



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN
PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO”**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Mayorga Zurita, Génesis Elizabeth

Tutora: Ps. Cl. Mg. Eugenio Zumbana, Lizbeth Carolina

Ambato – Ecuador

octubre, 2021

APROBACIÓN DE TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema “**SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO**” de Génesis Elizabeth Mayorga Zurita, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, octubre del 2021

LA TUTORA

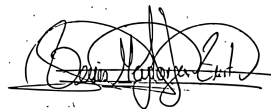
.....
Ps. Cl. Mg. Eugenio Zumbana, Lizbeth Carolina

AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: **“SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO”** como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y recomendaciones son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autor de este trabajo de grado.

Ambato, octubre del 2021

LA AUTORA



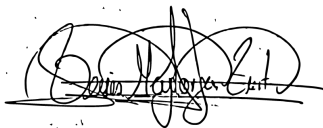
.....
Mayorga Zurita, Génesis Elizabeth

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte de él, un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos de en línea patrimonial de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además, apruebo la reproducción del proyecto de investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autor.

Ambato, octubre del 2021

LA AUTORA

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Genesis Elizabeth Mayorga Zurita', is written over a horizontal dotted line.

Mayorga Zurita, Génesis Elizabeth

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema: **“SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN PERSONAL SANITARIO DEL HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO”**, de Génesis Elizabeth Mayorga Zurita, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, octubre del 2021

Para constancia firma:

.....

Presidente

.....

1er vocal

.....

2do vocal

DEDICATORIA

Deseo dedicar este trabajo de manera muy especial a mis padres Gustavo y Linda, quienes han sido mi ejemplo diario de amor, perseverancia, generosidad y valentía para alcanzar mis metas.

A mis hermanos Javier y María José, quienes con sus hermosas familias son de inspiración, enseñanza y han traído miles de alegrías a mi vida.

A Lisette, por ser esa mujer admirable y con mucha luz, pieza fundamental en mi vida universitaria y con quien deseo compartir muchos más éxitos personales y profesionales.

A mi Dios, mi vida entera se la dedico a Él.

AGRADECIMIENTO

Agradezco principalmente a Dios, por haberme dado de su amor, misericordia y fuerzas necesarias para llegar hasta este punto del camino, por haber puesto a las personas necesarias que me enseñaron de una u otra manera lo valioso y hermosa que es la vida cuando pones tu confianza en Cristo.

Agradezco además a mi familia por brindarme todo su apoyo, por levantarme cuando no he tenido fuerzas y siempre tener las palabras justas en los momentos más apropiados.

Agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por abrirme sus puertas y a todos los docentes que de la carrera de psicología clínica que han sido pilares fundamentales en mi formación profesional y personal,

Agradezco de manera especial a mi tutora la Ps. Cl. Lizbeth Eugenio, por haber brindado de sus valiosos conocimientos y haberme acompañado en cada paso de este proceso de titulación.

Agradezco a mis amigos Lisette, Liliana y Miguel, por haber hecho de este caminar algo mucho más bonito, por reír y llorar juntos, son los momentos que siempre voy a llevar en mi corazón.

Finalmente agradezco al personal médico y administrativo del Hospital Básico de Pelileo, por permitirme realizar mi proyecto de titulación en su prestigiosa institución sanitaria.

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DE TUTOR	ii
AUTORÍA DE TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR.....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDO.....	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT	xv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	2
MARCO TEÓRICO.....	2
1.1. Antecedentes Investigativos.....	2
1.1.1. Contexto.....	2
1.1.2. Estado del Arte	4
1.1.3. Fundamentos Teóricos.....	13
SÍNDROME DE BURNOUT	
Estrés.....	13
Proceso Psicológico del Estrés	15
Manifestaciones Clínicas del Estrés	16

Estrés Laboral.....	18
Tipos de Estrés Laboral.....	19
Estresores Laborales	19
Síndrome de Burnout.....	20
Dimensiones del Síndrome de Burnout	21
Etapas del Síndrome de Burnout	22
Causas del Síndrome de Burnout.....	23
Factores Desencadenantes.....	24
Consecuencias del Síndrome de Burnout.....	25
Técnicas Estrategias de Intervención.....	27
ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO	
Afrontamiento.....	28
Tipos de Afrontamiento	29
Recursos de Afrontamiento.....	29
Estrategias de Afrontamiento	30
Factores Moduladores del Afrontamiento.....	33
Recursos o Impedimentos Internos.....	33
Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout	36
1.2. Objetivos.....	37
1.2.1. Objetivo General.....	37
1.2.2. Objetivos Específicos.....	37
CAPÍTULO II.....	39
METODOLOGÍA	39
2.1 Materiales.....	39
2.1.1 Descripción de los materiales utilizados	39

Variable Síndrome de Burnout.....	39
Variable Estrategias de Afrontamiento.....	41
2.2 Métodos	43
2.2.1. Operacionalización de Variables	44
2.2.2. Área o Ámbito de Estudio	46
2.2.3. Población	46
2.2.4. Criterios de Inclusión	46
2.2.5. Criterios de Exclusión	46
CAPÍTULO III	47
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	47
3.1 Análisis y Discusión de los resultados.....	47
3.1.1 Análisis y Discusión de las características de la población según el género... 47	
3.1.2 Análisis e Interpretación del Inventario de Burnout de Maslach..... 48	
3.1.3 Análisis e Interpretación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento..... 55	
3.1.4 Análisis e Interpretación de resultados según el genero	67
3.1.5. Correlación entre las dimensiones de Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento por medio del Chi Cuadrado..... 71	
3.2 Verificación de Hipótesis a través del test ANOVA	73
CAPÍTULO IV	75
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	75
4.1. Conclusiones.....	75
4.2. Recomendaciones	77
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78
ANEXOS	89

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de la variable Síndrome de Burnout	44
Tabla 2. Operacionalización de la variable Estrategias de Afrontamiento	45
Tabla 3. Características de la población según el genero	47
Tabla 4. Análisis General de resultados del Inventario de Burnout de Maslach.....	48
Tabla 5. Análisis Estadístico descriptivo generalizado de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach	50
Tabla 6. Análisis de resultados en la dimensión Cansancio emocional.....	51
Tabla 7. Análisis de resultados en la dimensión Despersonalización.....	52
Tabla 8. Análisis de resultados en la dimensión Realización Personal	54
Tabla 9. Análisis Estadístico descriptivo general del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	55
Tabla 10. Análisis general de la dimensión Resolución de Problemas (REP).....	56
Tabla 11. Análisis general de la dimensión Autocrítica (AUC).....	58
Tabla 12. Análisis general de la dimensión Expresión Emocional (EEM).....	59
Tabla 13. Análisis general de la dimensión Pensamiento Desiderativo (PSD).....	61
Tabla 14. Análisis general de la dimensión Apoyo Social (APS).....	62
Tabla 15. Análisis general de la dimensión Reestructuración Cognitiva (REC)	63
Tabla 16. Análisis general de la dimensión Evitación de Problemas (EVP)	65
Tabla 17. Análisis general de la dimensión Retirada Social (RES)	66
Tabla 18. Análisis General de resultados por género del Inventario Burnout de Maslach	67
Tabla 19. Análisis General de resultados por género del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	69
Tabla 20. Correlación entre las dimensiones de Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento.....	71
Tabla 21. Verificación de Hipótesis	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Características de la población según el género	47
Figura 2. Análisis General de resultados del Inventario de Burnout de Maslach	49
Figura 3. Análisis de resultados dimensión Cansancio Emocional	51
Figura 4. Análisis de resultados dimensión Despersonalización.....	53
Figura 5. Análisis de resultados dimensión Despersonalización.....	54
Figura 6. Análisis general de la dimensión Resolución de Problemas (REP).....	57
Figura 7. Análisis general de la dimensión Autocrítica (AUC)	58
Figura 8. Análisis general de la dimensión Expresión Emocional (EEM)	60
Figura 9. Análisis general de la dimensión Pensamiento Desiderativo (PSD)	61
Figura 10. Análisis general de la dimensión Apoyo Social (APS).....	62
Figura 11. Análisis general de la dimensión Reestructuración Cognitiva (REC)	64
Figura 12. Análisis general de la dimensión Evitación de Problemas (EVP).....	65
Figura 13. Análisis general de la dimensión Retirada Social (RES)	66
Figura 15. Análisis General de resultados por género del Inventario de Estrategias de Afrontamiento.....	70

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA

**“SÍNDROME DE BURNOUT Y ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO EN EL
PERSONAL SAITARIO DEL HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO”**

Autora: Mayorga Zurita, Génesis Elizabeth

Tutora: Ps. Cl. Mg. Eugenio Zumbana, Lizbeth Carolina

Fecha: octubre, 2021

RESUMEN

Objetivo: El presente trabajo de investigación se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento en el personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo. **Materiales y Métodos:** La investigación es de enfoque cuantitativo, correlacional y descriptivo de corte transversal, para lo cual se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach (BMI), para evaluar el Síndrome de Burnout y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, para evaluar las estrategias de afrontamiento más utilizadas por la población, conformada por una muestra de 40 profesionales sanitarios.

Resultados: Se determina que, predomina el nivel bajo o inexistente de Síndrome de Burnout, por lo que se considera que su prevalencia en la población es baja, por su parte las estrategias de afrontamiento más utilizadas son la resolución de problemas, reestructuración cognitiva y pensamiento desiderativo; en cuanto al género se obtiene mayor prevalencia de síndrome de burnout en el género femenino y la estrategia más utilizada es la resolución de problemas, en cuanto al género masculino la estrategia de afrontamiento más utilizada es la evitación de problemas, en cuanto a la verificación de hipótesis, tras aplicar una prueba ANOVA, verificado por un test de Levine se concluye

que si existe relación estadísticamente significativa entre las variables Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento.

PALABRAS CLAVE: BURNOUT, ESTRATEGIAS_DE_AFRONTAMIENTO, PROFESIONAL_MEDICO, AGOTAMIENTO, DESPERSONALIZACIÓN

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

FACULTY OF HEALTH SCIENCES

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

**“BURNOUT SYNDROME AND COPING STRATEGIES IN HEALT PROFESSIONALS
AT HOSPITAL BÁSICO DE PELILEO”**

Author: Mayorga Zurita, Génesis Mayorga

Tutor: Ps. Cl. Mg. Eugenio Zumbana, Lizbeth Carolina

Date: october, 2021

ABSTRACT

Objective: This research was done to determine the relationship between the Burnout Syndrome and the coping strategies in the health personnel of the Hospital of Pelileo.

Materials and Methods: The research has a quantitative, correlational, and descriptive cross-sectional approach, for which the Maslach Burnout Inventory (BMI) was applied to evaluate the Burnout Syndrome and the coping strategies most used by the population. The sample was constituted of 40 health professionals.

Results: Low or nonexistent Levels of Burnout Syndrome predominates in the sample constituted of 40 health professionals, for its part the most used coping strategies are problem-solving, cognitive restructuring, and wishful thinking. Regarding gender, a higher prevalence of burnout syndrome is obtained in the female gender and its' most used strategy is the resolution of the problem; for the male gender, the most used coping strategy is the avoidance of the problem. Regarding verification of the hypothesis after applying an ANOVA test, verified by a Levine test, it is concluded that if there is a statistically significant relationship between the variables Burnout Syndrome and Coping Strategies.

KEY WORDS: BURNOUT, COPING_STRATEGIES, HEALT_PROFESSIONALS, EXHAUSTION, DESPERSONALIZATION.

INTRODUCCIÓN

Con el pasar de los años se ha evidenciado que la presión laboral y la disminución de la eficiencia laboral, se consolidan como fuentes de estrés en el día a día de los profesionales sanitarios, generando altos niveles de agotamiento físico y mental, que resulta ser preocupante debido a los síntomas que esto produce, viéndose afectado no solo el profesional, sino también su área de trabajo y usuarios.

En la actualidad, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) ha instituido al Síndrome de Burnout como una enfermedad, debido a los síntomas que produce. Maslach y Jackson (1981) refieren que dichos síntomas van desde el cansancio emocional y negativismo, hasta una baja productividad en consecuencia a una exposición prolongada y excesiva a situaciones estresantes en el área laboral, que no han sido encaminadas y resueltas de una manera correcta, además cabe resaltar que el desarrollo de Burnout también depende en gran manera de las condiciones individuales como es la personalidad y las estrategias de afrontamiento que cada persona utiliza frente a estas situaciones.

Las estrategias de afrontamiento se definen como las respuestas del sujeto ante las situaciones que producen estrés, siendo estas adecuadas o inadecuadas acorde a la situación (Lazarus y Folkman, 1984). En el personal sanitario, al tener contacto directo con personas que constantemente traen consigo dificultades o enfermedades, es importante el desarrollo de estrategias adaptativas. Barón y Kenny (1986) mencionan que, al usar estrategias enfocadas al problema, el esfuerzo percibido es mayor, logrando así mayor satisfacción laboral, además de ser una manera objetiva y efectiva de controlar el estrés que se produce día a día en el sector sanitario.

Frente a lo expuesto, la presente investigación pretende determinar si existe relación entre el Síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento en el personal sanitario, contando con sustento teórico en base al enfoque cognitivo conductual y psicosocial, además, se plantea ampliar la información sobre la prevalencia del Burnout en el Ecuador, ya que los datos en torno al tema en el país son muy escasos.

CAPÍTULO I

MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes Investigativos

1.1.1. Contexto

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) el desgaste laboral es un proceso gradual producto de sucesos estresores, generando sobrecarga en el trabajador; este desgaste se ha detectado en variedad de dispensadores de atención sanitaria, afectando hasta a un 40% de los médicos, de tal manera que llega a verse perjudicado su desempeño profesional y personal, resultando así, que en el año 2019 se incluye de manera oficial el Síndrome de Burnout a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) en base a los estudios realizados alrededor del mundo.

Por su parte la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016) presenta datos a nivel global recopilados por sus agencias, como es el de la Unión Europea (UE), mediante encuestas sobre las condiciones de trabajo, donde consta que en el 2014 el 25% de trabajadores ha sentido estrés laboral, teniendo incidencia negativa en su salud; por su parte en Asia y el Pacífico, en la encuesta sobre el Estrés y Bienestar en el mismo año, el 48% de encuestados mencionan que son las exigencias del trabajo, el principal factor que impide conllevar un estilo de vida de calidad. Así mismo en Corea en la Encuesta coreana sobre las Condiciones de Trabajo en el 2010, el estado general de fatiga se encontraba en el 26.7% en los trabajadores, relacionado con exceso de trabajo y poca flexibilidad de horarios. Además, refiere datos que reflejan la existencia de riesgos psicosociales que surgen del trabajo que, al no ser afrontados de la manera correcta, conllevan a conflictos superiores de carácter económico y escaso control personal ante las exigencias laborales, conllevando incluso a altas tasas de suicidio, un ejemplo es Australia donde el 17% de los suicidios entre los años 2000 y 2007 en la provincia de Victoria, se relacionan al trabajo, de la misma forma en Tailandia en el 2007 la tasa de suicidio entre la población económicamente activa fue superior a la media nacional del 5.95%.

Por su parte en América Latina, La organización Iberoamericana de Seguridad Social (OISS, 2012) según la encuesta Centroamericana sobre las condiciones de Trabajo y la Salud en el 2012, entre el 12 y 16 % de encuestados mencionan haber sentido constante estrés, en Argentina en 2009 el 26.7% de los trabajadores reportan que sufren carga mental debido al trabajo excesivo, en Colombia en 2007 el 24.7% de hombres y el 28.4% de mujeres califican un nivel de estrés laboral medio/alto.

Según la American Psychological Association (APA, 2010) en su encuesta Estrés en América, hombres y mujeres presentan diferentes reacciones tanto mentales como fisiológicas frente al estrés, ambas partes intentan gestionarlo y tienen distinta capacidad para afrontarlo, el estudio indica que, si bien las mujeres son más propensas a síntomas fisiológicos, pueden gestionar mejor las comunicaciones lo que contribuye a sus estrategias de afrontamiento del estrés, mientras que el hombre tiende a la negación de que el estrés afecte su salud física y mental.

En México, Gómez (2016) menciona que el estrés laboral afecta al 40% de mexicanos, según datos dados por la OIT, además un estudio del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), en el área de salud exclusivamente en el año 2016, indica que existe una prevalencia del 33.8% de síndrome de burnout en el personal de enfermería dentro del país.

En el caso de Ecuador no se cuenta con estadísticas generales sobre la prevalencia del Síndrome de Burnout en la población, sin embargo, existen investigaciones a nivel nacional, como lo menciona Velentaga (2017) es una investigación de la Universidad Técnica Particular de Loja (UTPL) que empieza en el año 2012 en la provincia de Loja y en el 2013 se extiende a 18 provincias, donde los resultados indican que existe una prevalencia de aproximadamente 30% del Síndrome de Burnout (SB) en personal de salud

Por su parte, Velentaga (2019) destaca investigaciones del Ministerio de Salud Pública (MSP) en torno al desgaste profesional en tres hospitales de segundo nivel, en los cuales entre el 7 y 20% de profesionales presentaron las tres categorías de burnout (cansancio

emocional, despersonalización, realización personal), siendo el personal de enfermería el más afectado

Coello (2016) describe un estudio a cargo del médico Guillermo Barragán, en los hospitales Carlos Andrade Marín en Quito y el Hospital de Ambato en el año 2012, donde el 67% del personal sanitario encuestado presentaba estrés emocional y laboral, desarrollado en base a la falta de recursos para la atención y la gran afluencia de gente, además de las condiciones inadecuadas en las que se laboraba.

1.1.2. Estado del Arte

Las investigaciones en torno al Síndrome de Burnout en el personal de salud, han ido en incremento con el pasar de los años, en Argentina se realizó un estudio en el Hospital Pediátrico de la ciudad de Resistencia en el año 2015, en el que se investigó, bajo el diseño observacional, descriptivo, transversal, la prevalencia del Síndrome de Burnout de acuerdo a ciertas variables sociodemográficas como son el sexo, edad, estado civil y año de residencia, en 18 médicos residentes; entre los resultados obtenidos se indica predominancia de alto cansancio emocional y despersonalización, además de baja realización personal, estas dimensiones forman parte del Inventario de Maslach Bournout, utilizado en esta investigación, resultados que refieren un Síndrome de Burnout moderado en los 18 encuestados, existiendo diferencias mínimas entre las variables sociodemográficas. En conclusión, el SB tiene una elevada prevalencia en los médicos residentes de pediatría de este hospital, el cansancio emocional es la dimensión del síndrome con más alta repercusión en el personal sanitario, evidenciándose significativamente en su desempeño laboral (Medina, Medina, Gauna, Molfino y Merino, 2017).

Torres y Alcaraz (2020) realizó un estudio observacional descriptivo en Aregua, Paraguay en el Instituto Nacional del Cáncer a 24 médicos residentes, con el objetivo de determinar la existencia de Síndrome de Burnout en dicho establecimiento, para el cual se utilizó el MBI, instrumento altamente utilizado por los resultados que arroja en sus distintas

dimensiones y niveles de Burnout, además se tomó en cuenta variables sociodemográficas de manera que se pueda segmentar los grupos y determinar la prevalencia del SB entre ellos, las variables son: el sexo, donde prevalece el sexo femenino, en edades entre 24 -34 años, el 16.7% son residentes de primer año (R1), el 29.2 % residentes de segundo año (R2) el 20.8% residentes de tercer año (R3) y el 33.3 % residentes de cuarto año (R4), los resultados arrojan que el 54.2 % de la muestra, tiene síndrome de Burnout, el 75% de los R1, el 28% de los R2, el 60% de los R3 y el 62.5% de los R4 de acuerdo con los puntajes en sus tres dimensiones. Por lo tanto, se demuestra la existencia del SB en médicos residentes, se denota una gran prevalencia en residentes que no cumplen con ninguna guardia, es decir, residentes de primer año, además la dimensión de burnout que estadísticamente tiene más altos puntajes es la despersonalización.

Un estudio realizado en Perú en 47 enfermeras de la ciudad de Arequipa en el 2016, investiga las manifestaciones del Síndrome de Burnout en el personal, mediante un estudio correlacional con el uso del Inventario de Maslach Burnout para profesionales de servicios humanos, las variables demográficas que se tomaron en cuenta fueron sexo, edad, estado civil, factores familiares, salario y tiempo de servicio; entre los resultados obtenidos en base al MBI y la correlación de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y realización personal) el 91.5% de la muestra puntúa un nivel moderado, el 4.3% un nivel severo y el 4.3% presenta un nivel leve, por otra parte se efectuaron comparaciones entre ciertas variables demográficas y se observó que el tiempo de servicio del personal tenía gran incidencia en la variable del SB, ya que los resultados del Burnout sugieren una media de 67.095 en menos de 5 años de servicio: 53.125 en el periodo de 5 a 10 años de servicio y un 69.6 para los servicios de más de diez años. En conclusión, las enfermeras presentan niveles considerables del SB, se denota que, el tiempo de servicio en donde el personal es más vulnerable a desarrollar este síndrome es en los 5 primeros años de labor y después de los 10 años, mostrando altos niveles de agotamiento emocional y baja realización personal (Arias y Muñoz del Carpio, 2016).

Barquín y Gomis (2019) en un estudio transversal y descriptivo en España a 66 médicos del servicio de urgencias en las ciudades de Madrid y Las Palmas con el objetivo de determinar la prevalencia del Síndrome de Burnout y su relación con variables

sociodemográficas como son sexo, edad, años de trabajo y estado civil, para lo cual se utilizó el Inventario de Maslach para Burnout y entre los resultados obtenidos se determina que el 10,6% de la población refiere niveles altos del síndrome, cabe resaltar que no se observa relaciones significativas entre las variables sociodemográficas y los índices de burnout, en conclusión, se demuestra una baja prevalencia del Síndrome de Burnout en los servicios de urgencias, sin embargo, hay que tener en cuenta que la dimensión despersonalización tuvo puntajes medios, lo que se considera un foco de alerta ya que son personas propensas a desarrollar niveles altos de Burnout en el futuro.

Por su parte Parra, de la Maza y Luaces (2020), realizan un estudio Catalunya en 329 profesionales de las Unidades de Emergencias Pediátricas en la ciudad con el objetivo de conocer la prevalencia del Síndrome de Burnout y posibles factores de riesgo, para lo cual se empleó el Inventario de Burnout de Maslach y un formulario con características sociodemográficas; entre los resultados obtenidos se refleja que el 11,6% de la población presenta el Síndrome de Burnout cumpliendo sus respectivos criterios sintomáticos; de esta población hay prevalencia del 12% en el género femenino, y del 15,1% en médicos residentes. Por lo que se concluye que aproximadamente uno de cada diez profesionales tiene síndrome de Burnout en estas unidades pediátricas, además se resalta que varios profesionales tienen al menos una dimensión del síndrome alterada, es decir no cumplen con los criterios de Burnout en totalidad, pero si presentan sintomatología de cansancio emocional, despersonalización o baja realización personal.

Dimitriu et al (2020) en Rumania, bajo el tema Síndrome de Burnout en médicos residentes rumanos en tiempos de la pandemia Covid-19, con el objetivo de comparar la prevalencia del SB entre los médicos que laboran en primera línea enfocados a la enfermedad Covid 19 y los médicos que trabajan en los distintos departamentos regulares de una casa de salud, para lo cual se utilizó el Inventario de Maslach Burnout, además de tomar en cuenta algunas variables demográficas como edad, género y estado civil; las encuestas fueron distribuidas entre 100 médicos, 50 residentes de primera línea y 50 médicos de las especialidades regulares; entre los resultados obtenidos se denota que el 76% tienen Síndrome de Burnout, un 86% en los médicos residentes de las especialidades regulares en el hospital y un 66% de médicos de primera línea. En conclusión, al contrario

de lo esperado, los médicos de primera línea Covid-19 tienen una menor prevalencia de desgaste laboral que los médicos de otras especialidades, además, un dato importante es que los médicos residentes son de edad joven en un máximo de 35 años, y los síntomas de desgaste laboral han aparecido después de dos meses del estallido de contagios en el país, lo que demuestra que la enfermedad Covid-19 es un factor de estrés importante en el personal médico.

Estudios realizados en Innsbruck, Austria en 2017 a 69 médicos clínicos que laboran en un hospital de la región, con el objetivo de investigar la prevalencia y la gravedad de los síntomas de Burnout bajo una investigación de tipo descriptiva y transversal, de manera que se empleó el Inventario de Burnout de Maslach, además de un formulario para variables sociodemográficas como edad, sexo y años de labor; entre los resultados se tiene que existe una media de 37 años y la prevalencia del género femenino, además el 63% están activos en el área de salud, mientras que el resto se han dedicado a investigación científica; en cuanto a las dimensiones del Burnout se determina que, en cansancio emocional el 13% de los médicos presentan síntomas severos y el 42% síntomas moderados, en despersonalización el 19% síntomas severos y el 44% moderados, finalmente en realización personal el 43% presentan síntomas severos de baja realización personal y un 39% moderados, siendo así que el 11,8% muestra un riesgo moderado de agotamiento y el 8,8% un riesgo alto. Se concluye que, si bien no existe una prevalencia alta del Síndrome, existen síntomas que conllevan a la población a tener altos riesgos de desarrollarlo, además cabe resaltar que la mayor cantidad de profesionales con este riesgo son médicos en atención actual en los servicios de salud, y por su parte los médicos dedicados a la investigación presentan mayores puntuaciones de realización personal (Kurzthaler, Kemmler y Fleischhacker, 2017).

Goapala Sarma (2018), en su estudio en India a 110 psiquiatras de varias instituciones del país, pretende determinar factores y detalles que influyen en el Síndrome de Burnout, para lo cual se utilizó el Copenhagen Burnout Inventory (CBI), además de un cuestionario estructurado en base a variables sociodemográficas; entre los resultados se encuentra que 74% de la población fue de género masculino y el 26% femenino, en cuanto al Síndrome de Burnout se determina que 35 psiquiatras tienen puntajes altos en una o más dimensiones

del Síndrome de Burnout, siendo así 25 hombres equivalente al 71% y 10 mujeres equivalente al 29%, se resalta que 4 personas presentan criterios altos para Burnout en las tres dimensiones, además se denota que entre las personas con síntomas de burnout, existe prevalencia de profesionales casados, y en un grupo de 21 a 30 años. Se concluye que la prevalencia del Síndrome de Burnout en la población es baja, pero se resalta los factores asociados y existe preocupación de que la prevalencia sea mayor en profesionales jóvenes.

Por otra parte, en Ecuador en la provincia de Loja se realizó un estudio en 2017 en centros de salud, mediante una investigación de tipo exploratorio y correlacional, con el objetivo de determinar la prevalencia del Burnout en 35 médicos y enfermeras de distintos servicios de salud, para lo cual se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach. Los resultados arrojan que, del total de la muestra de médicos el 20,7%, y de enfermería el 16,7% presentaron niveles altos de la dimensión cansancio emocional, en despersonalización el 3,4% de médicos puntuaron alto, en enfermería todos los resultados fueron bajo, finalmente en realización personal el 62,1% de médicos puntuaron bajo y el 100% de enfermeras de igual manera. En conclusión, se determinó que ninguno de los profesionales evaluados posee síndrome de Burnout, sin embargo, si existe presencia de síntomas en alguna dimensión lo que arroja puntos de alerta, a la prevención para que dichos síntomas no avancen (Vivanco, Sánchez, Maldonado y Enrique, 2018).

Sigal, Costabel, Burgos y Alves de Lima (2020) realizaron una investigación en Buenos Aires a 48 profesionales de cardiología de la ciudad, con el objetivo de relacionar la resiliencia y el Síndrome de Burnout en un estudio transversal, a través de la aplicación del Cuestionario de Connor- Davidson para resiliencia y el Inventario de Burnout de Maslach, además de un formulario para determinar variables sociodemográficas como sexo y edad; los resultados arrojan que el 54,2% de la población son mujeres y el 45,8% hombres, en cuanto a la resiliencia un 33% presentó bajos niveles de resiliencia, por su parte el 35% de la población presentó síndrome de burnout alto. Por consiguiente, se concluye que el tener un nivel bajo de resiliencia se asocia estadística y significativamente a la presencia del síndrome de Burnout.

Torres, Hidalgo y Suárez (2021) realizan un estudio bajo el tema Estrategias de Afrontamiento en confinamiento por la Covid -19, investigación que tuvo como objetivo determinar cuáles eran las estrategias de afrontamiento que utilizaban los docentes en el estallido del confinamiento, para lo cual se llevó a cabo un estudio cuantitativo y descriptivo con una población de 150 docentes de la ciudad de Loja en Ecuador, utilizando como instrumento de evaluación el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI). Entre los resultados destacados se encuentra que el 34% de la población tiene a la resolución de problemas como su estrategia primaria de afrontamiento y el 32% la reestructuración cognitiva, siendo estas estrategias enfocadas en la acción. Por lo que se concluye que los docentes de esta investigación utilizan estrategias de afrontamiento más adecuadas para la resolución de problemas, lo que conllevaría a que el individuo se adapte de manera más óptima al confinamiento.

Por otra parte, en Colombia se realiza un estudio a 30 docentes de estudiantes con necesidades educativas especiales en el año 2020; se realiza una investigación de tipo descriptiva, no experimental y transversal, con el objetivo de analizar las estrategias de afrontamiento que usan, la presencia de ansiedad y el manejo emocional de la población, para lo cual se utilizan varios instrumentos de evaluación, entre los cuales están: El inventario de Ansiedad de Beck (BAI), el Cuestionario de Salud General (GHQ-12) y el inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), obteniendo como resultados relevantes se obtiene que en la mayoría de docentes existen síntomas de ansiedad como la taquicardia, temblores y nerviosismo, además se denota a la negación como la estrategia de afrontamiento con más uso, además es de interés recalcar que existen hábitos que podrían influir en el estado de salud, dado que la mayoría de los evaluados no realizan deporte, y el 50% de la población consume licor, por lo que se concluye que los malos hábitos, sumado a la situación de confinamiento podría desencadenar síntomas de ansiedad y evolucionar con el tiempo, repercutiendo además en la manera de afrontar las situaciones de estrés (Puello, 2020).

Costales, Vargas y Reyes (2019) en su estudio Estrategias de Afrontamiento al Estrés y burnout en Psicólogos, tienen como objetivo el reconocer cual es la relación que existe entre las respuestas de afrontamiento y el estrés mediante un estudio correlacional,

transversal con modalidad de campo en psicólogos de distintas provincias del Ecuador, para el estudio se ha aplicado el Cuestionario de Afrontamiento del Estrés (CAE) y el Inventario de Maslach Burnout, los cuales arrojaron resultados dispersos, en la variable SB en su modalidad Cansancio emocional predomina el nivel bajo, despersonalización y realización personal están en un rango medio. Y con respecto a las estrategias de afrontamiento se menciona que las más utilizadas son “Focalización en la solución del problema” con una media de 24.00, “Reevaluación positiva” con un 24.00, “Evitación” con un 21.00 y “Religión” con una media de 24.00, todas en rango alto y “Auto focalización negativa” con una media de 16.00, está en un rango medio. En conclusión, se menciona que no existen indicadores de la existencia de SB, además indican que se usa frecuentemente distintas estrategias que han resultado eficaces para la adaptación y en ciertos casos la resolución de conflictos estresores.

Investigaciones sobre las estrategias de afrontamiento en estudiantes universitarios de España en el 2018, con el objetivo de examinar las respuestas de afrontamiento de una muestra de 97 estudiantes de Ciencias de la Educación de primer año, utilizando el instrumento Escalas de Afrontamiento para Adolescentes ACS, arrojan como resultado la prevalencia en el uso de estrategias enfocadas en la emoción como es, preocuparse, búsqueda de apoyo social, seguida de estrategias enfocadas en la concentración en torno a resolver el problema, por lo que se concluye que, los estudiantes frente al estrés producido tienden a usar estrategias improductivas y orientadas a la emoción (Morales, 2018).

Bujnowska et al. (2021) en su estudio sobre afrontamiento al estrés en padres con hijos con discapacidades del desarrollo, tiene como objetivo explorar las estrategias de afrontamiento de padres de niños con discapacidad del desarrollo (DD) con 167 personas de muestra en comparación a los padres de niños con desarrollo típico formado por una muestra de 103 personas, para la obtención de resultados se utilizó el Inventario de Afrontamiento de la CISS para evaluar los estilos de afrontamiento y el cuestionario COPE para estrategias de afrontamiento desadaptativas y adaptativas, y entre los resultados que se obtuvo están que los padres de niños con DD tienden al uso de apoyo instrumental, planificación y enfoque en la emoción además del estilo orientado a tareas,

por su parte los padres de niños con desarrollo típico tienen estrategias con estilo orientado a tareas y mayormente centrado en el problema.

Galeano (2017) en su estudio Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en funcionarios de una institución Educativa con el objetivo de analizar la relación entre ambas variables para lo cual se aplicó el cuestionario de bienestar psicológico BIESA-A y el cuestionario de estrategias de afrontamiento IEA en una población de 68 profesionales, mediante una investigación de tipo cuantitativo, correlacional y de corte transversal, los resultados obtenidos muestran fuerte relación estadística entre el nivel de bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento, además el uso de distintas estrategias de afrontamiento difieren según el nivel de bienestar psicológico, de manera que las personas con un alto nivel de bienestar usan estrategias adaptativas y flexibilidad cognitiva, a diferencia de las personas con bajo nivel de bienestar se relacionan fuertemente con la autocrítica y pensamiento desiderativo, consideradas estrategias de afrontamiento inadecuadas.

Un estudio centrado en evaluar los factores predictores del Síndrome de Burnout en 518 psicólogos de Brasil, basándose en riesgos psicosociales, estrategias de afrontamiento y condiciones personales, para lo cual se aplican los siguientes instrumentos: El cuestionario para la Evaluación del Síndrome de Quemarse por el Trabajo para Burnout, además la Batería de Evaluación de Riesgos Psicosociales, el Inventario COPE para evaluar las estrategias de afrontamiento, una escala de trabajo emocional y finalmente un cuestionario con variables sociodemográficas de interés para el estudio. Entre los resultados más representativos se determina que, mientras que el exceso de trabajo es alto, el uso de estrategias centradas en las emociones son las predominantes y se hace un esfuerzo grande por expresar sentimientos empáticos en el área laboral, entonces el entusiasmo y la realización laboral decaen; además se refleja que algunas de las variables que contribuyen al agotamiento laboral es el conflicto de roles, exceso de trabajo y cantidad de servicio diario, disminuyendo la autoeficacia (Rodríguez y Carlotto, 2017).

Pizarro y Quispe (2019) en su investigación bajo las variables Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Perú, realizó un estudio descriptivo correlacional con 51

personas del departamento de enfermería de una clínica, con el objetivo de determinar en qué nivel se relaciona el síndrome de Burnout con las estrategias de afrontamiento; para lo cual utilizó el Inventario de Maslach Burnout, en el que se reconoce tres dimensiones significativas, los resultados en la dimensión de agotamiento emocional fue de un 62.7% en el nivel medio, en cuanto a la dimensión de realización personal un 66.7% responde a un nivel bajo, y en la dimensión despersonalización, el 70.6% presenta un nivel bajo con tendencia al medio, valores que en conjunto indican que el 51% de enfermeras presentan un nivel bajo de desgaste profesional, un 45.1% están en un nivel medio y el 3.9% se encuentran en un nivel alto de este síndrome; en cuanto a lo que se refiere estrategias de afrontamiento, se usó el Inventario de Estimación de Afrontamiento al Estrés, en el cual el 80.4% de enfermeras usan de manera moderada las estrategias y un 19.6% las usan de manera adecuada. En conclusión, se evidencia que existe un porcentaje pequeño de enfermeros con SB, a pesar de trabajar con pacientes oncológicos, en donde el trabajo incluye aspectos físicos y emocionales, además se evidencia un alto manejo moderado de estrategias de afrontamiento, lo que les permite realizar su trabajo de manera correcta y enfrentar las dificultades con herramientas adecuadas.

Por su parte Huaman (2016) estudia el Síndrome de Burnout y las Estrategias de Afrontamiento que aplican las enfermeras/os de la UCI en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas en la ciudad de Lima con el objetivo de Identificar el nivel de SB y determinar las estrategias de afrontamiento que aplican las 20 enfermeras/os, bajo un estudio cuantitativo, descriptivo y de corte transversal, para lo cual se utilizó el MBI para la variable Síndrome de Burnout y el Inventario de Estimación de Afrontamiento (COPE) para las estrategias de afrontamiento. Dentro de los resultados se menciona que el 70% tienen un nivel medio de Burnout, el 20% un nivel alto y un 10% un nivel bajo; con respecto a las estrategias de afrontamiento, entre las más usadas, un 85% usan estrategias dirigidas al problema, un 60% usan estrategias dirigidas a la emoción. Se concluye que el SB en las enfermeras tiende de un nivel medio a alto, aun así, las estrategias más usadas de las enfermeras se enfocan en el problema, al utilizar planes de acción, concentrando sus esfuerzos en la resolución del conflicto de manera rápida, sin

embargo, existe también parte del personal que utiliza mucho la evitación como estrategia de afrontamiento lo que sugiere el incremento del estrés al no solucionarse el problema.

En torno al ambiente actual de pandemia global por Covid-19, se han focalizado los estudios en los profesionales sanitarios, una investigación en China gira en torno a los factores asociados al brote de la enfermedad que influyen en el agotamiento laboral, para lo cual se realizó una encuesta transversal a 880 profesionales (564 médicos y 316 enfermeras), en febrero 2020 en la que se incluían características demográficas como son edad, sexo, ocupación, factores de trabajo y factores familiares, además se evaluó el estilo de Afrontamiento mediante el Cuestionario de Estilo de Afrontamiento de rasgos chinos, y para evaluar el SB se utilizó el Inventario de Burnout de Maslach Chino, cuestionarios confiables y acordes a la cultura, entre los resultados de los test se menciona que existe un agotamiento laboral del 73,98% siendo un nivel leve el 34.77%, un 36.14 % en un nivel moderado y el 3.07% un nivel alto; en cuanto a los estilos de afrontamiento el 70,65% tenía un estilo de afrontamiento negativo. Se concluye que, hay prevalencia del SB en el personal sanitario, se menciona además que el sitio de trabajo, una región de alto o bajo contagio, contribuye a que los puntajes difieran, ya que, el estar en una región de alto contagio es un factor de riesgo mayor en la dimensión de agotamiento emocional, sumándole a esto los estilos de afrontamiento en su mayoría negativos, la cantidad de horas laboradas y síntomas de Covid, aumentan el riesgo de agotamiento laboral (Liu, et al., 2020).

1.1.3. Fundamentos Teóricos

Síndrome de Burnout

Estrés

El estrés es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002) como una serie de respuestas fisiológicas del organismo, alertándolo para entrar en acción.

El estrés es un método de alerta del ser humano, Torrades (2007) refiere que este proceso es necesario para la supervivencia del individuo, ya que genera un estímulo que permite a las personas, alcanzar sus objetivos, una vez culminada la situación, el individuo vuelve a su estado basal o normal.

Seyle (1960) define al estrés como la respuesta adaptativa del organismo ante los diversos estresores, entendiendo por estresores a las circunstancias imprevistas o dificultades del día a día que, consciente o inconscientemente las personas toman como amenaza, además reconoce tres etapas del individuo en este proceso:

Fase de alarma: El individuo al verse en una situación de estrés, empieza a generar un incremento de sus fuerzas defensivas impulsados por el sistema nervioso, el cual está “alertando” al cuerpo para una reacción frente al estímulo.

Se libera adrenalina, por lo que puede existir aceleración del ritmo cardiaco, mayor presión arterial y ansiedad, generalmente de corta duración.

Fase de Adaptación o Resistencia: El sujeto se adapta intensificando sus funciones a nivel de los tejidos del organismo, de manera que el cuerpo pueda dar una respuesta adecuada a la exigencia del estímulo estresor.

Cuando el estresor se va controlando, el cuerpo se estabiliza y los síntomas de alarma disminuyen, cabe mencionar que la duración de esta fase varía debido a factores como la resistencia del individuo en donde interactúan agentes biológicos y psicológicos.

Fase de Agotamiento: Si el estímulo estresor continua presente, el cuerpo reduce la capacidad de adaptación que adquirió previamente, y entra en una fase de agotamiento que prevalecerá según la severidad del evento estresor, por lo que el organismo sentirá que ya no puede seguir resistiendo más amenazas y podría resultar en daños para la salud si la persona se expone de manera reiterada a eventos que lo conlleven a esta fase de estrés.

Para Ramos (2012) cualquier cambio alrededor del sujeto, sean estos negativos o positivos representa estrés, estas situaciones provienen de tres fuentes básicas: el entorno, el organismo de las personas y sus pensamientos.

- El entorno como tal son las condiciones ambientales y demandas de adaptación a nuevos espacios.
- La fuente del organismo, se refiere a todo cambio fisiológico, como enfermedades, trastornos y accidentes que lleguen a ser de tal magnitud para preocupar a gran escala al sujeto.
- La manera de pensar, se traduce en el reaccionar del sujeto a las demandas, lo que es proclive a desarrollar un grado desproporcional de preocupación.

Lazarus y Folkman (1986) por su parte hacen referencia al estrés como una estrecha relación entre el sujeto y su entorno, en donde la persona tendrá que valorar la situación psicológica para gestionarla, además mencionan que, para la evaluación de las situaciones hace falta una valoración cognitiva y las estrategias de afrontamiento.

Cólica (2010) toma al estrés como una reacción autónoma y normal de un organismo funcional, cuando hace frente a un suceso o exigencia que le resulta desconocida además de amenazante, poniendo en potencial peligro la integridad física o emocional

Redolar (2015) define a un agente estresante como un estímulo de índole psicológico, social o físico, que tiene la capacidad de alterar el equilibrio del organismo.

Proceso Psicológico del Estrés

Las personas al tener un sistema de creencias y maneras de afrontar distintas, pueden experimentar al estrés de diferentes maneras y en distintos niveles, y esto se da debido a que cada persona interpreta una situación de distinta manera, considerando a una situación desde una motivación o una amenaza. (Lazarus, 1966)

Folkman y Lazarus (1986) hablan sobre dos maneras de evaluación cognitiva:

- **Evaluación primaria:** Es la valoración inicial de la situación, tal y como esta llega al sujeto, viéndola como irrelevante, positivo, negativo o amenaza a primera vista y sin indagar a profundidad en la circunstancia.
- **Evaluación secundaria:** En esta fase el sujeto indaga más a profundidad la situación, de manera que determina los recursos disponibles tanto externos como internos, para afrontar la situación, en esta fase entra en juego la capacidad de adaptación a nueva información y con ello, está constantemente reevaluando el problema.

Kemeny (2003) menciona que la manera en que la persona percibe la situación, tiene una implicación cognitiva, dado que si un sujeto considera que sus recursos son insuficientes en comparación a la situación, pues esta será vista como una amenaza de difícil superación, por el contrario, si las demandas son exigentes pero asumibles y razonables, y el individuo cree que con sus recursos puede afrontarlo, la situación será vista como un desafío, desarrollando motivación de por medio para lograr su meta.

El proceso del estrés, siempre se ha visto en el marco de las experiencias negativas y consecuencias nocivas para el sujeto, sin embargo, la circunstancia negativa de estrés no siempre debe resultar en un proceso fallido, sino que al momento de que el individuo afronta el evento estresor de una manera adecuada, esto conlleva a un incremento de autoestima al palpar sus habilidades de afrontamiento y satisfacción ante el hecho (Semmer, McGrath y Beehr, 2005).

Manifestaciones Clínicas del Estrés

Según Azcona, Guillén, Meléndez y Pastrana (2016) dentro de las respuestas clínicas al evento estresor en un individuo, en un inicio hay que mencionar la activación de manera inmediata del sistema nervioso central, de manera que se activan las estructuras relacionadas con las emociones y también lo que tiene que ver con el sistema nervioso vegetativo (cardiovascular, metabólico, respiratorio y suprarrenal), todo con el objetivo

de hacer frente y neutralizar los eventos tomados como amenaza. Entre las manifestaciones están:

Manifestaciones Físicas

Para Azcona, Guillén, Meléndez y Pastrana (2016) existen efectos individuales que afectan en distintos ámbitos, las enfermedades de mayor prevalencia son de tipo cardiovascular, neuroendocrino y musculares.

Trastornos Cardiovasculares.

Según Serrano, Moya y Salvador (2009) el estrés tiende a elevar la presión arterial y la frecuencia cardiaca, y se ven marcadas más en las situaciones donde el sujeto percibe un bajo control sobre las mismas, y en consecuencia estos síntomas a largo plazo pueden producir hipertensión arterial, enfermedades cerebrovasculares y cardiopatía isquémica.

Mediante el aumento de moléculas procoagulantes, ante los eventos estresores se puede producir estados de hipercoagulabilidad y existir modificaciones en la actividad plaquetaria (Azcona, Guillén, Meléndez y Pastrana, 2016).

Trastornos Neuroendocrinos.

Ante el estrés, a nivel orgánico se activa el eje hipotalámico – hipofisario- adrenal, consecuentemente se elevan los niveles de cortisol, lo que se relaciona fuertemente con efectos negativos para la salud, además de que la respuesta matutina del cortisol se toma como un indicativo de estrés crónico (Marchand, Durand, Juster y Lupien, 2014).

Azcona, Guillén, Meléndez y Pastrana (2016) mencionan que las hormonas más relacionadas con el estrés junto al cortisol son la adrenalina y noradrenalina; se denota un incremento de estas especialmente en los episodios de estrés laboral, y serían uno de los factores del origen de enfermedad cardiovascular relacionada al estrés.

Trastornos Musculares.

Para Martínez (2008) las situaciones de estrés predisponen a cuadros de dolor muscular localizado con frecuencia en la región cervical, lumbar y hombros, debido en su mayoría

al estrés laboral y los cambios y esfuerzos en los procedimientos de trabajo como son posturas, malos movimientos y carga excesiva.

Manifestaciones Psicológicas

Para Azcona, Guillén, Meléndez y Pastrana (2016) existen consecuencias en la salud mental presentando cambios disfuncionales en las distintas esferas:

Esfera Emocional: La exposición reiterada a eventos estresores dan lugar a alteraciones en el humor, exteriorizadas en tristeza, aislamiento, irritabilidad, astenia, además de que el desbalance emocional que se produce puede producir cambios en los mecanismos de regulación del sueño.

Esfera Cognitiva: Los síntomas más frecuentes se reflejan en la desconcentración, alteraciones en la memoria y atención, y el más frecuente es la preocupación excesiva por la pérdida del control sobre la situación.

Esfera Conductual: Ante un evento estresor suelen existir cambios en el consumo de alimentos, además ante la preocupación existente, puede prevalecer el consumo de alcohol y tabaco.

Estrés Laboral

Para la Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2016) el estrés en el contexto del trabajo, se dan bajo el marco de las mismas respuestas fisiológicas causando desequilibrio, determinado por la organización del trabajo, el diseño y las relaciones laborales, y se da paso cuando las exigencias laborales sobrepasan las capacidades o recursos del trabajador, o bien cuando no se tienen las habilidades que la cultura organizativa de una empresa espera del individuo.

Para el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), el estrés laboral no es más que el conjunto de respuestas perjudiciales tanto físicas como mentales o emocionales generadas al momento en que la presión y exigencia laboral son mayores a las capacidades o necesidades del profesional (Azcona, Guillén, Meléndez y Pastrana, 2016).

Tipos de Estrés Laboral

Según Slipak (1996) existen dos tipos de estrés laboral basados en la duración y alcance de los factores estresantes:

Episódico: Es un tipo de estrés laboral muy puntual, de corta duración, en el cual sus efectos negativos son esporádicos y casi imperceptibles ya que se enmarca en una situación limitada de tiempo, y una vez enfrentada la dificultad sus síntomas desaparecen.

Crónico: Se produce al momento en el que el sujeto se expone reiterada y prolongadamente a múltiples agentes estresores, de manera que la persona ha reducido su adaptabilidad y resistencia al estrés, los síntomas aparecerán siempre frente a dichas situaciones y no se irán hasta afrontar adecuadamente la dificultad.

Por otro lado, el Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales (2006) establece dos tipos de estrés en relación con el efecto que produce, teniendo:

Eustrés: Donde las respuestas orgánicas ante la situación son armónicas, respetando los parámetros normales fisiológicos del individuo, dando lugar a que el estrés percibido actúe como motivación en el alcance de objetivos, lo que supone mayor capacidad de afrontamiento y productividad laboral.

Distrés: Las respuestas al evento estresor han sido inadecuadas, insuficientes o muy por encima de los valores normales dentro de las respuestas fisiológicas corporales, produciendo desajustes entre el trabajador y su entorno laboral, además de efectos negativos en su bienestar psicológico.

Estresores Laborales

En el libro Estrés y Fatiga Crónica de Especialistas Medicina Alternativa (2006) se habla de tres tipos de estresores laborales, los intraorganizacionales, extraorganizacionales y de tipo individual.

- **Intraorganizacionales:** Factores dentro del lugar del trabajo, como son un ambiente poco adecuado conforme las exigencias, sobrecarga laboral, presupuesto salarial menor al adecuado en base al trabajo realizado, inestabilidad laboral.
- **Extraorganizacionales:** Son factores que no son netamente del lugar de trabajo, pero influyen en el correcto curso de este, primordialmente aquí se encuentra la realidad política y social del país y factores de inestabilidad familiar.
- **Individuales:** Surgen en base a la preparación y características propias del sujeto, en las que se pueden dar conflicto de roles laborales, discrepancias entre las metas individuales y las laborales.

Síndrome de Burnout

Es importante diferenciar el estrés del burnout, se describe al estrés como un proceso temporal de adaptación que puede o no estar acompañado de síntomas físicos, por su parte el burnout, es una ruptura en ese proceso de adaptación donde la persona se siente incapaz con o sin ayuda externa, es decir, consecuencia a largo plazo de múltiples eventos estresores (Carlin, 2010).

El término Burnout “estar quemado” fue utilizado por primera vez por Freudenberger (1974) con lo cual conceptualiza una situación donde el individuo se siente cansado emocional y físicamente además del sentimiento de frustración producido por la continua exposición a un rol u forma de vida que no da los resultados esperados o no es reciproco a los esfuerzos realizados.

Por su parte, Cherniss (1980) define al desgaste laboral como un proceso que se desarrolla gradualmente, es decir, el estrés laboral avanza a niveles excesivos y prolongados, generando una sobrecarga al trabajador, que se traduce en tensión, irritabilidad y cansancio tanto físico como mental, de tal manera que, como mecanismo de defensa, el trabajador se desconecta psicológicamente de su trabajo.

Maslach (1976) describe al SB como el proceso gradual de pérdida de responsabilidad personal, y desinterés cínico entre sus compañeros de trabajo. Años después Maslach y

Jackson (1981) se refieren al síndrome como las reacciones del sujeto frente al estrés en el trabajo, siendo este elevado y agudo, que conlleva al individuo a una experiencia de agotamiento emocional, desarrollo de sentimientos negativos para con sus pares en el trabajo y la propia desvalorización de su rol profesional.

En términos conceptuales al término Burnout se lo puede tomar desde dos puntos de vista, que son la clínica y la psicosocial, para Gilmonte y Peiró (1997) el marco conceptual clínico está basado en el estado físico y mental al que el individuo llega cuando se expone al estrés laboral; mientras que la perspectiva psicosocial se relaciona a una transacción entre las características del ambiente laboral y las de orden personal.

Dimensiones del Síndrome de Burnout

Maslach y Jackson (1986) establece tres dimensiones en base a los efectos del síndrome de Burnout:

Agotamiento Emocional

Es la característica esencial del síndrome, en la que el sujeto se presenta emocionalmente agotado, debilitado y vacío ante las exigencias y constantes interacciones laborales, y tiene manifestaciones físicas y psíquicas como abatimiento, ansiedad e irritabilidad, reduciendo así los recursos que tiene para ofrecer en el medio laboral.

Esta dimensión se caracteriza por la constante pérdida de la energía vital, además de gran desproporción entre el trabajo que se ha realizado y el cansancio emocional y físico que ha experimentado el sujeto, produciendo constantes quejas ante la sobrecarga de labores, o las condiciones de trabajo poco óptimas.

Al momento de que la carga de trabajo cualitativa o cuantitativa es prolongada y reiterada, las oportunidades del descanso son escasas y dan como consecuencia directa la ruptura de la capacidad de afrontamiento ocurriendo el desgaste o burnout.

Despersonalización

Característica que cabe dentro del contexto interpersonal al hablar del burnout, donde existe una respuesta negativa, insensible o altamente apática del trabajador hacia el

receptor de sus servicios y demás compañeros, reacción desarrollada en respuesta al cansancio emocional, acompañada de aumento de la irritabilidad y falta de motivación hacia el trabajo.

Las respuestas negativas que se van presentando busca que el sujeto marque distancia con ciertos aspectos laborales, teniendo en mente la búsqueda de equidad entre las aportaciones del trabajador y de la organización, en referencia a buscar un culpable lejano al mismo sujeto, evadiendo responsabilidades, lo que resulta en una baja eficiencia laboral y de igual manera merma la proactividad tanto del sujeto en su individualidad como en su trabajo de equipo organizacional.

Falta de Realización Personal

Dimensión que se refiere al componente de autoevaluación dentro del síndrome, donde el trabajador empieza a sentir que es incompetente, formando un auto concepto negativo, baja autoestima e incapacidad de gestionar el estrés, y que, además es agravado en las situaciones de carencia de recursos materiales como también de apoyo social, lo que en conjunto conlleva a un bajo desarrollo de sus competencias laborales.

La persona valora sus esfuerzos dentro de las labores como negativos o insuficientes, lo que forma una percepción subjetiva de frustración con su profesión.

Etapas del Síndrome de Burnout

Cruz Rubio (2013) describe las fases por las que el sujeto transita en el desarrollo del síndrome de burnout, teniéndolo en cuenta como un proceso gradual, las etapas son:

- **Fase de Entusiasmo e Idealismo:** Se asumen las responsabilidades en un empleo con gran energía y altas expectativas en cuanto a objetivos, el sujeto se involucra desproporcionalmente lo que genera un exceso de trabajo voluntario y empiezan las molestias.
- **Fase de Estancamiento:** El sujeto empieza a darse cuenta que es desproporcional y nada equilibrada la relación entre el gran esfuerzo realizado y su recompensa,

por lo que empieza el estrés con estados de fatiga y ansiedad ya que trata de ofrecer mucho de sí mismo para llenar las expectativas sociales, además se plantea cambios en su vida profesional.

- **Fase de Frustración:** Existencia de desmoralización junto a fatiga, debido al esfuerzo que incrementa cada vez, mientras espera una recompensa apropiada, y como no llega el sujeto siente que sus recursos son insuficientes y su trabajo no está siendo útil. En esta fase el trabajador se vuelve irritable y desvaloriza su trabajo dando lugar a conflictos más profundos a nivel laboral y personal, ya que también pueden aparecer síntomas en la salud.
- **Fase de Apatía:** Se manifiestan cambios notables en la actitud del trabajador para con usuarios y compañeros, surgiendo un distanciamiento y cinismo ya que el sujeto evita las tareas estresantes, dando lugar al absentismo y falta de interés en sus responsabilidades, lo que afecta también al clima organizacional.
Los síntomas físicos como el dolor muscular, problemas del sueño y cefaleas, y los psicológicos como son los cambios de humor y ansiedad, se agravan de tal manera que es de afectación aún fuera del sitio de trabajo.
- **Fase de Quemado:** La frustración total es notable en el sujeto en esta etapa, ya que llega a un colapso tanto mental como físico, ya que el cambio emocional y cognitivo se vuelve crónico, de manera que las consecuencias de ello pueden ser desde el abandono del empleo, hasta problemas graves e irreversibles de salud.

Causas del Síndrome de Burnout

La composición de la personalidad y las variables individuales del sujeto no influyen de manera en el desarrollo del síndrome de Burnout. Maslach y Leiter (1979) otorga mayor relevancia a las circunstancias laborales que el sujeto vive a diario y las toma como la principal etiología.

Por su parte Gonzales (2016) refiere varias características de personalidad que influyen, además del estrés laboral, en el desarrollo del síndrome de Burnout. Algunas de las características son: empleados con locus de control extremo, personas dependientes,

además de la pobre autoeficacia, excesivo idealismo y sensibilidad emocional, bajas defensas o estrategias para afrontar el estrés e incluso personas adictas al trabajo.

Factores Desencadenantes

Existen factores desencadenantes del síndrome de Burnout. Cruz Rubio (2013) los agrupa en tres distintas dimensiones en las que el individuo se desarrolla de manera activa, estos son:

Factores Sociales

- Cambios o incongruencias dentro del rol desempeñado en la organización.
- Los cambios en el entorno de la organización, como son los cambios políticos a nivel nacional, afectan las políticas de funcionamiento, por ende, los trabajadores deben adaptarse a nuevas maneras de laborar.
- La expresión para con el usuario, en la que el trabajador debe siempre mostrarse atento y agradable aun cuando el consumidor no lo sea, crea en el trabajador tensión.
- La falta de sensibilidad de los beneficiarios es un factor importante dado que, además del cansancio físico y emocional que el sujeto presenta, no siente que su trabajo sea valorado, lo que genera baja autoestima y agravamiento del estrés.

Factores Laborales

- Uno de los principales factores es la manera en la que está conformada la estructura del trabajo, cuando las reglas no son flexibles y existe la burocracia, el trabajador pierde motivación.
- Al existir falta de recursos para realizar el trabajo de manera óptima, cuando no existe herramientas adecuadas, el trabajador puede cansarse más rápidamente y no generar el rendimiento esperado.
- Cambios bruscos dentro del puesto de trabajo, en el que no existe una preparación previa, y requiere un nivel de adaptación alto, genera en el trabajador una percepción de inutilidad.

- Falta de reconocimiento o apoyo de parte de compañeros y directivos de la organización, al trabajo realizado por el sujeto.

Factores Individuales

- Las variables sociodemográficas juegan un papel importante en el desencadenamiento de estrés laboral, las personas de familias monoparentales, estado civil y número de hijos son las más representativas.
- Existencia de perfiles de personalidad con características de huida u obsesión son más proclives a desarrollar burnout, debido a la manera de ver y manejar el conflicto generador de estrés.
- Escases de recursos emocionales y de afrontamiento, personas con labilidad emocional y estilos de afrontamiento centrado en la expresión afectiva.
- Las habilidades sociales juegan un papel importante en el momento de desempeñar un trabajo, y la falta de estas habilidades hacen del sujeto más propensos a falencias, según el cargo que desempeñe.

Consecuencias del Síndrome de Burnout

Según el modelo de Maslach (1986), se conoce las tres dimensiones en las que se denota la existencia de Burnout, y existen consecuencias propias de cada una:

Dimensión de cansancio emocional: Son los síntomas más claros a nivel individual, además hay una pérdida o desgaste de recursos emocionales, ansiedad, ánimo depresivo, la persona no puede más a nivel afectivo. Como consecuencia se desborda por las demandas emocionales de los otros y no tiene más recursos que ofrecer. Esto es a causa del contacto continuo con personas a las que hay que atender, en unas condiciones no apropiadas.

Dimensión de despersonalización: Se denota a nivel social e interpersonal del sujeto donde salen a flote diferentes mecanismos de defensa, como la racionalización, el distanciamiento con los usuarios con los compañeros y consigo

mismo y su trabajo, conductas evasivas y poca colaboración. A consecuencia se desarrollan sentimientos negativos, actitudes irritables y conductas de indiferencia. Hay un endurecimiento afectivo y el usuario siente que se lo trata con agresividad, se habla de una “deshumanización del otro”, siendo este una manera emocional que el sujeto adopta para enfrentar las situaciones cuando se encuentra bajo un nivel de extremo estrés emocional.

Dimensión de baja realización personal: El trabajador percibe a su trabajo como insuficiente, con una tendencia a evaluar el propio trabajo de forma negativa. En consecuencia, el síndrome está afectando al nivel cognitivo, a la manera de interpretar la realidad y esta percepción afecta a su habilidad en la realización del trabajo y a la relación de las personas a las que atiende. Esto empeora todavía más el servicio que se ofrece. Lo normal es que aparezca una sensación intensa de culpa, aunque también se puede dar el caso de que justifique su comportamiento durante un tiempo.

El Burnout como tal abarca una cantidad de respuestas a estímulos de estrés. Ramos (2012) menciona que, estos estímulos generan tensión progresiva al tener contacto excesivo con personas, sin excepciones, manifestándose de las siguientes maneras:

- **Psicosomáticas:** dolores corporales y musculares reiterados, insomnios, cansancio crónico, úlceras gastrointestinales, cambios notables en la ingesta de alimentos.
- **Conductuales:** consumo hasta llegar al abuso de sustancias, ausentismo al área de trabajo, comportamientos indicadores de ansiedad, superficialidad de contacto, conductas dañinas hacia sí mismo y a los demás.
- **Emocionales:** mecanismos de defensa y protección emocional elevados haciendo evidente el aislamiento, además de impaciencia, aburrimiento, labilidad emocional frecuente, episodios de ira y tristeza bajo circunstancias cotidianas.

- **En el ambiente laboral:** baja productividad en su rol, la calidad del trabajo y atención a los beneficiarios disminuye, la comunicación interna entre trabajadores es escasa de manera que se produce hostilidad laboral.

Técnicas Estrategias de Intervención

Existe gran variedad de herramientas que pueden ser utilizadas a manera individual y general. Ramos (2012) destaca las técnicas enfocadas a la mejora del clima laboral:

Individual

Las técnicas que se usan deben ser orientadas a la capacidad de adaptación del sujeto a las distintas fuentes de estrés en el trabajo, teniendo en cuenta las implicaciones y características de personalidad de cada sujeto.

Grupal

La meta es cohesionar a los distintos grupos laborales, de manera que la comunicación sea activa y se pueda trabajar en equipo, para lo cual es fundamental promover el desempeño cooperativo, ya que se ha demostrado que el apoyo, cualquiera sea la fuente, ayuda a disminuir los efectos del estrés laboral e incluso brinda mejores caminos de afrontamiento.

Organizacional

Las estrategias a nivel organizacional se orientan a la disminución de las situaciones estresantes, haciendo modificaciones en varias áreas del trabajador, como puede ser su espacio físico, las funciones del rol que el trabajador desempeña, e incluso la estructura organizacional de manera que, a mayor estructura horizontal, el trabajador tiene más oportunidades de desarrollarse y mostrar sus habilidades, además de formar parte de las decisiones importantes en su ambiente mostrando independencia de opinión.

Gil-Monte y Peiró (1997) menciona ciertas técnicas individuales que pueden ser utilizadas para el manejo del estrés, de manera que, conforme las capacidades y necesidades del sujeto se pueden usar y adaptar.

Las Técnicas Fisiológicas

Las fuentes de estrés, producen activación fisiológica, estas técnicas están centradas en reducir estos efectos lo que, por consiguiente, reduce el malestar físico y mental generado. Algunas de las técnicas son la relajación progresiva, biofeedback, ejercicios de control de respiración.

Las Técnicas Conductuales

Técnicas principalmente de entrenamiento conductual, que buscan que el individuo tenga habilidades acordes al manejo de su trabajo y las interacciones internas, de manera que los métodos de afrontamiento son más objetivos y efectivos. Algunas de las técnicas son el entrenamiento en habilidades sociales, aprendizaje de afrontamiento centrado en la solución de problemas, asertividad y autocontrol.

Las Técnicas Cognitivas

Técnicas que pretenden mejorar el modo en que las personas perciben su labor, de manera que el sujeto pueda interpretar y evaluar los problemas laborales de una manera distinta y utilizar mejor sus recursos personales, dando como resultado la disminución del estrés que estas situaciones generalmente producen. Entre las técnicas encontramos la identificación y control de pensamientos irracionales, terapias psicológicas como la Terapia Racional Emotiva y la reestructuración cognitiva.

Estrategias de Afrontamiento

Afrontamiento

El afrontamiento, según Lazarus y Folkman (1984) se define como los recursos y esfuerzos cognitivos, emocionales y conductuales que se orientan al manejo de las demandas tanto internas como las del ambiente, que el sujeto toma como desbordantes en comparación a sus recursos; y define a las estrategias como las pautas comportamentales desplegadas por la persona de acuerdo con los recursos que le brinda su medio.

Se habla de afrontamiento al hacer referencia a un proceso en el que el individuo intenta resistir y superar excesivas circunstancias de dificultad planteadas en su vivir diario, a la par de adaptarse a esas nuevas situaciones manteniendo un equilibrio orgánico (Rodríguez, López y Pastor, 1990).

Para Sandín (1995) el concepto de afrontamiento tiene que ver con esfuerzos conductuales y cognitivos de las personas para enfrentar el estrés y el decaimiento psicológico que lo acompaña, sean estímulos internos o externos los generadores del malestar.

El afrontamiento está determinado equitativamente por la situación y por los rasgos del sujeto. Torestad, Magnuson y Oláh (1990) refieren que, las respuestas del individuo están determinadas por la interacción entre las circunstancias externas y los rasgos internos mentales y físicos.

Tipos de Afrontamiento

Lazarus y Folkman (1986) afirma la existencia de tres tipos de afrontamiento:

Afrontamiento Cognitivo: Permite razonar el suceso, de manera que se lo toma menos desagradable y da lugar a respuestas pensadas a la demanda.

Afrontamiento Conductual: Está basado en conductas de confrontación para manejar las situaciones y consecuencias de ellas.

Afrontamiento Afectivo: Orientado a la regulación emocional para mantener un equilibrio, descartando labilidad afectiva.

Recursos de Afrontamiento

Los recursos de afrontamiento que el sujeto posee son en base a experiencias y constructos, de manera que estos pueden ser culturales, físicos, estructurales, sociales y psicológicos (Folkman et al. 1979; Schaefer et al., 1982; Rodríguez, 1990).

Recursos Culturales: Basados en creencias de la persona sobre salud y enfermedad de acuerdo con el contexto donde se haya desarrollado.

Recursos Físicos: Hace referencia al entorno tangible del sujeto, instrumentación disponible, además de las características biológicas y corporales de la persona.

Recursos Estructurales: Estructura de los roles sociales en el sistema en el que el sujeto se desenvuelve y la manera en la que los interpreta, es decir, las obligaciones del rol y el compromiso con el mismo.

Recursos Sociales: Se refiere a toda interacción social que se produce en torno a la persona, incluyendo las características de los sistemas de apoyo social, ingresos adecuados, satisfacción laboral y la red de apoyo disponible para el sujeto.

Recursos Psicológicos: Engloba todo lo que tiene que ver con los procesos mentales, es decir, procesos emocionales o afectivos, cognitivos, esquemas de planificación y acción y patrones comportamentales.

Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de Afrontamiento se traducen en los procesos delineados concretamente al contexto en el que la persona se encuentra, es decir, varían en gran proporción dependiendo de la situación desencadenante de estrés (Castaño y León del Barco, 2010).

Se denotan diferencias entre lo que se llama estilos de afrontamiento y estrategias de afrontamiento. Fernández Abascal (1997) mencionan que el estilo de afrontamiento es una preferencia personal del uso de una u otra estrategia de afrontamiento, y esta a su vez se establece en función a la situación.

Montoya y Moreno (2012) mencionan tres tipos de afrontamiento que Carver, Sheier y Wientraub establecieron en 1989:

- Centrado en el problema: donde el sujeto busca la manera de solucionar el conflicto, haciendo frente al estrés.

- Centrado en la emoción: se refiere a todo lo que el sujeto emplea para regular las emociones que se asocian al evento estresor.
- Centrado en la evitación: conductas evasivas y de huida a eventos estresores.

Existe una serie de cogniciones y conductas de afrontamiento de una situación estresante. Folkman y Lazarus (1985) destacan los tipos de afrontamiento centrado en el problema, la emoción y la evitación, teniendo así:

Confrontación

Esta estrategia de afrontamiento se centra en los intentos de soluciones directas, donde el sujeto hace frente al problema de una manera que puede resultar agresiva o potencialmente arriesgada.

Planificación

El sujeto empieza a generar una serie de cogniciones alrededor del proceso del conflicto, de manera que pueda determinar pasos estratégicos que le conlleven a la pronta y correcta solución del evento.

Distanciamiento

Es un mecanismo de afrontamiento que actúa como protector, ya que el sujeto pone barreras y se aleja del evento estresor al punto que este no afecte a su integridad física o mental.

Este tipo de estrategias no implican la huida de la situación, pero si el alejamiento necesario para que el sujeto se resguarde.

Autocontrol

Las estrategias que el sujeto usa son reflejadas en los esfuerzos que este hace para manejar sus sentimientos y emociones, que han aflorado durante el evento estresor, de manera que no inmiscuye temas afectivo-emocionales con temas laborales y objetivos.

Aceptación de Responsabilidad

Estrategias en las que el sujeto acepta y pone atención en el rol que cumple, tanto en el origen del conflicto, como también en el proceso para afrontarlo.

Escape – Evitación

En estas estrategias de afrontamiento, la persona genera toda clase de cogniciones de huida alejadas de la realidad, tales como “ojalá no estuviera aquí ahora” o “desearía que esto no estuviera pasándome”, acompañadas de acciones de evitación al problema y desahogo como es la ingesta de alcohol o drogas.

Reevaluación Positiva

El sujeto al usar esta estrategia de afrontamiento, procede a una segunda evaluación de la situación tratando de destacar los aspectos positivos y razonamiento profundo en cuanto a los aprendizajes que puede obtener de la situación, dándole un punto de vista con más motivación.

Búsqueda de Apoyo Social

El recibir ayuda tanto de los pares como de profesionales, hace que el sujeto incremente la confianza en sí mismo, y también ayuda a que pueda ver al problema bajo nuevos puntos de vista, recibiendo ayuda enfocada a la solución del problema o por su parte, apoyo emocional.

De igual manera Tobin, Holroyd, Reynolds y Wigal (1984) habla sobre las estrategias de afrontamiento apoyados en los constructos de afrontamiento de Folkman que están dirigidos al problema, emoción y evitación.

Dentro de las estrategias que el autor propone se encuentran:

- Resolución de problemas: incluye las herramientas tanto conductuales como cognitivas para eliminar la fuente de estrés.
- Reestructuración Cognitiva: como su nombre lo dice, se usan técnicas que cambien o alteren el significado percibido de la situación, haciéndola menos amenazadora, tomando aspectos positivos o viéndola desde una nueva perspectiva.

- **Apoyo Social:** Se centra en la búsqueda de ayuda emocional en un miembro del entorno del sujeto, sea un familiar, amigo o profesional.
- **Expresión Emocional:** Esta estrategia se encamina a exteriorizar toda emoción producida ante un evento estresor, lo que conlleva a liberarse al sujeto, dejándolo con mayor capacidad cognitiva.
- **Evitación de Problemas:** Se usa mucho la negación de los problemas, además del bloqueo de pensamientos y acciones en torno de la situación estresante.
- **Pensamiento Ilusorio o Desiderativo:** Se refiere a estrategias de índole cognitivo en la que el sujeto refleja incapacidad para replantear o interpretar simbólicamente la situación, refleja el deseo de que la realidad fuera distinta.
- **Retiro Social:** Estrategias que reflejan culpabilidad por la situación y conlleva a criticarse y por consiguiente el alejamiento de amigos y familiares.

Factores Moduladores del Afrontamiento

Cohen y Edwards (1989) afirma que, dentro del resultado final del proceso de afrontamiento, pueden intervenir muchas variables, las cuales tienen en su poder interferir o potenciar el proceso. Se menciona que existen factores internos que son propios del sujeto, y factores externos, netamente del entorno.

Recursos o Impedimentos Internos

Estilos de Afrontamiento

Cada sujeto tiene propensión a usar una determinada serie de estrategias en distintos conflictos, es decir, aun cuando existen varias maneras de afrontar las situaciones estresantes, las personas tienden a usar las mismas estrategias sea cual sea el caso (Vázquez, Crespo y Ring, 2003).

Existen distintas dimensiones en los que se podría identificar los estilos de afrontamiento. Fernández – Abascal (1997) refieren tres principales dimensiones agrupadas de la siguiente manera:

El método empleado en el afrontamiento: Se encuentran los siguientes estilos

- Estilo Activo: El sujeto moviliza todo tipo de esfuerzo para encontrar varios caminos de solución al problema, este es un recurso positivo a la hora de enfrentar el evento estresor.
- Estilo Pasivo: Se basa en que el sujeto no interviene en el proceso del conflicto, solo espera a que las condiciones cambien por si solas, este estilo actúa como un impedimento interno en el proceso de afrontamiento.
- Estilo de Evitación: Huida de la situación y sus consecuencias.

La focalización del afrontamiento

- Estilo dirigido al problema: en donde la persona busca alterar las condiciones aledañas al problema para cambiar su curso, actúa como un recurso valido y crea la percepción de tener todo bajo control.
- Estilo dirigido a la respuesta emocional: el sujeto no mira más allá del problema y se centra en las emociones generadas, además de dejarse llevar por ellas no busca soluciones objetivas.
- Estilo dirigido a modificar la evaluación de la situación: la continua reevaluación del conflicto a medida que este se va dando, y teniendo en cuenta los recursos disponibles.

La actividad movilizada

- Estilo Cognitivo: donde los esfuerzos del sujeto son de análisis constante a alternativas y consecuencias, es un amortiguador de los efectos del estrés.
- Estilo Conductual: Comportamientos dirigidos a la adaptación activa o pasiva a la situación.

Factores de Personalidad

Para Zuckerman (1974) existen condiciones personales que contribuyen a una mayor tolerancia al estrés, como puede ser la característica de muchas personas con tendencia a la búsqueda de sensaciones, que explica un sin número de conductas en donde a las personas no les preocupa tomar riesgos de cualquier índole para alcanzar objetivos o satisfacer sus deseos, por lo que parecen desarrollar una mayor tolerancia en las situaciones, manejando el riesgo y el estrés del conflicto, mejor que otras personas.

La sensación de control es otra de las condiciones moduladoras del estrés más importantes en el sujeto, ya que, al tener fe de que las cosas no se han salido de sus manos, es más probable que la persona mantenga la calma, por otro lado, se menciona que la falta de control sobre las situaciones se traduce en un importante factor de paso a trastornos emocionales más intensos como es la depresión, esto se desarrolla inevitablemente al percibir que no existe manera de afrontar la situación negativa (Avía y Vásquez, 1998).

Avía y Vásquez (1998) hablan acerca del optimismo como un factor dentro del manejo del estrés, ya que la expectativa de los resultados positivos genera en el individuo una actitud activa y optimista frente al problema, por consiguiente manejan de mejor manera el estresor y sus posibles síntomas, además, el optimismo es una característica de aquellas personas que centran sus estrategias para resolver el problema y la búsqueda de apoyo; por su parte contraria, las personas con características de pesimismo tienden a la negación y evitación del problema, siendo muy lábiles emocionalmente.

Recursos o Impedimentos Externos

Vásquez, Crespo y Ring (2003) hacen referencia a que, dentro del proceso de afrontamiento, existen factores externos, tangibles o materiales como la economía o grado estudiantil, y los intangibles como el apoyo social percibido, además puede existir la presencia de múltiples estresores al simultáneo; estos recursos pueden potenciar el proceso del manejo del estrés al servir como amortiguador de los posibles efectos del estresor, o pueden impedir que el proceso se gestione de manera correcta afectando directamente a las capacidades de afrontamiento del sujeto.

En cuanto al apoyo social percibido, existe dos caminos por los cuales tomarlo dentro de los efectos moduladores que este pueda tener, en primer lugar, para Folkman (1989) el apoyo social es considerado de las más eficaces estrategias de afrontamiento, el pedir apoyo familiar, profesional o de una amistad, resulta de vital importancia ante ciertos conflictos, más aún al tratarse de situaciones que impliquen emociones difíciles de gestionar, por otro lado, para Barrera (1988) el apoyo social actúa de amortiguador ante el propio estrés, ya que la existencia de una red de apoyo previene que los efectos del estrés se desaten en episodios emocionales más complejos.

Dunkel et al. (1987) menciona que el apoyo social puede ser eficaz en distintos niveles, dependiendo de qué apoyo se trate, ya que, el apoyo brindado por una persona de absoluta confianza, como lo es una pareja, resulta ser más efectivo, que el de una persona a la cual no se la conoce mucho, de igual manera, los efectos del apoyo social recibido no tiene que ver con la cantidad de personas que están cerca del sujeto en las dificultades, es más propicio tener pocas personas sumamente íntimas, de modo que la persona sepa recibir y manejar eficazmente el apoyo que se le brinda.

Estrategias de Afrontamiento y Síndrome de Burnout

Según Gil-Monte y Peiró (1997), el tipo de estrategias de afrontamiento utilizadas tienen mucho que ver con la probabilidad de desarrollar síndrome de burnout (SB), dado que los esfuerzos conductuales y cognitivos que se dirigen hacia la reducción o control de las exigencias excesivas en el trabajo, es decir, el centrarse en el problema, predicen negativamente la aparición de burnout; por otro lado las estrategias evitativas y los esfuerzos centrados en las emociones facilitan en gran manera la aparición de SB.

Barón y Kenny (1986) plantean de igual manera, que las estrategias que se centran en el lado afectivo y las centradas en la evitación, tienden a generar mayores niveles de estrés, ya que, al vincular de manera activa a las emociones y sentimientos aflorados en el conflicto, se genera el agotamiento emocional y por consiguiente la despersonalización, dimensiones características del SB. Y por su parte el uso de las estrategias centradas en el

problema, al ser más razonadas y con participación, el sujeto percibe su esfuerzo de mayor manera, lo cual predice una alta realización personal, siendo así un aspecto protector ante el desarrollo de burnout.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo General

Determinar la relación del Síndrome de Burnout con las estrategias de afrontamiento en el personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo.

El presente objetivo se llevó a cabo mediante la aplicación del Inventario de Burnout de Maslach, para medir los niveles del síndrome de burnout y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento para evaluar las estrategias de afrontamiento utilizadas, se analizó los datos a través de la prueba ANOVA encontrando el valor $p < 0,0025$, lo que indica que si existe correlación estadística significativa entre las variables estudiadas.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Identificar los niveles de síndrome de burnout en el personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo.

Para cumplir este objetivo se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach, el cual permite evaluar los niveles de síndrome de Burnout de manera individual mediante sus tres componentes: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. Posteriormente se realiza tablas de frecuencias con cada uno de sus niveles y dimensiones, donde los resultados obtenidos determinan que el 10% de la población tiene un nivel alto, el 27,5% un nivel medio y el 62,5% un nivel bajo o inexistente de Burnout.

- Reconocer las principales estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal sanitario.

Para dar cumplimiento a este objetivo se aplicó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, que permite identificar que estrategias de afrontamiento usan los sujetos frente a situaciones de estrés. Posterior a la aplicación se generó tablas de frecuencia según los resultados obtenidos en cada grupo de estrategias de afrontamiento, siendo así la resolución de problemas, reestructuración cognitiva y pensamiento desiderativo, las más utilizadas.

- Establecer la prevalencia de genero correspondiente a los resultados obtenidos.

Este objetivo se cumplió mediante la elaboración de tablas de frecuencias en base a los resultados obtenidos en cada inventario aplicado, se determina que, en cuanto al Síndrome de Burnout hay prevalencia del género femenino sobre el masculino en el nivel alto. En cuanto a las estrategias de afrontamiento el género femenino usa mayoritariamente la resolución de problemas, mientras que el masculino usa en la misma frecuencia evitación de problemas.

CAPÍTULO II

METODOLOGÍA

2.1 Materiales

2.1.1 Descripción de los materiales utilizados

Variable Síndrome de Burnout

Nombre: Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

Autores: Maslach, C y Jackson, E

Año: 1981

Objetivo: La función del cuestionario es medir el nivel de síndrome de burnout en sus diferentes dimensiones: desgaste emocional, despersonalización y realización personal.

Descripción: El cuestionario está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones en cuanto a los sentimientos, actitudes y comportamientos del profesional en su área laboral, pretendiendo medir frecuencia e intensidad de los tres aspectos del SB:

Calificación e Interpretación

El test se califica en base a las tres dimensiones del Síndrome de Burnout, evaluadas en las diferentes afirmaciones, por lo cual se procede a agrupar los distintos ítems en sus respectivas dimensiones de esta manera:

- Cansancio 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

Una vez obtenido el total en cada dimensión se puede hablar de distintos rangos en cada una de estas, basándose en los siguientes baremos:

- Cansancio emocional
- Bajo = 0-18 Medio = 19-26 Alto = 27-54

- Despersonalización
Bajo = 0-5 Medio = 6 - 9 Alto = 10-30
- Realización personal
Bajo = 0-33 Medio = 34-39 Alto = 40-48

Sobre el autor original:

Christina Maslach es una psicóloga estadounidense nacida en 1946 y es conocida como una de las investigadoras pioneras del síndrome de burnout y autora del Maslach Burnout Inventory (MBI), el instrumento más utilizado para medir este fenómeno. Su trayectoria incluye un gran número de artículos y libros en este tema, posee múltiples distinciones otorgadas por las universidades más honorables en Estados Unidos, además de ser vicerrectora y profesora de pregrado en la Universidad de Berkeley.

Variable Estrategias de Afrontamiento

Nombre: Coping Strategies Inventory (CSI)

Autores: Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal

Año: 1989

Adaptación: Inventario de Estrategias de Afrontamiento. Cano, Rodríguez y García (2007)

Objetivo: El propósito del cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causan estrés y cómo enfrentan las personas estas problemáticas.

Descripción: El CSI es un cuestionario organizado jerárquicamente por ocho estrategias primarias, cuatro secundarias y dos terciarias en las que la persona debe responder según una escala de tipo Likert de cinco puntos, a 40 ítems en base a una situación estresante indicada anteriormente. Al final de la escala se responde a un ítem adicional acerca de la autoeficacia percibida del afrontamiento.

Calificación e Interpretación:

Para la calificación de este reactivo se procede a agrupar los ítems pertenecientes a cada estrategia de afrontamiento, de manera que haya resultados específicos en cada sub escala, los ítems van reunidos en la siguiente manera:

- Resolución de problemas (REP): 01+09+17+25+33
- Autocrítica (AUC): 02+10+18+26+34
- Expresión emocional (EEM): 03+11+19+27+35
- Pensamiento desiderativo (PSD): 04+12+20+28+36
- Apoyo social (APS): 05+13+21+29+37
- Reestructuración cognitiva (REC): 06+14+22+30+38
- Evitación de problemas (EVP): 07+15+23+31+39
- Retirada social (RES): 08+16+24+32+40

Una vez obtenida la suma total en cada escala, se procederá a determinar la sub escala predilecta en cada reactivo aplicado, es decir, el grupo de estrategias de afrontamiento que el sujeto más utiliza en sus momentos de estrés, conforme a los siguientes baremos en frecuencia establecidos:

- Resolución de problemas
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)
- Autocrítica
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)
- Expresión emocional
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)
- Pensamiento desiderativo
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)
- Apoyo social
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)
- Reestructuración cognitiva
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)
- Evitación de problemas
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)
- Retirada social
Poco (0-5) Frecuente (6-10) Casi Siempre (11-15) Siempre (16-20)

Sobre el autor original:

Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal han realizado este test a partir de una agrupación de 109 ítems, tomando los constructos de Lazarus y Folkman sobre las Estrategias de afrontamiento, bajo propuestas de los autores y entrevistas estructuradas se fueron formando los ítems a utilizarse, de manera que, tras aplicar un análisis factorial jerárquico, los ítems seleccionados fueron 72 que pasaron a ser parte del CSI en su versión original en inglés, agrupados en ocho sub escalas primarias, cuatro secundarias y dos terciarias; el instrumento fue validado en una muestra de estudiantes, además en el área clínica en estudios correlacionados a síntomas depresivos.

2.2 Métodos

El enfoque del presente proyecto de investigación es cuantitativo debido al análisis estadístico que se realizará a los resultados obtenidos en los test aplicados; además es de tipo descriptivo y correlacional, ya que se delinea las características de cada variable y se procede a medir el grado de relación existente entre cada una de ellas mediante el programa (JASP). Finalmente, la investigación es de corte transversal ya que la recopilación de datos se realizará una sola ocasión y en un periodo de tiempo definido en la población establecida. Para la obtención de los datos en base a las variables, se utilizará el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) y el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI), además se recopila datos sociodemográficos de interés para la investigación, mediante la herramienta virtual Google Forms, respetando los criterios de inclusión y exclusión.

2.2.1. Operacionalización de Variables

Tabla 1. Operacionalización de la variable Síndrome de Burnout

Variable	Concepto	Sub-escalas	Indicadores	Instrumentos
Síndrome de Burnout	Maslach (1981) define al Síndrome de Burnout como un conjunto de manifestaciones físicas y cognitivas en respuesta a un estrés prolongado en el trabajo, un síndrome psicológico con origen en la tensión crónica producida por los eventos conflictivos entre el sujeto y su empleo.	<ul style="list-style-type: none"> • Agotamiento Emocional • Despersonalización • Realización Personal 	Se puntúa en una escala de Likert: 0 = Nunca. 1 = Pocas veces al año o menos. 2 = Una vez al mes o menos. 3 = Unas pocas veces al mes. 4 = Una vez a la semana. 5 = Unas pocas veces a la semana. 6 = Todos los días.	Inventario de Burnout de Maslach (MBI) Confiabilidad: 0,93 según el alfa de Cronbach Validez: Convergente

Tabla 2. Operacionalización de la variable Estrategias de Afrontamiento

Variable	Concepto	Sub-escalas	Indicadores	Instrumentos
Estrategias de Afrontamiento	Lazarus y Folkman (1986) definen a las estrategias de afrontamiento como las maneras del sujeto para manejar las situaciones desbordantes, maneras que pueden ser cognitivas o conductuales según las capacidades y recursos del individuo frente a las situaciones percibidas como estresantes.	<ul style="list-style-type: none"> • Resolución de problemas • Autocrítica • Expresión emocional • Pensamiento desiderativo • Apoyo social • Reestructuración cognitiva • Evitación de problemas • Retirada social 	Se puntúa en una escala de Likert: 0 = En absoluto 1 = Un poco 2 = Bastante 3 = Mucho 4 = Totalmente	Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) Confiabilidad: Oscila entre 0.54 y 0.96 según alfa de Cronbach Validez: Convergente

2.2.2. Área o Ámbito de Estudio

- Tungurahua
- Pelileo
- Hospital Básico de Pelileo

2.2.3. Población

La población en la que se realizará esta investigación está constituida por el personal del Hospital Básico de Pelileo. La población se determinó por un procedimiento no probabilístico intencional, además no se requirió la utilización de fórmulas de muestreo para obtener un número de personas a evaluar ya que se trata de una población finita. La población total es de 74 personas, y bajo las premisas de inclusión y exclusión el número de participantes disminuyó a 40, siendo así 11 hombres y 29 mujeres, en edades comprendidas entre 27 y 59 años.

2.2.4. Criterios de Inclusión

- Personas que accedan voluntariamente a participar de la investigación
- Personas que laboren en el Hospital Básico de Pelileo
- Profesionales que laboren en el área de salud (médicos y enfermeras/os)
- Profesionales legalmente titulados
- Sexo: hombres y mujeres

2.2.5. Criterios de Exclusión

- Personas que no accedan voluntariamente a participar de la investigación
- Personas que no laboren en el Hospital Básico de Pelileo
- Profesionales que no labore en el área de salud
- Profesionales que no estén legalmente tituladas

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis y Discusión de los resultados

3.1.1 Análisis y Discusión de las características de la población según el género

Tabla 3. Características de la población según el género

GENERO	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
HOMBRE	11	27.500	27.500	27.500
MUJER	29	72.500	72.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

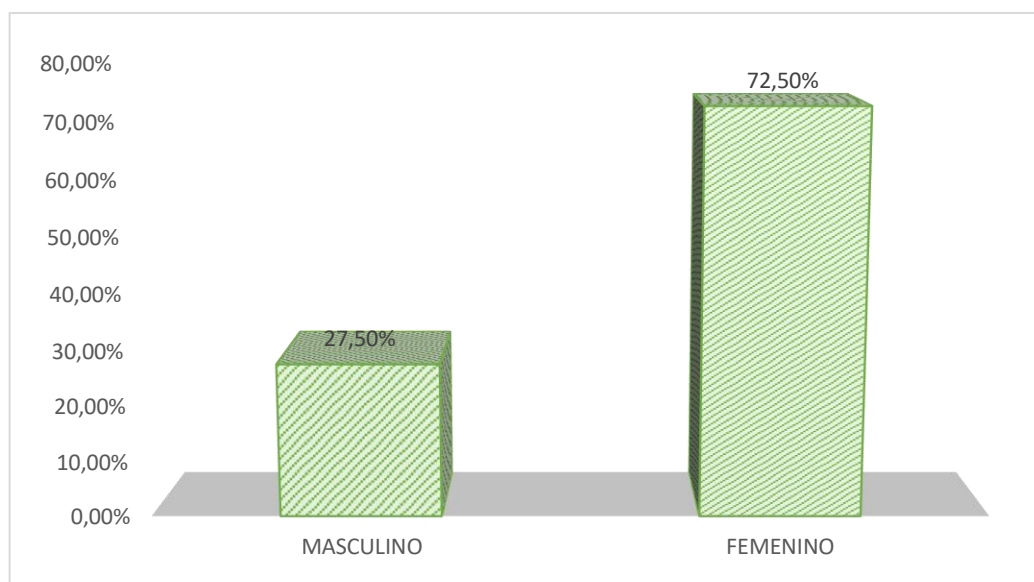


Figura 1. Características de la población según el género

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En base a los datos generados por medio de las encuestas se obtiene que, de la muestra total de 40 profesionales equivalente al 100%, el 72,5% son de género femenino que equivale a 29 profesionales y el 27,5% son pertenecientes al género masculino equivalentes a 11 profesionales.

Interpretación

De acuerdo con el gráfico de los resultados obtenidos en cuanto al género de la población estudiada, existe la predominancia del género femenino en relación al masculino, lo que significa que existe prevalencia de profesionales sanitarios de este género y los resultados de la investigación se basarán en una aproximación a la realidad del género que predomina.

3.1.2 Análisis e Interpretación del Inventario de Burnout de Maslach

Tabla 4. Análisis General de resultados del Inventario de Burnout de Maslach

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
ALTO	4	10.000	10.000	10.000
BAJO	25	62.500	62.500	72.500
MEDIO	11	27.500	27.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

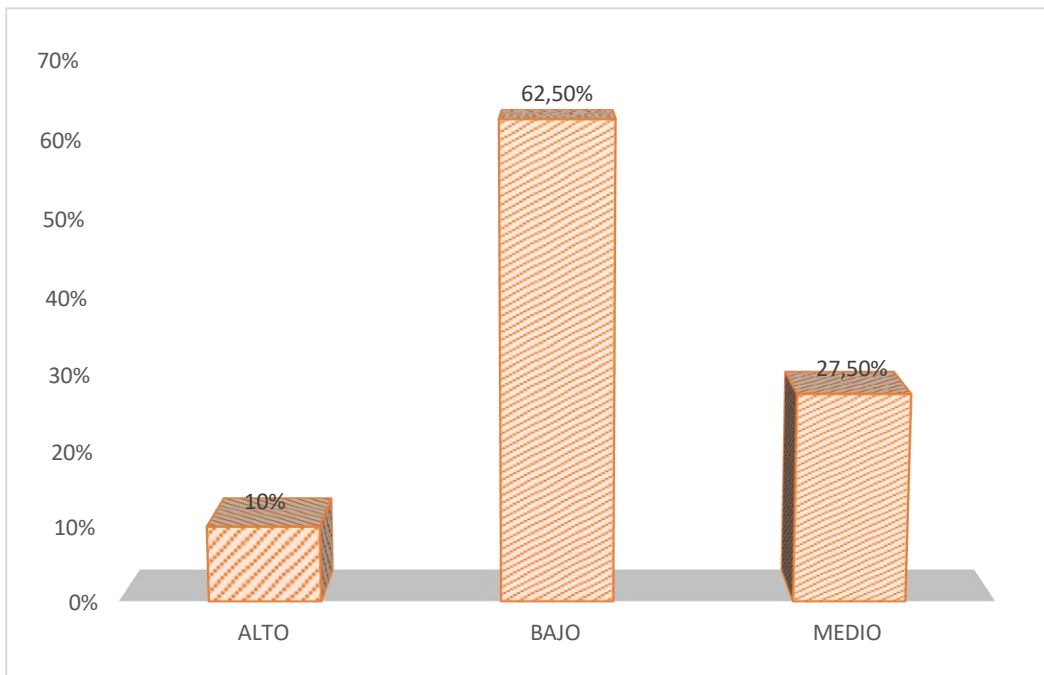


Figura 2. Análisis General de resultados del Inventario de Burnout de Maslach
Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo
Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En base a los datos generados por medio de las encuestas se obtiene que, de la muestra total de 40 profesionales equivalente al 100%, el 10% equivalente a 4 profesionales tienen un nivel alto, el 27,5% que equivale a 11 profesionales un nivel medio y el 62,5% equivalente a 25 personas tienen un nivel bajo de Burnout.

Interpretación

Se determina que, de la población estudiada en su mayoría presenta un nivel bajo de Burnout, lo que indica que la población presenta ciertos síntomas relacionados al desgaste emocional y físico, sin embargo, no cumplen con los criterios necesarios, ya que existe una alta perspectiva de autorrealización y bienestar. Los resultados obtenidos contrastan con la investigación realizada por Vinuesa et al (2020) donde el 82,7% de la población sanitaria estudiada presenta un nivel alto del síndrome de burnout, lo que determina que

la carga laboral en el contexto de pandemia inicial, produjo un desgaste global en los trabajadores en el área de la salud.

Tabla 5. Análisis Estadístico descriptivo generalizado de las dimensiones del Inventario de Burnout de Maslach

	Cansancio Emocional	Despersonalización	Realización Personal
Válidos	40	40	40
Perdidos	0	0	0
Media	11.750	3.900	40.275
Desviación Std.	11.338	5.443	38.010
Mínima	0.000	0.000	18.000
Maxima	44.000	23.000	48.000

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo
Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En el análisis estadístico descriptivo de las dimensiones que conforman el Síndrome de Burnout arroja la media dentro de los resultados obtenidos en cada una de ellas, siendo así, 11.75 la media de cansancio emocional equivalente a una prevalencia de un rango bajo, con una desviación estándar de 11.33, lo que demuestra confiabilidad de resultados en la dimensión, dentro de Despersonalización la media es 3.90 equivalente a un rango bajo, además de una desviación estándar de 5.44, y por último la media en realización personal es de 40.27, lo que denota prevalencia del rango alto y una desviación estándar de 38.010 demostrando la confiabilidad de respuestas en esta dimensión.

Tabla 6. Análisis de resultados en la dimensión Cansancio emocional

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
ALTO	6	15.000	15.000	15.000
BAJO	33	82.500	82.500	97.500
MEDIO	1	2.500	2.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo
Elaborado por: Mayorga, G (2021)

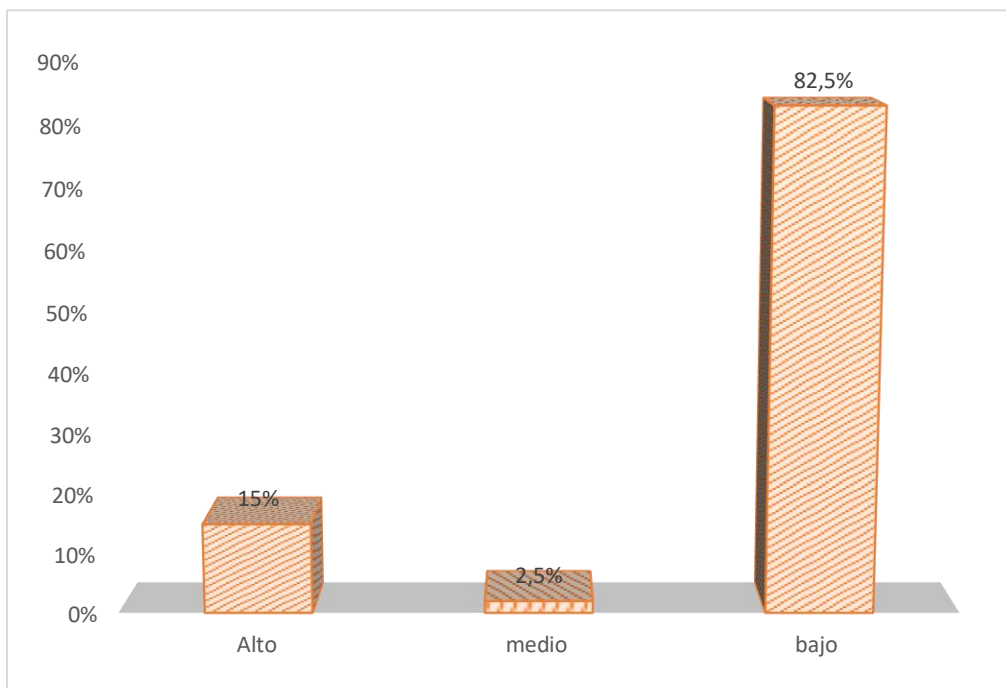


Figura 3. Análisis de resultados dimensión Cansancio Emocional
Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo
Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

Con base en los resultados que se ha obtenido con el Inventario de Burnout de Maslach en la dimensión Cansancio emocional, se denota que un 82,5% de la población presenta un nivel bajo, el 2,5% presenta un nivel medio y el 15% se encuentra en un nivel alto de cansancio emocional.

Interpretación

Los datos recolectados determinan que la mayor parte de la población equivalente al 82,5% tiene un nivel bajo en la dimensión Cansancio Emocional, resultados que indican que hay una baja prevalencia de síntomas relacionado al desgaste mental o físico dentro del área laboral, presentando un buen desempeño y proactividad dentro de sus labores; sin embargo, es importante recalcar que existe un 15% de personas que si presentan niveles altos de cansancio emocional, presentando frustración en su trabajo y disminución de energía al desempeñar su cargo laboral. De manera que los resultados concuerdan significativamente con Osorio, Prado & Bazán (2021) en su investigación en la ciudad de México en la que el 79% del personal sanitario presentó niveles bajos en esta dimensión, sin embargo, se menciona que existe el riesgo de que estos profesionales desarrollen a un mediano o largo plazo un desgaste psíquico progresivo.

Tabla 7. Análisis de resultados en la dimensión Despersonalización

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
ALTO	6	15.000	15.000	15.000
BAJO	33	82.500	82.500	97.500
MEDIO	1	2.500	2.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

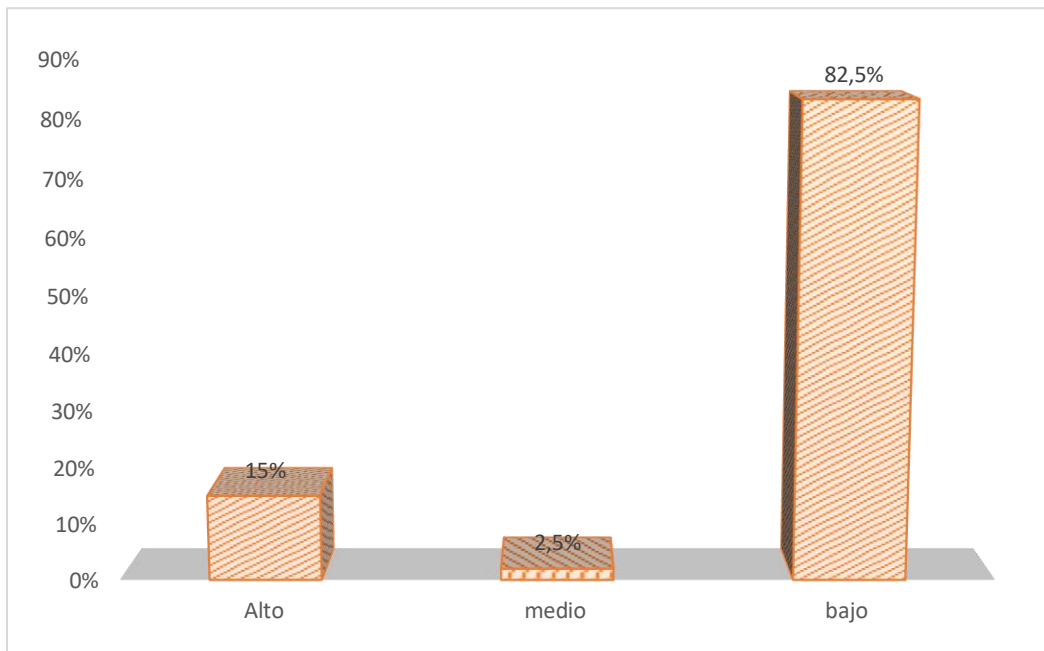


Figura 4. Análisis de resultados dimensión Despersonalización

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En cuanto a los datos de la dimensión Despersonalización del Inventario de Burnout de Maslach, se obtuvo que un 82,5% de la población presenta un nivel bajo, el 2,5% presenta un nivel medio y el 15% se encuentra en un nivel alto en esta dimensión.

Interpretación

Se determina que en la dimensión Despersonalización, el 82,5% de la población presenta un nivel bajo, lo que corresponde a que los profesionales de salud evaluados no presentan alteraciones significativas en lo que refiere al área interpersonal del síndrome, es decir, su trato es adecuado y se denota la ausencia de manifestaciones despectivas para con pacientes y compañeros de trabajo. Estudios hechos por Alderete & Ascencio (2015) en México arrojan resultados similares, en los cuales el 76,7% de los trabajadores del área de salud evaluados presentaron niveles bajos en esta dimensión, lo que sugieren, por consiguiente, niveles bajos del Síndrome de Burnout.

Tabla 8. Análisis de resultados en la dimensión Realización Personal

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
ALTO	24	60.000	60.000	60.000
BAJO	6	15.000	15.000	75.000
MEDIO	10	25.000	25.000	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

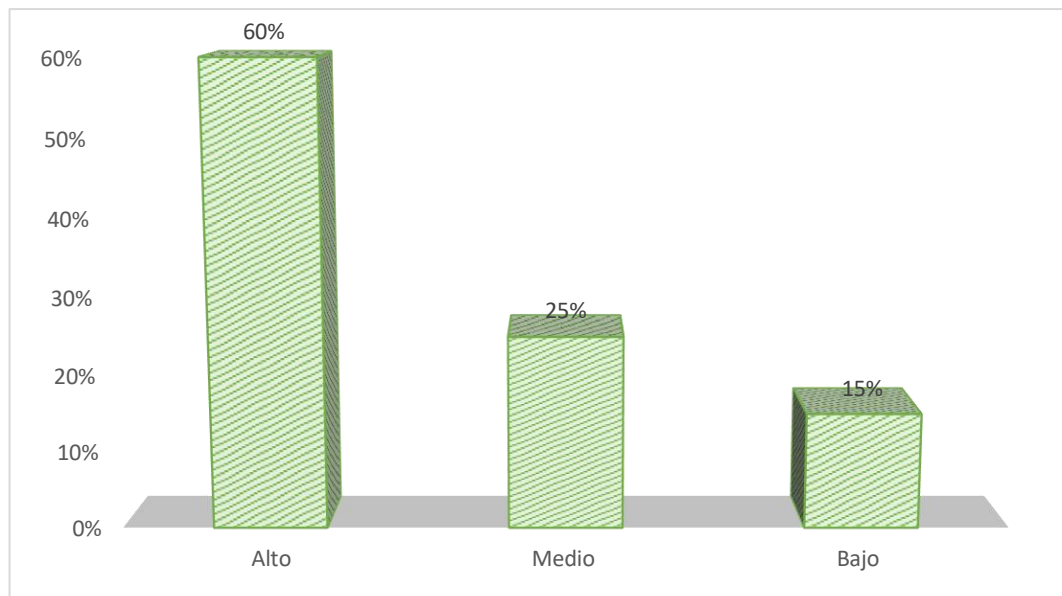


Figura 5. Análisis de resultados dimensión Despersonalización

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En la dimensión Realización Personal del Inventario de Burnout de Maslach, los resultados arrojan que un 15% de los encuestados presentan un nivel bajo, el 25% presenta un nivel medio y el 60% restante se encuentra en un nivel alto dentro de esta dimensión.

Interpretación

Los resultados obtenidos en base a la población evaluada determinan que el 60% de los profesionales sanitarios presentan un nivel alto de realización personal, dimensión que se refiere a la autoevaluación personal del sujeto dentro de su ambiente laboral, lo que demuestra que los evaluados de esta investigación presentan satisfacción y sentimientos de autoeficacia adecuados en las actividades desempeñadas, lo que refleja un manejo adecuado de las situaciones estresoras, además, cabe recalcar la presencia de un 25% de personas que presentan un nivel medio en esta dimensión, las cuales presentan síntomas como de baja autoestima e insatisfacción, existiendo el riesgo de que los síntomas avancen a niveles altos. Los resultados son similares a la investigación de Arias & Muñoz del Carpio (2016) en Arequipa, en donde el 61,7% de la población estudiada tuvo un nivel alto de realización personal, pese a resultados significativos de niveles medios de esta dimensión, los niveles de burnout finales son en su mayoría bajos. Por otro lado, Torres & Alcaraz (2020) presenta en sus resultados, que un 66,7% de la población presenta niveles bajos de realización personal, que, en conjunto con niveles altos en cansancio emocional y despersonalización, definirían el síndrome de Burnout.

3.1.3 Análisis e Interpretación del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Tabla 9. Análisis Estadístico descriptivo general del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

	RESP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES
Válidos	40	40	40	40	40	40	40	40
Perdidos	0	0	0	0	0	0	0	0
Media	14.150	4.850	7.350	11.025	9.825	11.775	7.425	5.975
Mediana	14.500	3.500	6.000	12.000	8.500	12.000	8.000	5.000
Moda	20.000	0.000	6.000	5.000	6.000	13.000	11.000	5.000
Desviación Std	4.228	5.236	3.997	5.418	5.163	4.498	3.915	3.899
Mínima	6.000	0.000	1.000	0.000	1.000	5.000	0.000	0.000
Máxima	20.000	18.000	15.000	20.000	20.000	20.000	15.000	16.000

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En el análisis estadístico descriptivo de las dimensiones del Inventario de Estrategias de Afrontamiento arroja la media, moda, mediana dentro de los resultados obtenidos en cada una de ellas, siendo así, 14.15 la media de Resolución de Problemas y la moda de respuestas es 20, lo que denota que las personas usan siempre esta estrategia, dentro de Autocrítica la media es 4.85 y la moda 0.0, lo que denota la prevalencia de resultados de poco uso, la media en Expresión emocional es de 7.35 y la moda es 6.00, denotando la prevalencia de un uso frecuente, la media en pensamiento desiderativo es 11.02 y la moda de 5.00, denotando prevalencia de uso frecuente, en Apoyo Social la media es 9.82 y la moda 6.00, equivalente al uso frecuente, por su parte en Reestructuración Cognitiva la media 11.77 y la moda 13.00, equivalente a que los sujetos la usan casi siempre, dentro de Evitación del Problema la media es 7.42 y la moda 11, denotando la prevalencia de poco uso de la estrategia y por último en Retirada Social la media es 5.97 y la moda 5.00 equivalente a la prevalencia de poco uso, además las desviaciones estándar en cada una de las dimensiones son aceptables demostrando así la confiabilidad de los resultados en cada una de ellas.

Tabla 10. Análisis general de la dimensión Resolución de Problemas (REP)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	12	30.000	30.000	30.000
FRECUENTE	10	25.000	25.000	55.000
SIEMPRE	18	45.000	45.000	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

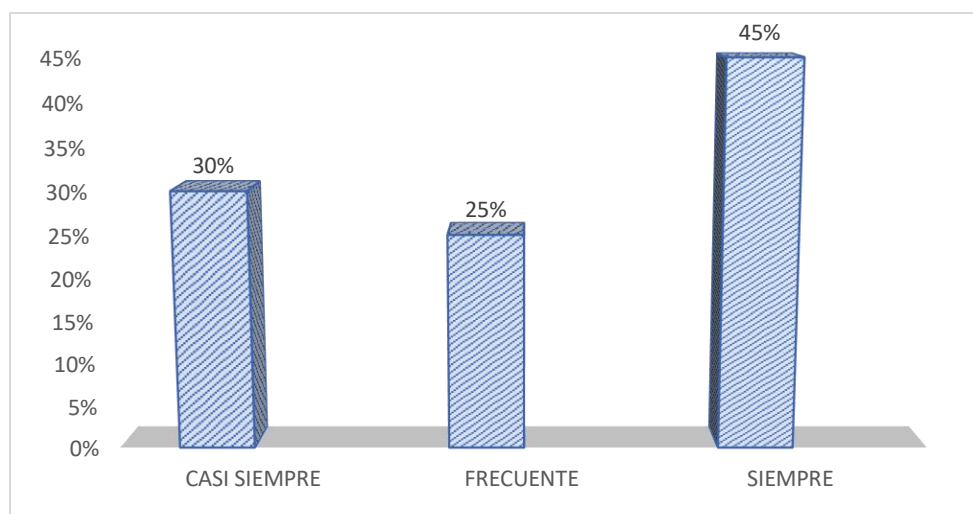


Figura 6. Análisis general de la dimensión Resolución de Problemas (REP)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En base a los datos recolectados por el Inventario de Estrategias de Afrontamiento, de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, en la dimensión resolución de problemas el 45% usa estas estrategias siempre, el 30% casi siempre y el 25% frecuentemente.

Interpretación

Según los datos recolectados la mayor cantidad de la población utiliza la resolución de problemas en la mayor parte de sus conflictos y situaciones cotidianas, lo que sugiere que hacen uso de estrategias cognitivas y conductuales concretas, que son netamente orientadas a la eliminación rápida y efectiva del evento estresor.

Tabla 11. Análisis general de la dimensión Autocrítica (AUC)

AUC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	4	10.000	10.000	10.000
FRECUENTE	5	12.500	12.500	22.500
POCO	28	70.000	70.000	92.500
SIEMPRE	3	7.500	7.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

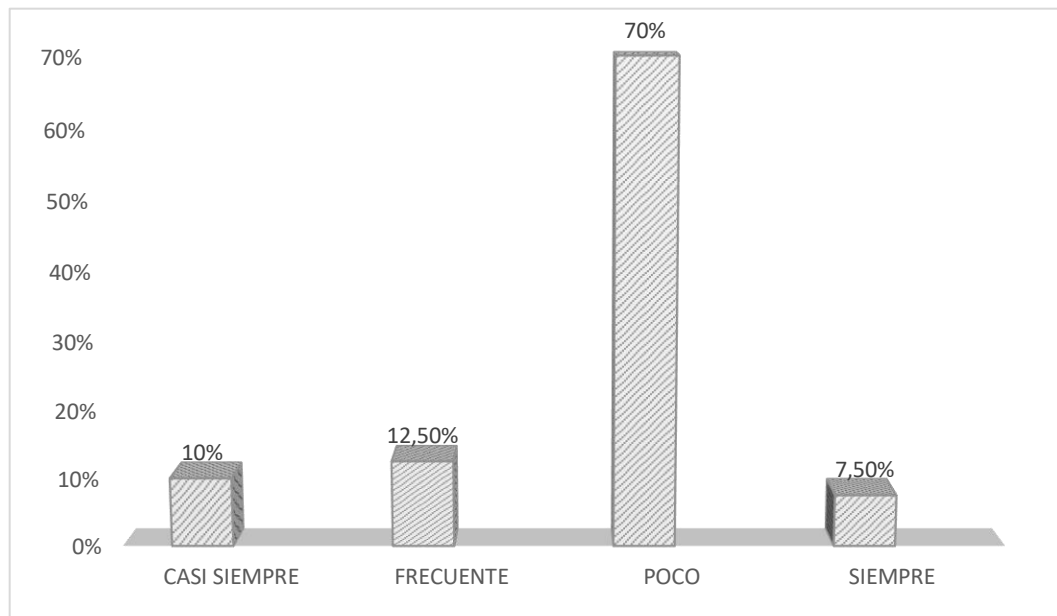


Figura 7. Análisis general de la dimensión Autocrítica (AUC)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

En base a los datos recolectados en la dimensión autocrítica, de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, el 70% usan poco estas estrategias, un 12,5% frecuentemente, el 10% casi siempre y el 7,5% restante las usa siempre.

Interpretación

Los resultados determinan que los profesionales de la población en estudio mayoritariamente usan en poca frecuencia la autocrítica, lo que se traduce en que no predominan los sentimientos de inferioridad o culpabilidad, teniendo congruencia con los resultados obtenidos en la dimensión resolución de problemas, ya que se denota un pensamiento más objetivo y centrado en la solución en los trabajadores.

Tabla 12. Análisis general de la dimensión Expresión Emocional (EEM)

EEM	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	9	22.500	22.500	22.500
FRECIENTE	16	40.000	40.000	62.500
POCO	15	37.500	37.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

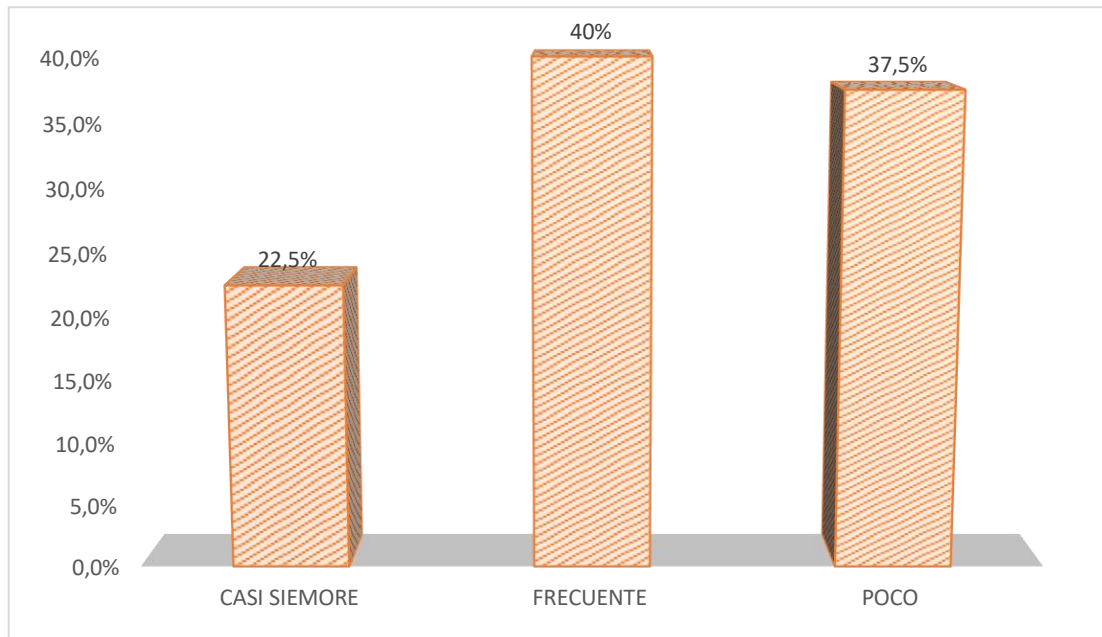


Figura 8. Análisis general de la dimensión Expresión Emocional (EEM)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En la dimensión Expresión Emocional, de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, el 37,5% usan poco estas estrategias, el 40% las usa frecuentemente y un 22,5% usa estas estrategias casi siempre.

Interpretación

En base a los resultados se determina que el personal sanitario si usa la expresión emocional de manera frecuente, lo que significa que, aunque no se use siempre este tipo de estrategias, los trabajadores si tienden a expresar sus emociones producto del estrés para liberarse de la tensión interna que produce, dejando a los profesionales con más posibilidades de utilizar mejores recursos cognitivos.

Tabla 13. Análisis general de la dimensión Pensamiento Desiderativo (PSD)

PSD	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	15	37.500	37.500	37.500
FRECUENTE	7	17.500	17.500	55.000
POCO	9	22.500	22.500	77.500
SIEMPRE	9	22.500	22.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

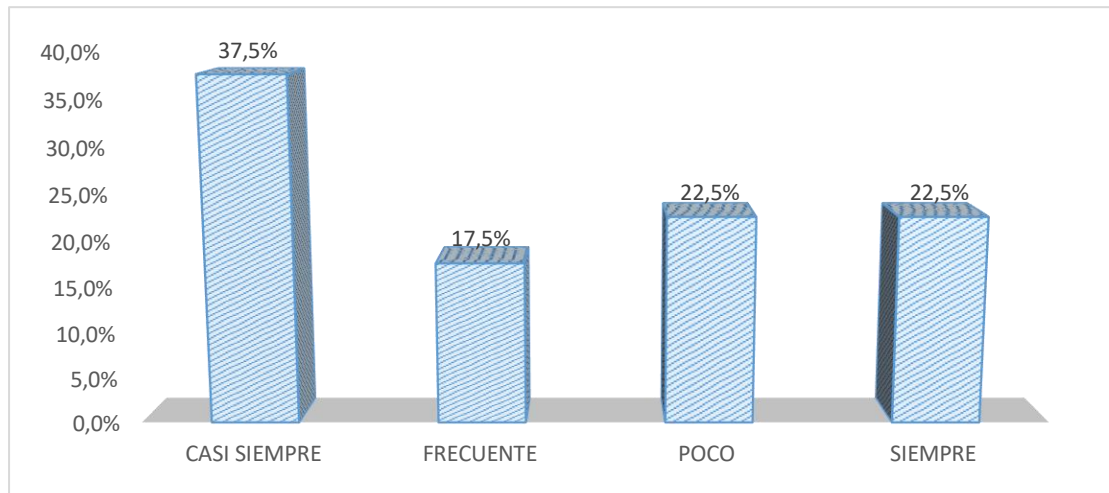


Figura 9. Análisis general de la dimensión Pensamiento Desiderativo (PSD)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

De los datos obtenidos en la dimensión Pensamiento Desiderativo de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, un 37,5% usa casi siempre estas estrategias, el 17,5% las usa frecuentemente, el 22,5% poco y el 22,5% restante las usa siempre.

Interpretación

Los resultados obtenidos reflejan que la población evaluada usa en gran manera esta clase de estrategia, en la que la persona tiende a aplicar cogniciones que expresan el desagrado a la situación y el deseo a que fuese diferente.

Tabla 14. Análisis general de la dimensión Apoyo Social (APS)

APS	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	11	27.500	27.500	27.500
FRECUENTE	13	32.500	32.500	60.000
POCO	10	25.000	25.000	85.000
SIEMPRE	6	15.000	15.000	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

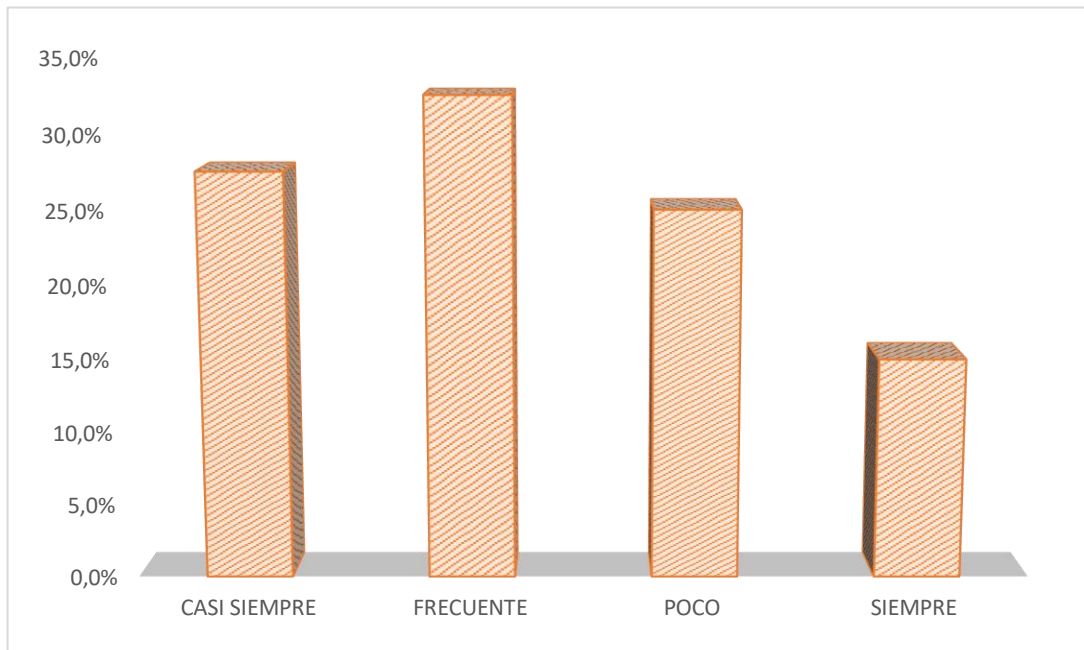


Figura 10. Análisis general de la dimensión Apoyo Social (APS)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

Según los datos obtenidos en la dimensión Apoyo Social, de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, se obtiene que el 32,5% usa frecuentemente estas estrategias, el 27,5% casi siempre, el 25% poco y el restante 15% las usa siempre.

Interpretación

Los resultados obtenidos son muy variados, por lo que se denota que el personal sanitario si hace uso de esta estrategia de manera frecuente, por lo que se dice que existe una búsqueda de apoyo frente a las conflictivas, siendo esta búsqueda más de índole emocional.

Tabla 15. Análisis general de la dimensión Reestructuración Cognitiva (REC)

REC	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	15	37.500	37.500	37.500
FRECUENTE	12	30.000	30.000	67.500
POCO	4	10.000	10.000	77.500
SIEMPRE	9	22.500	22.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

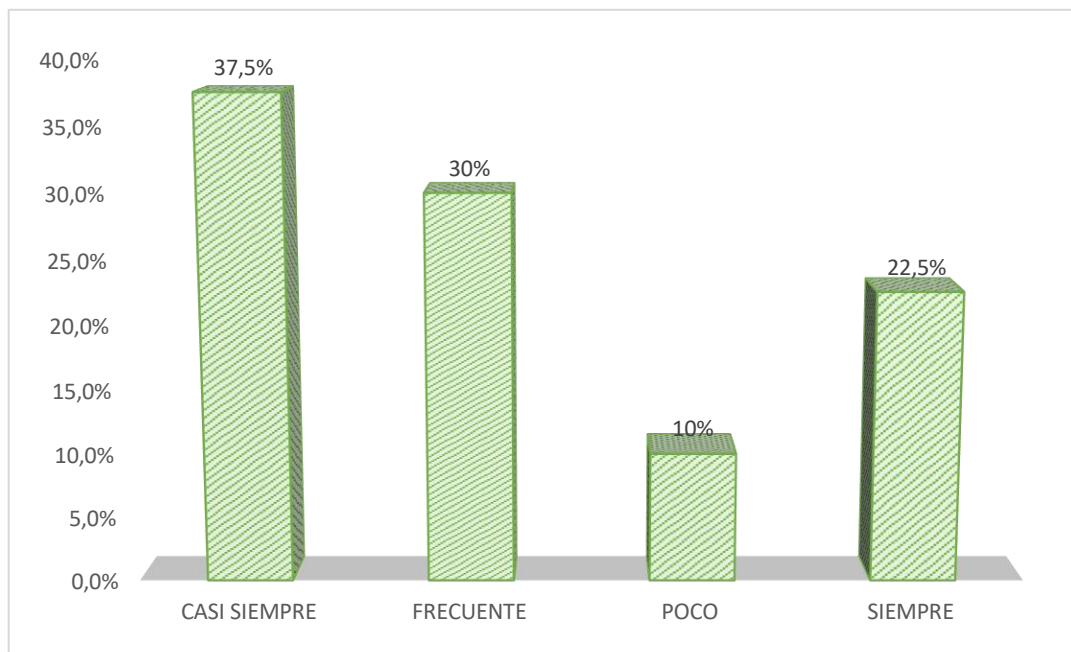


Figura 11. Análisis general de la dimensión Reestructuración Cognitiva (REC)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

Basándose en los datos obtenidos en la dimensión Reestructuración Cognitiva, de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, el 37,5% usa estas estrategias casi siempre, el 30% frecuentemente, el 22,5% siempre y el 10% poco.

Interpretación

Según los datos obtenidos, la mayoría de la población usa la reestructuración cognitiva en la mayor parte de las situaciones problemáticas, lo que resulta un método de afrontamiento adecuado en el personal sanitario, ya que se basa en la posibilidad y facilidad del sujeto en tener una visión más holística de las situaciones e interpretarlas de distintas maneras, dando como resultado nuevas formas de verlas y por consiguiente de resolver conflictos.

Tabla 16. Análisis general de la dimensión Evitación de Problemas (EVP)

EVP	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	11	27.500	27.500	27.500
FRECUENTE	12	30.000	30.000	57.500
POCO	17	42.500	42.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

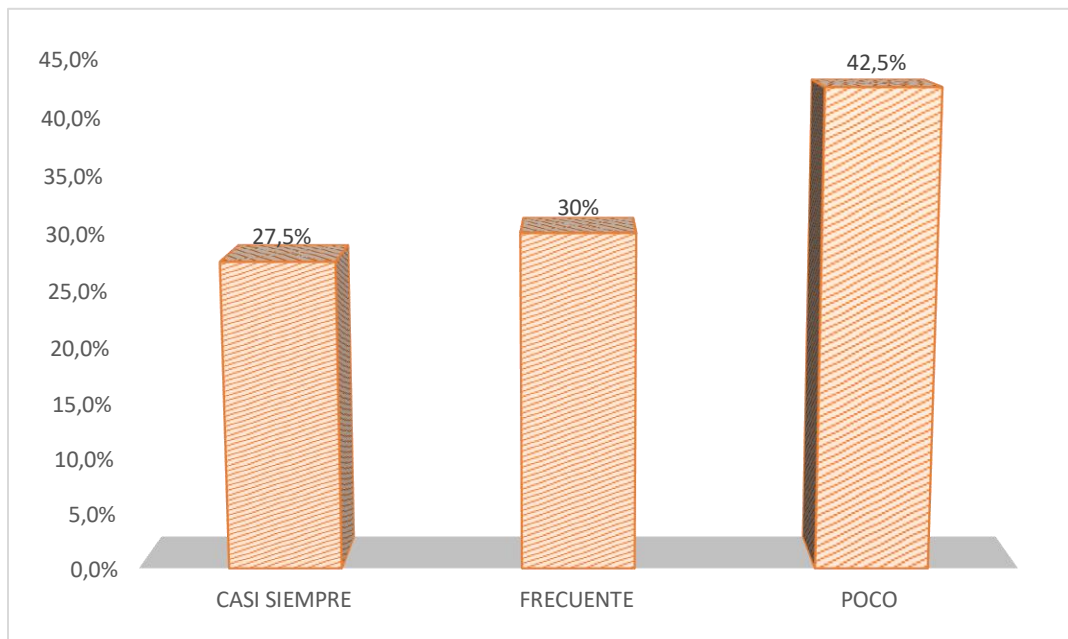


Figura 12. Análisis general de la dimensión Evitación de Problemas (EVP)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

De los datos obtenidos en la dimensión Evitación de Problemas, de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, se obtiene que el 27,5% usa estas estrategias casi siempre, 30% frecuentemente y el 42,5% poco.

Interpretación

Los resultados obtenidos reflejan el uso frecuente de la evitación de problemas, estrategia que se considera de uso inadecuado en estos profesionales ya que se cae en la negación frecuente del problema, además de bloqueo cognitivo y conductual en torno al conflicto.

Tabla 17. Análisis general de la dimensión Retirada Social (RES)

RES	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
CASI SIEMPRE	4	10.000	10.000	10.000
FRECUENTE	14	35.000	35.000	45.000
POCO	21	52.500	52.500	97.500
SIEMPRE	1	2.500	2.500	100.000
Perdidos	0	0.000		
Total	40	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

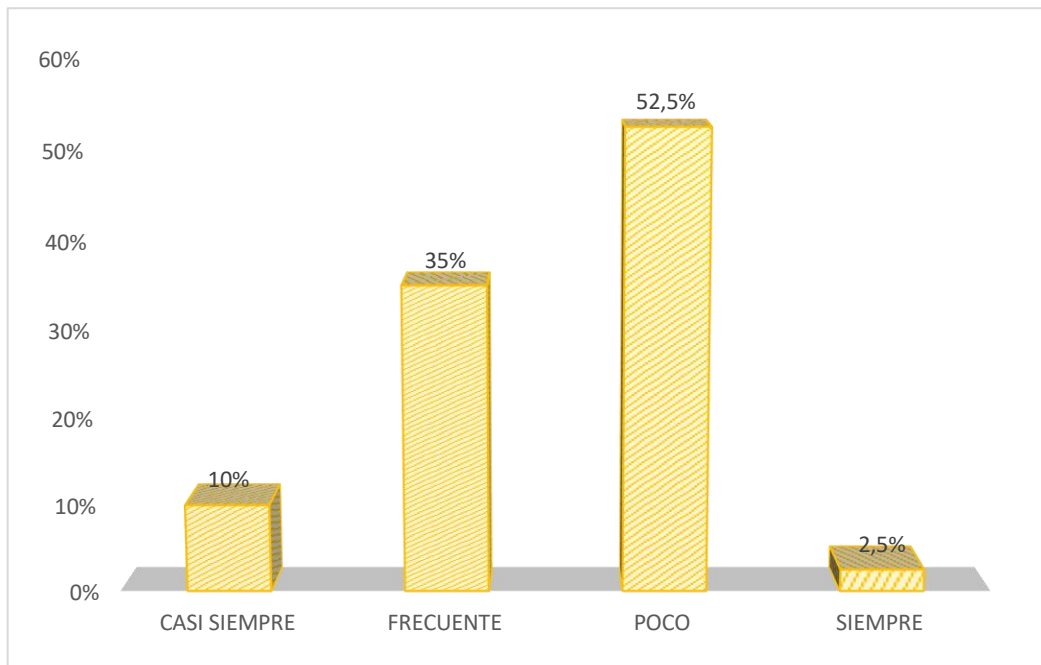


Figura 13. Análisis general de la dimensión Retirada Social (RES)

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

Finalmente, en la dimensión retirada social, de las 40 personas evaluadas equivalente al 100%, un 52,5% usa poco estas estrategias, el 35% frecuentemente, el 10% casi siempre y el restante 2,5% las usa siempre.

Interpretación

Según los resultados obtenidos en esta dimensión, se determina que la mayoría de personas usa de manera poco frecuente la retirada social, lo que se considera favorable, ya que están inmersas en un manejo inadecuado del estrés, los sanitarios, por ende no tienden al aislamiento y es congruente a los resultados en la estrategia autocrítica al no existir gran prevalencia de sentimientos de culpabilidad frente al estrés, no hay retirada social frecuente.

3.1.4 Análisis e Interpretación de resultados según el genero

Tabla 18. Análisis General de resultados por género del Inventario Burnout de Maslach

GENERO	Puntaje Total	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje Acumulado
MACULINO	ALTO	1	9.091	9.091	9.091
	BAJO	8	72.727	72.727	81.818
	MEDIO	2	18.182	18.182	100.000
	Perdidos	0	0.000		
	Total	11	100.000		
FEMENINO	ALTO	3	10.345	10.345	10.345
	BAJO	17	58.621	58.621	68.966
	MEDIO	9	31.034	31.034	100.000
	Perdidos	0	0.000		
	Total	29	100.000		

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

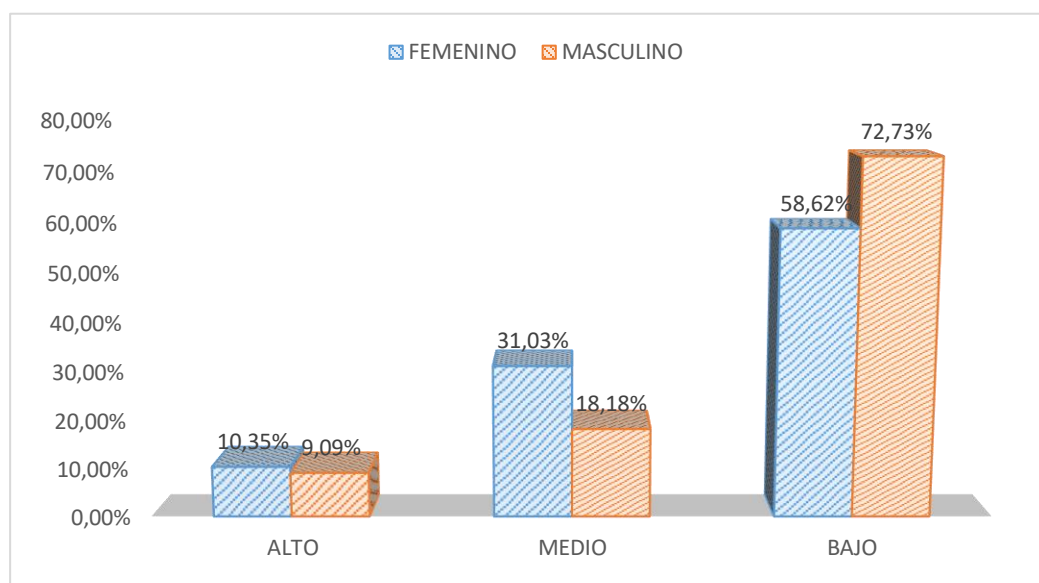


Figura 14. Análisis General de resultados por género del Inventario Burnout de Maslach
Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo
Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

Según los datos obtenidos, se obtiene que, de las 29 personas equivalente al 100% del género femenino un 10,35% equivalente a 3 personas, presenta un nivel alto de Burnout, un 31,03% que equivale a 9 personas presenta un nivel medio, y un 58,62% equivalente a 17 personas presenta un nivel bajo. Por su parte de 11 personas equivalente al 100% del género masculino, un 9,09% equivalente a 1 persona, presenta un nivel alto, un 18,18% equivalente a 2 personas presenta un nivel medio y el restante 72,73% que equivale a 8 personas, se encuentran en un nivel bajo de Síndrome de Burnout.

Interpretación

En base a los datos obtenidos se puede determinar que hay una prevalencia del género femenino sobre el masculino entre las personas que presentan un alto grado del Síndrome de Burnout, presentando niveles altos de cansancio emocional y físico, junto a la despersonalización caracterizada por actitudes negativas y de apatía frente a sus pares y consumidores de los servicios prestados, además de baja perspectiva de realización personal; además cabe destacar que prevalece el género masculino dentro de las personas que tienen un nivel bajo o inexistente del Síndrome.

Tabla 19. Análisis General de resultados por género del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

	RESP				AUC				EEM				PSD			
	HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
POCO	0	0%	0	0%	9	81,82%	19	65,51%	4	36,36%	11	37,93%	2	18,18%	7	24,13%
FRECUENTE	5	45,46%	5	17,24%	2	18,18%	3	10,35%	5	45,46%	11	37,93%	6	54,54%	1	3,45%
CASI SIEMPRE	3	27,27%	9	31,04%	0	0%	4	13,79%	2	18,18%	7	24,14%	2	18,19%	13	44,80%
SIEMPRE	3	27,27%	15	51,72%	0	0%	3	10,35%	0	0%	0	0%	1	9,09%	8	27,58%
Total	11	100%	29	100%	11	100%	29	100%	11	100%	29	100%	11	100%	29	100%

	APS				REC				EVP				RES			
	HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
POCO	2	18,18%	8	27,59%	1	9,09%	3	10,34%	4	36,36%	13	44,83%	7	63,64%	14	48,28%
FRECUENTE	7	63,64%	6	20,69%	3	27,28%	9	31,03%	3	27,27%	9	31,03%	4	36,36%	10	34,48%
CASI SIEMPRE	0	0,00%	11	37,93%	4	36,36%	11	37,94%	4	36,37%	7	24,14%	0	0%	4	13,79%
SIEMPRE	2	18,18%	4	13,79%	3	27,27%	6	20,69%	0	0%	0	0%	0	0%	1	3,45%
Total	11	100%	29	100%	11	100%	29	100%	11	100%	29	100%	11	100%	29	100%

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

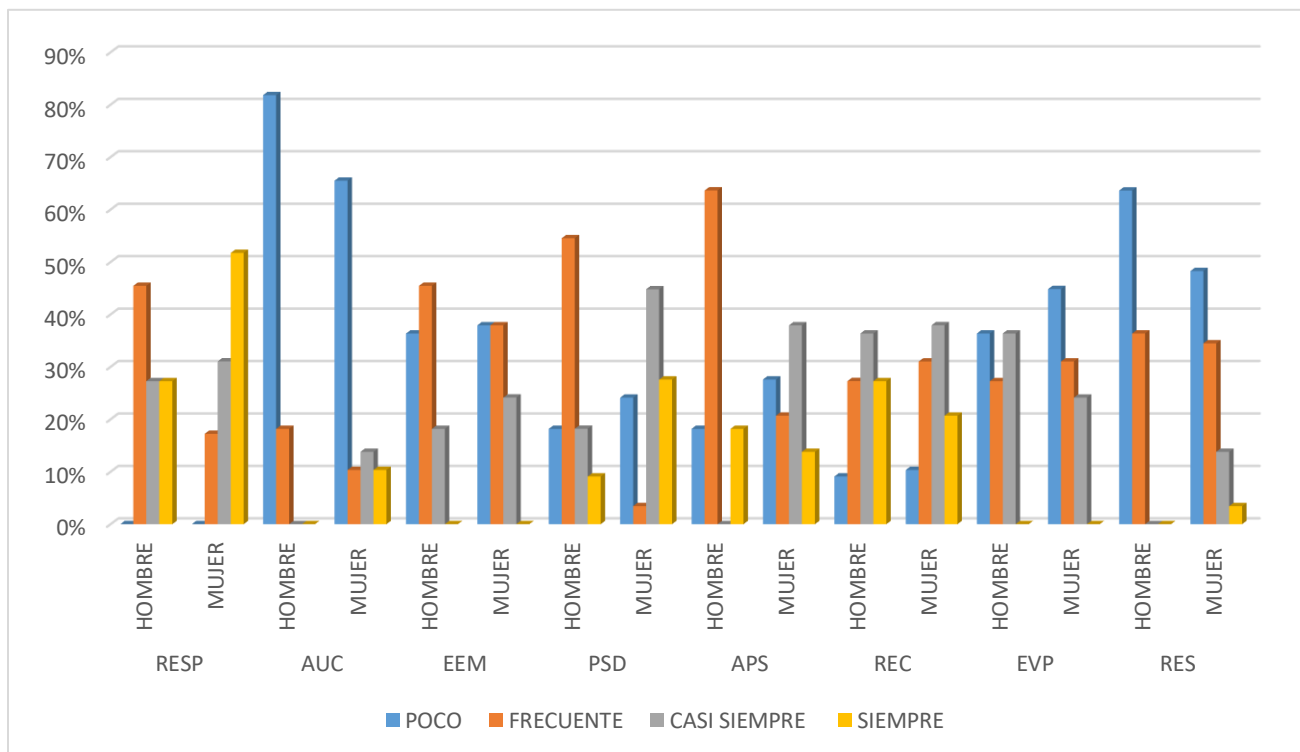


Figura 15. Análisis General de resultados por género del Inventario de Estrategias de Afrontamiento

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

En base a los resultados obtenidos en la dimensión Resolución de Problemas el 51.72% del género femenino y el 27.27% del masculino usa siempre estas estrategias, en la dimensión Autocrítica el uso es poco, siendo así prevalente el 81.82% del género masculino sobre el 65,51% del femenino; en cuanto a la dimensión Expresión Emocional existe predominancia del uso frecuente, en donde prevalece el género masculino con el 45.46% sobre el 37.93% del género femenino, en la dimensión Pensamiento Desiderativo existe predominancia del género femenino con el 44.80% que usa estas estrategias casi siempre, sobre el 18.19% del género masculino, por su parte en Apoyo Social el 37.93% del género femenino usa estas estrategias casi siempre mientras que el 63.64% del género masculino las usa frecuentemente, en cuanto a Reestructuración Cognitiva existe prevalencia mínima del género femenino con un 37.94% que usa las estrategias casi siempre, sobre el 36.36% en el masculino, por su parte en Evitación de Problemas el uso

es poco, siendo el 24.14% del género femenino el que usa estas estrategias con frecuencia y el 27.27% del masculino, igualmente en Retirada Social el

Interpretación

En base a los resultados obtenidos se determina la prevalencia de género en cuanto al uso de las estrategias de afrontamiento, siendo así prevalente la resolución de problemas en el género femenino, lo que significa que se hace el uso de métodos tanto cognitivos como conductuales enfocados netamente a la disminución del conflicto, dejando en segundo plano las emociones generadas; en cuanto al género masculino se determina que es la reestructuración cognitiva la estrategia más utilizada, en la cual el sujeto tiende a simbolizar y reinterpretar la situación constantemente de manera que puede tomar diversas maneras de ver al asunto y así encontrar soluciones, además el género masculino usa frecuentemente el pensamiento desiderativo, en donde las personas se pueden mostrar negativas y expresan de manera conductual y cognitiva sus deseos de que la situación fuese diferente.

3.1.5. Correlación entre las dimensiones de Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento por medio del Chi Cuadrado

Tabla 20. Correlación entre las dimensiones de Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento

DIMENSIONES	ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO									
		RESP	AUC	EEM	PSD	APS	REC	EVP	RES	
BURNOUT										
	CANSANCIO EMOCIONAL	X ²	9,778	13,31	1,994	7,354	6,595	12,404	4,551	16,27
		p	0,044	0,038	0,737	0,289	0,36	0,054	0,336	0,012
	N	40	40	40	40	40	40	40	40	
DESPERSONALIZACIÓN	X ²	9,414	20,483	1,954	10,009	5,29	5,535	5,395	17,77	

	p	0,052	0,002	0,744	0,124	0,507	0,477	0,249	0,007
	N	40	40	40	40	40	40	40	40
REALIZACIÓN PERSONAL	X ²	2,882	33,367	2,535	6,372	4,42	9,943	2,012	14,51
	p	0,588	0,001	0,638	0,383	0,62	0,127	0,733	0,024
	N	40	40	40	40	40	40	40	40

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

La correlación entre las dimensiones de las variables síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento se realizó por medio de la prueba de Chi Cuadrado, la cual arrojó 9 correlaciones significativas en donde el valor p debe ser menor a 0.05, de manera que la dimensión cansancio emocional se relaciona estadísticamente con 4 estrategias de afrontamiento: resolución de problemas (RESP) con el valor de $p < 0,044$, autocrítica con el valor de $p < 0,038$, reestructuración cognitiva (REC) con el valor de $p < 0,054$ y retirada social con el valor de $p < 0,012$; por su parte la dimensión despersonalización guarda correlación estadística con 3 estrategias de afrontamiento: resolución de problemas con el valor de $p < 0,052$, autocrítica con el valor de $p < 0,002$ y retirada social con el valor de $p < 0,007$, finalmente la dimensión realización personal se relaciona estadísticamente con 2 estrategias de afrontamiento: autocrítica con el valor de $p < 0,001$ y retirada social con el valor de $p < 0,024$.

Interpretación

Los datos obtenidos en base a las correlaciones existentes determinan que la dimensión cansancio emocional se relaciona fuertemente con la estrategia de resolución de problemas y reestructuración cognitiva, consideradas estrategias adecuadas de manejo del estrés, además se relaciona con la autocrítica y la retirada social, siendo estas estrategias inadecuadas, pero de poco uso en la población; lo que significa, que los bajos índices de cansancio emocional se deben al uso de estrategias lógicas y objetivas de resolver los problemas laborales, y al bajo uso de estrategias inadecuadas que conllevan a la baja

autoestima y aislamiento personal. En cuanto a la dimensión despersonalización se correlaciona con la resolución de problemas, siendo de manejo adecuado y orientado a los esfuerzos sin inmiscuir las emociones que puedan generarse, por otro lado la despersonalización y realización personal denotan fuerte relación con la autocrítica y retirada social pertenecientes al manejo inadecuado del estrés, por lo que se refleja que los índices de negativismo que suelen darse en la despersonalización, en la población evaluada son bajos o casi inexistentes y esto se relaciona al bajo uso de la autocrítica y culparse de las situaciones y sus consecuencias, y sobre todo de no alejarse lo que conlleva a un trato empático entre trabajadores y un buen ambiente laboral, lo que conlleva al trabajador a sentirse satisfecho con sus labores y aumentar la realización personal percibida.

3.2 Verificación de Hipótesis a través del test ANOVA

Tabla 21. Verificación de Hipótesis

	Suma de sqrs	Desv. Stnd	Medida de la media	F (Grados de libertad)	Valor p
Entre grupos	1,19775	7	0,171107	5,408	0,002512
Contraste de grupos	0,506273	16	0,031642		Permutación p (n=99999) 0,00409
Total:	1,70402	23			

Componentes de varianza

Varianza (grupo): 0,0464885	Varianza(error): 0,031642	Índice de Confianza 0,59501
--------------------------------	------------------------------	--------------------------------

Test de Levine: p 0,003664

Fuente: Síndrome de burnout y Estrategias de Afrontamiento en personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Elaborado por: Mayorga, G (2021)

Análisis

Se analizan todos los valores p mediante la prueba ANOVA con un valor $p < 0,0025$, además se ratifica los resultados con un test de Levine, obteniendo como resultado un valor $p < 0,0036$, por lo que se determina que las variables síndrome de burnout y

estrategias de afrontamiento si tienen correlación estadística, por lo que se acepta la hipótesis alterna demostrando que el síndrome de burnout se relaciona con las estrategias de afrontamiento.

Hipótesis Alterna

El Síndrome de Burnout se relaciona con las Estrategias de Afrontamiento en el personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

Hipótesis Nula

El Síndrome de Burnout no se relaciona con las Estrategias de Afrontamiento en el personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo

CAPÍTULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- En base al proceso de investigación del presente proyecto, se concluye que existe relación entre el Síndrome de Burnout y las Estrategias de Afrontamiento en el personal sanitario, ya que, tras realizar la prueba estadística ANOVA se obtiene un valor $p < 0,0025$, por lo que, siendo este menor a 0,005 se acepta la hipótesis alterna, además a manera cualitativa es importante destacar la correlación íntima que existe entre las dimensiones del SB y las estrategias de afrontamiento consideradas como adecuadas y adaptativas frente al estrés, al buscar maneras objetivas y netamente orientadas a la disminución del estímulo generado durante la situación de conflicto, buscando su resolución.
- Los datos obtenidos tras aplicar el Inventario de Burnout de Maslach, determinan que, el 10% de la población tiene un nivel alto de Burnout, el 27,5% un nivel medio y el 62,5% un nivel bajo, concluyendo que la prevalencia del síndrome es baja en el personal sanitario del Hospital Básico de Pelileo, sin embargo, hay que considerar como un foco de atención a aquellas personas que presentan ciertos síntomas de desgaste laboral, ya que con el tiempo podrían llegar a desarrollar mayores índices de cansancio físico y mental dando como resultado niveles altos de Burnout.
- Se determina que los profesionales de la salud, en momentos de conflicto y estrés usan determinadas estrategias de afrontamiento, siendo así la resolución de problemas, reestructuración cognitiva y pensamiento desiderativo las más utilizadas, por lo que se concluye que los profesionales sanitarios han desarrollado estrategias pertinentes frente al labor que realizan en el centro de atención hospitalario.

- En cuanto al síndrome de Burnout en base al género, se refleja la prevalencia del género femenino en un alto nivel de Burnout con el 10.39% sobre el masculino que tiene un 9.25% en este nivel, lo que indica una diferencia poco significativa. En cuanto a las estrategias de afrontamiento se determina que la estrategia más utilizada por el género femenino es la resolución de problemas, mientras que en el género masculino es la evitación de problemas.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda extender la investigación tomando en cuenta variables más profundas y amplias, como son datos sociodemográficos más específicos, mediante los cuales se puedan determinar factores asociados a la prevalencia del Síndrome de Burnout y a la par su relación con la tendencia al uso de una o varias estrategias de afrontamiento.
- Es recomendable que los profesionales pertinentes al cuidado de la salud mental en el hospital, consideren realizar a manera grupal talleres informativos o prácticos sobre el estrés laboral con sus causas y consecuencias, de manera que el personal sanitario que se encuentra actualmente en niveles medios de Burnout, no desarrolle síntomas que los ubiquen en niveles altos de este síndrome.
- De igual manera es importante informar a los profesionales sanitarios sobre las estrategias de afrontamiento más adecuadas y acordes a las labores que diariamente se desempeñan en la institución de salud, de manera que, al accionar este tipo de estrategias se estará educando al sujeto a manejar correctamente los conflictos y vicisitudes, dando como resultado bajos índices de Burnout.
- Se recomienda que, a nivel de institución hospitalaria se pueda dar mayor relevancia al cuidado de la salud mental, ya que existen factores externos al área laboral que pueden estar acrecentando el estrés en el sujeto, tales como problemas emocionales, familiares o interpersonales; teniendo en cuenta que el género femenino es el más afectado por el Síndrome en este estudio y es este género el más propenso a seguir desarrollando síntomas más fuertes con el tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acosta, E., López, C., Martínez, M., y Zapata, R. (2017). Funcionalidad familiar y estrategias de afrontamiento en pacientes con cáncer de mama. *Horizonte Sanitario*, 16(2), 139–148. <https://doi.org/https://doi.org/10.19136/hs.v16i2.1629>
- Alderete Aguilar, C., y Ascencio Huertas, L. (2015). Burnout y afrontamiento en los profesionales de salud en una unidad de cuidados paliativos oncológicos. *Psicología y Salud*, 25(55), 73–81.
- American Psychological Association. (2010). *Stress Health and Stress*. <https://www.apa.org/news/press/releases/stress/2010/health-stress>
- Avia, M. D., y Vázquez, C. (1998). *Optimismo inteligente. Psicología de las emociones positivas*. Madrid, España: Alianza.
- Azcona, J. R., Guillén, C., Meléndez, A., y Pastrana, J. (2016). Guía sobre el manejo del estrés desde Medicina del Trabajo. *Asociación Española de Especialistas En Medicina Del Trabajo, Sans Growing Brands. Barcelona*, 74. http://www.cso.go.cr/noticias/Estres_laboral_un_reto_colectivo.pdf%0Ahttp://www.aeemt.com/contenidos/Recursos/Guia_Manejo_Estres/GuiaManejoEstres.pdf%0Ahttp://www.aeemt.com/contenidos/Recursos/Guia_Manejo_Estres/GuiaManejoEstres.pdf
- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-1182
- Barrera, J. (1988). Models of social support and life stress: Beyond the buffering hypothesis. En L. H. Cohen (Ed.), *Life events and psychological functioning. Theoretical and methodological issues*. (pp. 211–236). NewburyPark, Estados Unidos: Sage.

- Cano, F., Rodríguez, L., & García, J. (2007). Adaptación Española del Inventario de Estrategias de Afrontamiento. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 35(1), 29–39.
- Castaño, E., y León del Barco, B. (2010). Estrategias de afrontamiento del estrés y estilos de. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10(2), 245–257. <http://www.redalyc.org/html/560/56017095004/>
- Cherniss, C. (1980). *Staff burnout: job stress in the human service*. Beverly Hills, Estados Unidos: Sage.
- Coello, C. (2016). *Ecuador no tiene políticas de prevención contra el burnout*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/salud-publica/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>
- Cohen, S., y Edwards, J. R. (1989). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. En R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. (pp. 235–283). Nueva York, Estados Unidos: Wiley.
- Costales, A., Vargas, A., y Reyes, M. (2019). *Estrategias de afrontamiento al estrés y Burnout en Psicólogos* [Tesis de Maestría, Universidad Internacional SEK]. <http://repositorio.uisek.edu.ec/handle/123456789/3515>
- Dimitriu, M. C. T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O. G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C. D., Smarandache, C. G., y Socea, B. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, 144(May), 1 – 4. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
- Dunkel - Schetter, C., Folkman, S., y Lazarus, R. (1987). Correlates of social support receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 71–80.

- Especialistas Medicina Alternativa. (2006). *Estrés y Fatiga Crónica*. Buenos Aires, Argentina: Ediciones LEA
- Fernández - Abascal, E. (1997). Estilos y estrategias de afrontamiento. En E. Fernández - Abascal, F. Palmero, M. Chóliz, y F. Martínez (Eds.), *Cuaderno de prácticas de motivación y emoción*. Madrid, España: Pirámide.
- Folkman, S., Lazarus, R., y Dunkel - Schetter, C. (1989). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 992–1003.
- Freudenberg, H. J. (1974). “Staff burn-out.” *Journal of Social Issues*, 30(1), 159–165. Recuperado de: https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x?utm_source=fbia
- Gil Monte, P. R., y Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid, España: Síntesis.
- Gómez, C. (2016). *Víctimas del estrés, 40 por ciento de los trabajadores del país, asegura la OIT*. <https://www.jornada.com.mx/2016/03/28/politica/008n1pol>
- Huaman, X. (2016). *Síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento que aplican las Enfermeras (os) de la UCI en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas – 2015* [Tesis de Maestría, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/5300/Huaman_rx.pdf?sequence=1
- Kemeny, M. E. (2003). The psychobiology of stress. *Current Directions in Psychological Science*, 12, 124–129. Recuperado de: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.01246>
- Lazarus, R. (1966). *Psychological stress and the coping process*. Nueva York, Estados Unidos: McGraw-Hill.

- Lazarus, R., y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona, España: Martínez Roca.
- Liu, X., Chen, J., Wang, D., Li, X., Wang, E., Jin, Y., Ma, Y., Yu, C., Luo, C., Zhang, L., Liu, C., Zhou, Y., Yang, L., Song, J., Bai, T., y Hou, X. (2020). Covid-19 Outbreak Can Change the Job Burnout in Health Care Professionals. *Frontiers in Psychiatry*, *11*(December), 1–9. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.563781>
- Maslach, C. y Jackson, E. (1981). MBI: Maslach Burnout Inventory. Manual. Palo Alto: University of California, Consulting Psychologists Press.
- Marchand, A., Durand, P., Juster, R. P., y Lupien, S. J. (2014). Workers' psychological distress, depression, and burnout symptoms: associations with diurnal cortisol profiles. *Scand J Work Environ Health*, *3*, 305–314.
- Martínez Plaza, C. (2010). Estrés Laboral y Trastornos musculoesqueléticos. *Gestión Práctica de Riesgos Laborales*, *62*, 18–25. Recuperado de: <http://pdfs.wke.es/0/1/4/4/pd0000050144.pdf>
- Molina, T., Gutiérrez, A., Hernández, L., y Contreras, M. (2008). Estrés psicosocial. Algunos aspectos clínicos y experimentales. *Análes de Psicología*, *4*(2), 353–360. Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/42951>
- Morales, F. (2018). Estrategias de afrontamiento en una muestra de estudiantes universitarios. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 289–294. <https://www.redalyc.org/journal/3498/349856003031/html/>
- Observatorio Permanente de Riesgos Psicosociales. (2006). *Guía Sobre el Estrés Ocupacional* (C. E. C. de UGT (ed.); Impresión). www.ugt.es
- OMS, Bertolote, J. M., y Fleischmann, A. (2002). Efectos del empleo precario en la salud y la seguridad en el trabajo. *Red Mundial de Salud Ocupacional (GOHNET)*, *6*, 1–12.

http://origin.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet4s.pdf
0Ahttp://www.who.int/occupational_health/publications/newsletter/en/gohnet2s.pdf

Organización Iberoamericana de Seguridad Social. (2012). *I encuesta centroamericana sobre condiciones de trabajo y salud (I ECCTS)*.

Organización Internacional del Trabajo. (2016). Estrés en el trabajo: un reto colectivo. In *Gestión de las Personas y Tecnología* (Vol. 9, Issue 25).
<https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/2016/490658.pdf>

Osorio-guzmán, M., Prado-romero, C., y Bazán-riverón, G. E. (2021). Burnout y afrontamiento en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, 31(55), 267–274.
<https://doi.org/10.25009/pys.v31i2.2695>

Pizarro, L., y Quispe, K. (2019). *Síndrome de Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Enfermeros de la Clínica Oncosalud, 2019*. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional del Callao]

Puello, J. (2020). *Ansiedad, estado emocional y estrategias de afrontamiento de los docentes que atienden estudiantes con NEE en la Guajira-Colombia* [Universidad Simón Bolívar]. <https://bonga.unisimon.edu.co/handle/20.500.12442/6519>

Rodríguez, M. J., Pastor, M. A., y López, R. S. (1990). *Estrategias de Afrontamiento de la enfermedad. En Psicología de la Salud: Aportaciones desde la Psicología Social*. Sevilla, España: Sedal.

Rodríguez, M. J., Pastor, M. A., y López, R. S. (1993). Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema*, 5, 349–372.

Sandin, B. (1995). El Estrés. En A. Belloch, B. Sandín, y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología, Vol 2*(pp. 3–52). Madrid, España: McGraw-Hill.

- Semmer, N., McGrath, J. E., y Beehr, T. A. (2005). Conceptual issues in research on stress and health. En C. L. Cooper (Ed.), *Handbook of Stress Medicine and Health 2nd ed* (pp. 1–43).
- Slipak, O. (1996) *Estrés Laboral*. Buenos Aires, Argentina: Alcmeon19.
- Tobin, D. (2001). User manual for the Coping Strategies Inventory. 2001. *Unpublished Manuscript*.
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:User+Manual+for+the+COPING+STRATEGIES+INVENTORY#2>
- Torestad, B., Magnusson, D., y Oláh, A. (1990). Coping, control and experience of anxiety: An interaccional perspective. *Anxiety Research*, 3, 1–16.
- Torrades Oliva, S. (2007). Estrés y burn out: definición y prevención. *Offarm: Farmacia y Sociedad*, 26(10), 104–107. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-13112896>
- Torres Romero, A. D., y Alcaraz Romero, I. A. (2020). Síndrome de Burnout en médicos residentes de un hospital público de la ciudad de Aregua en el año 2020. *Medicina Clínica y Social*, 4(3), 98–103. <https://doi.org/10.52379/mcs.v4i3.151>
- Torres, S., Hidalgo, G., y Suárez, K. (2021). Afrontamiento en confinamiento por la Covid-19. *Polo Del Conocimiento*, 6(7), 491–507. <https://doi.org/10.23857/pc.v6i7.2866>
- Vázquez, C., Crespo, M., y Ring, J. M. (2003). Estrategias de Afrontamiento. In *Medición clínica en psiquiatría y psicología* (Issue 31, pp. 425–436). <http://www.psicosocial.net/grupo-accion-comunitaria/centro-de-documentacion-gac/psiquiatria-psicologia-clinica-y-psicoterapia/trauma-duelo-y-culpa/94-estrategias-de-afrontamiento>

Velentaga, J. (2017). *El Burnout está presente en el 30% de los sanitarios ecuatorianos*.
<https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/el-burnout-est-presente-en-el-30-de-los-sanitarios-ecuatorianos-90910>

Velentaga, J. (2019). *Alta prevalencia de Burnout en personal sanitario de tres hospitales públicos*. <https://www.edicionmedica.ec/secciones/profesionales/estudio-determina-alta-prevalencia-de-burnout-en-personal-sanitario-de-tres-hospitales-del-msp-94536>

Vivanco, M., Sánchez, C., Maldonado, R., y Enrique, E. (2018). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas: Un análisis en la provincia de Loja, Ecuador. *Revista Boletín REDIPE*, 7(11), 179–194.

Zuckerman, M. (1974). The sensation-seeking motive. En B. Maher (Ed.), *Progress in experimental personality research*. Vol. 7. Nueva York, Estados Unidos: Academic.

Base de Datos UTA

Scielo: Arias Gallegos, W. L., y Muñoz del Carpio Toia, A. (2016). Síndrome de burnout en personal de enfermería de Arequipa. *Revista Cubana de Salud Pública*, 42(4), 1–19.

Dialnet: Barquín, F. I., y Gomis, A. M. (2019). Síndrome de Burnout en Urgencias. *Revista de Psicología de la Salud*, 7(1), 306–332.
<http://www.revistas.innovacionumh.es/index.php/psicologiasalud/article/view/1390>

Dialnet: Bouza, E., Gil Monte, P., y Palomo, E. (2020). Síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en los médicos de España. *Revista Clínica Española: Publicación Oficial de La Sociedad Española de Medicina Interna*, 220(6), 359–363.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7539643>

- Clinical Key: Bujnowska, A., Rodríguez, C., García, T., Areces, D., y Marsh, N. (2021). The coping with stress in parents with children affected by developmental disabilities. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100254>
- E-Libro: Carlin, M. (2010). *El síndrome de Burnout: comprensión del pasado, análisis del presente y perspectivas de futuro*. Wanceulen Editorial. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uta/33809?page=85>
- E-Libro: Cólica, P. (2010). *Estrés laboral y bournout: el síndrome de estrés de los call center*. Editorial Brujas. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uta/85373?page=1>
- E-Libro: Cruz Rubio, M. D. L. (2013). *Manual de riesgos psicosociales: el estrés y el síndrome de Burnout*. Madrid, España: Editorial CEP, S.L. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uta/50711?page=131>.
- Redalyc: Cruz Valdés, B., Austria Corrales, F., Herrera Kienhelger, L., Salas Hernández, J., y Vega Valero, C. (2011). Prevalencia del síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento durante una ePidemia Por influenza aH1n1. *Suma Psicológica*, 18(2), 17–28. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=134222985002>
- Scielo: Galeano, R. (2017). Bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en funcionarios de una institución educativa. *Revista de Investigación En Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(2), 31–38. <http://scielo.iics.una.py/pdf/academo/v4n2/2414-8938-academo-4-02-00031.pdf>
- Scopus: Goapala Sarma, P. (2018). Burnout in Indian Psychiatrists. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 40(2), 156–160. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_265_17

E-Libro: González, L.F. (2016). *Burnout: consecuencias y soluciones*. México D.F., México: Editorial El Manual Moderno. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uta/39739?page=32>.

Scopus: Kurzthaler, I., Kemmler, G., y Fleischhacker, W. (2017). Burnout-Symptomatik bei KlinikärztInnen / Síntomas de agotamiento entre los médicos. *Neuropsychiatr*, 31, 56–62. <https://doi.org/DOI 10.1007/s40211-017-0225-2>

Redalyc: Medina, M. L., Medina, M. G., Gauna, N. T., Molfino, L., y Merino, L. A. (2017). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de Pediatría de un hospital. *Investigación En Educación Médica*, 6(23), 160–168. <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.03.004>

Dialnet: Montoya Zuluaga, P. A., y Moreno Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y engagement. *Psicología Desde El Caribe*, 29(1), 205–227.

Dialnet: Parra, C., de la Maza, V., y Luaces, C. (2020). Burnout en los pediatras de urgencia. *Anales de Pediatría*, 93(3), 200–202. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.09.013>

Scielo: Popp, M. (2008). Estudio Preliminar sobre el síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5–27. http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000100001&lang=pt

E-Libro: Ramos Ramos, P. (2010). *Afrontamiento del estrés y habilidades sociales 2da. ed.* Editorial ICB. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uta/106681?page=10>

E- Libro: Ramos Ramos, P. (2012). *Intervención psicológica en estrés laboral, mobbing y Síndrome de Burnout* (2da ed.). Editorial ICB: <https://elibro.net/es/ereader/uta/111796?page=82>

- E-Libro: Redolar Ripoll, D. (2015). *El Estrés*. Barcelona, España: Editorial UOC.
Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uta/57717?page=20>
- Redalyc: Rodriguez, S., y Carlotto, M. (2017). Predictors of Burnout Syndrome in psychologists. *Estudios de Psicología*, 34(1), 141–150.
<https://doi.org/10.1590/1982-02752017000100014>
- Clinical Key: Rosa, A., García, M., Parada, J. L., Olivares, P., Martínez, S., y Rosa, A. I. (2021). Coping strategies in obsessive-compulsive patients during Covid-19 lockdown. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21, 1–9.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2021.100223>
- Dialnet: Serrano, M., Moya, L., y Salvador, A. (2009). Estrés Laboral y Salud. Indicadores cardiovasculares y endócrinos. *Anales de Psicología*, 25(1), 150–159. Recuperado de: https://www.um.es/analesps/v25/v25_1/17-25_1.pdf
- Scielo: Sigal, A., Costabel, J., Burgos, L. M., y Alves de Lima, A. (2020). Burnout y Resiliencia en residentes de cardiología y cardiólogos realizando subespecialidades. *MEDICINA*, 80(2), 138–142. <https://www.medicinabuenosaires.com/revistas/vol80-20/n2/138.pdf>
- Redalyc: Terrones, J., Cisneros, V., y Arreola, J. (2016). Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México. *Revista Médica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, 54(2), 242–248.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457745149016>
- Scopus: Veloz, A. F., Pachacama, N. R., C.M., S., Veloz, E. C., y Veloz, M. F. (2020). Burnout syndrome among ecuadorian medical doctors and nurses during covid-19 pandemic. *Revista de La Asociacion Espanola de Especialistas En Medicina Del Trabajo*, 29(4), 330–339.

E-Libro: Vidal, V. (2019). *El estrés laboral: análisis y prevención*. Prensas de la Universidad de Zaragoza. Recuperado de: <https://elibro.net/es/ereader/uta/113362?page=66>

ANEXOS

Anexo I

Ficha Sociodemográfica

Lea las siguientes preguntas y responda según corresponda su caso:

INFORMACIÓN PERSONAL

Sexo	Femenino
	Masculino
Edad	
Estado Civil	Soltero/a
	Casado/a
	Divorciado/a
	Viudo/a

Anexo II

Maslach Burnout Inventory (MBI)

Señale el número que crea oportuno sobre la frecuencia con que siente los enunciados:

0= NUNCA.

1= POCAS VECES AL AÑO.

2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES.

4= UNA VEZ A LA SEMANA.

5= UNAS POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Debido a mi trabajo me siento emocionalmente agotado.	
2	Al final de la jornada me siento agotado.	
3	Me encuentro cansado cuando me levanto por las mañanas y tengo que enfrentarme a otro día de trabajo.	
4	Puedo entender con facilidad lo que piensan mis pacientes.	
5	Creo que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos.	
7	Me enfrento muy bien con los problemas que me presentan mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando. Me siento quemado por mi trabajo.	
9	Creo que con mi trabajo estoy influyendo positivamente en la vida de otros	
10	Creo que tengo un comportamiento más insensible con la gente desde que hago este trabajo.	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo.	
13	Me siento frustrado/a en mi trabajo.	
14	Siento que estoy haciendo un trabajo demasiado duro	
15	Realmente no me importa lo que les ocurrirá a algunos de los pacientes a los que tengo que atender.	
16	Trabajar en contacto directo con los pacientes me produce bastante estrés.	
17	Tengo facilidad para crear una atmósfera relajada a mis pacientes.	
18	Me encuentro animado después de trabajar junto con los pacientes.	
19	He realizado muchas cosas que merecen la pena en este trabajo.	
20	En mi trabajo siento que estoy al límite de mis posibilidades.	

21	Siento que se tratar de forma adecuada los problemas emocionales en el trabajo.	
22	Creo que los pacientes me culpan de algunos de sus problemas.	

Anexo III

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)

(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2007)

El propósito de este cuestionario es encontrar el tipo de situaciones que causa problemas a las personas en su vida cotidiana y cómo éstas se enfrentan a estos problemas. Piense durante unos minutos en un hecho o situación que ha sido muy estresante para usted en el último mes. Por estresante entendemos una situación que causa problemas, le hace sentirse a uno mal o que cuesta mucho enfrentarse a ella. Puede ser con la familia, en la escuela, en el trabajo, con los amigos, etc. Describa esta situación en el espacio en blanco de esta página. Escriba qué ocurrió e incluya detalles como el lugar, quién o quiénes estaban implicados, por qué le dio importancia y qué hizo usted. La situación puede estar sucediendo ahora o puede haber sucedido ya. No se preocupe por si esta mejor o peor escrito o mejor o peor organizado, sólo escríbala tal y como se le ocurra. Continúe escribiendo por detrás si es necesario.



De nuevo piense unos minutos en la situación o hecho que haya elegido. Responda a la siguiente lista de afirmaciones basándose en como manejó usted esta situación. Lea cada frase y determine el grado en que usted hizo lo que cada frase indica en la situación que antes eligió marcando el número que corresponda:

0 = En absoluto; 1 = Un poco; 2 = Bastante; 3 = Mucho; 4 = Totalmente

Esté seguro de que **responde a todas las frases** y de que **marca sólo un número** en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:		EDAD:
FECHA EVAL:		
1	Luché para resolver el problema	0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo	0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés	0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado	0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema	0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente	0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado	0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo	0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación	0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché	0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía	0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase	0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza	0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas	0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto	0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente	0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema	0 1 2 3 4
18	Me critiqué por lo ocurrido	0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir	0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación	0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano	0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían	0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más	0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía	0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran	0 1 2 3 4
26	Me reocriminé por permitir que esto ocurriera	0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones	0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido	0 1 2 3 4

29	Pasé algún tiempo con mis amigos	0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo	0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado	0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía	0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería	0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias	0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron	0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes	0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeto	0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas	0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada	0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos	0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación	0 1 2 3 4