

**OFICINA DE POSGRADOS**

**TEMA:**

**“PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA REDUCIR EL DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD”**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN INTERVENCIÓN**

**Línea de Investigación:**

Salud Integral, Determinación Social, Desarrollo Humano.

**Autora:**

Psi. Clin. Carmen Lorena Tierra Guaño

**Director:**

Mg. Catherine Nataly Shugulí Zambrano

**Ambato – Ecuador**

**Abril 2022**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR SEDE AMBATO**  
**HOJA DE APROBACIÓN**

**Tema:**

**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA REDUCIR  
EL DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD**

**Línea de Investigación:**

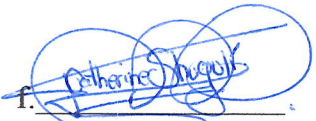
Salud Integral, Determinación Social, Desarrollo Humano.

**Autor:**

Ps. Cl. Carmen Lorena Tierra Guaño

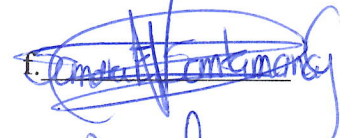
Catherine Nataly Shugulí Zambrano, Mg.

**CALIFICADORA**

f. 

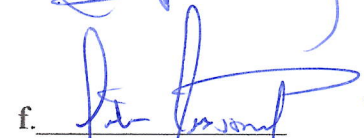
Sandra Elizabeth Santamaría Guisamana, Mg.

**CALIFICADORA**

f. 

Víctor Manuel Cuadrado Rodríguez, Mg.

**CALIFICADOR**

f. 

Juan Carlos Acosta Teneda, P. PhD.

**COORDINADOR DE LA OFICINA DE POSGRADOS**

f.   


Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.

**SECRETARIO GENERAL PUCESA**

f.   


**Ambato - Ecuador**

**Abril 2022**

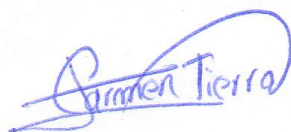
## DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **CARMEN LORENA TIERRA GUAÑO**, con **CC.060479715-9**, autora del trabajo de graduación titulado “**PROPUESTA DE INTERVENCIÓN COGNITIVO- CONDUCTUAL PARA REDUCIR EL DESGASTE PROFESIONAL EN EL PERSONAL DE SALUD**”, previa a la obtención del título profesional de **MAGÍSTER EN PSICOLOGÍA MENCIÓN INTERVENCIÓN**, en Oficina de Posgrados.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, abril 2022



**Carmen Lorena Tierra Guaño**  
**CC. 060479715-9**

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por darme la oportunidad de cumplir mi sueño de estudios, por darme salud.

A mis padres, que, con su amor, sacrificio constante alcanzaré mi meta.

A la Universidad que me abrió las puertas para obtener mi sueño anhelado.

A los catedráticos que me supieron guiar, y brindar sus conocimientos para ser un buen profesional.

**Carmen.**

## **DEDICATORIA**

A Dios ya que me brinda la oportunidad de cumplir mi sueño.

A mi amor bello que siempre me motiva día a día a seguir adelante.

Gracias a ti mi razón de vivir, mi Guillito precioso hermoso, cumpliré mi meta anhelada, mil gracias mis ojitos de mi corazón, por formar parte de mi vida, eres mi inspiración, Te Amo.

**Carmen**

## RESUMEN

El desgaste profesional es una sobrecarga laboral, donde existe un agotamiento mental, emocional físico, que se muestra por exigencias, insatisfacción laboral, estrés crónico, provocando en las personas dificultades en su área donde ejercen sus funciones, que repercuten en la calidad de atención a los pacientes. La presente investigación tiene como objetivo proponer un plan de intervención cognitivo - conductual para reducir el desgaste profesional en el personal de salud del Distrito 06D04 Colta- Guamote. El estudio presenta un enfoque de tipo cuantitativo, diseño no experimental, basado en un alcance descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con toda la población constituida por 326 profesionales del Distrito de Salud. El cuestionario que se aplicó fue el Maslach Burnout Inventory (MBI), su función es medir el desgaste profesional. Los resultados obtenidos demuestran que existe desgaste profesional. Cansancio emocional con el 64,1%, despersonalización con el 91%, realización personal equivalente al 9,2%. Se diseñó un plan de intervención para los profesionales de salud. Consiste en cuatro fases: fase de psicoeducación de la sesión uno a la cuatro, fase de entrenamiento de la cinco a la seis, fase de ejecución de la siete a la once, fase de cierre la doce.

**Palabras clave:** desgaste profesional, sobrecarga laboral, cansancio emocional.

## **ABSTRACT**

Professional exhaustion is a work overload, where there is a mental, emotional and physical exhaustion, which is shown by demands, job dissatisfaction, chronic stress, causing difficulties in people in their area where they perform their duties, which have repercussions on the quality of care for the patients. The objective of this research is to propose a cognitive-behavioral intervention plan to reduce professional burnout in the health personnel of District 06D04 Colta-Guamote. The study presents a quantitative approach, non-experimental design, based on a descriptive and cross-sectional scope. We worked with the entire population made up of 326 professionals from the Health District. The questionnaire that was applied was the Maslach Burnout Inventory (MBI), its function is to measure professional burnout. The results obtained show that there is professional burnout. Emotional exhaustion with 64.1%, depersonalization with 91%, personal fulfillment equivalent to 9.2%. An intervention plan was designed for health professionals. It consists of four phases: psychoeducation phase from sessions one to four, training phase from five to six, execution phase from seven to eleven, closing phase twelve.

**Keywords:** professional burnout, work overload, emotional exhaustion.

## ÍNDICE

<b>DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD .....</b>	<b>iii</b>
<b>AGRADECIMIENTO.....</b>	<b>iv</b>
<b>DEDICATORIA .....</b>	<b>v</b>
<b>RESUMEN .....</b>	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>vii</b>
<b>ÍNDICE.....</b>	<b>viii</b>
<b>ÍNDICE DE TABLAS .....</b>	<b>x</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>Objetivo General.....</b>	<b>6</b>
<b>Objetivos Específicos.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA .....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. El síndrome de burnout .....</b>	<b>7</b>
<b>1.2. Dimensiones del Síndrome de Burnout.....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Causas .....</b>	<b>9</b>
<b>1.4. Síntomas .....</b>	<b>10</b>
<b>1.5. Componentes del síndrome de Burnout .....</b>	<b>11</b>
<b>1.6. Consecuencias del síndrome de Burnout.....</b>	<b>12</b>
<b>1.6. Diagnóstico del síndrome de Burnout de acuerdo con el DSM-5 (Z56.9) .....</b>	<b>13</b>
<b>1.6.1. Prevalencia de Burnout en otros países.....</b>	<b>14</b>
<b>1.7. Intervención cognitivo conductual.....</b>	<b>17</b>
<b>1.7.1. Terapias Cognitivo Conductual y el Síndrome de Burnout .....</b>	<b>17</b>
<b>1.7.2. Técnicas de apoyo para Terapia Cognitivo Conductual.....</b>	<b>18</b>
<b>1.7.3. Técnicas cognitivo-conductuales para los pensamientos intrusivos.....</b>	<b>19</b>

1.7.4. Técnicas cognitivo-conductuales que nos permiten ayudar en estos casos. ....	19
<b>CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO. ....</b>	<b>22</b>
2.1. Tipo de Investigación.....	22
2.2. Población .....	23
2.3. Tipo de recolección de datos .....	25
2.4. Procesamiento y análisis de la información. ....	28
2.5. Características de la institución. ....	29
2.6. Propuesta de Investigación .....	31
<b>CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>33</b>
3.1. Análisis de resultados del Cuestionario de Maslach Burnout.....	33
3.2. Conclusión Diagnóstica .....	50
3.3. Propuesta de Intervención .....	52
3.3.1. Justificación de la temática y contexto de aplicación .....	52
3.3.2. Sustentación teórica y metodológica.....	53
3.3.3. Objetivos.....	54
3.3.4. Etapas de desarrollo .....	54
3.3.5. Metodología.....	54
3.3.6. Estructura del plan de intervención.....	56
3.3.8. Cronograma .....	68
3.3.9. Mecanismos de Evaluación .....	69
3.3.10. Limitaciones y Prospectivas.....	69
<b>CONCLUSIONES .....</b>	<b>75</b>
<b>RECOMENDACIONES .....</b>	<b>76</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>77</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Distribución de la Población por especialidades de los profesionales de salud.....	23
<b>Tabla 2:</b> Nacionalidad de la población los profesionales de salud.....	24
<b>Tabla 3:</b> Los profesionales de salud estuvieron en los rangos de edad entre 20 y 60 años. ....	24
<b>Tabla 4:</b> Distribución de la población por Género de los profesionales de salud .....	24
<b>Tabla 5:</b> Autoidentificación de la población de los profesionales de salud .....	24
<b>Tabla 6:</b> Estado civil de la población de los profesionales de salud .....	25
<b>Tabla 7:</b> Lugar de Residencia de la población de los profesionales de salud.....	25
<b>Tabla 8:</b> Confiabilidad de la subescala de cansancio emocional.....	28
<b>Tabla 9:</b> Confiabilidad de la subescala de Despersonalización.....	28
<b>Tabla 10:</b> Confiabilidad de la subescala de Realización personal.....	28
<b>Tabla 11:</b> Fiabilidad del total de las sub escalas.....	28
<b>Tabla 12:</b> Estadística Descriptiva de las Sub Escalas del Cuestionario de Burnout. ....	33
<b>Tabla 13:</b> Frecuencia de Especialidades.....	34
<b>Tabla 14:</b> Frecuencia de Profesionales con Cansancio Emocional .....	35
<b>Tabla 15:</b> Frecuencia de Profesionales con Despersonalización.....	36
<b>Tabla 16:</b> Frecuencia de Profesionales con Realización Personal.....	36
<b>Tabla 17:</b> Cansancio emocional por especialidad .....	37
<b>Tabla 18:</b> Despersonalización por especialidad .....	39
<b>Tabla 19:</b> Realización personal por especialidad. ....	41
<b>Tabla 20:</b> Cansancio emocional según el género .....	43
<b>Tabla 21:</b> Despersonalización según el género .....	43
<b>Tabla 22:</b> Realización Personal según el género .....	44
<b>Tabla 23:</b> Cansancio emocional según el estado civil.....	45
<b>Tabla 24:</b> Despersonalización según el estado civil.....	46

<b>Tabla 25:</b> Realización personal según el estado civil.....	47
<b>Tabla 26:</b> Cansancio emocional según la edad.....	48
<b>Tabla 27:</b> Despersonalización según la edad.....	49
<b>Tabla 28:</b> Realización personal según la edad.....	50
<b>Tabla 29:</b> Profesionales de salud que presentan burnout.....	51
<b>Tabla 30:</b> Estructura general de la propuesta de Intervención. ....	56
<b>Tabla 31:</b> Detalle sesión uno .....	59
<b>Tabla 32:</b> Detalle de la sesión dos.....	60
<b>Tabla 33:</b> Detalle de la sesión tres.....	60
<b>Tabla 34:</b> Detalle sesión cuatro .....	61
<b>Tabla 35:</b> Detalle sesión cinco.....	62
<b>Tabla 36:</b> Detalle sesión seis .....	63
<b>Tabla 37:</b> Detalle sesión siete.....	63
<b>Tabla 38:</b> Detalle sesión ocho.....	64
<b>Tabla 39:</b> Detalle sesión nueve.....	65
<b>Tabla 40:</b> Detalle sesión diez.....	66
<b>Tabla 41:</b> Detalle sesión once.....	67
<b>Tabla 42:</b> Detalle sesión doce.....	67
<b>Tabla 43:</b> Estructura general de la propuesta de Intervención. ....	71

## INTRODUCCIÓN

El desgaste profesional es un problema, se caracteriza por ser una respuesta al estrés laboral crónico que conlleva a actividades y sentimientos de índole negativo hacia su propio rol, es más frecuente en profesionales de Salud. (Intriago, 2019).

La investigación realizada sobre Síndrome de *Burnout* en profesionales de la salud en instituciones públicas y privadas: un análisis en la provincia de Loja, Ecuador del año 2018, fue realizada en centros de salud públicos y privados de Cariamanga, Catamayo y Macará de la provincia de Loja, al sur de Ecuador. Utilizan métodos exploratorios y correlacionales, se encontró que los médicos presentan agotamiento emocional en un 20.7%, despersonalización en un 3.4% y baja realización personal en un 62.1%. Las enfermeras/os mostraron agotamiento emocional en un 16.7%, 0% en despersonalización y en un 100% en baja realización personal. Los resultados obtenidos permiten registrar un precedente sobre la importancia del diseño e implementación de programas de prevención del síndrome en estas instituciones de salud. (Vivanco, Sanches, Maldonado & Nora, 2018)

En el proyecto de investigación realizado por (Saltos & Zapata, 2019) fue establecer los factores determinantes del Síndrome de Burnout en médicos de los servicios de ginecología y medicina interna del Hospital General Docente Riobamba. La población estuvo conformada por médicos tratantes, residentes e internos rotativos de medicina de los servicios de Ginecología y Medicina Interna que trabajan en dicha institución, se realizó un estudio descriptivo, no experimental de corte transversal y retrospectivo. Se recolectaron datos mediante la aplicación de encuestas. Los resultados fueron una prevalencia de burnout del 26%. Más del 50% de la población tiene entre 20-29 años, sexo femenino, solteros, con 1-3 hijos, realizan recreación de 2-4 veces por semana, son internos rotativos de medicina, no realizan actividad docente, pertenecen al área de ginecología, tienen 1 trabajo, trabajan menos de 1 año, sin trabajo extra, están conformes con la profesión y con el salario. El burnout estuvo asociado al sexo, recreación por semana, área de trabajo, número de pacientes atendidos al día, trabajo extra, conformidad con el salario y la profesión; no hubo asociación con las demás variables.

Otra investigación realizada sobre Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú) del año 2019, cuyo objetivo es valorar la prevalencia del síndrome en personal médico

de la localidad y valorar comparativamente las manifestaciones del síndrome. Se aplicó el Inventario de Burnout de Maslach a 87 sujetos (65,5% varones y 34,5% mujeres) con una edad promedio de 35 años, quienes fueron seleccionados de manera no probabilística cuyos resultados son que el 6,9% de la muestra niveles severos del síndrome, y que no existen diferencias significativas en función del sexo, tiempo de servicio e ingresos económicos, pero sí en función del estado civil y el lugar de trabajo. (Agueda, Arias, & Caycho, 2019)

Además, una investigación sobre asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la ciudad de México del año 2020 en la, que se utilizó un estudio transversal en el que participaron 251 residentes, 44% hombres y 56% mujeres con edad promedio de 27.2 (DE±3.5) años. El instrumento, que se utilizó fue el Inventario de Burnout de Psicólogos (IBP) adaptado a médicos, el Leymann Inventory of Psychological-Terrorization (LIPT-60) y un cuestionario de datos sociodemográficos. Dichos resultados fueron que el desgaste profesional, se explicó en un 23% por las variables de especialidad cursada, año de residencia y frecuencia del acoso psicológico (FEAP) ( $p < 0.0001$ ); el género, la intensidad del acoso (IMAP) y el índice global de acoso (IGAP) no fueron significativos dentro de este modelo. (Tafoya, et al., 2020, pág. 18)

La investigación realizada, sobre agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú del año 2017, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y factores asociados al agotamiento por medio de un estudio transversal en los departamentos de Apurímac, Ayacucho, Huancavelica, Lima-Callao, Loreto, Piura y San Martín. Participaron 958 médicos y 840 enfermeras, se aplicó una encuesta de creación propia que incluía variables sociodemográficas y laborales y la auto aplicación de la prueba de Maslach. El muestreo fue probabilístico, complejo, estratificado y bietápico. Los resultados fueron que la prevalencia de agotamiento profesional estuvo en el 5,5%, el 18,7% de participantes tenía un riesgo alto de despersonalización, el 10% cansancio emocional y 32,1% pobre realización personal. Los factores asociados fueron la profesión médica (OR= 2,829), sexo masculino (OR= 2,474), separación familiar (OR= 1,697), insatisfacción con el horario de trabajo (OR= 2,609), enfermedad agravada o causada por el trabajo (OR= 3,120), trabajar en establecimientos nivel II (OR= 2,421) o nivel III (OR= 3,363). (Solís, Tantalean, Burgos, & Chambi, 2017, pág. 270)

En Venezuela, se realizó la investigación por (Lugo, 2019), tuvo como objetivo estudiar la prevalencia y factores asociados al Síndrome de *Burnout* en médicos residentes y médicos especialistas del Hospital tipo III de Venezuela, fue una investigación descriptiva transversal. La muestra estuvo constituida por 67 médicos residentes y 89 médicos especialistas que laboran en la institución. Las variables de investigación fueron síndrome de Burnout y nivel profesional, la edad, sexo y estado civil, horario de trabajo, horas de contacto con pacientes, servicio hospitalario al que pertenece, satisfacción por el salario y presencia de síntomas físicos y emocionales asociados con *burnout*. El instrumento de recolección fue encuesta sociodemográfica y Maslach Burnout Inventory, cuyos resultados fueron: la prevalencia del síndrome fue de 24,4%. Además, se encontró asociación estadísticamente significativa entre *burnout* y grupo etario, estado civil y número de horas de contacto con los pacientes, en la cual no hubo asociación con sexo, nivel profesional, horas de trabajo en el centro.

Otra investigación realizada por (Hernández, 2018), sobre *burnout* en médicos de un hospital del sector público en el Estado de Hidalgo de Mexico del año 2018, cuyo objetivo consistió en determinar el grado de prevalencia de esta patología laboral en personal médico de un hospital del sector público en el Estado de Hidalgo, así como la relación que tiene con algunas variables demográficas y laborales. Se utilizó el instrumento desarrollado originalmente por Cristina Maslach en 1981, la muestra estuvo compuesta por 150 médicos y los principales resultados indican presencia de Burnout en la dimensión Agotamiento Emocional. Asimismo se identificaron asociaciones significativas con variables como el género, la antigüedad en la institución y el turno de labores. Finalmente, existe la necesidad de realizar intervenciones dirigidas a prevenir la presencia del síndrome de Burnout en este tipo de personal.

En Bogotá se realizó una investigación sobre prevalencia del Síndrome de *Burnout* en médicos iberoamericanos entre 2012 y 2018: una revisión sistemática de Bogotá del año 2019, cuyo objetivo fue realizar una revisión sistemática exploratoria del Síndrome de *Burnout* en médicos durante los últimos siete años (2012-2018) en Iberoamérica, y para ello, se realizó una revisión sistemática en 6 bases de datos (Redalyc, Scielo, Scopus, ScienceDirect, Medline y EBSCO) con los siguientes criterios de inclusión: artículos publicados en idioma español, inglés o portugués; médicos residentes, especialistas o generales; revistas indexadas; estudios transversales o descriptivos correlacionales; población mayor a 70 médicos, y estudios que

implementaran el Maslach Burnout Inventory Human Services Survey (MBI-HSS) como método estandarizado. El instrumento de recolección utilizado fue la matriz de revisión documental de la que resultaron seleccionados 52 artículos y de los cuales 23 cumplieron con los requisitos. El país con más estudios fue México, seguido de Brasil y Colombia. Predominó el género masculino, puesto que en este hay prevalencia general del síndrome con resultados por dimensiones del MBI-HSS, en niveles de alto, medio o bajo; así, para el estudio, se destararon únicamente los resultados significativos en alguna de sus tres dimensiones.

En los artículos seleccionados, se encontró que sí existe prevalencia (45,88 %) alta en agotamiento emocional y despersonalización y baja en realización personal en los médicos residentes. Este fenómeno, se observó especialmente en el género masculino, y estaba correlacionado con las variables más significativas, como cursar segundo y tercer año de residencia, ser extranjero y asistir a una residencia en especialidades quirúrgicas. De igual manera, los hallazgos muestran la vulnerabilidad en la, que se encuentran médicos de padecer el Síndrome de *Burnout*. Es por esto que este tema merece otros estudios para tratar su prevalencia y correlación con las variables, indagar la validez del MBI-HSS en el contexto laboral e incentivar en la creación de un manual guía que ayude a la prevención y el afrontamiento del síndrome. . (Álvarez, Cobo, Parra, Gómez & Acosta, 2019, p. 40)

Además, en España en el año 2016, se realizó una investigación cuyo objetivo fue conocer los factores de riesgo y los niveles de *burnout* en enfermeras de atención primaria, bajo una revisión sistemática, mediante fuentes de datos. Se consultaron CINAHL, CUIDEN, LILACS, Pubmed, ProQuest, ScienceDirect y Scopus. Las ecuaciones de búsqueda fueron: «burnout AND community health nursing» y «burnout AND primary care nursing. La muestra final fue de n = 12. Se incluyeron estudios primarios cuantitativos que utilizasen el *Maslach Burnout Inventory* para evaluar el *burnout* en enfermeras de atención primaria, sin restricción por fecha de publicación. Las principales variables fueron la media y desviación típica de las 3 dimensiones del *burnout*, las prevalencias de niveles bajos, medios y altos de cada dimensión, y los factores sociodemográficos, laborales y psicológicos que potencialmente influyen en su desarrollo, cuyos resultados muestran prevalencias de cansancio emocional alto, por lo general, entre el 23 y el 31%. Las prevalencias de despersonalización alta y realización personal baja muestran heterogeneidad, varían entre el 8-32 y el 4-92% de la muestra respectivamente. Los

estudios informan de que las enfermeras con mayor edad, mayor antigüedad laboral, ansiedad y depresión, entre otras variables, presentan mayores niveles de burnout, mientras que aquellas con mayor sueldo, satisfacción laboral alta, apoyo de la organización y buen autoconcepto lo padecen menos (Gómez et al., 2017)

La investigación sobre usuarios satisfechos y profesionales quemados, evaluó la satisfacción en un Centro de Salud Mental (CSM) de España en el año 2020. Su objetivo fue evaluar y mostrar en un corte transversal la satisfacción de los usuarios de un CSM, así como la satisfacción y niveles de desgaste profesional de su plantilla, en la que se entregó a cada trabajador un conjunto de cuestionarios validados, así como una encuesta de satisfacción profesional diseñada para el estudio. Los resultados mostraron niveles elevados de satisfacción por parte de los usuarios, pero también una elevada presencia de desgaste profesional y baja satisfacción en el equipo de su área laboral. Se discute la posible relación entre estos resultados, así como las implicaciones, tanto para la salud de los trabajadores, como para la calidad asistencial. (Vázquez & Sanz, 2020)

Se evidencia que los profesionales de salud del Distrito 06d04 Colta- Guamote, presentan desgaste profesional agotamiento o cansancio emocional, despersonalización (actitud de aislamiento) y renuncia de la realización personal insatisfacción. Esto, se produce a elevados niveles de tensión en el trabajo frustración personal y actitudes inadecuadas de enfrentamiento a situaciones conflictivas.

Los profesionales de la salud, conforman uno de los colectivos laborales con mayor riesgo de *burnout*. (Fernández, 2018). Existen factores de riesgo psicosocial laboral que actúan en la ocurrencia del síndrome, las causas suelen ser: el clima organizacional negativo, insatisfacción laboral, el acoso laboral y hostigamiento psíquico en el trabajo, bajo sueldo, especialidad médica, interacción médico-paciente, exceso laboral y las relaciones interpersonales con el personal de trabajo (Agueda et al., 2019).

Actualmente el síndrome de *burnout* está asociado a la presencia de ansiedad, depresión, estrés post traumático, a una menor satisfacción profesional, a la disminución de los cuidados asistenciales y a un mayor índice de suicidio. En el contexto de la pandemia por la COVID-19, los profesionales de la salud que trabajan en la primera línea están expuestos a diversas

situaciones de estrés; por lo cual tienen un alto riesgo de desarrollar el síndrome de *burnout*. (Lozano, 2021, pág. 1)

De acuerdo a la problemática actual, se plantea como problema de investigación: ¿Cómo reducir el desgaste profesional en el personal de salud? La idea a defender es que una propuesta de Intervención cognitivo - conductual permite reducir el desgaste profesional en el personal de salud.

### **Objetivo General.**

Proponer un plan de intervención cognitivo - conductual para reducir el desgaste profesional en el personal de salud del Distrito 06d04 Colta- Guamote.

### **Objetivos Específicos**

- 1.- Fundamentar los aspectos teóricos y metodológicos en torno a la intervención cognitivo – conductual y el desgaste profesional del personal de salud.
- 2.- Diagnosticar el estado actual del desgaste profesional en el personal de salud del Distrito 06d04 Colta- Guamote.
- 3.- Elaborar la propuesta de Intervención Cognitivo - Conductual para reducir el desgaste profesional del personal de salud del Distrito 06d04 Colta- Guamote.

La investigación presenta un enfoque de tipo cuantitativo, diseño no experimental, basado en un alcance descriptivo y de corte transversal. Se trabajó con toda la población constituida por 326 profesionales del Distrito de Salud 06d04 Colta- Guamote. Se aplicó el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI), para medir el Desgaste Profesional.

El presente estudio es importante porque permitió saber si existe la presencia de desgaste profesional. Los resultados sirven de base para estudios posteriores en los profesionales de salud, por ende, crear un plan de intervención para mejorar la percepción, la interpretación y la evaluación de los conflictos laborales, y de aumentar los recursos personales del individuo.

En la actualidad no existen investigaciones previas en los cantones de Colta y Guamote de la provincia de Chimborazo, generando la necesidad de una propuesta de intervención que mejore la calidad de atención, pero sobre todo la salud mental de los profesionales.

## **CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA**

### **1.1. El síndrome de burnout**

Se establece que el síndrome del desgaste profesional, es un término anglosajón cuya traducción es estar desgastado o agotado. Aunque no existe definición unánimemente aprobada, pudiera conceptualizarse como una respuesta al estrés laboral crónico, lo que engloba implicaciones nocivas para el individuo y la organización. (Guerrero, 2015; Ríos, 2007), citado en (Bazalar & Balarezo, 2016),

Freudenberger, 1974; Maslach, 1986; Mingote, 2004; Acevedo, 2014, citado en (Bazalar & Balarezo, 2016), establece que este término es descrito por primera vez por el psiquiatra Freudenberger en los años setenta, el cual prestaba sus servicios en una clínica para toxicómanos en Nueva York (EEUU). Él observó que después de un año de laborar, la gran mayoría del personal sufrían al mismo tiempo una pérdida gradual de energía hasta llegar al agotamiento y mostrar síntomas de depresión y ansiedad. En la década de los ochenta, la psicóloga social Cristina Maslach, al estudiar las respuestas emocionales, nombra a estos síntomas “sobre carga emocional” o “síndrome de Burnout”; posteriormente, crea un instrumento de valoración, el Maslach Burnout Inventory (MBI), (Maslach, 1986) que mide tres dimensiones: el cansancio emocional, la despersonalización y la realización personal.

Las condiciones ocupacionales son consideradas estresantes para la mayoría de las personas, las cuales están asociadas a riesgos psicosociales, como labores que están bajo presión, falta de control sobre las cargas, carencia de apoyo social o de colegas y/o supervisores, discriminación, aislamiento, acoso psicológico, falta de participación en la toma de decisiones, falta de comunicación o flujo de información, inseguridad laboral, ausencia de oportunidades de crecimiento, avance o promoción, horarios irregulares y estar expuesto a condiciones físicas desagradables y no tener control sobre estas. Houtman (2011), citado en (Bazalar & Balarezo, 2016),

Yslado (2012), citado en (Bazalar & Balarezo, 2016), menciona que el síndrome de Burnout, es un problema de salud complicado, que no solo comprende las tres dimensiones señaladas, pues también produce problemas de salud, física, mental, se ve afectado la calidad de prestación de servicios de salud, la calidad de vida familiar.

Actualmente el desgaste profesional se define de una manera más compleja haciendo referencia a una respuesta al estrés laboral crónico, caracterizado por actitudes y sentimientos negativos hacia las personas con las que se trabaja y hacia el propio rol profesional, así como la percepción individual de encontrarse emocionalmente agotado. (Rodríguez & Méndivelso, 2018, pág. 110)

A principios de los ochenta, (Miranda, Monzalvo, Hernandez, & Ocampo, 2016), mencionan que el síndrome de *burnout* fue exclusivamente estudiado en Estados Unidos. Posteriormente, se incorporaron a su estudio países de habla inglesa como Canadá y Gran Bretaña; hoy se encuentra estudios en todo el mundo. El síndrome de *burnout* puede estudiarse desde dos perspectivas: la clínica y la psicosocial, este síndrome, se reconoce también como una respuesta al estrés laboral crónico que afecta a los individuos cuyo trabajo es ayudar y apoyar a otros, lo cual genera en el profesional síntomas que van del agotamiento físico, mental y emocional, hasta relaciones conflictivas interpersonales.

## **1.2. Dimensiones del Síndrome de Burnout**

Maslach & Jackson, (1981), citando en (Cruz & Puentes, 2017), refieren que el agotamiento emocional es la sensación de cansancio, fatiga y vacío que experimenta el trabajador ante situaciones de excesiva exigencia, sobrecarga de trabajo y escasos recursos emocionales (p.270). Montoya & Moreno, (2012), citado en (Cruz & Puentes, 2017), mencionan, el agotamiento emocional se caracteriza por un tedio que resulta de las constantes interacciones de los trabajadores con sus clientes y usuarios (pág. 270)

Hermosa, 2006; Maslach, 2009, citado en (Cruz & Puentes, 2017), afirma que la despersonalización es una respuesta negativa del trabajador hacia quien recibe sus servicios. Se caracteriza por insensibilidad, apatía, indiferencia, considerando a las personas como objetos. Con estas actitudes, el trabajador busca crear una distancia con las personas que se benefician de sus servicios. Además, el individuo se distancia no solo de sus clientes, sino también de sus compañeros.

Maslach, 2009; Rodríguez et al., 2010; Montoya y Moreno, 2012, citado en (Cruz & Puentes, 2017), afirman que la tercera dimensión del síndrome es la falta de realización personal o ausencia de eficacia profesional. El individuo presenta sentimientos de incompetencia laboral, autoconcepto negativo, bajo desempeño profesional, pérdida de interés, inutilidad y fracaso. En

esta dimensión el trabajador también puede llegar a abandonar actividades familiares, sociales y recreativas.

### 1.3. Causas

Secín & Rodríguez (2016), citado en (Toala, 2019), menciona que “las causas que consiguen contribuir a la aparición del síndrome de desgaste son muy variadas, no sólo afecta a personas que tienen sobrecarga de tareas o responsabilidades, sino también al existir problemas internos entre la empresa y el individuo” (pág. 103)

Hoy en la actualidad, se le reconoce como un proceso complejo, además del estrés, se ven involucradas situaciones como el aburrimiento, crisis en el desarrollo de la carrera profesional, situaciones económicas bajas, sobrecarga laboral, falta de estimulación, pobre orientación profesional y aislamiento.

**Componentes personales:** la edad (relacionada con la experiencia), el género (las mujeres sobrellevan mejor las situaciones conflictivas en el trabajo), variables familiares (la armonía y estabilidad familiar conservan el equilibrio necesario para enfrentar situaciones conflictivas).

**Inadecuada formación profesional:** excesivos conocimientos teóricos, escaso entrenamiento en actividades prácticas y falta de aprendizaje de técnicas de autocontrol emocional.

**Factores laborales o profesionales:** condiciones deficitarias en cuanto al medio físico, ambiente laboral, organización en el trabajo, bajos salarios, sobrecarga en los horarios, escaso trabajo real de equipo.

**Factores sociales:** como la necesidad de ser un profesional de prestigio, para tener un reconocimiento y así tener una consideración social y familiar a la vez obtener un alto estatus económico.

**Factores ambientales:** cambios significativos de la vida como: muerte de familiares, matrimonios, divorcios. Además, algunos investigadores han logrado nombrar posibles factores de riesgo que son: ser personas jóvenes que tiene hijos en la cual no saben con quién dejarlos al cuidado, trabajar más de 60 horas a la semana, recibir muchas llamadas irregulares durante la semana. (Apaza, 2019).

#### 1.4. Síntomas

Bosqued (2005), citado en (Rivera, Segarra, & Giler, 2018), mencionan que los síntomas del síndrome en diferentes áreas en la persona, que van desde lo mental hasta la conducta.

**Cognitivos o mentales:** Sentimientos de fracaso, desamparo, frustración e inadecuación profesional, con una percepción desproporcionada de los propios errores, como también una dificultad para ver los aciertos del éxito; además, el individuo tiene dificultad de atención y concentración en las actividades de su diario vivir, la autoestima, se ve afectada en la persona a través de los pensamientos negativos llega a sentirse sin ánimo de hacer cualquier actividad. La ansiedad, irritabilidad, repentinos cambios de humor, incluso en ocasiones llegan a presentar un cuadro depresivo, que causa bajo rendimiento laboral, actitudes pesimistas hacia el trabajo, con falta de motivación por lo que ejecuta diariamente, generan sentimientos de vacío, están expuesto a no cumplir las metas deseadas y provocan baja tolerancia a la frustración.

**Fisiológicos:** El individuo, se siente con agotamiento y fatiga crónicos que no se solucionan con el descanso de fines de semana, puentes, vacaciones, puesto que el simple hecho de la vuelta al trabajo provoca que reaparezcan la sintomatología con mayor intensidad; constantemente existe problemas de conciliar el sueño, por lo que cae en el padecimiento de insomnio, existe la presencia de cefaleas, dolores musculares (lumbalgias y cervicalgias), taquicardias, alteraciones gastrointestinales, como gastritis, estreñimiento o diarreas, aumento de la presión arterial, entre otras.

**Comportamentales:** El comportamiento, se ve afectado “a través del descenso del rendimiento laboral y de la calidad del trabajo realizado”, lo que ejecutaba con un nivel alto de energía ya no lo logra o simplemente no realiza el rol que le corresponde, muchas personas logran llegar a las adicciones o aumentar el consumo de tabaco, café, fármacos u otras drogas que perjudican el comportamiento del mismo. Por la falta de estabilidad emocional el profesional comienza a tener frecuentes bajas laborales, ausencias injustificadas, dificultades en la relación con los receptores de sus servicios profesionales y con los compañeros de trabajo, que llegan en ocasiones a comportamientos agresivos.

López (2011), citado en (Rivera, Segarra, & Giler, 2018), también menciona síntomas emocionales dentro del síndrome de burnout, de los cuales destaca sentimientos de inferioridad,

ansiedad e irritabilidad, demuestran distanciamiento respecto a las personas que demandan los servicios, no existe empatía, tolerancia hacia los problemas y comportamiento de quienes lo rodean. La persona de forma paulatina disminuye la capacidad de poner atención en todas las cosas que realiza, además presenta problemas de memorización, y de forma consecuente razonamientos abstractos, juicios, entre otros.

**Imagen personal:** Las personas presentan descuido en los hábitos de higiene personal como; bañarse, cepillarse los dientes, peinarse, maquillarse, entre otros, no encuentran un motivo para realizarlo, no se interesa el cómo viste y por lo tanto que imagen proyecta con ello, muchos individuos quizás no le ponen mucha importancia a este aspecto, pero es una alerta para las personas que rodean al profesional.

### **1.5. Componentes del síndrome de Burnout**

Rojas, Tejada, & Valladares (2017), citado en (Castro, 2019), establece que la disminución de las respuestas emocionales, como primera dimensión, se refiere al decrecimiento progresivo emocional, que a través de la reacción negativa captada del entorno hacia sí mismo y se expresa en el trabajo que lo realiza ocasionan disminución en la productividad e incapacidad de soportar presión. Así mismo, se manifiesta tanto física como mentalmente cuyas características son: fatiga, desgaste, sobrecarga, autocrítica e inadecuación, sentimientos de inferioridad.

La fatiga se observa tanto física como mentalmente de una manera ligada, después de una práctica prolongada por algún tipo de esfuerzo; así mismo, se manifiesta por un nivel de desatención, pensamiento lento y frustración por la insatisfacción de lo realizado en el trabajo. El desgaste, se presenta como la disminución de las habilidades emocionales, se caracteriza por la pérdida del entusiasmo, apatía o desinterés en relación al trabajo, que se desempeña. Así mismo la sobrecarga es el aumento de sentimientos negativos, debido a una serie de requerimientos solicitados en el trabajo que realiza que afectan el bienestar emocional del individuo y provocan sensación de renunciar una situación.

La autocrítica es la incapacidad que tiene la persona para reconocer su propio valor; se manifiesta mediante juicios negativos hacia su labor y en la falta de motivación hacia el futuro desencadenan sentimientos de inferioridad. Finalmente, la inadecuación es aquel sentimiento,

que se manifiesta por la inseguridad hacia el ambiente en el que labora, es la pérdida del sentido de pertenecer en el lugar de trabajo.

Campero & De Montis (2012), citado en (Castro, 2019), establece que el distanciamiento es la desconexión física o psicológica con los demás como respuesta al estrés y que daña las relaciones interpersonales acompañado de sentimientos de insatisfacción y de apatía. La irritabilidad, se presenta el individuo como la respuesta a situaciones o estímulos, causan alteración física o mental a causa de las propias frustraciones. Así mismo, la subestimación es la sensación de falta de reconocimiento del otro hacia el trabajo realizado, ubican en duda las capacidades laborales ante los demás.

Solano (2002), citado en (Castro, 2019), refiere que el Burnout es la variación de diferentes aspectos que da como resultado distintas situaciones que tiene que enfrentar el profesional y se caracteriza por diferentes factores como:

1. La respuesta del trabajador ante las problemáticas grupal y personal.
2. Debatimiento que causa sintomatologías de síndrome hipocondríaco.
3. Comorbilidades asociadas a la respuesta fisiológica según las necesidades fisiológicas de Maslow.
4. Desmotivación por laborar
5. Disminución de la habituación en el campo laboral profesional.

### **Manifestaciones del síndrome de Burnout**

Farfán, Mendoza, Guerrero, & Suárez (2012), citado en (Castro, 2019), menciona que es fundamental resaltar que el Síndrome de Burnout, no se presenta de forma inesperada; lo hace progresivamente, para su identificación, se establecieron tres fases, las cuales, se manifiestan como primer punto las excedencias laborales; como segundo las condiciones negativas ante situaciones hostiles, y por último el afrontamiento defensivo de los dilemas.

### **1.6. Consecuencias del síndrome de Burnout**

Gil (2012), citado en (Durán et al., 2018), menciona que las consecuencias son:

**Pérdida de la ilusión por el trabajo:** Se caracteriza por desaparición del deseo por alcanzar las metas laborales debido a que el trabajo ya no significa ningún placer personal. La persona

deja de percibir su trabajo como algo satisfactorio y alcanzar las metas profesionales deja de ser fuente de realización personal.

**Desgaste psíquico:** Aparece agotamiento emocional y físico debido a que el trabajo, se tiene que tratar a diario con personas que presentan o causan problemas, lo cual existe una insatisfacción total por el mismo.

**Indolencia:** Se caracteriza por actitudes negativas de indiferencia y cinismo hacia los usuarios de la institución.

**Psicosomáticos:** Alteraciones cardio respiratorias, jaquecas, fatiga crónica, trastornos del sueño, úlceras y desórdenes gástricos, tensión muscular, mareos y vértigos.

**De conducta:** Presencia de conductas adictivas y evitativas consumo excesivo de café, alcohol, ausentismo laboral, bajo rendimiento personal, distanciamiento afectivo entre sus compañeros y frecuentes conflictos interpersonales en el ámbito de trabajo y en su entorno familiar.

**Mentales:** Sentimientos de vacío, agotamiento, fracaso, impotencia, sentimientos de inferioridad y pobre realización personal. Es frecuente apreciar nerviosismo, inquietud, dificultad para concentrarse en las actividades que realiza la persona y una tolerancia a la frustración con comportamientos paranoides y/o agresivos hacia los pacientes, compañeros y núcleo familiar.

**Laborales:** Bajo rendimiento en sus actividades laborales, conflictos con sus compañeros de trabajo, accidentes, ausentismo, rotación no deseada, apatía.

### **1.6. Diagnóstico del síndrome de Burnout de acuerdo con el DSM-5 (Z56.9)**

Ante el DMS-5 este síndrome está relacionado con otro problema del empleo. Esta categoría, se utiliza si el problema profesional es el objeto de la atención clínica y tiene algún impacto sobre el tratamiento o el pronóstico del individuo. Las áreas a considerar son: problemas con el empleo o el entorno laboral, incluidos el desempleo, cambios recientes de puesto de trabajo, amenaza de pérdida del mismo, insatisfacción laboral, horarios de trabajo estresantes, incertidumbre sobre opciones futuras, asedio sexual en el trabajo, otros desacuerdos con el jefe, supervisor, compañeros u otras personas del entorno laboral, entorno laboral desagradable u hostil, otros

factores psicosociales de estrés relacionados con el empleo y cualquier otro problema relacionado con el empleo o el trabajo. (Peña, 2019, págs. 31-32)

### **1.6.1. Prevalencia de Burnout en otros países.**

Gangas, Navarrete & Suárez, (2017), citado en (Veliz, Dorner, Soto, & Arriagada, 2018), mencionan que las organizaciones actuales, se mueven dentro de sistemas cambiantes caracterizados por una creciente complejidad e híper competitividad, impulsada por la era tecnológica, lo cual incrementa el interés de realizar investigaciones donde estén implicadas las personas.

Gómez, Hernández & Méndez, (2014) citado en (Veliz et al., 2018), manifiestan que el estrés que presentan con mayor frecuencia es en los profesionales de la salud mismo que ha sido objeto de un alto interés en la investigación científica debido a los efectos socioemocionales de salud y económicos que tiene sobre las personas y las organizaciones en las que estos profesionales trabajan. Diversos estudios nacionales e internacionales demuestran los posibles efectos negativos del estrés laboral sobre la salud y el bienestar de este tipo de profesionales, lo cual se relacionaría con la presencia de bajos niveles de satisfacción laboral y vital.

Leão et al., (2017), citado en (Veliz et al., 2018), dan a conocer que es necesario identificar el nivel de estrés o desgaste profesional de los trabajadores de salud, pues el conocer su magnitud y formas de expresión permitiría generar acciones efectivas que contribuyan a anticipar la presencia de estrés y como consecuencia favorecer la salud mental y física, además del bienestar personal y laboral, para lograr un buen servicio a los usuarios que atiende el profesional.

Seguel, Valenzuela & Sanhueza (2015), citado en (Veliz et al., 2018), establecen que estudios con personal de enfermería, se ha encontrado que el ejercicio de esta profesión genera altos niveles de estrés debido a una estructura jerárquica inflexible, sistemas de turnos extensos, protocolos y reglamentos rígidos; horas extras, problemas interpersonales en el trabajo interdisciplinario; continua exposición a sufrimiento y pérdidas humanas; desequilibrio del sueño, mala alimentación y escaso tiempo para compartir con sus núcleos familiares; lo que genera un desequilibrio y estrés profesional.

### **Prevalencia de Burnout en Colombia**

Según (Gutierrez, Lobo, & Martinez, 2018), establecen que el objetivo del presente estudio fue establecer la prevalencia del síndrome de *Burnout* en los profesionales de enfermería que laboran en la Orinoquia colombiana, se tomó una muestra de 100 sujetos, la cual fue de carácter no probabilística con muestreo por intención; los enfermeros, se tomaron de los siguientes lugares de trabajo: diez de centros hospitalarios de segundo y tercer nivel, ocho de centros de atención primaria, seis de Secretarías Locales de Salud y tres de entidades del estado, el procedimiento para la recolección de información fue mediante la aplicación de entrevista a los participantes en cada ciudad de residencia. El instrumento utilizado fue Burnout Maslach Inventory validado en Colombia en el 2004, por Chávez y Castrillón. La prevalencia global del síndrome de Burnout para la muestra tomada fue del 16%, en los profesionales que laboran en el área hospitalaria fue de 25,5%, presentaron una prevalencia superior en un 19% con respecto a aquellos que laboran en otras áreas. Los enfermeros con síndrome de Burnout presentan un promedio más alto de horas de trabajo al día, y horas que trabaja al mes, comparados con los que no fueron clasificados con este síndrome.

### **Prevalencia de Burnout en México**

Palmer, Prince, Searcy & Compean (2007), citado en (Miranda., et al 2016), mencionan que en la ciudad de Mexicali, Baja California, en el Hospital de Gineco-pediatría con Medicina Familiar No 31 y en el Hospital General No 30, se estudiaron 368 sujetos; de estos, 345 (93.75 %) eran mujeres, con una edad media de 41.21 años (desviación estándar [DE]: 6.59); la antigüedad laboral fue de 15.87 años (DE: 6.12). La prevalencia de *burnout* en los profesionales de enfermería de los hospitales fue del 6.79 %, por lo tanto, la prevalencia obtenida fue menor a la reportada en otros estudios realizados en México.

Ocampo, Morales, Guillen, León & Ruiz (2013), citado en (Miranda., et al 2016), manifiestan que en el Hospital de las Culturas en Chiapas, se realizó un estudio referente al síndrome de *burnout* en el personal de enfermería; las encuestas fueron aplicadas a un total de 82 trabajadoras con dimensiones de este síndrome, lo cual, se observó alta carga emocional (95%),

alta despersonalización (47 %) y bajo logro personal (100 %), por lo, que se sugirió desarrollar un programa de gestión para disminuir el estrés.

Cogollo, et al., (2010), citado en (Miranda., et al 2016), mencionan que estudios realizados en otros países indican que el profesional de enfermería, se expone más a situaciones estresantes en los servicios donde se trabaja como el caso de las unidades de cuidados intensivos, en donde continuamente se toma decisiones de trascendencia en la atención de urgencia del paciente. Por ende, esta situación produce depresión, sentimientos de inferioridad, irritabilidad, problemas gastrointestinales, ansiedad, riesgo de padecer fatiga por compasión y *burnout*.

### **Prevalencia de Burnout en el Ecuador**

Macaya & Aranda (2020), citado en (Torres et al., 2021), establecen que la emergencia sanitaria derivada de la infección por Sars-CoV-2 ha saturado los sistemas sanitarios, deterioran la salud física y mental de los trabajadores de salud generan un incremento de la carga laboral, preocupación por la exposición a riesgos y peligros por la falta de equipos de protección, falta de apoyo en las instituciones, no sólo de su trabajo, sino que además de otras instituciones.

El objetivo fue determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y cómo se comporta con factores sociodemográficos y laborales asociados. Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, analítico, en profesionales de la salud de Ecuador de abril a septiembre de 2020. Se incluyeron a médicos especialistas y no especialistas, enfermeras y personal de apoyo a la salud, toman en cuenta factores asociados como la edad, el sexo, el lugar de trabajo, carga horaria y de pacientes. Se utilizó la prueba de Maslach de manera auto administrada, la cual está validada en el idioma y además ha sido utilizada en la mayoría de las investigaciones de Síndrome de Burnout.

Se incluyeron profesionales legalmente habilitados para su ejercicio en el territorio ecuatoriano que aceptaron participar en el estudio mediante un consentimiento informado. Se excluyeron encuestas incompletas. Se realizó un muestreo por cuotas, se identificaron grupos de médicos de acuerdo a los listados oficiales y se aplicó la encuesta por varias vías: mediante un acceso de auto aplicación y a través de llamada telefónica, se verificó en todos los casos su estatus profesional con la consulta en el registro de títulos con la cédula de identidad. La prevalencia de Síndrome de Burnout es elevada en los profesionales de la salud en Ecuador en un contexto

de pandemia, lo que pudo convertirse en un factor estresante. La distribución del Síndrome de Burnout no guardó relación con el sexo del profesional. Los profesionales más afectados eran los más jóvenes y los que no contaban con especialidad.

## **1.7. Intervención cognitivo conductual**

La terapia cognitiva conductual, propuesta por el Dr. Aaron Beck en la década de los 60, se refiere a un tratamiento estructurado, a corto plazo y orientado hacia el presente. Esta terapia está dirigida a resolver problemas actuales y modificar pensamientos y comportamientos disfuncionales, ideas irracionales, por ende, esta terapia ha mostrado resultados favorables en diferentes trastornos.

### **1.7.1. Terapias Cognitivo Conductual y el Síndrome de Burnout**

Según el Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales de las psicólogas Ruiz M., Fernández M., Díaz A. Villalobos. (2011) dice: La Terapia Cognitiva Conductual, se considera como un conjunto de técnicas eficaces, sin obedecer a ningún modelo terapéutico. Desde un punto de vista fenomenológico, se consigue señalar cuatro rasgos obvios de la TCC en la actualidad:

**Primero:** La Terapia Cognitivo Conductual es un ámbito de intervención en salud que trabaja con respuestas físicas, emocionales, cognitivas y conductuales desadaptadas, de carácter aprendido. Estas respuestas se han practicado a lo largo de tanto tiempo, que se han convertido en hábitos del repertorio comportamental del individuo. Sin embargo, los individuos no siempre conocen el carácter aprendido de sus hábitos y consideran que tienen poco o ningún control sobre ellos.

**Segundo:** Al tratarse de un ámbito de mejora de la salud, la Terapia cuenta con técnicas y programas específicos para diferentes problemas y trastornos, cuya aplicación cuenta con un tiempo limitado en comparación con otras psicoterapias a largo plazo. Aunque en la última época ha crecido el interés por los enfoques trans diagnósticos hacia la psicopatología y el tratamiento, la naturaleza orientada hacia problemas específicos de la TCC ha facilitado su caracterización como una terapia de tiempo limitado.

**Tercero:** Terapia Cognitivo Conductual tiene, en general, una naturaleza educativa que consigue ser más o menos explícita. La mayor parte de los procedimientos cuentan con módulos educativos, además de la conceptualización inicial del terapeuta sobre el problema y la lógica del tratamiento.

**Cuarto:** La Terapia Cognitivo Conductual posee en esencia un carácter auto-evaluador a lo largo de todo el proceso con continua referencia a la metodología experimental y énfasis en la validación empírica de los tratamientos, también ayuda a entender problemas complejos lo, que se adapta en partes más pequeñas. Esto le ayuda a ver cómo estas partes están conectadas entre sí y cómo le afectan. (Peña, 2019, págs. 32-33)

La Terapia Cognitivo Conductual como alternativa favorable a tratar el síndrome de Burnout, se sabe que este tipo de terapia actúan de la siguiente manera puesto que es una forma de entender cómo piensa uno acerca de sí mismo, de otras personas y del mundo que le rodea, y cómo lo que uno hace afecta a sus pensamientos y sentimientos. Además, consigue ayudar a cambiar la forma cómo piensa ("cognitivo") y cómo actúa ("conductual") y estos cambios le permiten ayudar a sentirse de manera satisfactoria. (Peña, 2019).

### **1.7.2. Técnicas de apoyo para Terapia Cognitivo Conductual**

Peña, (2019), manifiestan que las técnicas cognitivo-conductuales son muy útiles para combatir los pensamientos intrusivos, ideas irracionales. Esos que invaden la mente hasta cercarnos con su bruma tóxica, negativa y casi siempre invalidante. La mayoría de personas que sufrían depresión, crisis de ansiedad, estrés o qué hacían frente a cualquier tipo de trauma, tenían en su interior un segundo «yo» obsesivo, negativo lo que producía un diálogo negativo continuado donde era muy difícil propiciar avances. Tal era el interés del doctor Beck por comprender y resolver este tipo de dinámicas que cambió su línea terapéutica por otra que consideró mucho más útil.

Además, son eficaces en la práctica clínica. De este modo si se consigue transformar poco a poco los patrones de pensamiento, se reduce a su vez esa carga emocional negativa que a menudo atenaza, lo cual le hace generar cambios y conseguir que el comportamiento sea más integrativos y saludables en la persona.

### **1.7.3. Técnicas cognitivo-conductuales para los pensamientos intrusivos**

Peña, (2019), menciona que tener ideas obsesivas y de carácter negativo es una de las mayores fuentes de sufrimiento. Es un modo de intensificar aún más el ciclo de la ansiedad, de alimentar ese pozo que nos atrapa mientras se rodea de imágenes, impulsos y razonamientos poco útiles que empañan por completo la sensación de control. Si lo realizo o no la mente es una fábrica incesante de ideas y lamentablemente lo que produce no siempre tiene calidad ni nos ayuda lo más mínimo a alcanzar objetivos o a sentirnos mejor, por ende, todos optan al cabo del día ideas bastante absurdas y poco útiles. Sin embargo, en condiciones normales no les damos demasiada fuerza a esos razonamientos porque se prefiere priorizar los que nos dan ánimo, los que nos resultan útiles para el diario vivir

### **1.7.4. Técnicas cognitivo-conductuales que nos permiten ayudar en estos casos.**

#### **Registros de pensamiento**

Los registros de pensamiento nos permiten aplicar la lógica a muchos de los procesos mentales. “Por ejemplo”, se piensa en un empleado que teme perder su puesto de trabajo. De la noche a la mañana, empieza a obsesionarse con que sus supervisores, sus jefes o el equipo de dirección, según él opinan que cada cosa que hace está mal, es errónea o carece de calidad.

Entrar en este ciclo de pensamiento con la capacidad de acabar y provocar una profecía autocumplida. Es decir, a fuerza de pensar que cada cosa que hace está mal, tarde o temprano lo hace (por ejemplo, por caer en un estado de ánimo muy negativo). Así para tener una mayor sensación de control, equilibrio y coherencia, nada mejor que hacer registros de los pensamientos que nos atenazan. (Peña, 2019, págs. 37-38)

#### **Programación de actividades positivas**

Peña, (2019), dan a conocer que las técnicas cognitivo-conductuales más útiles en estos casos es programarnos actividades gratificantes en el diario vivir. Algo tan simple como «regalarnos tiempo de calidad» consigue resultados muy positivos, y lo que logra ante todo es romper con el ciclo rumiante de los pensamientos negativos. Estas actividades suelen ser muy simples y de corta duración: salir a tomar un café con un amigo, concederse un respiro, comprar un libro, hacer una buena comida que le genere placer, escuchar música, entre otras.

Estas actividades positivas están orientadas a interrumpir el pensamiento negativo. Por ello, es importante centrar la atención en las actividades que elija la persona. Es preferible que sean cortas y este concentrado a generar alegría realizarlos. Por ejemplo, diez minutos de respiración consciente es mucho más fructífero que respirar media hora con la atención dispersa.

### **Razonamiento emocional**

El razonamiento emocional es un tipo de distorsión muy frecuente. Por ejemplo, si hoy he tenido un mal día y me siento frustrado es que la vida, sencillamente, es poco más que un túnel sin salida. Otra idea común es pensar que, si alguien nos decepciona, me defrauda o me abandona, es que no merezco ser amado. Esta es otra de las técnicas cognitivo-conductuales más útiles que debemos aprender a desarrollar en el día a día. No podemos olvidar que nuestras emociones puntuales no son siempre indicativas de una verdad objetiva, son solo estados de ánimo momentáneos para comprender y gestionar. (Peña, 2019, pág. 40)

### **Habilidades Sociales**

Braz, Comodo, Prette, & Fontaine (2013), citado en (Esteves, Paredes, Calcina, & Yapuchura, 2020), establecen que las habilidades sociales, son la capacidad de las personas para organizar los pensamientos, sentimientos y acciones, algunas de estas son: expresar empatía, establecer y mantener relaciones interpersonales y resolución de problemas, además la persona en su entorno va a manifestar ciertas conductas en las distintas situaciones, que se encuentre en su diario vivir, las cuales consiguen ser actitudes tanto positivas como negativas.

Maturana (2007), citado en (Esteves., et al 2020), se establece “habilidades sociales, son un conjunto de hábitos que nos permiten mejorar las relaciones interpersonales, sentirnos bien, obtener lo que se busca, y conseguir que los demás no nos impidan lograr los objetivos” (pág. 18).

Roca (2005), citado en (Esteves., et al 2020), establecen las habilidades sociales como la “capacidad de relacionarnos con los demás en forma tal que se consiga un máximo de beneficios y un mínimo de consecuencias negativas, tanto a corto como a largo plazo; este incluye temas afines como asertividad, autoestima y la inteligencia emocional” (p. 18). Betina & Contini (2011), citado en (Esteves., et al 2020), mencionan “que habilidades sociales influyen en la

percepción que el adolescente tiene de sí mismo, de los otros y de la sociedad y le permiten responder de modo positivo ante situaciones de estrés” (pág. 18)

### **Creencia irracional**

Según Ellis & Becker (1982), citado en (Sánchez, Artica, & De la Cruz, 2020), afirman que la creencia irracional es dogmática y poco funcional, forja que la persona, se evalúe a sí mismo, a los demás y al mundo de una forma rígida y absoluta. Los “debo de” o las exigencias carentes de flexibilidad, juegan un papel gravitante en la perturbación psicológica de la persona, al generar emociones y comportamientos poco funcionales que interfieren con la obtención y logro de metas personales.

### **Pensamientos automáticos.**

Según Camacho (2003), citado en (Sánchez., et al 2017), manifiestan que los pensamientos automáticos poseen las siguientes características: son mensajes o proposiciones referidas a una situación concreta; no importa lo irracionales que sean: siempre son creídos, entran de forma espontánea en la mente, lo cual, se convierten en conscientes, tienden a dramatizar y exagerar lo negativo de la situación, es muy difícil de detectar y controlar porque, se entremezclan de forma inadvertida con el flujo del diálogo interno.

## **CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO.**

El diseño metodológico es un establecimiento de un plan en el, que se establece las destrezas e instrucciones que permiten la recogida de datos, y su procesamiento, análisis e interpretación con el propósito de dar respuesta a los problemas planteados en los objetivos de la investigación.

### **2.1. Tipo de Investigación**

La investigación tiene un enfoque cuantitativo, según (Hernández, Fernández, & Baptista, 2014), el enfoque cuantitativo “es la que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (pág. 4).

El diseño es no experimental, según, (Hernández., et al 2014), la investigación no experimental es aquella, que se realiza sin manipular deliberadamente variables. Lo que se hace en la investigación no experimental es observar fenómenos tal y cómo se dan en su contexto natural, para después analizarlos.

Es una investigación donde se describe de modo sistemático las características de una población, situación o área de interés, este tipo de estudio busca únicamente describir situaciones o acontecimientos; básicamente no está interesado en comprobar explicaciones, ni en probar determinadas hipótesis, ni en hacer predicciones. Con mucha frecuencia las descripciones, se hacen por encuestas (estudios por encuestas), aunque éstas también logran servir para probar hipótesis específicas y poner a prueba explicaciones. (Tamayo, 1999, pág. 44)

Además, la investigación es de tipo descriptivo, que se describe el desgaste profesional en los profesionales de salud. La investigación descriptiva, consiste, fundamentalmente, en caracterizar un fenómeno o situación concreta indica sus rasgos más peculiares o diferenciadores, por lo tanto, en esta investigación, se utiliza el Programa de SPSS, es una herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico.

Gerstman (2013), citado en (Rodríguez & Méndivelso, 2018), establecen que es de corte transversal ya que analiza datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre la población, además se clasifica como un estudio observacional de base individual que suele tener un doble propósito: descriptivo y analítico, además es conocido como estudio de prevalencia o

encuesta transversal; su objetivo primordial es identificar la frecuencia de una condición o enfermedad en la población estudiada.

## 2.2. Población

La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que cumple con una serie de criterios predeterminados. Es importante aclarar que cuando se habla de población de estudio, el término no se refiere exclusivamente a seres humanos, sino que también puede corresponder a animales, muestras biológicas, expedientes, hospitales, objetos, familias, organizaciones, etc.; para estos últimos, podría ser más adecuado utilizar un término análogo, como universo de estudio. Es primordial especificar la población de estudio porque al concluir la investigación a partir de una muestra de dicha población, será posible generalizar o extrapolar los resultados obtenidos del estudio hacia el resto de la población o universo. (Arias, Villasís, & Miranda, 2016)

Se trabajó con toda la población conformada por 326 profesionales de salud del Distrito de Salud 06d04 Colta- Guamote.

**Tabla 1:** *Distribución de la Población por especialidades de los profesionales de salud.*

<b>Especialidad</b>	
Especialista	25
Laboratorista	4
Psicólogo	2
Auxiliar de enfermería	30
Médico general	90
Odontólogo	24
Nutricionista	2
Paramédico	8
Enfermería	75
Obstetriz	16
Farmacéutica	2
Técnicas de atención primaria de Salud	48
<b>Total:</b>	<b>326</b>

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

**Tabla 2:** *Nacionalidad de la población los profesionales de salud*

Nacionalidad	
Ecuatoriano	324
Extranjero	2
<b>Total</b>	<b>326</b>

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

**Tabla 3:** *Los profesionales de salud estuvieron en los rangos de edad entre 20 y 60 años. La distribución es la siguiente:*

Edad	
20-30	108
30-40	113
40-50	67
50-60	28
60+	10
<b>Total</b>	<b>326</b>

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

**Tabla 4:** *Distribución de la población por Género de los profesionales de salud*

Género	
Hombre	100
Mujer	226
Otra	0
<b>Total</b>	<b>326</b>

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

**Tabla 5:** *Autoidentificación de la población de los profesionales de salud*

Autoidentificación	
Indígena	99
Mulata	
Blanca	4
Afroecuatoriana	
Montuvia	
Negra	
Mestiza	223
Otra	
<b>Total</b>	<b>326</b>

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

**Tabla 6:** *Estado civil de la población de los profesionales de salud*

<b>Estado civil</b>	
Soltero	146
Casado	158
Divorciado	18
Viudo	4
<b>Total</b>	<b>326</b>

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

**Tabla 7:** *Lugar de Residencia de la población de los profesionales de salud*

<b>Lugar de Residencia</b>	
Guamote	46
Colta	49
Riobamba	229
Otros	2
<b>Total</b>	<b>326</b>

**Fuente:** Ficha sociodemográfica

### 2.3. Tipo de recolección de datos

El método, que se utilizó para la recolección de datos es cuantitativo porque, se realizó mediante una ficha sociodemográfica y el cuestionario de Maslach Burnout Inventory.

Ficha sociodemográfica es una herramienta que permitió recolectar información general sobre la población.

El instrumento, que se utilizó para la investigación es el Cuestionario Maslach Burnout Inventory, creado Maslach y Jackson en 1986, es un instrumento más utilizado en todo el mundo, que su función es medir el desgaste profesional, es decir con la frecuencia y la intensidad con la, que se sufre el Burnout, consta de 22, ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes y su función es medir el desgaste profesional.

Mide los 3 aspectos del síndrome de Burnout:

1. Subescala de agotamiento o cansancio emocional. Valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo.

Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20). Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Valora el grado en que cada uno reconoce actitudes frialdad y distanciamiento. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22). Puntuación máxima 30.

3. Subescala de realización personal. Evalúa los sentimientos de autoeficiencia y realización personal en el trabajo. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21). Puntuación máxima 48.

La escala, se mide según los siguientes rangos:

0 = Nunca

1 = Pocas veces al año o menos

2 = Una vez al mes o menos

3 = Unas pocas veces al mes o menos

4 = Una vez a la semana

5 = Pocas veces a la semana

### **Confiabilidad del cuestionario de Burnout**

Este estudio explora la estructura factorial de una adaptación al castellano del «Maslach Burnout Inventory» (MBI). La muestra la integraron 559 profesionales de diferentes sectores ocupacionales. Se realizó un análisis factorial mediante Componentes Principales y rotación Varimax que presentó 4 factores con eigenvalues mayor que 1. En el primer factor, se agruparon los ítems de agotamiento emocional, en el segundo los de despersonalización, y en los factores tres y cuatro los ítems de realización personal en el trabajo. Posteriormente, se realizó otro análisis ajustado a tres la extracción de factores.

La solución factorial reprodujo la distribución de los ítems del manual, aunque los ítems 6, 12 y 16, se encontraban en más de una subescala. A la luz de los resultados obtenidos y de las conclusiones ofrecidas en estudios similares, el cuestionario, se sabe considerar válido y fiable en la versión adaptada al castellano. (Gil & Peiró, 1999, pág. 679)

El objetivo de este estudio instrumental fue adaptar la versión española del Inventario de Burnout de Maslach (MBI-HSS) en una muestra ( $n = 544$ ) de psicólogos y psiquiatras argentinos de entre 23 y 71 años de edad, cuyos métodos para evaluar fue la estructura interna del instrumento, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) por medio del método de estimación de Máxima Verosimilitud robusto. La consistencia interna, se calculó mediante el coeficiente de confiabilidad compuesta ( $fc$ ), logran los resultados que el modelo inicial mostró índices de ajuste aceptables ( $CFI = .87$ ,  $TLI = .86$ ;  $RMSEA = .06$ ;  $SRMR = .07$ ). Tras la eliminación del ítem 12 del análisis, el ajuste del modelo mejoró satisfactoriamente ( $CFI = .91$ ,  $TLI = .90$ ,  $RMSEA = .05$ ,  $SRMR = .06$ ) mejoran la estructura trifactorial. El cálculo de consistencia interna arrojó valores considerados muy buenos ( $fc > .70$ ) “en la cual”, se concluye que el MBI-HSS es una escala fiable y válida para la evaluación del Burnout en psicólogos y psiquiatras argentinos. Se discuten los resultados y sus posibles implicaciones en futuras investigaciones. (Gilla, Giménes, Moran, & Olaz, 2019, pág. 179)

El cuestionario MBI-GS ha sido utilizado ampliamente y traducidos a diferentes idiomas, mostrando variaciones en los resultados de fiabilidad y validez, lo cual sugiere que el contexto cultural se relaciona con la interpretación del constructo. El presente trabajo tiene como objetivo la adaptación y validación del MBI-GS en una población ecuatoriana. El muestreo es no probabilístico a conveniencia, conformado por 191 trabajadores, a los cuales se les aplicó el cuestionario adaptado. Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.77, la adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0.84 y a través del método de Componentes Principales con rotación Varimax se obtuvieron cuatro dimensiones que explicaron 73.977 % de la varianza total. De los factores extraídos, el componente I es el de mayor peso factorial y equivalente a la dimensión de eficacia profesional, el componente II a agotamiento emocional, el componente III a cinismo sin el ítem 13, el cual integra el componente IV. Los resultados del cuestionario adaptado a nuestro medio mostraron buenos indicadores de validez y fiabilidad para medir el síndrome de burnout. (Ochoa & Pacheco, 2019, pág. 1)

Los datos de fiabilidad del Cuestionario de Burnout de la presente investigación, se obtuvieron por medio del coeficiente de confiabilidad Alfa de Cronbach, misma que existe una confiabilidad del test con un 0.88 en el total de las subescalas.

En las siguientes tablas, se observa la confiabilidad de cada una de las sub escalas del cuestionario que son: Subescala de agotamiento o cansancio emocional, Subescala de despersonalización, Subescala de realización personal.

**Tabla 8:** *Confiabilidad de la subescala de cansancio emocional*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,834	9

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 9:** *Confiabilidad de la subescala de Despersonalización*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,715	5

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 10:** *Confiabilidad de la subescala de Realización personal*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,831	8

**Fuente:** Elaboración propia

**Tabla 11:** *Fiabilidad del total de las sub escalas*

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,880	22

**Fuente:** Elaboración propia

## 2.4. Procesamiento y análisis de la información.

La investigación, se realizó gracias al apoyo de los señores directores de las Unidades de Salud, en la cual enviaron el Cuestionario de Burnout, el cuestionario, se realizó por medio digital a través de una herramienta *Google Forms*, en la que se envió de manera colectiva. Las respuestas fueron enviadas automáticamente hacia el programa, por ende, se convirtió en forma de Excel, donde posteriormente se inició por la tabulación e interpretación de las diferentes respuestas de

los profesionales de salud por medio del programa SPSS. El programa estadístico tiene como procedimiento interpretar datos y analizarlos por medio de tablas estadísticas, por lo tanto, se inicia el análisis de tipo estadístico descriptivo correspondiente a la investigación.

Se realizó el análisis de las tres sub escalas del cuestionario, con cada una de las especialidades de salud, además con los datos sociodemográficos.

## **2.5. Características de la institución.**

Se realizó en el Distrito de Salud 06d04 Colta- Guamote, está ubicado en el cantón Colta. El Cantón Colta, se encuentra ubicado en la parte Noroccidental de la Provincia de Chimborazo, a 18 Km. de la ciudad de Riobamba y a 206 Km. de Quito.

Asentada a los pies del histórico cerro Cushca, y al Norte del valle de la Antigua Liribamba, formada por las cuencas que forman los ríos Sicalpa y Cajabamba con una altitud de 3.180 m.s.n.m

Total, de la población de Colta y Guamote, es de 102.028. de personas.

### **La Dirección Distrital de Salud, se gestiona a través de las siguientes unidades:**

- Asesoría Jurídica
- Comunicación, Imagen y Prensa
- Planificación
- Administrativo Financiero
- Tecnologías de la Información y Comunicaciones
- Ventanilla Única de Atención al Usuario
- Unidad Distrital de Vigilancia de la Salud Pública
- Unidad Distrital de Promoción de la Salud e Igualdad
- Unidad Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud.

## **Misión**

Ejercer como Autoridad Sanitaria Nacional, la rectoría, regulación, planificación, coordinación, control y gestión de la Salud Pública ecuatoriana a través de la gobernanza, vigilancia de la salud pública, provisión de servicios de atención integral, prevención de enfermedades, promoción de la salud e igualdad, investigación y desarrollo de la ciencia y tecnología y la articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho a la Salud.

## **Visión**

Es la Institución que ejerce plenamente la gobernanza del Sistema Nacional de Salud, con un modelo referencial en Latinoamérica que priorice la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, con altos niveles de atención de calidad con calidez, garantiza la salud integral de la población y el acceso universal a una red de servicios, con la participación coordinada de organizaciones públicas, privadas y de la comunidad.

## **Sus atribuciones y responsabilidades son:**

- Dirigir la aplicación de las políticas de Salud, en el ámbito de su competencia;
- Organizar y conducir la red de servicios de salud pública y complementaria del nivel distrital y los entes administrativos sujetos a su jurisdicción;
- Aprobar el plan anual de la política pública del nivel distrital y los entes administrativos sujetos a su jurisdicción;
- Conducir gerencialmente las unidades de planificación, técnica y administrativa financiera orientada a un trabajo técnico, objetivo e integral de salud;
- Disponer la elaboración del plan de fortalecimiento de las capacidades institucionales del nivel distrital, para la implementación del Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario e Intercultural en la red de servicios de salud;
- Promover alianzas estratégicas en el distrito para el cumplimiento del plan de fortalecimiento;

- Realizar el análisis de situación de salud y mantener un subsistema de alerta para la detección oportuna y control de brotes;
- Aprobar y disponer la elaboración de la proforma presupuestaria del distrito y monitorear su ejecución presupuestaria;

## Valores

- **Respeto.** - No todas las personas son iguales y merecen mejor servicio por lo, que se hace un compromiso de respetar su dignidad y a atender sus necesidades toma en cuenta, en todo momento sus derechos.
- **Inclusión.** – Se reconoce que los grupos sociales son distintos y valorar sus diferencias.
- **Vocación de servicio.** - La labor diaria, se hace con pasión.
- **Compromiso.** - A que las capacidades cumplan con todo aquello, que se nos ha confiado.
- **Integridad.** – Se tiene la capacidad de decidir responsablemente sobre el comportamiento.
- **Justicia.** – Se cree que todas las personas tienen las mismas oportunidades y, se trabaja para ello.
- **Lealtad.** - Confianza y defensa de los valores principios y objetivos de la entidad garantiza los derechos individuales y colectivos.

## 2.6. Propuesta de Investigación

Para la realización de este proyecto, se procedió recolectando información con respecto a estudios realizados de suma importancia, así como estudios del desgaste profesional dentro de los últimos cinco años, misma que determinaba la eficacia de métodos y técnicas, los cuales se planteaban para la presente investigación. Una vez recolectada la información, se sometió a un análisis para determinar su validez y utilidad dentro de la investigación. Luego se seleccionó el instrumento de recolección de datos que es el cuestionario de Burnout, en varias investigaciones lo han utilizado, logran resultados positivos en dichas investigaciones, se confirmó su validez, confiabilidad para asegurar la fiabilidad de los resultados.

Posteriormente, se escogió la población con la que se trabajó, al observar la importancia de la investigación con todo el personal, no se seleccionó una muestra si no trabajar con todo el

personal de salud del Distrito de Salud 06d04 Colta- Guamote, misma que está conformada de 326 profesionales de salud. Además, la aplicación del reactivo y la recolección de información, se realizó de manera colectiva, vía *online* por causa de la emergencia sanitaria (COVID-19) por lo cual, el reactivo fue transcrito por la plataforma *Google Forms* y enviados a los señores directores de las Instituciones de Salud para que posteriormente envíe a cada uno de los profesionales de salud, la duración fue de 10 a 15 minutos. Para al final determinar a través de datos estadísticos el desgaste profesional de los profesionales de salud.

Finalmente, se elaboró una propuesta de intervención cognitivo- conductual para reducir el desgaste profesional en los profesionales de salud.

### CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

El análisis de los resultados es la parte final de la investigación en la, que se procesa toda la información del estudio; se desprende ordenadamente según los objetivos que guiaron la presente propuesta.

#### 3.1. Análisis de resultados del Cuestionario de Maslach Burnout

El cuestionario de Burnout está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo. Su función es medir el desgaste profesional.

De la misma manera en referencia a los baremos de calificación del cuestionario de Burnout, se trabaja en 3 sub escalas donde, se encuentra: el cansancio emocional, despersonalización y realización personal, las mismas que a su vez, se tiene sus valores de referencia: bajo, medio y alto; según todo lo mencionado se toma en cuenta para el análisis correspondiente entre las especialidades y las sub escalas del Cuestionario de Burnout.

A continuación, en la tabla 12, se precisan los resultados mediante el mínimo (Min), Máximo (Máx), la media aritmética (M) y desviación estándar (Ds).

**Tabla 12:** *Estadística Descriptiva de las Sub Escalas del Cuestionario de Burnout.*

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Desviación
Especialidad	326	1	12	6,94	3,220
Cansancio emocional	326	1	3	2,52	0,700
Despersonalización	326	1	3	2,90	0,361
Realización Personal	326	1	3	1,37	0,646
N válido (por lista)	326				

**Fuente:** Elaboración propia

Dentro de la población de estudio 326 profesionales de salud, se encontró 12 especialidades, una vez aplicado el cuestionario de burnout se dividen en tres dimensiones, primera cansancio emocional teniendo como mínima 1, ya que es una dimensión, el cansancio emocional, 3 máximo porque en total son tres dimensiones cansancio emocional, despersonalización, realización personal, entonces la media es 2,52 es decir que hay más casos de cansancio emocional, mientras que la desviación estándar es una medida de dispersión en la que representa el promedio de la distancia que hay entre los datos por lo tanto hay una mayor distancia para el

cansancio emocional que equivale al 0,70, la segunda es la despersonalización se encontró como mínima 1, máximo 3, con una media de 2,90 indicando una tendencia a la despersonalización y la desviación estándar de 0,36, es decir, que hay una menor distancia de promedio de despersonalización, de la tercera dimensión que es la realización personal, se obtuvo como mínimo 1, máximo 3, obteniendo una media de 1,37 por ende presenta una baja realización personal.

### **Análisis de la Frecuencia de burnout por especialidad**

**Tabla 13:** *Frecuencia de Especialidades*

		Especialidad		Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
		Frecuencia	Porcentaje		
Válido	Especialista	25	7,7	7,7	7,7
	Laboratorista	4	1,2	1,2	8,9
	Psicólogo	2	,6	,6	9,5
	Aux de enfermería	30	9,2	9,2	18,7
	Médico General	90	27,6	27,6	46,3
	Odontólogos	24	7,4	7,4	53,7
	Nutricionista	2	,6	,6	54,3
	Paramédico	8	2,5	2,5	56,7
	Enfermería	75	23,0	23,0	79,8
	Obstetriz	16	4,9	4,9	84,7
	Farmacéutica	2	,6	,6	85,3
	TAPS	48	14,7	14,7	100,0
	Total	326	100,0	100,0	

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla 13, se visualiza que de los 326 profesionales de salud, se encuentra 25 especialistas equivalente al 7,7, 4 laboratoristas equivalente al 1,2, 2 psicólogos equivalente al 0,6, 30 Auxiliares de enfermería equivalente al 9,2, 90 médicos generales equivalente 27,6, 24 Odontólogos equivalente al 7,4, 2 nutricionistas equivalente al 0,6, 8 paramédicos equivalente al 2,5, 75 enfermeros equivalente al 23,0, 16 obstetricas equivalente al 4,9, 2 farmacéuticos equivalente al 0,6 y 48 técnicos de atención primaria de la salud equivalente al 14,7.

**Tabla 14:** *Frecuencia de Profesionales con Cansancio Emocional*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo CE	39	12,0	12,0	12,0
	Medio CE	78	23,9	23,9	35,9
	Alto CE	209	64,1	64,1	100,0
	Total	326	100,0	100,0	

**Fuente:** Elaboración propia

Según el cuestionario de Burnout aplicado a 326 profesionales de salud que trabajan en el Distrito 06D04 Colta- Guamote, se encontró que 39 profesionales presentan bajo cansancio emocional que equivale al 12 % de la población de estudio, 78 profesionales presentan medio cansancio emocional correspondiente al 23.9 % y 209 profesionales presentan alto cansancio emocional correspondiente al 64.1%; según la investigación realizada por Bianchini, ( 1997), da a conocer que el profesional comienza a manifestar respuestas emocionales (actitudes, sentimientos, pensamientos, otras) inadecuadas que pueden volverse crónicas, ya que la energía de los mecanismos de ajuste y adaptación y de los recursos internos se ha debilitado. Generalmente los profesionales deben manejar un estrés que es normal en el área de salud y la forma cómo se sobreponen a dicho estrés, es haciéndose de una armadura de despreocupación, la cual puede llegar a ser tan fuerte que no le permita involucrarse afectivamente con las personas a las que ayuda.

En base a los datos encontrados al momento da a conocer que el 64.1% presentan problemas en su desempeño ocasionado por su cansancio emocional, es decir, se sienten exhaustos emocionalmente por las demandas del trabajo, alta carga laboral; relatan estar cansados al final de la jornada, cada día se sienten fatigados, existe cansancio por hacer horas extras, manifiestan estar desgastados, en diferentes situaciones existe frustración por la situación de emergencia que viven las instituciones de salud por el COVID-19, por lo tanto, con el incremento de casos de COVID-19 en los últimos días, los profesionales de la salud especialmente los de las zonas más afectadas se encuentran bajo una enorme presión. Se evidencia sintomatología ansiosa, temor a contagiar a la familia, a morir, a ver morir a familiares y amigos lo cual genera incertidumbre, inseguridad y angustia.

**Tabla 15:** *Frecuencia de Profesionales con Despersonalización*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo D	6	1,8	1,8	1,8
	Medio D	22	6,7	6,7	8,6
	Alto D	298	91,4	91,4	100,0
	Total	326	100,0	100,0	

**Fuente:** Elaboración propia

Tras la aplicación del cuestionario de Burnout, se encuentra que de los 326 profesionales de salud, 6 profesionales presentan baja despersonalización equivalente al 1,8%, 22 profesionales media despersonalización correspondiente al 6,7% y 298 profesionales presentan niveles altos de despersonalización que equivale al 91,4 % de la población, es decir, sienten que atienden a algunos pacientes con frialdad, presentan dureza con algunas personas, e incluso piensan que los pacientes les culpan por algunos de los problemas que presentan.

**Tabla 16:** *Frecuencia de Profesionales con Realización Personal*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Bajo RP	237	72,7	72,7	72,7
	Medio RP	59	18,1	18,1	90,8
	Alto RP	30	9,2	9,2	100,0
	Total	326	100,0	100,0	

**Fuente:** Elaboración propia

Posterior a la aplicación del cuestionario de Burnout, se encontró que de los 326 profesionales, se encontró que 30 presentan alta realización personal equivalente al 9,2%, 59 medio equivalente al 18,1 %, 237 presentan baja equivalente al 72,7% de la población, por lo tanto no presentan altos niveles de realización personal, es decir no presentan facilidad para atender a los pacientes los mismos no cuentan con los insumos necesarios de protección necesarios para el personal que atiende a pacientes con COVID-19, no tratan con mucha eficacia los problemas de los pacientes debido al miedo de contagio del virus, presentan menos energía en sus funciones.

**Tabla 17: Cansancio emocional por especialidad****Tabla cruzada Especialidad Cansancio emocional**

Especialidad	Especialista		Cansancio emocional			Total
			Bajo CE	Medio CE	Alto CE	
	Especialista	Recuento	0	8	17	25
		% dentro de Cansancio emocional	0,0%	10,3%	8,1%	7,7%
	Laboratorista	Recuento	1	1	2	4
		% dentro de Cansancio emocional	2,6%	1,3%	1,0%	1,2%
	Psicólogo	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Cansancio emocional	0,0%	0,0%	1,0%	0,6%
	Aux de enfermería	Recuento	7	5	18	30
		% dentro de Cansancio emocional	17,9%	6,4%	8,6%	9,2%
	Médico General	Recuento	13	21	56	90
		% dentro de Cansancio emocional	33,3%	26,9%	26,8%	27,6%
	Odontólogos	Recuento	3	6	15	24
		% dentro de Cansancio emocional	7,7%	7,7%	7,2%	7,4%
	Nutricionista	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Cansancio emocional	0,0%	0,0%	1,0%	0,6%
	Paramédico	Recuento	1	1	6	8
		% dentro de Cansancio emocional	2,6%	1,3%	2,9%	2,5%
	Enfermería	Recuento	5	21	49	75
		% dentro de Cansancio emocional	12,8%	26,9%	23,4%	23,0%
	Obstetriz	Recuento	4	2	10	16
		% dentro de Cansancio emocional	10,3%	2,6%	4,8%	4,9%
	Farmacéutica	Recuento	0	0	2	2
		% dentro de Cansancio emocional	0,0%	0,0%	1,0%	0,6%
	TAPS	Recuento	5	13	30	48
		% dentro de Cansancio emocional	12,8%	16,7%	14,4%	14,7%
Total		Recuento	39	78	209	326
		% dentro de Cansancio emocional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

De acuerdo a la especialidad, se pudo obtener que 25 profesionales de especialidad especialistas 0 presenta bajo cansancio emocional que equivale al 0,0%, 8 presentan medio equivalente al

10,3%, 17 presentan alto equivalente al 8,1%; de los 4 profesionales de especialidad de laboratorio, 1 presenta bajo equivalente al 2,6%, 1 presenta medio que equivale al 1,3%, 2 presentan alto equivalente a 1,0%; de los 2 profesionales de especialidad psicólogo clínico, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 2 presentan alto que equivale al 1,0%; de los 30 profesionales de especialidad auxiliares de enfermería, 7 presentan bajo equivalente al 17,9%, 5 presentan medio equivalente al 6,4%, 18 presentan alto equivalente al 8,6%; de los 90 profesionales de especialidad médicos generales, 13 presentan bajo equivalente 33,3%, 21 presentan medio equivalente al 26,9%, 56 presentan alto equivalente al 26,8%; de los 24 profesionales de especialidad odontólogos, 3 presentan bajo equivalente 7,7%, 6 presentan medio lo que equivale 7,7%, 15 presentan alto equivalente al 7,2%; de los 2 profesionales de especialidad nutrición, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 2 presentan alto equivalente al 1,0%; de los 8 profesionales de especialidad paramédicos, 1 presenta bajo que equivale al 2,6%, 1 presenta medio equivalente al 1,3%, 6 presentan alto equivalente al 2,9%; de los 75 profesionales de especialidad de enfermería, 5 presentan bajo equivalente al 12,8%, 21 presentan medio equivalente al 26,9%, 49 presentan alto equivalente al 23,4%, de las 16 profesionales de especialidad obstetricia, 4 presentan bajo equivalente 10,3%, 2 presentan medio equivalente al 2,6%, 10 presentan alto equivalente al 4,8%; de los 2 profesionales de especialidad de bioquímica y farmacia, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 2 presentan alto equivalente al 1,0%; de los 48 profesionales de especialidad técnico de atención primaria de salud, 5 presentan bajo equivalente al 12,8%, 13 presentan medio lo que equivale al 16,7%, 30 presentan alto equivalente al 14,4%, por ende los profesionales de salud presentan altos niveles de cansancio emocional, es decir se sienten exhaustos emocionalmente por las demandas del trabajo, alta carga laboral, por las horas extras que realizan, cada día, se sienten fatigados, por la situación de emergencia que viven las instituciones de salud por el COVID-19, se encuentran bajo una enorme presión.

**Tabla 18: Despersonalización por especialidad****Tabla cruzada Especialidad Despersonalización**

Especialidad	Especialista		Despersonalización			Total
			Bajo D	Medio D	Alto D	
		Recuento	0	1	24	25
		% dentro de Despersonalización	0,0%	4,5%	8,1%	7,7%
	Laboratorista	Recuento	0	0	4	4
	Laboratorista	% dentro de Despersonalización	0,0%	0,0%	1,3%	1,2%
	Psicólogo	Recuento	1	0	1	2
	Psicólogo	% dentro de Despersonalización	16,7%	0,0%	0,3%	0,6%
	Aux de enfermería	Recuento	2	5	23	30
	Aux de enfermería	% dentro de Despersonalización	33,3%	22,7%	7,7%	9,2%
	Médico General	Recuento	2	8	80	90
	Médico General	% dentro de Despersonalización	33,3%	36,4%	26,8%	27,6%
	Odontólogos	Recuento	1	0	23	24
	Odontólogos	% dentro de Despersonalización	16,7%	0,0%	7,7%	7,4%
	Nutricionista	Recuento	0	0	2	2
	Nutricionista	% dentro de Despersonalización	0,0%	0,0%	0,7%	0,6%
	Paramédico	Recuento	0	0	8	8
	Paramédico	% dentro de Despersonalización	0,0%	0,0%	2,7%	2,5%
	Enfermería	Recuento	0	3	72	75
	Enfermería	% dentro de Despersonalización	0,0%	13,6%	24,2%	23,0%
	Obstetriz	Recuento	0	5	11	16
	Obstetriz	% dentro de Despersonalización	0,0%	22,7%	3,7%	4,9%
	Farmacéutica	Recuento	0	0	2	2
	Farmacéutica	% dentro de Despersonalización	0,0%	0,0%	0,7%	0,6%
	TAPS	Recuento	0	0	48	48
	TAPS	% dentro de Despersonalización	0,0%	0,0%	16,1%	14,7%
	Total	Recuento	6	22	298	326
	Total	% dentro de Despersonalización	100,0 %	100,0 %	100,0 %	100,0 %

Fuente: Elaboración propia

De acuerdo a la especialidad, se pudo obtener que 25 profesionales de especialidad especialistas 0 presentan baja despersonalización equivalente al 0,0%, 1 presenta medio equivalente al 4,5%, 24 presentan alto equivalente al 8,1%; de los 4 profesionales de especialidad de laboratorio 0

presentan baja equivalente al 0,0%, 0 medio equivalente al 0,0%, 4 alto equivalente al 1,3%; de los 2 profesionales de especialidad psicólogo clínico, 1 presenta baja equivalente al 16,7%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 1 presenta alto equivalente al 0,3%; de los 30 profesionales de especialidad auxiliares de enfermería, 2 presentan baja equivalente al 33,3%, 5 medio equivalente al 22,7%, 23 alto 7,7%; de los 90 profesionales de especialidad médicos generales 2 presentan baja equivalente al 33,3%, 8 presentan medio equivalente al 36,4%, 80 presentan alto equivalente al 26,8%; de los 24 profesionales de especialidad odontólogos, 1 presenta baja equivalente al 16,7%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 23 presentan alto equivalente al 7,7%; de los 2 profesionales de especialidad nutrición, 0 presenta baja equivalente al 0,0%, 0 medio equivalente al 0,0%, 2 alto equivalente al 0,7%; de los 8 profesionales de especialidad paramédicos, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 0 presenta medio equivalente al, 0,0%, 8 presentan alto equivalente al 2,7%; de los 75 profesionales de especialidad enfermería, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 3 presentan medio equivalente al 13,6%, 72 presentan alto equivalente al 24,2%; de las 16 profesionales de especialidad obstetricia, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 5 presentan medio equivalente al 22,7%, 11 presentan alto equivalente al 3,7%; de los 2 profesionales de especialidad bioquímica y farmacia, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 2 presentan alto equivalente al 0,7%; de los 48 profesionales de especialidad técnicos de atención primaria de salud, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 48 presentan alto equivalente al 16,1%, por lo tanto los profesionales presentan altos niveles de despersonalización, es decir sienten que tratan a algunos pacientes con frialdad, presentan dureza con algunas personas, desarrollan actitudes insensibles y negativas hacia sus pacientes.

**Tabla 19:** Realización personal por especialidad.

		Realización Personal			Total	
		Bajo RP	Medio RP	Alto RP		
Especialidad	Especialista	Recuento	21	3	1	25
		% dentro de Realización Personal	8,9%	5,1%	3,3%	7,7%
	Laboratorista	Recuento	2	1	1	4
		% dentro de Realización Personal	0,8%	1,7%	3,3%	1,2%
	Psicólogo	Recuento	0	1	1	2
		% dentro de Realización Personal	0,0%	1,7%	3,3%	0,6%
	Aux de enfermería	Recuento	25	3	2	30
		% dentro de Realización Personal	10,5%	5,1%	6,7%	9,2%
	Médico General	Recuento	62	19	9	90
		% dentro de Realización Personal	26,2%	32,2%	30,0%	27,6%
	Odontólogos	Recuento	16	5	3	24
		% dentro de Realización Personal	6,8%	8,5%	10,0%	7,4%
	Nutricionista	Recuento	1	1	0	2
		% dentro de Realización Personal	0,4%	1,7%	0,0%	0,6%
	Paramédico	Recuento	6	2	0	8
		% dentro de Realización Personal	2,5%	3,4%	0,0%	2,5%
	Enfermería	Recuento	56	12	7	75
		% dentro de Realización Personal	23,6%	20,3%	23,3%	23,0%
	Obstetriz	Recuento	13	2	1	16
		% dentro de Realización Personal	5,5%	3,4%	3,3%	4,9%
	Farmacéutica	Recuento	2	0	0	2
		% dentro de Realización Personal	0,8%	0,0%	0,0%	0,6%
	TAPS	Recuento	33	10	5	48
		% dentro de Realización Personal	13,9%	16,9%	16,7%	14,7%
Total		Recuento	237	59	30	326
		% dentro de Realización Personal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

De acuerdo a la especialidad, se pudo obtener que 25 profesionales de especialidad especialistas, 21 presentan baja realización personal equivalente al 8,9%, 3 presentan medio equivalente al 5,1%, 1 presenta alto equivalente al 3,3%, de los 4 profesionales de especialidad laboratoristas,

2 presentan bajo equivalente al 0,8%, 1 presenta medio equivalente al 1,7%, 1 presenta alto equivalente al 3,3%; de los 2 profesionales de especialidad psicólogo clínico, 0 presenta bajo equivalente al 0,0%, 1 presenta medio equivalente al 1,7%, 1 presenta alto equivalente al 3,3%; de los 30 profesionales de especialidad auxiliar de enfermería, 25 presentan bajo equivalente al 10,5%, 3 presentan medio al 5,1%, 2 presentan alto equivalente al 6,7%; de los 90 profesionales de especialidad médicos generales, 62 presentan bajo equivalente a 26,2%, 19 presentan medio equivalente al 32,2%, 9 presentan alto equivalente al 30,0%; de los 24 profesionales de especialidad odontología, 16 presentan bajo equivalente a 6,8%, 5 presentan medio equivalente a 8,5%, 3 presentan alto equivalente al 10,0%; de los 2 profesionales de especialidad de nutrición, 1 presenta bajo equivalente a 0,4%, 1 presenta medio equivalente al 1,7%, 0 presenta alto equivalente al 0,0%; de los 8 profesionales de especialidad paramédico, 6 presentan bajo equivalente 2,5%, 2 presentan medio equivalente a 4,3%, 0 presenta alto equivalente a 0,0%; de los 75 profesionales de especialidad enfermería, 56 presentan bajo equivalente a 23,6%, 12 presentan medio equivalente a 20,3%, 7 presentan alto equivalente a 23,3%; de las 16 profesionales de especialidad obstetricia, 13 presentan bajo equivalente al 5,5%, 2 presentan medio equivalente al 3,4%, 1 presenta alto equivalente a 3,3%; de los 2 profesionales de especialidad bioquímico y farmacia, 2 presentan bajo equivalente al 0,8%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 0 presenta alto equivalente al 0,0%; de los 48 profesionales de especialidad técnico de atención primaria de salud, 33 presentan bajo equivalente a 13,9%, 10 presentan medio equivalente a 16,9%, 5 presentan alto equivalente a 16,7%, es decir no presentan altos niveles de realización personal, no presentan facilidad para atender a los pacientes, tampoco cuentan con los instrumentos necesarios para atender de manera satisfactoria a sus pacientes, no tratan con mucha eficacia los problemas de los pacientes debido al miedo de contagio del virus del COVID 19, no sienten que cambian positivamente en la vida de otras personas a través de sus funciones que desempeñan, no logran crear con facilidad un clima agradable con los pacientes.

## Análisis de Burnout según el género

**Tabla 20:** *Cansancio emocional según el género*

		Cansancio emocional			Total	
		Bajo CE	Medio CE	Alto CE		
Género	Hombre	Recuento	11	20	69	100
		% dentro de Cansancio emocional	28,2%	25,6%	33,0%	30,7%
	Mujer	Recuento	28	58	140	226
		% dentro de Cansancio emocional	71,8%	74,4%	67,0%	69,3%
Total		Recuento	39	78	209	326
		% dentro de Cansancio emocional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

Se visualiza que 11 hombres presentan bajo cansancio emocional equivalente a 28,2%, 20 presentan medio equivalente a 25,6%, 69 presentan alto equivalente a 33,0%, mientras que 28 mujeres presentan bajo equivalente a 71,8%, 58 presentan medio equivalente a 74,4%, 140 presentan alto equivalente a 67,0%, se evidencia un mayor cansancio emocional en las mujeres, con el 67%, es decir, sienten fatiga que se manifiesta física o psíquicamente mezclado con una sensación de no dar más de sí mismas a los demás, se explicaría por un baja satisfacción en el trabajo en sí mismo, es importante considerar que las mujeres no solo desempeñan un valioso rol como la labor doméstica, al estar pendientes de la educación virtual de sus hijos entre otros factores, sumado a ello en el ámbito profesional basada en altas cargas laborales que generan angustia, temor al contagio del COVID 19 entre otros.

**Tabla 21:** *Despersonalización según el género*

		Despersonalización			Total	
		Bajo D	Medio D	Alto D		
Género	Hombre	Recuento	1	8	91	100
		% dentro de Despersonalización	16,7%	36,4%	30,5%	30,7%
	Mujer	Recuento	5	14	207	226
		% dentro de Despersonalización	83,3%	63,6%	69,5%	69,3%
Total		Recuento	6	22	298	326
		% dentro de Despersonalización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

Se consigue visualizar que el hombre presenta baja despersonalización equivalente a 16,7%, 8 presentan medio equivalente a 36,4%, 91 presentan alto equivalente a 30,5%; mientras que 5 mujeres presentan bajo equivalente a 83,3%, 14 presentan medio equivalente a 63,6%, 207 presentan alto equivalente a 69,5%, es decir las mujeres presentan altos niveles de despersonalización con el 69,5% en comparación con el hombre debido a las alta carga laborales horas extras, por ende desencadena una inadecuada inatención a los usuarios, e incluso decisión de aislamiento de sus familiares como forma de protección.

**Tabla 22:** *Realización Personal según el género*

		Realización Personal			Total	
		Bajo RP	Medio RP	Alto RP		
Género	Hombre	Recuento	62	26	12	100
		% dentro de Realización Personal	26,2%	44,1%	40,0%	30,7%
	Mujer	Recuento	175	33	18	226
		% dentro de Realización Personal	73,8%	55,9%	60,0%	69,3%
Total		Recuento	237	59	30	326
		% dentro de Realización Personal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

Se visualiza que 62 hombres presentan baja realización personal equivalente a 26,2%, 26 presentan medio equivalente a 44,1%, 12 presentan alto equivalente a 40,0%; mientras que 175 mujeres presentan bajo equivalente 73,8%, 33 presentan medio equivalente 55,9%, 18 presentan alto equivalente al 60%, entonces no presentan niveles altos de realización personal.

## Análisis de Burnout según el estado civil

**Tabla 23:** *Cansancio emocional según el estado civil*

		Cansancio emocional			Total	
		Bajo CE	Medio CE	Alto CE		
Estado Civil	Soltero	Recuento	20	40	86	146
		% dentro de Cansancio emocional	51,3%	51,3%	41,1%	44,8%
	Casado	Recuento	16	33	109	158
		% dentro de Cansancio emocional	41,0%	42,3%	52,2%	48,5%
	Divorciado	Recuento	2	4	12	18
		% dentro de Cansancio emocional	5,1%	5,1%	5,7%	5,5%
	Viudo	Recuento	1	1	2	4
		% dentro de Cansancio emocional	2,6%	1,3%	1,0%	1,2%
Total		Recuento	39	78	209	326
		% dentro de Cansancio emocional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla, se visualiza que de los 146 profesionales solteros 20 profesionales presentan bajo cansancio emocional equivalente a 51,3%, 40 profesionales medio equivalente a 51,3%, 86 presentan alto equivalente a 41,1%; mientras que de los 158 profesionales casados 16 presentan bajo equivalente a 41,0%, 33 presentan medio equivalente a 42,3%, 109 presentan alto equivalente a 52,2%; además de los 18 profesionales divorciados 2 presentan bajo equivalente a 5,1%, 4 presentan medio equivalente a 5,1%, 12 presentan alto equivalente a 5,7%, también de los 4 profesionales viudos, 1 presenta bajo equivalente a 2,6%, 1 presenta medio equivalente a 1,3%, 2 presentan alto equivalente a 1,0%, por lo tanto los profesionales casados presentan más cansancio emocional con el 52,2%, debido a las responsabilidades personales y laborales.

**Tabla 24:** *Despersonalización según el estado civil*

		Despersonalización			Total	
		Bajo D	Medio D	Alto D		
Estado Civil	Soltero	Recuento	2	10	134	146
		% dentro de Despersonalización	33,3%	45,5%	45,0%	44,8%
	Casado	Recuento	3	11	144	158
		% dentro de Despersonalización	50,0%	50,0%	48,3%	48,5%
	Divorciado	Recuento	0	0	18	18
		% dentro de Despersonalización	0,0%	0,0%	6,0%	5,5%
	Viudo	Recuento	1	1	2	4
		% dentro de Despersonalización	16,7%	4,5%	0,7%	1,2%
Total		Recuento	6	22	298	326
		% dentro de Despersonalización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

En la tabla, se puede visualizar que de los profesionales solteros 2 presentan baja despersonalización equivalente a 33,3%, 10 presentan medio equivalente a 45,5%, 134 presentan alto equivalente a 45,0%, mientras que los profesionales casados 3 profesionales presentan bajo equivalente a 50,0%, 11 presentan medio equivalente a 50,0%, 144 presentan alto equivalente a 48,3%, mientras que de los profesionales divorciados 0 presenta bajo equivalente a 0,0%, 0 presenta medio equivalente al 0,0%, 18 presenta alto, equivalente a 6,0%, de los profesionales viudos 1 presenta bajo equivalente a 16,7%, 1 presenta medio equivalente a 4,5%, 2 alto equivalente a 0,7%, por lo tanto los profesionales casados presentan altos niveles de despersonalización con el 48,3%.

**Tabla 25:** *Realización personal según el estado civil*

		Realización Personal			Total	
		Bajo RP	Medio RP	Alto RP		
Estado Civil	Soltero	Recuento	106	29	11	146
		% dentro de Realización Personal	44,7%	49,2%	36,7%	44,8%
	Casado	Recuento	119	23	16	158
		% dentro de Realización Personal	50,2%	39,0%	53,3%	48,5%
	Divorciado	Recuento	8	7	3	18
		% dentro de Realización Personal	3,4%	11,9%	10,0%	5,5%
	Viudo	Recuento	4	0	0	4
		% dentro de Realización Personal	1,7%	0,0%	0,0%	1,2%
Total		Recuento	237	59	30	326
		% dentro de Realización Personal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

Se observa en la tabla que los profesionales solteros 106 presentan baja realización personal equivalente a 44,7%, 29 presentan medio equivalente a 49,2%, 11 presentan alto equivalente a 36,7%, de los profesionales casados 119 presentan bajo equivalente a 50,2%, 23 presentan medio equivalente a 39,0%, 16 presentan alto equivalente a 53,3%, de los profesionales divorciados 8 presentan bajo equivalente a 3,4%, 7 presentan medio equivalente a 11,9%, 3 presentan alto equivalente a 10,0%; de los profesionales viudos 4 presentan bajo equivalente a 1,7%, 0 presenta medio equivalente a 0,0%, 0 presenta alto equivalente a 0,0%, por ende los profesionales no presentan altos niveles de realización personal

## Análisis de Burnout según la edad

**Tabla 26:** *Cansancio emocional según la edad*

		Cansancio emocional			Total	
		Bajo CE	Medio CE	Alto CE		
Edad	20-30	Recuento	11	25	51	87
		% dentro de Cansancio emocional	28,2%	32,1%	24,4%	26,7%
	31-40	Recuento	16	36	97	149
		% dentro de Cansancio emocional	41,0%	46,2%	46,4%	45,7%
	41-50	Recuento	7	11	38	56
		% dentro de Cansancio emocional	17,9%	14,1%	18,2%	17,2%
	51-60	Recuento	5	6	23	34
		% dentro de Cansancio emocional	12,8%	7,7%	11,0%	10,4%
Total		Recuento	39	78	209	326
		% dentro de Cansancio emocional	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

87 profesionales que se encuentran entre las edades de 20-30 años de edad, 11 presentan bajo cansancio emocional equivalente a 28,2%, 25 presentan medio equivalente a 32,1%, 51 presentan alto equivalente a 24,4%; mientras que de las edades de 31-40 años de edad, 16 presentan bajo equivalente a 41,0%, 36 presentan medio equivalente a 46,2%, 97 presentan alto equivalente a 46,4%, de los rangos de 41-50 años de edad, 7 presentan bajo equivalente a 17,9%, 11 presentan medio equivalente a 14,1%, 38 presentan alto equivalente a 18,2%, de los rangos de edades de 51-60 años de edad, 5 presentan bajo equivalente a 12,8%, 6 presentan medio equivalente a 7,7%, 23 presentan alto equivalente a 11,0%, es decir los profesionales, que se encuentran en el rango de edad comprendido entre 31 a 40 años de edad, presentan altos niveles de cansancio emocional, como consecuencia de factores como: temor a dejar desprotegidos o en la orfandad a sus hijos, el riesgo a la exposición, contagio de diversas patologías por la presencialidad obligatoria en respuesta a la actividad laboral que desempeñan.

**Tabla 27:** *Despersonalización según la edad.*

		Despersonalización			Total	
		Bajo D	Medio D	Alto D		
Edad	20-30	Recuento	1	6	80	87
		% dentro de Despersonalización	16,7%	27,3%	26,8%	26,7%
	31-40	Recuento	3	13	133	149
		% dentro de Despersonalización	50,0%	59,1%	44,6%	45,7%
	41-50	Recuento	2	3	51	56
		% dentro de Despersonalización	33,3%	13,6%	17,1%	17,2%
	51-60	Recuento	0	0	34	34
		% dentro de Despersonalización	0,0%	0,0%	11,4%	10,4%
Total		Recuento	6	22	298	326
		% dentro de Despersonalización	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

Se visualiza que de los profesionales de los rangos de edades entre 20-30 años de edad, 1 presenta bajo equivalente a 16,7%, 6 presentan medio equivalente a 27,3%, 80 presentan alto equivalente a 26,8%; mientras que de los rangos de edades de 31- 40 años de edad, 3 presentan bajo equivalente a 50,0%, 13 presentan medio equivalente a 59,1%, 133 presentan alto equivalente a 44,6%; “además” de los rangos de edades de 41-50 años de edad, 2 presentan bajo equivalente a 33,3%, 3 presentan medio equivalente a 13,6%, 51 presentan alto equivalente a 17,1%, “además” entre los rangos de 51-60 años de edad, 0 presentan bajo equivalente 0,0%, 0 presenta medio equivalente a 0,0%, 34 presentan alto equivalente a 11,4%, por lo tanto los profesionales entre los rangos de edades de 31-40 años de edad presentan altos niveles de despersonalización con el 44,6%.

**Tabla 28:** Realización personal según la edad

		Realización Personal			Total	
		Bajo RP	Medio RP	Alto RP		
Edad	20-30	Recuento	62	16	9	87
		% dentro de Realización Personal	26,2%	27,1%	30,0%	26,7%
	31-40	Recuento	113	24	12	149
		% dentro de Realización Personal	47,7%	40,7%	40,0%	45,7%
	41-50	Recuento	39	12	5	56
		% dentro de Realización Personal	16,5%	20,3%	16,7%	17,2%
	51-60	Recuento	23	7	4	34
		% dentro de Realización Personal	9,7%	11,9%	13,3%	10,4%
Total		Recuento	237	59	30	326
		% dentro de Realización Personal	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

Se visualiza que los profesionales, que se encuentran entre los rangos de edades de 20-30 años de edad, 62 profesionales presentan baja realización personal equivalente a 26,2%, 16 presentan medio equivalente a 27,1%, 9 presentan alto equivalente a 30,0%, entre los rangos de edad de 31-40 años de edad, 113 presentan bajo equivalente a 47,7%, 24 presentan medio equivalente a 40,7%, 12 presentan alto equivalente a 40,0%, entre los rangos de edad de 41-50, 39 presentan bajo equivalente 16,5%, 12 presentan medio equivalente a 20,3%, 5 presentan alto equivalente a 16,7%, entre los rangos de edad de 51-60 años de edad, 23 presenta bajo equivalente a 9,7%, 7 presentan medio equivalente a 11,9%, 4 presentan alto equivalente a 13,3%, entonces los profesionales que se encuentran entre las edades de 31-40 presentan bajos niveles de realización personal.

### 3.2. Conclusión Diagnóstica

Posterior a la evaluación de 326 profesionales del distrito 06D04 Colta Guamote y en base a los resultados obtenidos de la investigación se genera la siguiente conclusión diagnóstica con relación a la variable del burnout. Un total de 209 profesionales muestran cansancio emocional y 298 despersonalización, es decir presentan el síndrome de burnout. Tomando en consideración las escalas del reactivo aplicado el 64,1% de esta población presentan cansancio emocional, el 91% presenta despersonalización y el 9.2% presente una escasa realización personal. Todos

estos porcentajes son atribuibles debido a exhaustas jornadas laborales, por consecuente el trato a los pacientes denota en mucho de los profesionales frialdad, sin dejar de lado aspectos como inseguridad en cuanto al proceso de atención ya que a referencia de los profesionales no cuentan con los insumos necesarios para una atención de calidad, mucho más tomando en consideración la situación emergente por la que se atraviesa desde hace aproximadamente dos años a causa del COVID-19.

Otro factor importante a resaltar es la desvinculación familiar que se ha generado en pro de precautelar la salud de sus seres queridos, lo cual genera una problemática a nivel psicológico pues la desvinculación como otros aspectos en relación a esta problemática repercuten de forma directa en los profesionales y en su desarrollo laboral.

**Tabla 29:** *Profesionales de salud que presentan burnout*

<p><b>Especialidad:</b> Médico general y enfermería.</p>	<p>Es importante mencionar que se denota que la especialidad de medicina general y enfermería prevalece mayoritaria en la carga de burnout, los médicos generales presentan cansancio emocional con el 26,8% y los de enfermería con el 23,4%, es decir se sienten exhaustos por las demandas de trabajo, por la alta carga laboral, horas extras, debido a la situación de emergencia del COVID 19.</p> <p>De la misma manera presentan despersonalización, los médicos generales con el 26,8%, enfermería con el 24,2%, ya que perciben que están tratando a los pacientes con indiferencia, desarrollan actitudes insensibles y negativas hacia sus pacientes.</p>
<p><b>Género:</b> Femenino</p>	<p>Las profesionales mujeres son las que presentan burnout dando a conocer cansancio emocional con el 67%, debido a que no sólo desempeñan un rol valioso como la labor doméstica, además tienen que estar pendientes de sus hijos, de las clases virtuales, se desenvuelven como profesionales en la que tienen mucha carga laboral, además han generado temor, angustia por los contagios del COVID 19, presentan despersonalización con el 69,5%, debido a las horas extras que tiene que realizar en sus jornadas laborales, lo cual genera una inadecuada atención a los pacientes.</p>
<p><b>Estado civil:</b> Casado</p>	<p>Los profesionales casados son los que presentan burnout demuestran cansancio emocional con el 52,2%, despersonalización con el 48,3%, debido a las responsabilidades laborales y personales.</p>
<p><b>Edad:</b> 31-40 años.</p>	<p>Los profesionales de 31 a 40 años de edad presentan burnout, manifiestan cansancio emocional con el 46,4%, despersonalización con el 44.6%, debido a que presentan altos niveles de cansancio emocional, como consecuencia de factores como: temor a dejar desprotegidos o en la orfandad a sus hijos, el riesgo a la exposición, contagio de diversas patologías por la presencialidad obligatoria en respuesta a la actividad laboral que desempeñan.</p>

**Fuente:** Elaboración propia.

A partir de los datos obtenidos y posteriores a este análisis diagnóstico de la variable, se desarrolla la siguiente propuesta de intervención basada en la corriente Cognitiva Conductual.

### **3.3. Propuesta de Intervención**

#### **3.3.1 Justificación de la temática y contexto de aplicación**

##### **Descripción y análisis de la realidad**

Los profesionales de salud tienen la responsabilidad de tratar directamente con el paciente, hoy en la actualidad presentan un desafío directo con los enfermos del COVID-19, además entre sus tareas están el cuidar de la salud de la población a través de actividades de educación, prevención y promoción, entre sus obligaciones está en identificar casos, toman y analizan pruebas diagnósticas entre otras actividades a diario como atención en clínicas privadas.

Debido a la emergencia sanitaria del COVID-19, el personal de salud enfrenta muchos desafíos, entre los cuales se identifica tres prioritarios: pandemónium, derivado de la celeridad del avance de la pandemia; la precariedad del sistema de salud para responder a un problema de salud pública de gran dimensión, y el miedo, ansiedad, ante los casos desconocidos que llegan los pacientes a las instituciones de salud.

A partir del diagnóstico y de los resultados obtenidos a través de la investigación realizada, se evidencia que los profesionales de salud presentan desgaste profesional, debido a que presentan porcentajes altos en sus dimensiones como en el cansancio emocional, despersonalización y niveles bajos de realización personal, por lo que se propone una propuesta de intervención cognitiva conductual que ayude a reducir las dimensiones del desgaste.

- **Destinatarios**

Los beneficiarios directos son los profesionales de salud del Distrito 06D04 Colta-Guamote.

- **Recursos**

- **Recursos materiales**

Espacio físico auditorio del Distrito, sillas, esferos, marcadores, globos, tarjetas de cartulina.

- **Recursos humanos**

Profesional Psicóloga Clínica

- **Recursos tecnológicos**

Laptop, internet, proyector

### **3.3.2 Sustentación teórica y metodológica**

Las intervenciones cognitivo-conductuales han demostrado veracidad en varios países; en casos de depresión, ansiedad y estrés, lo anterior es avalado por el trabajo científico realizado por Beck (1979), resultado de años de investigación y práctica clínica. Para el autor, la terapia cognitiva refleja una serie de cambios graduales, que se dan en las ciencias de la conducta.

La terapia cognitiva conductual, se basa en el modelo cognitivo de emociones y conductas influidas por la percepción individual de los eventos. No es una situación en sí misma la que determina lo que una persona siente, sino su interpretación y la presencia de patrones de pensamientos irracionales. Las personas controlan sus destinos y actúan según los valores y creencias que tienen, estas creencias sean erróneas o acertadas condicionan el día a día del individuo.

Ruiz, Díaz, & Villalobos, (2011), mencionan que la terapia cognitivo conductual, se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Es decir, ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no sólo por su capacidad para resolver problemas, sino por la rentabilidad en términos de coste-beneficio, al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar.

A partir de los resultados obtenidos y toman en consideración el texto: “Manual de Técnicas de Intervención” de Ruiz, Díaz, & Villalobos, (2011), se realiza la propuesta de intervención

estructurada en 4 fases: fase de Psicoeducación: sesión 1 a la 4, fase de entrenamiento: sesión 5 a la 6, fase de ejecución: sesión 7 a la 11, fase de cierre: sesión 12. Con un tiempo estimado de duración de 12 semanas, y direccionado para personal de trabajo en diferentes áreas.

### **3.3.3 Objetivos**

#### **Objetivo General:**

Elaborar la propuesta de Intervención Cognitivo - Conductual para reducir el desgaste profesional del personal de salud del Distrito 06d04 Colta- Guamote.

#### **Objetivos Específicos:**

1. Sustentar teórica y metodológicamente la propuesta de intervención cognitivo - conductual para reducir el desgaste profesional del personal de salud.
2. Brindar herramientas cognitivo – conductual para reducir el desgaste profesional del personal de salud.
3. Integrar las herramientas cognitivas conductuales en la práctica laboral del personal de salud a fin de reducir el desgaste profesional

### **3.3.4. Etapas de desarrollo**

Las etapas para lograr el desarrollo de la propuesta y cumplir con los objetivos son las siguientes:

Diagnóstico Previo. - Profesionales de salud presentan desgaste profesional de acuerdo a sus dimensiones del cuestionario de Maslash Burnout Inventory

Diseño del Plan de Intervención. – Planificar las actividades, metodología, técnicas de intervención, ejecución y utilizar los recursos.

### **3.3.5. Metodología**

La metodología, que se utiliza dentro de la propuesta es en base a la participación activa de los profesionales de salud quienes son los protagonistas. Se les enseña las técnicas necesarias para trabajar en el proceso que les sirva de manera muy gratificante para la disminución del desgaste profesional, a través de las técnicas cognitivas conductuales como: Técnicas de relajación muscular progresiva en la que aporta beneficios mentales y físicos, además alcanza un estado

saludable de calma interior que reduce situaciones de estrés y ansiedad, con respecto a la respiración diafragmática ayuda a disminuir la tensión de la persona. Entrenamiento de asertividad en la que expresa su punto de vista de una manera asertiva, respetando a los demás, técnica de role play que es como un estilo de juego que consiste en asumir otra identidad en la que se interpreta a un personaje dentro de un texto inventado en el que participan los profesionales cada uno dentro de sus respectivos personajes, técnica de reestructuración cognitiva, donde aprende a cambiar sus pensamientos distorsionados que producen malestar, tensión, técnica de resolución de problemas cuya finalidad es determinar porque algo no funciona como se esperaba y a la vez como solucionar el problema, técnica de habilidades sociales con esto se pretende que el profesional realice una serie de conductas de forma adecuada.

La propuesta está estructurada en cuatro fases:

Psicoeducación. - Que permite a los profesionales de salud tener un concepto claro de lo que es el desgaste profesional sus características y sus consecuencias en la vida diaria, además dar a conocer los resultados del cuestionario aplicado.

Entrenamiento. – Para que los profesionales realicen las técnicas de relajación que son muy importantes para proceder con la aplicación de las demás técnicas cognitivas conductuales.

Ejecución. – Los profesionales de salud pongan en práctica las técnicas cognitivas conductuales, que son muy útiles para cambiar sus pensamientos distorsionados por alternativos.

Cierre. - Mencionar la importancia de los profesionales dentro de las instituciones de salud, y motivar a la participación en diferentes programas de esta índole pues es muy importante para su salud mental.

Consta de 12 sesiones distribuidas por una semanal y duración de 60 minutos a excepción de las sesiones 3 y 5, que se realiza en 50 minutos, la 6, que se realizará en 40 minutos, y la última sesión 12 con 70 minutos. Cada sesión tiene tres etapas: Inicial, Central y Cierre, está estructurado por cuatro fases, estructuradas de la siguiente manera:

- **Fase 1:** es de psicoeducación en la, que se explica el tema del burnout y sus características

- **Fase 2:** de entrenamiento donde se da a conocer la importancia de la asertividad dentro del área laboral y aplicar técnicas de relajación que es indispensable para continuar con el proceso,
- **Fase 3:** de ejecución, se procede a enseñar las técnicas cognitivas conductuales para la disminución del desgaste profesional,
- **Fase 4:** de cierre donde se da a conocer su valiosa labor dentro de las instituciones de salud y se procede a entregar constancias de su participación dentro de la propuesta.

Finalmente se cuenta con un tiempo estimado de 12 semanas y direccionado para personal de trabajo en diferentes áreas.

### 3.3.6. Estructura del plan de intervención

La propuesta de intervención cognitiva conductual está estructurada por cuatro fases: psicoeducación, entrenamiento, ejecución, cierre, basado en la teoría cognitiva conductual, por ende consta de doce sesiones con las que se quiere proporcionar, de la uno a la cuatro, se explicará lo que es el desgaste profesional y sus características, de la sesión cinco a la sesión seis, se proporcionará técnicas de asertividad en situaciones de estrés que atraviesen en su área laboral, técnicas de relajación que tienen como objetivo relajar los distintos grupos musculares, mediante una respiración diafragmática, la cual ayuda a aliviar algunos síntomas de tensión, estrés que presentan en su trabajo, de la siete a la once, se desea proporcionar técnicas cognitivas conductuales a los profesionales como: role play que consiste en que dos o más individuos representen una situación de la vida real interpretan según el papel que se le haya asignado de tal forma que sea más real y auténtica, reestructuración cognitiva en la que se va a descubrir, enfrentar y modificar aquellas creencias irracionales y negativas por pensamientos positivos de cualquier situación de estrés, resolución de problemas, habilidades sociales y asertividad para su desenvolvimiento adecuado dentro de sus funciones que realiza.

**Tabla 30:** Estructura general de la propuesta de Intervención.

#### SESIONES

Fase	Sesión	Tema	Objetivos	Tiempo
Fase de Psicoeducación	Sesión 1	Introducción de la propuesta cognitivo conductual para los profesionales sobre	✓ Dar a conocer la importancia del tema a tratar, y lo fundamental de su participación.	60 min.

		el desgaste profesional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Establecer empatía.</li> <li>✓ Dar a conocer los resultados del cuestionario aplicado.</li> </ul>	
	<b>Sesión 2</b>	Mencionar aspectos importantes sobre el desgaste profesional	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dar a conocer el significado del desgaste profesional o burnout.</li> <li>➤ Explicar las características del desgaste profesional, y sus consecuencias en su vida diaria.</li> </ul>	60 min.
	<b>Sesión 3</b>	Identificar situaciones que le generen estrés en el área de trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar situaciones de estrés que afecten en sus funciones como profesionales.</li> <li>➤ Reconocer las causas y consecuencias de las situaciones estresantes que están viviendo.</li> <li>➤ Enviar tareas a casa de su vida diaria.</li> </ul>	50 min.
	<b>Sesión 4</b>	Práctica los hábitos de una vida saludable, herramienta muy útil para disminuir la tensión laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poner en práctica hábitos saludables para su diario vivir.</li> <li>✓ Reconocer lo fundamental del ejercicio físico para la salud.</li> <li>✓ Motivar a la práctica de hábitos saludables.</li> </ul>	60 min.
<b>Fase de entrenamiento</b>	<b>Sesión 5</b>	Entrenamiento de asertividad en situaciones de tensión, estrés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar a conocer a los profesionales la importancia de ser asertivos en su vida profesional.</li> </ul>	50 min.
	<b>Sesión 6</b>	Técnicas de relajación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar la respiración diafragmática.</li> <li>➤ Realizar las técnicas de relajación muscular progresiva de Jacobson.</li> </ul>	40 min.
<b>Fase de ejecución</b>	<b>Sesión 7</b>	Role playing Reestructuración cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aplicar la Role playing</li> <li>➤ Aplicar la reestructuración cognitiva.</li> </ul>	60 min.
	<b>Sesión 8</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proyectar un video de motivación.</li> </ul>	60 min.

		Resolución de problemas en el ámbito laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Desarrollar conductas de solución de problemas.</li> </ul>	
	<b>Sesión 9</b>	Reestructuración cognitiva, ejemplos prácticos para afrontar cogniciones y emociones negativas en el área laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a los profesionales, el cambio de algunas maneras de pensar, distorsionadas, que conducen al malestar emocional y frustración.</li> <li>✓ Promover conocimientos sobre reestructuración cognitiva.</li> <li>✓ Generar habilidades que le permitan generar pensamientos alternativos.</li> </ul>	60 min.
	<b>Sesión 10</b>	Habilidades sociales e interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimular la cooperación y el área laboral.</li> <li>✓ Aprender a encontrar en el reforzamiento social como una fuente de mejora para generar un ambiente positivo y de confianza alcanzan resultados favorables en su entorno laboral.</li> </ul>	60 min.
	<b>Sesión 11</b>	La asertividad y la empatía en el ambiente laboral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar el trabajo en equipo dentro del ambiente laboral.</li> <li>✓ Fomentar a poner en práctica la empatía y asertividad en el área laboral.</li> </ul>	60 min.
<b>Fase de cierre</b>	<b>Sesión 12</b>	Los profesionales su salud un factor importante dentro de las instituciones de salud del Distrito.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tomar conciencia de la importancia de los profesionales de salud dentro de las instituciones de salud.</li> <li>✓ Motivar a los profesionales a la participación en programas de esta índole.</li> </ul>	70 min.

**Elaboración:** Propia

### 3.3.7 Diseño de sesiones.

En la siguiente tabla, se detalla lo mencionado de la tabla anterior, donde se logra observar cada una de las temáticas a tratar con sus respectivos objetivos, el procedimiento de las fases de desarrollo de cada sesión, a la vez el tiempo destinado para la misma.

**Tabla 31:** *Detalle sesión uno*

SESIÓN #1		
TEMA		OBJETIVOS
<b>Introducción de la Propuesta Cognitivo conductual para los profesionales sobre el desgaste profesional.</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Dar a conocer la importancia del tema a tratar, y lo fundamental de su participación.</li> <li>✓ Establecer empatía.</li> <li>✓ Dar a conocer los resultados del cuestionario aplicado.</li> </ul>
<b>DESTINATARIOS:</b> - Personal del Distrito de Salud 06d04 Colta – Guamate.		<b>RECURSOS:</b> - Profesional - Fotocheks con nombres.
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
<b>INICIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienvenida</li> <li>▪ Presentación del programa</li> <li>▪ Explicar la importancia de la propuesta.</li> </ul>	15 min
<b>CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conocernos de forma apropiada entre todos profesionales, sus funciones, hablar acerca de su profesión.</li> <li>• Diálogo el tema del cuestionario de burnout, que se les aplicó y los resultados obtenidos.</li> </ul>	30 minutos.
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se preguntará a los profesionales cuáles son sus expectativas de la propuesta.</li> </ul>	15 min

**Elaboración:** Propia

Tabla 32: Detalle de la sesión dos

SESIÓN # 2		
TEMA		OBJETIVOS
Mencionar aspectos importantes sobre el desgaste profesional		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Dar a conocer el significado del desgaste profesional o burnout.</li> <li>➤ Explicar las características del desgaste profesional, y sus consecuencias en su vida diaria.</li> </ul>
<b>DESTINATARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.</li> </ul>		<b>RECURSOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional</li> <li>- Proyector.</li> <li>- Diapositivas del tema del desgaste profesional.</li> <li>- Globos.</li> </ul>
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Bienvenida</b></li> <li>➤ <b>Dinámica del globo:</b> En la cual, se va a realizar grupos de 10 entre los profesionales, donde va a existir la colaboración entre todos, puesto, que se van a pasar uno a uno el globo con el objetivo de crear un ambiente ameno.</li> </ul>	15 min
CENTRAL	<b>Exposición del tema</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se expone, utilizan diapositivas en la que se explica qué es el desgaste profesional, causas consecuencias, a la vez se resuelven algunas dudas de los profesionales.</li> </ul>	30 min.
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lluvia de ideas de acuerdo al tema tratado.</li> </ul>	15 min

Elaboración: Propia

Tabla 33: Detalle de la sesión tres

SESIÓN # 3		
TEMA		OBJETIVOS
Identificar situaciones que le generen estrés en el área de trabajo.		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Identificar situaciones de estrés que afecten en sus funciones como profesionales.</li> <li>➤ Reconocer las causas y consecuencias de las situaciones estresantes que están viviendo.</li> <li>➤ Enviar tareas a casa de su vida diaria.</li> </ul>
<b>DESTINATARIOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal médico del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.</li> </ul>		<b>RECURSOS:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional</li> <li>- Globos.</li> <li>- Grabadora.</li> </ul>
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienvenida</li> <li>▪ <b>Identificación de cogniciones negativas</b></li> </ul>	15 min

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dinámica de inicio “el globo de la sorpresa” en la cual, se les pide a los participantes que escriban algo que les guste hacer y escribir en el globo, por ejemplo, bailar, cantar, correr, dormir, etc. A la vez que empieza la música, se pasan entre todos los globos y ésta para la música, tienen que hacer la actividad que está escrito en globo que tienen en sus manos.</li> </ul>	
<b>CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Se realiza un conversatorio sobre el tema del desgaste profesional, “las situaciones estresantes dentro del mismo, la importancia de mi trabajo dentro del hospital”.</li> <li>➤ Se les pide a los profesionales que identifiquen causas y consecuencias de situaciones de estrés que atraviesen en su trabajo.</li> <li>➤ Los profesionales toman conciencia de estas situaciones, la psicóloga menciona algunas técnicas que lograrían realizarse para disminuir su tensión, estrés.</li> </ul>	25 minutos.
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lluvia de ideas de las actividades realizadas.</li> </ul>	10 min

Elaboración: Propia

**Tabla 34:** *Detalle sesión cuatro*

SESIÓN # 4		
TEMA	OBJETIVOS	
<b>Práctica los hábitos de una vida saludable, herramienta muy útil para disminuir la tensión laboral.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Poner en práctica hábitos saludables para su diario vivir.</li> <li>✓ Reconocer lo fundamental del ejercicio físico para la salud.</li> <li>✓ Motivar a la práctica de hábitos saludables.</li> </ul>	
<b>DESTINATARIOS:</b>	<b>RECURSOS:</b>	
- Personal del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional</li> <li>- Fotos de carros viejos y nuevos.</li> <li>- Mochila con lista de preguntas.</li> </ul>	
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
<b>INICIAL</b>	<p><b>Bienvenida</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se empieza a realizar una dinámica llamado “<b>mereces estar bien</b>”, en la cual, se les enseña a los profesionales de salud una foto de un carro maltratado y, se les pregunta ¿qué gasolina le ponen a este carro? Responden: cualquiera, después, se les presenta la imagen de un carro nuevo y, se les pregunta ¿ahora que gasolina le ponen a este carro?, responden: el mejor de todos porque es bonito, nuevo.</li> <li>▪ Psicóloga retroalimenta así son ustedes, se merecen todo lo mejor, lo cual es indispensable hacer hábitos de vida saludable.</li> </ul>	15 min
<b>CENTRAL</b>	<p><b>Actividad</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ La psicóloga forma grupos de 15 integrantes. Cada grupo elige a un representante y a estos, se les da una mochila con la siguiente lista de preguntas: <ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Qué son los hábitos de vida saludable?</li> <li>- ¿Qué hábitos de vida saludable conoces?</li> </ul> </li> </ul>	30 minutos.

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ¿Realizas algún ejercicio saludable?</li> <li>- ¿Cuáles son los beneficios de practicar hábitos de vida saludable?</li> <li>- ¿Tienes algún problema para realizar algún ejercicio de vida saludable?</li> </ul> <p>Se asignan 10 minutos para el debate grupal. Después cada representante expone las ideas grupales. La psicóloga realiza un breve resumen de todo lo expuesto “Los hábitos de vida saludable y sus beneficios en la salud”.</p>	
<b>CIERRE</b>	➤ Lluvia de ideas de acuerdo al tema tratado.	15 min

Elaboración: Propia

**Tabla 35:** *Detalle sesión cinco*

SESIÓN # 5		
TEMA	OBJETIVOS	
<b>Entrenamiento de asertividad en situaciones de tensión, estrés.</b>	✓ Dar a conocer a los profesionales la importancia de ser asertivos en su vida profesional.	
<b>DESTINATARIOS:</b> - Personal del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.	<b>RECURSOS:</b> - Profesional	
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
<b>INICIAL</b>	▪ Bienvenida	5 min
<b>CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Enseñar a ser asertivos</b></li> <li>➤ Dar a conocer la importancia de lo que es la inteligencia interpersonal, porque es la capacidad de la persona de comunicarse, relacionarse, interactuar de una manera adecuada, por ende, aplicarlas en su área laboral.</li> <li>➤ Se Forman 2 grupos, se dramatiza “Un caso: problemas comunicativos, “por ejemplo”: “existe del maltrato del jefe a su persona”, identifican la necesidad de comunicar asertivamente.</li> <li>➤ En grupos, se dialoga la importancia de aplicar la asertividad en algunas situaciones de su trabajo.</li> </ul>	30 minutos.
<b>CIERRE</b>	➤ Reflexión de las actividades realizadas. Lluvia de ideas.	15 min

Elaboración: Propia

Tabla 36: Detalle sesión seis

SESIÓN # 6		
TEMA	OBJETIVOS	
Técnicas de relajación.	✓ Realizar las técnicas de relajación muscular progresiva y respiración diafragmática en situaciones de estrés.	
<b>DESTINATARIOS:</b> - Personal del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.	<b>RECURSOS:</b> - Profesional	
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienvenida</li> </ul>	5 min
CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Técnicas de relajación:</b></li> <li>✓ <b>Respiración diafragmática</b></li> <li>✓ Se les pide a los profesionales, que se sienten en las sillas y se procede a realizar la respiración diafragmática, en la cual se les solicita que respiren todo el aire posible por la nariz y exhalar por la boca, haciendo presión sobre el diafragma, repetir de siete a diez veces.</li> <li>✓ <b>Relajación muscular progresiva de Jacobson</b></li> <li>✓ Se le solicita al profesional que realice lo siguiente:</li> <li>✓ Inhala profundamente, llenando el aire en su abdomen.</li> <li>✓ Cierre los puños.</li> <li>✓ Arrugue la frente y mantenga así durante siete segundos.</li> <li>✓ Arrugue la cara.</li> <li>✓ Inspira profundamente y arquee la espalda suavemente.</li> <li>✓ Inhala profundamente y saca el abdomen dejando que se hinche todo lo posible, mantén la posición siete segundos y suelta.</li> </ul>	30 minutos.
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Realizar las técnicas de respiración en su hogar.</li> </ul>	5 min

Elaboración: propia

Tabla 37: Detalle sesión siete

SESIÓN # 7		
TEMA	OBJETIVOS	
Role playing – reestructuración cognitiva.	➤ Aplicar la Role playing – reestructuración cognitiva.	
<b>DESTINATARIOS:</b> - Personal del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.	<b>RECURSOS:</b> - Profesional	
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Bienvenida</li> </ul>	5 min

<b>CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Role playing – reestructuración cognitiva.</b></li> <li>➤ Se explica que es el role play, consiste en asumir otra identidad, interpretar a un personaje que nos hemos inventado dentro de un contexto en el que participan las personas.</li> <li>➤ Los grupos realizan diversos role playings cortos, creados por ellos mismos, explican las causas y consecuencias del síndrome de Burnout, seleccionando una situación (“por ejemplo”: el director que grita a los profesionales de salud, pacientes insatisfechos en el hospital, personal de salud que no colabora en sus funciones. A la vez que indiquen soluciones de lo dramatizado y se aplica la reestructuración cognitiva.</li> </ul>	40 min.
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lluvia de ideas de las actividades realizadas.</li> </ul>	15 min

Elaboración: Propia

**Tabla 38:** *Detalle sesión ocho*

<b>SESIÓN # 8</b>		
	<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>
<b>Resolución de problemas en el ámbito laboral.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Proyectar un video de motivación</li> <li>✓ Desarrollar conductas de solución de problemas.</li> </ul>	
<b>DESTINATARIOS:</b>	<b>RECURSOS:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal médico del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional</li> <li>- Proyector</li> <li>- Esfero</li> <li>- Premios.</li> </ul>	
<b>ETAPA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>INICIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bienvenida</b></li> <li>▪ Proyectar un video de motivación.</li> <li>▪ Luego, se procede a enseñarles a los profesionales un esfero gráfico y, se les pregunta para que nomás sirve este objeto, en la cual van respondiendo diferentes cualidades del mismo.</li> <li>▪ El psicólogo retroalimenta que así son los seres humanos, se tiene varias cualidades para dar a conocer en el diario vivir.</li> </ul>	15 min
<b>CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>Poner en práctica la resolución de problemas.</b></li> <li>➤ Se les pide a los profesionales que realicen la siguiente dinámica:  <b>“El ciego y el lazarillo”.</b> Se forman en parejas, uno hace el papel del ciego (tiene los ojos vendados) y el otro es el lazarillo. En parejas, se forman dos filas. Las dos primeras parejas atraviesan un camino lleno de obstáculos (sillas, conos y cajas), el lazarillo susurra al oído del ciego el camino que debe seguir. Lo mismo hacen las otras parejas formadas. Las parejas que lleguen al otro lado ganan sus premios respectivos.</li> </ul>	30 minutos.

<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Lluvia de ideas con respecto a la dinámica realizada, que experimentaron.</li> <li>➤ Psicóloga, retroalimenta aplicar la técnica de resolución de problemas en su área laboral.</li> </ul>	15 min
---------------	---	--------

Elaboración: Propia

**Tabla 39: Detalle sesión nueve**

<b>SESIÓN # 9</b>		
<b>TEMA</b>	<b>OBJETIVOS</b>	
<b>Reestructuración cognitiva, ejemplos prácticos para afrontar cogniciones y emociones negativas en el área laboral.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Promover a los profesionales, el cambio de algunas maneras de pensar, distorsionadas, que conducen al malestar emocional y frustración.</li> <li>✓ Promover conocimientos sobre estructuración cognitiva.</li> <li>✓ Generar habilidades que le permitan generar pensamientos alternativos.</li> </ul>	
<b>DESTINATARIOS:</b>	<b>RECURSOS:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personal del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional</li> <li>- Papelote</li> <li>- Mascadores</li> </ul>	
<b>ETAPA</b>	<b>ACTIVIDAD</b>	<b>TIEMPO</b>
<b>INICIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bienvenida</b></li> <li>▪ Se les pide a los profesionales que respiren y, se concentren en su respiración.</li> <li>▪ A continuación, se les solicita cierren los ojos, y piensen en algún secreto que solo ellos saben, y después de unos minutos, se les pide que abran los ojos y que uno de ellos va a contar su secreto.</li> <li>▪ Se les mira fijamente a los ojos, posterior, se les dice que nadie va a contar nada, solo expresen como se han sentido.</li> <li>▪ La psicóloga expone la importancia que tiene los pensamientos en los sentimientos de las personas.</li> <li>▪ Con esto se consigue que el profesional experimente como sus emociones repercute en sus actitudes pensamientos, actividades que realiza en su diario vivir.</li> </ul>	15 min
<b>CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Modelo A-B-C</b></li> <li>• A través de gráficas la psicóloga comparte de manera verbal y escrita conocimientos acerca del Modelo A-B-C, las distorsiones cognitivas y el impacto de las creencias irracionales en su diario vivir. Es decir, se identifican pensamientos automáticos, modificación, para ello cada profesional utiliza la ficha “Rechazo de creencias irracionales”, y ubicarlos por pensamientos positivos.</li> </ul>	30 minutos.
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas de acuerdo al tema tratado.</li> <li>• Conclusiones de los profesionales.</li> </ul>	15 min

Elaboración: Propia

Tabla 40: Detalle sesión diez

SESIÓN # 10		
TEMA	OBJETIVOS	
Habilidades sociales e interpersonales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Estimular la cooperación y el área laboral.</li> <li>✓ Aprender a encontrar en el reforzamiento social como una fuente de mejora para generar un ambiente positivo y de confianza obteniendo resultados favorables en su entorno laboral.</li> </ul>	
<b>DESTINATARIOS:</b> - Personal médico del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.	<b>RECURSOS:</b> - Profesional	
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
INICIAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>Bienvenida</b></li> <li>▪ La psicóloga solicita a los profesionales, que realicen una exposición en la que presenten: <b>“las habilidades sociales con las que cuentan los seres humanos”</b>. <i>¿Cómo consiguen ser desarrolladas en su vida diaria y su importancia?</i> , Se forman 5 grupos y, se les entrega un caso problemático para ser resuelto. <i>¿Cómo resolver este problema?</i> Resaltan los beneficios de la comunicación efectiva, y el apoyo social. Los grupos exponen sus propuestas de solución, se aclaran algunas dudas y se estimula a tomar una actitud positiva frente a las personas que les rodea.  Al final dan una conclusión de lo realizado.</li> </ul>	40 min
CENTRAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La psicóloga les pide a los profesionales que realicen la siguiente dinámica: pone una silla en el centro y le pide que alguien, se siente en ella, todos los profesionales van diciéndole palabras agradables de aliento, que la animan a seguir adelante, la refuerzan con algún aspecto positivo, cuidan que sean palabras de respeto y no de rechazo.</li> <li>• Con esto se consigue que debe ser así en su área laboral, todos necesitan de todos, es necesario promover palabras de aliento, apoyo en grupo, refuerzo a todos sus compañeros para crear un ambiente laboral adecuado y de productividad.</li> </ul>	15 min.
CIERRE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas de las actividades realizadas.</li> </ul>	5 min.

Elaboración: Propia

Tabla 41: *Detalle sesión once*

SESIÓN # 11		
TEMA	OBJETIVOS	
<b>La asertividad y la empatía en el ambiente laboral.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Fomentar el trabajo en equipo dentro del ambiente laboral.</li> <li>✓ Fomentar a poner en práctica la empatía y asertividad en el área laboral.</li> </ul>	
<b>DESTINATARIOS:</b>	<b>RECURSOS:</b>	
- Personal médico del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional</li> <li>- Dispositivos sobre empatía</li> <li>- Proyector.</li> </ul>	
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO
<b>INICIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Bienvenida</li> <li>▪ Se realiza la dinámica el “<b>rey manda</b>” por sorteo, se elige que sea el rey. Todos los demás formarán un equipo. Cada equipo elige un nombre a fin de favorecer la animación del juego con una barra a su favor. Cada equipo elige a un representante y este es el único que servirá al rey, acatando sus órdenes. Si el rey pide, por ejemplo, un reloj, el representante de cada equipo trata de conseguir el reloj en su equipo a fin de llevarlo prontamente al rey. Solo se recibe el regalo del primero que lo entregue. Al final gana el equipo que haya entregado más objetos.</li> <li>▪ Con esto, se consigue que en el ambiente laboral debe existir la colaboración de todos sus funcionarios, siendo asertivos.</li> </ul>	15 min
<b>CENTRAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Se expone el tema de la empatía y su importancia en el área laboral.</b> La psicóloga expone sobre el tema la “empatía”, proyecta un video y como aplicarla en su diario vivir. Los profesionales exponen sus dudas sobre lo visualizado. Luego, se les presenta un caso en el cual expondrán la solución, aplicando la empatía y asertividad.</li> </ul>	30 minutos.
<b>CIERRE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lluvia de ideas de las actividades realizadas.</li> </ul>	15 min

Elaboración: Propia

Tabla 42: *Detalle sesión doce*

SESIÓN # 12		
TEMA	OBJETIVOS	
<b>Los profesionales de salud un factor importante dentro de las instituciones de salud del Distrito.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tomar conciencia de la importancia de los profesionales de salud dentro de las instituciones de salud.</li> <li>✓ Motivar a los profesionales a la participación en programas de esta índole.</li> </ul>	
<b>DESTINATARIOS:</b>	<b>RECURSOS:</b>	
- Personal médico del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Profesional</li> <li>- Cartulina</li> </ul>	
ETAPA	ACTIVIDAD	TIEMPO



### **3.3.9. Mecanismos de Evaluación**

La evaluación de la presente propuesta de intervención, se realiza una vez ejecutado el mismo, a través de la aplicación psicométrica de cuestionario de Maslach Burnout Inventory a los profesionales de salud. De esta manera, se lograr ver la eficacia de la presente propuesta.

### **3.3.10. Limitaciones y Prospectivas**

Dentro de las limitaciones se consigue mencionar que la pandemia que se vive actualmente permite dificultar la aplicación de la propuesta de intervención de manera presencial, sin embargo, con las medidas de bioseguridad bien establecidas y con un correcto manejo, se lograría aplicarla. Por otro lado, otro limitante es el tiempo de los profesionales porque ellos tienen un horario que cumplir, lo ideal sería que sea de forma individual por lo cual a continuación, se detalla una propuesta cognitiva conductual individualizada.

Y finalmente desde una prospectiva, se espera que esta propuesta de intervención cognitiva conductual sirva de ayuda a los profesionales de salud, para su desenvolvimiento dentro de sus labores y así lograr un bienestar psicológico, físico favorable.

### **Propuesta de Intervención Cognitiva Conductual**

Para reducir el desgaste profesional en los profesionales de salud, Según Ruiz, Díaz, & Villalobos, (2011) mencionan que la Terapia Cognitivo Conductual, se ha convertido en las últimas tres décadas en la orientación psicoterapéutica que ha recibido mayor evidencia empírica y experimental sobre su eficacia y efectividad en una gran diversidad de problemas y trastornos psicológicos. Es decir, ha generado una ampliación creciente de sus ámbitos de aplicación, y no sólo por su capacidad para resolver problemas, sino por hacerlo, además de una forma que resulte rentable en términos de coste-beneficio, al tratarse de intervenciones de tiempo limitado, con la posibilidad de llevarse a cabo en grupo y capaces de integrarse con facilidad en ámbitos de tratamiento interdisciplinar.

La Terapia Cognitivo Conductual aglutina un amplio cuerpo de técnicas, terapias y procedimientos de intervención psicológica muy heterogéneos, para el tratamiento de los diversos problemas y trastornos psicológicos que haría afectar al individuo en su interacción en su vida diaria.

Para reducir el desgaste profesional en los profesionales de salud, a partir de los resultados obtenidos se realiza una propuesta que consiste en cuatro fases, sesión 1 a la 2 fase de entrevista y encuadre, fase de entrenamiento sesión 3, fase de ejecución psicoterapéutica empleo de técnicas de relajación sesión 4 a la 12, Fase de Cierre sesión 13. Se realiza en cuatro meses, además la propuesta sirve para cualquier área de trabajo.

**Objetivo:** Determinar las distorsiones cognitivas, pensamientos automáticos, creencias irracionales de los profesionales de salud que presentan Burnout.

#### **Objetivos Específicos:**

- 1.- Atender todos los datos existentes de las situaciones que presenta el profesional con Burnout.
- 2.- Aplicar la técnica cognitivo conductual a los profesionales de salud.
- 3.- Aprender a formular explicaciones alternativas de las situaciones estresantes de los profesionales con Burnout.

#### **Técnicas. –**

- ✓ Identificar pensamientos automáticos
- ✓ Técnicas de respiración.
- ✓ Creencias Irracionales

- ✓ Identificar distorsiones cognitivas y sus alternativas
- ✓ Role Playing
- ✓ Reestructuración cognitiva
- ✓ Entrenamiento de habilidades comunicativas
- ✓ Entrenamiento en la solución de problemas
- ✓ Entrenamiento asertivo.

**Tabla 43:** Estructura general de la propuesta de Intervención.

### SESIONES

Fase	Sesión	Tema	Objetivos	Tiempo
<b>Fase entrevista y Encuadre</b>	<b>Sesión 1</b>	Entrevista inicial. "Datos personales" Rapport Empatía Encuadre Consentimiento informado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recolectar datos del personal médico del Distrito de Salud 06D04 Colta – Guamote.</li> <li>• Construir una relación psicoterapéutica.</li> <li>• Proponer objetivos del proceso psicoterapéutico.</li> </ul>	45min a 1h
	<b>Sesión 2</b>	Recolección de Datos Genograma Técnicas de comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer una relación psicoterapéutica.</li> <li>• Analizar los resultados obtenidos</li> </ul>	45min a 1h
<b>Fase de entrenamiento</b>	<b>Sesión 3</b>	Técnicas de comunicación. Escucha Activa Registro de pensamientos automáticos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de comunicación.</li> <li>• Aplicar escucha activa.</li> <li>• Aplicar el registro de pensamientos automáticos.</li> </ul>	45min a 1h
<b>Fase de Ejecución Psicoterapéutica Empleo de técnicas de relajación.</b>	<b>Sesión 4</b>	Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, Psicoeducación y proporcionar información).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de comunicación.</li> <li>• Aplicar escucha activa.</li> <li>• Aplicar la técnica de respiración diafragmática.</li> </ul>	45min a 1h

		Escucha Activa Técnicas de Respiración diafragmática.		
	<b>Sesión 5</b>	Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, Psicoeducación y proporcionar información). Registro de pensamientos automáticos, emociones y conducta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de comunicación.</li> <li>• Permitir que el profesional identifique la como afecta la situación en los pensamientos, emociones y conducta.</li> <li>• Proponer pensamientos alternativos para debatir el pensamiento automático.</li> </ul>	45min a 1h
	<b>Sesión 6</b>	Identificar distorsiones cognitivas y sus alternativas Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, psicoeducación y proporcionar información).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer errores lógicos del pensar dentro y fuera de las sesiones con el registro diario de pensamientos automáticos en eventos que le causaron malestar durante la semana.</li> <li>• Aplicar técnicas de comunicación.</li> <li>• Debatir sus pensamientos automáticos con pensamientos alternativos.</li> </ul>	45min a 1h
	<b>Sesión 7</b>	Identificar distorsiones cognitivas y sus alternativas. Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, Psicoeducación y proporcionar información). Role Playing.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reconocer errores lógicos que existen en el pensamiento automático que les causan malestar.</li> <li>• Dramatizar con el fin de presentar una situación o caso concreto de la vida real que le cause malestar.</li> </ul>	45min a 1h

	<b>Sesión 8</b>	<p>Identificar distorsiones cognitivas y sus alternativas</p> <p>Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, Psicoeducación y proporcionar información).</p> <p>Role Playing</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proceder de manera técnica en la cual las personas aprenden a cambiar algunas maneras de pensar distorsionadas que le conducen al malestar emocional y frustración.</li> <li>• Generar una nueva forma de pensar en toda situación basado en el juego de roles.</li> </ul>	45min a 1h
	<b>Sesión 9</b>	<p>Identificar distorsiones cognitivas y sus alternativas</p> <p>Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, Psicoeducación y proporcionar información).</p> <p>Reestructuración cognitiva</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generar alternativas en sus pensamientos basados en la situación y en las personas.</li> <li>• Proveer al personal herramientas que les permitieran expresar sentimientos, actitudes, deseos, opiniones y derechos de un modo adecuado a la situación en el contexto laboral.</li> </ul>	
	<b>Sesión 10</b>	<p>Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, Psicoeducación y proporcionar información).</p> <p>Reestructuración cognitiva</p> <p>Entrenamiento asertivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Debatir sus pensamientos automáticos por alternativos donde no le genere malestar.</li> <li>• Incorporar herramientas en la comunicación asertiva donde, se permita expresar sus ideas, sentimientos en relación a las situaciones.</li> <li>• Expresarse de forma más respetuosa basada en los pensamientos alternativos.</li> </ul>	45min a 1h

	<b>Sesión 11</b>	Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, psicoeducación y proporcionar información). Entrenamiento de habilidades comunicativas Entrenamiento en la solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de comunicación.</li> <li>• Reconocer sus capacidades para, que se comuniquen con otras personas de forma verbal y no verbal de forma asertiva.</li> <li>• Aprender a solucionar problemas basadas de pensamientos alternativos y en búsqueda de soluciones.</li> </ul>	
	<b>Sesión 12</b>	Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, psicoeducación y proporcionar información). Entrenamiento de habilidades comunicativas Entrenamiento en la solución de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de comunicación.</li> <li>• Incorporar en su vida una comunicación asertiva basada en sus emociones y su nueva forma de pensar.</li> <li>• Establecer en su día a día herramientas en las cuales busque solucionar los problemas a nivel familiar y laboral.</li> </ul>	45min a 1h
<b>Fase de Cierre</b>	<b>Sesión 13</b>	Técnicas de comunicación (recapitulación, reafirmación, psicoeducación y proporcionar información). Solución de problemas. Seguimiento o Cierre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar técnicas de comunicación.</li> <li>• Implementar pasos para la solución de problemas.</li> <li>• Confirmar el cumplimiento de los objetivos propuestos al inicio del proceso psicoterapéutico.</li> </ul>	45min a 1h

Elaboración propia.

## CONCLUSIONES

- La fundamentación de los aspectos teóricos y metodológicos de la intervención cognitiva conductual es eficaz en el manejo del desgaste profesional, porque, se obtienen resultados favorables en la calidad de vida, en la salud física, psicológica, y relaciones sociales, familiares de los profesionales de salud.
- Con respecto al diagnóstico, los profesionales de salud presentan desgaste profesional, cansancio emocional con el 64,1%, despersonalización con el 91%, realización personal equivalente al 9,2%, en relación al género las mujeres presentan más cansancio emocional con 67%, despersonalización con el 69%, a diferencia de los hombres con el 33% de cansancio emocional, despersonalización con el 30%, con respecto al estado civil muestran cansancio emocional con el 52%, despersonalización con el 48%, a diferencia con los profesionales solteros que demuestran un cansancio emocional de del 41%, despersonalización con el 45%, con referencia al grupo etario presentan cansancio emocional los 31-40 años de edad, con el 46%, despersonalización con el 44%, debido a la emergencia sanitaria COVID-19 y otras causas.
- La elaboración de la propuesta de intervención cognitiva conductual, consta de cuatro fases, es de vital importancia, puesto que esto ayuda a los profesionales de salud a aplicar las diferentes técnicas en su vida laboral, a la vez a aprender a formular explicaciones alternativas en situaciones de estrés, por ende, se consigue un bienestar favorable en su salud mental.

## RECOMENDACIONES

- ❖ Es fundamental aplicar la propuesta de intervención cognitiva conductual para el desgaste profesional en el área de salud, al momento, se considera de vital importancia, porque permite disminuir la sintomatología burnout, logran así un adecuado desarrollo en su salud física, psicológica y brindar una atención de calidad a los pacientes.
- ❖ Los profesionales de salud que presentan desgaste profesional, deben ser atendidos de forma adecuada, priorizando su salud mental, con el objetivo de fortalecer y/o buscar una homeostasis en las diversas esferas de su vida como son: relaciones interpersonales, con sus compañeros de trabajo, pacientes, familia, entre otros.
- ❖ La propuesta cognitiva conductual es importante realizar a todo el personal que trabajan en las instituciones de salud del distrito como: administrativos, personal de limpieza, conductores, también a las familias de los profesionales obteniendo así efectos saludables para su diario vivir.

## BIBLIOGRAFÍA

Agueda Muñoz, d. C., Arias Gallegos, W. L., & Caycho Rodríguez, T. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 139-148.

Agueda, Arias, & Caycho. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). *Revista Chilena de neuro-psiquiatría*, 57(2), 139-148.

Apaza. (2019). Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de Enfermería Unidad de Neonatología, Hospital de especialidades Materno Infantil CNS, 2019.

Apaza, M. A. (2019). Síndrome de Desgaste Profesional en el personal de Enfermería Unidad de Neonatología, Hospital de especialidades Materno Infantil CNS, 2019.

Arias, J. G., Villasís Keever, M. Á., & Miranda Novales, M. G. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.

Arias, J. G., Villasís, K. M., & Miranda, N. M. (2016). El protocolo de investigación III: la población de estudio. *Revista Alergia México*, 63(2), 201-206.

Bazalar & Balarezo. (15 de Mayo de 2016). El síndrome de Burnout en los profesionales de odontología. Obtenido de El síndrome de Burnout en los profesionales de odontología: <http://revistas.urp.edu.pe/index.php/Paideia/article/view/901/818>

Bianchini, M. M. (1997). El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13.

Castro, T. (27 de Marzo de 2019). Síndrome de burnout y rendimiento laboral en el personal de enfermería del área de emergencia del hospital provincial . Obtenido de Síndrome de

burnout y rendimiento laboral en el personal de enfermería del área de emergencia del hospital provincial <http://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/5030/1/TESIS%20JESSICA%20CASTRO%20TEJENA.pdf>

Cóndor, R. S., Tantalean del Águila, M., Burgos Aliaga, R., & Chambi Torres, J. (2017). Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 270-276.

Cóndor, R. S., Tantalean del Aguila, M., Burgos Aliaga, R., & Chambi Torres, J. (9 de 2017). Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú*. Lima, Lima.

Cotrina, Y. O., & Panez, M. (2019). Síndrome de Burnout en médicos de tres hospitales de Huánuco. *Investigación Salud*, 3(3), 127-132.

Cruz, D. M., & Puentes Suárez, A. (2017). Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de la ciudad de Tunja. *Psicogente*, 20(38), 268-281.

Cruz, D. M., & Puentes, A. (2017). Relación entre las diferentes dimensiones del síndrome de Burnout y las estrategias de afrontamiento empleadas por los guardas de seguridad de una empresa privada de la ciudad de Tunja. *Psicogente*, 20(38), 268-281.

Durán, S., Jesús García, Parra Margel, A., García Velázquez, M., & Hernández-Sánchez, I. (2018). Estrategias para disminuir el síndrome de Burnout en personal que labora en Instituciones de salud en Barranquilla. *Cultura. Educación y Sociedad*, 9(1), 27-44. doi: <http://dx.doi.org/10.17981/cultedusoc.9.1.2018.02>

- Esteves, A. R., Paredes Mamani, R. P., Calcina Condori, C. R., & Yapuchura Saico, C. R. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1), 16-27 .
- Esteves, A. R., Paredes, M. R., Calcina, C. C., & Yapuchura, S. C. (2020). Habilidades Sociales en adolescentes y Funcionalidad Familiar. *Revista de Investigación en Comunicación y Desarrollo*, 11(1), 16-27.
- Fernández, S. (29 de Marzo de 2018). Burnout y funciones ejecutivas en personal sanitario de cuidados paliativos: Influencias del desgaste profesional sobre la toma de decisiones. Obtenido de Burnout y funciones ejecutivas en personal sanitario de cuidados paliativos: Influencias del desgaste profesional sobre la toma de decisiones.: <https://scielo.isciii.es/pdf/asina-41-02-171.pdf>
- Flores, S. Y., & Ruíz Martínez, A. O. (2018). Burnout en profesionales de la salud y personal administrativo en una unidad médica de primer nivel. *Psicología y Salud*, 28(1), 63-72.
- Gil, P. R., & Peiró, J. M. (1999). Validez Factorial del Maslach Burnout Inventory en una muestra multiocupacional. 11(3), 679- 689.
- Gilla, Giménes, Moran, & Olaz. (14 de Noviembre de 2019). Adoptacion y validacion del inventario de burnout de Maslach. Obtenido de Adoptacion y validacion del inventario de burnout de Maslach: <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v25n2/a04v25n2.pdf>
- Gómez, J. (13 de Enero de 2017). Factores de riesgo y niveles de Burnout en enfermedades de atención primaria: una revision sistematica. *atencion primaria*. Obtenido de Factores de riesgo y niveles de Burnout en enfermedades de atención primaria: una revision sistematica.atencionprimaria:<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656716301755>.

Gutierrez, Loba, & Martinez. (13 de Agosto de 2018). Prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería. Obtenido de Prevalencia del síndrome de Burnout en profesionales de enfermería: <http://www.scielo.org.copdfreusv20n1/0124-7107-reus-20-01-00037.pdf>

Hernández, Fernández, & Baptista. (11 de Abril de 2014). Metodología de la investigación. Obtenido de Metodología de la investigación: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>

Hernández, T. (21 de Octubre de 2018). Burnout en médicos de un hospital del sector público en el estado de Hidalgo . Obtenido de Burnout en médicos de un hospital del sector público en el estado de Hidalgo : <http://www.scielo.org.mx/pdf/asd/v15n2/1870-5472-asd-15-02-161.pdf>

Intriago, S. (25 de Marzo de 2019). Síndrome del Burnout en el personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín Bolívar. Obtenido de Síndrome del Burnout en el personal de salud de un centro hospitalario de la dirección distrital Junín Bolívar: [http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2528-79072019000200094](http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2528-79072019000200094)

Llorent, V. J., & Ruiz Calzado, I. (2016). El Burnout y las variables sociodemográficas en los profesionales de la educación que trabajan con personas con discapacidad en Córdoba (España). *Ciencia y Saude Colectiva*, 21(10), 3287-3295.

Lozano, A. (25 de Abril de 2021). El síndrome del burnout en los profesionales de la salud en la pandemia por el COVID 19. Obtenido de El síndrome del burnout en los profesionales de la salud en la pandemia por el COVID 19: [https://scholar.google.esscholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=burnout+en+la+pandemia+en+profesionales+de+salud&btnG=](https://scholar.google.esscholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=burnout+en+la+pandemia+en+profesionales+de+salud&btnG=)

Lugo, J. (24 de Noviembre de 2019). Síndrome de burnout: factores asociados en médicos de un hospital: revista digital. Obtenido de Síndrome de burnout: factores asociados en médicos de un hospital: revista digital: [http://saber.ucv.veojsindex.php/prev\\_dparticleview/16120/144814482691](http://saber.ucv.veojsindex.php/prev_dparticleview/16120/144814482691)

- Martínez, I. P., González Hidalgo, E., Méndez García, T., Villarín Castro, A., & León Martín, A. A. (6 de 2018). Burnout y su relación con el estrés percibido y la satisfacción laboral en profesionales sanitarios de Atención Primaria de una Comunidad Autónoma. *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 11(2).
- Miranda, Monzalvo, Hernandez, & Ocampo. (29 de Julio de 2016). Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud: *Revista de enfermería del Instituto de Mexicano del seguro social*. Obtenido de Prevalencia del síndrome de Burnout en personal de enfermería de dos instituciones de salud: *Revista de enfermería del Instituto de Mexicano del seguro social*.: [http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista\\_enfermeria/article/view/99/147](http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/99/147)
- Ochoa, A. P., & Pacheco Montecé, K. G. (2019). Síndrome de Burnout: Validez del Maslach Burnout Inventory General Survey en una población ecuatoriana. 1-14.
- Ochoa, A. P., & Pacheco, M. K. (2019). Síndrome de Burnout: Validez del Maslach Burnout Inventory General Survey en una población ecuatoriana. 1-14.
- Peña, J. (24 de Marzo de 2019). Terapia Cognitiva Conductual para reducir los síntomas del síndrome Burnout en docentes consejeros que laboran en el colegio Padre Segundo Familiar Cano . Obtenido de Terapia Cognitiva Conductual para reducir los síntomas del síndrome Burnout en docentes consejeros que laboran en el colegio Padre Segundo FamiliarCano:[https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as\\_sdt=0%2C5&q=tesis+de+posgrado+de+terapi+a+cogn+itiva+conductua+l+en+profesi+on+ales+de+sal+ud&btnG=](https://scholar.google.es/scholar?hl=es&as_sdt=0%2C5&q=tesis+de+posgrado+de+terapi+a+cogn+itiva+conductua+l+en+profesi+on+ales+de+sal+ud&btnG=)
- Rivera, Á. G., Segarra Jaime, P., & Giler Valverde, G. (2018). Síndrome de Burnout en docentes de instituciones de educación superior. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(2), 16-25.

- Rivera, Á. G., Segarra, P., & Giler, G. (2018). Síndrome de Burnout en docentes de instituciones de educación superior. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 38(2), 16-25.
- Rodríguez, A. I., & Méndez Durán, A. (2016). Síndrome de burnout en profesionales de enfermería de áreas críticas en un hospital de tercer nivel . Original , 99-104.
- Rodríguez, J. F. (11 de 12 de 2018). Síndrome de Burnout: factores asociados en médicos de un hospital tipo III. Síndrome de Burnout: factores asociados en médicos de un hospital tipo III. Venezuela .
- Rodríguez, M., & Mendivelso , F. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. *Médica Sanitas*, 21(3), 141-146.
- Rodríguez, M., & Méndivelso, F. (2018). Diseño de investigación de Corte Transversal. *Médica Sanitas*, 21(3), 141-146.
- Ruiz, M. d., Díaz García, M. I., & Villalobos Crespo, A. (2011). *Manual de Técnicas de Intervención Cognitivo Conductuales*.
- Saltos, D. M., & Zapata. (2019). Factores determinantes del Síndrome Burnout en Médicos de los servicios de ginecología y medicina interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Saltos, D. M., & Zapata Mora, V. Y. (2019). Factores determinantes del Síndrome Burnout en Médicos de los servicios de ginecología y medicina interna del Hospital Provincial General Docente Riobamba.
- Sánchez, Artica, & De la Cruz. (14 de Marzo de 2020). Síndrome de trabajador quemado. Existencia del Burnout sector salud. Obtenido de Síndrome de trabajador quemado. Existencia del Burnout sector salud: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7818318>

- Solís, R. C., Tantalean del Águila, M., Burgos Aliaga, R., & Chambi Torres, J. (2017). Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 270-276.
- Solís, R. C., Tantalean, Burgos, & Chambi. (2017). Agotamiento profesional: prevalencia y factores asociados en médicos y enfermeras en siete regiones del Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 270-276.
- Tafoya, S. A., Jaimes Medrano, A. L., Carrasco Rojas, J. A., & Ortiz León, S. (2 de Diciembre de 2020). Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México. Asociación del acoso psicológico con el desgaste profesional en médicos residentes de la Ciudad de México.
- Taipe, J. P., Artica Llacua, M. A., & De La Cruz Valdiviano, C. (2017). Creencias irracionales y pensamientos automáticos en una relación de pareja. Estudio de caso clínico atendido en un Centro de Servicios Psicológicos de una Universidad Nacional de Lima. *Revista ECIPerú*, 14(2), 129-136. doi:DOI: <https://doi.org/10.33017/RevECIPeru2017.0015>
- Tamayo, M. (12 de Julio de 1999). Módulo de investigación. Obtenido de Módulo de investigación: <https://www.postgradoune.edu.pe/pdf/documentos-academicos/ciencias-de-la-educacion/19.pdf>
- Terán Prieto, A. (2019). Ciberadicciones. Adicción a las nuevas tecnologías( NTIC). *Ciberadicciones*, 137.
- Toala, J. R. (2019). Síndrome de Burnout en Médicos Residentes. *San Gregorio*(33), 102-113. doi:<http://dx.doi.org/10.36097/rsan.v1i33.966>

- Torres, F. (2021). Síndrome de Burnout en profesionales de la salud del Ecuador y factores asociados en tiempo de pandemia . Quito : Revista Virtual de la sociedad.
- Toya, A. M., Arias Gallegos , W. L., & Caycho Rodríguez , T. (Junio de 2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). Arequipa , Perú .
- Toya, A. M., Arias Gallegos, W. L., & Caycho Rodríguez, T. (2019). Síndrome de burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú). Rev. chil. neuro-psiquiatr. vol.57 no.2.
- Vargas, A. L. (2021). El síndrome de burnout en los profesionales de salud en la Pandemia por la COVID -19. Revista Neuropsiquiatría, 84(1), 1-2.
- Vargas, L. D., Niño Cardozo, C. L., & Acosta Maldonado, J. Y. (2017). Estrategias que modulan el síndrome de Burnout en enfermeros (as): una revisión bibliográfica. Ciencia y Cuidado, 14(1).
- Vázquez, J. C., & Sanz Fuentenebro, F. (2020). Usuarios satisfechos y profesionales quemados. Evaluando la satisfacción en un centro de salud mental. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo , 28(4), 300-310.
- Vázquez, J. C., & Sanz, F. J. (2020). Usuarios satisfechos y profesionales quemados. Evaluando la satisfacción en un centro de salud mental. Revista de la Asociación Española de Especialistas en Medicina del Trabajo, 28(4), 300-310.
- Veliz, Dorner, Soto, & Arriagada. (22 de Junio de 2018). Bienestar Psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud de la región de los lagos. Obtenido de Bienestar Psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud de la región de los lagos: <http://www.scielo.org.mx/pdf/au/v28n3/2007-9621-au-28-03-56.pdf>

Vivanco & Sanches & Maldonado & Nora, E. (15 de Febrero de 2018). Síndrome de burnout en profesionales de la salud en instituciones y privadas: un analisis de la provincia de Loja. Obtenido de Síndrome de burnout en profesionales de la salud en instituciones y privadas: un analisis de la provinciadeLoja: <https://revista.redipe.org/index.php/articleview/622/579>

## ANEXOS

### CUESTIONARIO DE MASLASH BURNOUT INVENTORY

**Señale la respuesta que crea oportuna sobre la frecuencia con que siente los enunciados.**

**0=Nunca. 1= Pocas veces al año o menos. 2=Una vez al mes o menos. 3= Pocas veces al mes. 4= Una vez a la semana. 5= Pocas veces a la semana 6= Todos los días**

#### **1.- Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo**

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=Pocas veces a la semana  
 6=Todos los días

#### **2.- Al finalizar mi jornada de trabajo me siento vacío**

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= Pocas veces a la semana  
 6= Todos los días

#### **3.- Siempre me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado**

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= Pocas veces a la semana  
 6= Todos los días

#### **4.- Siento que logro atender fácilmente a los pacientes.**

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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**5.- Siento que trato a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**6.- Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**7.- Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes.**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**8.- Siento que mi trabajo me consume**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**9.- Siento que cambio positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**10.- Siento que me he hecho más duro con la gente.**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**11.- Me preocupa que este trabajo me afecte emocionalmente**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**12.- Me siento con mucha energía en mi trabajo**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**13.- Me siento frustrado en mi trabajo**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**14.- Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**15.- Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**16.- Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**17.- Siento que ayudo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes.**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**18.- Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes.**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**19.- Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**20.- Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**21.- Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada.**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

**22.- Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas.**

- 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= Pocas veces a la semana
- 6= Todos los días

## **FICHA SOCIODEMOGRÁFICA**

Lea detenidamente y marque con una X la opción en la que actualmente, se encuentra usted.

La información que nos proporcione es de estricta confidencialidad.

### **NACIONALIDAD**

ECUATORIANA

EXTRANJERO

### **EDAD**

20-30

30-40

40-50

50-60

60+

### **GENERO**

Mujer

Hombre

Otra

### **AUTOIDENTIFICACIÓN**

Indígena

Mulata

Blanca

Afroecuatoriana

Montuvia

Negra

Mestiza

Otra

**ESTADO CIVIL**

Unión libre

Soltero

Casado

Divorciado

Viudo

**LUGAR DE RESIDENCIA**

Guamote

Colta

Riobamba

Otros

**ESPECIALIDAD**

Especialista

Laboratorista

Psicólogo

Auxiliar de enfermería

Médico general

Odontólogo

Nutricionista

Paramédico

Enfermería

Obstetriz

Técnico de atención primaria.

Bioquímica y farmacia

**CARGA Y RITMO DE TRABAJO**

Baja

Media

Alta

Extremadamente alta

**EN SU TRABAJO TRATAN POR IGUAL A TODOS INDISTITAMENTE DEL CARGO QUE DESEMPEÑA**

Sí

No

**EN SU TRABAJO EXISTE UN BUEN AMBIENTE LABORAL**

Sí

No

**EN SU TRABAJO, SE SIENTE ACEPTADO Y VALORADO**

Sí

No

**EXISTE SATISFACCIÓN POR LA REMUNERACIÓN DE SU TRABAJO**

Sí

No

**EN SU TRABAJO EXIGE QUE ESCONDA SUS EMOCIONES Y SENTIMIENTOS**

Sí

No

**Consentimiento informado de los señores directores del distrito de salud 06D04 Colta-  
Guamote**



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador | Sede  
Ambato

**Propuesta Metodológica y Tecnológica Avanzada**

**Propuesta de Intervención Cognitivo- Conductual para reducir el Desgaste Profesional  
en el Personal de Salud.**

**CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO**

**Dra.** *Grace Isabel Díaz Cabezas.*

Por medio de la presente quisiera obtener su autorización para que se le incluya a usted, como objeto de estudio es una Propuesta Metodológica y Tecnológica Avanzada “Propuesta de Intervención Cognitivo- Conductual para reducir el Desgaste Profesional en el Personal de Salud.”, llevado a cabo para la obtención de título de cuarto nivel en el programa de posgrado denominado: Maestría en Psicología, mención en Intervención de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Ambato. El objetivo general de este proyecto es: Proponer un plan de intervención Cognitivo Conductual para reducir el desgaste profesional en el personal de salud del distrito 06D04 Colta Guamote. Para cumplir con los objetivos se han planteado el siguiente instrumento : Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) cuya función es medir el desgaste profesional. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para su participación en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. ***Su participación será anónima***, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes del proyecto que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el curso de la investigación. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Dirección de postgrados de la PUCESA si tuviese alguna duda. Los profesionales a cargo de la Propuesta Metodológica y Tecnológica Avanzada son: Psi. Cli. Carmen Lorena Tierra Guaño y la Psc. Catherine Shugulí Mg.; directora del proyecto de titulación.

Autorizo la participación. \_\_\_\_\_

C.C. *1723954242*



Pontificia Universidad  
Católica del Ecuador

Sede  
Ambato

**Propuesta Metodológica y Tecnológica Avanzada**

**Propuesta de Intervención Cognitivo- Conductual para reducir el Desgaste Profesional en el Personal de Salud.**

**CARTA CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Dr. *Roberto Costales*

Por medio de la presente quisiera obtener su autorización para que se le incluya a usted, como objeto de estudio es una Propuesta Metodológica y Tecnológica Avanzada “Propuesta de Intervención Cognitivo- Conductual para reducir el Desgaste Profesional en el Personal de Salud.”, llevado a cabo para la obtención de título de cuarto nivel en el programa de posgrado denominado: Maestría en Psicología, mención en Intervención de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador- Sede Ambato. El objetivo general de este proyecto es: Proponer un plan de intervención Cognitivo Conductual para reducir el desgaste profesional en el personal de salud del distrito 06D04 Colta Guamote. Para cumplir con los objetivos se han planteado el siguiente instrumento : Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) cuya función es medir el desgaste profesional. En esta carta solicitamos a usted su consentimiento para su participación en ésta investigación, así como para usar con fines científicos los resultados generados. La colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. *Su participación será anónima*, es decir, que su nombre no aparecerá de ningún modo ni en los instrumentos, ni en los informes del proyecto que se redactarán. Los instrumentos de evaluación llevarán un código desde el inicio que reemplazarán los nombres. Luego, los datos producidos por los instrumentos serán trasladados a una base de datos. Esta base de datos será usada para realizar diversos análisis que faciliten el curso de la investigación. Le garantizamos la absoluta confidencialidad de la información. Así mismo, en caso que lo estime pertinente usted puede recurrir a la Dirección de postgrados de la PUCESA si tuviese alguna duda. Los profesionales a cargo de la Propuesta Metodológica y Tecnológica Avanzada son: Psi. Clí. Carmen Lorena Tierra Guaño y la Psc. Catherine Shugulí Mg.; directora del proyecto de titulación.

Autorizo la participación.

*Roberto Costales*

c.c. *0601827017*