(30), 159-166.

Fundación Carlos Slim. (2015). Obtenido de <http://capacitateparaelemplo.org/pages.php?r=.tema&tagID=738>

Gil-Monte, P. P. (1999). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra Multiocupacional. *Psicothema*, 679-689.

Hernández, R. (6 de February de 2013). *Hospitales Nisa*. Obtenido de <http://www.neurorhb.com/blog-dano-cerebral/sindrome-del-cuidador-como-cuidar-al-que-cuida/>

Hernandez, S. (2006). *Metodología de la Investigación*. Mexico: Editorial Pearson.

*Hogar de Ancianos Asociación Vicentina de Escazú*. (Enero de 2012). Obtenido de Hofar de Ancianos Escazú: <http://sites.google.com/site/hogardeancianosescazu/home>

INEC. (sf). *INEC Costa Rica*. Obtenido de <http://www.inec.go.cr/Web/Home/pagPrincipal.aspx>

Kenny, D. C. (2002). *Stress and health research and clinical application*. Amsterdam: Harwood Academic.

Lavista, D. (2015). *Instituto para la Atención de los Adultos Mayores en el Distrito Federal (CDMX)*. Obtenido de [www.adultomayor.df.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor](http://www.adultomayor.df.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor)

Mandiracioglu, A. C. (2006). Violence exposure and burnout among Turkish nursing home staff.

*Occupational Medicine* 56, 501-503.

Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la

cuestión. *Vivat Academia*, 1-40.

Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *MBI: The Maslach Burnout Inventory: Manual*.

California: Consulting Psychologists Press.

Miravalles, J. (s.f.). Obtenido de

<http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>

Oehler, J. D. (1997). Job stress and burnout in active and non active pediatric nurses. *Am J Crit*

*Care*, 81-90.

Oliveros, N. J. (2012). Síndrome burnout o del agotamiento profesional, "Síndrome de

Quemado". *F.S.I.H.*

Orozco Africano, J. M. (sf). EVALUACIÓN DE LA APLICACIÓN DE POLÍTICAS

PÚBLICAS DE SALUD EN LA CIUDAD DE CARTAGENA. Cartagena, Colombia.

Obtenido de <http://www.buscabiografias.com/biografia/verDetalle/6634/Rene%20Dubos>

Pardo, A. (1997). Que es la Salud? *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*.

Quiceno J, V. S. (2007). Burnout "Síndrome de quemarse en el trabajo. *Acta Colombiana*

*Psicología*, 117-125.

Quiceno, J., & Vinaccia, S. (2007). *Burnout: "Síndrome de quemarse en el trabajo. Acta*

*colombiana de psicología*". Colombia.

Schaufeli, W. L. (2009). Burnout: 35 years of research and practice. *Career Development International*, 204-228.

Schaufeli, W., Leiter, M., & Maslach, C. (2009). *Burnout: 35 years of research and practice. Career Development International*, 204-220.

Thomae, M., Ayala, E., Sphan, M., & Stortti, Mercedes Dra. (Enero de 2006). ETIOLOGIA Y PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE BURNOUT EN LOS TRABAJADORES DE LA SALUD. *Revista de Posgrado de la Vía Cátedra de Medicina*, 18-21.

Universidad Lucía de Medrano. (sf). *Universidad Lucía de Medrano*. Recuperado el 18 de Agosto de 2015, de [www.luciademedrano.es](http://www.luciademedrano.es)

**Bibliografía Consultada**

Albadejo, R., Villanueva, R., Ortega, P., Astasio, P., Calle, M., & Domínguez, V. (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*, 78, 505-516.

Apiquian, A. (2007, Octubre 22). El Síndrome del Burnout en las Empresas. Retrieved April 19, 2012, from Escuela de Psicología de la Universidad de Anáhuac: <http://www.anahuac.mx/psicologia/>.

Ashkar, K. R. (2010). Prevalence of burnout among medical residents: experience of a developing country. *Postgrad. Med J.*, 86:266-271.

Association., A. P. (2003). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales IV*. Barcelona: Masson.

Barbado, F., Gómez, J., López, M., & Vásquez, R. (2006). El síndrome de fatiga crónica y su diagnóstico en Medicina Interna. *An Med Interna*, 238-244.

Bargellini, A., Barbieri, A., Rovesti, S., & al, e. (2000). Relation between immune variables and Burnout in a sample of physicians. *Occup. Environ. Med*, 453 - 457.

Borritz, M., Bultmann, U., Rugulies, R., Christensen, K., Kristensen, T., & Villadsen, E. (2005). Psychosocial work characteristics as predictors for burnout: findings from 3 year follow up of the PUMA Study. *J. Occup. Environ. Med*, 47, 1015-1025.

Brinkborg, H. M. (2011). Acceptance and comitment therapy for the treatment of stress among social workers: A ramdomized controlled trial. *Behav Res Ther.*, 49 (6- 7) 389-398.

Calíbrese, G. (2006). Impacto del estrés laboral en el anesthesiólogo. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 34, 233-240.

Carlotto, M., & Gobbi, M. (2001). Desempleo y síndrome de Burnout. *Revista de Psicología*, 10, 131-139.

Casas, J. (2009). Síndrome de fatiga crónica. *Pediatr Integral*, 277-284.

Castillo, A., Benavente, S., Arnold, J., & Cruz, C. (2012). Presencia de Síndrome de Burnout en Hospital El Pino y su relación con variables epidemiológicas. *Revista ANACEM*, 9-13.

Castillo, S. (2001). El síndrome de "Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. *Med. leg. Costa Rica*, 17-24.

Cazabat, E. (2002). Interpsiquis . Retrieved Julio 26, 2012, from Desgaste por empatía, conferencia del Tercer congreso virtual de psiquiatría:  
[http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2285/1/interpsiquis\\_2002\\_6185.pdf](http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2285/1/interpsiquis_2002_6185.pdf)

De las Cuevas, C. (2003). Burnout en los profesionales de la atención a las drogodependencias. *Trastornos Adictivos*, 5, 107-113.

Diaz, L. A. (2011). Immediate effects of Reiky on hearth rate, cortisol levels and body temperature in health car profesionales with burnout. *Biol Res Nurs*, 13: 376-382.168

Ernst, M., Messmer, P., Franco, M., & Gonzalez, J. (2004). Nurses' job satisfaction, stress, and recognition in a pediatric setting setting. *Pediatr Nurs.* , 219-227.

Evans, S. H. (2006). Mental health burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *The British Journal of Psychiatry*, 188: 75-80.

Evans, S., Huxley, P., Gately, C., Webber, M., Mears, A., Pajak, S., Katona, C. (2006). Mental health, burnout and job satisfaction among mental health social workers in England and Wales. *British Journal of psychiatry* , 75-80.

Faragher, E., Cass, M., & Cooper, C. (2005). The relationship between job satisfaction and health: a meta-analysis. *Occup Environ Med* , 105–112.

Ferrero, F., & Martins, A. (2011). Prevalencia del Burnout en pediatras cartas al editor. *Arch Argent Pediatr* , 382.

Flaxman, P. B. (2010). Worksite stress management training: Moderate effects and clinical significance. *J Occup Health Psychol.*, (15): 347-358.

Gil, P. (2002). Influencia del género sobre el proceso de desarrollo de síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en profesionales de enfermería. *Psicología em Estudo*, 3-10.

Gil, P. (2003). Burnout syndrome: ¿síndrome de quemarse por el trabajo, desgaste profesional, estrés laboral o enfermedad de Tomás? *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 181-197.

Gil, P. (2004). El Síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. . *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 19-33.

Gil, P., Carretero, N., Roldán, M., & Núñez, E. (2005). Prevalencia del síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en monitores de taller para personas con discapacidad. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 107-123.

Gil, P., Unda, S., & Sandoval, J. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31, 205-214.

Gil-Monte, P. (2003 ). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de Burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 19-33 .

Gil-Monte, P., Unda, S., & Sandoval, J. (2009). Validez factorial del «Cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo» (CESQT) en una muestra de maestros mexicanos. *Salud Mental*, 31, 205-214.

Glasberg, A. E. (2007). Burnout and "stress of conscience" among health care personnel. *J Adv Nurs*, 57:392-403.

González, M., Landero, R., & García, J. (2010). Fibromialgia: relación de síntomas somáticos, burnout e impacto de la enfermedad. *C. Med. Psicosom* , 16-21.

Gorgievski, M., & Hobfoll, S. (2008). Work Can Burn Us Out or Fire Us Up: Conservation of Resources in Burnout and Engagement. Retrieved Mayo 15, 2012, from <http://icos.groups.si.umich.edu/ENGGFN.pdf>

Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., & Prats, M. ( 2007). Influencia de factores personales, profesionales, y transnacionales en el Síndrome de Burnout en personal sanitario Hispanoamericano y Español. *Revista Española de Salud Pública*, 215-230.

Gustafsson, E. S. (2012). Burnout and perceptions of conscience among healthcare personnel: A pilot Study. *Nursing Ethics*, 17(1) 16-38.

Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, F., Farias, F., & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Arch Neurociencia*, 305-309.

Hernández, R. (2007, Febrero). Relación entre Indicadores de Estrés Laboral e Indicadores de Depresión en el Grupo Ocupacional de Enfermería del Hospital Nacional Psiquiátrico. Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología. San José, Costa Rica.

Hirigoyen, M. (2001). *El acoso moral en el trabajo*. Barcelona: Paidós.

Hobfoll, S., & Shirom, A. (2000, Noviembre). Stress and Burnout in the Workplace:

Conservation of Resources. Retrieved Julio 10, 2012, from

[http://www.tau.ac.il/~ashirom/PDF\\_new/Stress\\_and\\_Burnout\\_in\\_the\\_Workplace\\_Conservation\\_of\\_Resources\\_chapter\\_Nov\\_2000.pdf](http://www.tau.ac.il/~ashirom/PDF_new/Stress_and_Burnout_in_the_Workplace_Conservation_of_Resources_chapter_Nov_2000.pdf)

Houkes, I., Winants, Y., Twellaar, M., & Verdonk, P. (2011). Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study. *BMC Public Health*, 1-13.

Imai, H., Nakao, H., Tsuchiya, M., Kuroda, Y., & Katoh, T. (2004). Burnout and work environments of public health nurses involved in mental health care. *Occup Environ Med*, 764-768.

Kandolin, I. (1993). Burnout in female and male nurses in shiftwork. Special issue: Night and shiftwork. *Ergonomics*, 36(1-3) 141-147.

Kaschka, W., Korczak, D., & Broich, K. (2011). Burnout: a Fashionable Diagnosis. *Dtsch Arztebl Int*, 781-787.

Kirkaldy, B. S. (1991). Occupational stress among mental health professionals-the relationship between work and recreational pursuits. *Soc Psychiatry Epidemiol*, 26: 238-244.

Klersy, C., & Callegari, A. (2007). Burnout in Health Care Providers of dialysis service in Northern Italy, a multicenter study. *Nephrol Dial Transplant*, 2283- 2290.

Kovács, B. (2009). The relationship between burnout and religious belief among nuns serving as nurses. *Psychiatr Hung.* , 74-87.

Kumar, S., Nath, R., Lau, T., & Bradley, N. (2006). Psychiatrists in New Zealand: are they burning out, satisfied at work and, in any case, who cares? . *Australasian Psychiatry*, 20- 23.

Lasalvia, A., Bonetto, C., Bertani, M., & al, e. (2009). Influence of perceived organisational factors on job Burnout: survey of community mental health staff. *The British Journal of Psychiatry*, 537 - 544.

Leiter, M., Frank, E., & Matheson, T. (2009). Demands, values, and Burnout: Relevance for physicians. *Can Fam Physician*, 1224 - 1225.

López, F., & Bernal, L. (2002). Prevalencia y factores asociados con el síndrome de burnout en enfermería de atención hospitalaria. *Rev Calidad Asistencial* , 201-205.

López, F., Rodríguez, N., Fernández, M., Marcos, S., Martínón, F., & Martínón, J. (2005). Burnout syndrome among health workers in pediatrics. *An Pediatr (Barc.)*, 248-251.

Madrigal, M. (2005). Síndrome de Agotamiento Profesional (Burnout) en la Psiquiatría Costarricense. San José, San José, Costa Rica: Tesis Final de Graduación.

Madrigal, M. (2006). "Burnout" en médicos: aproximaciones teóricas y algunos diagnósticos diferenciales. *Med. leg. Costa Rica*, 23-29.

Mansilla, F. (2003). El Síndrome de Fatiga Crónica: del modelo de susceptibilidad a la hipótesis de la cadena de estrés en el área laboral. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.*, 15-23.172

Martínez, C., & López, G. (2005). Características del síndrome de Burnout en un grupo de enfermeras mexicanas. *Archivos en Medicina Familiar* , 6-9.

Martins, S., Pereira, L., Fonseca, A., & Carvalho, A. (2011). Burnout in palliative care: A systematic review. *Nursing Ethics*, 317 – 326.

McHugh, M., Kutney, A., Cimiotti, J., Sloane, D., & Aiken, L. (2011). Nurses' Widespread Job Dissatisfaction, Burnout, And Frustration With Health Benefits Signal Problems For Patient Care. *Health Aff.*, 202 - 210.

Melamed, S., Shirom, A., Toker, S., & Shapira, I. (2006). Burnout and Risk of Type 2 Diabetes: A Prospective Study of Apparently Healthy Employed Persons. *Psychosom Med* , 863-869.

Meltzer, L., & Missak, L. (2004). Critical Care Nurses' Perceptions of Futile Care and Its Effect on Burnout. *American Journal of Critical Care* , 202- 208.

Millán, R., & Mesén, A. (2009). Prevalencia del síndrome de desgaste en médicos residentes costarricenses. *Acta méd. Costarric*, 1-9.

Miret, C. M. (2010). El profesional de urgencias y emergencias: agresividad y burnout. *An Sist. Sanit. Navar.*, Vol 33 (suplem 1) 193-201.

Mommersteeg, P., Heijnen, C., Annemieke, K., & Van Dorornen, L. (2006). Immune and Endocrine Function in Burnout Syndrome. *Psychosomatic Medicine*, 879–886.

Montero, J., García, J., Andrés, E., & (GAIAP)., G. A. (2008). Análisis exploratorio de un modelo clínico basado en tres tipos de Burnout. *C. Med. Psicosom*, 41- 49.

- Montero, J., García, J., Mosquera, D., & López, Y. (2009). A new definition of burnout syndrome based on Farber proposal. *J Occup Med Toxicol*, 31-40.
- Órdenes, N. (2004). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr*, 449-454.
- Órdenes, N. (2008). Prevalencia de Burnout en trabajadores del hospital Roberto del Río. *Rev Chil Pediatr*, 449-454.
- Ortega, C., & López, F. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *Int J Clin Health Psychol*, 137-160.
- Ortíz, R., & Jiménez, B. (2011). Inteligencia emocional percibida y desgaste laboral en médicos internos de pregrado. *Educ Med*, 49-55.
- Palmer Y, P. R. (2007). Prevalencia del síndrome de burnout en el personal de enfermería de 2 hospitales mexicanos. *Enferm Clín.*, 256-260.
- Parada, M., Moreno, B., Mejías, R., Rivas, Z., Rivas, A., Cerrada, F., & Rivas, J. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 33-45.
- Penson, R., Dignan, F., Picard, C., & Lynch, T. (2000). Burnout: Caring for the Caregivers. *The Oncologist*, 425-434.
- Pérez, X. (2008). *Hostigamiento laboral: Mobbing*. (1st ed). San Pedro: Editorial UCR.
- Pimentel, G., Bottura, A., Nogueira, L., & Salloum, S. (2011). Burnout in nursing residents. *Rev Esc Enferm USP*, 8-12.

Poncet, M., Toullic, P., Papazian, L., & et al. (2007). Burnout Syndrome in Critical Care Nursing Staff. *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 698 - 704.

Quiroz, R., & Saco, S. (2000). Factores asociados al Síndrome Burnout en Médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *Rev SITUA* , 11-22.

Ramírez, A., Graham, J., Richards, M., & al., e. (1995). Burnout and psychiatric disorder among cancer clinicians. *Br J Cancer* , 1263–1269.174

Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica.* , 1-6.

Rodríguez, J. (2010). Propuesta: Programa Integral de Autocuidado dirigido a personal de Enfermería. *Enfermería en Costa Rica.*, 1-6.

Rodríguez, S., & Hermosilla, R. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Med Segur Trab (Suplemento 1.)*, Pp 1-262.

Ruiz, C. R. (2008). Psychological intervention for profesional burnout an the Palliative Care Unit at Gregorio Marañón University Hospital. *Medicina Preventiva*, 15 (2) 93-97.

Sassón, M. (2004). Universidad Belgrano. Tesina. Retrieved Julio 26, 2012, from *Catástrofes y Salud Mental. Abordajes Teóricos y Modalidades de Intervención:*

[http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/140\\_sasson.pdf](http://www.ub.edu.ar/investigaciones/tesinas/140_sasson.pdf).

Schaufeli, W. (2006). The balance of give and take: toward a social exchange model of burnout. *The International review of social Psychology*, 87-131.

Schaufeli, W., & Bakker, A. (2004). Job demands, job resources and their relationship with burnout and engagement: a multi-sample study. *Journal of Organizational Behavior*, 293-315.

Shanafelt, T. B. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Ann Intern Med.*, 136: 358-367.

Soler, J., Yamanb, H., Estevac, M., Dobbsd, F., Spiridonova, R., Desgrangesg, J., Ungan,

M. (2008). Burnout in European family doctors: the EGPRN study. *Family Practice Advance Access*, 245-265.

Thomas, N. (2004). Resident Burnout. *JAMA*, 2880-2889.

Toker, S., Melamed, S., Berliner, S., Zeltser, S., & Shapira, I. (2012). Burnout and Risk of Coronary Heart Disease: A Prospective Study of 8838 Employees. *Psychosom Med*, 840-847.

Toral, R., Aguilar, G., & Juárez, C. (2009). Burnout and patient care in Junior doctors in Mexico Cit. *Occup. Med*, 8 - 13.

Torres, P. (2010). Trauma vicario y catástrofes: propuestas para el autocuidado de equipos con dramaterapia. *Rev GPU*, 194-204.

Tuesca, R., Iguarán, M., Suárez, M., Vargas, G., & Vergara, D. (2006). Síndrome de Desgaste Profesional en enfermeras/os del área metropolitana de Barranquilla. *Salud Uninorte*, 84-91.

Vinaccia, S., & Alvaran, L. (2004). Síndrome del burnout en una muestra de auxiliares de enfermería: un estudio exploratorio. *Univ. Psychol.*, 35-45.

Weber, A., & Jaekel, A. (2000). Burnout syndrome: a disease of modern societies? *Occup Med.*, Vol 50 N7 pp 512-517.

Yao, S., Tian, L., Pang, B., Bai, Y., Fan, X., Shen, F., & Jin, Y. (2008). Investigation on job stress of pediatricians and nurses working in pediatric department. *Zhonghua Lao Dong Wei Sheng Zhi Ye Bing Za Zhi.* , 529-532.

# ANEXOS

**Anexo 1****Cuestionario**

Estimado Señores:

El presente cuestionario tiene como finalidad estudiar los síntomas de Burnout en los trabajadores en la población del Hogar de Ancianos de Escazú, Barrio Santa Teresa de Escazú contiguo al salón comunal.

El mismo responde al requisito para optar al grado de Licenciatura en Enfermería en Universidad Adventista de Centro América (UNADECA) bajo el título “El síndrome de Burnout en los trabajadores de salud a adultos mayores, en el Hogar de Ancianos de Escazú durante los meses de mayo a octubre del 2015”.

Solicito su colaboración en dar respuesta a todas las preguntas formuladas de forma más sincera y veraz. Esta información será utilizada únicamente para lo propuesto por lo que la información suministrada será confidencial y utilizada solamente con los fines descritos anteriormente.

Areli Joy Carr Bailey

Bach. En Enfermería.

## Cuestionario

### INDICACIONES

**Complete los espacios en blanco con la información solicitada y marque con un círculo la respuesta o las respuestas seleccionadas.**

1. Sexo:

- a. Femenino      b. Masculino

2. Indica su edad a continuación: \_\_\_\_\_.

3. Estado Civil

- a. Casado/a      b. soltero/a      c. unión libre      d. divorciado/a      e. separado/a      f. viudo/a

4. Nivel de escolaridad o preparación académica completada

- a. Primaria completa  
b. Secundaria incompleta  
c. Secundaria completa  
d. Universitaria

5. ¿Cuánto tiempo usted tiene laborando con adultos mayores? \_\_\_\_\_

6. ¿Usted sabe que es el síndrome de Burnout?

- a. Sí  
b. No

7. Si su respuesta es afirmativa, explique brevemente qué entiende por el síndrome de Burnout?

---

---

8. ¿Usted padece de:

- a. ansiedad  
b. depresión  
c. trastorno del sueño  
d. ninguno

9. ¿Usted toma licor:

a. Sí    b. No    c. A veces

10. ¿Consume usted tabaco?

a. Sí    b. No    c. A veces

11. ¿Se siente usted satisfecho con su trabajo?

a. Sí    b. No

12. ¿Considera que el salario que percibe es:

a. Excelente    b. muy bueno    c. bueno    d. regular    e. malo

13. ¿Cuánto tiempo toma para alimentarse mientras está en el trabajo?

a. 20 minutos    b. 30 minutos    c. 45 minutos

14. ¿Cuántas horas libres a la semana disfruta?

a. 24 hrs    b. 2 días    c. más de 2 días    d. fin de semana.

15. ¿Cómo considera su lugar de trabajo:

a. muy estresante

b. muy cansado

c. agradable

d. muy agradable

16. ¿Cómo se lleva usted con los familiares de los usuarios?

a. excelente    b. muy bien    c. bien    d. regular    e. mal

17. Con los usuarios usted:

a. se lleva muy bien con todos

b. se lleva bien con algunos

c. a algunos no los soporto

d. otros me cansan mucho

18. Algunos pacientes son difíciles de atender por: (puede marcar varias)

a. se miccionan y defecan en su ropa

b. otros son muy pegajosos y cansan mucho

- c. otros no caminan y es muy pesado asistirlos
- d. hay que alimentarlos y eso es difícil

19. Usted realiza algunos de las siguientes actividades: (puede marcar varias)

- a. hace ejercicio físico, caminatas, abdominales y otros ejercicios físicos
- b. practica futbol, *voleibol*, *basquetbol*, *softball*, atletismo u otros
- c. sale de paseo con su familia o con amigos
- d. asiste al cine o al teatro
- e. utiliza tiempo para escuchar música
- f. dedica tiempo para ir a bailar
- g. asiste a actividades religiosas por lo menos una vez por semana.

20. Si usted marcó una de las opciones anteriores, favor indicar con qué frecuencia realiza la actividad o las actividades seleccionadas: \_\_\_\_\_

21. ¿Conoce usted la mecánica corporal?

- a. Sí      b. No

22. ¿Conoce los beneficios de una correcta aplicación de la mecánica corporal?

- a. Sí      b. No

23. ¿Cuántas horas labora usted por semana?

\_\_\_\_\_

**Anexo 2****MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)**

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

- (1) Nunca
- (2) Algunas veces al año
- (3) Algunas veces al mes
- (4) Algunas veces a la semana
- (5) Diariamente

Por favor señale el número que considere más adecuado

	ITEMS	1	2	3	4	5
A. E.	1. Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo					
A. E.	2. Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado					
A. E.	3. Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado					
R. P.	4. Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender					
D.	5. Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí, como si fuesen objetos impersonales					
A. E.	6. Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa					
R. P.	7. Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender					

A. E.	8. Siento que mi trabajo me está desgastando					
R. P.	9. Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo					
D.	10. Siento que me he hecho más duro con la gente					
D.	11. Me preocupa que este trabajo me está endureciendo emocionalmente					
R. P.	12. Me siento muy enérgico en mi trabajo					
A. E.	13. Me siento frustrado por el trabajo					
A. E.	14. Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo					
D.	15. Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente					
A. E.	16. Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa					
R. P.	17. Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo					
R. P.	18. Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender					
R. P.	19. Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo					
A. E.	20. Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades					
R. P.	21. Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada					
D.	22. Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos problemas					

- A. E. AGOTAMIENTO EMOCIONAL
- D. DESPERSONALIZACIÓN
- R. P. REALIZACIÓN PERSONAL

Los sujetos por encima del percentil 75 se incluyen en la categoría "alto", entre el percentil 75 y el 25 en la categoría "medio" y, por debajo del percentil 25, en la categoría "bajo".

La subescala de agotamiento emocional ("emotional exhaustion") (AE) está formada por 9 ítems que describen sentimientos de estar abrumado y agotado emocionalmente por el trabajo; la subescala de despersonalización ("despersonalization") (D) está formada por 5 ítems que describen una respuesta impersonal y falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención;

La subescala de realización personal en el trabajo ("personal accomplishment") (RP) está compuesta por 8 ítems que describen sentimientos de competencia y realización exitosa en el trabajo hacia los demás.

Mientras que en las subescalas de agotamiento emocional y despersonalización, puntuaciones altas corresponden a altos sentimientos de estar quemado, en la subescala de realización personal en el trabajo bajas puntuaciones corresponden a altos sentimientos de quemarse.

### **MÉTODOS PARA EVALUAR EL SÍNDROME BURNOUT.**

Aspecto evaluado Respuesta a Sumar:

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

Las claves para la interpretación de este cuestionario son:

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

Subescala de despersonalización: valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30. Subescala de realización personal: evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

Estas tres escalas tienen una gran consistencia interna, considerándose el grado de agotamiento como una variable continua con diferentes grados de intensidad. Puntuaciones altas, en las dos primeras subescalas y baja en la tercera definen la presencia del síndrome.

## Anexo 3

## Universidad Adventista de Centro América

## Cronograma de actividades de Tesis

Actividades	Fecha
<b>Entrega de Anteproyecto</b>	17 de Abril, 2015
<b>Trabajando en anteproyecto</b>	17 de Abril, 2015
<b>Solicitud al hogar de Ancianos de Escazú</b>	28 Agosto 2015
<b>Aceptación de Solicitud de realización de tesis en el hogar de Ancianos de Escazú</b>	1 de Septiembre 2015
<b>Aceptación de Anteproyecto</b>	7 de Septiembre 2015
<b>Aplicación de Instrumentos</b>	10-22 de Septiembre, 2015
<b>Análisis de Información</b>	22 septiembre a 3 de Octubre, 2015
<b>Entrega al Filólogo para revisión</b>	3 de Octubre, 2015
<b>Entrega de Carta de tutora y Filóloga</b>	6 de Octubre, 2015
<b>Entrega de Tesis para revisión por los lectores</b>	6 de Octubre, 2015
<b>Entrega de Tesis con revisión de Lectores</b>	27 de Octubre, 2015
<b>Corrección de tesis</b>	27-31 de Octubre, 2015
<b>Entrega de Carta para Defensa</b>	3 de Noviembre, 2015

# CARTAS