

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL HOSPITALARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID- 19**

Proyecto de investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Vida digna y salud integral

Autora:

María Fernanda Andrade Cárdenas

Director:

Dr. Paúl Marlon Mayorga Lascano Mg.

Ambato – Ecuador

Marzo 2022

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

**ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN
PERSONAL HOSPITALARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID- 19**


Línea de Investigación:

Vida digna y salud integral

Autora:

María Fernanda Andrade Cárdenas

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Mg.
CALIFICADOR

f. 

Lucía Almeida Márquez, Mg.
CALIFICADOR

f. 

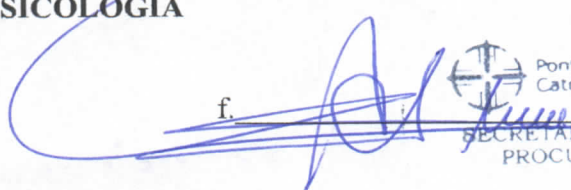

Juana Rosario Lara Machado, Mg.
CALIFICADOR

f. 

Varna Hernández Junco, PhD.
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

f. 

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr.
SECRETARIO GENERAL PUCE- A

f. 

Pontificia Universidad
Católica del Ecuador
**SECRETARÍA GENERAL
PROCURADURÍA**

Ambato – Ecuador



BIBLIOTECA

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo: **MARÍA FERNANDA ANDRADE CÁRDENAS**, con CC. **0503257156**, autora del trabajo de graduación titulado: **“ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO Y SÍNDROME DE BURNOUT EN PERSONAL HOSPITALARIO DURANTE LA PANDEMIA COVID- 19”**, previo a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la escuela de **PSICOLOGÍA**.

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 de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Ambato, marzo 2022



María Fernanda Andrade Cárdenas

CC. 0503257156

AGRADECIMIENTO

Primero quiero agradecer a Dios, por no abandonarme en toda mi carrera universitaria, también por abrirme y cerrarme puertas que en su momento me dio miedo enfrentar, pero gracias a eso estoy donde debo y con quienes estar, por eso soy consciente de que sin él no soy nada.

Quisiera agradecer a mi familia: a papá, mi ángel de la guarda, aunque te fuiste muy pronto, siempre estás en mi corazón y eres la razón para seguir adelante y tratar de enorgullecerte, aunque sea de lejos. A mamá, mi hermosa compañera que siempre me anima, me abraza, limpia mis lágrimas y me ayuda a levantarme del suelo simplemente con su amor, gracias a ella estoy aquí y por ella son todos los logros que tengo y los que tendré. A mis hermanos, por siempre decirme que puedo con todo y que soy su orgullo. A Fidel, que, aunque siempre quiso otra profesión para mí, siempre me apoya y ayuda en todo lo que puede.

Agradezco a mis amigos por siempre cuidarme, alegrarme, regalarme experiencias inolvidables, respetarme y por contar con su apoyo en todo el camino. Espero que todos lleguemos al final y contar con su amistad el resto de mi vida.

Por último, pero no menos importante, a mis maestros quienes me inculcaron sus conocimientos, me formaron con rectitud, ética y amor hacia mi carrera. Gracias por tratarme como una colega desde que empecé mis estudios.

DEDICATORIA

Dedico este pequeño logro a mamá porque sé cuánto se ha sacrificado para que mis hermanos y yo seamos profesionales, además, porque me demostró lo fuerte que era y cómo luchó para que la familia nunca sintiera la ausencia de papá.

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo es determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal del hospital básico Yerovi Mackuart de la ciudad de Salcedo, durante la pandemia COVID- 19. Esta investigación parte de un paradigma post- positivista, de tipo no experimental, de modalidad cuantitativa, de corte transversal y de alcance descriptivo y correlacional. Se realizó el estudio por medio de la aplicación de dos instrumentos: Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC- M) y el Inventario de Burnout de Maslach- Cuestionario de Servicios Humanos (MBI – HSS). Los participantes fueron 65 personas del hospital (52,3% del personal administrativo y 47,7% del personal de salud), que están en un rango de edad entre los 27 y 59 años, con una media de $\bar{X}= 39,54$ años. Los resultados demostraron que la mayoría de los trabajadores de esta institución presentan una tendencia al síndrome de burnout sin que éste se establezca del todo. En cuanto a las estrategias de afrontamiento la solución de problemas ($\bar{X}= 37,46$) y la reevaluación positiva ($\bar{X}= 21,21$) están por encima del punto de corte siendo las más utilizadas por el personal hospitalario. Por último, en el presente trabajo se encontraron múltiples correlaciones entre las dos variables con valores entre $r = 0,368$ y $0,598$, pero se destaca las correlaciones negativas estadísticamente significativas entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento: solución de problemas ($r = 0,331$) y reevaluación positiva ($r = 0,334$) con respecto a la población seleccionada.

Palabras clave: burnout, estrategias de afrontamiento, personal hospitalario, pandemia.

ABSTRACT

The aim of this assignment is to determine the existent relationship between coping strategies and burnout syndrome in personnel from basic hospital Yerovi Mackuart of Salcedo city, during COVID-19 pandemic. This investigation starts from a post-positivity paradigm, of a nonexperimental type, of a quantitative modality, of cross-sectional, descriptive and correlational scope. This study was realized through the application of two instruments: Coping Strategies Modified Scale (EECM) and the Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBIHSS). All 65 participants in the study are of hospital employees (52,3% of administrative personnel and 47,7% of health personnel), they are in an age range between 27 and 59 years old, with an average range of $\bar{X}= 39,54$. The results demonstrated that most of workers in this institution present a tendency to burnout syndrome without this affection established completely. Regarding coping strategies, the solving problem strategy ($\bar{X}= 37,46$) and the positive re-evaluation strategy ($\bar{X}= 21,21$) are above the cut-off point which means they are the most used by the hospital employees. Finally, the present study finds several correlations between the two variables with values among $r = 0,368$ and $0,598$, but is highlighting the significant negative correlated statistics between burnout syndrome and coping strategies: solving problem strategy ($r = 0,331$) and the positive re-evaluation strategy ($r = 0,334$) in relation to select population.

Key words: burnout, coping strategies, hospital employees, pandemic

ÍNDICE

PORTADA	I
HOJA DE APROBACIÓN.....	II
DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN	III
DEDICATORIA.....	V
RESUMEN	VI
ABSTRACT	VII
INTRODUCCIÓN.....	1
Antecedentes Históricos	1
Situación Problemática.....	2
Hipótesis	3
Objetivos.....	3
Objetivo General.....	3
Objetivos Específicos	3
Justificación.....	4
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÁCTICA.....	5
1.1. Síndrome de Burnout.....	5
1.1.1. Definición del Síndrome de Burnout	5
1.1.2. Dimensiones del Síndrome de Burnout.....	9
1.1.3. Síntomas del Síndrome de Burnout.....	10
1.1.4. Causas y Efectos del Síndrome de Burnout	13
1.2. Estrategias de Afrontamiento	17
1.2.1. Definición de Estrategias de Afrontamiento	18
1.2.2. Clasificación de Estrategias de Afrontamiento	21
1.2.3. Factores Moduladores de las Estrategias de Afrontamiento	23
CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO	26
2.1. Metodología de la Investigación	26
2.2. Técnicas y Herramientas	29
2.2.1. Técnicas.....	29
2.2.2. Herramientas	31
2.3. Instrumentos	32
2.3.1. Escala de Estrategias de <i>Coping</i> Modificada (EEC- M).....	32

2.3.2. Inventario de Burnout de Maslach- Cuestionario de Servicios Humanos (MBI - HSS)	35
2.4. Instrumento de Análisis Estadístico	37
2.5. Participantes	37
2.6. Procedimiento Metodológico	43
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	46
3.1. Análisis descriptivo	46
3.1.1. Análisis descriptivo de Escala de Estrategias de <i>Coping</i> Modificada (EEC- M)	46
3.1.2. Análisis descriptivo de la Inventario de Burnout de Maslach (MBI)	49
3.2. Análisis Correlacional de las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout.	53
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFÍA	63
ANEXOS	69
Anexo 1. Carta de Consentimiento Informado	69
Anexo 2. Ficha Sociodemográfica	70
Anexo 3. Escala de Estrategias de <i>Coping</i> Modificada (EEC-M)	72
Anexo 4. Inventario de Burnout de Maslach	75

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Sintomatología del síndrome de burnout.....	11
Tabla 2. Análisis de la confiabilidad del EEC- M en la población de estudio	35
Tabla 3. Análisis de confiabilidad del MBI en la presente población.....	36
Tabla 4. Análisis de datos sociodemográficos de la población de estudio.....	39
Tabla 5. Análisis de la trayectoria laboral de los participantes	42
Tabla 6. Análisis descriptivo del EEC- M.....	46
Tabla 7. Análisis descriptivo del MBI.....	49
Tabla 8. Correlación entre las dimensiones de estudio	53
Tabla 9. Correlación entre las estrategias y el síndrome de burnout.....	58

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Análisis comparativo de las estrategias de afrontamiento	48
Figura 2. Análisis comparativo del síndrome de burnout.....	51

INTRODUCCIÓN

El presente proyecto de titulación denominado “Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal hospitalario durante la pandemia COVID- 19”, se enfoca en la línea de investigación vida digna y salud integral. El tema parte de que las estrategias de afrontamiento constituyen esfuerzos tanto cognitivos como conductuales que las personas utilizan en situaciones de crisis. Sin embargo, alguna situación estresante puede ponerlas a prueba, es así como la pandemia COVID- 19 puede generar un esfuerzo desmesurado en el personal hospitalario por la excesiva demanda de pacientes. Es así como, al desbordar estas estrategias se provoca un aumento en los niveles de estrés, desmotivación o incluso síntomas fisiológicos que se asocian al síndrome de burnout. Las investigaciones expuestas a continuación presentan la importancia de este estudio en diferentes poblaciones.

Antecedentes Históricos

A nivel internacional se presenta el estudio de Popp (2008) en el mismo que se observa la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout de un personal hospitalario en Argentina. El estudio se realizó con 53 enfermeras (de 24 a 54 años) que trabajaban en cuidados intensivos. Se obtuvo que las personas con niveles bajo del síndrome de burnout utilizan estrategias como el análisis lógico, posibles acciones que resuelvan el problema o de recompensas. Sin embargo, la misma autora propone que se debe realizar más estudios sobre este tema y con muestra masculina con el fin de determinar de mejor manera la relación existente entre estas dos variables.

Por otro lado, existe una revisión teórica elaborada por Montoya y Morona (2012) en el país de Colombia, en la cual se establece que sí existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout. Su aporte, especialmente, se centra en que existen ciertas estrategias de afrontamiento centradas en la evitación y también en la emoción que facilitan la presencia de síndrome de burnout. Por otro lado, estos autores proponen que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema son aquellas que disminuyen la posibilidad de adquirir este síndrome a diferencia de las aquellas estrategias que se basan en la emoción.

A nivel nacional la investigación realizada por Aldás (2019) propone que si existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout. En este estudio la autora trabaja con 60 personas de dos centros de salud de la ciudad de Ambato. En base a los resultados, la investigadora estableció que a pesar de que las personas utilizaron estrategias de afrontamiento (centradas en la emoción o en el problema) no presentaban síndrome de burnout. Aunque hubo un pequeño porcentaje de la muestra con síndrome de burnout no apareció una significancia importante en el uso de las estrategias. No obstante, se pudo comprobar que existe una relación entre la dimensión realización personal del síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento (apoyo social y reestructuración cognitiva).

A partir de lo expuesto anteriormente, se puede decir que la presente investigación es de aporte científico en cuanto al estudio de la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal hospitalario. Adicional, el tema en sí presenta una relevancia debido a que se encuentra en el contexto de la pandemia COVID- 19, que es un acontecimiento de preocupación a nivel mundial.

Situación Problemática

A partir de observaciones no sistematizadas del personal hospitalario durante la pandemia COVID- 19, se identificó un aumento del desgaste físico y emocional. Se observaron síntomas como alto grado de desmotivación en las actividades, temor por acudir a sus lugares de trabajo, irritabilidad y agresividad verbal al momento de tratar a las personas, apatía con los compañeros, absentismo laboral, manifestaciones de estrés con quejas frecuentes de dolores de cabeza y espalda, disminución de la memoria, cansancio, estreñimiento, dificultades para conciliar el sueño, entre otras características que al parecer tienen relación con el síndrome de burnout. Estas manifestaciones se estima que, guardan relación con la sobrecarga de trabajo, producto de incremento de pacientes con COVID- 19, como consecuencia implica un aumento de la carga horaria, mayor riesgo de contagio por el trato directo con los pacientes, el temor de retornar al hogar y ser portador del virus.

Dichas situaciones exigen que el personal de salud utilice estrategias de afrontamiento ante los diversos acontecimientos generadores de estrés, los mismos que pueden superar la

capacidad de resistencia y resolución de las tensiones de manera productiva. Sin embargo, al no ser suficientes o adecuadas, pueden desencadenar problemas de salud mental, conflictos laborales, pretensiones de cambio de plazas de trabajo, distanciamiento en la relación interpersonal social y familiar. Por las consideraciones anteriores y a través de este estudio lo que se pretende responder a la siguiente pregunta científica: ¿existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal del hospital básico Yerovi Mackuart de Salcedo durante la pandemia COVID- 19?

Hipótesis

El presente trabajo estima como hipótesis que existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en el personal hospitalario de la casa de salud Yerovi Mackuart durante la pandemia COVID- 19. Es decir, las estrategias de afrontamiento utilizadas por el personal hospitalario son aquellas que determinan el nivel de síndrome de burnout que pudieran tener durante la pandemia.

Objetivos

Objetivo General

Determinar la relación existente entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal del Hospital Básico Yerovi Mackuart de Salcedo durante la pandemia COVID- 19.

Objetivos Específicos

1. Fundamentar teóricamente los aspectos relacionados con las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal hospitalario durante la pandemia COVID- 19.
2. Evaluar la condición actual de las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal hospitalario durante la pandemia COVID- 19 en el Hospital Básico Yerovi Mackuart de Salcedo.

3. Realizar un análisis estadístico de tipo correlacional entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal hospitalario durante la pandemia COVID- 19 en el Hospital Básico Yerovi Mackuart de Salcedo.

Para cumplir con los objetivos planteados este estudio se fundamenta en un paradigma post - positivista de enfoque cuantitativo, con corte transversal, de diseño no experimental, de alcance descriptivo y correlacional. El número de participantes está conformado por 65 personas que trabajan en el Hospital Básico Yerovi Mackuart del cantón Salcedo. Para la recolección de datos se aplicarán técnicas psicométricas, a través de la utilización de cuestionarios que determinarán las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout, además la encuesta para la obtención de datos sociodemográficos.

Justificación

Este estudio es de relevancia teórica y social porque contribuye al conocimiento de la respuesta y afectación psicológica en el personal hospitalario frente a la pandemia del COVID- 19. La llegada del coronavirus a Ecuador cambió la vida de todas las personas, sin embargo, el personal hospitalario tuvo mayor riesgo debido a que trataron con los casos desde que se expandió. Esta circunstancia provoca altos niveles de estrés por el miedo y la preocupación de ser portador del virus, por ello, conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout durante la pandemia será de aporte al conocimiento en la actualidad. A partir de los hallazgos obtenidos se tendrá mayor claridad sobre la relación entre las dos variables de estudio, la cual será de contribución al estado del arte actual y brindará apertura a nuevas investigaciones en otros establecimientos de salud durante la pandemia COVID- 19.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y DE LA PRÁCTICA

1.1. Síndrome de Burnout

El síndrome de burnout se considera el estrés laboral crónico caracterizado porque las demandas del lugar de trabajo exceden a los recursos personales. Este síndrome puede darse por el exceso de trabajo o que la actividad laboral no cumple con las expectativas de los individuos. Estos factores hacen que los trabajadores muestren un comportamiento deficiente frente a las actividades de su trabajo, síntomas psicofísicos que afectan su eficacia o el mal trato a los clientes/pacientes. A medida que esta afección empeora se afectan otros ejes de la vida personal como la relación con la familia, amigos y compañeros de trabajo. Para entender mejor esta afección, a continuación, se establece su definición, dimensiones, síntomas y las causas- efectos de este síndrome.

1.1.1. Definición del Síndrome de Burnout

El estrés es un estado que aparece frente a una situación que amenaza al individuo o que está fuera de su normalidad. Para Naranjo (2009) “el estrés se presenta cuando la persona identifica una situación o un encuentro como amenazante, cuya magnitud excede sus propios recursos de afrontamiento, lo cual pone en peligro su bienestar” (p. 173). Como se puede ver, el estrés es la respuesta ante un escenario que está fuera de lo cotidiano o que perturba la tranquilidad de las personas. El hecho de percibir una situación como peligrosa hace que el organismo utilice estrategias físicas y psicológicas para combatirlo o alejarse de ésta y todo ello con el fin de evitar un malestar general que perjudique su adecuado desenvolvimiento en su entorno.

Ahora bien, el estrés presenta tres fases: alarma, resistencia y agotamiento. Según el criterio de Rodríguez y De Rivas (2011) la primera fase de alarma se da cuando el individuo piensa y se alista para responder; la segunda fase de resistencia consiste en la solución específica que ayuda a enfrentar la problemática; y la tercera fase de agotamiento, se refiere al desgaste de energía que se utiliza en cuanto al estímulo estresante. Es así como el estrés muestra estas tres fases, las cuales permiten que el individuo piense y actúe frente a la situación de estrés. No obstante, si el esfuerzo que se utiliza no tiene los resultados requeridos, las personas tienden a permitir que el escenario estresante sobrepase sus capacidades. Este evento

provoca que la aparición del estrés presente síntomas físicos o psicológicos y cuando las situaciones de peligro o amenaza se relacionan con la organización o el trabajo se habla de un estrés laboral.

El estrés laboral hace referencia al estado de tensión que perjudica de manera psicofisiológica al individuo. Según Valecillo y otros (2009) el estrés en el ámbito laboral “se puede definir como las nocivas reacciones físicas y emocionales que ocurren cuando las exigencias del trabajo no igualan las capacidades, los recursos o las necesidades del trabajador” (párr. 7). Entonces, el estrés que se relaciona con el lugar de trabajo se establece, especialmente, porque el individuo no soporta las exigencias de éste. Por lo que cuando el individuo siente el desborde de sus capacidades adopta un estado de estrés y como consecuencia presenta un desequilibrio entre el desempeño y la demanda de actividades de trabajo.

Ahora bien, cuando el estrés no es contenido oportunamente y sí, además, existen otros factores que lo aumentan se produce un estrés crónico. De acuerdo con Moscoso (2014) el estrés crónico es provocado por exigencias e imposiciones durante largos periodos de tiempo que el individuo percibe como interminables. De esta forma, la persona que recibe grandes demandas y no las controla comienza a sentirse inútil y a menospreciar su esfuerzo. La consecuencia de este estado es la sensación de no resistir el evento estresor y presentar síntomas como agotamiento, tensión, malhumor, falta de compromiso y de interés en la actividad laboral. La sintomatología antes mencionada no solo afecta a la actividad de trabajo como tal sino también a la relación entre compañeros o jefes y el trato a pacientes o clientes. Todos los factores anteriores se relacionan con la presencia del síndrome de burnout en los individuos.

El síndrome de burnout o síndrome de quemarse en el trabajo es definido como un deterioro de la actividad laboral del individuo. De acuerdo con Maslach, Jackson y Leiter (1996) el burnout es considerado como un “síndrome de cansancio emocional, despersonalización y la falta de realización personal que puede ocurrir a aquellos que trabajan con otras personas, también puede haber un deterioro en la calidad del cuidado o servicio que brinda” (p. 192). Como se puede ver, el síndrome de burnout afecta en el individuo con cansancio físico y emocional frente a las actividades laborales. Además, esta afección perjudica la manera de

comportarse con los otros (compañeros y clientes) y como consecuencia se forman se altera la efectividad del trabajo. Por otro lado, las personas que experimentan estas situaciones ya no sienten el mismo amor por su profesión y lo viven con desagrado.

Asimismo, el síndrome de burnout es una reacción al estrés crónico especialmente en el lugar de trabajo. Este síndrome se relaciona con el área laboral y la percepción del individuo sobre los esfuerzos realizados y las metas conseguidas. La experiencia subjetiva de las personas es la que provoca los sentimientos y acciones que perjudican tanto al individuo como al lugar de trabajo (Martínez, 2010). Referente a lo anterior se dice que el síndrome de burnout aparece por las excesivas demandas en el entorno laboral. Sin embargo, el factor que más perjudica es la percepción de las personas frente al trabajo debido a que piensan y sienten que no progresan en la vida. El desánimo frente al ambiente de trabajo y las actividades laborales puede ser el determinante para que la eficacia del individuo sea perjudicada.

El síndrome de burnout emergió como una problemática social, más no como un constructo de estudio. La concepción del burnout fue construida por dos avances conceptuales: la fase pionera y la fase empírica. La primera fase está enfocada en la descripción clínica de este síndrome. La segunda fase enfatiza en la búsqueda sistemática que ayudó a establecer este fenómeno (Maslach & Schaufeli, 1993). De esta forma, el síndrome de burnout se origina por una complicación en el trabajo, que despertó el interés de varios autores. Es importante recalcar que, si bien estas dos fases ayudaron al avance teórico de este tema, también fueron la base para unir el tema del burnout con otras ramas. Posteriormente, se presenta con más detalle cada una de las fases.

Fase Pionera. El fenómeno burnout se originó a partir de la preocupación sobre el desenvolvimiento de las personas en el ambiente laboral. Se conoce que Freudenberger fue contratado en una agencia de cuidado, mientras estuvo en ese lugar observó que muchos de los voluntarios con los que trabajaba, experimentaban agotamiento emocional y una pérdida de motivación durante su trabajo. Por lo general, estas observaciones aparecían alrededor de un año y estaban acompañados de síntomas físicos y mentales. Freudenberger nombró este exhaustivo estado mental, como burnout, esta palabra era usada coloquialmente para referirse a los efectos crónicos del abuso de drogas (Maslach & Schaufeli, 1993). La observación directa de Freudenberger en los voluntarios, permitió que se establezcan los

síntomas del síndrome de burnout y también ayudó a demostrar que la mayoría de los empleados sufrían esto especialmente cuando estaban a cargo de otras personas.

Al mismo tiempo Maslach, psicóloga investigadora, estudia cómo las personas enfrentan las situaciones propias del trabajo. De acuerdo con Maslach y Schaufeli (1993) esta autora adoptó el nombre de burnout y en lo que se interesó particularmente fueron las estrategias cognitivas que interferían en la identidad profesional y el comportamiento en el trabajo de las personas. Es decir, Maslach quería conocer qué métodos utilizan las personas para combatir las situaciones estresantes que se dan en el ambiente laboral. En base a lo antes mencionado, el síndrome de burnout se dio por la preocupación del comportamiento de los empleados frente a una situación laboral, por lo que es importante recalcar que este síndrome no tiene un origen de constructo psicológico, sino que aparece como una demanda social.

La fase pionera estableció el nombre de este fenómeno social y de qué trata. Es cierto que las contribuciones de Freudenberg y Maslach no son las únicas, pero si fueron las que establecieron las bases para establecer el significado del síndrome de burnout. Por otro lado, el conocer la historia de este síndrome permite que se entienda como la actitud frente al trabajo influye en la eficacia de la respuesta frente a éste. Por ello, cuando las personas sienten desmotivación o no actúan de una manera competente en sus actividades, no es porque no tienen las capacidades, sino más bien porque piensan que sus destrezas están sobrepasadas por las situaciones laborales.

Fase Empírica. Esta fase se da en años posteriores y lo que se quería es que la propuesta de burnout sea probada y entendida por varios autores. Según Maslach y Schaufeli (1993) las medidas estandarizadas del burnout fueron desarrolladas con diferentes definiciones y métodos. No obstante, el modelo del *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach fue el que se extendió a nivel mundial. En el instrumento se establecieron categorías que medían la despersonalización, agotamiento emocional y la realización personal del individuo. Ahora bien, las investigaciones empíricas se enfocaron principalmente en los factores del ambiente laboral. En estos componentes se encuentran variables como la satisfacción, las expectativas, la demanda, el ambiente de trabajo y la relación con los clientes. Así, el MBI toma en cuenta no solo las categorías del estado de ánimo del trabajador, sino más bien las variables que caracterizan su entorno laboral. Este hecho

corroborar que si las personas tienen desmotivación por ir al lugar donde trabaja puede ser por una mala adaptación a éste.

El instrumento más utilizado, hasta la actualidad, es el MBI el cual mide las tres categorías del síndrome de burnout, sin embargo, existieron otros autores que quisieron medir este fenómeno. De acuerdo con Maslach y Schaufeli (1993) los estudios metodológicos de varios investigadores condujeron a tres grandes conclusiones sobre el burnout. La primera conclusión es que el nivel del burnout parece establecerse a través del tiempo, y es notable que empeora a través del tiempo. La segunda deducción es que conlleva síntomas físicos como el absentismo o la intención de cambio de trabajo. Por último, la tercera conclusión es que el conflicto y el poco apoyo de colegas y supervisores son bases para que se instale el síndrome de burnout. De esta forma, este síndrome se presenta en un periodo largo de tiempo, se acompaña de síntomas físicos o psíquicos y por las malas relaciones laborales. Además, los aportes de Maslach fueron los que trascendieron y ayudaron a entender este fenómeno, pero sobre todo a medirlo en base a los sentimientos de las personas en cuanto al trabajo.

1.1.2. Dimensiones del Síndrome de Burnout

En el desarrollo del síndrome de burnout, Maslach propuso tres dimensiones a valorar: cansancio emocional, despersonalización y realización personal. En base a esto Maslach y Jackson (1981) definen que el cansancio emocional se origina cuando las exigencias del trabajo sobrepasan los recursos psicológicos y emocionales. Por lo tanto, el individuo tiende a presentar sentimientos negativos y comportarse cínicamente. En cuanto a la despersonalización se considera un sentimiento de indiferencia frente a los otros. Las necesidades de los usuarios o pacientes ya no son de su incumbencia por lo tanto el trabajo le molesta. Por último, la realización personal se refiere al logro conseguido por el sujeto. En esta dimensión el individuo se torna de forma negativa su desempeño y el éxito conseguido. En otras palabras, el síndrome de burnout afecta la forma de percibir el trabajo y esto afecta la eficacia en el mismo.

Las dimensiones establecidas anteriormente son el modelo tridimensional que el MBI quiere medir. Cada aspecto tiene sus propias características y son medidas en diferentes ítems del

instrumento. Según Moreno-Jiménez y otros (2005) las características de las tres dimensiones pueden ser:

A. Cansancio emocional

1. Decaimiento físico y psíquico.
2. Sentimiento de desesperanza e indefensión.
3. El trabajo pierde atractivo.

B. Despersonalización

1. Falta de interés por el paciente, objetivación fría de sus problemas.
2. Actitudes frías y despersonalizadas, visión deshumanizada del paciente.
3. Culpabilización al paciente de su necesidad.

C. Falta de realización personal

1. Creencia en que el trabajo no merece la pena.
2. Pensamientos acerca de que la mejora personal e institucional no merece la pena intentarlas.
3. Autoevaluación negativa de la realización del propio trabajo. (pp. 5-6)

Con referente a lo anterior se entiende que el síndrome de burnout presenta el cansancio emocional cuando la persona se desgasta física y psicológicamente por las excesivas demandas laborales. El sujeto comienza a tener un desagrado por su trabajo, pero al mismo tiempo se siente indefenso porque piensa que es lo único que tiene. Aparece entonces la despersonalización, en esta dimensión las personas no tienen el mismo esfuerzo en su trabajo. Lo principal de este aspecto es que el trabajador culpa al paciente de sus problemas y pierde la empatía, deslindándose de su responsabilidad en ayudarlo. Por último, en la falta de realización personal, el sujeto juzga su trabajo como persona y como empleado. De esta forma, las personas no intentan superarse puesto que sienten que no es suficiente su esfuerzo y se sienten decepcionados de lo que hacen en el trabajo.

1.1.3. Síntomas del Síndrome de Burnout

Los síntomas del síndrome de burnout es un tema nuevo para la comunidad en general. La mayoría de las personas atribuyen su malestar a algo pasajero, aunque su estado permanece o empeora. De acuerdo con Apiquian (2007) existe una variedad de síntomas que se presentan en modalidad: leve, moderada y grave. Cuando son leves los individuos tienen una dificultad para levantarse y a lo largo del día está cansado. En caso de ser síntomas

moderados los sujetos tienden a ser insoportables en su ambiente laboral, se muestran aburridos y con una actitud cínica. Por último, los síntomas graves se presentan cuando los trabajadores no pueden lidiar con su situación y recurren al uso de medicamentos o de vicios como alcohol, tabaco o drogas.

Los síntomas pueden agravarse si las personas no toman conciencia de los mismos. La sintomatología de burnout puede empeorar alrededor de un año. Para Apiquian (2007) los síntomas de este síndrome están establecidos en base a estudios que se han dado a lo largo del tiempo. Existe un consenso de que la sintomatología afecta a nivel físico y psicológico, no obstante, no hay una regla en la aparición de éstos. Es decir, una persona puede tener más síntomas físicos que mentales o viceversa. A continuación, en la Tabla 1, se presentan la sintomatología psicósomática, emocional y conductual que se presenta en el síndrome de burnout.

Tabla 1

Sintomatología del síndrome de burnout

Síntomas del Síndrome de Burnout		
Síntomas Psicósomáticos	Síntomas Emocionales	Síntomas Conductuales
- Aparición de alergias	- Aburrimiento	- Abuso en el café, alcohol o tabaco
- Crisis asmática	- Ansiedad generalizada o enfocada en el trabajo	- Agresividad
- Dolores de cabeza	- Depresión	- Aislamiento
- Dolores de pecho	- Desorientación	- Apatía
- Dolores musculares, especialmente en cuello y cabeza	- Distanciamiento afectivo	- Ausentismo laboral
- Fatiga crónica	- Frustración	- Conflicto con los compañeros
- Hipertensión	- Impaciencia	- Cinismo
- Insomnio	- Impotencia	- Dificultad para concentrarse
- Palpitaciones	- Irritabilidad	- Disminución de la calidad del servicio
- Pérdida de peso	- Sentimientos de soledad y vacío	- Disminución del contacto con el público, cliente, pacientes
- Resfriados frecuentes		- Enfado frecuente
- Úlceras y desórdenes gastrointestinales		- Hostilidad
		- Llanto
		- Pesimismo
		- Sarcasmo
		- Susplicacia
		- Tono de voz elevado (gritos frecuentes)

Fuente: A. Apiquian, 2007, El síndrome de *burnout* en las empresas [Presentación de *paper*]. Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac, México. <https://bit.ly/39P648R>

De acuerdo con lo expuesto, el síndrome de burnout tiene una variedad de síntomas psicosomáticos, emocionales y conductuales. Se debe recalcar que no todas las personas presentan los mismos. Además, todos estos síntomas representan las dimensiones del síndrome de burnout. Por ejemplo, en el cansancio emocional se puede encontrar el llanto, irritabilidad y los dolores musculares. En la despersonalización, se encuentran síntomas como disminución del contacto con el público o el distanciamiento afectivo. Por último, en la falta de realización personal se encuentra síntomas como la frustración e impotencia de su actividad laboral.

En cuanto a la evolución de la sintomatología, varios autores establecen que el síndrome de burnout aparece poco a poco. Según Bittar (2008) para que este síndrome se establezca como tal debe pasar por las siguientes etapas:

1. **Primera etapa:** En esta fase las personas presentan inestabilidad entre las actividades laborales y los recursos propios. Si las demandas son excesivas para los recursos aparece el estrés crónico.
2. **Segunda etapa:** Los sujetos intentan adaptarse a las situaciones estresantes, pero si pierden el control de éstas, aparecen señales como bajo compromiso con sus actividades laborales, pérdida de identificación individual o colectiva (alienación) y disminución de las metas personales y laborales.
3. **Tercera etapa:** En esta fase se presenta la sintomatología psicosomática, emocional y conductual descrita anteriormente en la Tabla 1. Además, los sujetos se rehúsan a aceptar estos malestares, conductas y emociones negativas y en caso de aceptarlo tienden a culpar a los pacientes/clientes, jefes o compañeros de trabajo.
4. **Cuarta etapa:** En la última sección los individuos ya presentan deterioro en las áreas psicofísicas, desánimo frecuente, inasistencia regular (ausentismo laboral) y no cumplen adecuadamente con sus tareas laborales. Estos aspectos son característicos del síndrome de burnout y representa una amenaza en el servicio para los pacientes/clientes y la institución como tal.

Como se puede ver el síndrome de burnout no aparece de manera abrupta sino más bien cumple con etapas hasta instalarse. Es importante mencionar que las personas pueden revertir la presencia de este síndrome hasta la segunda etapa antes mencionada. Por otro lado, los individuos que llegan a la última fase no brindan un buen servicio, su desempeño

profesional decae y se deterioran las relaciones con compañeros y jefes. Este acontecimiento perjudica a las personas en su entorno laboral porque son consideradas como ineficaces y groseras. Además, la conducta agresiva frente a los usuarios deja en peligro el nombre de la institución en la que trabajan lo que puede provocar su despido o malas recomendaciones.

1.1.4. Causas y Efectos del Síndrome de Burnout

Las causas del síndrome de burnout son varias por lo que no se puede determinar su origen exacto. Es importante señalar que las causas no son las mismas en cada persona debido a sus propias circunstancias y la percepción de estas. En los estudios de Forbes (2011) se establece que “un primer agente de riesgo, el síndrome de burnout está relacionado con actividades laborales que vinculan al trabajador y sus servicios directamente con clientes, en condiciones en las cuales el contacto con estos es parte de la naturaleza del trabajo” (p. 2). Con ello se corrobora que el síndrome de burnout está presente mayormente en actividades que tienen contacto con otras personas ya sea atendíéndolas o cuidándolas, debido a que el cuidado o la relación con otro ser humano conlleva mayor responsabilidad en el servicio.

Otra de las causas es la identificación con el paciente/cliente dado que si el trabajador toma el asunto personal puede afectar su percepción del trabajo y aumentar sus niveles de estrés. Para López-Elizalde (2004) la pena o la angustia de las personas que trabajan en instituciones de salud se da por la identificación con los pacientes/clientes o con sus familiares porque pasaron por situaciones similares en el pasado o sienten impotencia por no solucionar la situación que padecen los usuarios. Como se puede ver, si el funcionario siente que no ayuda como le gustaría, puede aparecer o aumentar los niveles de síndrome de burnout, especialmente la dimensión de la falta de realización personal. Esta dimensión es la más afectada dado que las personas perciben su trabajo como mediocre y que carecen de posibilidades para hacer algo.

La edad es otra variable ya que entre más tiempo estén las personas en la institución, más se acostumbran a la realidad de su trabajo. De acuerdo con López- Elizalde (2004) la edad no influye directamente en el surgimiento del síndrome, sino que se la toma como un factor para establecer esta afección. Se considera que las personas son conscientes y vulnerables de la verdad sobre sus actividades laborales en los primeros años de trabajo. Por lo general,

sus expectativas e idealizaciones se transforman en habitualidad y como resultado sienten que sus esperanzas y recompensas están lejos de lo que pensaron. Como se puede ver, en edades tempranas existe mayor posibilidad de desanimarse por el trabajo debido a que los individuos están en pleno cambio entre la expectativa y la realidad.

Otra variable es el sexo ya que los estudios revelan que las mujeres son más propensas que los hombres a padecer síndrome de burnout. Según López- Elizalde (2004) las actividades laborales y familiares son las causantes de que las mujeres sean más propensas a contraer este síndrome. Este acontecimiento se debe a que existen más responsabilidades para el género femenino por lo que aumenta su carga de trabajo, por ejemplo, cumplen el rol de madre o de ama de casa cuando ya no tienen actividades laborales. En otras palabras, las mujeres son más propensas al cansancio de sus obligaciones ya que no tienen un descanso en casa peor aún en la institución de trabajo.

El estado civil es considerado otra variable asociada al síndrome de burnout debido a que las personas casadas tienen más resistencia a los eventos estresores. Los estudios de López- Elizalde (2004) revelan que al parecer “las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables” (p. 131). Se cree que estar en una relación prepara a los individuos a nuevos estresores que son superados con el tiempo, además, tienen el apoyo de alguien para desahogarse sobre sus problemas. Por otro lado, las personas solteras no tienen experiencias relevantes que hayan superado y no tienen un apoyo en casa que puedan utilizar como desahogo o acompañamiento durante el evento estresor.

Otra causa del síndrome de burnout está relacionada con la presencia o no de hijos. De acuerdo con López- Elizalde (2004) “la existencia o no de hijos hace que estas personas puedan ser más resistente al síndrome, debido a la tendencia generalmente encontrada en los padres, a ser personas maduras y estables” (p. 131). Como se puede ver, la responsabilidad de tener personas a cargo aumenta el modo de enfrentar las situaciones de estrés. Además, la familia se presenta como un apoyo social que permite a los individuos sentirse respaldados a pesar de las circunstancias problemáticas. Asimismo, si las personas son el sustento familiar estarán más motivadas a combatir los obstáculos para mantener su trabajo.

Otra de las causas para la aparición del síndrome de burnout son los horarios extensos de trabajo. Estas jornadas laborales están acompañadas de exigencias que se vuelven tediosas y que demandan cumplir todas las actividades de forma rápida y eficaz. Para Forbes (2011) el síndrome de burnout puede aparecer por las condiciones de la persona en su ambiente laboral y también del lugar de trabajo como tal. De esta forma si la persona tiene una baja tolerancia al estrés será más propensa a tener frustración que es uno de los síntomas de este síndrome. Asimismo, otra de las causas del síndrome de burnout tiene que ver con el lugar de trabajo ya que si en la institución las personas no se sienten cómodas o tienen una mala percepción sobre su puesto de trabajo estarán propensas a desanimarse del mismo.

El síndrome de burnout también aparece por la relación con los pacientes/clientes y los compañeros de trabajo. En el aporte de Apiquian (2007) se señala que los ambientes laborales que ofrecen buenas relaciones entre compañeros son más adecuados y reducen la presencia del síndrome de burnout. Esto se debe a que el sentido de pertenencia favorece al nivel de satisfacción en el trabajo y la sensación de ser importante para los otros favorece el rendimiento y disminuye el estrés que se genera con las actividades. Ahora bien, en cuanto a las relaciones con los pacientes/clientes, el síndrome de burnout aparece cuando los trabajadores pierden su autoridad frente a ellos. Así Forbes (2011) propone que “el agotamiento emocional puede surgir en la relación con los clientes, especialmente en situaciones de incertidumbre o sentimiento de falta de control” (p. 3). En sí, los sujetos que se sienten inferiores recurren al trato grosero (despersonalización) y se eleva la falta de realización personal debido a que el sujeto duda de su habilidad en el trabajo.

Como punto importante, se puede decir que el personal de salud presenta variables propias relacionadas con el síndrome de burnout. De acuerdo con Bianchini (1997) este síndrome se presenta mayormente en mujeres solteras y menores de 20 años. Por lo general, este grupo tiene un menor nivel económico y, además, se establece que los sujetos que tienen gran dedicación, responsabilidad y esfuerzo por cumplir con sus deberes son más propensos a contraer esta afección. Asimismo, el agotamiento físico y mental es mayor cuando los individuos presentan valores más rígidos o buscan satisfacer siempre a los superiores. El personal de salud está en riesgo de enfermedades mentales y en abuso de sustancias y se cree que son los médicos, quienes rehúsan la presencia de este síndrome y de su respectivo tratamiento.

Ahora bien, se establece que los efectos del síndrome de burnout en el individuo pueden ser físicos, emocionales y conductuales. En la guía de prevención de burnout para profesionales de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos “SECPAL” (2008), los efectos que se pueden encontrar en las personas con síndrome de burnout son los siguientes:

A. Los efectos físicos del síndrome de burnout:

1. Manifestaciones generales: cansancio, pérdida de apetito y malestar general.
2. Problemas osteomusculares: dolores de espalda, dolores cervicales y contracturas musculares.
3. Alteraciones inmunológicas: aumento de infecciones, alergias y problemas dermatológicos.
4. Problemas cardíacos: palpitaciones, dolor precordial e hipertensión arterial.
5. Problemas sexuales: impotencia parcial o total, ausencia de eyaculación, frigidez, dispareunia o vaginismo.
6. Problemas respiratorios: Catarros frecuentes, crisis de taquipnea y crisis asmáticas.
7. Problemas digestivos: gastritis, úlcera duodenal, náuseas y diarrea.
8. Alteraciones del sistema nervioso: jaquecas, trastornos del sueño (sueño ligero o insomnio) y sensación de vértigo con inestabilidad psicomotriz.
9. Alteraciones hormonales: trastornos menstruales.

B. Los efectos emocionales son los siguientes: agotamiento, sentimiento de fracaso y vacío, baja tolerancia a la frustración, impotencia ante el problema, nerviosismo e inquietud, dificultad de concentración, olvidos frecuentes, falta de atención y mala memoria, tristeza con tendencia a la depresión, falta de compromiso laboral, escasa o nula realización personal, baja autoestima, despersonalización

C. Los efectos conductuales se relacionan con: conductas adictivas con abuso de sustancias tóxicas (tabaco, alcohol, otras), irritabilidad, cambios de humor bruscos, hostilidad, aislamiento, agresividad, falta de eficacia, disminución de la capacidad para tomar decisiones, menor rendimiento laboral, absentismo laboral.

- D. Los efectos familiares y sociales tienen que ver con: el deterioro de la vida de pareja, deterioro de la vida familiar en general, aislamiento (deterioro de las relaciones sociales). (pp. 28-30)

Como se puede ver, los diferentes efectos que se desencadenan por el síndrome de burnout pueden afectar a las personas en las diferentes esferas de su vida diaria. Se debe recalcar que los efectos no son iguales en todas las personas y no tienen un orden específico de apareamiento. No obstante, es necesario tener en cuenta cuáles son estos efectos con el fin de tratarlos a tiempo.

Por último, se presenta los efectos en la institución que son provocados por el síndrome de burnout. La SECPAL (2008) establece que las consecuencias en la organización son “conflictos con otros profesionales, conflictos con pacientes y familias, insatisfacción de los pacientes por el trato recibido e ineficacia en la actividad diaria” (p. 30). De esta forma, se nota que si las personas presentan síndrome de burnout no tiene un buen rendimiento en el lugar de trabajo. La manera de tratar a los compañeros o paciente/clientes perjudica a la institución debido a que se forman relaciones tensas que no permiten un ambiente agradable tanto para el personal como las personas externas que quieren el servicio.

1.2. Estrategias de Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento son los modos de enfrentar una situación causante de estrés en los individuos. El concepto de estrategias de afrontamiento se deriva de términos más generales que se enfocan en la manera de superar un evento estresor. Cada persona tiene un modo de hacer frente a los eventos estresores y si éste tiene éxito se internaliza y se convierte en un rasgo peculiar. No obstante, si la situación amerita otros modos de afrontamiento los sujetos se adaptan con el propósito de terminar la situación que les causa malestar o que amenaza su tranquilidad. Para conocer más sobre este tema, a continuación, se presenta la definición, los factores moduladores, síntomas y las causas- efectos de las estrategias de afrontamiento.

1.2.1. Definición de Estrategias de Afrontamiento

El afrontamiento es un esfuerzo físico y cognitivo que las personas utilizan ante estímulos estresantes que afectan negativamente a su vida. De acuerdo con Cassaretto, Chau, Oblitas y Valdez (2003) “las consecuencias negativas del estrés son reguladas o mediatizadas por un proceso denominado afrontamiento, el que es considerado como un proceso dinámico, en respuesta a demandas objetivas y a evaluaciones subjetivas de la situación” (p. 369). Es así, que el proceso de reacción es individual y cambia de acuerdo con los requerimientos del entorno. Si las demandas externas son controladas y se evita el malestar de la situación, se piensa que la forma de responder es adecuada. Por el contrario, si el afrontamiento no es suficiente para la situación, éste provoca incomodidad y las personas pueden quedarse en este estado o buscan otra forma de enfrentar el evento estresor.

Tras varios estudios se establece que el afrontamiento se divide en estilos y estrategias de afrontamiento. La diferencia principal de esta clasificación es que los estilos se consideran las decisiones para enfrentar la situación mientras que las estrategias son las acciones utilizadas en cada caso. Es así como Solís y Vidal (2006) lo corroboran ya que proponen que los estilos de afrontamiento son las decisiones individuales que se utilizan para enfrentar las diferentes circunstancias estresantes y determinan qué estrategias de afrontamiento son adecuadas para las mismas. Por otro lado, las estrategias de afrontamiento son ya los actos que la persona utiliza para terminar con el escenario estresante. En referencia, los estilos de afrontamiento son iniciativas que toman los individuos frente a lo que les molesta, mientras que las estrategias son las acciones que se realizan para terminar con los estresores.

Los estilos de afrontamiento se consideran como las iniciativas que tienen las personas para solucionar las situaciones de estrés. Para Lazarus y Folkman (1986), como se citó en Cassaretto y otros (2003), los estilos de afrontamiento “son aquellas predisposiciones personales para hacer frente a diversas situaciones y son los que determinarán el uso de ciertas estrategias de afrontamiento, así como su estabilidad temporal y situacional” (p. 369). Entonces, los estilos de afrontamiento se refieren a la determinación de las personas para manejar eventos estresores que se le presentan de forma abrupta. De esta manera, los sujetos analizan la situación y escoge la estrategia que más le convenga y que le ayude a superar el acontecimiento.

Asimismo, los estilos de afrontamiento son características de cada persona y se establecen si éstos han superado las dificultades. De acuerdo con Fernández y Abascal (1997), como se citó en Gómez, Hernández, Utría y Jiménez (2008), los estilos de afrontamiento son formas personales que se utilizan de acuerdo con el evento y se considera el número de veces en el que el estilo resolvió las diversidades para que se establezca y sea equivalente al rasgo peculiar de cada individuo. Se puede ver que, si el estilo determinado por las personas ha resuelto varios conflictos, evitando el malestar, se instaura como predeterminado y es raro que se modifique por lo tanto es parte de los individuos.

Existen tres estilos de afrontamiento que son los más reconocidos y que abarcan a las diferentes estrategias de afrontamiento. Según Solís y Vidal (2006) los estilos más reconocidos son: la solución de problemas, la búsqueda de soporte social y el afrontamiento no productivo. Se considera que de los tres estilos antes mencionados los dos primeros son funcionales mientras que el tercero es disfuncional. Esto se debe a que tanto la solución de problemas como la búsqueda de soporte social permiten que las personas enfrenten el conflicto que genera estrés y puedan solucionarlo para evitar su descontento. Por otro lado, el afrontamiento no productivo se caracteriza por huir, evitar o desentenderse del conflicto .

Ahora bien, las estrategias de afrontamiento son empeños individuales de las personas que permiten actuar de cierta manera frente a cualquier estímulo estresante que perturbe su diario vivir. Según Lazarus y Folkman (1986) las estrategias de afrontamiento “son esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes, que se desarrollan para manejar las demandas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo” (p. 164). Se puede decir que las estrategias de afrontamiento son los modos peculiares, pero dinámicos, que las personas desarrollan a lo largo de su vida para combatir situaciones que no estaban planificadas. Asimismo, se debe recalcar que si el individuo no presenta alguna estrategia estará inmerso en un estado de estrés.

Las estrategias de afrontamiento se estudiaron a lo largo de la historia debido a la curiosidad de conocer por qué cada individuo actúa diferente a otro. El afrontamiento no se puede generalizar debido a que cada uno percibe la situación diferente del otro, sin embargo, los diversos puntos de vista sobre este tema en particular están de acuerdo que el modo de afrontar de las personas siempre busca solucionar el evento estresor y permitir volver a un

estado de tranquilidad. A continuación, se presenta el concepto de estrategias de afrontamiento a partir del modelo médico, modelo psicoanalítico del yo, el modelo cognitivo conductual y posteriormente desde el modelo cognitivo- sociocultural.

A nivel médico, las investigaciones se desarrollaron en los años treinta y cuarenta del siglo XX. En ese entonces se propuso que la supervivencia de las personas se debía a la habilidad de impedir, escapar o dominar los agentes peligrosos del medio que los invadían, lo que muestra que el entorno es predecible y controlable por el hombre (Macías, Madariaga, Valle & Zambrano, 2013). Es así, que desde el modelo médico se establecen a las estrategias de afrontamiento como conductas evasivas, de escape o de acción para descartar el peligro al ser humano. De esta forma si el individuo siente que la situación estresante pone en riesgo su tranquilidad, inmediatamente actúa para evitarlo, ya sea si huye, escapa o la enfrenta.

El modelo psicoanalítico aparece en 1937 y establece que las estrategias de afrontamiento parten del psicoanálisis del ego ya que éste provoca las acciones que los sujetos realizan para reducir el estrés y evitar el malestar general. Según Macías y otros (2013) este modelo considera que las estrategias “van desde mecanismos primitivos, los cuales producen una distorsión de la realidad, hasta mecanismos más evolucionados, ambos agrupados en lo que se conoce como mecanismos de defensa” (p. 126). De acuerdo con lo anterior, el psicoanálisis propone a las estrategias de afrontamiento como mecanismos de defensa que se forman de acuerdo la experiencia y se perfeccionan en cada situación de estrés que se le presentan al sujeto. Se recalca, que este modelo no tuvo éxito dado que no existió un instrumento de medición para saber que el “yo” de la persona ha madurado.

Por otro lado, el modelo cognitivo conductual propone que el afrontamiento depende del reconocimiento de la situación, así, las persona actúan pensando en los factores característicos del ambiente. De esta forma Lazarus y Launier (1978) definen que las estrategias de afrontamiento se muestran frente al estrés y se producen por las relaciones entre la esfera personal y el entorno, pero sobre todo que se dan especialmente por evaluaciones cognitivas que el individuo realiza contra la situación externa. Como se puede ver, en este modelo no solamente se analizan las circunstancias, sino que también se decide como confrontarlas, todo con el propósito de poner fin a las demandas que exceden los recursos de las personas y que provocan estrés.

Posteriormente, aparece la propuesta del modelo cognitivo- sociocultural en la cual el afrontamiento al estrés es el resultado de la interacción con los demás. De acuerdo con Lazarus y Folkman (1986) las estrategias de afrontamiento son las capacidades para enfrentar las situaciones de estrés. Estas competencias cambian constantemente de acuerdo con la situación. No obstante, estos autores recalcan que estas capacidades también dependen del contexto sociocultural, en otras palabras, la relación del individuo con su entorno es la que definirá el tipo de estrategias de afrontamiento que las personas utilizarán. Entonces, las interacciones con los terceros en los distintos contextos determinarán las acciones que se toman para enfrentar los diversos eventos que pueden generar estrés.

El aporte mencionado anteriormente es el que tiene mayor reconocimiento hasta la actualidad. Además, el modelo cognitivo- sociocultural determina que las estrategias de afrontamiento se establecen por el contexto social. Por ello, la forma de enfrentar las situaciones de estrés depende de las creencias, costumbres, cultura, la forma de percibir los derechos, los significados, la familia, entre otros. Según Lazarus y Launier (1978) “existen fundamentos intuitivos y empíricos para creer que las formas en que las personas enfrentan el estrés son aún más importantes para la moral general, el funcionamiento social y la salud/enfermedad que la frecuencia y la gravedad de los episodios de estrés en sí mismos” (p. 308). Por ende, la manera en que se maneja una situación estresante será a partir de la manera en la que se aprende a resolverla. Por ejemplo, una persona que nace en una familia religiosa puede creer que los eventos se solucionan a través de la oración.

1.2.2. Clasificación de Estrategias de Afrontamiento

La clasificación de estrategias de afrontamiento se plantea de acuerdo con el concepto de que cada individuo tiene una forma diferente de afrontar la situación de estrés. Además, cada estilo y estrategia de afrontamiento están influenciados por diversos recursos como el estado de salud, la energía, creencias religiosas, confianza en uno mismo, su motivación y el apoyo de su entorno (Lazarus & Folkman, 1986). Significa entonces que, aunque la situación problemática es la misma para varias personas, la enfrentarán de forma distinta. En este sentido, las influencias pasadas, así como el ambiente ponen de manifiesto la clase de afrontamiento que una persona utilizará frente a situaciones estresantes.

La clasificación más destacada en la actualidad es la propuesta por Lazarus y Folkman entre los años 1984 y 1986. De acuerdo con Di- Colloredo et al. (2007) estos autores señalaron dos clases de afrontamiento: dirigido al problema y dirigido a la emoción. El afrontamiento centrado al problema tiene el propósito de dar solución a la dificultad y su objetivo es solventar la dificultad mediante el control de las demandas internas y externas que provocan amenazas al individuo, éstas ayudan a través del cambio de la circunstancia o con el aporte de nuevas acciones (no probadas aún) que contrarrestan la sensación de peligro o estrés. El afrontamiento centrado en la emoción regula el estado emocional, es decir, el individuo controla las emociones que surgen tras la problemática y lo consigue al pensar en los aspectos positivos del problema o reevalúa y evita la situación. Así, las estrategias dirigidas a la acción pretenden resolver el problema como tal mientras que las estrategias dirigidas a la emoción buscan mantener la estabilidad del individuo para enfrentar el factor estresante.

De las consideraciones anteriores la división de estilos de afrontamiento dirigidas a la acción y las dirigidas a la emoción son las más aceptadas hasta el día de hoy. Folkman y Lazarus (1985) proponen ocho modos de afrontamiento, todas éstas con el fin de evaluar el comportamiento de una persona frente a las situaciones estresantes:

1. **Confrontación:** Se enfrenta la situación estresante de manera directa. Por lo general, los individuos hacen lo posible para cambiar la situación y evitar sentirse de ese modo.
2. **Planificación:** Se evalúa la situación que se presenta, los sujetos analizan que acciones le convienen para solucionar.
3. **Aceptación de la responsabilidad:** Las personas son conscientes de su rol en el problema, ya sea en su origen o en su mantenimiento.
4. **Distanciamiento:** Es el acto de apartarse de la situación problema para que no le afecte.
5. **Autocontrol:** Se intenta controlar los impulsos, sentimientos y emociones que influyen en las acciones del individuo.
6. **Revaluación positiva:** Se centra en la parte positiva del problema, las personas suelen pensar en esta como una oportunidad de cambio o experiencia.
7. **Escape o evitación:** Se evita o niega la situación y las personas se distraen para no pensar en ello.

8. **Búsqueda de apoyo social:** Es el acto de buscar ayuda en familiares, amigos o conocidos. Recibe consejos de estos o se desahoga con ellos.

En base a lo anterior se puede decir que las estrategias de afrontamiento están estructuradas en el problema y en la emoción. Las primeras estrategias son basadas en la intervención del problema puesto que cambia la situación para evitar el estado de estrés. Las siguientes cinco estrategias están enfocadas en la emoción dado que regula las mismas para controlar sus conductas. La última estrategia embarca las dos clases, dado que la persona cambia la situación a través de consejos de los demás lo que influyen en sus emociones. Se debe recalcar que de este modelo parten las diferentes evaluaciones que están destinadas a conocer que estrategias de afrontamiento utilizan las personas en situaciones de estrés.

1.2.3. Factores Moduladores de las Estrategias de Afrontamiento

En base a lo ya mencionado las estrategias de afrontamiento son procesos individuales frente a un escenario estresor. No obstante, el resultado que los individuos consigan puede variar de acuerdo con sus propias capacidades y con el entorno que lo rodea. De acuerdo con Vásquez, Crespo y Ring (2003) los factores externos están relacionados con los recursos económicos, la existencia de apoyo social o la presencia de otras situaciones de estrés. En cuanto a los factores internos, se encuentran variables como la personalidad y el modo habitual de enfrentarse situaciones estresantes. Es así como, el éxito de un modo de afrontamiento no está dado simplemente por la forma en la que se usa sino más bien que influyen criterios que cualquier persona puede estar expuesta.

Es necesario reconocer que las personas escogen las estrategias de afrontamiento dependiendo de la situación de estrés. No obstante, la forma de afrontar una situación estresante puede hacer que reciba mayor o menor ayuda de parte de su ambiente. De esta forma Dunkel-Schetter, Folkman y Lazarus (1987) establecen que las estrategias de afrontamiento “adoptadas por las personas en momentos de estrés no solo pueden comunicar que se necesita apoyo y los tipos que son apropiados, sino que también hacen que sea fácil o difícil de manera sutil para otros brindar apoyo” (p. 78). Como se puede ver, la forma que una persona maneja las situaciones también influye en la interacción con su entorno. Por ejemplo, una persona que frente al estrés se vuelva agresiva, hará que sus amigos y familiares

se alejen y no recibirá apoyo social. Seguidamente se presenta con más detalle los tipos de factores moduladores.

Factores Internos. Los factores internos están asociados tanto a las estrategias de afrontamiento como la personalidad. Es decir, las personas pueden emplear varias estrategias de afrontamiento frente a una situación, no obstante, siempre priorizan a una. Como se explicó anteriormente, la estrategia de preferencia sería ya un rasgo internalizado en los individuos asociándose a la personalidad y esta propensión se debe a que obtuvieron buenos resultados en experiencias pasadas. Resulta oportuno establecer que según Vásquez y otros (2003) “es muy probable que, en general, un afrontamiento con buenos resultados requiera la capacidad de usar de forma adecuada múltiples estrategias de un modo flexible” (p. 430). En otras palabras, aunque una estrategia resalte, las personas son conscientes de que en algunas situaciones estresantes se necesitan de otras medidas para poder solucionarlas y así, terminar con la problemática que les aqueja.

Factores Externos. Los factores externos están relacionados con aspectos palpables, el apoyo social y otras situaciones causantes de estrés. En el primer factor externo intervienen aspectos como el dinero, casa o los recursos materiales que provoquen que las personas puedan superar una crisis. El segundo factor externo, el apoyo social, no necesariamente es el número de personas que se encuentran alrededor, sino más bien, a que el sujeto se sienta querido, valorado, defendido y apoyado. Por último, el tercer factor externo es la presencia de otros factores de estrés que se presenten al mismo tiempo (Vásquez et al., 2003). En otras palabras, los recursos, el apoyo y el contexto pueden influir en la eficacia de las estrategias de afrontamiento para resolver las distintas situaciones que se presenten.

Es importante señalar que los factores externos pueden en dos formas diferentes pero que a la vez se complementan. Según Vásquez y otros (2003) los factores externos “pueden afectar de forma directa en las capacidades de afrontamiento de un individuo ante cualquier tipo de estresor, o bien pueden actuar como un amortiguador del efecto de los estresores, en especial cuando éstos son fuertes” (p. 431). Entonces, los factores externos pueden ayudar o perjudicar a las personas. Por ejemplo, si una persona que se divorcia habla con sus amigos sobre lo sucedido, amortigua la situación de estrés porque utiliza el apoyo social como un

recurso para aliviar su pena. Por otro lado, este mismo factor puede perjudicar la situación, de acuerdo con el ejemplo anterior, si los amigos del individuo lo culpan del divorcio, la persona tiende a sumirse en la situación de estrés y no la controla.

CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de la Investigación

El trabajo presenta un diseño metodológico considerado apto para obtener información verídica y de relevancia científica. La metodología está compuesta de un paradigma post-positivista, con enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, de alcance descriptivo y correlacional y de corte transversal. A continuación, se toma a consideración cada uno de los puntos mencionados anteriormente.

Paradigma

El paradigma post- positivista entiende que la realidad es infinita por lo que el investigador no la puede acaparar por completo. Según Flores (2004) se puede entender al paradigma post positivista a través de preguntas de investigación que definen el tipo de estudio. Así, para la pregunta ontológica se dice que existe la realidad, pero no se la abarca completamente. Es decir, la realidad es tan extensa que no se la comprende por completo, por lo tanto, existe la posibilidad de equivocarse. En cuanto a la pregunta epistemológica, el presente paradigma se basa en la objetividad y los factores ambientales. Estas variables son las que dan paso a resultados parcialmente ciertos durante la investigación. Por último, en la pregunta metodológica de este paradigma se permite la presencia de métodos cualitativos que dan paso a que nuevos datos aparezcan a lo largo de la indagación. En sí, se considera que el paradigma post- positivista es el adecuado en este trabajo dado que se presentan datos parcialmente ciertos y lo que se espera es que el lector acepte la posibilidad de que exista un margen de error en la medición y en los resultados presentados.

Diseño

En el trabajo de investigación actual se utiliza un enfoque no experimental dado que no se manipulan las variables de estudio. De acuerdo con Hernández, Fernández y Baptista (2014) en el diseño no experimental se observa a la población o a la muestra en su contexto natural sin interferencia del investigador. En este diseño no se provoca la situación sino más bien se observa cómo funciona la que ya existe. Es necesario recalcar que en este modelo no se

manipula, ni se influye la situación o las personas del estudio. De esta manera se entiende que el diseño no experimental permite conocer el funcionamiento de variables de forma natural. Se puede decir que el diseño no experimental es el adecuado en este proceso dado que las variables de estudio no son de causa- efecto. Además, la información sobre la población es recabada sin interferir en su comportamiento natural durante la pandemia COVID- 19. Lo que más resalta de este diseño es que el lector podrá conocer el verdadero comportamiento de la población hospitalaria y tendrá un aporte de los estados psicológicos frente a esta situación.

Enfoque

El enfoque de una investigación se basa en la forma de conocer la realidad del fenómeno de estudio. El presente trabajo utiliza el enfoque cuantitativo debido a que se busca conocer la relación de dos variables. Según Fernández y Pértegas (2002) la investigación cuantitativa es la que determina la relación entre variables, si existe una generalización y si los resultados pueden llegar a ser objetivos. Además, este enfoque busca una interpretación que justifique porqué las variables que se presentan tienden a relacionarse. Es decir, el diseño cuantitativo busca entender la relación entre los fenómenos y demostrar si tienen un patrón para actuar de manera determinada. De igual forma el enfoque cuantitativo es aquel que trabaja con datos que buscan demostrar el punto de vista del investigador. De acuerdo con Hernández et al. (2014) el enfoque cuantitativo “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” (p. 4). Así, este enfoque permite que los datos numéricos sustenten la teoría ya sea para comprobar o desestimar lo que se piensa.

Con lo dicho anteriormente, se cree que este enfoque es el apropiado debido a que hace una interpretación general de los datos obtenidos de la población. Además, este enfoque permite cumplir con el propósito de la investigación puesto que se busca encontrar la relación entre las variables de estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout. Asimismo, el modelo cuantitativo es conveniente por la facilidad de obtención e interpretación de los resultados en bases estadísticas apropiadas. Por último, este enfoque es idóneo para la replicabilidad de la investigación puesto que el análisis de datos numéricos es más factible que aquellos que se obtienen de forma narrada.

Alcance

En el trabajo de titulación se plantea un alcance descriptivo y correlacional para explicar la dinámica del tema como tal dado que el alcance descriptivo como su nombre lo indica describe características del fenómeno o las variables en sí. Según Hernández y otros (2014) el alcance descriptivo “busca especificar propiedades, características y rasgos importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población” (p. 92). Así, el alcance descriptivo se encarga de precisar los detalles característicos de las variables, población o el fenómeno de estudio. Es importante puesto que este alcance recoge información de las variables o el fenómeno por lo que el lector conocerá las particularidades del tema y se puede entender de mejor manera.

Esta investigación también tiene un alcance correlacional puesto que el propósito de la misma es conocer la relación entre las variables de estudio. De igual forma los aportes de Hernández y otros (2014) afirman que “los estudios correlacionales, al evaluar el grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas (presuntamente relacionadas) y, después, cuantifican y analizan la vinculación. Tales correlaciones se sustentan en hipótesis sometidas a prueba” (p. 81). Es así como el alcance correlacional quiere demostrar o corroborar el vínculo que dos variables pueden llegar a tener. Generalmente las relaciones se basan en cómo una variable es afectada por otra o viceversa en un contexto específico.

Relacionado a lo anterior se piensa que estos dos tipos de alcance son los indicados en el presente estudio ya que gracias al alcance descriptivo se especifican las variables para que el lector conozca las características de éstas y entienda el concepto de cada una de ellas, además, se muestra las dimensiones que se someten a análisis para la investigación. De igual manera, el alcance correlacional es apropiado porque la hipótesis de esta investigación es conocer la relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout, por lo que se espera conocer si una de las variables afecta la otra en el personal administrativo de salud del hospital en estudio.

Corte

El proyecto de titulación tiene un corte transversal debido a que la recolección de datos tiene que ser en el contexto actual de la pandemia COVID- 19. El estudio de Cortés e Iglesias (2004) afirma que “este tipo de investigaciones es como una fotografía en un momento dado del problema que se está estudiando y puede ser: descriptiva o de correlación” (p. 27). En otras palabras, el corte transversal busca reunir la información en un momento preciso que ayuda en el desarrollo de la investigación. Este tipo de corte es indicado cuando el fenómeno está sucediendo, también es importante porque éste se da en trabajos de alcance descriptivo y correlacional y estudia los conceptos y la relación en un momento específico para tener conocimiento del fenómeno como tal. El corte es adecuado porque se quiere demostrar la relación entre el síndrome de burnout y las estrategias de afrontamiento durante el contexto de la pandemia. Además, este corte es factible para la recolección de información dado que nadie puede asegurar que la misma población esté dispuesta a colaborar en otro momento. No obstante, este aporte a la investigación deja la posibilidad de que futuras indagaciones trabajen con un corte longitudinal para el estudio de la relación de variables durante y después de la pandemia COVID- 19.

2.2. Técnicas y Herramientas

2.2.1. Técnicas

Las técnicas utilizadas en la presente investigación se escogen en base al enfoque cuantitativo. Por esta razón se utilizan las técnicas de observación científica, la encuesta y la técnica psicométrica. Lo que se espera que estas técnicas permitan una excelente recolección de información para llegar al objetivo de investigación.

La técnica de la observación permite que el investigador reconozca aspectos externos de los fenómenos de estudio. Los autores Campos y Lule (2012) establecen que la observación es “un procedimiento que ayuda a la recolección de datos e información y que consiste en utilizar los sentidos y la lógica para tener un análisis más detallado en cuanto a los hechos y las realidades” (p. 52). Siendo así que la observación es necesaria para reconocer la realidad en su ambiente natural. Este hecho ayuda a formular una hipótesis que a futuro será aceptada

o rechazada por la ciencia. Ahora bien, la observación científica es estructurada y tiene lógica lo que da paso a describir, analizar en un momento dado. Según los mismos autores este tipo de observación puede ser no estructurada, en la cual no se piensa en características para el proceso sino más bien se enfoca en tener anotaciones libres que se dan en ocasiones determinadas por el investigador. Como se puede ver la observación es necesaria para crear la hipótesis de la investigación, además, al ser observación no estructurada permite tomar notas de interés en el momento requerido.

En cuanto a la técnica de la encuesta permite recolectar la información de manera rápida y verídica. De acuerdo con Casas, Repullo y Donado (2003), la encuesta es una

técnica que utiliza un conjunto de procedimientos estandarizados de investigación mediante los cuales se recoge y analiza una serie de datos de una muestra de casos representativa de una población o universo más amplio del que se pretende explorar, describir, predecir y/o explicar una serie de características. (p. 528)

De acuerdo con lo expuesto se puede decir que la encuesta ayuda a recaudar información de manera sistemática. La ventaja de esta técnica es que puede describir las cualidades del fenómeno de manera general en un grupo de personas.

Por último, la técnica psicométrica que se utiliza en el estudio es de tipo escrito. De acuerdo con los estudios de Gonzáles (2007) las técnicas psicométricas son evaluaciones que buscan identificar y medir los aspectos psicológicos, de inteligencia, rasgos de personalidad de las personas, entre otras características físicas y mentales. Además, se considera a estas técnicas estandarizadas y estructuradas, en las cuales los individuos deciden su respuesta de acuerdo con lo que consideren que representa su caso particular. Por ello, esta técnica permite que los sujetos compartan sus rasgos internos con el evaluador y aunque la técnica es estandarizada puede mostrar aspectos individuales de las personas.

Las técnicas utilizadas serán de beneficio para la investigación debido a que a través de la observación se origina la hipótesis del estudio. De igual forma la técnica de la encuesta permite la utilización de herramientas psicométricas que facilitan la recolección de información. Además, la técnica psicométrica permite evaluar aspectos psicológicos y al ser sistematizadas permite que el proyecto presentado pueda ser replicable en otras investigaciones y con otra población.

2.2.2. Herramientas

Las herramientas que se utilizan en el presente estudio son la carta de consentimiento y la ficha sociodemográfica. Estas herramientas buscan que el participante proporcione que está de acuerdo con ser parte de la investigación y también obtener datos personales que son relevantes en el análisis de los resultados.

Carta de consentimiento

La carta de consentimiento informado pretende notificar al participante de qué va el estudio e incita a que sea parte de éste mediante su firma. Según la Dirección de Investigación (2017) una vez que se firma este documento la persona puede cooperar en la investigación, además de que otorga el permiso para que su información sea utilizada por el examinador ya sea en el análisis como en la divulgación de los resultados. Es decir, una vez que el investigador tiene el consentimiento puede proceder con la toma de instrumentos y el análisis de los resultados.

Se utilizó una carta de consentimiento escrita en la cual se presenta al personal hospitalario datos importantes para obtener su autorización (ver Anexo 1). Es así como en este documento se encuentra el tema del proyecto de titulación, su objetivo, el nombre de la autora y el tutor a cargo. Se le informa de qué va su participación, el anonimato de sus datos y que los resultados serán analizados y reportados con fines académicos y científicos. Además, se recalca que el participante tiene el derecho de no responder en cualquier momento si es lo que desea. Una vez que el sujeto autoriza debe colocar su número de cédula y la firma en el documento entregado.

Ficha sociodemográfica Ad Hoc

La ficha sociodemográfica Ad Hoc es un documento creado para la investigación que recaba información general del sujeto. En este proyecto se optó por elaborar la ficha dado que no existe una específica para el tema, también para tener más información con respecto a las variables de estudio (ver Anexo 2). De esta forma en la ficha sociodemográfica se pide datos

informativos como: edad, sexo, estado civil, identificación étnica, zona de procedencia, organización familiar, nivel de instrucción y economía. En otro apartado se cuestiona sobre la trayectoria laboral con cuestiones como tiempo de trabajo, horas laborales, nivel de satisfacción y modalidad de trabajo. Por último, se agrega una pregunta sobre la pandemia para tener en cuenta la percepción del contexto.

2.3. Instrumentos

Los instrumentos que se utilizan son Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC- M) y el Inventario de Burnout de Maslach. El primer instrumento destinado a medir las estrategias de afrontamiento que utiliza una persona. El segundo cuestionario muestra el nivel de cada una de las dimensiones que caracteriza al síndrome de burnout.

2.3.1. Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC- M)

La Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC- M) fue una adaptación realizada por Londoño, Henao, Puerta, Posada y Aguirre en el año 2006. De acuerdo con los estudios de estos autores, Lazarus y Folkman en 1986, crean el cuestionario *Ways of Coping Checklist* (WCI), el cual constaba de 67 ítems que medía las ocho estrategias de afrontamiento propuestas por ellos. Más adelante Sandín y Chorot en 1993, proponen una nueva versión del WCI y la denominan la Escala de Estrategias de *Coping* Revisado (EEC- R), la cual está formada por 98 ítems agrupados en nueve escalas. En el 2006, Londoño y sus colaboradores realizan una nueva interpretación del EEC- R y crean la Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC- M), la cual evalúa las estrategias de afrontamiento en base a doce factores. En otras palabras, el cuestionario EEC- M se fundamenta en la teoría de Lazarus y Folkman anteriormente establecida, además que es la versión más actualizada hasta el día de hoy.

El cuestionario EEC- M tiene como propósito mostrar cuáles estrategias utilizan las personas frente a estímulos desbordantes. De acuerdo con Moreno (2021) la EEC- M “identifica la frecuencia de uso de las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas para afrontar problemas o situaciones estresantes que se les presenta en la vida” (diapositiva 7). Es así como se determina que estrategia presentan los sujetos de acuerdo con el número de frecuencia con la que realizan la acción. El cuestionario consta de 69 ítems que evalúan doce

factores y se muestra un tipo de respuestas en escala de Likert con frecuencia de nunca (1), casi nunca (2), a veces (3), frecuentemente (4), casi siempre (5) y siempre (6) (ver Anexo 3.). Esta escala permite que el individuo muestre la repetición de su comportamiento o cognición frente a ciertas situaciones. Según Londoño et al. (2006), las doce estrategias de afrontamiento que se evalúan son:

1. **Solución de problemas:** es la sucesión de acciones que buscan solucionar las dificultades analizando el momento adecuado para operar. (Ítems: 10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68)
2. **Apoyo social:** es el soporte que los individuos reciben de familia, amigos, compañeros de trabajo, entre otros. El apoyo consta de afecto, apoyo material y emocional, escucharlo o darle consejos para tratar la situación estresante. Se debe recalcar que esta estrategia previene síntomas físicos que provoca el estrés. (Ítems: 6, 14, 23, 24, 34, 47, 57).
3. **Espera:** es la creencia de que con el tiempo la situación se solucionará por su cuenta y de forma positiva. Lo que caracteriza a esta estrategia es que los sujetos se muestran pasivos porque están seguros de que todo saldrá bien con el tiempo. (Ítems: 9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69).
4. **Religión:** se forma por la creencia de Dios como un ente bueno que escucha las oraciones e interviene en la solución de las situaciones estresantes que afectan a los individuos. (Ítems: 8, 16, 25, 36, 49, 59, 67).
5. **Evitación emocional:** se basa en evitar, esconder o impedir que las emociones propias surjan porque las personas sienten que no son aprobadas socialmente por lo tanto prefiere ocultarlos. (Ítems: 11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62).
6. **Apoyo profesional:** se da cuando los individuos emplean servicios profesionales para conocer sobre la situación estresante y las posibles soluciones. Se considera como ayuda social dado que percibe el punto de vista de otra persona que le aconseja como controlar la situación. (Ítems: 7, 15, 35, 48, 58).
7. **Reacción agresiva:** se refiere al modo de actuar agresivo, impulsivo y con ira en contra de uno mismo, de los otros o de las cosas con el fin de disminuir la sobrecarga de sentimientos negativos de los sujetos. (Ítems: 4, 12, 22, 33, 44).
8. **Evitación cognitiva:** se busca eliminar los pensamientos adversos, negativos o desalentadores a través de actividades de distracción. Lo que se requiere es de una

desconexión mental y distanciamiento de la situación actual y se las reemplaza por cogniciones o actividades alejadas de la misma. (Ítems: 31, 32, 42, 54, 63).

9. **Reevaluación positiva:** se basa en el beneficio que se obtiene del problema, es decir, las personas se centran en el aprendizaje o lo positivo de la dificultad. Lo que se resalta es que los individuos se concentran más en desarrollarse personalmente. (Ítems: 5, 13, 46, 56, 64).
10. **Expresión de la dificultad de afrontamiento:** se basa en la facilidad de expresión de las emociones que conlleva el problema. El hecho de que las personas expresen sus sentimientos negativos permite que autoevalúen su comportamiento y si está obteniendo resultados. (Ítems: 45, 52, 55, 61).
11. **Negación:** se refiere a la actitud que toman las personas para alejarse del problema como si éste no existiese, por lo que no piensan en él para sobrellevar su situación actual. (Ítems: 1, 2, 3).
12. **Autonomía:** se basa en solucionar por sí solo la situación problemática, es decir, las personas no buscan consejo o ayuda en otros sino más bien prefiere generar sus propias resoluciones. (Ítems: 65, 66)

Como se puede ver cada uno de los factores tienen características que se diferencian entre sí. Asimismo, de lo explicado anteriormente se conoce que los factores que se aumentaron en el cuestionario EEC- M fueron los factores de: espera, apoyo profesional y autonomía.

Este instrumento fue validado en Medellín (Colombia) a través de un análisis factorial con una muestra de 893 participantes (399 mujeres, 494 hombres) entre edades de 16 a 58 años. A través de este estudio se presenta un nivel de confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0.847 y una varianza total de 58% (Londoño et al., 2006, pp. 333-335). Estos valores dan seguridad de que la aplicación de este instrumento permite conocer que estrategia de afrontamiento es la más utilizada por un sujeto y como se puede ver el instrumento tiene un alfa de Cronbach aceptable por lo que se corrobora que las respuestas tienen exactitud independientemente de quién responda.

Con respecto al Ecuador no se ha realizado adaptaciones nacionales, sin embargo, el aporte de Londoño y sus colaboradores ha sido aceptada en toda la población latinoamericana. En cuanto a la presente investigación, se muestran, en la Tabla 2, los datos de fiabilidad del

cuestionario EEC- M que se obtienen por medio del Alfa de Cronbach (α), el mismo que permite determinar que las respuestas emitidas por los participantes mantienen regularidad.

Tabla 2

Análisis de la confiabilidad del EEC- M en la población de estudio

Consistencia Interna EEC- M		
Factores	Ítems	Alfa de Cronbach
Factor 1. Solución de problemas (SP)	10, 17, 19, 26, 28, 37, 39, 51, 68	0,862
Factor 2. Búsqueda de apoyo social (BAS)	6, 14, 23, 24, 34, 47, 57	0,847
Factor 3. Espera (ESP)	9, 18, 27, 29, 38, 40, 50, 60, 69	0,826
Factor 4. Religión (REL)	8, 16, 25, 36, 49, 59, 67	0,853
Factor 5. Evitación emocional (EE)	11, 20, 21, 30, 41, 43, 53, 62	0,836
Factor 6. Búsqueda de apoyo profesional (BAP)	7, 15, 35, 48, 58	0,870
Factor 7. Reacción agresiva (RA)	4, 12, 22, 33, 44	0,735
Factor 8. Evitación cognitiva (EC)	31, 32, 42, 54, 63	0,748
Factor 9. Reevaluación positiva (RP)	5, 13, 46, 56, 64	0,823
Factor 10. Expresión de la dificultad de afrontamiento (EDA)	45, 52, 55, 61	0,730
Factor 11. Negación (NEG)	1, 2, 3	0,455
Factor 12. Autonomía (AUT)	65, 66	0,344
Escala total		0,909

Nota: $n = 65$ participantes.

Evidentemente el alfa de Cronbach es de 0,909 siendo un puntaje aceptable para la fiabilidad de la prueba. Además, se puede observar que cada factor muestra un alfa aceptable excepto por los factores 11 y 12. No obstante, se puede atribuir este hecho a la cantidad de los participantes, sin embargo, este aspecto no afecta a la fiabilidad en general del instrumento.

2.3.2. Inventario de Burnout de Maslach- Cuestionario de Servicios Humanos (MBI - HSS)

El Inventario de Burnout de Maslach- Cuestionario de Servicios Humanos, originalmente denominado *Maslach Burnout Inventory- Human Services Survey* (MBI-HSS) fue creado por Maslach y Jackson en 1986 y es la versión clásica más conocida. De acuerdo con Torres, Ali y Gutiérrez (2019), el MBI- HSS se definió a partir de 47 reactivos que originalmente fueron planteados en la población estadounidense y se centraban en la intensidad y frecuencia. No obstante, en 1986 Maslach y Jackson prefirieron enfocarse únicamente en la frecuencia lo que dio como resultado un instrumento de 22 reactivos. De esta forma el MBI-HSS pretende medir el síndrome de burnout en base al número de veces que una persona se siente afectada por situaciones laborales. El MBI- HSS tiene como propósito medir las tres escalas que caracterizan al síndrome de burnout. Este instrumento está constituido por 22

reactivos que se evalúa a través de una escala de Likert de va desde nunca (1) hasta diariamente (5) (ver Anexo 4). Los ítems se dividen para medir tres dimensiones: agotamiento emocional con nueve ítems; despersonalización con cinco ítems y la realización personal con ocho ítems

Este cuestionario fue validado en una población chilena y se realiza a través de una muestra de 155 profesionales asistenciales de organizaciones públicas y privadas (24 hombres y 131 mujeres) sus edades están en una media de 36.5 años. Tras el análisis factorial de esta muestra se obtuvo un nivel de confiabilidad con un alfa de Cronbach de 0,82 (agotamiento emocional); 0,80 (despersonalización) y 0,85 (falta de realización personal) (Manso, 2006, pp. 116-117). Se debe recalcar que en este estudio hubo mayor valor de confiabilidad que en las investigaciones generales del MBI- HSS. Por lo expuesto anteriormente se confirma que el MBI- HSS es un reactivo confiable y que mediante un análisis factorial se dice que es adecuado para obtener resultados válidos sobre las tres dimensiones que componen el síndrome de burnout.

Con respecto a estudios nacionales, en Ecuador no se ha realizado un análisis factorial de este instrumento como tal, sin embargo, en estudios de validez se tomó en cuenta residentes ecuatorianos. Según Pereira et al. (2021) uno de los estudios multicéntricos se formó con una población de 2470 personas que laboraban en el área de salud de países como Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú, República Dominicana y Venezuela. La principal característica de esta investigación es que se eliminó el ítem 8 para un mejor resultado de las tres dimensiones. Lo que muestra que el instrumento no presenta ninguna dificultad para la población ecuatoriana. En cuanto a la presente investigación, se muestran, en la Tabla 3, los datos de fiabilidad del cuestionario MBI- HSS que se obtienen por medio del Alfa de Cronbach (α).

Tabla 3

Análisis de confiabilidad del MBI en la presente población

Análisis de Fiabilidad del EEC- M en la Población de Estudio		
Factores	Ítems	Alfa de Cronbach
Cansancio emocional	1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20	0,900
Despersonalización	5, 10, 11, 15, 22	0,747
Falta de realización personal	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21	0,682
Escala total		0,807

Nota: $n= 65$ participantes.

Como se puede ver el alfa de Cronbach obtenido en el presente estudio es de 0,807 siendo un porcentaje alto y aceptado para fiabilidad. En cuanto a cada una de las dimensiones, todas tienen un valor alto de fiabilidad.

2.4. Instrumento de Análisis Estadístico

Para el análisis estadístico de los resultados obtenidos durante la investigación se decide utilizar el Sistema Estadístico SPSS. De acuerdo con Bausela (2005) “el SPSS (Statistical Product and Service Solutions) es una potente herramienta de tratamiento de datos y análisis estadístico” (p. 64). Lo que muestra que este instrumento permite un análisis verídico y una estadística en cuanto a datos cuantitativos. Según la misma autora es una de las herramientas más utilizadas cuando se trata de temas relacionados con el estudio del ser humano (Ciencias Sociales). También se resalta su fácil uso y entendimiento que permite que el usuario se relacione con éste. Con esto se puede ver que el programa en sí mismo es de simple manejo por lo que es una ventaja al momento de realizar el análisis.

Se considera la utilización de este sistema adecuada en el proyecto de titulación debido a su multifuncionalidad de variables. Según Bausela (2005) este programa permite realizar un análisis descriptivo de las variables cuantitativas y con base a la frecuencia en la que se presentan. Además, tiene una función de análisis correlacional que muestra el coeficiente de correlación entre dos variables. Por lo tanto, este instrumento de análisis es idóneo dado que los alcances que se persigue son descriptivos y correlacionales y el SPSS trabaja con las variables tomando en cuenta su descripción y la relación que exista entre ella.

2.5.Participantes

Para la elaboración de la investigación se considera al grupo de personas que actualmente trabajan en el Hospital General Yerovi Mackuart de la ciudad de Salcedo, provincia de Cotopaxi. Esta institución, al igual que muchas otras, trabaja con casos COVID- 19 desde que empezó la pandemia. Tanto los trabajadores del área de salud como los del área administrativa no cesaron sus actividades a pesar de la situación y hasta el día de hoy sigue

en funcionamiento. Se debe aclarar que se obtuvo el contacto de la institución gracias a uno de los médicos que trabaja actualmente en el lugar lo que facilitó el acceso a éste.

La población total de la institución es de 65 personas entre el personal médico y el administrativo. Como se nota el número que se presenta es reducido por lo tanto no se realiza un muestreo, sino que se toma a todo el grupo de servidores para la realización del estudio. Para los criterios de inclusión se toma en cuenta a todo el personal: hombre o mujer sin importar la actividad que realizan o su horario de trabajo. Es importante recalcar que los participantes tenían que estar desde que empezó la pandemia delimitando el contexto y siendo esta la característica principal requerida para ser parte de la investigación. Además, se incluye en el estudio si asegura su participación a través de la carta de consentimiento.

Los participantes son de ambos sexos y oscilan en edades de 27 a 59 años, se desea presentar al lector las variables sociodemográficas para que esté al tanto de las características de la población que conformaron el presente estudio. A continuación, en la Tabla 4, se muestra los datos sociodemográficos.

Tabla 4*Análisis de datos sociodemográficos de la población de estudio*

Datos Sociodemográficos de los Participantes				
Variables	Mínimo	Máximo	Media	Desviación Típica
Edad	27	59	39,54	8,63
	Frecuencia		Porcentaje	
Género				
Femenino	38			58,5
Masculino	27			41,5
Etnia				
Mestizo (a)	64			98,5
Indígena	1			1,5
Estado civil				
Soltero (a)	15			23,1
Casado (a)	41			63,1
Divorciado (a)	7			10,8
Zona de procedencia				
Urbana	56			86,2
Rural	9			13,8
Organización familiar				
Familia biparental	55			84,6
Familia homoparental	1			1,5
Familia reconstituida	2			3,1
Familia monoparental	4			6,2
Familia extensa	3			4,6
Nivel de Instrucción				
Bachillerato	8			12,3
Estudios Técnicos	6			9,2
Universidad	29			44,6
Estudios de cuarto nivel	22			33,8
Nivel socioeconómico				
Clase media baja	15			23,1
Clase media	50			76,9

Nota: *n= 65 observaciones.*

La edad de los participantes en esta investigación está ubicada en una media (\bar{X}) de 39,54 años con una desviación estándar (s) de 8,63. Con relación a este aspecto Díaz, Castro, Mendo y Vásquez (2007) afirman que “en relación a la variable de edad, los estudios demuestran que, a más edad hay menor tendencia a experimentar el síndrome” (p.30). En otras palabras, mientras las personas sean jóvenes son más propensas a este síndrome porque comparan sus expectativas con la realidad de su trabajo. A diferencia de adultos con edades más avanzadas que tras experiencias están habituados a su realidad.

En cuanto a la distribución por género está conformada por 38 personas de género femenino que representa un porcentaje de 58,5% y 27 personas de género masculino que representa un 41,5%. Según López- Elizalde (2004) las actividades laborales y familiares son las causantes de que las mujeres sean más propensas a contraer este síndrome. Este

acontecimiento se debe a que existen más responsabilidades para el género femenino por lo que aumenta su carga de trabajo, por ejemplo, cumplen el rol de madre o de ama de casa cuando ya no tienen actividades laborales. En otras palabras, las mujeres son más propensas al cansancio de sus obligaciones ya que no tienen un descanso en casa peor aún en la institución de trabajo.

En cuanto a la identificación étnica existe una diferencia significativa ya que se observa que 64 personas, que representan el 98,5% de los participantes, se identifican como mestizos mientras que solo una persona, siendo 1,5% de la población, se considera indígena. Asimismo, en cuanto a la zona de procedencia se nota que el 82,6% de la población de estudio proviene de la zona urbana a diferencia del 13,8% que se ubica en la zona rural. De acuerdo con varios estudios estas variables, no tienen estudios ni afirmaciones que establezcan que la etnia o la zona de procedencia influya en la aparición del síndrome de burnout. De igual forma en estudios de las estrategias de afrontamiento se resalta la independencia en cuanto a la etnia de las personas (Villamagua & Vintimilla, 2017; Caqueo, Urzúa, Ferrer, Pereda, Villena & Irrázaval, 2014). Es decir, no existe algún precedente sobre la etnia o la zona de procedencia que influya en la aparición o la relación de las variables que se establecen en el presente estudio.

El estado civil de los participantes se agrupa de la siguiente manera; 23,1% de personas están solteras; el 63,1% son casados; el 10,8 están divorciados; y 3,1% de la población viven en unión libre. Cabe recalcar que ninguno de los participantes pertenece a la categoría de viudo/a. Esta variable es de importancia en el estudio debido a que es considerada como una de las causas de la aparición del síndrome de burnout. De acuerdo con los estudios de López (2004) “las personas solteras tienen mayor cansancio emocional, menor realización personal y mayor despersonalización, que aquellas otras que o bien están casadas o conviven con parejas estables” (p. 131). Se puede decir que la compañía o las relaciones ayudan a los individuos a superar los diferentes estímulos estresores, además, tienen el apoyo de alguien para desahogarse sobre sus problemas a diferencia de las personas solteras.

En cuanto a la organización familiar 55 de los participantes que representa el 84,6% de la población son de familias biparentales. Solo un participante es de familia homoparental, siendo el 1,5% de la población; en cuanto a la familia reconstituida son 2 personas que

representan el 3,1%; para la familia monoparental son 4 participantes siendo el 6,2% de la población y, por último, 3 participantes que representan el 4,6% de la población pertenecen a la familia extensa. Según el estudio de Contreras, Ávalos, Priego, Morales y Córdova (2013) la mayoría de las personas que pertenecen a familias disfuncionales presentan mayores niveles de este síndrome por lo tanto se vuelve un factor para que esta afección se establezca. Por otro lado, esta variable no influye en las estrategias de afrontamiento, dado que depende del ambiente cultural y las experiencias que cada miembro (Martínez, Amador & Guerra, 2017). Por lo tanto, si los individuos adquieren una estrategia de afrontamiento es probable que sea porque las circunstancias llevaron a esto.

En lo que respecta al nivel de instrucción se presenta así: el 12,3% son de bachillerato; el 9,2% presentan estudios técnicos; el 44,6% poseen instrucción universitaria y el 33,8% han alcanzado estudios de cuarto nivel. Según Villamagua y Vintimilla (2017) los sujetos que tienen un mayor desarrollo académico son más vulnerables a la aparición del síndrome de burnout debido a que tienen mayor responsabilidades y presión en el ambiente laboral. Es decir, que al tener un mayor nivel educativo las personas suelen sentir más estrés dado que los superiores esperan tener mejores resultados de ellos a comparación de aquellos que no presentan estudios superiores.

Por último, en cuanto al nivel socioeconómico, los participantes de estudio se agrupan en dos quintiles: el 23,1% son de clase media baja mientras que el 76,9% pertenecen a la clase media. Como se nota ningún participante está en las categorías de clase pobre, clase media alta o clase rica. En concordancia con lo que dicen los expertos este hecho presenta una relación con el síndrome de burnout ya que según Gutiérrez, Celis, Moreno, Farias y Suárez (2006) esta afección aparece como un trastorno adaptativo crónico, que a pesar de que las exigencias del individuo han sido superadas, decide quedarse en el lugar de trabajo lo que altera su calidad de vida. Esto se debe a que, por la necesidad de dinero, las personas prefieren soportar la situación actual.

En este mismo apartado se continua con las variables de la trayectoria laboral de los participantes que fueron parte de la ficha sociodemográfica. En esta sección se recabó información sobre la trayectoria laboral de los participantes con el fin de conocer el tiempo de trabajo en el hospital, sus horas laborales, la satisfacción y la demanda de su entorno

laboral. Esta parte es importante dado que estas características permiten saber si el periodo de trabajo puede influir en la presencia de la variable síndrome de burnout en las personas que laboran en esta institución. A continuación, en la Tabla 5, se presentan los datos relacionados con la trayectoria laboral de los participantes.

Tabla 5

Análisis de la trayectoria laboral de los participantes

Trayectoria Laboral de los Participantes en el Hospital		
Variables	Frecuencia	Porcentaje
Tipo de cargo		
Personal administrativo	34	52,3
Personal de salud	31	47,7
Tiempo de trabajo		
Menos de 2 años	11	16,9
Entre 2 y 5 años	15	23,1
Entre 5 y 10 años	13	20,0
De 10 años en adelante	26	40,0
Horas de trabajo		
Menos de 6 horas	2	3,1
De 6 a 8 horas	24	36,9
De 8 a 10 horas	25	38,5
De 10 a 12 horas	1	1,5
Más de 12 horas	13	20,0
Nivel de satisfacción		
Bajo	2	3,1
Medio	28	43,1
Alto	35	53,8
Nivel de demanda		
Baja	1	1,5
Media	28	43,1
Alta	36	55,4

Nota: *n= 65 observaciones.*

Como se puede ver el tipo de cargo de los participantes se da de la siguiente manera: 34 personas son del área administrativa y representa 52,3% de la población, mientras que 31 personas son del área de salud siendo un 47,7% de los participantes. De acuerdo con Forbes (2011) el síndrome de burnout tiene relación con todas las actividades que relacionan al servidor y sus actividades directamente con personas/clientes. Esta variable no es de relevancia debido a que toda la población tiene constante contacto con otras personas por lo que puede estudiarse la incidencia o no del síndrome de burnout.

En cuanto al tiempo de trabajo se muestra de la siguiente manera: el 16,9% han trabajado menos de 2 años; el 23,1% han laborado entre 2 y 5 años; el 20% entre 5 y 10 años; y el 40%

ha trabajado en la institución de 10 años en adelante. De acuerdo con López (2004) la edad no influye directamente en el surgimiento del síndrome, sino que se la considera un factor para establecer esta afección. De esta forma los sujetos en los primeros años de trabajo se dan cuenta de que sus expectativas e idealizaciones son diferentes y acostumbran a ellas, como resultado sienten que sus esperanzas y recompensas están lejos de lo que pensaron.

En referencias de las horas de trabajo se ve que el 3,1% de las personas trabajan menos de 6 horas; el 36,9% de los participantes trabajan de 6 a 8 horas; el 38,5% trabaja de 8 a 10 horas; el 1,5% trabaja de 10 a 12 horas; y el 20% labora más de 12 horas. En cuanto al nivel de satisfacción de los participantes aparece así: 2 personas que son el 3,1% de la población presentan una baja satisfacción frente a su trabajo; 28 participantes que son el 43,1% de los investigados están en un nivel medio de satisfacción; y 35 personas del estudio están en un nivel alto de satisfacción en su área laboral. Con respecto al nivel de demanda: el 1,5% expone que su trabajo tiene un nivel de demanda baja; el 43,1% establecen que existen un nivel medio de demanda en sus actividades; y, por último, el 55,4% de los participantes perciben que su trabajo tiene un nivel de demanda alta. Estas tres variables son importantes debido a la relación existente entre la aparición del síndrome de burnout con los horarios extensos de trabajo. De acuerdo con Forbes (2011) estas jornadas, se acompañan de exigencias que se vuelven tediosas y que demandan cumplir todas las actividades de forma rápida y eficaz. Es así como la carga laboral y la percepción de las exigencias influyen en los niveles de síndrome de burnout, así también si la persona tiene una baja tolerancia al estrés será más propensa a tener frustración que es uno de los síntomas de este síndrome.

2.6. Procedimiento Metodológico

Con el objetivo de que esta investigación sea reproducible se optó por seguir el siguiente proceso. Primero se recolectó información bibliográfica sobre el tema establecido, en este apartado se buscó los posibles instrumentos que permitan medir las dos variables de estudio. Posteriormente, se seleccionó las baterías psicométricas tomando en cuenta su validez y confiabilidad, en ese tiempo se realizó una reunión con el director de tesis para debatir sobre los pros y los contras de estos reactivos. Una vez que se obtuvo el visto bueno de los instrumentos, se procedió a elaborar la carta de consentimiento y la ficha sociodemográfica

que permitiría obtener el permiso del evaluado, explicarle lo que se va a realizar y conseguir datos generales que serían necesarios para el análisis de los resultados.

Una vez establecidas las herramientas a utilizar se realizó un acercamiento al Hospital Básico Yerovi Mackuart en la ciudad de Salcedo. Esta institución fue elegida por la apertura de uno de sus médicos, quién fue el contacto para llegar a la dirección general de esta institución. Al reunirse con la directora del Distrito 05D06, se le explicó el objetivo de la investigación, las variables de estudio y se le pidió el permiso pertinente para tomar los cuestionarios a todo el personal del hospital. La directora accedió con la condición de que un representante de la PUCESA le enviará un oficio para que el trámite se hiciera formal por lo que se solicitó a la directora de escuela de Psicología que ayudará con este proceso. Concluido el proceso anterior, se procedió a coordinar el número de participantes, la forma de administración de los reactivos y el día a realizarse

Se determinó que son 65 participantes en total, la forma de administración sería presencial debido a que no se conoce las posibilidades de cada uno y si tienen acceso a la tecnología o servicio de internet. Para ello se imprimió 70 copias de cartas de consentimiento, fichas sociodemográficas y de los instrumentos EEC- M y el MBI con el fin de tener repuestos en caso de cualquier percance. En la fecha determinada se llegó a la institución en la mañana y se realizó la aplicación de reactivos primero al personal administrativo que labora en las oficinas (directora general, administradores, secretarias, coordinadores de áreas, auxiliares administrativos) se lo realizó de manera grupal debido a que sus actividades se realizaban en espacios conjuntos. Luego se tomó los reactivos al personal administrativo ambulatorio que trabaja en el área de salud como son guardias, conductores de ambulancias, personal de limpieza, ayudantes de cocina y ayudantes de lavandería a estas personas se les suministró los test de manera individual y en sus áreas de trabajo.

Una vez concluido se procedió con el personal médico (doctores, radiólogos, psicólogo, residentes, nutricionista, laboratoristas clínicos, enfermeras, auxiliares de enfermería, camilleros y trabajadores de farmacia) se lo hizo de manera individual en sus áreas de trabajo. A cada persona se le proporciona esfero gráfico y se estuvo con ellos todo el tiempo en caso de dudas sobre los instrumentos. Se administró los instrumentos a los participantes antes mencionados hasta el mediodía, pero se regresó al hospital en la tarde debido al cambio

de turno de enfermeras y auxiliares de enfermería y de igual manera se les aplicó en forma individual en su lugar de trabajo. Una vez realizada la aplicación se contabilizó y revisó los cuestionarios para constatar que esté el número correcto y que cada uno cuenta con toda la información requerida.

Posteriormente se traspasaron los datos de la ficha sociodemográfica y los ítems del cuestionario EEC- M y el cuestionario del MBI en el sistema estadístico SPSS versión 20. Se establecieron parámetros para ubicar los tipos de respuestas ya sea de forma nominal y en escala, y se procedió a transcribir las respuestas de los participantes. Una vez realizado este proceso se realizó el análisis estadístico descriptivo y correlacional de las variables y en base a esto se redactaron las respectivas conclusiones del presente proyecto de titulación. Se considera que este proceso metodológico es replicable puesto que se muestra cada uno de los pasos realizados y se espera mostrar los datos verídicos obtenido durante este proceso.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis descriptivo

En el siguiente apartado y con los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos: Escala de Estrategias de *Coping* Modificado (EEC- M) y el Inventario de Burnout de Maslach (MBI) se realiza la siguiente descripción.

3.1.1. Análisis descriptivo de Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC- M)

El EEC- M está compuesto de 69 ítems que miden doce estrategias: solución de problemas, búsqueda de apoyo social, espera, religión, evitación emocional, búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva, reevaluación positiva, expresión de la dificultad de afrontamiento, negación y autonomía. A continuación, en la Tabla 6, se muestran los resultados del mínimo (m), máximo (M), de la media (\bar{X}) y la desviación estándar (s) de cada una de las estrategias.

Tabla 6

Análisis descriptivo del EEC- M

Estrategia	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Solución de problemas	20,00	54,00	37,46	7,91
Búsqueda de apoyo social	11,00	42,00	24,86	7,16
Espera	11,00	51,00	25,10	7,64
Religión	11,00	42,00	23,96	7,78
Evitación emocional	15,00	48,00	24,92	7,09
Búsqueda de apoyo profesional	5,00	30,00	14,64	5,91
Reacción agresiva	5,00	20,00	10,64	3,88
Evitación cognitiva	5,00	30,00	17,67	4,74
Reevaluación positiva	11,00	30,00	21,21	5,19
Expresión de la dificultad de afrontamiento	4,00	24,00	10,75	3,69
Negación	3,00	15,00	9,76	2,74
Autonomía	2,00	11,00	5,96	1,84

Nota: $n=65$ participantes

En el análisis descriptivo de las estrategias de afrontamiento del EEC- M se presenta cada una de ellas en el orden planteado anteriormente. Como se puede ver la estrategia de *Solución de problemas* presenta mínimo de 20, máximo de 54, una media de 37,46 y una desviación típica de 7,91, siendo esta estrategia con mayor puntuación de la media que presenta el

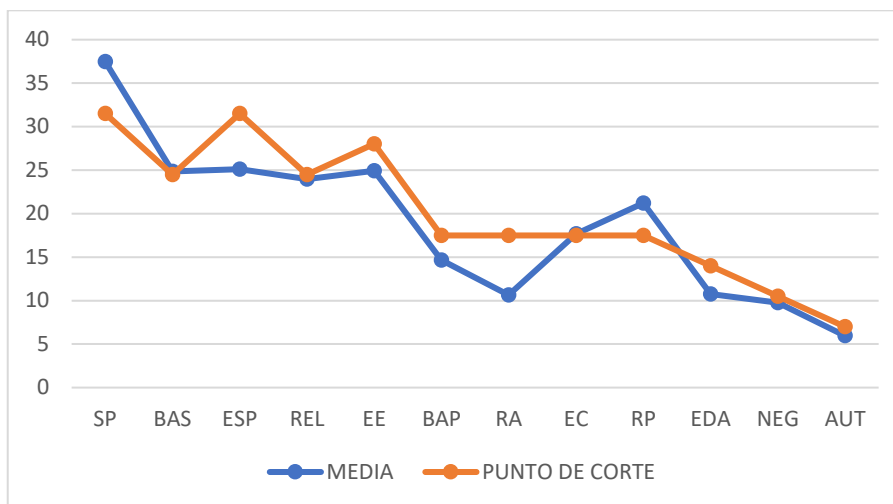
personal de salud. Posteriormente, la estrategia de *Búsqueda de apoyo social* tiene un mínimo de 11, máximo de 42, con una media de 24,86 y una desviación de 7,16. Para la estrategia de *Espera* tiene un mínimo de 11, máximo de 51, media de 25,10 y una desviación típica de 7,64. En cuanto la estrategia de *Religión* tiene un mínimo de 11, máximo de 42, una media de 23,96 y una desviación de 7,78. Para la estrategia de *Evitación emocional* se presenta un mínimo de 15, máximo de 48, media de 24,92 y una desviación de 7,09.

En cuanto a la *Búsqueda de apoyo profesional* presenta un mínimo de 5, un máximo de 30, con una media de 14,64 y una desviación típica de 5,91. La *Reacción agresiva* tiene un mínimo de 5, un máximo de 20, media de 10,64 y una desviación de 3,88. La *Evitación cognitiva* presenta un mínimo de 5, un máximo de 30, una media de 17,67 y una desviación de 4,74. Para la *Reevaluación positiva* se nota un mínimo de 11, máximo de 30, una media de 21,21 y una desviación de 5,19. En cuanto a la *Expresión de la dificultad de afrontamiento* se tiene un mínimo de 4, un máximo de 24, una media de 10,75 y una desviación de 3,69. La estrategia de *Negación* tiene un mínimo de 3, un máximo de 15, una media de 9,76 y una desviación de 2,74. Por último, la estrategia de *Autonomía* presenta un mínimo de , un máximo de 11, una media de 5,96 y una desviación típica de 1,84.

En seguida, se presenta en la Figura 1 las estadísticas de las medias de la EEC- M comparadas con el punto de corte de cada escala. Es necesario aclarar que no existe un consenso del punto de corte de cada una de las dimensiones del EEC- M por lo que se obtuvo a través de la siguiente operación: el máximo menos el mínimo, este resultado se divide para dos y posterior se suma el mínimo. De esta forma se obtuvo lo siguiente: solución de problemas y la espera presentan un mín. de 9, máx. de 54 y un punto de corte de 31,5; la búsqueda de apoyo social y la religión tienen un mín. de 7, máx. de 42 y un punto límite de 24,5; la evitación emocional presenta un mín. de 8, máx. de 48 y un punto de corte de 28; las estrategias de búsqueda de apoyo profesional, reacción agresiva, evitación cognitiva y reevaluación positiva tienen un mín. de 5, máx. de 30 y un punto límite de 17,5; el afrontamiento de expresión de dificultad de afrontamiento presenta un mín. de 4, máx. de 24 y un punto de corte de 14; en cuanto a la negación tiene un mín. de 3, máx. de 18 y un punto límite de 10,5 y por último, la autonomía presenta un mín. de 2, máx. de 12 y un punto de corte de 7.

Figura 1

Análisis comparativo de las estrategias de Afrontamiento con los puntos de corte



Como se puede ver las estrategias de *Solución de problemas* y la *Reevaluación positiva* están por encima del punto de corte de estas escalas. Esto significa que el personal de salud utiliza estas estrategias en mayor medida que lo que se espera. De acuerdo con los estudios en personal hospitalario se menciona que la estrategia más utilizada es la solución de problemas ya que permite que los individuos intenten solucionar su situación de estrés buscando alternativas. De igual manera el personal que utiliza la reevaluación positiva suele buscar el lado positivo de las situaciones vividas como es ayudar al paciente/cliente, el valor de su trabajo y la satisfacción de lo que hace. Los diferentes estudios indican que estas estrategias presentan una relación negativa con las dimensiones del síndrome de burnout (Austria, Cruz, Herrera & Salas, 2011; Pérez & Rodríguez, 2011). Por lo tanto, el personal que utiliza estas estrategias tiene menos riesgo de adquirir esta afección.

En cuanto a las estrategias de *Búsqueda de apoyo social*, *Religión*, *Evitación cognitiva*, *Negación* y *Autonomía* presentan puntuaciones que están casi al mismo nivel que el punto de corte de estos afrontamientos. Según Austria, Cruz, Herrera y Salas (2011) la búsqueda de apoyo social se considera una estrategia activa y tiene un efecto protector frente a situaciones estresantes. Además, el uso de esta estrategia presenta menos intensidad en los síntomas característicos del síndrome de burnout e incluso reduce la posibilidad de esta afección. Estos mismos autores establecen que las estrategias de evitación cognitiva, negación y autonomía son consideradas pasivas por lo que tienen mayor riesgo de obtener

burnout con sus características clínicas. En cuanto a la estrategia de religión, los autores Pérez y Rodríguez (2011) la consideran una estrategia subjetiva, ya que para cada persona este afrontamiento significa algo diferente. No obstante, en investigaciones del personal hospitalario se evidenció que utilizaron este tipo de afrontamiento en sus actividades laborales cuando sentían que las cosas se salían de control y les funcionó.

Por último, las estrategias de *Espera*, *Evitación Emocional*, *Búsqueda de apoyo profesional*, *Reacción agresiva* y *la Expresión de dificultad de afrontamiento* se presentan por debajo del punto de corte. Con respecto a esto, Pérez y Rodríguez (2011) establecen que la estrategia de espera depende de las situaciones que se experimente, así, si la fuente de estrés es laboral no la usan ya que prefieren mejorar la situación de sus clientes/pacientes. La evitación emocional y la expresión de dificultad de afrontamiento se presentan principalmente porque no existen espacios que permitan expresar los sentimientos libremente. La reacción agresiva no es tan utilizada debido a que en el ambiente laboral no pueden expresarse de manera agresiva. Por último, estos mismos autores establecen que la estrategia de búsqueda de apoyo profesional no es muy utilizada dado que sus estudios atribuyen que la mayoría no recurren a este tipo de afrontamiento porque no la consideran necesaria o no tiene la confianza para acudir a profesionales de la salud mental.

3.1.2. Análisis descriptivo de la Inventario de Burnout de Maslach (MBI)

El MBI está compuesto de 22 ítems que miden las tres dimensiones características del síndrome de burnout: cansancio emocional, despersonalización y la realización personal. A continuación, en la Tabla 7, se muestran los resultados del mínimo (m), máximo (M), de la media (\bar{X}) y su desviación estándar (s) de estas tres escalas.

Tabla 7
Análisis descriptivo del MBI

Dimensión	Mínimo	Máximo	Media	Desviación típica
Cansancio emocional	9,00	36,00	18,56	7,68
Despersonalización	12,00	30,00	17,93	3,40
Realización personal	14,00	34,00	23,63	4,11
Total del síndrome de burnout	47,00	87,00	60,18	9,68

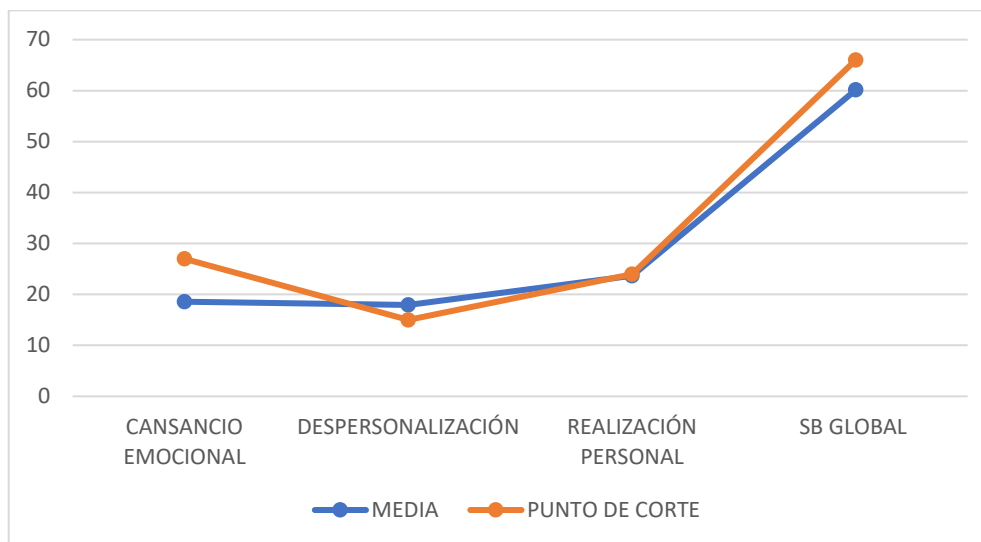
Nota: $n=65$ participantes

En el análisis descriptivo de las dimensiones del MBI se puede ver lo siguiente: en la dimensión de *Cansancio emocional* se presenta un mínimo de 9,00, un máximo de 36,00, una media de 18,56 y una desviación típica de 7,68. En cuanto al siguiente aspecto de la *Despersonalización* tiene un mínimo de 12,00, un máximo de 34,00, una media de 17,93 y con una desviación de 3,40. Por último, en la dimensión de *Realización personal* se presenta un mínimo de 14,00, un máximo de 34,00, una media de 23,63 y una desviación estándar de 4,11. En cuanto al *Puntaje global del síndrome de burnout* se obtuvo un mínimo de 47,00, un máximo de 87,00, una media de 60,18 y una desviación estándar de 9,68.

A continuación, se presenta la Figura 2 con las estadísticas de las medias del Inventario de Burnout de Maslach, comparadas con el punto de corte de cada dimensión. En esta investigación se obtuvo el punto de corte de las tres dimensiones a través de la siguiente operación: el máximo menos el mínimo, este resultado se divide para dos y posterior se suma el mínimo. Siendo así que en cansancio emocional el máx. es 45, mín. 9 y presenta un punto de corte de 27; en despersonalización el máx. es 25, mín. 5 y su punto de corte es de 15; y en la realización personal el máx. es 40, el mín. 8 y con un punto de corte de 24. Para la puntuación global del síndrome de burnout no existe un consenso entre autores sobre el punto de corte, no obstante, es habitual que éste se genere al dividir el puntaje total en tres tercios. Para este estudio se utiliza el punto de corte obtenido por Arteaga, Junes y Navarrete (2014) quienes establecen que para un diagnóstico de síndrome de burnout (>72 puntos), tendencia al burnout (37-72 puntos) y sin riesgo a padecer el burnout (≤ 36 puntos) y se toma en cuenta que el máx. es 110 y el mín. 22.

Figura 2

Análisis comparativo de las dimensiones y el puntaje global del síndrome de burnout



Como se puede ver la dimensión de *Cansancio emocional* está por debajo del punto de corte establecido. De acuerdo con estudios previos, se entiende que el cansancio emocional puede aparecer independientemente de las estrategias utilizadas por el personal hospitalario. Además, cuando existen adecuadas características en el ambiente laboral (apoyo de compañeros y jefes) se presentan menores niveles de esta dimensión (Herbert, 2004, como se citó en Navarro, López, Heliz & Real, 2018). En otras palabras, el cansancio emocional está relacionado con los factores externos como el ambiente laboral o la sobrecarga de trabajo, mas no con la forma de percibir la situación estresante.

En cuanto a la *Despersonalización*, es evidente que la media presentada por el personal hospitalario está por encima del punto de corte. Según Vásquez, Maruy y Verne (2014) los niveles altos de despersonalización se pueden presentar por el nivel económico y la carga familiar del trabajador. Asimismo, niveles altos de esta dimensión pueden presentarse por el tiempo de trabajo del participante, es así como algunos estudios establecen que personas que han trabajado por más de 10 años tienden a ser más vulnerables a esta dimensión ya que piensan que las recompensas que obtienen no están de acuerdo con su desempeño.

Por otro lado, estos mismos autores establecen que la despersonalización también podría aparecer en los primeros años de trabajo debido a que el personal tiene mayores expectativas sobre su trabajo. Es decir, la despersonalización puede darse por la percepción en cuanto a la recompensas o expectativas del trabajo.

Para la *Realización personal* está casi al nivel del punto de corte. Es necesario recordar que esta dimensión se refiere a la percepción de la profesión como tal. En los estudios realizados a personal hospitalario de Müller y otros (2021) se concluye que los valores altos en la realización personal se deben al compromiso y la satisfacción del trabajo durante la pandemia COVID- 19, ya que al ser un momento difícil en la vida profesional fue también un pretexto para comprometerse más con éste. Especialmente en el personal médico se puede atribuir a la certeza de su profesión salvando vidas. De esta forma, la pandemia ayudó en cierto punto a que los trabajadores puedan demostrar el amor y la satisfacción que tienen por su trabajo. Además, es necesario recordar que si esta dimensión es mayor que las otras (cansancio emocional y despersonalización) no se establece el síndrome de burnout.

Por último, en cuanto al *Puntaje global del síndrome de burnout* se puede ver que el resultado revela una tendencia al burnout sin llegar a establecerse del todo en la población seleccionada. Al contrario de lo obtenido autores como Serna y Martínez (2020) proponen que el personal de salud experimenta mayor estrés porque son responsables de aliviar los problemas de los pacientes, sin embargo, presentan sufrimiento por su desgaste emocional y físico al tratar y atender a los demás por ende se muestran índices altos de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización profesional (características del síndrome de burnout). En la presente investigación se nota como a pesar de que existe un alto cansancio, la despersonalización es menor, además de que muestran una adecuada realización personal por lo tanto no se llega a establecer el burnout como tal.

3.2. Análisis Correlacional de las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout.

Para este apartado se toma en cuenta la relación que se obtuvo entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del síndrome de burnout. Para realizar lo propuesto se miden los coeficientes de Pearson (r), en la Tabla 8, se muestran los datos obtenidos por el programa estadístico SPSS.

Tabla 8

Correlación entre las dimensiones de estudio

Correlación entre las Estrategias de Afrontamiento y las Dimensiones del Síndrome de Burnout															
Variables	SP	BAS	ESP	REL	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	NEG	AUT	CE	D	RP
SP	1	,301*	,172	,299*	,190	,379**	-,451**	,411**	,795**	-,105	,108	,098	-,379**	,598**	,411**
BAS		1	,119	,277*	-,003	,527**	-,069	,135	,246*	-,100	,179	-,257*	-,171	,238	,172
ESP			1	,462**	,489**	,094	,268*	,394**	,037	,504**	,250*	,317*	,040	,267*	,564**
REL				1	,106	,272*	-,004	,376**	,230	,155	,106	,001	-,095	,258*	,428**
EE					1	-,032	,188	,385**	,027	,625**	,273*	,243	,201	,394**	,240
BAP						1	-,069	,087	,310*	-,041	,249*	,053	-,075	,473**	,478**
RA							1	-,113	-,488**	,424**	,109	,218	,302*	,120	,291*
EC								1	,207	,252*	,367**	,017	-,149	,198	,310*
RP									1	-,279*	,112	,108	-,428**	,588**	,200
EDA										1	,195	,185	,368**	,143	,265*
NEG											1	,131	-,051	,154	,266*
AUT												1	,076	,420**	,196
CE													1	-,202	,048
D														1	,489**
RP															1

Nota: SP: Solución de problemas; BAS: Búsqueda de apoyo social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación emocional; BAP: Búsqueda de apoyo profesional; RA: Reacción agresiva; EC: Evitación cognitiva; RP: Reevaluación positiva; EDA: Expresión de la dificultad de afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía; CE: Cansancio emocional; D: Despersonalización; RP: Realización personal;

* $p \leq 0,05$;

** $p \leq 0,01$

De acuerdo con lo expuesto, la estrategia de afrontamiento solución de problemas tiene una correlación estadísticamente significativa negativa baja ($r = 0,379$; $p \leq 0,01$) con el cansancio emocional. En cuanto a la despersonalización y la solución de problemas existe una correlación estadística moderada y positiva ($r = 0,598$; $p \leq 0,01$). Asimismo, entre la dimensión de realización personal y esta estrategia aparece una correlación significativa moderada positiva ($r = 0,411$; $p \leq 0,01$). Estos resultados concuerdan con estudios anteriores que presentan relaciones negativas entre el agotamiento emocional y la solución de problemas y una relación positiva entre la dimensión de realización personal y esta estrategia

(Gantiva, Jaimes, & Villa, 2010; Vargas, Niño & Acosta, 2017; Cruz & Puentes, 2017). Por lo que se puede inferir que si las personas utilizan la solución de problemas tendrán menores niveles de agotamiento emocional y más niveles de realización personal.

En cuanto a la estrategia de espera, tiene una relación baja positiva estadísticamente significativa ($r = 0,267$; $p \leq 0,05$) con la despersonalización. Además, se presenta una correlación significativa positiva moderada ($r = 0,564$; $p \leq 0,01$) con la dimensión de realización personal, por lo que si la una aparece la otra también. Estos resultados corroboran los hallazgos de Gantiva, Jaimes y Villa (2010), que obtuvieron relaciones entre esta estrategia y la dimensión mencionadas. Con ello se puede inferir que las personas que “esperan” a que su situación se solucione por sí sola tienden a culpar a sus compañeros o clientes/pacientes de su situación. Además, otros autores como Pérez y Rodríguez (2011) establecen que la estrategia de espera no se utiliza es problemas laborales puesto que los profesionales prefieren mejorar la situación de sus clientes/pacientes lo que tiene relación con la realización personal en su ambiente laboral.

Con la estrategia de religión se tiene una correlación positiva baja ($r = 0,258$; $p \leq 0,05$) con despersonalización. De igual manera, esta estrategia presenta una relación estadística positiva moderada ($r = 0,428$; $p \leq 0,01$) con la realización personal. Es importante señalar que al contrario de lo que se encontró en el presente estudio varios autores no encontraron relaciones significativas entre esta estrategia y las diferentes dimensiones del síndrome de burnout. De acuerdo con Vargas, Niño y Acosta (2017) la religión o espiritualidad es considerada una estrategia de prevención consciente ante el síndrome de burnout. Las personas que utilizan este afrontamiento creen en algo superior que les ayuda a superar las emociones negativas y se enfocan en cumplir con la tarea. Por lo tanto, se puede inferir que a mayores niveles de esta estrategia mayor es la realización personal.

En cuanto a la estrategia de evitación emocional solamente presenta una relación positiva baja estadísticamente significativa ($r = 0,394$; $p \leq 0,01$) con la despersonalización. De acuerdo con Vargas, Niño y Acosta (2017) esta estrategia es base para que el síndrome de burnout se establezca en los individuos, también las puntuaciones elevadas se asocian con mayor sensación de despersonalización y puede ser un factor para mayor riesgo de agotamiento y menor grado de realización personal. Se puede inferir de lo obtenido que en

esta estrategia si las personas están pasando por un evento estresor, prefiere no pensar en ello para cumplir con su trabajo. No obstante, si se siente abrumado puede llegar a tratar mal a los demás si éstos le recuerdan su situación o lo critican por no mostrar sus sentimientos adecuadamente.

Para la estrategia de búsqueda de apoyo profesional presenta una relación estadística significativa positiva moderada ($r = 0,473$; $p \leq 0,01$) con la dimensión de despersonalización. Asimismo, una correlación positiva moderada estadísticamente significativa ($r = 0,478$; $p \leq 0,01$) con la realización personal. De acuerdo con los estudios de Pérez y Rodríguez (2011) la estrategia de búsqueda de apoyo profesional no es muy utilizada dado que sus estudios atribuyen que la mayoría no recurren a este tipo de afrontamiento porque no la consideran necesaria o no tiene la confianza para acudir a profesionales de la salud mental. Se puede inferir que en cuanto a la despersonalización si la persona no está de acuerdo con la solución proporcionada por la persona experta en el asunto puede tratarla con apatía o desinterés y puede culparla si no sale bien. Por otro lado, con referencia a la realización personal se da ya que si las personas buscan apoyo de un profesional es porque le interesa su trabajo e intenta salvaguardar el cargo y mantener su desempeño en su lugar de trabajo.

La estrategia de reacción agresiva tiene una relación estadística positiva baja ($r = 0,302$; $p \leq 0,05$) con el cansancio emocional. Además, esta estrategia tiene una relación estadística positiva baja ($r = 0,291$; $p \leq 0,05$) con la dimensión de realización personal. Estos resultados concuerdan con estudios anteriores donde se encontraron las mismas relaciones con las dimensiones mencionadas con la diferencia de que existe una correlación positiva con la despersonalización. Lo que proponen los autores es que la impulsividad de las emociones negativas como la ira contra sí o contra los demás se dan principalmente en la dimensión de la despersonalización y esto puede producir una baja realización personal (Gantiva, Jaimes & Villa, 2010; Cruz & Puentes, 2017). Se puede inferir que esta estrategia está relacionada con sentimientos y emociones negativas que las personas experimentan contra los demás (jefes, compañeros, pacientes o clientes) lo que genera un esfuerzo psíquico, por otro lado, a pesar de que la persona se desahoga con otros o con lo que está a su alrededor lo hace por permanecer en su trabajo. El interés por la institución y por permanecer en la misma hace que su reacción agresiva aparezca.

Con referente a la estrategia de evitación cognitiva presenta una correlación estadística positiva baja ($r = 0,310$; $p \leq 0,05$) con la dimensión de realización personal. Este resultado tiene concordancia con los estudios de Pérez y Rodríguez (2011) quienes establecen que el personal de su estudio recurría a este afrontamiento, inconscientemente, a través del uso del humor o la concentración excesiva en su trabajo médico. Por lo tanto, se infiere que en la estrategia evitación cognitiva las personas tratan de pensar en otras cosas que no sea su evento estresor. Esto le ayuda a concentrarse en su trabajo, por lo tanto, realiza de mejor manera las actividades laborales y además al ser un distractor le permite tener una actitud positiva frente a éste.

En cuanto a la reevaluación positiva presenta una relación negativa moderada estadísticamente significativa ($r = 0,428$; $p \leq 0,01$) con el cansancio emocional. Por otro lado, esta misma estrategia presenta una correlación estadística significativa positiva alta con la dimensión de despersonalización ($r = 0,588$; $p \leq 0,01$). Estos resultados coinciden con los obtenidos en estudios anteriores, en los cuales se establece que este afrontamiento puede centrarse tanto en el problema como en la emoción, y lo importante es que cuando las personas tienen una actitud positiva frente al evento estresor disminuye la posibilidad de adquirir el síndrome de burnout (Popp, 2008; Torres, Acosta & Cruz, 2013). En otras palabras, los sujetos no piensan en el esfuerzo físico o cognitivo de actividades laborales, sino que tienden a centrarse en lo positivo de la situación como la experiencia y el desarrollo personal que van a obtener.

En cuanto a la estrategia de expresión de la dificultad de afrontamiento tiene una correlación estadística positiva baja estadísticamente significativa ($r = 0,368$; $p \leq 0,01$) con la dimensión de cansancio emocional. Además, esta estrategia presenta una relación estadística significativa positiva baja ($r = 0,265$; $p \leq 0,05$) con la realización personal. Este resultado se asemeja al de Cruz y Puentes (2017) que encontraron relación positiva entre el cansancio emocional y este tipo de afrontamiento y proponen que esta estrategia está centrada en la emoción y a través de la expresión puede disminuir el malestar, no obstante, al no encontrar resultados positivos puede aumentar esta dimensión. En cuanto a la realización personal no se encontraron correlaciones positivas, pero se infiere que si las personas reconocen su dificultad para afrontar su problema laboral está enganchado con su trabajo, le interesa y quiere seguir con sus actividades, aun cuando le sean difíciles.

Por otro lado, la estrategia de negación tiene una relación estadística significativa positiva baja ($r = 0,266$; $p \leq 0,05$) con la realización personal. De acuerdo con Cruz y Puentes (2017) la negación es un tipo de afrontamiento no productivo y aumenta la probabilidad de desarrollar el síndrome de burnout. Otro autor como Quaas (2006) propone que la negación es una estrategia que ayuda a combatir el estrés en el momento, sin embargo, puede llegar a generar un estrés crónico. Lo que se puede inferir de este apartado es que el resultado de la correlación positiva entre la negación y la realización personal de este estudio puede deberse a que los trabajadores prefieren centrarse en el trabajo en lugar del factor estresante y esto les permite continuar con su deber como se debe.

Por último, la estrategia de autonomía tiene una relación positiva moderada estadísticamente significativa ($r = 0,420$; $p \leq 0,01$) con la dimensión de despersonalización. De acuerdo con estudios de Vargas, Niño y Acosta (2017) la falta de este afrontamiento es determinante para la adquisición del síndrome de burnout, además que si esto viene acompañado de una falta de reconocimiento o el constante contacto con los pacientes pueden fomentar las dimensiones de este síndrome. En base a esto se puede decir la relación positiva entre la autonomía y la despersonalización se debe a que si las personas utilizan esta estrategia tienden a ser responsables de sus actos con todo lo que conlleva, no obstante, las personas tienden a culpar a los demás si no tienen el control de la situación estresante, lo que es un signo de despersonalización.

Una vez expuesto y entendido las correlaciones entre las estrategias de afrontamiento y las dimensiones del síndrome de burnout se proceden a conocer la relación de las mismas, pero con el nivel global del síndrome de burnout. Se debe recordar que para la presencia de esta afección la persona debe tener un alto nivel en cansancio emocional y despersonalización a diferencia del nivel de realización personal. A continuación, en la Tabla 9, se muestra las relaciones expuestas por el sistema estadístico SPSS.

Tabla 9*Correlación entre las estrategias y el síndrome de burnout*

Correlación entre las Estrategias de Afrontamiento y el Nivel Global del Síndrome de Burnout													
Variables	SP	BAS	ESP	REL	EE	BAP	RA	EC	RP	EDA	NEG	AUT	SB GLOBAL
SP	1	,301*	,172	,299*	,190	,379**	-,451**	,411**	,795**	-,105	,108	,098	-,331**
BAS		1	,119	,277*	-,003	,527**	-,069	,135	,246*	-,100	,179	-,257*	-,200
ESP			1	,462**	,489**	,094	,268*	,394**	,037	,504**	,250*	,317*	,067
REL				1	,106	,272*	-,004	,376**	,230	,155	,106	,001	-,124
EE					1	-,032	,188	,385**	,027	,625**	,273*	,243	,048
BAP						1	-,069	,087	,310*	-,041	,249*	,053	,006
RA							1	-,113	-,488**	,424**	,109	,218	,213
EC								1	,207	,252*	,367**	,017	-,107
RP									1	-,279*	,112	,108	-,334**
EDA										1	,195	,185	,219
NEG											1	,131	-,052
AUT												1	,193
SBGLOBAL													1

Nota: SP: Solución de problemas; BAS: Búsqueda de apoyo social; ESP: Espera; REL: Religión; EE: Evitación emocional; BAP: Búsqueda de apoyo profesional; RA: Reacción agresiva; EC: Evitación cognitiva; RP: Reevaluación positiva; EDA: Expresión de la dificultad de afrontamiento; NEG: Negación; AUT: Autonomía; SBGlobal: Síndrome de burnout global;

* $p \leq 0,05$;

** $p \leq 0,01$

En base a los datos presentados se puede ver una correlación negativa baja estadísticamente significativa ($r = 0,331$; $p \leq 0,01$) entre la solución de problemas y el síndrome de burnout. De igual forma la estrategia de reevaluación positiva presenta una relación estadística significativa negativa baja ($r = 0,334$; $p \leq 0,01$) con el síndrome de burnout. De acuerdo con varios autores tanto la solución de problemas y la reevaluación positiva son estrategias protectoras para la aparición o disminución (Vargas, Niño & Acosta, 2017; Montoya & Moreno, 2012; Gantiva, Jaimes & Villa, 2010; Cruz & Puentes, 2017). Esto quiere decir que a más presencia de estas estrategias (productivas) menor es el nivel del síndrome de burnout.

Por ello, los resultados que se obtuvieron en las correlaciones presentadas afirman que la presencia de estrategias productivas y no productivas. Algunos autores atribuyen que las estrategias que se dirigen a ejecutar actos que resuelvan problemas y terminar con el malestar que les afecta son considerados como un afrontamiento funcional porque están centrados en el problema. Asimismo, las estrategias de tipo activo y directas que se enfocan es confrontar

o cambiar el origen del estrés son más eficientes para evitar la presencia de síndrome de burnout (Solís & Vidal, 2006; Popp, 2008; & Viñas et al.,2015). Por ello, a partir de los resultados obtenidos en la presente investigación se puede rechazar la hipótesis nula y se confirma la hipótesis alternativa que establece que existe una relación entre las estrategias de afrontamiento y el síndrome de burnout en personal del hospital Yerovi Mackuart de la ciudad de Salcedo durante la pandemia COVID- 19.

CONCLUSIONES

A través de la revisión teórica, el estudio realizado y los resultados obtenidos se puede concluir lo siguiente:

- Se entiende por estrategias de afrontamiento aquellos empeños cognitivos y conductuales característicos de las personas que son utilizados frente a demandas internas o externas en las cuales los recursos físicos y psicológicos de los sujetos no son suficientes para controlar situaciones estresantes. Asimismo, se concluye que el síndrome de burnout es un estrés crónico laboral donde se observa una disminución de la calidad del servicio y que se caracteriza por presentar cansancio emocional, despersonalización y falta de realización personal. Este síndrome se presenta especialmente en trabajos donde se tiene contacto con otras personas ya sea cuidándolas o atendiéndolas.
- A través de la aplicación de EEC- M, se evidencia en el análisis descriptivo que el personal del hospital de estudio está sobre el punto de corte en las estrategias de Solución de problemas y Reevaluación positiva; en cuanto a los afrontamientos de Búsqueda de apoyo social, Religión, Evitación cognitiva, Negación y Autonomía, están casi al mismo nivel que el punto de corte y por último, las estrategias de Espera, Evitación Emocional, Búsqueda de apoyo profesional, Reacción agresiva y la Expresión de dificultad de afrontamiento se presentan por debajo del punto de corte en la población de estudio. Lo que significa que aquellas estrategias que están sobre el punto de corte son las más utilizadas por el personal hospitalario.
- A través de la aplicación de MBI, se demuestra que el personal hospitalario presenta la dimensión de cansancio emocional sobre el punto de corte. Por otro lado, la dimensión de despersonalización está por debajo del punto establecido y la dimensión de realización personal está casi al mismo nivel del punto límite. En cuanto a la puntuación global del síndrome de burnout, la población de estudio evidencia un puntaje por debajo del punto de corte. Se concluye que el personal presenta una tendencia al síndrome de burnout sin que éste llegue a establecerse.

- Por último, se encontró múltiples correlaciones entre las variables de estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout. Las correlaciones entre los doce tipos de afrontamiento (SP, BAS, ESP, REL, EE, BAP, RA, EC, RP, EDA, NEG, AUT) y las tres dimensiones de burnout (CE, D, RP) están entre 0,3 y 0,5 lo que significa que son estadísticamente significativas. En cuanto al nivel global del síndrome burnout en la población seleccionada mantiene correlaciones negativas estadísticamente significativas entre esta afección y las estrategias de afrontamiento: Solución de Problemas ($r = 0,331$) y Reevaluación positiva ($r = 0,334$) con respecto a la población seleccionada.

RECOMENDACIONES

En base a lo investigado y para cooperar con posteriores estudios se recomienda lo siguiente:

- En cuanto a las variables sociodemográficas se recomienda que se incluyan otras características tales como otros grupos etarios y mayor número de participantes a fin de alcanzar mayor variabilidad en los resultados.
- Se debe considerar que los instrumentos empleados: Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC- M) e Inventario de Burnout de Maslach (MBI), no han sido adaptados a la población ecuatoriana como tal siendo una limitación para las investigaciones por lo que se recomienda realizar estudios de las propiedades psicométricas de los mismos en el Ecuador.
- Como otra limitación se encontró que al ser una investigación de carácter descriptivo no ahonda en la explicación de las variables por lo que se requiere realizar estudios de alcance explicativo para profundizar en temas que aclaren porqué el personal hospitalario a pesar de presentar valores de cansancio emocional sobre el punto de corte presenta niveles bajos en la dimensión de despersonalización.

BIBLIOGRAFÍA

- Arteaga, A., Junes, W., & Navarrete, A. (2014). Prevalencia del Síndrome de Burnout en personal de Salud. *Revista Médica Panacea*, 4(2), 40-44. Recuperado de <https://bit.ly/331TNZu>
- Aldás, A. (2017). *Estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud*. [Tesis de grado]. Universidad Técnica de Ambato. Recuperado de <https://bit.ly/3uIuQkS>
- Apiquian, A. (2007). El síndrome de *burnout* en las empresas [Presentación de *paper*]. Tercer Congreso de Escuelas de Psicología de las Universidades Red Anáhuac, México. Recuperado de <https://bit.ly/39P648R>
- Austria, F., Cruz, B., Herrera, L., & Salas, J. (2011). Relaciones estructurales entre estrategias de afrontamiento y síndrome de burnout en personal de salud: un estudio de validez externa y de constructo. *Universitas Psychologica*, 11(1), 197-206. Recuperado de <https://bit.ly/3qe6bnB>
- Bausela, E. (2005). SPSS: un instrumento de análisis de datos cuantitativos. *Revista de Informática Educativa y Medios Audiovisuales*, 2(4), 62-69. Recuperado de <https://bit.ly/3k8foKM>
- Bianchini, M. (1997). El síndrome del burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13(2), 189-192. Recuperado de <https://bit.ly/3e9x5pC>
- Bittar, M. (2008). *Burnout y estilos de personalidad en estudiantes universitarios* [Trabajo de investigación]. Universidad de Argentina, Mendoza. Recuperado de <https://bit.ly/3cBRLpG>
- Casas, J., Repullo, J., & Donado, J. (2003). La encuesta como técnica de investigación. Elaboración de cuestionarios y tratamiento estadístico de los datos (I). *Atención Primaria*, 31(8), 527-538. Recuperado de <https://bit.ly/3bejig5>
- Campos, G., & Lule, N. (2012). La observación. Un método para el estudio de la realidad. *Xihmai*, 7(13), 45-60. Recuperado de <https://bit.ly/3bhDXQx>
- Cassaretto, M., Chau, C., Oblitas, H., & Valdez, N. (2003). Estrés y afrontamiento en estudiantes de psicología. *Revista de Psicología de la PUCP*, 21(2), 365-392. Recuperado de <https://bit.ly/3Ev7402>

- Caqueo, A., Urzúa, A., Ferrer, R., Pereda, N., Villena, C., & Irarrázaval, M. (2014). Afrontamiento y etnia: Estrategias en niños y niñas aymara. *Terapia Psicológica*, 32(2), 79-86. Recuperado de <https://bit.ly/3MbdzZJ>
- Contreras, S., Ávalos, M., Priego, H., Morales, M., & Córdova, J. (2013). Síndrome de burnout, funcionalidad familiar y factores relacionados en personal médico y de enfermería de un hospital de Villahermosa, Tabasco, México. *Horizonte Sanitario*, 12(2), 45-57. Recuperado de <https://bit.ly/3C2tDbN>
- Cortés, M., & Iglesias, M. (2004). *Generalidades sobre metodología de la investigación*. México: Colección Material Didáctico Universidad Autónoma del Carmen. Recuperado de <https://bit.ly/2ZYeoS3>
- Cruz, D., & 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(28), 268-281. Recuperado de <https://bit.ly/3zKEISR>
- Díaz, N., Castro, M., Mendo, T., & Vásquez, C. (2007). Factores demográficos y síndrome de burnout en practicantes de enfermería y psicología-2006. *Revista de Psicología*, 9(s.n.), 29-39. Recuperado de <https://bit.ly/3M95NQ4>
- Di-Collaredo, C., Aparicio, D., & Moreno, J. (2007). Descripción de los estilos de afrontamiento en hombres y mujeres ante la situación de desplazamiento. *Psychologia: Avances en la Disciplina*, 1(2), 125-165. Recuperado de <https://bit.ly/3B9yuXl>
- Dirección de Investigación. (2017). *¿Qué es el consentimiento informado?*. Gobierno de México. Recuperado de <https://bit.ly/2XMGCOT>
- Dunkel-Schetter, C., Folkman, S., & Lazarus, R. (1987). Correlates of Social Support Receipt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(1), 71-80. Retrieved from <https://bit.ly/2ZYzWOF>
- Fernández, S., & Pértegas, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cadernos de Atención Primaria*, 9(2), 76-78. Recuperado de <https://bit.ly/3Ghg2iq>
- Flores, M. (2004). Implicaciones de los paradigmas de investigación en la práctica educativa. *Revista Digital Universitaria*, 5(1), 67-79. Recuperado de <https://bit.ly/2XGWNgn>
- Folkman, S., & Lazarus, R. (1985). If It Changes It Must be a Process: Study of Emotion and Coping During Three Stages of a College Examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170. Retrieved from <https://bit.ly/3bNHiqT>

- Forbes, R. (2011). El síndrome de burnout: síntomas, causas y medidas de atención en la empresa. *CEGESTI*, 20(160), 1-4. Recuperado de <https://bit.ly/3a2FmcX>
- Gantiva, C., Jaimés, S., & Villa, M. (2010). Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en docentes de primaria y bachillerato. *Psicología desde el Caribe*, s.n.(6), 36-50. Recuperado de <https://bit.ly/3f8UKXJ>
- Gómez, P., Hernández, J., Utria, O., & Jiménez H. (2008). Diferencias en las estrategias de afrontamiento de acuerdo a variables sociodemográficas y el tiempo de diagnóstico en pacientes hipertensos del centro médico Corpas Niza. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 2(1), 161-190. Recuperado de <https://bit.ly/3kWVVs>
- González, F. (2007). *Instrumentos de evaluación psicológica*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Recuperado de <https://bit.ly/3ppYHx3>
- Gutiérrez, G., Celis, M., Moreno, S., Farias, F., & Suárez, J. (2006). Síndrome de burnout. *Archivos de Neurociencia*, 11(4), 305-309. Recuperado de <https://bit.ly/3m8EoSX>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: Mcgraw Hill. Recuperado de <https://bit.ly/3pyIV3z>
- Lazarus, R., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Martínez Roca
- Lazarus, R., & Launier, R. (1978). Stress-related Transactions Between Person and Environment. En L. Pervin y M. Lewins (Eds.), *Perspectives in Interactional Psychology* (pp. 287-327). New York: Plenum. Recuperado de <https://bit.ly/3B3ELng>
- Londoño, N., Henao, G., Puerta, I. Posada, S., Arango, D., & Aguirre, D. (2006). Propiedades psicométricas y validación de la escala de estrategias de coping modificada (EEC- M) en una muestra colombiana. *Universitas Psychologica*, 5(2), 327-349. Recuperado de <https://bit.ly/2ZB2Tji>
- López, C. (2004). Síndrome de burnout. *Anestesia en Ginecoobstetricia*, 27(1), 131-133. Recuperado de <https://bit.ly/3DAICKZ>
- López-Elizalde, C. (2004). Síndrome de burnout. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 27(1), 131-133. Recuperado de <https://bit.ly/3DAICKZ>
- Macías, M., Madariaga, C., Valle, M., & Zambrano, J. (2013). Estrategias de afrontamiento individual y familia frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el Caribe*, 30(1), 123-145. Recuperado de <https://bit.ly/3kgBHh7>

- Manso, J. (2006). Estructura Factorial del Maslach Burnout Inventory- Version Human Services Survey- en Chile, *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 115-118. Recuperado de <https://bit.ly/3mNcnBb>
- Martínez, A. (2010). El síndrome de burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 13(112), 42-80. Recuperado de <https://bit.ly/3D5IVvB>
- Martínez, J., Amador, B., & Guerra, M. (2017). Estrategias de afrontamiento familiar y repercusiones en la salud familiar: Una revisión de la literatura. *Revista Electrónica Trimestral de Enfermería, s.d.*(47), 576-591. Recuperado de <https://bit.ly/3HpsawZ>
- Maslach, C., & Jackson, S. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2(s.d.), 99-113. Retrieved from <https://bit.ly/3aiDopf>
- Maslach, C., Jackson, S., & Leiter, M. (1996). *Maslach Burnout Inventory. Third Edition*. New York: Consulting Psychologists Press. Retrieved from <https://bit.ly/3mDDOMH>
- Maslach, C., & Schaufeli, W. (1993). Historical and Conceptual Development of Burnout. En W. Schaufeli, C. Maslach y T. Marek (Eds.). *Professional Burnout: Recent Developments in Theory and Research* (vol.1, pp. 1-312). Francia: Routledge. Recuperado de <https://bit.ly/3D7DkF0>
- Montoya, P., & Moreno, S. (2012). Relación entre síndrome de burnout, estrategias de afrontamiento y *engagement*. *Psicología desde el Caribe*, 29(1), 205-227. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21323171011.pdf>
- Moreno, E. (2021). *Escala Coping- Modificado* [Diapositiva de PowerPoint]. Academia. Recuperado de <https://bit.ly/2ZRpacM>
- Moreno-Jiménez, B., Rodríguez, A., Garrosa, E., & Morante, M. (2005). *Quemarse en el trabajo (Burnout)*. Madrid: Editorial Zaragoza. Recuperado de <https://bit.ly/3FpY259>
- Moscoso, M. (2014). El estudio científico del estrés crónico en neurociencias y psicooncología. *Persona, s.n.*(17), 53-70. Recuperado de <https://bit.ly/3IE4In0>
- Müller, A., Damasceno, D., Dal Pai, D., Barbosa, A., Monteiro, N., Gabech, V., & Campos, J. (2021). Professional Burnout of Nursing Team Working to Fight the New Coronavirus Pandemic. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(1), 1-8. Recuperado de <https://bit.ly/3qerCol>

- Naranjo, M. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste en el ámbito educativo. *Educación*, 33(2), 171-190. Recuperado de <https://bit.ly/3opCf7s>
- Navarro, I., López, B., Heliz, J., & Real, M. (2018). Estrés laboral, burnout y estrategias de afrontamiento en trabajadores que intervienen con menores en riesgo de exclusión social. *Aposta, s.n.*(78), 68-96. Recuperado de <https://bit.ly/3zM1nsH>
- Pérez, M., & Rodríguez, N. (2011). Estrategias de afrontamiento: un programa de entrenamiento para paramédicos de la Cruz Roja. *Revista Costarricense de Psicología*, 30(46), 17-33. Recuperado de <https://bit.ly/3m2GDr6>
- Pereira, S., Fornés, J., Unda, S., Pereira, G., Juruena, M., & Cardoso, N. (2021). Análisis factorial confirmatorio del Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey en profesionales de la salud de los servicios de emergencia. *Revista Latino-Americana. Enfermagem*, 29(33), 1-9. Recuperado de <https://bit.ly/3o2rR3A>
- Popp, M. (2008). Estudio preliminar sobre el síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeras de unidades de terapia intensiva (UTI). *Interdisciplinaria*, 25(1), 5-27. Recuperado de <https://bit.ly/3m6Mbki>
- Quaas, C. (2006). Diagnóstico de burnout y técnicas de afrontamiento al estrés en profesores universitarios de la quinta región de Chile. *Psicoperspectivas*, 5(1), 65-75. Recuperado de <https://bit.ly/3ngzZhw>
- Rodríguez, R., & De Rivas, S. (2011). Los procesos de estrés laboral y desgaste profesional (burnout): diferenciación, actualización y líneas de intervención. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 57(1), 1-262. Recuperado de <https://bit.ly/39kXPkU>
- Serna, D., & Martínez, L. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1), 1-16. Recuperado de <https://bit.ly/3FrFX5v>
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos*. España: Arán Ediciones. Recuperado de <https://bit.ly/3iuiGXP>
- Solís, C., & Vidal, A. (2006). Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental Hermilio Valdizan*, 7(1), 33-39. Recuperado de <https://bit.ly/3l5MwUc>
- Torres, A., Acosta, M., & Cruz, Á. (2013). Burnout y Estrategias de Afrontamiento en Personal de Atención en Salud en una Empresa Social del Estado Nivel 2. *Revista*

- Colombiana de Salud Ocupacional*, 3(4),16-19. Recuperado de <https://bit.ly/3Fd5VJF>
- Torres, E., Ali, L., & Gutiérrez, V. (2019). Análisis del burnout y sus escalas de medición. *Praxis Investigativa Redie*, 11(20), 106-124. Recuperado de <https://bit.ly/3wigN65>
- Valecillo, M., Quevedo, A., Lubo, A., Dos Santos, A., Montiel, M., Camejo, M., & Sánchez, M. (2009). Síntomas musculoesqueléticos y estrés laboral en el personal de enfermería de un hospital militar. *Salud de los Trabajadores*, 17(2), 85-95. Recuperado de <https://bit.ly/3CpNCQw>
- Vargas, L., Niño, C., & Acosta, J. (2017). Estrategias que modulan el síndrome de burnout en enfermeros (as): una revisión bibliográfica. *Revista Ciencia y Cuidado*, 14(1), 111-131. Recuperado de <https://bit.ly/3Gg16Rj>
- Vásquez, C., Crespo, M., & Ring, J. (2003). Estrategias de afrontamiento. En A. *Bulbena*, G. *Berrios* y P. *Fernández* (Ed.), *Medición Clínica en Psiquiatría y Psicología* (pp. 425-435). España: Editorial Masson. Recuperado de <https://bit.ly/3FdIQrA>
- Vásquez, J., Maruy, A., & Verne, E. (2014). Frecuencia del síndrome de Burnout y niveles de sus dimensiones en el personal de salud del servicio de emergencia de pediatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el año 2014. Lima, Perú. *Revista de Neuropsiquiatría*, 77(3), 168-174. Recuperado de <https://bit.ly/3thhP2S>
- Villamagua, N., & Vintimilla, M. (2017). *Prevalencia del síndrome de burnout en el personal sanitario del distrito 01D02 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el año 2016*. [Tesis de grado]. Universidad del Azuay. Recuperado de <https://bit.ly/3BYiIQg>
- Viñas, F., González, M., García, Y., Malo, S., & Casas, F. (2015). Los estilos y estrategias de afrontamiento y su relación con el bienestar personal en una muestra de adolescentes. *Anales de Psicología*, 31(1), 226-233. Recuperado de <https://bit.ly/3ESFLwq>

Anexo 2. Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

1. VARIABLES SOCIALES

1.1. Datos Informativos

Edad: _____			
Sexo:	Femenino ()	Masculino ()	
Estado Civil:	Solero/a	()	
	Casado/a	()	
	Divorciado/a	()	
	Viudo/a	()	
	Unión libre	()	
Identificación étnica			
Mestizo/a	()	Blanco/a	()
Indígena	()	Afro	()
Zona de procedencia:			
	Zona rural ()	Zona urbana ()	

1.2. Organización familiar

Familia nuclear biparental (padre, madre, hijos)	()
Familia nuclear homoparental (con padres del mismo sexo con hijos)	()
Familia reconstituida (formada por dos familias)	()
Familia monoparental (un solo progenitor y uno o varios hijos)	()
Familia extensa (padre, madre, hijos, otros parientes como abuela, tíos o primos)	()

1.3. Nivel de Instrucción

Instrucción:	
Primaria	()
Bachillerato	()
Estudios Técnicos	()
Universidad	()
Estudios de cuarto nivel	()

1.4. Economía

Situación económica:				
Clase pobre	Clase media baja	Clase media	Clase media alta	Clase rica
()	()	()	()	()

1.5. Actividades que realiza

Ejercicio		Busca nuevas actividades que hacer	
Salir con familia o amigos		Navega en internet	
Leer		Ir a comer	
Planificar viajes futuros		Estar solo en casa	
Ir a la iglesia		Ver películas	
Hablar con pareja o amigos		Nada en particular	

Otros: _____

2. TRAYECTORIA LABORAL

1. ¿Cuánto tiempo lleva trabajando en el hospital?				
Menos de 2 años ()	Entre 2 y 5 años ()	Entre 5 y 10 años ()	De 10 años en adelante ()	
2. ¿Cuántas horas trabaja a diario?				
Menos de 6 horas ()	6 a 8 horas ()	8 a 10 horas ()	10 a 12 horas ()	Más de 12 horas ()
3. ¿Trabaja por turnos diurnos y nocturnos?				
Sí ()		No ()		

Si su respuesta fue “Sí”, responda la pregunta 4, en caso de que haya sido “No” pase la pregunta 5

4. ¿Cuál es la modalidad de sus turnos?			
Fija (Siempre) ()	Rotativo (programado) ()	Indeterminado (en cualquier momento es requerido) ()	
5. ¿Cuántas horas duerme al día?			
Menos de 4 horas ()	De 4 a 6 horas ()	De 6 a 8 horas ()	Más de 8 horas ()
6. ¿Cuál es el nivel de satisfacción con su trabajo?			
Bajo ()	Medio ()	Alto ()	
7. La demanda de mi trabajo es			
Baja ()	Media ()	Alta ()	
8. ¿Siente que la pandemia COVID- 19 afectó su trabajo?			
Sí ()		No ()	

Anexo 3. Escala de Estrategias de *Coping* Modificada (EEC-M)

CUESTIONARIO ESCALA DE ESTRATEGIAS DE COPING MODIFICADA (EEC-M)

Instrucciones

A continuación, se plantean diferentes formas que emplean las personas para afrontar los problemas o situaciones estresantes que se les presentan en la vida. Las formas de afrontamiento aquí descritas no son ni buenas ni malas, ni mejores o peores. Simplemente ciertas personas utilizan unas formas más que otras, dependiendo de la situación problema. Trate de recordar las diferentes situaciones o problemas más estresantes vividos durante los últimos años, y responda encerrando en un círculo el número que mejor indique qué tan habitual ha sido esta forma de comportamiento ante las situaciones estresantes.

1	2	3	4	5	6
Nunca	Casi nunca	A veces	Frecuentemente	Casi siempre	Siempre

1.	Trato de comportarme como si nada hubiera pasado	1	2	3	4	5	6
2.	Me alejo del problema temporalmente (tomando unas vacaciones, descansando, etc.)	1	2	3	4	5	6
3.	Procuro no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
4.	Descargo mi mal humor con los demás	1	2	3	4	5	6
5.	Intento ver los aspectos positivos del problema	1	2	3	4	5	6
6.	Le cuento a familiares o amigos cómo me siento	1	2	3	4	5	6
7.	Procuro conocer mejor el problema con la ayuda de un profesional	1	2	3	4	5	6
8.	Asisto a la iglesia	1	2	3	4	5	6
9.	Espero que la solución llegue sola	1	2	3	4	5	6
10.	Trato de solucionar el problema siguiendo unos pasos concretos bien pensados	1	2	3	4	5	6
11.	Procuro guardar para mí los sentimientos	1	2	3	4	5	6
12.	Me comporto de forma hostil con los demás	1	2	3	4	5	6
13.	Intento sacar algo positivo del problema	1	2	3	4	5	6
14.	Pido consejo u orientación a algún pariente o amigo para poder afrontar mejor el problema	1	2	3	4	5	6
15.	Busco ayuda profesional para que me guíen y orienten	1	2	3	4	5	6
16.	Tengo fe en que puede ocurrir algún milagro	1	2	3	4	5	6
17.	Espero el momento oportuno para resolver el problema	1	2	3	4	5	6
18.	Pienso que con el paso del tiempo el problema se soluciona	1	2	3	4	5	6
19.	Establezco un plan de actuación y procuró llevarlo a cabo	1	2	3	4	5	6
20.	Procuro que los otros no se den cuenta de lo que siento	1	2	3	4	5	6
21.	Evado las conversaciones o temas que tienen que ver con el problema	1	2	3	4	5	6

22.	Expreso mi rabia sin calcular las consecuencias	1	2	3	4	5	6
23.	Pido a parientes o amigos que me ayuden a pensar acerca del problema	1	2	3	4	5	6
24.	Procuro hablar con personas responsables para encontrar una solución al problema	1	2	3	4	5	6
25.	Tengo fe en que Dios remedie la situación	1	2	3	4	5	6
26.	Pienso que hay un momento oportuno para analizar la situación	1	2	3	4	5	6
27.	No hago nada porque el tiempo todo lo dice	1	2	3	4	5	6
28.	Hago frente al problema poniendo en marcha varias soluciones	1	2	3	4	5	6
29.	Dejo que las cosas sigan su curso	1	2	3	4	5	6
30.	Trato de ocultar mi malestar	1	2	3	4	5	6
31.	Salgo al cine, a dar una vuelta, etc., para olvidarme del problema	1	2	3	4	5	6
32.	Evito pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
33.	Me dejo llevar por mi mal humor	1	2	3	4	5	6
34.	Hablo con amigos o familiares para que me animen o tranquilicen cuando me encuentro mal	1	2	3	4	5	6
35.	Busco la ayuda de algún profesional para reducir mi ansiedad o malestar	1	2	3	4	5	6
36.	Rezo	1	2	3	4	5	6
37.	Hasta que no tenga claridad frente a la situación, no puedo darles la mejor solución a los problemas	1	2	3	4	5	6
38.	Pienso que lo mejor es esperar a ver qué puede pasar	1	2	3	4	5	6
39.	Pienso detenidamente los pasos a seguir para enfrentarme al problema	1	2	3	4	5	6
40.	Me resigno y dejo que las cosas pasen	1	2	3	4	5	6
41.	Inhibo mis propias emociones	1	2	3	4	5	6
42.	Busco actividades que me distraigan	1	2	3	4	5	6
43.	Niego que tengo problemas	1	2	3	4	5	6
44.	Me salgo de casillas	1	2	3	4	5	6
45.	Por más que quiera no soy capaz de expresar abiertamente lo que siento	1	2	3	4	5	6
46.	A pesar de la magnitud de la situación tiendo a sacar algo positivo	1	2	3	4	5	6
47.	Pido a algún amigo o familiar que me indique cuál sería el mejor camino a seguir	1	2	3	4	5	6
48.	Pido ayuda a algún médico o psicólogo para aliviar mi tensión	1	2	3	4	5	6
49.	Acudo a la iglesia para poner velas o rezar	1	2	3	4	5	6
50.	Considero que las cosas por sí solas se solucionan	1	2	3	4	5	6
51.	Analizo lo positivo y negativo de las diferentes alternativas	1	2	3	4	5	6
52.	Me es difícil relajarme	1	2	3	4	5	6
53.	Hago todo lo posible para ocultar mis sentimientos a los otros	1	2	3	4	5	6
54.	Me ocupo de muchas actividades para no pensar en el problema	1	2	3	4	5	6
55.	Así lo quiera, no soy capaz de llorar	1	2	3	4	5	6
56.	Tengo muy presente el dicho "al mal tiempo buena cara"	1	2	3	4	5	6
57.	Procuro que algún familiar o amigo me escuche cuando necesito manifestar mis sentimientos	1	2	3	4	5	6

58.	Intento conseguir más información sobre el problema acudiendo a profesionales	1	2	3	4	5	6
59.	Dejo todo en manos de Dios	1	2	3	4	5	6
60.	Espero que las cosas se vayan dando	1	2	3	4	5	6
61.	Me es difícil pensar en posibles soluciones a mis problemas	1	2	3	4	5	6
62.	Trato de evitar mis emociones	1	2	3	4	5	6
63.	Dejo a un lado los problemas y pienso en otras cosas	1	2	3	4	5	6
64.	Trato de identificar las ventajas del problema	1	2	3	4	5	6
65.	Considero que mis problemas los puedo solucionar sin la ayuda de los demás	1	2	3	4	5	6
66.	Pienso que no necesito la ayuda de nadie y menos de un profesional	1	2	3	4	5	6
67.	Busco tranquilizarme a través de la oración	1	2	3	4	5	6
68.	Frente a un problema, espero conocer bien la situación antes de actuar	1	2	3	4	5	6
69.	Dejo que pase el tiempo	1	2	3	4	5	6

Anexo 4. Inventario de Burnout de Maslach

INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH (MBI)

Instrucciones

A continuación, se presenta una lista de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos. Lea detenidamente y piense si a usted le ha pasado en las últimas semanas, incluyendo el día de hoy. Recuerde que no existen respuestas buenas o malas y que los resultados son confidenciales ya que su objetivo es contribuir al presente trabajo.

¿Hasta qué punto se ha sentido considerando el número más adecuado?				
1	2	3	4	5
Nunca	Algunas veces al año	Algunas veces al mes	Algunas veces a la semana	Diariamente

¿Cómo se ha comportado habitualmente ante situaciones de estrés?						
1.	Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo	1	2	3	4	5
2.	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
3.	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.	1	2	3	4	5
4.	Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.	1	2	3	4	5
5.	Siento que estoy tratando a algunos beneficiados de mí como si fuesen objetos impersonales.	1	2	3	4	5
6.	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
7.	Siento que trato con mucha efectividad los problemas de las personas a las que tengo que atender.	1	2	3	4	5
8.	Siento que mi trabajo me está desgastando.	1	2	3	4	5
9.	Siento que estoy influyendo positivamente en las vidas de otras personas a través de mi trabajo.	1	2	3	4	5
10.	Siento que me he hecho más duro con la gente.	1	2	3	4	5
11.	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente.	1	2	3	4	5
12.	Me siento muy enérgico en mi trabajo.	1	2	3	4	5
13.	Me siento frustrado por el trabajo.	1	2	3	4	5
14.	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo.	1	2	3	4	5
15.	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a las personas a las que tengo que atender profesionalmente.	1	2	3	4	5
16.	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa.	1	2	3	4	5
17.	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable en mi trabajo.	1	2	3	4	5
18.	Me siento estimulado después de haber trabajado íntimamente con quienes tengo que atender	1	2	3	4	5
19.	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo.	1	2	3	4	5
20.	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades.	1	2	3	4	5
21.	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	1	2	3	4	5
22.	Me parece que los beneficiarios de mi trabajo me culpan de algunos de sus problemas.	1	2	3	4	5