



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL MÉDICO EN EL ÁREA DE
SALUD EN ATENCIÓN A LA PANDEMIA COVID 19

MEJIA REBOLLEDO KAREN GABRIELA
PSICÓLOGA CLÍNICA

ZUÑA SOLORZANO MILENA ROMINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en
atención a la pandemia Covid 19

MEJIA REBOLLEDO KAREN GABRIELA
PSICÓLOGA CLÍNICA

ZUÑA SOLORZANO MILENA ROMINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

MACHALA
2021



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

TRABAJO TITULACIÓN
ANÁLISIS DE CASOS

Síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en atención a la
pandemia Covid 19

MEJIA REBOLLEDO KAREN GABRIELA
PSICÓLOGA CLÍNICA

ZUÑA SOLORZANO MILENA ROMINA
PSICÓLOGA CLÍNICA

VILLAVICENCIO AGUILAR CARMITA ESPERANZA

MACHALA, 24 DE SEPTIEMBRE DE 2021

MACHALA
2021

SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL MÉDICO EN EL ÁREA DE SALUD EN ATENCIÓN A LA PANDEMIA COVID 19

INFORME DE ORIGINALIDAD

2%

INDICE DE SIMILITUD

2%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

1%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.clubensayos.com Fuente de Internet	1%
2	Submitted to Universidad Técnica de Machala Trabajo del estudiante	<1%
3	Submitted to Universidad Estatal de Milagro Trabajo del estudiante	<1%
4	Submitted to Universidad Ricardo Palma Trabajo del estudiante	<1%
5	www.oalib.com Fuente de Internet	<1%
6	reliefweb.int Fuente de Internet	<1%
7	link.springer.com Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.utmachala.edu.ec Fuente de Internet	<1%
9	www.issste.gob.mx Fuente de Internet	<1%

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

Las que suscriben, MEJIA REBOLLEDO KAREN GABRIELA y ZUÑA SOLORZANO MILENA ROMINA, en calidad de autoras del siguiente trabajo escrito titulado Síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en atención a la pandemia Covid 19, otorgan a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tienen potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

Las autoras declaran que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

Las autoras como garantes de la autoría de la obra y en relación a la misma, declaran que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asumen la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 24 de septiembre de 2021



MEJIA REBOLLEDO KAREN GABRIELA
0703597450



ZUÑA SOLORZANO MILENA ROMINA
0942100843

SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL MÉDICO EN EL ÁREA DE SALUD EN ATENCIÓN A LA PANDEMIA COVID 19

por Karen Mejía Y Romina Zuña

Fecha de entrega: 09-sep-2021 08:21a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 1644458595

Nombre del archivo: TURNITIN_-_MEJIA_-_ZU_A_-_8_DE_SEPTIEMBRE.docx (39.65K)

Total de palabras: 8176

Total de caracteres: 44712

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de investigación a mi abuelo, Luis Rebolledo, quien ha sido pilar fundamental durante mi vida y me ha brindado su apoyo incondicional. A mi abuela, Emérita Rodríguez, que es mi ángel protector y desde el cielo ha guiado mis pasos. A mis abuelos paternos German y Melva de quienes llevo mis mejores recuerdos. A mi papá, Sr. Joffre Mejia, por su apoyo constante durante mi carrera universitaria. A mi madre, Sra. Martha Rebolledo, por demostrarme el poder de la valentía, por demostrarse el valor de ser fuerte, sencilla, y la dedicación a la familia. Es mi inspiración y la razón por la cual cada día busco superarme. A mi hermano, Joffre Mejia, quien me ha brindado su apoyo en cada etapa de estudio, y me ha motivado para poder alcanzar los objetivos planteados.

Karen Gabriela Mejia Rebolledo

Dedico con tanto amor y elogio a mis padres y hermano, por ser mis promotores e inspiradores incondicionales, que día a día son mi soporte y mi mecanismo principal para continuar con optimismo, fe y perseverancia ante cualquier adversidad, meta o deseo.

Milena Romina Zuña Solórzano

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi gratitud a Dios, por guiarme y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mi trabajo de titulación. A mi abuelo, padres y hermano, por el apoyo incondicional en cada paso que doy, por siempre creer en mí y mis capacidades, por inspirarme a superarme cada día. A mi compañera de estudios, Romina con quien he compartido alegrías y tristezas durante este tiempo de estudio. Finalmente, agradezco a todos los docentes que han formado parte de mi carrera universitaria, especialmente, a mi tutora, Dra. Carmita Villavicencio por compartir sus experiencias y conocimientos durante la elaboración del presente trabajo de investigación.

Karen Gabriela Mejía Rebolledo

Agradezco con total cariño a mi familia, a mi distinguida tutora Dra. Carmita Villavicencio, a mi querida compañera Karen por ser y estar durante este largo camino y a las personas partícipes que siempre han estado de guía y en constante seguimiento de mi desarrollo, demostrándome su valentía, perseverancia y confianza, siendo mi pilar fundamental y protagonistas primordiales de mi crecimiento.

Milena Romina Zuña Solórzano

SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL MÉDICO EN EL ÁREA DE SALUD EN ATENCIÓN A LA PANDEMIA COVID 19

Autoras: Karen Gabriela Mejia Rebolledo

C.I.: 070359745-0

Correo: kgmejia_est@utmachala.edu.ec

Milena Romina Zuña Solórzano

C.I.: 094210084-3

Correo: mzuna1@utmachala.edu.ec

Coautora: Dra. Carmita Villavicencio Aguilar, Mg. Sc.

C.I.: 070168475-5

Correo: cvillavicencio@utmachala.edu.ec

RESUMEN

Basado en el análisis de investigación el presente trabajo tiene como objetivo determinar los factores de afectación del Síndrome de Burnout y los afrontamientos empleados por el personal médico durante la emergencia sanitaria Covid 19. El estudio es revisado bajo la fundamentación epistemológica del enfoque Cognitivo – Conductual, por ser un modelo que manifiesta una especificación vasta sobre la sintomatología y afectaciones dentro del pensamiento y el comportamiento, direccionando a la reestructuración de ideas irracionales que perturban la conducta humana. Las categorías de análisis descritas en este trabajo son: estrés, afrontamiento y redes de apoyo. En el estudio participaron cuatro médicos entre treinta y dos a cincuenta y siete años, que trabajan en diferentes instituciones públicas y privadas en el área de salud de la provincia de El Oro. Este diseño investigativo corresponde a un enfoque mixto (cualitativo-cuantitativo) con un alcance descriptivo-exploratorio, bajo un diseño no experimental, de corte transversal. Las técnicas utilizadas fueron: la observación en la aplicación de pruebas y durante la entrevista, entrevista Semiestructurada la cual fue realizada en 2 sesiones, este tipo de técnica permite que el participante pueda narrar de forma sistemática los eventos de mayor significancia en su vida y así obtener información relevante, además los instrumentos aplicados fueron el (MBI) Inventario de Burnout de Maslach que está compuesto por 22 ítems con un valor que van desde 0 a 6, que significa nunca hasta todos los días respectivamente, estos valores perfilan puntuación a tres factores: debilidad emocional, despersonalización y falta de realización personal en su labor, estos puntajes ayudan a determinar si el síndrome es bajo, medio o alto, midiendo el desgaste profesional, asimismo se empleó el Inventario de Estrategias de Afrontamiento de Tobin (CSI) que está compuesto de 40 reactivos, que se agrupan en 8 componentes primarios, 4 secundarios y 2 terciarios; presentada en escala tipo Likert de 5 puntos, no existe contestación apropiada o errada. Los resultados obtenidos fueron favorables, debido a que se pudo constatar el síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en atención a la pandemia Covid 19, en el cual se evidenció el grado de afectación, como el cansancio emocional, físico y mental que ha conllevado a sentirse irritables, molestos, frustrados e intranquilos, dado que por dicha etapa se afirmó las siguientes estrategias de afrontamiento: autocrítica, expresión emocional y reestructuración cognitiva; en función con las redes de apoyo existe una disminución de apoyo social y retirada social. Finalmente se concluye que el síndrome de Burnout causó un gran impacto en su bienestar psicológico con un nivel alto de agotamiento emocional, despersonalización y una disminución de realización personal

que se hizo evidente en la pérdida de energía, cansancio y estrés. Es recomendable la realización de pausas activas con ejercicios de movilidad articular, estiramiento y relajación, habilidades comunicativas para que puedan intercambiar opiniones y así escuchar las necesidades de los trabajadores, también las habilidades conductuales que permiten crear capacidades y competencias necesarias para afrontar cualquier inconveniente laboral que se presente, logrando la autoconfianza para la disminución del impacto en la salud mental.

Palabras Clave: Síndrome de Burnout, Afrontamiento, Redes de Apoyo, Bienestar psicológico, Pandemia.

BURNOUT SYNDROME OF MEDICAL PERSONNEL IN THE HEALTH AREA IN RESPONSE TO THE COVID 19 PANDEMIC

Authors: Karen Gabriela Mejia Rebolledo

C.I.: 070359745-0

Mail: kgmejia_est@utmachala.edu.ec

Milena Romina Zuña Solórzano

C.I.: 094210084-3

Mail: mzuna1@utmachala.edu.ec

Co-author: Dra. Carmita Villavicencio Aguilar, Mg. Sc.

C.I.: 070168475-5

Mail: cvillavicencio@utmachala.edu.ec

ABSTRACT

Based on the research analysis, the present work aims to determine the factors affecting Burnout Syndrome and the coping employed by the medical staff during the Covid 19 health emergency. The study is reviewed under the epistemological foundation of the Cognitive-Behavioural approach, as it is a model that manifests a vast specification on the symptomatology and affectations within thought and behaviour, directing to the restructuring of irrational ideas that disturb human behaviour. The categories of analysis described in this work are: stress, coping and support networks. Four doctors between the ages of thirty-two and fifty-seven, working in different public and private institutions in the health area of the province of El Oro, participated in the study. This research design corresponds to a mixed approach (qualitative-quantitative) with a descriptive-exploratory scope, under a non-experimental, cross-sectional design. The techniques used were: observation in the application of tests and during the interview, semi-structured interview which was conducted in 2 sessions, this type of technique allows the participant to systematically narrate the most significant events in his life and thus obtain relevant information, also the instruments applied were the (MBI) Maslach Burnout Inventory (MBI) which is composed of 22 items with a value ranging from 0 to 6, which means never to every day respectively, these values outline score to three factors: emotional weakness, depersonalisation and lack of personal fulfilment in their work, these scores help to determine whether the syndrome is low, medium or high, measuring professional burnout, also Tobin's Coping Strategies Inventory (CSI) was used which is composed of 40 items, which are grouped into 8 primary, 4 secondary and 2 tertiary components; presented on a 5-point Likert-type scale, there is no appropriate or wrong answer. The results obtained were favourable, due to the fact that it was possible to confirm the Burnout syndrome of medical personnel in the health area in attention to the Covid 19 pandemic, in which the degree of affectation was evidenced, such as emotional, physical and mental tiredness that has led to feeling irritable, annoyed, frustrated and uneasy, given that the following coping strategies were affirmed at this stage: self-criticism, emotional expression and cognitive restructuring; in function with the support networks there is a decrease in social support and social withdrawal. Finally it is concluded that Burnout syndrome caused a great impact on their psychological well-being with a high level of emotional exhaustion, depersonalisation and a decrease in self-fulfilment which was evident in loss of energy, tiredness and stress. Active breaks with joint mobility, stretching and relaxation exercises, communication skills so that they can exchange opinions and thus listen to the needs of workers, as well as behavioural skills that allow the creation of capacities

and competences necessary to face any work-related inconvenience that may arise, achieving self-confidence to reduce the impact on mental health, are recommended.

Keywords: Burnout Syndrome, Coping, Support Networks, Psychological Well-Being, Pandemic.

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	10
1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO.....	12
1.1. Definición y Hechos de Interés.....	12
1.3 Tipologías y síntomas asociados al síndrome de Burnout	16
1.4 Pronóstico	18
1.5 Contextualización y Objetivo	19
2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-EPISTEMOLÓGICA DEL ESTUDIO	20
2.1. Descripción del Apartado Teórico	20
2.2. Enfoque Epistemológico y Teoría de Soporte	22
2.3. Argumentación Teórica de la Investigación	25
3. METODOLOGÍA.....	26
3.1 Diseño de investigación	26
3.2 Técnicas e instrumentos utilizados	27
3.3 Categorías de análisis.....	29
4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS	29
4.1 Estrés.....	30
4.2 Afrontamiento	31
4.3 Red de apoyo	32
5. CONCLUSIONES.....	34
6. RECOMENDACIONES.....	35
BIBLIOGRAFÍA	36
ANEXOS	43

INTRODUCCIÓN

La presente investigación se origina con el propósito de determinar los factores de afectación del Síndrome de Burnout y los afrontamientos empleados por el personal médico durante la emergencia sanitaria Covid 19, si bien es cierto, fue una situación que sorprendió al mundo entero, fueron los médicos quienes se enfrentaron a esta caos salubre que inicialmente fue desconocido, considerando que la pandemia llegó a saturar el servicio sanitario que ya presentaba deficiencias, además lidiar con la carencia de insumos, medicación, reducida hospitalización, provocando en el personal médico mayor agotamiento y desilusión, los doctores estaban bajo presión por las cargas horarias excesivas, cansancio físico y mental, además el miedo al contagio de ellos y de su familia o amigos lo que hace que el personal sea más propenso al Síndrome de Burnout.

El síndrome de Burnout se detalla como una respuesta al estrés laboral de largo plazo que consiste en las disposiciones y sentimientos perjudiciales frente al personal con el que labora y hacia su función profesional, de esta forma también se encuentra la experiencia, las situaciones que le permiten encontrarse en un desgaste emocional; estas posiciones se presentan asiduamente en el personal médico y de manera general.

El síndrome de Burnout presenta tres magnitudes: a) desgaste emocional: que se define como la decrecimiento y falta de dinamismo; b) despersonalización: son conductas y sentimientos negativos hacia las personas receptoras de la labor cotidiana y c) ausencia de autorrealización existe la predisposición de los profesionales a valorarse de forma negativa, insatisfacción consigo mismo y disgusto con su labor (Kulakova *et al.*, 2017).

En función de análisis y compilación de datos informativos procedentes de distintas fuentes bibliográficas, se posibilitó la obtención de los datos e indagaciones

indispensables que permitieron desarrollar el proceso investigativo de la siguiente manera:

En el primer capítulo, se encuentra información bibliográfica de diferentes autores importantes sobre el síndrome de Burnout y la pandemia por Covid 19, donde se pretende constatar el tipo de investigación que se realiza por medio de la averiguación de hechos de interés que estén asociados. Asimismo, se encuentran las causas de la problemática mencionada, la tipología y los síntomas asociados, además el pronóstico respecto al síndrome. Finalmente, dentro de este capítulo se encuentra la contextualización, que detalla el entorno social de todos los participantes del estudio, incorporando en este punto el objetivo de la investigación realizada.

En el segundo capítulo se detalla el contexto teórico, en el cual se profundiza y se basa el enfoque cognitivo conductual, desde su ascendencia y fundamento hipotético, acentuando el síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en atención a la pandemia Covid 19.

En el tercer capítulo, se detalla el proceso y diseño metodológico que se aplicó en esta investigación. Luego, se explican las técnicas e instrumentos psicológicos utilizados para medir las variables del estudio, para finalmente describir las categorías de análisis en las que se fundamentan las conclusiones de la investigación.

En el capítulo cuatro se enfatiza las resoluciones y la obtención de las herramientas investigativas basadas en las categorías de análisis, además se preceptúa las recomendaciones encaminadas con las conclusiones y que se fundamentan en el proceso categórico, rescatando el alcance de la investigación.

SÍNDROME DE BURNOUT DEL PERSONAL MÉDICO EN EL ÁREA DE SALUD EN ATENCIÓN A LA PANDEMIA COVID 19

1. GENERALIDADES DEL OBJETO DE ESTUDIO

1.1. Definición y Hechos de Interés.

El síndrome de Burnout ha estado presente en diferentes profesiones a lo largo de la historia, el término se dio a conocer por primera vez en el año de 1974 en Estados Unidos por el psicoanalista Freudenberger, quien analizó que, los voluntarios que llevaban un año trabajando en una clínica, la mayoría de ellos padecían de disminución de energía, cansancio, deterioro profesional, ansiedad, depresión, poca empatía con los pacientes. La literatura señala que el síndrome perjudica a las personas que por su profesión tienen contacto directo con otras personas, de manera especial profesionales del área de salud y educación (Anzules *et al.*, 2019).

A partir del trabajo de Freudenberger, algunos autores han investigado el síndrome de Burnout, siendo Maslach quien compartió sus estudios en el año 1977, junto a Jackson hecho que suscitó en el Congreso Anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA), lo precisan como un síntoma de estrés crónico se presenta en profesionales que tienen comunicación cercana y prolongada con sujetos en circunstancias de necesidad y dependencia (Serna y Marínez, 2020).

Maslach & Jackson (1985) mencionan que el Burnout es un síndrome de extenuación emocional, alteración de la percepción de uno mismo y reducción de la realización propia que puede producirse en sujetos que hacen cualquier tipo de "trabajo de personas"; la gravedad del Burnout como problema social radica en sus probables vínculos con la rotación de personal, el absentismo, el bajo rendimiento laboral y diversos tipos de disfunciones particulares.

El síndrome de Burnout es diferenciado del estrés por ser una respuesta adaptativa que prepara a las personas para la huida o de respuesta, protegiéndolas, ante una situación

de demanda excesiva, denominándose eustress, estas respuestas efectivas y controladas del individuo son necesarias para la adaptación de entorno y necesidades (Lovo, 2020).

A lo largo de la historia, el Burnout ha sido determinado de diferentes formas, sin embargo, la más aceptada actualmente define a este síndrome como una problemática peculiarmente real, donde hay respuestas disfuncionales del sujeto en su ámbito laboral, que se origina de la tensión y presión grave, impacto del estrés crónico y de la interacción conflictiva entre el trabajador y su profesión, se da entre sujetos cuyas tareas diarias se ajustan al servicio y atención cercana a personas (Olivares, 2017).

En la zona básica de salud, el estado mental requiere de atención especial, diversos factores limitan el desarrollo laboral del personal que trabaja en hospitales y subcentros, ya sea por el horario de trabajo, atención a pacientes con crisis emocional, el sentimiento cuando un usuario fallece, las personas que no están conformes con la atención recibida. Aquellos factores actúan sobre el personal de salud, causando deterioro, estrés, desánimo, generando una baja calidad en la atención del paciente; en el médico puede darse un estado agotamiento por estrés o mejor conocido como Síndrome de Burnout (Bianchini, 1997).

La Organización Mundial de la Salud en su última Asamblea celebrada el 25 de mayo del 2019 en Ginebra, se etiqueta al síndrome de Burnout como una afección en el ámbito laboral y además se lo incluye oficialmente en la Clasificación Internacional de Enfermedades edición undécima (CIE - 11), con el código QD85, definido como síndrome de deterioro profesional y que se asocia con problemas dentro del trabajo o en personas que son desempleadas (Opazo - Sáez, 2019).

Una investigación realizada de tipo transversal en el año 2015 donde se indica la reiteración del síndrome de Burnout en diferentes países de Latinoamérica, Argentina presentó el 4,4%, seguido de Colombia con 7,9%, Uruguay con el 4,5%, Perú con el 4,2% y Ecuador con el 4%. Las especialidades médicas que tienen más prevalencia son emergencia con el 17%, medicina interna con el 15,5%, traumatología y ortopedia con el 14,5%, nefrología con el 12,8%, medicina familiar 12% y anestesiología 5% (Loya *et al.*, 2017).

Según estudios realizados, desde tiempos remotos a las pandemias se les conocía como “peste” y eso fue hasta 1816, fecha en que cambió la visión por la pandemia por cólera.

Estas epidemias se originan por desemejantes infecciones debido a las bacterias, con esparcimiento de continentes y variadas naciones, los seres humanos han sufrido graves infecciones contagiosas comunitarias, con el tiempo, siendo uno de los primordiales motivos de muerte. Las más devastadoras son siempre las que se producen durante las epidemias ocasionadas por nuevos microorganismos que afectan a gran parte de los habitantes (Maguiña *et al.*, 2020).

Las primeras magnas epidemias fueron causadas por la viruela y la peste bubónica, continuadas por el cólera y las epidemias causadas por los virus de la influenza comenzaron a aparecer a fines del siglo XIX; no obstante, a finales del siglo XX, la epidemia mundial de SIDA surgió en 1968 y todavía está muy extendida y sin control; en todas ellas el estándar epidemiológico de aislamiento, denominado cuarentena, ha sido importante desde los primeros siglos, dada la necesidad social de prevenir la infectividad (Castañeda y Ramos, 2020).

En diciembre de 2019, estalló una epidemia de pulmonía peligrosa en la población de Wuhan, territorio de Hubei, China; los primeros análisis epidémicos manifestaron que la afección se propaga avivadamente, comportándose de modo más agresiva en mayores, de edad de 30 a 79, con una mortalidad general del 2,3% siendo un cuadro clínico consistente en graves alteraciones respiratorias progresivas, fiebre, mialgias y fatiga, que más tarde se denominaría COVID-19, provocado por un nuevo coronavirus (SARS-CoV-2), y que se propagó rápidamente por todos los continentes (Wu y McGoogan, 2020).

Evidentemente, es un virus de agresividad contagiosa; los individuos que encajan con un peligro elevado de COVID-19 son los que tienen conexión contigua con sujetos sintomáticos que poseen una corroboración de la infección y aquellas que no toman las medidas necesarias, ni las recomendaciones o no conservan la distancia debida (Castro, 2020).

En el estudio de World Health Organization (WHO) se menciona que, desde el primer informe de casos y defunciones, la expansión mundial ha alcanzado rápidamente un nivel alarmante. En este escenario de caos de salubridad y desconocimiento en el control de COVID19, los sistemas de salud pública han colapsado y el personal de salud

ha padecido múltiples pérdidas emocionales, afectando su salud mental de manera considerable (WHO, 2020).

En el estudio de Odonkor y Frimpong (2020) Se alude que esta epidemia sin antecedentes ha ocasionado varias dificultades en el área de salud mental para los profesionales, entre ellos la despersonalización por ansiedad, estrés, cansancio, insomnio y enfermedades relacionadas con la depresión, además la vulnerabilidad biosociológica, factores ambientales debido al peligros de contagiarse, mala comunicación referente a la contingencia y a la exposición de los trabajadores de la salud, cobertura reducida de equipo de seguridad subjetiva, tensión vinculada con la ocupación , el estigma percatado y los efectos psicológicos del retraimiento / cuarentena y alienación.

Antes de la pandemia de COVID-19, era de mucho conocimiento que los profesionales de la salud suelen estar expuestos a diversos estreses psicosociales en su trabajo diario, entre ellos: alta carga laboral, bajo control, bajo apoyo social, demandas emocionales y físicas, el desequilibrio entre, liderazgo negativo, violencia en el lugar de trabajo, falta de equipos y materiales, largas jornadas laborales, entre otros. Luego de atravesar esta situación de la pandemia que aún se mantiene y en este momento estamos teniendo las repercusiones financieras, educativas, laborales, familiares y sociales, siendo una de las secuelas más graves el Síndrome de Burnout en el personal sanitario.

Se realizó un estudio donde participaron 2707 profesionales del área de salud de 60 países. El 51.4% de los participantes indicaron que presentaron Burnout durante la pandemia de Covid 19, siendo Estados Unidos el cual registró la mayoría de los casos de este síndrome con un 62.8; con afectación a sus actividades familiares, sentirse presionados más allá de su formación profesional y en la toma de decisiones priorizando la vida de los pacientes por la falta de recursos (Morgantini *et al.*, 2020).

1.2 Causas

El síndrome de Burnout es una patología que, si bien es cierto, se presenta en diferentes profesiones, tiene prevalencia en los profesionales del área de Salud, debido al contacto

permanente que mantienen con los pacientes, uno de los principales factores para que se dé el síndrome es el medio laboral y las condiciones de trabajo en las que se encuentran.

El Síndrome Burnout es una resolución psicofisiológica, que se origina en un individuo como consecuencia de cuestiones de salud, calidad de vida laboral y esfuerzo continuo, el sujeto se siente inadecuado, previamente cansado y con respuesta escasa, a veces sintiéndose impotente ante el "retraimiento psicológico" debido al estrés excesivo, con la impresión de no resistir más, el principal factor causante es que el trabajador no cuenta con las herramientas necesarias para cumplir con su rol de forma correcta, esto ocasiona frustración e insatisfacción laboral, también cuando no se definen las funciones que debe cumplir, todo ello, provoca inseguridad e incertidumbre (Rivera *et al.*,2018).

En la ciudad de México el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), estudia este fenómeno, afirmando que este hecho ocurre en la mayoría de casos en mujeres por diferentes situaciones como: 1. Que ellas desempeñan diferentes roles a nivel laboral y familiar; 2. El hostigamiento que sufren en sus trabajos; 3. El trato diferente por el hecho de ser mujer, teniendo menores ingresos económicos y siendo más exigentes en su labor; y 4. La necesidad de ser autónoma y el tener que conformarse con las expectativas que tiene la sociedad (Guardado, 2017).

En el año 2019, se origina una nueva situación dentro del medio laboral, refiriéndonos a la aparición del Covid 19 un virus que se propagó a nivel mundial. Siendo el personal de salud uno de los más afectados y vulnerables en esta circunstancia, debido a las condiciones laborales, las cargas horarias, el llegar a casa con cansancio e irritabilidad (Sacristán y Millán 2020).

1.3 Tipologías y síntomas asociados al síndrome de Burnout

Este síndrome puede darse en cualquier tipo de profesión, pero su prevalencia es mayor entre los profesionales sanitarios y entre quienes están en contacto directo con personas que padezcan algún grado de vulnerabilidad, dependencia o la crisis de la pandemia que se está sobrellevando, la pérdida de energía, la agresividad y la depresión que se

despliegan en el entorno laboral y generalmente afectan la vida de los funcionarios (física, emocional, cognitiva), quienes los rodean y la funcionalidad del trabajo en sí.

En el estudio de Hernández et al. (2021) se analizó la prevalencia de factores asociados al síndrome de Burnout (SB) y síntomas de depresión (SD) en trabajadores de la salud del estado de Chihuahua durante el brote de Covid-19. El Inventario de Burnout de Maslach y la Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D) se aplicó digitalmente a 983 trabajadores de salud (651 mujeres) entre el 15 de abril y el 30 de mayo de 2020; la prevalencia global de SB fue del 11,5% y el estándar de depresión fue del 25,7%, cifras más altas para los enfermeros, con un 15,2 y un 30,0% respectivamente; otro dato obtenido es que las variables asociadas a las SB fueron en los perfiles profesionales de medicina y enfermería.

Los síntomas pueden variar desde formas leves como: fatiga, impedimento para continuar el día a día y lamentos vagos; moderada: susceptibilidad, retraimiento y negatividad; severo: absentismo, antipatía, exceso del consumo de estupefacientes y respuesta lenta; y sus conveniencias extremadas de: suicidio, síncope, espectro de síntomas psicológicos y retraimiento total (Saborío e Hidalgo, 2015).

Existen tres dimensiones del Síndrome de Burnout: a) El agotamiento emocional: se manifiesta cuando los profesionales se sienten cansados, pierden energía, no pueden dar más a nivel emocional; b) la Despersonalización: se refiere a las actitudes pesimistas ante el usuario y sus compañeros de trabajo, además se vuelven irritables, son irónicos y tienden de distanciarse de su ambiente laboral; c) la Falta de realización personal: se exterioriza el momento que el trabajador no puede efectuar sus responsabilidades de manera adecuada, muchas veces se sienten descontentos con el trabajo que están ejecutando; en el ámbito médico, el paciente busca la solución al problema que está atravesando y esta carga emocional recae en el médico, causando frustración (Rivera *et al.*, 2019).

En China se efectuó una investigación a 880 profesionales de Salud, aplicando la escala de Maslach Burnout Inventory y cuestionario de afrontamiento, se logró observar la existencia del Síndrome de Burnout, siendo los médicos quienes obtuvieron el mayor porcentaje con un 64% y las enfermeras un 36%; en las tres dimensiones de Burnout se evidencia un 56.59% en falta de realización personal, 50.57% en despersonalización y

un 9.09% en agotamiento emocional, además, se observó que el tener mayores turnos laborales en la noche y tener síntomas de Covid 19 son propensos a su agotamiento emocional y que la despersonalización aumente (Liu *et al.*, 2020).

Según un estudio realizado en Rumania dos meses después del inicio de la pandemia por Covid 19, a 100 doctores residentes, con un rango de edad entre 24 a 35 años, aplicando la escala Maslach Burnout Inventory (MBI), se evidenció que 76% de los participantes presentaron una media de Burnout, que es superior a los estudios realizados en períodos normales (Dimitriu, 2020).

En Chile, la Sociedad Chilena de Medicina Intensiva (SOCHIMI) efectuó en 2020 una Encuesta nacional de Prevalencia de Burnout, donde fueron participes 909 hombres y mujeres que intervienen en el distrito de Salud en instituciones públicas y privadas que atendieron de forma directa a pacientes con sintomatología de Covid-19, obteniendo como resultado que el 73% de los trabajadores presentaron Síndrome de Burnout.

1.4 Pronóstico

El actual SARS-Cov-2, origen de la epidemia COVID-19, perjudica a los trabajadores de la salud debido a las repercusiones emocionales de lidiar con las circunstancias complicadas ansiosas, que desafían los dispositivos de regulación impresionable y la cabida de adaptación en la subsistencia cotidiana, y así sobrellevar un bienestar mental óptimo.

Algunos expertos recomiendan una revisión que ayude sistemáticamente a todos los involucrados en el evento traumático, la intervención consiste en la preparación de los eventos traumáticos, a través de la reintegración a la cotidianidad del evento traumático, por lo tanto, estos no seguirán causando dolor o sufrimiento; en estos casos, la técnica de desensibilización y reprocesamiento de los movimientos oculares ha verificado ser eficaz en estas injerencias (Muñoz *et al.*, 2020).

Se han propuesto diversas estrategias según factores ambientales, personales y laborales para reducir las consecuencias del estrés y prevenir los síntomas de Burnout, entre las

que se encuentran son las siguientes en base a las respuestas de los test aplicados: a) reconocimiento de Burnout, b) comunicación, c) relajación y d) estrategias de afrontamiento (Quiroz y Saco, 2003).

Esto significa estar consciente de la presencia y los factores relacionados al SB por esta razón es necesario aplicar el cuestionario de Burnout laboral a los profesionales, al menos una vez al año para detectar y encontrar las causas; los profesionales no son conscientes del síndrome que están pasando, además debido al estigma es poco común que busquen ayuda de forma voluntaria (Carrillo-Esper *et al.*, 2012).

El hecho de que el cuestionario de Maslach evalué los periodos del síndrome Burnout leve, moderado y severo ayuda a las intervenciones terapéuticas y permite que los trabajadores de salud desarrollen actividades preventivas; de acuerdo con otros investigadores, se pueden distinguir las tres etapas del SB lo que permite desarrollar diferentes tipos de intervenciones en función de la etapa evolutiva de cada una (Gopal *et al.*, 2005).

1.5 Contextualización y Objetivo

En Ecuador se realizó un estudio en la ciudad de Quito en la Unidad de Emergencia Hospitalaria del General San Francisco IESS, el 56.3% de los participantes tenían menos de 50 años, entre médicos y enfermeras entre 30 a 39 años, como resultado a través de la encuesta realizada se obtuvo que el 94.8% del personal tenía Síndrome de Burnout en niveles medio y alto (Puli y Merino, 2021).

Además, se realizó un estudio para conocer la magnitud del Síndrome de Burnout a 224 doctores y enfermeros que forman parte del Ministerio de Salud Pública (MSP) y del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), además quienes pertenezcan a la red de salud ecuatoriana, administrando el Cuestionario de Burnout de Maslach, el resultado obtenido evidencia que personal sanitario tiene síndrome de Burnout de moderado a severo con un 90%, siendo el médico el que presenta mayor afectación (Vinueza *et al.*, 2020).

En el área local se evidencia un estudio de caso sobre el estrés ocupacional en dos enfermeras que laboran en el Hospital Teófilo Dávila, en el área de Covid, según Mora et al., 2020 se evidencian las causas como trabajar bajo presión, factores laborales y psicosociales de las personas como desencadenante de estrés ocupacional; los recursos psicológicos que permiten superar el estrés son la autorregulación, el afrontamiento y el nivel de optimismo de las personas afectadas.

A pesar de ser un estudio tan relevante para el contexto actual por la pandemia, en la provincia de El Oro, no se han realizado investigaciones sobre el Síndrome de Burnout en los médicos. Por ende, el presente trabajo investigativo es importante, debido al impacto en el bienestar biopsicosocial del personal sanitario que trabajan en primera línea, por ello, la finalidad de esta investigación es determinar los factores de afectación del Síndrome de Burnout y los afrontamientos empleados por el personal médico durante la emergencia sanitaria Covid 19.

2. FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA-EPITEMOLÓGICA DEL ESTUDIO

2.1. Descripción del Apartado Teórico

La terapia cognitivo conductual (TC) apareció en el escenario de la psicoterapia a mediados de la década de 1950 como un sustituto fundamental de la psicoterapia popular de la época, posicionándose principalmente frente al modelo psicoanalítico. De esta manera, los terapeutas conductuales ya no exploran posibles conflictos y estructuras potenciales, sino que comienzan a centrarse en los comportamientos observables y el entorno en el que ocurren. Para este análisis, desarrollaron un proceso de evaluación del comportamiento, que también es una alternativa fundamental a los sistemas de diagnóstico tradicionales, y concibieron el tratamiento como una empresa empírica basada en métodos experimentales de investigación científica (Ruiz *et al.*, 2012).

Aaron Beck, Albert Ellis y Donald Meichenbaum son asiduamente considerados los padres de la terapia cognitivo conductual, se encuentran diferentes interpretaciones en las historias sobre el surgimiento de la terapia cognitiva, una de ellos enfatizó la crisis

de los modelos conductuales de incorporar la cognición al campo de investigación; la revolución cognitiva dio origen a la llamada ciencia cognitiva; es decir, una disciplina integral abarcada desde la psicología cognitiva hasta la inteligencia artificial, la neuroanatomía, aspectos de la filosofía del conocimiento, la antropología y la lingüística (conocidos como hexágonos cognitivos) (Korman, 2013).

El enfoque principal de Beck en sus primeros años fue el tratamiento de la depresión, que luego se extendió a los trastornos del estado de ánimo; dos características destacadas de este nuevo método de tratamiento son: énfasis en la generación con las variables en el proceso de regulación disfuncional y la universalidad de las operaciones cognitivas (especialmente en ciertos procesos de pensamiento) asignados en la gestación y al mantenimiento del desosiego emocional (Fernández-Álvarez, H. y Fernández-Álvarez, J., 2017).

En comparación con otros métodos, la TC ocupa una posición dominante en la práctica clínica debido a su eficacia avanzada en el tratamiento de diversas afecciones clínicas. Se enfrenta al presente, por supuesto, se registra una historia clínica; se enfatiza los pensamientos y patrones de conducta disfuncionales actuales. La terapia cognitivo conductual es asistida por la medición psicológica y enfatiza la cuantificación e identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de estos indicadores (Sánchez, 2008).

Además, la TC se enfoca en los problemas y dificultades del aquí y ahora, con la irracionalidad y distorsión de la enfermedad mental, que se utilizan directamente como factores para mantenerla; por ello, el objetivo principal es solucionar los problemas del paciente a través de cambios en el comportamiento, la cognición y las emociones; una de sus características clave es que radica en la conexión subjetiva y conductual de las creencias, sentimientos y comportamientos del paciente, independientemente de si estas creencias se basan en la realidad (Londoño, 2017).

El modelo consiste en un conjunto de intervenciones que se ponen en práctica tras una valoración detallada de las características biopsicosociales del paciente, teniendo en cuenta el reconocimiento, compromiso y cooperación del paciente y sus familiares (Puerto y Padilla, 2011). La TCC es un tipo de tratamiento utilizado en una variedad de trastornos mentales, ayudando a los pacientes a cambiar sus pensamientos, emociones,

comportamientos y respuestas fisiológicas disfuncionales, para que más adelante, sean más adaptables y afronten sus problemas o depresión en esta situación. Como sugiere el nombre, se originó a partir de la combinación de dos teorías psicológicas.

2.2. Enfoque Epistemológico y Teoría de Soporte

Las cogniciones de los individuos influyen en lo que se ve y hacen, al mismo tiempo, estas cogniciones se ven alteradas por la consecuencia de sus ocupaciones, y por el acopio de los resultados observados en los demás, asimismo por la convicción o grado de seguridad por un individuo en sus propias capacidades que determinará el empeño que la persona pondrá para alcanzar sus objetivos, con la habilidad o conflicto en conseguirlos, y además establecerá ciertas reacciones afectivas, como la melancolía o angustia, que acompañan a la acción.

El modelo cognitivo formulado por Beck, desarrollado en la Universidad de Pennsylvania en el año de 1962, se fundamenta en la teoría que los sentimientos y el comportamiento del sujeto permanecen establecidos, en gran parte, por la forma que tiene de estructurar el mundo, de interpretarlo, de darle sentido; cuando existe una perturbación emocional, como la depresión, la persona tiene unos errores particulares de procesar la información (tiene una perspectiva definitivamente negativa de sí mismo, de su ámbito vital y su futuro) lo cual le lleva a sentirse triste y desesperanzado (González *et al.*, 2002).

Varias de las teorías importantes sobre las manifestaciones emocionales que presenta el Síndrome de Burnout, evidencian la importancia que tiene la percepción para describir esta circunstancia, en este aspecto se menciona al modelo cognitivo propuesto por Ellis desde la Terapia Racional Emotiva (TRE).

Las percepciones y cogniciones varían significativamente en relación a los sujetos y a su forma de reaccionar a las condiciones estresantes y que, aun cuando varias situaciones tienen la posibilidad de ser intrínsecamente estresantes, en la mayor parte de las situaciones, los individuos inventan sus propios sentimientos negativos y tienen ciertas creencias sobre dicha situación (Ellis, 1978 citado en Bermejo y Prieto 2005).

Por consiguiente, sus actitudes perturbadas de estrés se derivan de manera directa de sus creencias.

Así, se podría comprender que el personal de salud tiene la posibilidad de exponer creencias irracionales hacia su ambiente gremial y que esas creencias los llevarían a experimentar situaciones que desarrollen estrés o Síndrome de Burnout, debido que esto produciría interpretaciones distorsionadas de la verdad, a diferencia que quienes se combaten a los mismos estresores a partir del punto de vista más racional.

Conforme con la teoría descrita, es el individuo quien interviene ante sus propias apreciaciones, por lo cual, no todas las situaciones son estresantes para las personas, para que un profesional tenga agotamiento a tal punto de llegar al SB, dependerá de cómo interactúa con el medio que lo rodea; El ideal de actuación podría ser un "interés distante", o sea, el individuo conserva un equilibrio entre la imparcialidad y la cercanía emocional; son maneras diferentes de enfrentarse a la verdad que tienen la posibilidad de contribuir al desgaste profesional (Molina, 2018).

Se ha sugerido que los enfoques para minimizar el agotamiento podrían incluir intervención a nivel de la organización, como la coordinación de la proporción de labores, o a nivel personal, como el refuerzo de la gestión cognitiva. Se considera que el principio del Burnout puede involucrar creencias irracionales como indica Ellis o componentes cognitivos como los pensamientos automáticos sugeridos por Beck, demostrando que la terapia cognitivo conductual es eficaz (Ohue *et al.* 2015).

Se expone las Terapias Cognitivo Conductual (TCC) como opción conveniente para intervenir en el síndrome de Burnout, conociendo que esta clase de terapia trabaja en la comprensión de cómo piensa de sí mismo, de su entorno y de otras personas, ayuda a mejorar la forma cómo piensa y cómo actúa y dichos cambios benefician a la persona y la hace sentirse mejor, la TCC se concentra en inconvenientes y problemas del "aquí y ahora" (Peña, 2019).

El apoyo social en individuos que presentan este síndrome es importante dentro de la terapia y se lo define como el fenómeno que hace referencia a los recursos, conductas y evaluaciones ya sean propias o de quienes forman parte del entorno social, dicho apoyo es de gran importancia sobre la salud, debido a que previene o reduce las respuestas frente al estrés; el número de contactos que componen la red del individuo podría llegar

a ser un elemento fundamental en el momento de necesitar ayuda, así como la calidad de apoyo y el nivel de satisfacción percibida, reduciendo o amortiguando los efectos en la salud (Aranda *et al.*, 2010).

El apoyo social se la define como una secuencia de círculos internos y externos, donde la familia constituye el círculo más diminuto e íntimo y los amigos y colegas el círculo exterior, además la interacción entre salud y apoyo intentan describir por un lado su impacto amortiguador y por otro, los efectos directos que la ayuda social gestiona al minimizar las secuelas que tiene para la salud un evento estresante, reafirman condiciones correctas hacia una optimización en la calidad de vida del sujeto (Aranda y Pando, 2013).

El apoyo psicosocial y el síndrome de Burnout se asocian por la función de reducir el efecto que produce el estrés para la salud del individuo, lo que hace que se genere un cambio en la interacción de los dos componentes antes mencionados; la calidad de apoyo que tenga el sujeto ya sea por parte de su familia, amigos, compañeros de trabajo ayuda a reducir los efectos que provoca este síndrome, además de la satisfacción emocional por parte del afectado, siendo viable por las habilidades y capacidades emocionales del sujeto (Marenco-Escuderos y Ávila-Toscano, 2016).

Hay distintas maneras de intervención en pacientes que presentan SB, las que se realizan de forma individual que se centran en el crecimiento de los recursos personales, con el objetivo que tenga un impacto directo y productivo sobre la patología, o sea, cambiando su situación laboral por medio de intervenciones organizacionales, dichas intervenciones en el lugar de labores, permiten reducir los recursos estresantes, por consiguiente, de forma indirecta ayuda a bajar la sintomatología provocada por el Burnout (Gil-Monte *et al.* 2006).

La intervención en Burnout debería manifestarse desde una secuencia de tácticas que logren modificar la evaluación de procesos cognitivos a través de las técnicas de habilidades de afrontamiento y solución de problemas, que sirvan para desarrollar habilidades cognitivo conductuales que logren contrarrestar los razonamientos negativos y así desarrollar capacidades sociales, comunicacionales y asertividad (Tous, 2007).

Lazarus y Folkman (1984) priorizan las habilidades de afrontamiento en dos grupos principales, el primero se centra en los problemas, el segundo se centra en las emociones; la respuesta de afrontamiento centrada en el problema tiene el efecto de accionar para resolverlos, lo que significa gestionar los requisitos internos o ambientales que plantean amenazas y desequilibrios de las personas y su entorno, ya sea cambiando las circunstancias aportando nuevos recursos para compensar los efectos adversos de las condiciones ambientales (Di-Collredo *et al.*, 2007).

Dentro de la terapia cognitivo conductual el terapeuta en su intervención debe elaborar una serie de recursos, que permitan afrontar los inconvenientes laborales que se revelan en el paciente, además de efectuar un inventario de aptitudes que quizás no estén plenamente desarrolladas en el sujeto, esa participación, está enfocada en recobrar la mayor cantidad de recursos que el individuo logre ejecutar para hacer un proceso de mejora o de redireccionamiento de su actividad gremial; asimismo, se necesita comprobar las tácticas que se emplearán para confrontar los riesgos psicosociales en el campo laboral, para que la persona pueda solucionar el problema (Cerón *et al.* 2021).

Las técnicas que se emplean mayormente en la terapia cognitivo conductual son la relajación progresiva, técnica de respiración y el biofeedback, por otro lado también encontramos las habilidades conductuales que permiten a los individuos tener capacidades y competencias necesarias para afrontar cualquier inconveniente laboral que se presente; usualmente se utiliza el entrenamiento asertivo y las capacidades sociales, así como la técnica de solución de problemas y modificación de conducta; al final, las estrategias cognitivas tienen como objetivo mejorar los pensamientos, la interpretación y la evaluación de los problemas en el ámbito laboral, además de aumentar los recursos que tiene cada sujeto (Reyes y Gonzalez, 2016).

2.3. Argumentación Teórica de la Investigación

Se han usado diversas técnicas en la valoración del síndrome de Burnout, inicialmente los estudiosos en la materia usaban las visualizaciones sistemáticas, las entrevistas estructuradas y los test proyectivos, sin embargo luego se dio énfasis a la evaluación por medio de preguntas o autoinformes, lo cual expone diversos inconvenientes; siendo los

autoinformes uno de los instrumentos mayormente utilizados para una correcta evaluación del síndrome de Burnout, por ellos los investigadores prefieren el Maslach Burnout Inventory (MBI)

Además, regularmente se realizan intervenciones cognitivo conductuales, implementando técnicas como reestructuración cognitiva, afrontamiento del estrés, adquisición de destrezas, ensayo de comportamiento y la terapia racional emotiva, desde la cognición es importante enfrentar percepciones desadaptativas o cogniciones erróneas, como expectativas poco realistas y falsas esperanzas; adicional a ello se puede utilizar técnicas de desahogo, autorregulación o control, gestión del tiempo y de competencias sociales (Jiménez *et al.*, 2017).

Es importante aserir que no existe un método simple que pueda tratar eficazmente el síndrome de Burnout, comúnmente se utilizan modelos complementarios de intervención integral con múltiples componentes; la prevención del síndrome es compleja, más cualquier modelo de técnica que sea apropiada para tratar el estrés es una técnica de intervención eficaz; se puede utilizar técnicas encaminadas a las personas, grupos y organizaciones laborales. A nivel personal, se estipula ascender los procesos de protección o resistencia para enfrentar de manera más efectiva la presión de las funciones laborales y potenciar el sentido de control, la autoeficacia personal y la autoestima (Fidalgo, 2006).

3. METODOLOGÍA

3.1 Diseño de investigación

Se hallan distintos métodos de investigación de la realidad social, que se pueden estudiar desde dos paradigmas o alternativas metodológicas: cuantitativo y cualitativo. Según la naturaleza del objeto de investigación, la situación social y las preguntas que plantean los investigadores para explicar, comprender o cambiar la realidad social, cada una tiene su propia base epistemológica, diseño metodológico, tecnología y herramientas (Monje, 2011)

La investigación cuantitativa es un método de recopilación y análisis cambiante de datos cuantitativos, mientras que la investigación cualitativa evade la cuantificación, los examinadores cualitativos manipulan metodologías como las observaciones participativas y las entrevistas no estructuradas, para describir e inspeccionar los fenómenos analizados; la principal semejanza dentro los dos métodos es la investigación cuantitativa es que se ocupa de la correlación o asociación entre variables cuantitativas, entre tanto la exploración cualitativa se efectúa en el entorno de la estructuración y situación.(Pita y Pértega, 2002).

Para el desarrollo y realización de este estudio se emplea la metodología mixta que representa un proceso de investigación sistemático, empírico y crítico que involucra la recopilación y el estudio de antecedentes cuantitativos y cualitativos, a modo de su unificación y disputa ligada, con la finalidad de formar deducciones asentadas completamente en las indagaciones recolectadas y profundizar el entendimiento del fenómeno de la investigación (Hernández *et al.*, 2014).

Este proceso investigativo sobre el síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en atención a la pandemia Covid19, tiene un alcance descriptivo-exploratorio, por lo tanto, se debe explorar este objeto de estudio y así, conseguir la primera fase del método que es la comprensión de sus características, para describir la representación subjetiva de este suceso que ocurre en la población.

El diseño investigación es un análisis no experimental de tipo transversal, que se basa fundamentalmente en la observación y que permite analizar los datos de las categorías correspondientes como lo es el síndrome de Burnout durante la pandemia, esto se debe a que los datos de la investigación se recopilan durante un período de tiempo, por consiguiente, cuando se mantienen las entrevistas y se aplican las pruebas requeridas a las personas implicadas.

3.2 Técnicas e instrumentos utilizados

Uno de los instrumentos más utilizados es la entrevista, que se usa para recolectar testimonios importantes, consiste en un banco de preguntas, en relación a la variable

que se quiere medir, basado en el intercambio de información mediante mensajes verbales y no verbales entre el investigador y el individuo que es estudiado, para de esa forma tener respuestas a las preguntas planteadas sobre el problema a tratar dentro de la investigación; en algunas ocasiones el examinador requiere datos acerca del objeto de estudio que, a través la observación no se podría obtener, debido a que estas responden a ideas, sentimientos, opiniones, valores, todos de carácter personal (Avila *et al.*, 2020).

Se realizó la entrevista de forma discrecional, un temario descriptivo sobre el síndrome de Burnout que permitió conocer la experiencia de cuatro personas relacionadas laboralmente al sector salud, que trabaja en diferentes instituciones de la Provincia de El Oro, además de información indispensable para la investigación, se aplicó en el estudio la entrevista semiestructurada que implica un esquema de preguntas.

Durante la entrevista, se involucra la observación con todos los sentidos, no posee un formato propio, solo las reflexiones y la sensatez del investigador, los datos son recogidos por visualizaciones directas sobre las conductas de las personas, procurando de eludir que éstas se sientan observadas; además permitió obtener un registro del comportamiento en el instante en que ocurre, por lo cual no se incurre en errores (Piza *et al.*, 2019); con el apoyo de la observación, fue viable constatar y recabar información de los entrevistados.

El MBI es una herramienta en el cual se expone al individuo a una secuencia de enunciados sobre las emociones y pensamientos con interacción en su relación al trabajo, compuesto por 22 ítems con un valor que van desde 0 a 6, que significa nunca hasta todos los días respectivamente, estos valores perfilan puntuación a tres factores: debilidad emocional, despersonalización y autorrealización en su labor, estos puntajes ayudan a determinar si el síndrome es bajo, medio o alto, midiendo el desgaste profesional, comparando la frecuencia y la magnitud con la que se padece el síndrome de Burnout (Gilla *et al.*, 2019).

El Inventario de técnicas de afrontamiento de Tobin *et al.* (1989) es el instrumento más aplicado en todo el mundo, parte del relato de una situación estresante específica experimentada a lo largo del último mes, está compuesto de 72 reactivos, que se agrupan en 8 componentes primarios, 4 secundarios y 2 terciarios; presentada en escala tipo Likert de 5 puntos, no existe contestación apropiada o errada; solamente se evaluó

lo que hizo, reflexionó o apreció en aquel instante, para finalizar la escala se muestra un enunciado adicional que mide el nivel en que el individuo manejó el caso (González *et al.*,2017).

3.3 Categorías de análisis

En el presente proceso investigativo se ha estimado las posteriores categorías de estudio:

El estrés se explica cómo una secuencia de posiciones somáticas y psíquicas, suceden una vez que los trabajadores tienden a afrontar las demandas ocupacionales, que no corresponde a sus saberes, habilidades o capacidades, se observan tres aspectos: cognitivo, conductuales y emocionales.

El afrontamiento como conjunto de pensamientos y acciones que se utilizan para enfrentar las situaciones estresantes, que derivan de esfuerzos cognitivos y conductuales ante situaciones que involucran diferentes estrategias o recursos y que se requiere de esfuerzos, con la finalidad de superar, adaptar o resolver los desafíos y dificultades de la mejor manera.

La Red de apoyo es un grupo flexible de personas en las cuales se mantiene un contacto frecuente y un vínculo cercano, son emocionalmente importantes y pueden ofrecer su apoyo emocional y económico, dependiendo de la situación, pueden ser: familiares, amigos, vecinos y colegas.

4. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En base a la investigación realizada por medio de revisión bibliográfica, repositorios de revistas, se ha logrado establecer el síndrome de Burnout del personal médico en el área de salud en atención a la pandemia Covid 19.

4.1 Estrés

Maslach y Jackson (1985) explican al síndrome de Burnout como una contestación prolongada al estrés o agotamiento que ocurre en el lugar de trabajo, que se caracteriza por cansancio emocional y que se presenta en hombres y mujeres que tienen contacto directo con otras. Es la manifestación amplia ante la tensión conflictiva entre el sujeto y su lugar de labores diarias (Olivares, 2017).

CASO 1: P.V. menciona que posee cansancio físico y mental, es bastante tedioso y que incluso quería renunciar al trabajo, se siente irritable, bastante intranquilo, molesto, frustrado, trata de hacer lo que se puede en el hospital.

CASO 2: J.C. En la entrevista manifiesta que ha experimentado periodos de estrés por exceso de horas de trabajo, debido a ello siente demasiado cansancio, además cuando son los turnos rotativos ya sea hasta 3 de la mañana “Uno ya no da más”. El área es sofocante, el exceso de trabajo con los pacientes, en ocasiones me enojo, me da iras debido a la misma situación que estamos viviendo.

CASO 3: D.Q. refiere es un estrés impresionante, te cuidabas minuto a minuto, para refutar salir de la guardia y no sea positiva, llegar a tu casa y no contagiar a nadie. Ha experimentado periodos de cansancio 24 horas “donde la adrenalina, donde todo te llegaba y todo sabías que llegaba, todo complicado, ver morir mucha gente es algo muy difícil, amistades y todo eso”.

CASO 4: A.M. relata que fue algo difícil al principio de la pandemia “fuimos los primeros en vivir en carne propia las consecuencias del virus”, “era una desesperación, se atendió bastante y coordinar en todo eso fue muy difícil al principio.” “uno salía cansado y aparentemente parecía que estábamos también contagiados, llegábamos a la casa cansados, con dolor de cabeza, dolor de espalda, bueno después ya de un baño nos tranquilizábamos y nos dábamos cuenta de que era por el trabajo, pero si sentimos esa situación.”

Los participantes de la investigación a través del Inventario de Burnout de Maslach evidencian altos niveles de agotamiento emocional, siendo sus puntajes: P. V 26, J.C 28, D.Q. 27 y A.M. 33 puntos, en cuanto a despersonalización los valores fueron P. V 9, J.C 6, D.Q. 9 y A.M. 7 puntos y la realización personal reflejó las siguientes puntuaciones: P. V 35, J.C 22, D.Q. 36 y A.M. 28 puntos, debido a las situaciones por

las que atravesaron durante la pandemia por Covid 19, el enfrentarse a una nueva enfermedad, el temor a contagiar a su familia o el no saber cómo brindar la ayuda a sus pacientes correctamente aumentaron sus niveles de estrés.

Entre los trastornos psicológicos que enfrentan los profesionales de salud, predomina el síndrome de Burnout, especialmente entre los que trabajan en el área de Covid-19 y áreas de emergencia, siendo el agotamiento emocional, periodos de cansancio significativos y frustración, fueron los síntomas más frecuentes.

4.2 Afrontamiento

Las estrategias de afrontamiento inclinadas en el problema son similares a las que se utilizan para su resolución; porque generalmente se enfocan en la definición del problema, buscan soluciones alternativas y consideran a las mismas en función de los costos y beneficios, así como sus opciones y aplicaciones. No obstante, el afrontamiento orientado al problema significa una meta, un proceso de análisis que se enfoca en el ambiente, se diferencia de las estrategias de afrontamiento de resolución de problemas porque estas incluyen temas internos (Di-Colloredo *et al.*, 2007).

CASO 1: P.V. emplea planificaciones en las jornadas de trabajo, normalmente cree ser una persona tranquila, en el momento que llega a un punto de estrés si se molesta prefiere encerrarse en sí mismo y ver los métodos para poder sobrellevar el agobio “evito bastante descargar en los demás”. En el resultado del test de Afrontamiento las estrategias utilizadas fueron: Autocrítica, retirada social, resolución de problemas y evitación de problemas

CASO 2: J.C. No expresa ciertas emociones, prefiere quedarse con sí mismo. Las estrategias más utilizadas para el afrontamiento ante eventos estresores fueron: Expresión emocional, reestructuración cognitiva, autocrítica y resolución de problemas.

CASO 3: D.Q. le gusta viajar, pasar tiempo con su familia siempre “no llevar la información a casa, o sea lo que quedaba en el hospital se quedaba en el hospital.” La resolución del test de afrontamiento fueron: Reestructuración cognitiva, apoyo social, expresión emocional y pensamiento desiderativo.

CASO 4: A. M. Salir a comer el domingo con sus hijos. Las estrategias utilizadas según los resultados del test de afrontamiento fueron: Retirada social, pensamiento desiderativo, expresión emocional y autocrítica.

Las formas de afrontamiento son inclinaciones del sujeto para enfrentar diversas situaciones, establecer diferentes habilidades y así lograr conseguir una mejor permanencia en el contexto de la situación; las estrategias de afrontamiento, conductas y destrezas cognitivas más empleadas por los médicos para enfrentar dichas circunstancias fueron: Autocrítica y expresión emocional.

4.3 Red de apoyo

Como lo menciona Aranda *et al.* (2010) el apoyo social es fundamental, posee consecuencias beneficiosas para el bienestar biopsicosocial de las personas, ayudando a disminuir los niveles de estrés; además, Aranda y Pando (2013) mencionan los recursos internos (familia) y los recursos externos (amigos, compañeros de trabajo) que son fundamentales para mejorar la sintomatología y reducir los niveles de estrés.

CASO 1: P.V. Realiza actividades con la familia, observa películas. En relación al apoyo social manifiesta un porcentaje centilar (Pc) de 20 y en retirada social el Pc es de 65. Durante la entrevista se observó inconformidad al momento de mencionar a sus compañeros de trabajo por el poco apoyo recibido “ya que no acatan las disposiciones que se les envían y por eso existe choques con los compañeros de no querer acatar las órdenes”; en la comunicación y apoyo de su pareja, manifiesta: “incluso a veces en el núcleo familiar con mi esposa hemos tenido problemas, pero hemos hablado y llegado a mejorar”.

CASO 2: J.C. le gusta conversar con su esposa de lo que sucede “La familia también tengo que escuchan, nos ayudan y saben la realidad de que todo se lleve con armonía “y con amigos “Si, si hay amigos que escuchan y entienden y son una ayuda, si tengo amigos que son así y son buena gente “. En este caso el Pc de 10 y en retirada social representa un percentil de 90. Se evidenció enojo y decepción en su expresión facial debido a la despreocupación de las personas por la emergencia sanitaria.

CASO 3: D.Q. la comunicación con la familia es buena, los días libres disfruta solo con su familia. Con respecto al apoyo tiene 96 de porcentaje centilar y en retirada social 65 de Pc. Se logró observar en él seguridad al expresarse, tono de voz fuerte, claro y preciso, al momento de mencionar a su familia reflejaba satisfacción.

CASO 4: A.M., informa que “por la circunstancia de la pandemia no se puede realizar reuniones, sin embargo, nos comunicamos por chat, redes sociales”. El Pc es de 55 en apoyo social y en retirada sociales de Pc 98. En la entrevista se observó inseguridad al hablar de los amigos y de la situación de divorcio que atravesó durante la pandemia, sin embargo, su expresión y su tono de voz cambiaron, su tono fue emocionado cuando comenta de su pareja actual “me siento muy feliz, salimos, nos divertimos, compartimos muchos momentos juntos”.

Los trabajadores de la salud siguen siendo los más afectados, pues están en la primera línea de atención a esta situación, en la cual trae consecuencias como cansancio físico y mental, según la investigación de campo se evidencia que las redes de apoyo y los lazos afectivos cumplen un rol importante en el personal de salud.

5. CONCLUSIONES

- Los resultados de la investigación concluyen que el personal sanitario en la pandemia por Covid 19 presentó síndrome de Burnout, causando un gran impacto en su bienestar psicológico, se descubrió la existencia de extenuación emocional, despersonalización y bajo grado de ejecución personal que se evidenció en la pérdida de energía, debilidad y estrés.
- Frente a múltiples situaciones a que se enfrenta el personal médico, por la responsabilidad de cuidar a los pacientes infectados, en estado crítico y bajo presión en el manejo de los brotes pandémicos; algunas de los factores de riesgo fueron la exposición a patógenos, largas jornadas laborales, ansiedad, y agotamiento físico y emocional.
- Las estrategias de afrontamiento son importantes y se despliegan de acuerdo con la personalidad del individuo, facilitando distintas resoluciones competentes, desarrollando nuevas destrezas, actitudes y habilidades que permitieron sobrellevar dichas situaciones estresantes en el ámbito laboral, durante la Pandemia por Covid 19.
- Se llegó a la conclusión que los participantes en cuanto a las redes de apoyo presentan retirada social, como se evidencia en las entrevistas y en el test realizado, los médicos evitan comentar sus problemas a sus familiares o amigos, a pesar de tener apoyo por parte de ellos, para no llevar los problemas laborales a su hogar.

6. RECOMENDACIONES

- Se sugiere realizar pausas activas de 10 minutos para que el personal de Salud pueda recobrar energía, llevando a cabo ejercicios de movilidad articular, de estiramiento y de relajación, de esta manera lograr un mejor desempeño durante sus largas jornadas de trabajo y prevenir la aparición de estrés laboral.
- Se recomienda a las Instituciones de Salud que realicen reuniones periódicamente con el personal para que puedan intercambiar opiniones y así escuchar las necesidades de los trabajadores y de esta manera lograr un mejor ambiente laboral.
- Se sugiere al personal de primera línea que se desconecte de lo laboral en su tiempo libre y que realice actividades como: lectura, escuchar música, ejercicios, entre otras alternativas y que le ayuden a disminuir el agotamiento.
- Se estima que el personal médico fortalezca sus relaciones sociales, manteniendo contacto frecuente con su familia y amigos, debido a que es un factor importante en el bienestar general, determinando el estilo de vida y salud, además logran mejorar el deseo de compromiso y mejora de su día a día.

BIBLIOGRAFÍA

- Anzules Guerra, J. B., Véliz Zevallos, I. J., Vines Centeno, M. R., & Menéndez Pin, T. del R. (2019). Síndrome de Burnout: Un riesgo psicosocial en la atención médica. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de La Salud. Salud Y Vida*, 3(6), 839. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v3i6.393>
- Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., Salazar Estrada, J. G., Torres López, T. M., & Aldrete Rodríguez, M. G. (2010). Apoyo social como factor protector a la salud frente al Síndrome de Burnout en agentes de vialidad, México. *Revista Costarricense de Salud Pública*, 19(1), 18–24. https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-14292010000100004
- Aranda, C., & Pando, M. (2013). Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. *Revista de Investigación En Psicología*, 16(1), 233–245. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v16i1.3929>
- Avila, H. F., González, M. M., & Licea, S. M. (2020). La entrevista y la encuesta: ¿métodos o técnicas de indagación empírica? *Revista Didasc@Lia: D&E.*, 11(3), 62–79. <http://revistas.ult.edu.cu/index.php/didascalia/article/view/992/997>
- Bermejo Oro, L., & Prieto Ursúa, M. (2005). Creencias irracionales en profesores y su relación con el malestar docente. *Clínica Y Salud*, 16(1), 45–64. ISSN: 1130-5274. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180616109003.pdf>
- Bianchini Matamoros, M. (1997). El Síndrome de Burnout en personal profesional de la salud. *Medicina Legal de Costa Rica*, 13-14(2-1-2), 189–192. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00151997000200017
- Carrillo-Esper, R., Gómez, K., & Espinoza de los Monteros, I. (2012). El Síndrome de burnout en la práctica médica. *Med Int Mex*, 28(6), 579–584.
- Castañeda Gullot, C., & Ramos Serpa, G. (2020). Principales pandemias en la historia de la humanidad. *Revista Cubana de Pediatría*, 92. Obtenido de <http://www.revpediatria.sld.cu/index.php/ped/article/view/1183/714>

- Castro L., R. (2020). Coronavirus, una historia en desarrollo. *Revista médica de Chile*, 148(2), 143–144. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872020000200143>
- Cerón Gómez, M., Guamán Lema, G., Moreira, J., & Díaz, W. (2021). *La Psicoterapia como una alternativa para el Síndrome de Burnout* []. <https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4199/1/M%C3%B3nica%20del%20Consuelo%20Cer%C3%B3n%20G%C3%B3mez.pdf>
- 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 de la disciplina*, 1(2), 125–156. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297224996002.pdf>
- Dimitriu, M. C. T., Pantea-Stoian, A., Smaranda, A. C., Nica, A. A., Carap, A. C., Constantin, V. D., Davitoiu, A. M., Cirstoveanu, C., Bacalbasa, N., Bratu, O. G., Jacota-Alexe, F., Badiu, C. D., Smarandache, C. G., & Socea, B. (2020). Burnout syndrome in Romanian medical residents in time of the COVID-19 pandemic. *Medical Hypotheses*, 144, 109972. <https://doi.org/10.1016/j.mehy.2020.109972>
- Fernández-Álvarez, H., & Fernández-Álvarez, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.18720>
- Fidalgo, M. (2006). *NTP 705: Síndrome de estar quemado por el trabajo o “burnout” (II): consecuencias, evaluación y prevención Análisis de la vigencia Redactor*. https://app.mapfre.com/documentacion/es/catalogo_imagenes/grupo.do?path=1031503
- Gil-Monte, P., Salanova, M., Aragón, J., & Schaufeli, W. (2006). Jornada El Síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales. (ISBN: 84-689-7621-0). https://www.researchgate.net/publication/263277731_Jornada_El_Sindrome_de_quemarse_por_el_trabajo_en_Servicios_Sociales
- Gilla, M. A., Giménez, S. B., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2019). Adaptación y validación del Inventario de Burnout de Maslach en profesionales argentinos de la salud mental. *Liberabit: Revista Peruana de Psicología*, 25(2), 179–193. <https://doi.org/10.24265/liberabit.2019.v25n2.04>
- González, R., de la Gándara, J., & Flórez, J. (2002). Mesa redonda 2. Síndrome de burnout. ¿Qué podemos hacer? *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 28(2002), 18–38.

<https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-mesa-redonda-2-sindrome-burnout-que-13037572>

- González W., Y., Ortega de Gómez, E., Castillo De Lemos, R., Whetsell, M., & Cleghorn Spencer, D. C. (2017). Validación de la Escala Inventario de Estrategias de Afrontamiento, Versión Española de Cano, Rodríguez, García (2007), En el contexto de Panamá. *Enfoque. Revista Científica de Enfermería*, 21(17), 109–133.
<https://doi.org/10.48204/j.enfoque.v21n17a7>
- Gopal, R., Glasheen, J. J., Miyoshi, T. J., & Prochazka, A. V. (2005). Burnout and Internal Medicine Resident Work-Hour Restrictions. *Archives of Internal Medicine*, 165(22), 2595. <https://doi.org/10.1001/archinte.165.22.2595>
- Guardado Lopez, S. C. (2017). Burnout: La enfermedad silenciosa de la organización. *Iberoamerican Business Journal*, 1(1), 55–71.
<https://doi.org/10.22451/3002.ibj2017.vol1.1.11004>
- Hernández, S. R., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (2014). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Education.
- Hernández-Solis, A., Solís-Zúñiga, A. K., Salgado-Carrillo, M. E., Juárez-Hernández, M. D. G., Álvarez-Maldonado, P., & Reding-Bernal, A. (2021). Identificación de un brote de SARSCoV-2 (Covid-19) en un centro gerontológico de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 63(2, Mar-Abr), 160–162.
<https://doi.org/10.21149/12192>
- Jiménez, L. K., Arrieta, M. J., & Quintero, K. L. (2017). Síndrome de Burnout y evaluación de desempeño en docentes de la Fundación Universitaria del área andina sede Valledupar. *Escenarios*, 15(1), 36. <https://doi.org/10.15665/esc.v15i1.1120>
- Korman, G. P. (2013). El legado psicoanalítico en la terapia cognitiva de Aaron Beck. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 65(3), 470–486.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=229029496011>
- Kulakova, O., Moreno Jiménez, B., Garrosa, E., Sánchez Hernández, M. O., & Aragón, A. (2017). Universalidad del constructo del Maslach Burnout Inventory en un contexto latinoamericano. *Acta de Investigación Psicológica*, 7(2), 2679–2690.
<https://doi.org/10.1016/j.aiprr.2017.05.001>
- Liu, X., Chen, J., Wang, D., Li, X., Wang, E., Jin, Y., Ma, Y., Yu, C., Luo, C., Zhang, L., Liu, C., Zhou, Y., Yang, L., Song, J., Bai, T., & Hou, X. (2020). COVID-19

Outbreak Can Change the Job Burnout in Health Care Professionals. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.563781>

Londoño Salazar, M. (2017). La importancia de la psicoterapia cognitivo-conductual en el tratamiento de los trastornos mentales. *Poiésis*, 1(33), 139.

<https://doi.org/10.21501/16920945.2504>

Loya-Murguía, K. M., Valdez-Ramírez, J., Bacardí-Gascón, M., & Jiménez-Cruz, A. (2018). El síndrome de agotamiento en el sector salud de Latinoamérica: revisión sistemática. *Journal of Negative and No Positive Results*, 3(1), 40–48.

<https://doi.org/10.19230/jonnpr.2060>

Lovo, J. (2020). Síndrome de burnout: Un problema moderno. *Entorno*, 70, 110–120.

<https://doi.org/10.5377/entorno.v0i70.10371>

Maguiña Vargas, C., Gastelo Acosta, R., Tequen Bernilla, A., Maguiña Vargas, C., Gastelo Acosta, R., & Tequen Bernilla, A. (2020). El nuevo Coronavirus y la pandemia del Covid-19. *Revista Médica Herediana*, 31(2), 125–131.

<https://doi.org/10.20453/rmh.v31i2.3776>

Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Organizational Behavior*, 2(2), 99–113. <https://doi.org/10.1002/job.4030020205>

Marengo-Escuderos, A., & Ávila-Toscano, J. (2016). Dimensiones de apoyo social asociadas al síndrome de Burnout en docentes de media académica. *Pensamiento Psicológico*, 14(2), 7–18.

<https://revistas.javerianacali.edu.co/index.php/pensamientopsicologico/article/view/1237/2025>

Molina Martínez, J. A. (2018). Evaluación Síndrome de Burnout en Profesionales de Centros de acogida de menores. En *dspace.umh.es*.

<http://dspace.umh.es/handle/11000/5655>

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa *Guía didáctica*. <https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf>

Mora Ollague, B. E., & Salinas Ríos, K. I. (2021). Estrés ocupacional en el personal de enfermería del Hospital Teófilo Dávila 2020. In *repositorio.utmachala.edu.ec*.

<http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/16186>

- Morgantini, L. A., Naha, U., Wang, H., Francavilla, S., Acar, Ö., Flores, J. M., Crivellaro, S., Moreira, D., Abern, M., Eklund, M., Vigneswaran, H. T., & Weine, S. M. (2020). Factors contributing to healthcare professional burnout during the COVID-19 pandemic: A rapid turnaround global survey. *PLS ONE*, *15*(9), 1–11.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0238217>
- Muñoz Fernández, S. I., Molina Valdespino, D., Ochoa Palacios, R., Sánchez Guerrero, O., & Esquivel Acevedo, J. A. (2020). Estrés, respuestas emocionales, factores de riesgo, psicopatología y manejo del personal de salud durante la pandemia por COVID-19. *Acta Pediátrica de México*, *41*(4S1), 127.
<https://doi.org/10.18233/apm41no4s1pps127-s1362104>
- Peña H., J. D. (2019). Terapia cognitiva conductual para reducir los síntomas del síndrome de Burnout en docentes consejeros que laboran en el Colegio Padre Segundo Familiar Cano de Monagrillo, provincia de Herrera. In *up-rid.up.ac.pa*. <http://up-rid.up.ac.pa/1766/>
- Pita, S., & Pértega, S. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. *Cadernos de atención primaria*, *9*(2), 76–78.
https://www.fisterra.com/mbe/investiga/cuanti_cuali/cuanti_cuali2.pdf
- Piza Burgos, N. D., Amaiquema Márquez, F. A., & Beltrán Baquerizo, G. E. (2019). Métodos y técnicas en la investigación cualitativa. Algunas precisiones necesarias. *Revista Conrado*, *15*(70), 455–459.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1990-86442019000500455
- Puerto, J., & Padilla, D. (2011). Terapia cognitiva - conductual (TCC) como tratamiento para la depresión: una revisión del estado del arte. *Redalyc.org*.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=512156315016>
- Puli, L., & Merino, P. (2021). Prevalencia del Síndrome de Burnout en la Unidad de Emergencia del Hospital General San Francisco IESS en Quito, durante la contingencia viral por el sars-cov-2 [Trabajo de fin de carrera titulado,]. En *Universidad Internacional SEK*.
<https://repositorio.uisek.edu.ec/bitstream/123456789/4179/1/Puli%20Avila%20Lourdes%20Jeanneth.pdf>

- Odonkor, S. T., & Frimpong, K. (2020). Burnout among Healthcare Professionals in Ghana: A Critical Assessment. *BioMed Research International*, 2020, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2020/1614968>
- Ohue, T., Moriyama, M., & Nakaya, T. (2015). The Effect of the Group Cognitive Behavior Therapy in a Nurse's Burnout and Intention to Resign. *Health*, 07(10), 1243–1254. <https://doi.org/10.4236/health.2015.710139>
- Olivares Faúndez, V. (2017). Laudatio: Dra. Christina Maslach, Comprendiendo el Burnout. *Ciencia & Trabajo*, 19(58), 59–63. <https://doi.org/10.4067/s0718-24492017000100059>
- Opazo - Sáez, P. (14 de Noviembre de 2019). *Síndrome de burnout es reconocido oficialmente por la OMS*. Obtenido de <https://nacionfarma.com/sindrome-del-burnout-reconocido-por-la-oms/>
- Quiroz, R., & Saco, S. (2003). Factores asociados al síndrome Burnout en médicos y enfermeras del Hospital Nacional Sur Este de ESSALUD del Cusco. *SITUA - Revista Semestral de la Facultad de Medicina Humana - UNSAAC*, 12, 11–22. https://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/situa/2004_n23/enPDF/a04.pdf
- Reyes, K., & González-Celis, A. L. M. (2016). Efectos de una intervención cognitivo-conductual para disminuir el burnout en cuidadores de ancianos institucionalizados. *Escritos de Psicología / Psychological Writings*, 9(1), 15–23. <https://doi.org/10.5231/psy.writ.2015.1709>
- Rivera Guerrero, Á., Segarra Jaime, P., & Giler Valverde, G. (2018). Síndrome de Burnout en docentes de instituciones de educación superior. *Archivos Venezolanos de Farmacología Y Terapéutica*, 38(2), 17–23. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_2_2018/4_sindrome_de_buro_ut_en_docentes.pdf
- Rivera Guerrero, Á., Ortiz Zambrano, R., Miranda Torres, M., & Navarrete Freire, P. (2019). Factores de riesgo asociados al síndrome de desgaste profesional (Burnout). *Revista Digital de Postgrado*, 8(2), e163–e163. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1008595>
- Ruiz, M. ^a. Á., Isabel, M., & Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas y terapias cognitivo conductuales*. Desclee De Brouwer.

- Saborío Morales, L., & Hidalgo Murillo, L. F. (2015). Síndrome de Burnout. *Medicina Legal de Costa Rica*, 32(1). <https://www.scielo.sa.cr/pdf/mlcr/v32n1/art14v32n1.pdf>
- Sacristán, J. A., & Millán, J. (2020). El médico frente a la COVID-19: lecciones de una pandemia. *Educación Médica*. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.06.002>
- Sánchez, E. P. (2008). *Psicología clínica* (1.^a ed.). Editorial El Manual Moderno. <https://www.guiadisc.com/wp-content/pdfs/psicologia-clinica.pdf>
- Serna Corredor, D. S., & Martinez Sanchez, L. M. (2020). Burnout en el personal del área de salud y estrategias de afrontamiento. *Correo Científico Médico*, 24(1). <http://www.revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3061>
- Sociedad Chilena de Medicina Interna. (2020). *Prevalencia del Síndrome de Burnout en Personal Sanitario de UCI durante la pandemia SARS- CO-V-2*. Segunda Encuesta Nacional Sochimi. https://www.medicina-intensiva.cl/site/docs/Informe_Encuesta_Nacional_SOCHIMI.pdf
- Tous, J. (2007). Quemarse en el trabajo: el síndrome del “Burnout.” *Revista Salud Pública Y Nutrición*, 8(2). <http://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2007/spn072b.pdf>
- Vinueza Veloz, A. F., Aldaz Pachacama, N. R., Mera Segovia, C. M., Pino Vaca, D. P., Tapia Veloz, E. C., & Vinueza Veloz, M. F. (2020). Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19. *Revista de La Asociación Española de Especialistas En Medicina Del Trabajo*. <https://www.scienceopen.com/document?vid=c12c386d-88be-461b-b519-33716944b71b>
- World Health Organization. (2020, 19 marzo). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak, 18 March 2020. Organización Mundial de La Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331490>
- Wu, Z., & McGoogan, J. M. (2020). Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China. *JAMA*, 323(13), 1239. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.2648>

ANEXOS

Anexo A: Entrevista Semiestructurada

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

1. ¿Cuál fue su experiencia durante la pandemia de Covid 19?
2. Durante la pandemia, ¿Ha experimentado periodos de cansancio significativos, asociados a su trabajo?
3. ¿Cuáles fueron las estrategias que usted empleó para mejorar esta situación?
4. ¿Se siente culpable por no dedicar tiempo suficiente a su familia, a sus amigos, o a usted mismo?
5. ¿Cree que expresa ciertas emociones (llora, se enoja, grita) o se siente tenso sin motivo aparente?
6. ¿Con qué frecuencia usted se siente cansado?
7. ¿Cuándo usted está en su lugar de trabajo se siente irritable?
8. ¿Del 1 al 10 con cuánta intensidad se siente irritable?
9. ¿Siente que al trabajar todo el día con la gente le es cansado?
10. ¿Se siente frustrado por algunas situaciones que suceden en el trabajo?

Anexo B: Inventario de Burnout de Maslach

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

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.

3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA.

6= TODOS LOS DÍAS.

1	Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo	
2	Cuando termino mi jornada de trabajo me siento vacío	
3	Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento fatigado	
4	Siento que puedo entender fácilmente a los pacientes	
5	Siento que estoy tratando a algunos pacientes como si fueran objetos impersonales	
6	Siento que trabajar todo el día con la gente me cansa	
7	Siento que trato con mucha eficacia los problemas de mis pacientes	
8	Siento que mi trabajo me está desgastando	
9	Siento que estoy influyendo positivamente en la vida de otras personas a través de mi trabajo	
10	Siento que me he hecho más duro con la gente	
11	Me preocupa que este trabajo me esté endureciendo emocionalmente	
12	Me siento con mucha energía en mi trabajo	
13	Me siento frustrado en mi trabajo	
14	Siento que estoy demasiado tiempo en mi trabajo	
15	Siento que realmente no me importa lo que les ocurra a mis pacientes	
16	Siento que trabajar en contacto directo con la gente me cansa	
17	Siento que puedo crear con facilidad un clima agradable con mis pacientes	
18	Me siento estimado después de haber trabajado íntimamente con mis pacientes	
19	Creo que consigo muchas cosas valiosas en este trabajo	
20	Me siento como si estuviera al límite de mis posibilidades	
21	Siento que en mi trabajo los problemas emocionales son tratados de forma adecuada	
22	Me parece que los pacientes me culpan de alguno de sus problemas	

Anexo C: Inventario de Estrategia de Afrontamiento

Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI)
(Tobin, Holroyd, Reynolds y Kigal, 1989. Adaptación por Cano, Rodríguez y García, 2006)

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



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

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

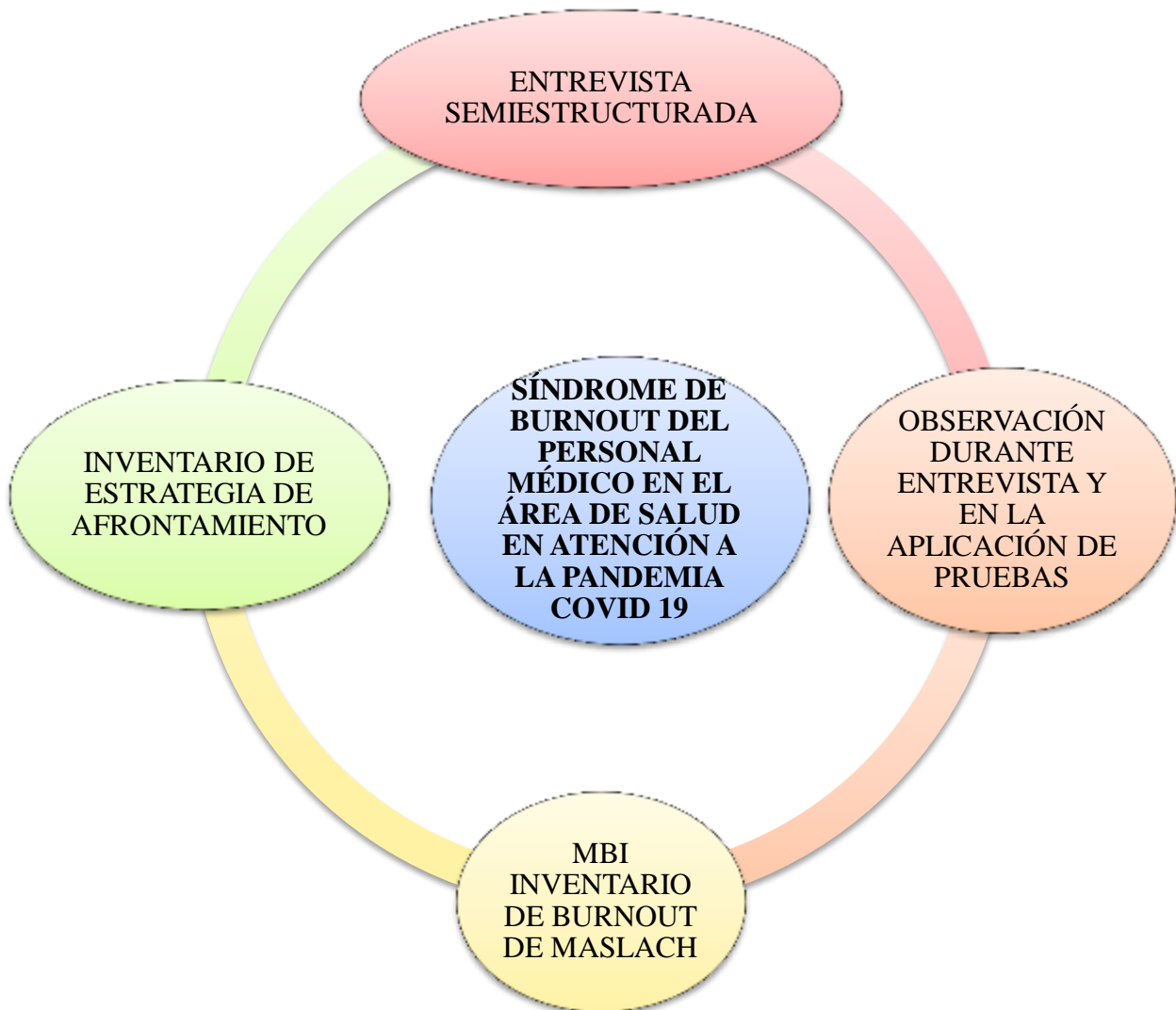
Esté seguro de que responde a todas las frases y de que marca sólo un número en cada una de ellas. No hay respuestas correctas o incorrectas; sólo se evalúa lo que usted hizo, pensó o sintió en ese momento.

NOMBRE:	EDAD:	FECHA EVAL:	
1	Luché para resolver el problema		0 1 2 3 4
2	Me culpé a mí mismo		0 1 2 3 4
3	Deje salir mis sentimientos para reducir el estrés		0 1 2 3 4
4	Deseé que la situación nunca hubiera empezado		0 1 2 3 4
5	Encontré a alguien que escuchó mi problema		0 1 2 3 4
6	Repasé el problema una y otra vez en mi mente y al final vi las cosas de una forma diferente		0 1 2 3 4
7	No dejé que me afectara; evité pensar en ello demasiado		0 1 2 3 4
8	Pasé algún tiempo solo		0 1 2 3 4
9	Me esforcé para resolver los problemas de la situación		0 1 2 3 4
10	Me di cuenta de que era personalmente responsable de mis dificultades y me lo reproché		0 1 2 3 4
11	Expresé mis emociones, lo que sentía		0 1 2 3 4
12	Deseé que la situación no existiera o que de alguna manera terminase		0 1 2 3 4
13	Hablé con una persona de confianza		0 1 2 3 4
14	Cambié la forma en que veía la situación para que las cosas no parecieran tan malas		0 1 2 3 4
15	Traté de olvidar por completo el asunto		0 1 2 3 4
16	Evité estar con gente		0 1 2 3 4
17	Hice frente al problema		0 1 2 3 4
18	Me criticqué por lo ocurrido		0 1 2 3 4
19	Analice mis sentimientos y simplemente los deje salir		0 1 2 3 4
20	Deseé no encontrarme nunca más en esa situación		0 1 2 3 4
21	Dejé que mis amigos me echaran una mano		0 1 2 3 4
22	Me convencí de que las cosas no eran tan malas como parecían		0 1 2 3 4
23	Quité importancia a la situación y no quise preocuparme más		0 1 2 3 4
24	Oculté lo que pensaba y sentía		0 1 2 3 4
25	Supe lo que había que hacer, así que doblé mis esfuerzos y traté con más ímpetu de hacer que las cosas funcionaran		0 1 2 3 4
26	Me recriminé por permitir que esto ocurriera		0 1 2 3 4
27	Dejé desahogar mis emociones		0 1 2 3 4
28	Deseé poder cambiar lo que había sucedido		0 1 2 3 4
29	Pasé algún tiempo con mis amigos		0 1 2 3 4
30	Me pregunté qué era realmente importante y descubrí que las cosas no estaban tan mal después de todo		0 1 2 3 4
31	Me comporté como si nada hubiera pasado		0 1 2 3 4
32	No dejé que nadie supiera como me sentía		0 1 2 3 4
33	Mantuve mi postura y luché por lo que quería		0 1 2 3 4
34	Fue un error mío, así que tenía que sufrir las consecuencias		0 1 2 3 4
35	Mis sentimientos eran abrumadores y estallaron		0 1 2 3 4
36	Me imaginé que las cosas podrían ser diferentes		0 1 2 3 4
37	Pedí consejo a un amigo o familiar que respeta		0 1 2 3 4
38	Me fijé en el lado bueno de las cosas		0 1 2 3 4
39	Evité pensar o hacer nada		0 1 2 3 4
40	Traté de ocultar mis sentimientos		0 1 2 3 4
	Me consideré capaz de afrontar la situación		0 1 2 3 4

FIN DE LA PRUEBA

	REP	ALT	EDM	PSD	APS	RIC	EVP	RES
PO								
PC								
A cumplimentar por el evaluador								

Anexo D: Instrumentos utilizados en la investigación



Anexo E: Triangulación

