

CAPÍTULO I.
PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL
PROBLEMA

CAPÍTULO I.

PLANTEAMIENTO Y JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En los últimos años, el estrés se ha posicionado como una de las problemáticas más recurrentes en la población mundial; en nuestro ámbito nacional y local no han sido la excepción desde el más pequeño hasta el más anciano, hombres y mujeres padecieron en algún momento un periodo de estrés, esto aún más visible con la actual pandemia que atraviesa el mundo entero, tanto nosotros como población y también el personal de salud encargado de la atención médica.

El estrés es una reacción fisiológica provocada por alguna situación difícil ya sea física o emocional por cuanto el organismo responde con diferentes reacciones de defensa. El estrés es un estado en el que la persona sufre distintos desórdenes, muchas veces producidos por mala adaptación al entorno social, que pueden agravarse con los estados de tensión continuas en el que el organismo responde con una serie de trastornos fisiológicos y psicológicos, sin embargo, muchos autores definen al estrés como un proceso natural del cuerpo humano, que genera una respuesta automática ante condiciones externas que resultan amenazadoras o desafiantes, que requieren una movilización de recursos físicos, mentales y conductuales para hacerles frente y que a veces perturban el equilibrio emocional de la persona.

Históricamente el concepto de estrés viene de la década de 1930 con Hans Selye médico y después doctorado en química orgánica, que define el estrés como el conjunto de reacciones fisiológicas hacia una presión o situación ejercida sobre el organismo ya sea del exterior o del interior de uno mismo, que da lugar a una respuesta producida por el organismo para protegerse de presiones físicas o psicológicas ante situaciones de agresión o peligro (Ávila, 2014).

Según la OMS el estrés laboral es identificado como un grupo de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales ante exigencias profesionales que sobrepasan los conocimientos y habilidades del trabajador para desempeñarse de forma óptima. Mientras que el síndrome de burnout o "síndrome del trabajador quemado" hace referencia a la cronificación del estrés laboral. Este se manifiesta a través de un estado de agotamiento físico y mental que se prolonga en el tiempo y llega a alterar la personalidad y autoestima del trabajador (Quirón Prevención, 2018).

Investigaciones a *nivel mundial*, Organización Mundial de la Salud (OMS) y la OIT informan que las enfermedades profesionales causan el 81% de las muertes relacionadas con el trabajo, en comparación con las muertes debidas a accidentes del trabajo, que representan el 19% (Imaña Serrano, 2022).

De acuerdo a los datos de la OMS, en tan solo el primer año de pandemia el 70% del personal de salud habría sufrido estrés, además de presentar síntomas de ansiedad, depresión, trastornos del sueño y apetito, miedo, etc. La presencia de todos estos síntomas en el personal de salud afecta no sólo a su calidad de trabajo sino también de vida cotidiana, social y familiar.

A *nivel nacional*, en nuestro contexto, Patricia Del Llano, responsable de la unidad técnica de Medicina del Trabajo del INSO (Instituto Nacional de Salud Ocupacional) mencionó que el estrés laboral aumentó en 50% en 2021, con respecto al año anterior, indicó Del Llano, que varias empresas llamaron al INSO para hacer valoraciones de su personal e incluso pidieron apoyo psicológico, lo que antes no era común y es que la pandemia trajo situaciones duras para las personas (Imaña Serrano, 2022).

A *nivel nacional*, se han realizado una diversidad de investigaciones sobre el burnout en el personal de salud (médicos), por ejemplo, la investigación de la Dra. Ines Vasquez M. titulada “Síndrome Burnout en personal médico asistencial de hospitales de 2° y 3° nivel en la ciudad de la paz gestión 2015”, quien concluye: si el periodo de trabajo es mayor a 12 horas, los riesgos de desarrollar el burnout incrementan, además, existe una ligera asociación con la edad, es decir, los jóvenes profesionales son más propensos a desarrollar esta afección (Vásquez Monllor , 2016). Así también una investigación realizada en la UMSA en 2017 por la Lic. Virginia Ticona G. demuestra que la edad (persona mayor a 30 años), estado civil (solteros, as) y la antigüedad en el trabajo (mayor a 3 años) son factores que incrementan el síndrome de burnout (Ticona Guanto, 2017)

A **nivel local**, en nuestro contexto las investigaciones sobre el burnout son muy escasas, en 2019 se realizó un estudio por el centro de investigación de la Universidad Privada Domingo Savio (UPDS) indica que el 9,8% de los tarijeños se sienten agotados emocionalmente, el 12% se sienten consumidos por su trabajo, otro 12% se sienten agotados con su trabajo y el 6,7% aseguran que su trabajo los está endureciendo emocionalmente. Además menciona lo siguiente: “Estos datos demuestran la presencia de ciertos indicadores del síndrome de “Burnout” -o también llamado “Síndrome del trabajador quemado”- en Tarija.

A partir de 2022 este mal entrará a formar parte de la lista oficial de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud” (Montaño, 2019).

Las variables que se tomaron en cuenta son las siguientes:

Burnout, cuya traducción al castellano significa «quemarse», una sensación de fracaso, con agotamiento permanente, esto es resultado de la sobrecarga laboral que provoca el desgaste de energía y fuerza anímica del individuo, también es definido por Maslach como la respuesta al estrés laboral caracterizada por actitudes y sentimientos negativos hacia el trabajo y hacia el propio rol profesional, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado.

Bienestar psicológico, clásicamente el bienestar psicológico fue identificado con la emocionalidad positiva y la ausencia de emociones negativa, como lo define Carol Ryff, es el esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que ver con tener un propósito de vida que ayude a darle significado.

Afrontamiento, se llama afrontamiento a las actividades que podemos realizar para reducir el impacto de una situación estresante, para Lazarus y Folkman, los modos de afrontamiento son aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo.

Por ello la importancia de conocer la situación actual tanto de médicos, descubrir si hay la presencia de estrés, bienestar psicológico y qué modos de afrontamiento adoptan tras sufrir este período de exigencia laboral y todas las dificultades que conlleva. Importante mencionar que médicos que se encuentran en esta área son los primeros en establecer contacto con los casos sospechosos de covid, quienes también se encargarán de brindar el tratamiento y asistencia necesaria para la recuperación del paciente.

Teniendo en cuenta estos datos y viendo la importancia y actualidad del tema se formula la siguiente pregunta:

” ¿Cuál es el grado de estrés laboral (Burnout), bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en los médicos del HRSJDD de la ciudad de Tarija?

1.2. JUSTIFICACIÓN

El síndrome de Burnout se ha convertido en un problema actual que repercute en todos los rubros de trabajo, pero se acentúa más en aquellos empleos donde existen discrepancias entre las exigencias del cliente y las posibilidades del trabajador; también cuando hay una sobrecarga laboral al empleado o cierto grupo de trabajadores.

Una de las poblaciones más afectadas por esta problemática ha sido el personal de salud, tanto médicos como enfermeros que se encuentran a cargo de cada uno de los pacientes que acuden a la institución médica, ellos son los encargados de la evaluación, diagnóstico y tratamiento que las personas padecen ciertas enfermedades.

Es de conocimiento general que las labores que desempeñan los trabajadores de la salud implican un considerable nivel de estrés, ahora, es importante reconocer que con la llegada del virus covid-19 y la emergencia sanitaria vigente a nivel nacional los índices se han elevado aún más.

A raíz de los primeros casos confirmados, la incertidumbre sobre la enfermedad, las primeras olas, el incremento de casos y muertes, su carga laboral aumentó, teniendo que doblar turnos, desempeñar funciones que no les corresponde y conflictos con el cumplimiento de su salario, todo aquello afectó la salud mental de los involucrados elevando así los niveles de estrés a los que están acostumbrados, trayendo consigo dificultades en muchos aspectos de su vida, tanto familiar, social y laboral.

La escasa atención o nula de la salud mental de estos profesionales, impulsa a investigar los métodos, modos o estrategias utilizadas para reducir los niveles de estrés que sufren durante sus jornadas de trabajo y como se aborda luego de concluir con sus funciones laborales.

1.2.1 Justificación social

Hace muy poco el mundo dejó atrás la emergencia sanitaria por el covid-19, no es secreto que Tarija muchas veces presentó elevados niveles de casos en relación a los diferentes departamentos de Bolivia, en varias ocasiones el personal de salud era muy escaso debido a las bajas que sufrían, ya que en la tarea de tratar a los pacientes resultaban contagiados. Sumado a esto, la escasez de ítems y equipamiento en el hospital jugaban en contra de los médicos para poder hacer frente a las olas de covid que cobraban la vida de la población tarijeña. Así, el

personal de salud quedaba luchando solo frente a la pandemia que no cesaba en todo el país, poniendo en riesgo su salud física y más aún psicológica.

De esta manera se encuentra pertinente abordar el tema por la mínima atención que recibe el aspecto psicológico, siendo un problema actual y preocupante no ha recibido la atención necesaria, las estrategias para combatir la problemática han sido pocas o nulas, cuando debería ser un tema de primera atención.

Para que el personal médico brinde una atención de calidad, éste debe también contar con una estabilidad física y psicológica que sólo se logra cuando la persona recibe la atención necesaria a sus problemas. Por ello la necesidad de conocer sobre el tema y aportar información que ayude a entender los problemas que presentan el sector ya mencionado.

1.2.2 Justificación teórica

Realizando una investigación bibliográfica sobre el tema se pudo evidenciar la ausencia de investigaciones, estudios sobre el tema, así también no se conoce sobre datos estadísticos o estrategias para frenar el problema, por ello se considera necesario indagar sobre el tema para que la información recabada muestre la presencia o ausencia del Burnout en el personal de salud, así mismos los datos podrán orientar a las autoridades y superiores para poder desarrollar nuevas y mejores estrategias para los médicos y así estos puedan brindar una mejor atención y a la vez cuenten con una óptima salud mental para continuar desarrollando sus funciones laborales

CAPÍTULO II

DISEÑO TEÓRICO

CAPÍTULO II. DISEÑO TEÓRICO

2.1 PREGUNTA PROBLEMA

A raíz de la importancia y actualidad del tema se formula la siguiente pregunta:

" ¿Cuál es el grado de estrés laboral (Burnout), bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento en los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija?

2.2 OBJETIVO GENERAL

Determinar la presencia del síndrome de Burnout, bienestar psicológico y estrategias de afrontamiento en los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios de la ciudad de Tarija.

2.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en médicos del HRSJDD

Evaluar el nivel de bienestar psicológico en médicos del HRSJDD

Identificar las estrategias de afrontamiento predominantes en médicos del HRSJDD

2.4 HIPÓTESIS

Los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios, presentan un alto nivel de Síndrome de Burnout

El personal médico presenta un nivel de bienestar psicológico bajo a moderado

Las formas de afrontamiento predominantes en el personal de salud son aquellas estrategias centradas en el problema.

2.5 OPERACIONALIZACIÓN

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
BURNOUT	Es la respuesta al estrés laboral caracterizada por actitudes y sentimientos negativos hacia el trabajo y hacia el propio rol profesional, así como por una vivencia de encontrarse emocionalmente agotado (Maslach & Jackson, 1981).	Agotamiento emocional	Agotamiento emocional, sensación de vacío, fatiga, frustración, conciencia del exceso de trabajo, dificultad con el contacto directo, "sentirse al límite"	<p><i>Cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI)</i> <i>Autor: Christina Maslach y Susan Jackson (1981).</i></p> <p>0 – 18 Bajo</p> <p>19 – 26 Medio</p> <p>27 – 54 Alto</p>
		Despersonalización	Sentimientos de frialdad, indiferencia y desapego emocional con el paciente.	<p>0 – 5 Bajo</p> <p>6 – 9 Medio</p> <p>10 – 30 Alto</p>
		Realización personal	Empatía, influencia positiva para el paciente, energía, contacto cálido y de confianza, actitud positiva hacia el trabajo	<p>0– 33 Bajo</p> <p>34 – 39 Medio</p> <p>40 – 56 Alto</p>

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
BIENESTAR PSICOLÓGICO	Es el esfuerzo para que el ser humano se perfeccione y cumpla con su potencial, lo cual tiene que ver con tener un propósito de vida que ayude a darle significado (Ryff y Keyes, 1995)	Auto aceptación	Satisfacción y aceptación de uno mismo, sus logros y vida que mantiene	<i>Escala de bienestar psicológico de Ryff.</i> <i>Autor: Carol Ryff (1995).</i> 1. Totalmente en desacuerdo 2. Poco de acuerdo 3. Moderadamente de acuerdo 4. Muy de acuerdo 5. Bastante de acuerdo 6. Totalmente de acuerdo BP elevado:176 o más BP alto: 141 a 175 BP moderado: 117 a 140 BP bajo: menos de 116
		Dominio del entorno	Habilidad para crear ambientes agradables y de óptimas condiciones	
		Relaciones positivas	Capacidad de establecer vínculos interpersonales cálidos y confiables	
		Crecimiento personal	Búsqueda de un continuo desarrollo y mejora de su persona	
		Autonomía	Capacidad de expresar y hacer respetar sus opiniones y decisiones.	
Propósito de la vida	Objetivos claros y consolidados acerca de su futuro.			

Variable	Definición	Dimensiones	Indicadores	Escala
AFRONTAMIENTO AL ESTRÉS	<p>El afrontamiento es el resultado a una situación en la que se presenta el estrés y la influencia de este proceso adaptativo depende de: la motivación, auto apreciación, de la propia capacidad y de las experiencias anteriores. Carver, Scheler y Weintraub (1989).</p>	<p>Estrategias de afrontamiento enfocadas en el problema.</p>	<p>Afrontamiento activo, planificación, apoyo social instrumental, reinterpretación positiva, aceptación, humor, desconexión</p>	<p><i>Cuestionario de estrategias de afrontamiento COPE 28</i> <i>Autor: Carver, Sheier y Weintraub (1989).</i> <i>Adaptación 2010.</i></p>
		<p>Estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción</p>	<p>Desahogo, uso de apoyo social</p>	<p>0= En absoluto 1 = Un poco 2 = Bastante 3 = Mucho</p>
		<p>Estrategias de afrontamiento evitativo</p>	<p>Negación, religión, uso de sustancias, auto inculpación, auto distracción</p>	

CAPÍTULO III.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO III.

MARCO TEÓRICO

El estrés laboral se ha convertido en una de las enfermedades más recurrentes en la población mundial, ha tomado fuerza en los últimos años debido al incremento en las exigencias laborales.

El burnout es el producto de una cronificación del estrés que no ha sido atendida de manera oportuna, la persona se somete de tal manera que deja de lado su bienestar físico y mental, lo cual produce un agotamiento significativo en el sujeto. Toda profesión conlleva una exigencia, todo trabajador sea cual sea su rubro ha vivenciado el estrés laboral en algún punto de su vida. En la presente investigación se hace énfasis en el personal médico quienes hace años brindan su trabajo y se encuentran en constante presión y exigencia laboral, la cual ha incrementado el último par de años con la emergencia sanitaria del covid que ha sacudido el mundo entero, por ello es necesario describir las variables que serán investigadas a lo largo de este trabajo.

ESTRÉS

El estrés laboral es identificado como un grupo de reacciones emocionales, psicológicas, cognitivas y conductuales ante exigencias profesionales que sobrepasan los conocimientos y habilidades del trabajador para desempeñarse de forma óptima. Según la OMS, además estima que entre el 21 y 32 por ciento de casos de hipertensión en América Latina están relacionados con altas exigencias laborales y bajo control (Instituto Nacional de Salud Pública, 2015)

Hans Selye en 1974, considerado el padre del concepto moderno de estrés, puso relieve de que los sucesos, tanto positivos como negativos, pueden desencadenar una respuesta idéntica de tensión que puede resultar beneficiosa o nociva. Observó también lo siguiente: 1) el estrés no se reduce a una simple tensión nerviosa, 2) el estrés puede tener consecuencias positivas, el estrés no es algo que necesariamente hay que evitar y 3) la completa ausencia de estrés es equivalente a la muerte. Estas observaciones ponen de manifiesto que el estrés es inevitable. (Blanco Guzmán, 2003)

Selye definió el estrés como la respuesta inespecífica del organismo a toda exigencia hecha sobre dicha respuesta produce un estado de desequilibrio corporal, ocasionado por un estímulo, al que llamo estresor. También introdujo el concepto de «síndrome de adaptación

general», definido como la suma de todas las reacciones inespecíficas del organismo consecutivas a la exposición continuada a una reacción sistémica de estrés. (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000).

El Síndrome de Adaptación General de Selye, se basa en la respuesta del organismo ante una situación de estrés ambiental distribuida en tres fases o etapas:

1. Fase de alarma. Ante la percepción de una posible situación de estrés, el organismo empieza a desarrollar una serie de alteraciones de orden fisiológico y psicológico (ansiedad, inquietud, etc.) que lo predisponen para enfrentarse a la situación estresante. La aparición de estos síntomas está influida por factores como los parámetros físicos del estímulo ambiental (ej. intensidad del ruido), factores de la persona, el grado de amenaza percibido y otros como el grado de control sobre el estímulo o la presencia de otros estímulos ambientales que influyen sobre la situación (Valera, 2022).

2. Fase de resistencia. Supone la fase de adaptación a la situación estresante. En ella se desarrollan un conjunto de procesos fisiológicos, cognitivos, emocionales y comportamentales destinados a "negociar" la situación de estrés de la manera menos lesiva para la persona. Si finalmente se produce una adaptación, esta no está exenta de costos, ej. disminución de la resistencia general del organismo, disminución del rendimiento de la persona, menor tolerancia a la frustración o presencia de trastornos fisiológicos más o menos permanentes y también de carácter psicossomático (Valera, 2022).

3. Fase de agotamiento. Si la fase de resistencia fracasa, es decir, si los mecanismos de adaptación ambiental no resultan eficientes se entra en la fase de agotamiento donde los trastornos fisiológicos, psicológicos o psicosociales tienden a ser crónicos o irreversibles (Valera, 2022).

Por otro lado, Lazarus en 1966 configura un modelo en el que el estrés viene definido por su carácter de amenaza para el individuo e introduce una perspectiva cognitivo-conductual e interactiva. distingue en la respuesta al estrés tres procesos: la evaluación primaria, la evaluación secundaria y el afrontamiento (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000).

La evaluación primaria es el proceso de percibir una situación o un acontecimiento como amenaza, e implica dos componentes: la cognición y la emoción. La evaluación secundaria es el proceso de elaborar en la mente una respuesta a la amenaza potencial; es una forma de evaluación dirigida a poder determinar que puede hacerse frente al acontecimiento con el que

se encuentra el individuo, el afrontamiento es el proceso de ejecutar esa respuesta (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000).

Lazarus y Folkman en 1986, mencionan que el estrés psicológico se entiende desde la relación entre la persona y el ambiente, cuando en esta relación las demandas evaluadas agotan o exceden los recursos personales se realiza una evaluación que incluye dos procesos, el primero denominado la evaluación primaria y el segundo al que se le conoce como la evaluación secundaria. A través de la evaluación primaria la persona juzga si la situación es irrelevante o estresante. La situación será calificada de estresante cuando implica amenaza, desafío y pérdida o daño. Al considerar la situación como estresante, se sigue con la evaluación secundaria en donde la persona evalúa los recursos y las estrategias de afrontamiento disponibles, además de la posible eficacia de dichas estrategias y las consecuencias de su utilización (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000).

En 1981 así mismo, Karasek definió el estrés laboral como: “una variable dependiente del efecto conjunto de las demandas del trabajo y los factores moderadores de las mismas, particularmente la percepción de control o grado de libertad de decisión del trabajador” (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000, pág. 274)

Aún más, la prolongación del estrés por el trabajo puede generar trastornos en la salud mental del empleado, como el "burnout" o desgaste emocional, afectando el desempeño laboral o causando actitudes poco saludables como el consumo de alcohol, tabaco y drogas, e incluso en casos extremos acciones fatales, motivadas además por un contexto adverso interno y externo (Instituto Nacional de Salud Pública, 2020).

BURNOUT

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida. Su definición no se encuentra en el DSM-V, ni en el CIE 10, pero usualmente se describe como una forma inadecuada de afrontar el estrés crónico, cuyos rasgos principales son el agotamiento emocional, la despersonalización y la disminución del desempeño personal (Lachiner Saborío Morales, 2015).

El término Burnout cuya traducción literal al castellano significa «quemarse», se intenta describir una situación en la que, en contra de las expectativas de la persona, esta no logra

obtener los resultados esperados por más que se esfuerce en conseguirlos, el término fue utilizado por primera vez en este sentido por Freudenberger en el año 1974, para referirse a los problemas de los servicios sociales, pero fue Maslach en 1977 quien lo difundió en el congreso anual de la Asociación Psicológica Americana, para definir una situación cada vez más frecuente entre los trabajadores de los servicios humanos; y es el hecho de que, después de meses o años de dedicación, estos trabajadores acaban quemándose (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000).

El psiquiatra Herbert J. Freudenberger, quien trabajaba en una clínica para toxicómanos en Nueva York observó que la mayoría de los voluntarios después de un año de trabajar sufrían una pérdida progresiva de energía, hasta llegar al agotamiento, síntomas de ansiedad y depresión, así como desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. A raíz de estos hallazgos explico: “el burnout, es fallar, desgastarse o sentirse exhausto debido a las demandas excesivas de energía, fuerza o recursos. Es lo que pasa cuando un miembro de una organización por las razones que sean y luego de muchos intentos se vuelve inoperante”, fue en ese momento cuando se introdujo el término burnout por primera vez en la literatura médica (Sanchez Zorrila, 2016, P. 30).

Algunas de las más conocidas y aceptadas definiciones del burnout son las siguientes: Freudenberger en 1974 define al Burnout como una sensación de fracaso, con agotamiento permanente, esto es resultado de la sobrecarga laboral que provoca el desgaste de energía y fuerza anímica del individuo, en este sentido, Pines y Aronson en 1988 plantean que este síndrome es un estado de agotamiento tanto físico, mental y emocional producido por estar involucrado permanentemente en un trabajo que produce situaciones emocionalmente demandantes y en 1998, Schaufeli y Enzmann consideran a este síndrome como un persistente estado negativo de la mente, relacionado con el trabajo, el cual ocurre con individuos normales, sus características particulares son agotamiento, desconsuelo, un sentido de competencia reducida, baja motivación y desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo (Espinoza Murillo, Ledezma Ortiz, & Roblero Alonzo, 2016)

Existen numerosas definiciones del Burnout, pero la más consolidada es la de Maslach en 1982, quien considera el Burnout como una combinación de las siguientes circunstancias:

a) Agotamiento emocional: se refiere al sentimiento de estar sobrepasado y agotado en los propios recursos físicos, psicológicos y emocionales, lo que se expresa en la sensación de “no poder dar más de sí mismo” a los beneficios de su profesión.

b) Despersonalización: actitud impersonal y negativa hacia los usuarios, se refiere a la percepción negativa que desarrolla el profesional hacia quien atiende, la cual se traduce en una respuesta negativa, cínica, distante y fría hacia ellos.

c) Falta de realización personal, se refiere a la disminución del propio sentimiento de competencia y en la realización exitosa del propio trabajo (Sánchez Nieto, 2012).

Sería un proceso continuo, que va surgiendo de manera paulatina y en el que existen una serie de síntomas asociados:

a) Síntomas físicos: fatiga crónica, cefaleas, insomnio, trastornos gastrointestinales, pérdida de peso, dolores musculares.

b) Síntomas conductuales: absentismo laboral, abuso de drogas, conductas violentas, comportamientos de alto riesgo.

c) Síntomas cognitivos afectivos: distanciamiento afectivo, irritabilidad, celos, incapacidad para concentrarse, baja autoestima, pesimismo, indecisión, inatención (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000).

Los estudios de Maslach y Jackson se dividen en dos etapas. En la primera definieron el Burnout aplicándolo a profesionales que trabajaban en el área de servicios humanos y utilizaron un sistema de medida, el conocido Maslach Burnout Inventory – MBI- (1981, 1986). Este instrumento, traducido al castellano, ha sido validado por Gil Monte en el año 2002. El MBI es un cuestionario autoadministrado y consta de 22 ítems que recogen respuestas del sujeto con relación a su trabajo sobre sus sentimientos, emociones, pensamientos y conductas. Maslach y Jackson consideran al Burnout un constructo tridimensional, y por ello la escala está dividida en tres subescalas: cansancio emocional, despersonalización y baja realización personal, con resultados bajo-medio-alto. Pero también, con esta escala se pueden analizar los resultados en relación con la profesión del sujeto, es decir que hay puntuaciones de corte para distintos grupos: profesores, asistentes sociales, médicos, profesionales de salud mental y otros profesionales. El MBI ha sido aplicado a estas poblaciones obteniendo alta fiabilidad y alta validez sobre los tres factores mencionados. Las tres subescalas, en la revisión del año 1986, alcanzaron valores de fiabilidad de Cronbach aceptables, con una consistencia interna de 0.80 y la validez convergente

y la discriminante han sido adecuadas. Respecto a la fiabilidad por factores se obtuvieron valores de 0.90 para el agotamiento personal, 0.79 para la despersonalización y 0.71 para la baja realización personal (Martínez Pérez, 2010)

Epidemiología

El síndrome de Burnout fue declarado en el año 2000 por la Organización Mundial de la Salud como un factor de riesgo laboral por su capacidad para afectar la calidad de vida, la salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida de quien lo sufre.

Se han realizado múltiples estudios acerca de la prevalencia del síndrome del quemado, los resultados en su mayoría no coinciden, por lo que se podría concluir que la prevalencia del SB depende del ambiente donde se desarrolle el individuo y características propias del mismo (Lachiner Saborío Morales, 2015).

En Holanda, aproximadamente el 15% de la población trabajadora sufre de Burnout y se estima las pérdidas por enfermedades relacionadas al estrés es de aproximadamente 1.7 billones de euros; siendo las ocupaciones donde se brindan servicios de salud donde los individuos poseen más posibilidades de desarrollarlo: médicos, enfermeros, odontólogos y psicólogos (Lachiner Saborío Morales, 2015).

Algunos autores sugieren que el Burnout en los médicos se comienza a "cultivar" desde la escuela de medicina, según un estudio realizado por Dyrbye, publicado en el 2010 en JAMA, entre los estudiantes de medicina hasta un 49,6% pueden padecer síndrome de sobrecarga emocional. En el Hospital Universitario del Norte, en Colombia, se determinó la incidencia del síndrome de fatiga en el trabajo entre los internos universitarios de medicina: 9.1% (Lachiner Saborío Morales, 2015).

Un estudio realizado en Canadá, reportó una incidencia del SB hasta en un tercio de los residentes de cualquier especialidad, así mismo, Costa Rica se han realizado algunos estudios sobre la incidencia del síndrome de sobrecarga emocional entre médicos: en el 2004 se determinó la incidencia del SB en la población médica de la COOPESALUD R.L. (Clínica de Pavas), que está integrada por médicos generales y especialistas, con una incidencia de 20% en la población, siendo el sexo masculino y los trabajadores más jóvenes (entre 25-34 años) los más afectados, ambos grupos en un 55.6%. En el 2009, Millán-González y Gamboa-Montero corrieron dos estudios transversales y de cohorte, usando el MBI entre personal médico de la Caja Costarricense del Seguro Social (CCSS), el primero incluyó 121 sujetos que cursaban

primer y tercer año de anestesiología y recuperación, especialidades médicas y quirúrgicas, ginecología y obstetricia, pediatría y psiquiatría, mientras que el segundo solo incluyó médicos del Hospital de la Mujer (Lachiner Saborío Morales, 2015).

Adolfo Carit Eva (que incluyó ginecólogos, obstetras, miembros del equipo de emergencias, neonatólogos y residentes). El primer estudio concluyó que el síndrome del quemado se presentaba en 72% de los entrevistados, sin diferencias significativas entre género, estado civil, presencia de hijos, edad o tipo de residencia, mientras que el segundo documentó una incidencia de 23.5% (Lachiner Saborío Morales, 2015).

Otros estudios más recientes como el de (Ramírez & Ontaneda, 2019), en donde el 25.8% demostró niveles altos de agotamiento emocional, en la dimensión de despersonalización el 17.6% obtuvo puntajes altos y en cuanto a escala de baja realización personal se evidenció un porcentaje de 61.2%, considerándolo como un promedio bajo para este constructo. mostrando así puntajes significativos respecto a la presencia de burnout.

Sin ir muy lejos también encontramos la investigación de (Vasquez Monllor, 2016), titulada “Síndrome de burnout en personal médico asistencial de hospitales de 2º y 3º nivel en la ciudad de la paz – Bolivia, gestión 2015” indica lo siguiente: "Podemos indicar que el 85,6% de los sujetos estudiados están dentro del grupo considerado como negativo o sin afectación mientras que el 14,4 % (43) de los estudiados presenta una calificación positiva para considerarlos como afectados".

Siguiendo esta línea, muchos resultados de investigaciones a nivel Latinoamérica coinciden que existe la presencia de síndrome burnout en el personal de salud, y no simplemente médicos, sino también el personal de enfermería, incluso los administrativos.

Cabe reconocer que tanto medicina como enfermería trabajan de la mano, muchas veces el personal de enfermería tiene que cubrir labores de otras áreas, sea por, falta de personal, situaciones del momento que lo requieren, mayor práctica con los primeros auxilios, etc. Por ello también se muestran investigaciones en el personal de enfermería que cuenta con niveles altos de burnout y acentuando la puntuación en el área de agotamiento emocional.

BIENESTAR PSICOLÓGICO

Cuando hablamos de bienestar lo entendemos como un término positivo, es decir, hablamos de la satisfacción, comodidad y tranquilidad que experimenta la persona respecto a

algo, al incluir el termino psicológico avanzamos a un concepto más personal, es decir, no hablamos de la satisfacción de la persona hacia algo sino hacia ella misma, que tan feliz o cómodo se siente consigo mismo respecto a las situaciones que le suceden. El termino implica a las situaciones que ve como los resultados de estas afectan en su persona, alterando su estado emocional, cuando las vivencias sean positivas, la persona presentara un bienestar psicológico bueno, mientras que, si las vivencias son negativas el bienestar psicológico estará deteriorado.

El bienestar psicológico es un constructo que expresa el sentir positivo y el pensar constructivo del ser humano acerca de sí mismo, que se define por su naturaleza subjetiva vivencial y que se relaciona estrechamente con aspectos particulares del funcionamiento físico, psíquico y social. El bienestar posee elementos reactivos, transitorios, vinculados a la esfera emocional, y elementos estables que son expresión de lo cognitivo, de lo valorativo; ambos estrechamente vinculados entre sí y muy influidos por la personalidad como sistema de interacciones complejas, y por las circunstancias medioambientales, especialmente las más estables (García Viniegras, 2000).

El bienestar psicológico trasciende la reacción emocional inmediata, el estado de ánimo como tal. La controversia entre los aspectos estables y transitorios del bienestar ha caracterizado su abordaje por los diferentes autores.

El término bienestar psicológico ha sido utilizado como sinónimo de bienestar subjetivo; de hecho, ambos términos están estrechamente relacionados. El bienestar psicológico puede ser considerado como la parte del bienestar que compone el nivel psicológico, siendo el bienestar general o bienestar subjetivo el que está compuesto por otras influencias, como por ejemplo la satisfacción de necesidades fisiológicas (García Viniegras, 2000).

El término bienestar lleva implícita la experiencia personal, y por tanto hablar de bienestar subjetivo puede considerarse una redundancia. Existe una íntima relación de lo afectivo y lo cognitivo por lo que el bienestar es definido por la mayoría de los autores como la valoración subjetiva que expresa la satisfacción de las personas y su grado de complacencia con aspectos específicos o globales de su vida, en los que predominan los estados de ánimo positivos (García Viniegras, 2000).

El bienestar subjetivo enfatiza un carácter vivencial en su sentido más amplio, aunque resulta imprescindible esclarecer su vínculo con otras categorías de carácter más social. Otros autores han considerado el bienestar subjetivo como expresión de la afectividad. Para Lawton,

el bienestar es visto como una valoración cognitiva, como la evaluación de la congruencia entre las metas deseadas y las obtenidas en la vida, mientras que Diener y otros brindan una concepción más integradora del bienestar subjetivo considerándolo como la evaluación que hacen las personas de su vida, que incluye tanto juicios cognitivos como reacciones afectivas (estados de ánimo y emociones) (García Viniegras, 2000).

El bienestar es una experiencia humana vinculada al presente, pero también con proyección al futuro, pues se produce justamente por el logro de bienes. Es en este sentido que el bienestar surge del balance entre las expectativas (proyección de futuro) y los logros (valoración del presente), lo que muchos autores llaman satisfacción, en las áreas de mayor interés para el ser humano y que son el trabajo, la familia, la salud, las condiciones materiales de vida, las relaciones interpersonales, y las relaciones sexuales y afectivas con la pareja. Esa satisfacción con la vida surge a punto de partida de una transacción entre el individuo y su entorno micro y macrosocial, donde se incluyen las condiciones objetivas materiales y sociales, que brindan al hombre determinadas oportunidades para la realización personal (García Viniegras, 2000).

El bienestar ha sido tema de interés de diversas disciplinas y campos de la psicología y se ha relacionado con felicidad, calidad de vida y salud mental, así como con distintas variables personales y contextuales asociadas. En la psicología, la mayor parte de las influencias en la definición del concepto provienen de modelos de desarrollo y de ciclo vital, así como de modelos motivacionales y de la psicología positiva, como se observa en las construcciones teóricas de Bradburn (1969), Ryff (1989), Ryff y Keyes (1995), Vaillant (2000) y Cuadra y Florenzano (2003). Desde 1949, Ross planteaba la necesidad de usar el término bienestar por considerarlo más neutro y porque evitaba discusiones respecto de su naturaleza, especialmente relacionadas con la religión, la ética y la política. Sin embargo, el estatus conceptual del bienestar continúa siendo parte de un problema por resolver, especialmente desde es aceptado (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006)

Sobre la relación entre bienestar y felicidad, se encuentra que han sido conceptos íntimamente ligados (Gross & Jhon, 2003; Kahneman, 1999; Parducci, 1995; Veenhoven, 1988) y relacionados con salud, trabajo satisfactorio, vida amorosa afectiva y familiar, amistad, posibilidad para desarrollar aficiones, buena situación económica y bienestar psicológico y

emocional. Como se observa, incluye algunas de las variables que se miden también cuando se evalúa calidad de vida y su estudio contempla no sólo los factores facilitadores, sino los que impiden su logro y relacionan la superación de estos factores con mejorías en la calidad de vida y el bienestar (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006).

Como comenta Díaz Llanes (2001), la idea del bienestar subjetivo relacionado con felicidad ha comenzado a ser investigada en forma sistemática desde hace aproximadamente tres décadas. Puede definirse como la evaluación que las personas hacen de sus vidas, e incluye una dimensión cognitiva (referida a la satisfacción con la vida en su totalidad o la satisfacción por áreas específicas como la matrimonial, laboral, etc.) y otra afectiva (relacionada con la frecuencia e intensidad de las emociones positivas y negativas), cuya interacción abarca un amplio espectro de vivencias. En esa línea, la relación entre el bienestar y los estados afectivos se hace evidente en algunas investigaciones en las cuales se involucra la evaluación de características como ansiedad y depresión dentro de la medición de bienestar (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006).

A partir de la psicología positiva, autores como Diener (2000) retoman la importancia de la relación de estos términos y se refieren a una ciencia de la felicidad, aunque aclaran que el bienestar subjetivo no es condición suficiente de la salud mental (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006).

Por su parte, Ryan y Deci (2001) coinciden en anotar que la equivalencia entre los términos bienestar y felicidad genera confusiones por la dificultad para definirlos y para desarrollar técnicas de medición. Estos autores revisan las perspectivas hedónicas y eudomónicas y la derivación del concepto bienestar subjetivo a partir de las primeras, el cual implica satisfacción con la vida, presencia de estado de ánimo positivo y ausencia de estado de ánimo negativo (cuyo conjunto determina la felicidad); también incluye el valor asignado a las metas, el cual es individual y específico en cada cultura. Por su parte, las perspectivas eudomónicas han diferenciado la felicidad del bienestar y proponen que lograr las cosas valoradas no siempre lleva a obtener bienestar, independientemente del placer que produzca ese logro. Incluyen en su definición la realización del verdadero potencial individual y se enmarcan en la psicología del funcionamiento positivo. En esa dirección, Inglehart (1997) propone que los individuos se preocupan por la autorrealización una vez que sus necesidades materiales básicas están satisfechas (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006).

Ryff (1989) critica los estudios clásicos sobre satisfacción diciendo que en general se ha considerado el bienestar psicológico como la ausencia de malestar o de trastornos psicológicos, ignorando las teorías sobre la autorrealización, el ciclo vital, el funcionamiento mental óptimo y el significado vital. La autora plantea serias dudas sobre la unidimensionalidad del constructo bienestar psicológico, señalando su multidimensionalidad (Solano, 2009).

Clásicamente, el bienestar psicológico fue identificado con la emocionalidad positiva y la ausencia de emociones negativas. Una persona se siente feliz o satisfecha con la vida si experimenta durante más tiempo y en mayor frecuencia, mayor cantidad de afecto positivo. Implícitamente el bienestar está identificado con los afectos o la personalidad (Schumutte y Ryff. Los rasgos de personalidad básicos hacen alusión a la emocionalidad positiva como característica estable de la personalidad, de allí que no resulte extraño que el bienestar esté correlacionado negativamente con el neuroticismo, según aseveran los teóricos de los cinco factores (Solano, 2009).

El bienestar psicológico es una dimensión fundamentalmente evaluativa que tiene que ver con la valoración del resultado logrado con una determinada forma de haber vivido. Ryff ofrece una interesante perspectiva uniendo las teorías del desarrollo humano óptimo, el funcionamiento mental positivo y las teorías del ciclo vital. Para la autora, el bienestar tiene variaciones importantes según la edad, el sexo y la cultura; pudo verificar en diferentes estudios que el bienestar psicológico está compuesto por seis dimensiones bien diferenciadas: 1) una apreciación positiva de sí mismo; 2) la capacidad para manejar de forma efectiva el medio y la propia vida; 3) la alta calidad de los vínculos personales; 4) la creencia de que la vida tiene propósito y significado; 5) el sentimiento de que se va creciendo y desarrollándose a lo largo de la vida y 6) el sentido de autodeterminación. Se pudo verificar mediante técnicas de análisis factorial confirmatorio, en población general norteamericana, la existencia de estas seis dimensiones del bienestar (Solano, 2009).

Ryff (1989) definió seis dimensiones del funcionamiento psicológico positivo y posteriormente Ryff y Keyes (1995) plantearon una distinción entre bienestar psicológico y bienestar subjetivo y establecieron que la satisfacción en la vida puede ser un indicador de bienestar psicológico. El modelo multidimensional incluye componentes relacionados con el desarrollo humano: autonomía, auto aceptación, relaciones positivas con otros, dominio ambiental, propósito en la vida y crecimiento personal. En este modelo, el bienestar psicológico

se desarrolla a través del ciclo de vida, se conceptualiza como una meta en ese proceso de desarrollo dirigida a la perfección que representa el desarrollo del potencial verdadero de cada individuo. La investigación de Öosterwegel y Oppenheimer (2002) confirma dos de las dimensiones planteadas por Ryff; en la misma línea, en varios países hispanoamericanos se ha desarrollado un instrumento a partir de las dimensiones de Ryff, para adolescentes y para adultos (Ballesteros, Medina, & Caycedo, 2006).

Para medir estas dimensiones teóricas Ryff desarrolló un instrumento conocido como «Escalas de Bienestar Psicológico» (Scales of Psychological Well-Being, SPWB). El procedimiento empleado para su construcción es sin duda uno de sus puntos fuertes (van Dierendonck, 2004). Una vez definidas teóricamente las seis dimensiones o escalas, tres investigadores generaron 80 ítems por dimensión. Posteriormente, todos los ítems fueron evaluados en función de su ambigüedad y su ajuste a la definición de la escala. De ellos se seleccionaron 32 por escala (16 positivos y 16 negativos). El banco de ítems resultante se aplicó en un estudio piloto a una muestra de 321 adultos. Tras este estudio se eliminaron los doce ítems de cada escala que mostraban, según los análisis psicométricos, peores indicadores de ajuste. El instrumento, finalmente contó con 20 ítems por escala (Díaz, D, 2006).

Dada la longitud de dicho instrumento (120 ítems en total), en los últimos años se han venido proponiendo varias versiones cortas de las Escalas de Bienestar Psicológico.

Para analizar las propiedades psicométricas de las diferentes versiones cortas, van Dierendonck (2004) llevó a cabo un estudio comparativo empleando una muestra relativamente amplia, las escalas de la versión de 14 ítems poseen en general una muy buena consistencia interna, pero, sin embargo, muestran un mal ajuste al modelo teórico propuesto.

Para intentar mejorar la consistencia interna de las Escalas de Bienestar Psicológico, manteniendo al mismo tiempo un ajuste relativamente aceptable de los datos al modelo teórico de seis dimensiones, van Dierendonck (2004) propuso una versión compuesta por 39 ítems (entre 6 y 8 ítems por escala). Las escalas de esta versión muestran una buena consistencia interna (con valores α comprendidos entre 0,78 y 0,81) y un ajuste relativamente aceptable (Díaz, D, 2006).

ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO

Se llama afrontamiento a las actividades que podemos realizar para reducir el impacto de una situación estresante. En una primera clasificación hablamos entonces de afrontamiento cognitivo, cuando hacemos una evaluación de la situación y tomamos una decisión y un afrontamiento conductual cuando establecemos los comportamientos que vamos a poner en marcha para atender la demanda, en una segunda clasificación podemos hablar de afrontamiento dirigido al problema que ha producido la situación de estrés o afrontamiento dirigido a reducir los síntomas derivados de esa situación (Ministerio de sanidad, Gobierno de España , 2020).

El afrontamiento es considerado como un factor estabilizador, de manera que facilita el ajuste individual y la adaptación cuando se está ante situaciones estresantes. El afrontamiento es cualquier esfuerzo para manejar el estrés, son las cosas que las personas hacen para evitar ser dañadas por las adversidades de la vida. Zeidner y Hammer definen el afrontamiento "como características o conductas en curso que capacitan a los individuos para manejar los estresores de forma más efectiva, experimentar pocos síntomas o que éstos sean menos severos una vez expuestos al estresor, o recuperarse más rápidamente de la exposición" (p. 694). Se denominan estrategias de afrontamiento a las acciones de los individuos tendientes a frenar, amortiguar, y si es posible anular, los efectos de las situaciones amenazantes. Sin embargo, algunos autores hablan de estilos, o recursos, además de estrategias de afrontamiento. Sandín indica que las formas de afrontamiento proporcionan pautas para explicar las diferencias en la adaptación al estrés; también tienen que ver con las diferencias que se dan entre los individuos en la mayor o menor exposición a los estresores sociales; además, hace la diferencia entre estrategias, estilos y recursos, explicando que las estrategias de afrontamiento son más específicas, se llevan a cabo acciones concretas para modificar las condiciones del estresor, por ejemplo: relajarse, ver películas, buscar apoyo social. Los estilos de afrontamiento constituyen acciones más generales, son tendencias personales para llevar a cabo una u otra estrategia de afrontamiento y los recursos de afrontamiento son características personales y sociales en las que se basa el individuo para hacer frente a los estresores, por ejemplo, "locus" de control, percepción de control, auto eficacia, autoestima, sentido del optimismo (Morán C, 2010)

También hay que aclarar que al hablar de estrés psicológico hablamos de una relación particular entre la persona y su entorno. Esto significa que, según el modelo interactivo del estrés de Lazarus, cada persona puede reaccionar de forma diferente ante la misma situación

dependiendo de si ha vivido ya situaciones similares o no, su personalidad, sus valores sus características cognitivas y por supuesto su estilo de afrontamiento, activo, pasivo o evitativo. Esta primera reacción se llama valoración primaria de la situación y tiene como protagonista al origen del problema (Ministerio de sanidad, Gobierno de España, 2020).

Pasamos después a una valoración secundaria en la que se realiza un análisis de los recursos. En esta fase, si el análisis realizado tiene como resultado que la persona considera que tiene suficientes recursos como para afrontar el problema, el proceso de activación se relajará, disminuirá la tasa de respuesta y se volverá al estado de reposo. Si por el contrario, la persona considera que los recursos de que dispone no son suficientes, se inicia el proceso de activación. En esta fase es cuando se pueden producir síntomas como la ansiedad y problemas de salud física y mental, sobre todo cuando la persona considera que no es capaz de reducir la magnitud de las consecuencias, comienza a preocuparse por la aparición del cansancio, sobrevienen nuevos problemas o se prolonga la situación en el tiempo (Ministerio de sanidad, Gobierno de España, 2020).

Centrándonos de nuevo en el afrontamiento, se considera que es mejor el afrontamiento activo que el pasivo o el evitativo, así como el afrontamiento que se centra en la solución del problema y no en la reducción de los síntomas del estrés. En los momentos en los que no podemos hacer nada es mejor disminuir el afrontamiento activo, dejar de darle vueltas al problema y de hacer cosas que no están ayudando a resolverlo ya que todo el gasto de recursos es inútil y puede producir agotamiento y emociones negativas (Ministerio de sanidad, Gobierno de España, 2020).

Hay muchos modos de afrontar y no todos ellos son deliberados, ni siquiera voluntarios. Es el caso de los mecanismos de defensa, postulados por el psicoanálisis, pero estudiados también por la psicología objetiva, ya experimental (Zeller, 1950), ya dimensional o estructural (Byrne, 1974). Tales mecanismos constituyen modos de afrontamiento: modos "mecánicos", automatizados, a la manera de un resorte, como su mismo nombre y metáfora básica indica; afrontamiento, por otra parte, orientado a la emoción, a la propia ansiedad y desazón, más que al problema objetivo. Pero puede ampliarse y transformarse mucho la noción de "defensa" hasta abarcar asimismo la que se organiza frente a la realidad exterior, al peligro objetivo, al problema, e incluir no sólo mecanismos automáticos, sino también estrategias conscientes. Aparece así la idea y la práctica deliberada de las estrategias de afrontamiento. Muchas de ellas

son cognitivas, de manejo de la memoria, de la información, de atención selectiva. Las estrategias guardan relación con la toma de decisiones: no se afronta sin tomar decisiones, sólo que - como efecto lateral indeseado- tener que decidir suele ser, a su vez, una fuente de estrés (Fierro, 1997)

Lazarus y Folkman en 1986, quienes señalan que es objetivo cuando se define estrés como una reacción sin referirse a las características del individuo y se lo menciona como la relación entre un individuo y su entorno. De ahí que esta relación pueda ser evaluada como amenazante, de tal forma que sea desbordante al no poder utilizar los recursos desarrollados hasta el momento, lo que le conduce a poner en peligro su bienestar. Aquí, se debe tener en cuenta por un lado las características del entorno y por otro las del individuo (Vaca Narvaéz, 2016)

Es del todo acertada la correspondencia que Lazarus y Folkman en 1984 establecen entre estrés y afrontamiento: éste constituye la conducta apropiada y relativa al estrés. Como también comentan con acierto, la conducta relacionada con el estrés incluye, en realidad, dos géneros de respuesta. Una es la conducta "respondiente", que, a su vez, se compone, primero, de percepción no sólo del peligro, de la pérdida o el daño, sino también -si es correcto el precedente análisis- de la demanda (percepción y, además, "appraisal": apreciación, estimación, juicio); y, segundo, de reacción y alteración emocional. Otra es la conducta adaptativa específicamente relativa a la demanda y que asimismo se compone, a su vez, de dos elementos: una "reapreciación" del daño, pérdida, amenaza, pero también, por otro lado, de los propios recursos para hacerle frente; y una acción propiamente (una conducta instrumental operante), que trata de realizar los requeridos cambios en el entorno (Fierro, 1997, p. 10).

Afrontamiento es la respuesta adaptativa al estrés. Costa, Somerfield y McCrae en 1996 resaltan que debe distinguirse entre adaptación, término muy amplio que cubre la totalidad de la conducta, y afrontamiento, una especial categoría de adaptación en el individuo por circunstancias inusualmente abrumadoras. Lazarus y Folkman, lo formulan con una excelente definición, que basta reproducir aquí con algunas glosas propias entre paréntesis: "esfuerzos [actos, procesos] cognitivos y comportamentales constantemente cambiantes [adaptativos, flexibles] para manejar las demandas específicas externas o internas apreciadas como excedentes o que desbordan los recursos del individuo". Lo de "manejar" es sumamente genérico, pero certero (Fierro, 1997, p. 10).

En el afrontamiento no siempre se atienden las demandas objetivas, no siempre se resuelve la amenaza, se evita la pérdida o se disipa el daño; simplemente se les maneja hasta cierto punto, se "negocia" con la realidad, se reduce o mitiga hasta donde se puede. También hay afrontamiento en situaciones como la del "aterriza como puedas". El afrontamiento, en suma, entraña siempre la adquisición de un cierto "control" de la situación, pero un control que oscila (Fierro, 1997).

Por ello la presencia de diferentes tipos de afrontamiento dan lugar a diferencias efectos en el sujeto, Para Caballo y Anguiano en 2002 al referirse de igual forma sobre el Modelo Transaccional del estrés de Lazarus y Folkman, consideran que la parte principal está constituida por el afrontamiento que esta mediado por características personales ambientales y contextuales, al igual que de interrelación, y retoman la definición de que son esfuerzos cognitivos y conductuales, caracterizados por ser cambiantes, cuya finalidad es manejar la demandas tanto internas como externas, coinciden con Galán y Camacho al señalar que estas demandas son excedente a los recursos que posee el sujeto para hacer frente al estresor; por consiguiente, el afrontamiento se produce dependiendo de lo que un sujeto piensa y realiza (Vaca Narváez, 2016).

Cuando Folkman y Moskowitz en 2004 repasan los avances realizados en la investigación sobre afrontamiento en adultos, señalan los desafíos más importantes a los que los investigadores se tienen que enfrentar. Se trata de la clasificación de las estrategias o funciones del afrontamiento, así como también de problemas relacionados como son la medición y efectividad del afrontamiento.

Algunos de los instrumentos más utilizados y validados para identificar los estilos o estrategias de afrontamiento son los siguientes:

Folkman y Lazarus, creadores del modelo teórico de afrontamiento al estrés con mayor respaldo; quienes proponen el Inventario WOC (Ways of Coping Inventory), quienes afirman que el afrontamiento al estrés posee dos dimensiones; las estrategias centradas en el problema, que buscan dar fin al problema asociado al agente o situación estresor; y las estrategias centradas en la emoción, que buscan disminuir o erradicar ese malestar emocional producido por la situación estresante.

Carver, Scheier y Weintraub proponen el Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE), uno de los instrumentos más destacados a nivel mundial, con

múltiples traducciones y adaptaciones en idioma inglés y español, amplían el concepto de Lazarus y Folkman y adicionan “otros tipos de afrontamiento” a las dimensiones de afrontamiento al estrés, debido a que existían estilos que no guardaban coherencia ni pertenecían a las dimensiones de afrontamiento enfocado en el problema y afrontamiento enfocado en la emoción.

Para evaluar específicamente las estrategias de afrontamiento, Tobin et al. (1989) propone el Inventario de Estrategias de Afrontamiento (CSI) que identifica los niveles de utilización de estrategias de afrontamiento, permitiendo establecer cuáles son las más y menos usadas por las personas.

Moos, otro investigador sobre el constructo de interés, propone el Inventario de Respuestas de Afrontamiento (CRIA), que identifica como es la respuesta ante un momento de estrés, pudiendo la persona analizar lógicamente, revalorizar la situación de forma positiva, buscar orientación y apoyo, buscar resolver directamente el problema, evitar pensar en el problema, acepta y resignarse ante el agente estresor, buscar gratificaciones que disminuyan la perturbación emocional, buscar otras alternativas, o descargar las emociones negativas mediante múltiples modalidades.

El instrumento dirigido específicamente para una población adolescente, es el creado por Freudemberger y Lewis, la Escala de afrontamiento para adolescentes (ACS), que evalúa las estrategias utilizadas por los adolescentes para abordar el estrés, cuyas dimensiones guardan coincidencias con el propuesto por Sandín y Chorot (2003), llamado Cuestionario del Afrontamiento del Estrés (CAE), que evalúa los estilos de afrontamiento ante una situación de estrés.

Por último, para una población de pacientes que han sido diagnosticados de cáncer, existe un instrumento construido únicamente para evaluar la capacidad de afrontamiento ante tan lamentable noticia; el Cuestionario de Afrontamiento al Estrés para pacientes, creado por González en el 2004; el autor propone las dimensiones: Enfrentamiento y Lucha Activa, Autocontrol y de Control Emocional, Búsqueda de Apoyo Social, Ansiedad y Preocupación Ansiosa, Huida y Distanciamiento, Negación (Encinas O, 2019).

La versión original del Ways of Coping (WOC) se desarrolló como medición general del afrontamiento, era el Ways of Coping Checklist (Folkman & Lazarus, 1980) que evaluaba con 68 ítems una variedad de estrategias de afrontamiento cognitivas y conductuales, con dos

respuestas alternativas (sí y no). Estos 68 ítems los generaron los autores a partir de la literatura sobre el tema y por deducción de su propia teoría. Los ítems así elaborados fueron clasificados en dos escalas: en la primera estaban las estrategias centradas en la resolución del problema y, en la segunda, las centradas en regular el malestar emocional ante la situación problemática. El instrumento fue revisado sucesivamente. Los estudios de validez y fiabilidad fueron realizados en la mitad de la década de 1980. Las propiedades psicométricas del cuestionario eran muy limitadas, ya que se basaban en varios estudios realizados con la primera versión del instrumento, que ya no está en uso. A esta primera versión del WOC se le hicieron sucesivas revisiones (Folkman & Lazarus, 1984) el cuestionario quedó con 66 ítems (Morán C, 2010).

Posteriormente, se volvió a revisar en 1985, 1986 y finalmente en 1988. La última versión tiene 50 ítems (Folkman & Lazarus, 1988) y se le realizaron algunos cambios de estilo, así como la eliminación de ítems con menor peso en cada factor. Existen estudios sobre esta versión que ponen en duda la estabilidad de su estructura factorial (Morán C, 2010).

Siguiendo el modelo teórico del estrés de Lazarus, otros investigadores (Carver, Scheier & Weintraub, 1989) propusieron el COPE como alternativa al Ways of Coping. El COPE pretende ser un instrumento más preciso en la formulación de los ítems, así como ampliar el número de áreas a evaluar, incluyendo algunas que no estaban en el anterior (Morán C, 2010).

Aunque existen otros tipos propuestos por otros autores, en este tema, se dará énfasis a los postulados por Carver, Scheier & Weintraub (1989), el COPE es un inventario multidimensional, desarrollado por Carver y colaboradores, para evaluar las diferentes formas de respuesta ante el estrés, está formado por 5 escalas que miden aspectos que pueden ser considerados como afrontamiento centrado en la emoción (búsqueda de apoyo social emocional, reinterpretación positiva, aceptación, negación, volver a la religión); y tres escalas miden respuestas de afrontamiento que posiblemente son menos utilizadas (deshago emocional, desconexión emocional, desconexión mental) (posteriormente se añadieron uso de drogas y alcohol y humor). De esta manera, en su versión final queda un instrumento de 60 ítems y 15 escalas (Morán C, 2010).

Más adelante Carver (1997) presenta una versión abreviada del anterior COPE, que es utilizada en investigaciones relacionadas con la salud. Es el *Brief* COPE, que consta de 14 subescalas, de dos ítems cada una. Esta versión abreviada omite dos subescalas del COPE completo (supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento) ya que no fue

confirmada su validez en los trabajos previos. Otras tres subescalas fueron ligeramente reenfocadas debido a que habían demostrado ser problemáticas en los estudios precedentes. A la subescala originalmente denominada reinterpretación positiva y crecimiento, se le denomina solamente reinterpretación positiva. Finalmente, la subescala llamada humor, no forma parte del inventario original COPE y fue añadida por Carver, porque se consideró que era evidente la importancia de esta respuesta (Morán C, 2010).

COPE-28 es la versión española del Brief COPE de Carver (1997) realizada por Morán y Manga. Es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre "En absoluto " a "mucho" con puntuaciones intermedias. Así mismo, estas escalas forman parte de 3 dimensiones, las cuales son:

- Estrategias de afrontamiento enfocado en el problema
 - Afrontamiento activo
 - Planificación
 - Apoyo Instrumental
 - Reinterpretación positiva
 - Aceptación
 - Humor
 - Desconexión Conductual
- Estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción
 - Desahogo
 - Uso de apoyo social
- Estrategias de afrontamiento por evitación
 - Negación
 - Religión
 - Uso de sustancias
 - Auto inculpación
 - Auto distracción

La calificación del instrumento se define sumando los puntajes y aquellas dimensiones que tenga el mayor puntaje será la predominante.

Algunas investigaciones realizadas en Latinoamérica, fueron aplicadas con éxito usando el cope 28, por mencionar a algunas esta la investigación de Angles (2020) titulada “Estrés y estrategias de afrontamiento de personal de salud en el servicio de emergencias del hospital de Juliaca, Puno” en donde se concluye que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las enfocadas al problema, seguido de la emoción y otros estilos. (Angles Loza & Yanapa Pancca, 2021).

Así mismo la investigación de Vargas (2021) titulada “Estrés laboral y estrategia de afrontamiento de personal del centro de salud Metropolitano, Tacna-2021”, observa que en la dimensión centrada en el problema es medianamente utilizada en un 91% de personal frente a un 60% y 46% en las dimensiones centrada en la emoción y evitativo respectivamente (Vargas Prado & Condori Acero, 2022).

CAPÍTULO IV.
DISEÑO METODOLÓGICO

CAPÍTULO IV. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 ÁREA AL CUÁL PERTENECE LA INVESTIGACIÓN

El área de la psicología en la que se encuentra enmarcada la presente investigación es el de la psicología clínica, puesto que el centro de estudio es un grupo de personas de un determinado sector (hospital) y como ciertas variables como el estrés laboral (Burnout), bienestar psicológico y las estrategias de afrontamiento influyen en la estabilidad psicológica, física, social y laboral.

Como lo define Lightner Witmer (1912), la psicología clínica es aquella que utiliza métodos que están necesariamente involucrados siempre que el estado de la mente del individuo se determine por la investigación, observación, experimentación y por tratamientos pedagógicos aplicados para producir un cambio, es decir para el desarrollo de la mente.

4.2 TIPIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación se puede tipificar de la siguiente manera:

Según el propósito es de tipo **teórico**, teniendo como intención aportar con información actualizada sobre el tema, ante el poco conocimiento del mismo, además colaborar con datos estadísticos que servirán de guía a futuros investigadores que pretendan realizar intervenciones en la institución mencionada.

Según Cerezal y Fiallo en 2005, indican que: el conocimiento teórico es aquel que, el hombre analiza, sintetiza, generaliza; extrae conclusiones sobre la esencia y los vínculos internos de los procesos, hechos y fenómenos, para explicarlos y descubriendo las leyes que los rigen y poder agruparlos en un sistema único que son las teorías.

Según la profundidad es de tipo **exploratorio**, debido a que es un trabajo poco estudiado, si bien existen investigaciones similares a nivel nacional, en la revisión bibliográfica que se realizó no se encontró estudios a nivel local siendo este un tema de actualidad y que cobra importancia por la magnitud del caso.

El autor Fidas G Arias en 2012, define: "la investigación exploratoria es aquella que se efectúa sobre un tema u objeto desconocido o poco estudiado, por lo que sus resultados

constituyen una visión aproximada de dicho objeto, es decir, nivel superficial de conocimientos".

Según el resultado es un estudio de tipo **descriptivo** por que investiga la presencia y niveles de ciertas variables y cómo estas influyen en determinada población. Con los datos recabados se pudo analizar los niveles de cada una de las dimensiones y realizar su respectiva descripción.

El autor Fidias G Arias, define: "la investigación descriptiva consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo con el fin de establecer su estructura o comportamiento. Los resultados de este tipo de investigación se ubican en un nivel intermedio en cuanto a la profundidad de los conocimientos se refiere.

Según el método de investigación es **cuantitativo**, es decir, para la recopilación y análisis de datos se realizó a través de técnicas cuantitativas por ello se hizo uso de test psicológicos, tanto cuestionarios como escalas.

El Método cuantitativo es aquel que utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas, comportamientos y probar teorías (Hernández Sampieri, 2014).

Según el tiempo de estudio es un estudio **transversal** puesto que el recojo de información, descripción de variables y análisis de resultados se realizaron en un determinado momento.

Para Sampieri en 2003, refiere que el diseño no experimental se divide tomando en cuenta el tiempo durante el cual se recolectan los datos, estos son: diseño transversal, donde se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único, su propósito es describir variables y su incidencia de interrelación en un momento dado, y el diseño longitudinal, donde se recolectan datos a través del tiempo en puntos o periodos, para hacer inferencias respecto al cambio, sus determinantes y sus consecuencias.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

4.3.1 Población:

La población es la totalidad del objeto de estudio, por lo tanto, la totalidad de la población según los datos proporcionados por el Jefe de Recursos Humanos, Lic. Gonzalo R.

Ríos León, la cantidad de médicos que trabajan en el Hospital Regional San Juan de Dios es de 242.

De estos 221 son médicos especialistas y 21 médicos generales.

Las variables de inclusión son:

- Médicos activamente trabajando en el HRSJDD de la ciudad de Tarija
- Médicos que tengan la voluntad e interés pleno en participar de la investigación.
- Sexo: Hombres y mujeres
- Grado académico: Titulados en Medicina

Las variables de exclusión son:

- Personal administrativo y de servicios generales
- Personal que no corresponda al profesional de medicina (enfermeras, farmacéuticas, etc.)
- Médicos que no cuenten con un contrato o convenio con la institución
- Médicos en receso o que se encuentren fuera de la provincia Cercado o Tarija.

4.3.2 Muestra: En la presente investigación se analizó estadísticamente la población para que la muestra sea representativa y los datos recabados muestren un óptimo nivel de confianza (90%) se estableció como muestra un total de 53 médicos

Fórmula utilizada:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$
$$n = \frac{1,645^2 * 0,5 * 0,5 * 242}{(242 - 1) * 0,1^2 + 1,645^2 * 0,5 * 0,5}$$
$$n = \frac{163,7145125}{3,08650625}$$

n= 53, 04

n= 53 médicos

4.3.3 Tipo de muestreo:

Probabilístico: Se basa en el principio de equiprobabilidad, esto quiere decir que todos los individuos de la muestra seleccionada, tendrán las mismas probabilidades de ser elegidos, Todos los médicos (242) que laboran en la institución podrán ser elegidos para el recojo de información hasta llegar al total de la muestra prevista (53).

4.4 MÉTODOS, TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

4.4.1. Métodos:

Según el tipo de razonamiento ex mpleado para sacar las conclusiones la investigación se utilizó el **método inductivo**. Es aquel método científico que obtiene conclusiones generales a partir de premisas particulares, en el presente trabajo en su primera etapa se realizó la observación del tema a tratar, posteriormente establecer una hipótesis y a través de diversos instrumentos recopilar datos para corroborar la hipótesis planteada.

Francis Bacon , citado por Dávila (2006), fue el primero que propuso la inducción como un nuevo método para adquirir conocimientos, afirmaba que para obtener conocimiento es imprescindible observar la naturaleza, reunir datos particulares y hacer generalizaciones a partir de ellos, según Bacon, las observaciones se hacían sobre fenómenos particulares de una clase y luego a partir de ellos se hacían inferencias de la clase entera Los pasos son estos: 1) observación, 2) formulación de hipótesis, 3) verificación, 4) tesis, 5) ley y/o teoría.

Según el grado de manipulación de las variables es un estudio de método **no experimental**, porque no se pretende manipular ninguna de las variables sino abordarlas desde su estado natural.

Según Hernández, Fernández y Baptista, (2010, p. 149) la investigación no experimental, consiste en estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que sólo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos

Según el procedimiento para la recolección de los datos, se utilizó **test psicológicos estandarizados**. Son aquellos que poseen validez y confiabilidad, como ser el cuestionario MBI de Maslach, Escala de Bienestar psicológico de Carol Ryff (adaptado) y El Cuestionario de afrontamiento al estrés de afrontamiento Cope 28 de Carver.

4.4.2. Técnicas:

Se utilizaron técnicas cuantitativas.

En cuanto a las técnicas *cuantitativas*, en la presente investigación se utilizaron tanto cuestionarios y escalas como: El Cuestionario MBI de Maslach (Burnout), la Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y el Cuestionario de Estrategias de afrontamiento COPE-28.

4.4.3. Instrumentos:

1. Cuestionario MBI de Maslach

Título completo del test: Maslach Burnout Inventory (MBI)

Autor: Cristina Maslach y Jackson

Versión y año: 1981

Técnica: Individual

Materiales: Hoja de protocolo y bolígrafo.

Tipo y tiempo de aplicación promedio: 10 a 15 minutos

Objetivo definido por el autor: Este test pretende medir la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout, su función es medir el desgaste profesional, los sentimientos personales, actitudes del profesional en su trabajo y hacia las personas que se debe atender, todo ello se realiza teniendo como parámetro tres dimensiones del síndrome de Burnout: Agotamiento emocional, Despersonalización y Realización personal.

Breve historia de creación y baremación del test:

El Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson, es un instrumento conformado por 22 ítems, que valoran en una escala de frecuencia de siete grados, los tres síntomas o dimensiones que definen el burnout que, según definen estas autoras, son Agotamiento Emocional (en adelante AE), Despersonalización (en adelante DP) y baja Realización Personal (RP).

En su versión original, la escala para valorar los ítems constaba de dos formas, una de frecuencia y otra de intensidad, donde el individuo debía contestar a cada ítem a partir de preguntas relativas a sentimientos y pensamientos relacionados con el ámbito de trabajo y su desempeño habitual en éste. Sin embargo, en la versión de 1986 no se presenta la forma de intensidad porque Maslach y Jackson consideraron que ambas formas se solapaban, disponiendo como correlación la más alta entre ambas dimensiones de evaluación ($r = 0,73$ con una media

de $r = 0,56$). La razón de mantener el formato de frecuencia es por su similitud con el utilizado en otras medidas de tipo autoinforme, de actitudes y sentimientos.

La primera versión del instrumento fue desarrollada por Maslach y Jackson, en 1981, y la segunda versión, en 1986, esta última es la que se utiliza largamente en las diferentes investigaciones pues se encuentra traducida al castellano, para que el MBI tuviera forma hubo de pasar ocho años de estudio y análisis. Originalmente el MBI en su versión de 1981 estaba conformado por 25 ítems distribuidos en cuatro escalas, las tres anteriormente expuestas y otra denominada “Implicación con el trabajo”, siendo ésta eliminada en la nueva versión de 1986, quedándose definitivamente establecido en 22 el número de ítems.

En los ochenta se postulaba que el MBI se había aplicado en más del 90% en todos los estudios empíricos del fenómeno en el mundo, postulado que vislumbra que este instrumento, sin lugar a dudas, es el más importante en la medición de este complejo fenómeno psicología.

Validez y confiabilidad: es el instrumento más utilizado en todo el mundo, esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%.

Schaufeli y Martínez en 2002, examinaron las características psicométricas del MBI en muestras de 1661 estudiantes de tres países: España, Portugal y Holanda. Los resultados mostraron, en los tres países, una estructura factorial de tres factores que se ajustaba perfectamente a la esperada (agotamiento, despersonalización y realización personal) con buenos niveles de confiabilidad (agotamiento, entre 0.74 y 0.80 dependiendo del país; despersonalización, entre 0.79 a 0.86 y realización personal entre 0.67 y 0.76).

Escala de presentación de los resultados:

El test mide la frecuencia y la intensidad con la que se sufre el Burnout, La escala de respuesta de los ítems del MBI se expresan en términos de la medida de frecuencia seleccionada en una escala del 0 al 6 (tipo Liker) en donde Nunca: 0 Pocas veces al año o menos: 1. Una vez al mes o menos: 2 Algunas veces al mes: 3 Una vez a la semana: 4 Pocas veces a la semana: 5 Diariamente: 6

Las dimensiones de la variable son de la siguiente manera:

1. Área de agotamiento o cansancio emocional. Consta de 9 preguntas (1, 2, 3, 6, 8, 13, 14,16, 20.) un puntaje es mayor a 27 puntos indica presencia de Burnout
2. Área de despersonalización. Está formada por 5 ítems (5, 10, 11, 15, 22.). puntaje es mayor a 10 puntos indica presencia de Burnout

3. Área de realización personal. Se compone de 8 ítems (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21.) puntaje es menor a 33 puntos indica presencia de Burnout

Escala:

Puntuaciones altas en los dos primeros y baja en el tercero definen el síndrome.

Agotamiento	Despersonalización	R. Personal
0 – 18 Bajo	0 – 5 Bajo	0– 33 Bajo
19 – 26 Medio	6 – 9 Medio	34 – 39 Medio
27 – 54 Alto	10 – 30 Alto	40 – 56 Alto

2. Escala de Bienestar Psicológico de Ryff (EBP)

Título completo del test: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff

Autor: Carol Ryff 1995

Versión y año: Versión adaptada por van Dierendonck, 2004 y traducida al español por Díaz, Rodríguez, Blanco, Moreno, Gallardo, Valle y van Dierendonck, 2006.

Técnica: Individual

Materiales: Hoja de protocolo y bolígrafo

Tipo y tiempo de aplicación promedio: 20 min aproximadamente

Objetivo definido por el autor: Determinar el nivel de bienestar psicológico mediante una escala.

Breve historia de creación y baremación del test: Escala de Bienestar Psicológico de Ryff adaptada por Van Dierendonck, traducida al español por Díaz.

La escala muestra juicios particulares de evaluación de una adecuada actividad psicológica, en contraste al foco tradicional de la psicología clínica que ha sido la patología y el malestar. Esta escala mide seis propiedades positivas del bienestar psicológico, que esta autora constituyó de acuerdo con las discusiones teóricas sobre los requerimientos cumplidos, motivaciones y propiedades que describen a un ser humano en íntegra salud mental. Por tal

razón esta escala puede ser aplicada en el ámbito clínico, organizacional, educativo e investigación.

Evalúa seis dimensiones del bienestar, cuenta con 39 ítems en escala Likert de 6 puntos (1=totalmente en desacuerdo y 6=totalmente de acuerdo). En la versión utilizada se conservan las seis sub-escalas originales del test. Estas sub-escalas son: I.- Auto aceptación, II.- Relaciones Positivas, III.- Autonomía, IV.- Dominio del entorno, V.- Propósito en la vida, VI. - Crecimiento Personal.

Validez y confiabilidad: La escala de Bienestar psicológico cuenta con valores de validez y fiabilidad óptimos, por ello es uno de los instrumentos más utilizados.

La consistencia interna (medida con Alfa de Cronbach) de las sub-escalas de Bienestar Psicológico de la versión española es la siguiente: Autoaceptación= 0.83, Relaciones positivas= 0.81, Autonomía= 0.73, Dominio del entorno= 0.71, Propósito en la vida= 0.83 y Crecimiento personal= 0.6815.

Escala de presentación de los resultados.

Esta escala está compuesta por 39 ítems a los que los participantes responden utilizando un formato de respuesta tipo Likert con puntuaciones comprendidas entre 1(totalmente en desacuerdo) y 6 (totalmente de acuerdo), para un total de 234 puntos como máximo. Puntuaciones mayores de 176 en el total señalan un BP elevado; entre 141 y 175 BP alto; entre 117 y 140 puntos BP moderado; e inferiores a 116 puntos BP bajo. Además del puntaje global es posible efectuar análisis en cada dimensión para considerar la predominancia de los afectos positivos sobre los afectos negativos, por cuanto el bienestar psicológico es un constructo multidimensional que comprende diferentes elementos de orden emocional y cognitivo, estas dimensiones son:

- Autoaceptación*
- Relaciones positivas*
- Autonomía*
- Dominio del entorno*
- Propósito en la vida*
- Crecimiento personal*

3. Cuestionario de Estrategias de afrontamiento COPE-28

Título completo del test: Cuestionario de modos de afrontamiento del estrés (COPE).

Autor: Charles Carver, Michael Scheier y Jagdish Weintraub

Versión y año: 1989

Nombre versión adaptada: Cuestionario de Estrategias de afrontamiento COPE-28

Autor: Consuelo Morán y Dionisio Manga.

Versión y año: 2010

Técnica: Individual

Materiales. Hoja de protocolo y bolígrafo

Tipo y tiempo de aplicación promedio: 10 minutos

Objetivo definido por el autor: Su finalidad es evaluar las diferentes maneras en que las personas responden al estrés.

Breve historia de creación y baremación del test: El Inventario Multidimensional de Estimación del Afrontamiento (COPE, por las siglas en inglés de Coping Orientation to Problems Experienced) es un instrumento creado para evaluar las diferentes maneras en que las personas responden al estrés. Actualmente es considerada una de las principales herramientas para identificar los estilos de afrontamiento.

La prueba COPE tiene distintas versiones, la original es de 52 ítems que se organizan alrededor de 13 escalas. Carver (1997) presenta una versión abreviada que se utiliza en investigaciones relacionadas con la salud: el Brief COPE, que consta de 14 subescalas, de dos ítems cada una; omite dos subescalas del COPE completo (supresión de actividades distractoras y refrenar el afrontamiento) ya que su validez no fue confirmada en trabajos previos. Otras tres subescalas fueron ligeramente reenfocadas debido a que se presentaron problemas en estudios precedentes; a la subescala originalmente denominada “reinterpretación positiva y crecimiento”, se le denomina solamente “reinterpretación positiva”; finalmente, la subescala “humor”, no forma parte del inventario original COPE y fue añadida por Carver por considerarla de evidente importancia.

Validez y confiabilidad: El Brief Cope cuenta con diversos estudios de adaptación y validación en la población española y latinoamericana, destaca entre ellas, la investigación realiza por Morán, Leandro y González quienes realizaron el estudio con 260 sujetos.

La versión abreviada del Cuestionario COPE-28, posee propiedades psicométricas adecuadas, con una fiabilidad interna medida por el alfa de Cronbach que oscila entre 0.58 a 0.93. Asimismo, la correlación entre los ítems de cada sub escala, resultaron positivas y significativas.

Escala de presentación de los resultados: Es un inventario de 28 ítems y 14 subescalas que se responde en una escala ordinal tipo Likert de 4 alternativas de respuesta (de 0 a 3), entre "En absoluto " a "mucho" con puntuaciones intermedias.

El cuestionario está conformado por 14 escalas cada uno con 2 preguntas sumando un total de 28 ítems, cada ítem puede responderse con 4 opciones de respuesta y el puntaje mínimo de cada una es 0 y un máximo de 3, por ello cada estrategia tendrá valores entre 0 a 6 puntos. De esta manera se reconocerá, por los puntajes más elevados en cada estrategia, la predominancia de cada una de ellas frente al estrés.

Las dimensiones básicas del instrumento son:

- Estrategias de afrontamiento enfocado en el problema:

Afrontamiento activo, planificación, apoyo instrumental, reinterpretación positiva, aceptación, humor, desconexión conductual

- Estrategias de afrontamiento enfocado en la emoción:

Desahogo, uso de apoyo social

- Estrategias de afrontamiento por evitación:

Negación, religión, uso de sustancias, auto inculpación, auto distracción

El puntaje mayor de alguna de esas dimensiones indica el predominio de la misma ante situaciones estresantes

4. Guía de Entrevista

Título completo: Apoyo para el análisis de datos (Entrevista semidirigida)

Objetivo: Su finalidad es recopilar información que no se obtuvo con las respuestas de los cuestionarios, busca información acerca de los sentimientos y emociones que presentan los médicos sobre las variables de la investigación; Burnout, bienestar psicológico y modos de afrontamiento; esto únicamente para obtener una información de primera mano de los sujetos de investigación y así sea posible redactar una mejor conclusión y por qué no, las respectivas recomendaciones.

Autor: Burgos Adriana

Versión y año: 2022

Técnica: Individual

Materiales. Hoja de entrevista y bolígrafo

Tipo y tiempo de aplicación promedio: 10 a 15 minutos

(Ver anexos)

4.5 PROCEDIMIENTO

1. **Revisión bibliográfica:** Como primer paso de esta investigación, se realizó la revisión bibliográfica correspondiente para estar informado sobre el tema a tratar; se investigaron las variables de estrés, burnout, métodos de afrontamiento y si estas hubiesen sido investigadas previamente.
2. **Recolección de datos estadísticos:** En un segundo momento se realizó el acercamiento a la institución, en donde se desarrolló la investigación siendo este el Hospital de 3er nivel San Juan de Dios para obtener el permiso correspondiente y cumplir dicho objetivo. Posterior a ello, se llevó a cabo la recolección de datos estadísticos de la población con la cual se trabajó, siendo estos los médicos del hospital.
3. **Selección de instrumentos:** A través de una segunda revisión bibliográfica se realizó la selección de instrumentos para medir las variables establecidas, los instrumentos se identifican como: el Cuestionario MBI de Maslach y Jackson, Escala de Bienestar Psicológico de Ryff y el Cuestionario de afrontamiento al estrés COPE 28 de Carver, Sheier y Weintraub.
4. **Prueba piloto:** Realizando una revisión el proyecto planteado y hacer pequeños ajustes se procedió en el mes de marzo con la aplicación de una prueba piloto, esto con el fin de saber si los instrumentos pueden ser trabajados con la población ya designada
5. **Recojo de la información:** Siendo la prueba piloto aplicada con éxito, se procede a la recolección de datos completa con toda la población o muestra con la que se estableció trabajar en la investigación; el proceso se desarrolló alrededor de dos meses.
6. **Procesamiento de la información:** Inmediatamente cuando se terminó de recolectar los datos se empezó el procesamiento y análisis estadístico de los mismos, para un control ordenado de la información.

7. **Redacción del informe final:** Finalmente en los meses de julio hasta octubre se realizó la redacción del informe final y todo el protocolo que conlleva dicha investigación.

4.6 CRONOGRAMA

ACTIVIDAD	GESTION 2022				GESTION 2023										
	Ag	Sep	Oct	Nov	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ag	Sep	Oct	Nov	
Revisión bibliográfica	X					X									
Recolección de datos estadísticos		X													
Selección de instrumentos		X	X												
Prueba piloto						X									
Recojo de la información							X	X							
Procesamiento de la información									X	X					
Redacción del informe final												X	X		

**CAPÍTULO V.
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE
RESULTADOS**

CAPÍTULO V
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

5.1 DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Las características generales de la muestra estudiada son las siguientes:

Cuadro N°1

Sexo

<i>SEXO</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Masculino</i>	27	51%
<i>Femenino</i>	26	49%
TOTAL:	53	100%

En relación a la variable muestra que el 51% de los médicos son de sexo masculino y el 49% restante son del sexo femenino.

Cuadro N°2

Edad

<i>EDAD</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>De 25 a 29 años</i>	9	17%
<i>De 30 a 39 años</i>	29	55%
<i>De 40 a 49 años</i>	12	23%
<i>De 50 en adelante</i>	3	5%
TOTAL:	53	100%

En relación a la variable edad, muestra que el 54% de los médicos tienen entre 30 a 39 años de edad, un 21% tiene entre 40 a 49 años de edad, un 18% tiene entre 20 a 29 años de edad y un 7% de médicos tiene más de 50 años.

Cuadro N°3

Años que trabaja en la institución

<i>AÑOS</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Menos de un año</i>	4	8%
<i>De 1 a 5 años</i>	35	66%
<i>De 6 a 10 años</i>	7	13%
<i>De 11 en adelante</i>	7	13%
TOTAL:	53	100%

En relación a la variable sobre la antigüedad en el trabajo, los datos muestran que el 66% de los médicos llevan trabajando entre 1 a 5 años en el hospital, un 13% tiene entre 6 a 10; un 13% del personal lleva más de 11 años y un 8% de médicos tiene menos de un año trabajando en el hospital.

5.1 PRIMER OBJETIVO ESPECÍFICO

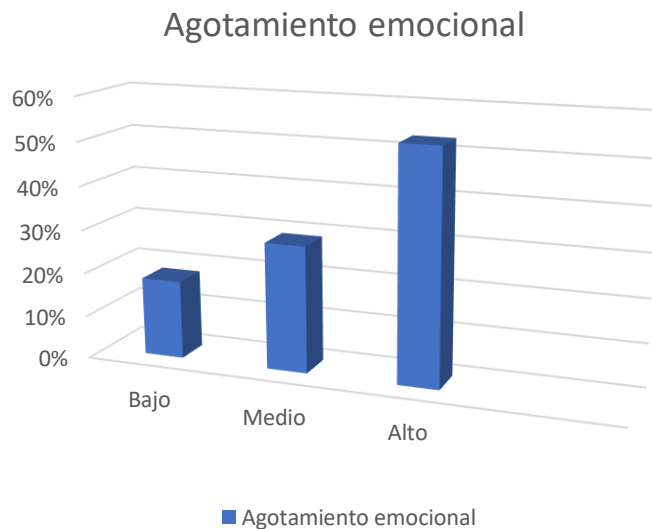
El primer objetivo específico es “Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en médicos del HRSJDD”, para el recojo de información se utilizó el Cuestionario “Maslach Burnout Inventory (MBI)” de la autora Christina Maslach y Susan Jackson (1981). A continuación, se presentan los siguientes resultados:

Cuadro N°4

Agotamiento emocional

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Bajo</i>	10	19%
<i>Medio</i>	15	28%
<i>Alto</i>	28	53%
TOTAL:	53	100%

Gráfico 1



En el cuadro 4 y gráfica 1 correspondiente al agotamiento emocional se puede observar que el 53% de médicos presentan un nivel alto, el 29% un nivel medio y el 18% se encuentra en un nivel bajo, entendiendo el agotamiento emocional como el sentirse cansado, agotado tanto físico, psicológico y emocionalmente, lo que se expresa en la sensación de “no poder dar más de sí mismo” a los beneficios de su profesión (Guillén Gestoso, Guil Bozal, & Mestre Navas, 2000). Esto quiere decir que es un estado de inconformidad consigo mismo respecto a su trabajo y las actividades que realiza, por consiguiente, tendría repercusiones y se manifestarían en el

ambiente laboral, ya sea con menor rendimiento, mayor irritabilidad, reduce la socialización, menor empatía con los demás, etc. Si bien en este apartado se refiere al agotamiento emocional y no al agotamiento físico, es importante reconocer que ambos están ligados, por ello, el tema del horario de trabajo que para muchos es agotador también cobra importancia, el personal de salud, en especial los médicos, deben cumplir turnos día y noche o en algunos casos ambos, y el horario de descanso muchas veces no es suficiente para recuperar la energía necesaria para cumplir nuevamente las funciones al día siguiente. De esta manera influye en el ámbito psicológico de los médicos, siendo su tiempo de descanso limitado impide que puedan realizar actividades que le favorezcan emocionalmente.

Por lo tanto, el porcentaje más elevado indica que los médicos consideran estar altamente agotados emocionalmente, el 28% siguiente indica estar medianamente agotados emocionalmente, es decir, cumplen con las funciones y exigencias de su trabajo, pero estas no influyen de gran manera en sus emociones negativas o su desempeño laboral.

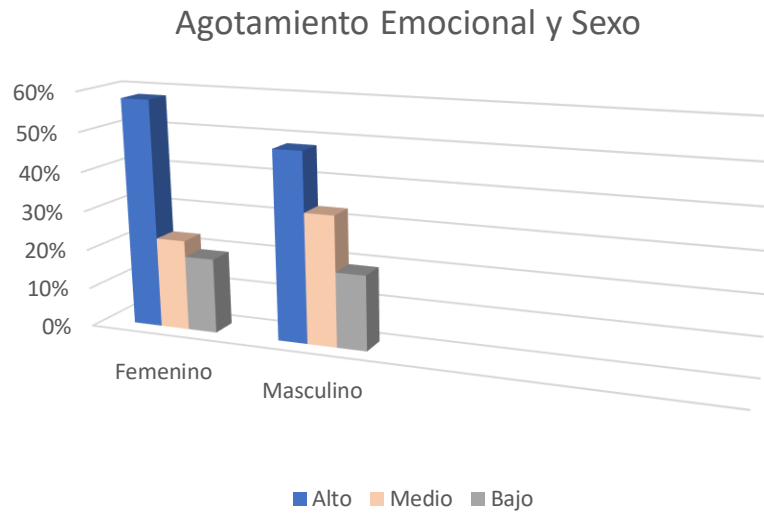
Por último, el 19% de los médicos no perciben estar agotados emocionalmente, por ello se encuentran en un nivel bajo, siendo esto importante porque es un indicador que este porcentaje puede desarrollarse de mejor manera en las actividades que corresponden a su trabajo.

Cuadro N°5

Agotamiento emocional y sexo

<i>Nivel</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	
	F	P	F	P
<i>Bajo</i>	5	19%	5	19%
<i>Medio</i>	6	23%	9	33%
<i>Alto</i>	15	58%	13	48%
TOTAL:	26	100%	27	100%

Gráfico 2



En el cuadro 5 y gráfica 2 correspondiente al agotamiento emocional en relación con el sexo podemos observar que el 58% de médicos del sexo femenino presentan un nivel alto frente a un 48% de médicos de sexo masculino, siendo esta una tendencia esperada de acuerdo a resultados de previas investigaciones, el sexo femenino es más propenso a estar más agotado emocionalmente.

Muchas investigaciones coinciden en que existe mayor prevalencia de agotamiento emocional en el sexo femenino, por mencionar la investigación de Jovany F. Terrones (2015), titulada “Síndrome de burnout en médicos residentes del Hospital General de Durango, México” coincide en que, en la esfera de agotamiento emocional, las mujeres representaron el mayor puntaje (Terrones Rodríguez, Cisneros Pérez , & Arreola Rochab, 2015). Así también en la investigación Irma Castillo A. titulada “Síndrome de Burnout en el personal médico de una institución prestadora de servicios de salud de Cartagena de Indias” (2015), indica que las mujeres reportan un mayor agotamiento emocional y menor realización personal. (Castillo Ávila, Orozco, & Alvis, 2015).

Como menciona Baquero en su investigación titulada " Síndrome de Burnout: ¿Es el género femenino más propenso a padecerlo? (2021), "La sobrecarga de responder por muchas tareas y la presión de que éstas marchen bien de forma sincrónica para que ningún aspecto se desestabilice genera una presión, en el responsable de estas tareas que por lo general y de

acuerdo a factores culturales como sociales son las mujeres que trabajan y asumen a su vez como amas de casa, respondiendo por muchos" (Baquero & Arroyave, 2021).

Factores como un ambiente laboral incomodo, exceso de tareas y obligaciones, así como crianza de los hijos pueden ser algunos motivos por los cuales el sexo femenino tiende a estar mucho más propenso a desarrollar mayor cansancio emocional, además, la auto exigencia de sí mismas, es un aspecto que siempre resaltan no solo en el servicio médico sino en todas las áreas de trabajo en las que se pueda desarrollar.

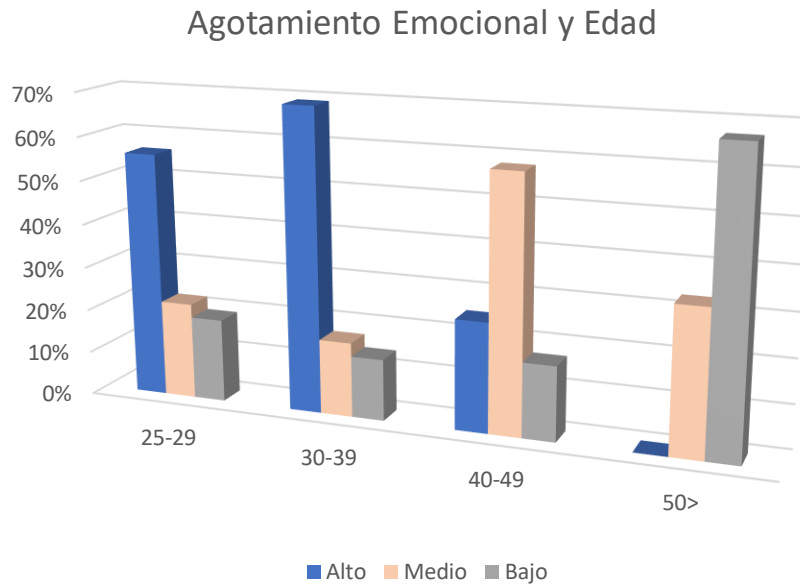
Si bien el porcentaje que corresponde a los varones es menor, eso no significa que estén exentos de sufrir el agotamiento emocional, por el contrario, es un 48% de sujetos que califica en esta dimensión y no es una cifra pequeña, por lo tanto, también se debe considerar que el agotamiento en esta población puede llegar a influir en el normal desempeño de su trabajo.

Cuadro N°6

Agotamiento Emocional y Edad

<i>Nivel</i>	<i>25 a 29 años</i>		<i>30 a 39 años</i>		<i>40 a 49 años</i>		<i>50 en adelante</i>	
	F	P	F	P	F	p	F	P
<i>Bajo</i>	2	22%	4	14%	2	17%	2	67%
<i>Medio</i>	2	22%	5	17%	7	58%	1	33%
<i>Alto</i>	5	56%	20	69%	3	25%	0	0%
TOTAL:	9	100%	29	100%	12	100%	3	100%

Gráfico 3



En el cuadro 6 y gráfica 3 correspondiente al agotamiento emocional en relación a la edad podemos observar que el 69% de médicos entre las edades de 30 a 39 años presentan niveles más altos, es decir, se encuentran más agotados emocionalmente, mientras que en los médicos con más de 50 años presentan ausencia de agotamiento emocional, esto se puede explicar porque los médicos más jóvenes tienen muchas más presiones para cumplir ya que se encuentran en búsqueda de mejorar su vida laboral, profesional, personal y familiar, mientras que los médicos de mayor edad ya han adquirido mucha experiencia y conocimiento para desenvolverse de manera más efectiva y relajada en muchos ámbitos de su trabajo.

Estos datos coinciden con anteriores trabajos realizados, siendo el caso de la investigación de Sos Tena (2002), donde menciona lo siguiente: “La edad parece desempeñar un papel moderador, de manera que a más edad se evidenció un menor nivel de burnout, quizás porque el trabajador, según avanzan los años, adquiere una mayor seguridad en las tareas que desempeña y se hace menos vulnerable al estrés laboral. La experiencia de "quemarse" se da con mayor frecuencia en los jóvenes recién incorporados a su nuevo empleo. Estos sujetos no suelen estar debidamente preparados para hacer frente a los conflictos emocionales que desde

el exterior se les presentan, y tienen menos experiencia en controlar sus propios sentimientos”. (Sos Tena, y otros, 2002).

Por otro lado, los médicos que comprenden la edad entre 40 a 49 años y los mayores de 50 años presentan niveles muy bajos o nulos de agotamiento emocional, siendo estas cifras positivas ya que son indicadores que hay un control del estrés y buenos recursos para combatirlo en el área de trabajo.

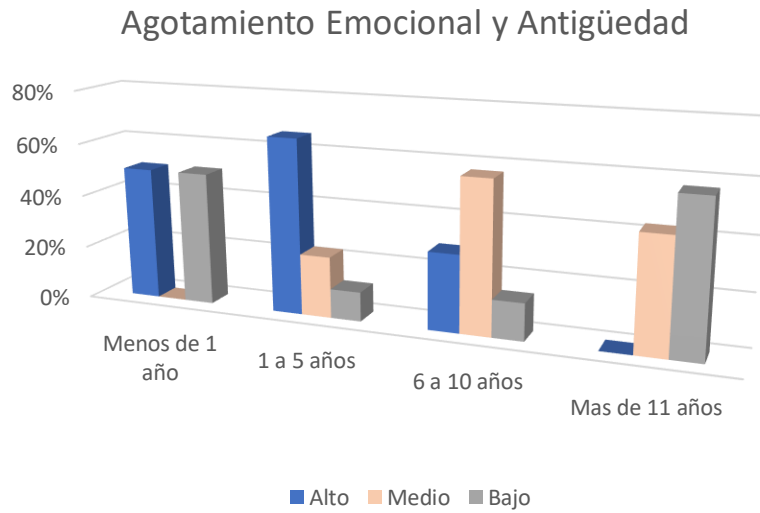
Es importante recordar que aquellos médicos de mayor edad, cuentan con años de experiencia en el área de su profesión siendo este un aspecto clave en el manejo de estrés, carga laboral, dominio y solución a diferentes problemas. Además, muchos de ellos han logrado una estabilidad profesional (contratos estables, dos o más trabajos), personal (son casados, con hijos), social y económica, que influyen de manera positiva permitiéndoles tener mayor y mejores recursos para afrontar el estrés, el desempeño laboral y sus complicaciones.

Cuadro N°7

Agotamiento Emocional y Antigüedad en el trabajo

<i>Nivel</i>	<i>-1 año</i>		<i>1-5 años</i>		<i>6-10 años</i>		<i>+11 años</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>Bajo</i>	2	50%	4	11%	1	14%	4	57%
<i>Medio</i>	0	0%	8	23%	4	57%	3	43%
<i>Alto</i>	2	50%	23	66%	2	29%	0	0%
TOTAL:	4	100%	35	100%	7	100%	7	100%

Gráfico 4



En el cuadro 7 y gráfica 4 correspondiente al agotamiento emocional en relación con la antigüedad podemos observar que un 66% de los médicos que tienen entre 1 a 5 años trabajando en el hospital presenta mayor agotamiento emocional, seguido de los que llevan menos de un año, por el contrario, no se presenta agotamiento emocional en los médicos que trabajan más de 11 años en la institución.

Así refiere Irma Castillo A. (2015), indica: “El agotamiento emocional resultó asociarse a la antigüedad laboral de manera que aquellos con mayor experiencia se agotan menos y los de menor antigüedad presentan mayor agotamiento emocional”. (Castillo Ávila, Orozco, & Alvis, 2015)

En otra investigación realizada por Guiliiana Galliussi (2020), titulada “Síndrome de burnout y su relación a la antigüedad en el puesto de trabajo y el sexo en médicos de diferentes especialidades de la ciudad de Paraná” indica lo siguiente: “En los médicos con menos de 10 años de antigüedad y en aquellos que tienen entre 10 a 25 años de antigüedad se presentan los casos de burnout, al contrario de los profesionales con más de 25 años de antigüedad, donde no se encontraron dichos casos” (Galliussi , 2020).

Esto coincide también con la edad de los médicos, los más jóvenes son los que llevan menor tiempo trabajando en la institución por ello, habiendo algunas excepciones en donde los médicos son mayores y llevan menor tiempo laborando en el hospital siendo el motivo principal que estos se encontraban trabajando en otra institución ya sea pública o privada.

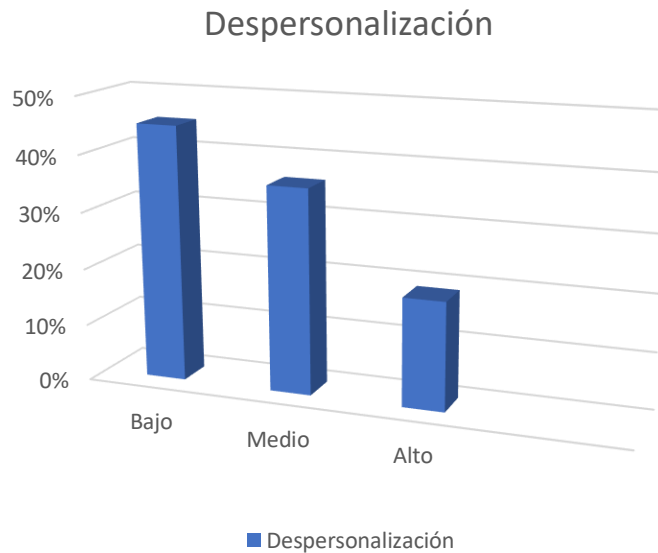
Hay aspectos negativos que incrementan el agotamiento emocional en los médicos como ser la presión del trabajo, la auto exigencia sin control, ambiente laboral negativo, exceso de horarios, etc. Pero también algunos objetivos propios de la edad como buscar reconocimiento, conseguir un puesto laboral fijo, independizarse, realizar una especialización, forjar su propio consultorio, etc. Pueden ser motivo de satisfacción, pero sumado a las obligaciones del trabajo se pueden convertir en fuentes directas de estrés por la acumulación de tareas.

Cuadro N°8

Despersonalización

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Bajo</i>	24	45%
<i>Medio</i>	19	36%
<i>Alto</i>	10	19%
TOTAL:	53	100%

Gráfico 5



En el cuadro 8 y gráfico 5 correspondiente a despersonalización muestra que el 45% de médicos presentan un nivel bajo, el 36% nivel medio y el 19% restante está en nivel alto, entendiendo despersonalización como, la percepción negativa que desarrolla el profesional hacia quien atiende, la cual se traduce en una respuesta negativa, cínica, distante y fría hacia ellos, los resultados obtenidos indican que los médicos no presentan una actitud de despersonalización frente a sus pacientes, es decir, sus actitudes son mucho más serenas, humanas, con respeto y empatía.

Respecto a esta dimensión hay diversas investigaciones (dependiendo del ámbito laboral) que muestran en sus resultados niveles altos en esta dimensión. Como es el caso de la investigación de Ines Vasquez M. (2016), titulada “Síndrome de burnout en personal médico asistencial de hospitales de 2° y 3° nivel en la ciudad de la paz – Bolivia, gestión 2015” indica lo siguiente: "Podemos indicar que el 85,6% de los sujetos estudiados están dentro del grupo considerado como negativo o sin afectación mientras que el 14,4 % (43) de los estudiados presentan una calificación positiva para considerarlos como afectados" (Vasquez Monllor, 2016)

Un 36% de los médicos presentan un nivel medio respecto a esta dimensión, estos niveles junto con el porcentaje del 45% por ciento (nivel alto) se puede explicar con la ayuda de los ítems que corresponden a la despersonalización en el cuestionario MBI, en donde varios de los médicos indican que sienten que se han vuelto más insensible con la gente desde que ejercen esa profesión y no es de extrañar ya que están expuestos diariamente a situaciones fuertes y dolorosas donde pueden ver la más cruda realidad, aun así su profesión requiere dejar de lado parte de su sensibilidad, centrarse en el problema y actuar rápido. Así también, en otro ítem indican que algunas veces sienten que los pacientes los inculpan por sus problemas atribuyendo esto a la atención o servicios que prestan, es decir, si por desgracia el paciente no responde favorablemente a su tratamiento porque su enfermedad ya está avanzada, algunos pacientes tienden a culpar al médico por “no hacer bien su trabajo” o “buscar otra solución o seguir intentando”.

Sin embargo, es importante mencionar que un 19% del personal si presenta un nivel alto en esta dimensión lo que significa que algunos médicos si tienen actitudes distantes y frías con los pacientes por muchas razones entre ellas la rutina interiorizada del trabajo que han desarrollado a lo largo del tiempo que llevan trabajando, desarrollaron un cierto endurecimiento emocional

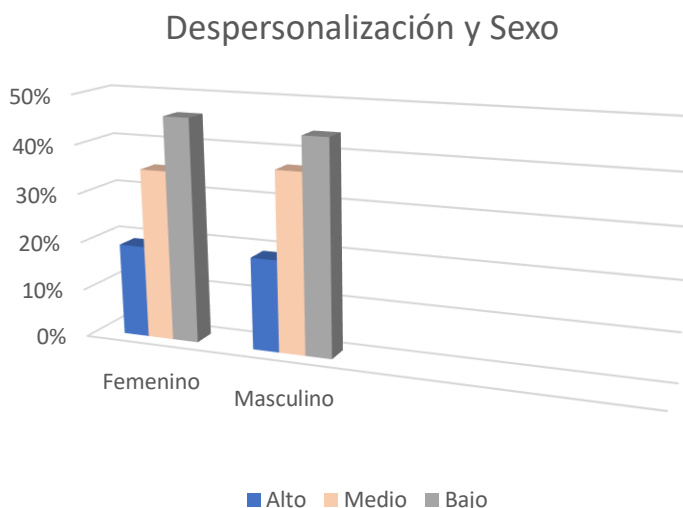
frente a los pacientes y diversos casos que atienden día a día. Muchos de ellos han estado en cirugías diarias, terapia intensiva, sala de emergencias donde llega todo tipo de enfermedad o accidente, por ello su nivel de sensibilidad se tuvo que adaptar al entorno en el que se desenvuelve y fortalecerse emocionalmente para brindar seguridad y confianza a aquellos que atiende.

Cuadro N°9

Despersonalización y Sexo

<i>Nivel</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	
	F	P	F	P
<i>Bajo</i>	12	46%	12	44%
<i>Medio</i>	9	35%	10	37%
<i>Alto</i>	5	19%	5	19%
TOTAL:	26	100%	27	100%

Gráfico 6



En el cuadro 9 y gráfica 6 correspondiente a la despersonalización en relación con el sexo podemos observar que el 46% de médicos del sexo femenino presenta un nivel bajo frente

a un 44% de médicos de sexo masculino, evidenciando así que ambos sexos no presentan actitudes ni comportamientos de despersonalización.

En la investigación de Ingrid Barrios (2016) titulada “ Relación entre el síndrome burnout y las estrategias de afrontamiento en los trabajadores de la industria Aje Bolivia La Paz- El Alto” los resultados respecto a despersonalización muestra que tiene presencia alta con el 77% en los trabajadores de la industria (Barrios Duran , 2016).

Mientras que otras en la investigación de Franklin Morales (2021) nombrada “Análisis de síndrome de burnout y su relación con la satisfacción laboral en la empresa Life and Hope S.A” sus resultados indican lo siguiente: “el 80% muestran un nivel bajo, 3% indica un nivel medio y solo 17% señalan un nivel alto. Hay un patrón parecido a la primera dimensión (agotamiento emocional), lo cual indica que una mínima cantidad de empleados se ven influenciados negativamente por percepción alterada físicamente, automatismo, sentimientos de irrealidad, etc.” (Morales Naranjo, 2021).

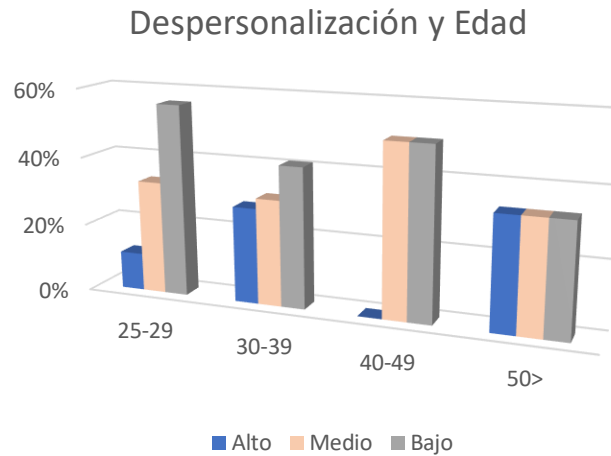
De esta manera, hay investigaciones en las que esta variable presenta niveles altos como bajos, lo cierto es que en la mayoría no hay diferencias de porcentajes significativos entre el sexo femenino y masculino, además, con respecto a la variable sexo, no hay investigaciones precisas, siempre sugieren realizar una investigación más detallada.

Cuadro N°10

Despersonalización y Edad

<i>Nivel</i>	<i>25 a 29 años</i>		<i>30 a 39 años</i>		<i>40 a 49 años</i>		<i>50 en adelante</i>	
	F	P	F	P	F	p	F	P
<i>Bajo</i>	5	56%	12	41%	6	50%	1	33.3%
<i>Medio</i>	3	33%	9	31%	6	50%	1	33.3%
<i>Alto</i>	1	11%	8	28%	0	0%	1	33.3%
TOTAL:	9	100%	29	100%	12	100%	3	100%

Gráfico 7



En el cuadro 10 y gráfica 7 correspondiente al Despersonalización en relación a la edad podemos observar que el 33% de médicos mayores a 50 años presentan niveles más altos, es decir, presentan mayores conductas distantes y frías para con los pacientes, mientras que en los médicos entre 25 a 29 años presentan niveles más bajos, por tanto tienen conductas mucho más cálidas y amables, esto se puede explicar a que los médicos de mayor edad han visto y trabajado con muchos casos que los ha llevado a endurecerse emocionalmente para no dejar que los sentimientos y emociones interfieran en una atención profesional.

Esto se puede corroborar con lo indicado en la investigación de Vinueza Veloz (2020), titulada “Síndrome de Burnout en médicos/as y enfermeros/as ecuatorianos durante la pandemia de COVID-19” donde concluye con lo siguiente: “Este estudio encontró que existe una correlación positiva entre menor edad y un mayor puntaje en MBI. De manera similar, en un estudio realizado a nivel nacional en Ecuador se encontró que profesionales sanitarios con más de 10 años de experiencia presentan menos riesgo de padecer agotamiento emocional y despersonalización, con respecto a quienes tienen menos de 10 años experiencia. Esto puede deberse en parte a que un médico/a con más edad tiene mayor experiencia para sobrellevar una demanda asistencial superior, situación que fácilmente podría abrumar a uno con menor experiencia. De este modo, médicos jóvenes en etapa de formación, podrían contar con limitadas habilidades resolutivas, lo que probablemente conllevaría mayor frustración laboral”. (Vinueza Veloz, y otros, 2020).

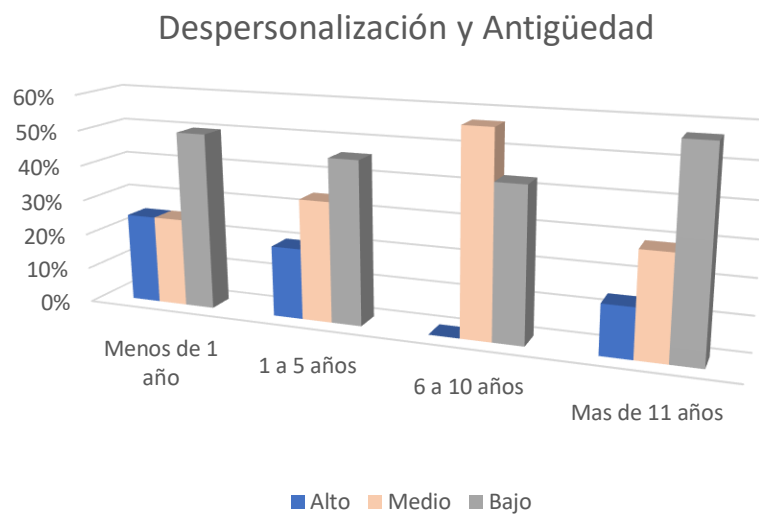
Como se indica con el agotamiento emocional, la edad puede ser un aspecto que puede jugar en contra de los trabajadores más jóvenes por el tema de experiencia y manejo de habilidades, sin embargo, en esta investigación no hay presencia de despersonalización ya que presenta niveles bajos, aun así, se debe estar atentos a los comportamientos de aquellos médicos más jóvenes.

Cuadro N°11

Despersonalización y Antigüedad en el trabajo

<i>Nivel</i>	<i>-1 año</i>		<i>1-5 años</i>		<i>6-10 años</i>		<i>+11 años</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>Bajo</i>	2	50%	16	46%	3	43%	4	57%
<i>Medio</i>	1	25%	12	34%	4	57%	2	29%
<i>Alto</i>	1	25%	7	20%	0	0%	1	14%
TOTAL:	4	100%	35	100%	7	100%	7	100%

Gráfico 8



En el cuadro 11 y gráfica 8 correspondiente a despersonalización en relación con la antigüedad podemos evidenciar que los porcentajes más elevados están ubicados en niveles bajos, como el 50% en aquellos que trabajan menos de 1 año y 57% en aquellos que están más de 11 años, sin embargo, porcentajes con un 20 a 25 % son notables en aquellos que trabajan de 1 a 5 años y menos de 1 año respectivamente. Cabe aclarar que estos porcentajes no son significativos, pero se los menciona para explicar los cuadros de esta dimensión.

En la investigación de Agueda Muñoz (2019), “Síndrome de Burnout en médicos de la ciudad de Arequipa (Perú), señala lo siguiente: “fueron los que tienen menos de 10 años de servicio los que obtuvieron puntajes mayores en despersonalización, dato que podría ser consistente con los estudios que indican que los profesionales más jóvenes son quienes presentan mayor prevalencia del síndrome debido a su falta de experiencia que se asocia con sentimientos de ineficacia. Sin embargo, dado que se trata de la despersonalización, esto sugiere que son los más jóvenes quienes tienen un trato más distante con el paciente y sumen una conducta cínica frente a sus necesidades. En tal sentido, se ha señalado que la despersonalización puede aparecer como un mecanismo protector del síndrome de burnout, con la finalidad de mitigar los síntomas de desgaste profesional a través del distanciamiento, la falta de involucramiento para con el paciente” (Muñoz del Carpio Toya, 2019).

Cuadro N°12

Realización Personal

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>Bajo</i>	26	49%
<i>Medio</i>	23	43%
<i>Alto</i>	4	8%
TOTAL:	53	100%

Gráfico 9



En el cuadro 12 y gráfico 9 correspondiente a Realización Personal muestra que el 49% de médicos se encuentran en un nivel bajo, el 43% está en nivel medio y un restante 8% se encuentran en nivel alto, los resultados evidencian que la mayor parte de médicos sienten que tienen una baja realización personal, entendiendo la realización personal como la disminución del propio sentimiento de competencia y en la realización exitosa del propio trabajo y también como persona, por tanto, hay cierta disconformidad en cuanto a los objetivos de vida cumplidos, calidad de vida que llevan y eficacia con la que responden ante situaciones de la vida cotidiana, sin embargo un porcentaje menor pero altamente significativo considera que están medianamente conforme con los aspectos mencionados anteriormente.

Hay demasiadas investigaciones que coinciden con esta tendencia, por ejemplo, la de Guiliana Galliussi (2020) en donde los datos encontrados son los siguientes: 58,06% de la muestra manifestó niveles de realización personal bajo, esto es, más de la mitad de los casos analizados; 22,58% manifestó niveles altos, mientras que el 19,35% indicó un nivel medio (Galliussi , 2020).

Sin embargo, volviendo a la presente investigación es importante recalcar que si bien el dato más alto (49%) pertenece a nivel alto, no hay una diferencia significativa con el porcentaje siguiente (43%) que corresponde a nivel medio, añadiendo que, ningún porcentaje representa por lo menos la mitad de la población. Por ello, no significa que todos los médicos sientan que no están realizados como profesionales, muchos de ellos han logrado ser reconocidos y

distinguidos gracias a su conocimiento y trabajo arduo en su área tanto en la institución como fuera de ella.

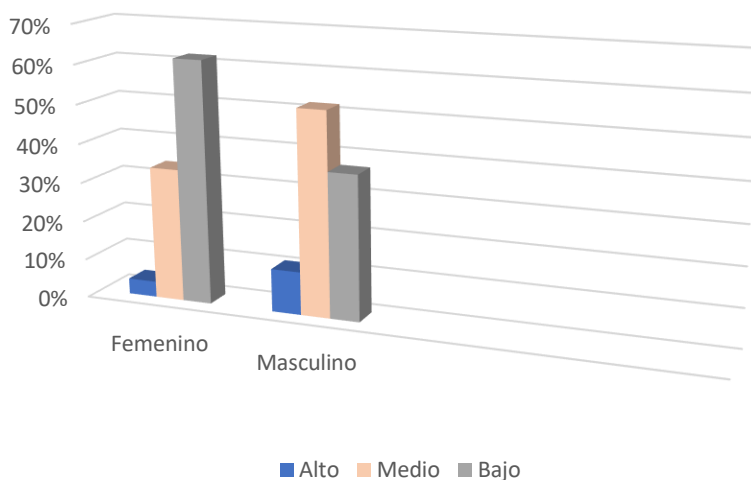
Cuadro N°13

Realización Personal y Sexo

<i>Nivel</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	
	F	P	F	P
<i>Bajo</i>	16	62%	10	37%
<i>Medio</i>	9	34%	14	52%
<i>Alto</i>	1	4%	3	11%
TOTAL:	26	100%	27	100%

Gráfico 10

Realización Personal y Sexo



En el cuadro 13 y gráfica 10 correspondiente a Realización Personal en relación con el sexo podemos observar que el 62% de médicos del sexo femenino presenta un nivel bajo frente

a un 37% de médicos de sexo masculino, es decir, hay cierta disconformidad con las situaciones y demandas del trabajo.

Un estudio realizado por Constance Guille y sus colegas analizaron la salud mental de más de 3100 médicos que iniciaban sus residencias en 44 hospitales en todo Estados Unidos. Antes de iniciarla, hombres y mujeres presentaban niveles similares de síntomas depresivos. Al cabo de seis meses de trabajo, ambos géneros experimentaron un aumento en los registros de depresión, pero el efecto era más pronunciado en las mujeres. La razón principal: el conflicto entre el trabajo y la familia, al que se le atribuía más de un tercio de la disparidad. A pesar del aumento en la cantidad de mujeres en el ámbito de la medicina, las médicas siguen llevando sobre sus hombros la carga de los deberes del hogar y la crianza de hijos (Khullar, 2017).

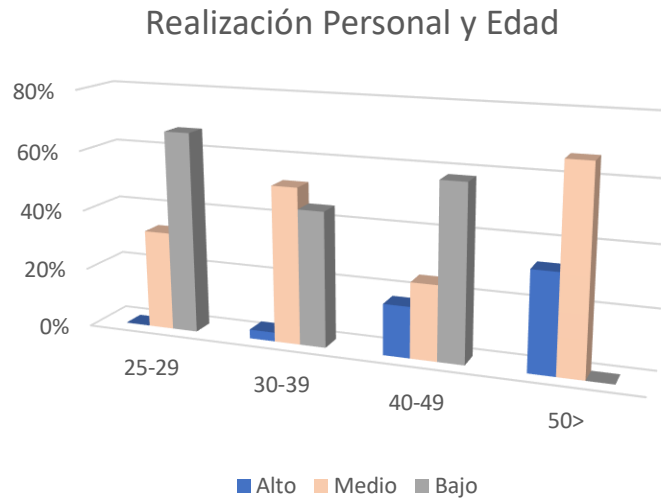
Como se explica la realidad sigue siendo difícil para las mujeres por ello que en demasiadas investigaciones coinciden que el sexo femenino es el que mayormente se ve afectado el ámbito laboral. Aparte de cumplir con las exigencias propias del trabajo de medicina, se vuelve más pesado para el sexo femenino tener familia a la cual responder y cuidar a la vez que cumple su rol como profesional, todas estas situaciones y demás problemas de la vida cotidiana se juntan y termina influyendo negativamente en su persona tanto de manera física, psicológica, social, familiar, etc.

Cuadro N°14

Realización Personal y Edad

<i>Nivel</i>	<i>25 a 29 años</i>		<i>30 a 39 años</i>		<i>40 a 49 años</i>		<i>50 en adelante</i>	
	F	P	F	P	F	p	F	P
<i>Bajo</i>	6	67%	13	45%	7	58%	0	0%
<i>Medio</i>	3	33%	15	52%	3	25%	2	67%
<i>Alto</i>	0	0%	1	3%	2	17%	1	33%
TOTAL:	9	100%	29	100%	12	100%	3	100%

Gráfico 11



En el cuadro 14 y gráfica 11 correspondiente a Realización Personal en relación a la edad podemos observar que el 67% de médicos entre 25 a 29 años presentan nivel bajo y los médicos mayores a 50 años presentan niveles más altos en el área de realización personal.

Es decir, los médicos de edades más avanzadas presentan mayor satisfacción y comodidad con los roles y deberes de su trabajo, mientras que los médicos más jóvenes presentan menor satisfacción y esto puede ser explicado porque estos últimos, están en pleno proceso de adaptación a las demandas que implica su labor en la institución.

Mientras que los médicos jóvenes aún siguen en busca de sus especialidades y demás, se encuentran en constantes altos y bajos que puede ser motivo para no sentirse realizados, mientras que muchos de los médicos mayores ya cuentan con especialidades, cursos aprobados y experiencia adquirida hacen de este un signo de realización personal al haber logrado tantos objetivos trazados.

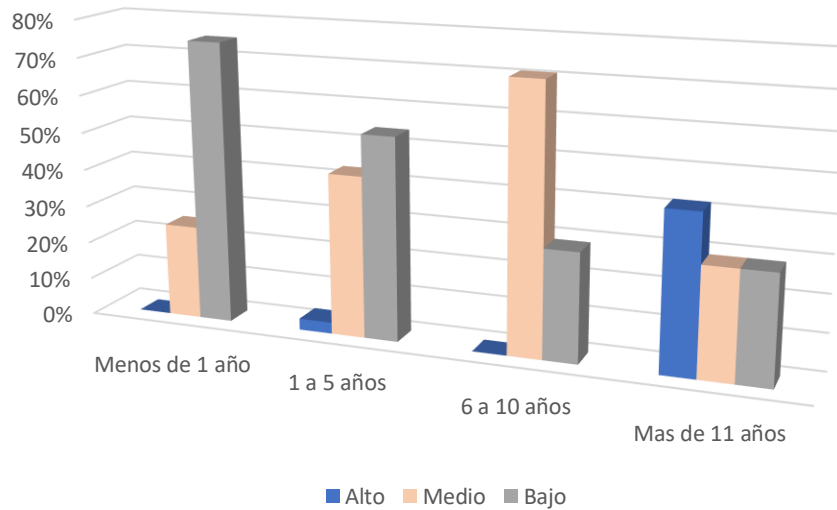
Cuadro N°15

Realización Personal y Antigüedad en el trabajo

<i>Nivel</i>	<i>-1 año</i>		<i>1-5 años</i>		<i>6-10 años</i>		<i>+11 años</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>Bajo</i>	3	75%	19	54%	2	29%	2	29%
<i>Medio</i>	1	25%	15	43%	5	71%	2	29%
<i>Alto</i>	0	0%	1	3%	0	0%	3	42%
TOTAL:	4	100%	35	100%	7	100%	7	100%

Gráfico 12

Realización Personal y Antigüedad



En el cuadro 15 y gráfica 12 correspondiente a Realización Personal en relación con la antigüedad podemos observar que con un 75% de médicos que tienen menos de un año de trabajo presentan niveles bajos en realización y el 42% de médicos que trabajan más de 11 años presentan niveles más altos de Realización personal.

En la investigación de María Rodríguez (2016), nombrada “Síndrome de burnout y estrategias de afrontamiento en el personal de terapia y rehabilitación física – mental del Instituto Departamental de Adaptación Infantil” recaba puntajes bajos en el área de realización personal respecto a los años de trabajo en la institución de su población y añade: “El componente de realización personal al presentar nivel bajo muestra que la falta de este componente repercute en la tendencia a evaluarse negativamente, con énfasis en la habilidad para la realización del trabajo y a la relación con las personas a las que atienden, su resultado se constituye en frustración que podría obstaculizar el desarrollo personal y profesional” (Rodríguez Casso, 2016).

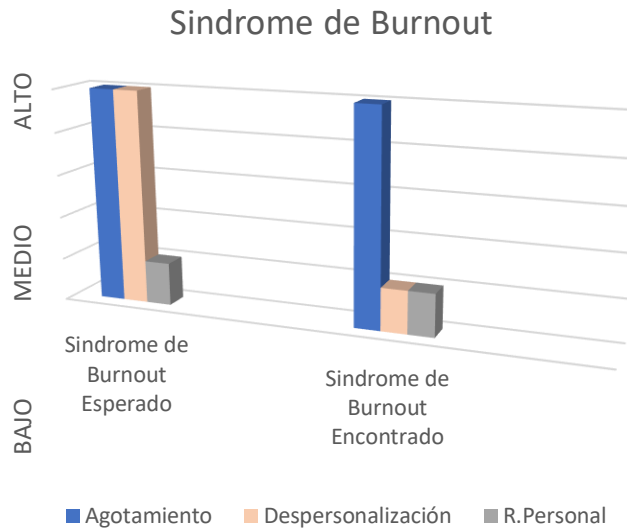
Una vez más se ve reflejado la tendencia de la edad y tiempo de la institución de médicos mayores los favorece, mientras que dificulta a los más jóvenes.

Cuadro N°16

Síndrome de Burnout

<i>Síndrome de Burnout</i>	<i>Niveles</i>						<i>Total</i>
	<i>Bajo</i>		<i>Medio</i>		<i>Alto</i>		
	F	P	F	P	F	P	
<i>Agotamiento Emocional</i>	10	19%	15	28%	28	53%	53 100%
<i>Despersonalización</i>	24	45%	19	36%	10	19%	53 100%
<i>Realización Personal</i>	26	49%	23	43%	4	8%	53 100%

Gráfico 13



En el cuadro 16 y gráfico 13 podemos observar a mayor detalle los resultados del personal médico el instrumento MBI (Inventario de Burnout de Maslach) establece que para considerar la presencia de Burnout en la persona, ésta debe obtener puntajes altos en las primeras dos escalas (agotamiento y despersonalización) y un puntaje bajo en la última escala (realización personal) y como se puede observar en la gráfica comparativa el burnout encontrado, si bien hay coincidencia en la primera y última dimensión no es el caso de la segunda dimensión por lo tanto los resultados no cumplen con los criterios para afirmar la presencia de Burnout en los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios.

En investigaciones similares se pueden observar resultados similares como es el caso de la investigación de la Dra. Sandra Navia (2021) titulada “Síndrome de Burnout en la residencia médica del Hospital de especialidad Materno Infantil CNS” donde el 46% de médicos presenta niveles altos en agotamiento emocional, 36% presentan nivel alto como nivel bajo en la dimensión de despersonalización y el 48% presentan un nivel bajo en realización personal.

De manera similar en la investigación de Dra. Ines Vásquez (2015) titulada “Síndrome Burnout en personal médico asistencial de Hospitales de 2° y 3° nivel en la ciudad de La Paz”, muestra coincidencia en la dimensión agotamiento emocional ya que el 74% de médicos presentan niveles altos, coincidiendo también en realización personal que presenta niveles bajos y discrepando de la dimensión de despersonalización que en su caso muestra niveles bajos.

Sin embargo, en respuesta al primer objetivo que busca identificar la presencia de burnout en los médicos, de acuerdo a lo establecido con el instrumento, la dimensión de agotamiento emocional y despersonalización deben indicar niveles altos y la dimensión de realización personal debe puntuar niveles bajos. Con los resultados obtenidos, si bien existe coincidencia en las dimensiones de agotamiento emocional y realización personal hay diferencia en la escala de despersonalización, por tanto, no se considera que hay presencia de Burnout en los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios.

Sin embargo, es importante señalar que los puntajes altos en agotamiento emocional y bajos en realización personal pueden ser considerados potenciales para desarrollar un síndrome de Burnout, sin olvidar que el sexo femenino tiende a tener mayor agotamiento emocional y menor realización personal, por ello es un aspecto muy importante a tomar en cuenta ya que esto influye de gran manera en el óptimo desempeño laboral de los médicos, la atención que brindan y su propio bienestar psicológico y físico.

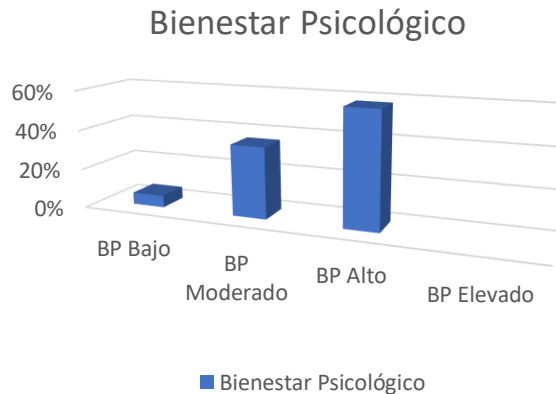
5.2 SEGUNDO OBJETIVO ESPECÍFICO

El segundo objetivo específico es “Evaluar el nivel de bienestar psicológico en médicos del HRSJDD”, para el recojo de información se utilizó el instrumento “Escala de Bienestar Psicológico de Ryff.” de la autora Carol Ryff (1995). A continuación, se presentan los siguientes resultados del mismo:

Cuadro N°17
Bienestar psicológico

<i>NIVEL</i>	<i>FRECUENCIA</i>	<i>PORCENTAJE</i>
<i>BP Bajo</i>	3	6%
<i>BP Moderado</i>	19	36%
<i>BP Alto</i>	31	58%
<i>BP Elevado</i>	0	0%
TOTAL:	53	100%

Gráfico N°14



En el cuadro 17 y gráfico 14 correspondiente al Bienestar Psicológico muestra que el 58% de médicos presentan un bienestar psicológico alto, el 36% presentan un bienestar psicológico moderado y el 6% un bienestar psicológico bajo, con una ausencia de médicos que presenten un bienestar psicológico elevado.

Con relación a investigaciones sobre el bienestar psicológico tenemos el caso de Delgado (2020), con su estudio titulado “Relación entre el bienestar psicológico y empatía en los médicos residentes en una universidad pública de México” el cual presenta que el bienestar psicológico de los médicos disminuye conforme avanzan los años de trabajo y además que, a mayor bienestar psicológico mayor es la empatía hacia los pacientes (Delgado Domínguez , Rodríguez Barrasa, Lagunes Córdoba, & Vasquéz Martínez, 2020).

De la misma manera Martínez (2020), con su investigación “Nivel de bienestar psicológico de los médicos especialistas en medicina familiar adscritos en la unidad de Medicina familiar N°53” evidenció que un 82,4% de médicos presentan un bienestar psicológico alto, un 14,6% moderado y 2,4% bajo coincidiendo con los resultados obtenidos de la presente investigación (Martínez Sánchez, 2020).

De esta manera respondiendo al segundo objetivo planteado habiendo realizado los análisis correspondientes se determina que los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios presentan un bienestar psicológico alto y no así moderado o bajo como se consideraba, es decir, el grado de satisfacción consigo mismos, con el trabajo y la vida que llevan es positivo.

Además, es importante mencionar que los médicos mencionaron que para tratar de evadir el estrés y sentirse mejor, buscan pasar tiempo con su familia y juntarse en sus tiempos

libres con amigos y también muchos de ellos en muchas ocasiones tratan de separar los asuntos laborales con los asuntos personales para que estos no influyan de manera negativa en su diario vivir.

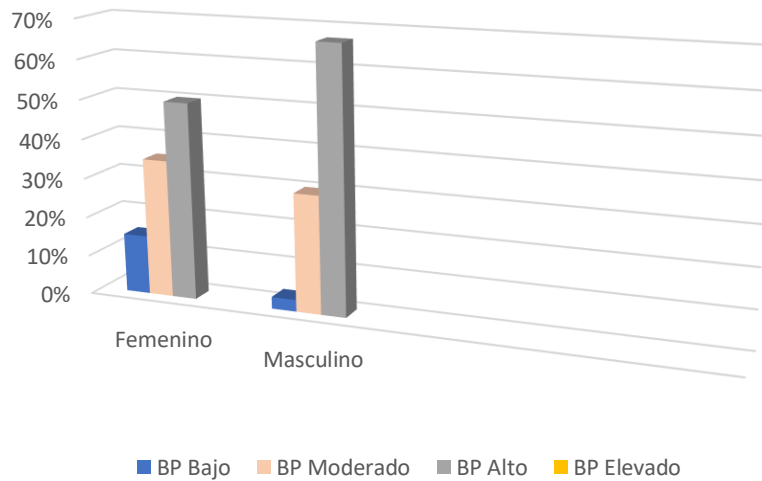
Cuadro N°18

Bienestar Psicológico y Sexo

<i>Nivel</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	
	F	P	F	P
<i>BP Bajo</i>	4	15%	1	3%
<i>BP Moderado</i>	9	35%	8	30%
<i>BP Alto</i>	13	50%	18	67%
<i>BP Elevado</i>	0	0	0	0
TOTAL:	26	100%	27	100%

Gráfico 15

Bienestar Psicológico y Sexo



En el cuadro 18 y gráfica 15 correspondiente al Bienestar Psicológico en relación con el sexo podemos observar que el 67% de médicos del sexo masculino están levemente por encima de un 50% de médicos de sexo femenino que presentan un nivel de bienestar psicológico alto.

En la investigación de Alex Veliz Burgos (2017), denominada “Bienestar psicológico y burnout en profesionales de atención primaria de salud en la región de Los Lagos, Chile” aclara lo siguiente: “si bien la mayoría de los participantes manifiesta un alto nivel de bienestar psicológico, existe un porcentaje no menor (21%) que presenta un bajo nivel y de los cuales el peso relativo mayor lo tienen las mujeres, además esta insatisfacción se da principalmente en los niveles de relaciones positivas, autonomía y crecimiento personal; probablemente y tal como se mencionó en los antecedentes la sobrecarga del trabajo influiría en las relaciones que se establecen con los compañeros y, por ende, en la sensación de bienestar y felicidad en el trabajo, que estaría asociada a la presencia de burnout. (Veliz Burgos, Dörner Flores, Soto Salcedo, & Arriagada Arriagada, 2017).

El mismo caso se presenta en esta investigación, de manera general los sujetos presentan un nivel de bienestar psicológico alto, sin embargo, para fines de explicación se menciona que en relación al sexo existe mayor bienestar psicológico en varones más que en mujeres.

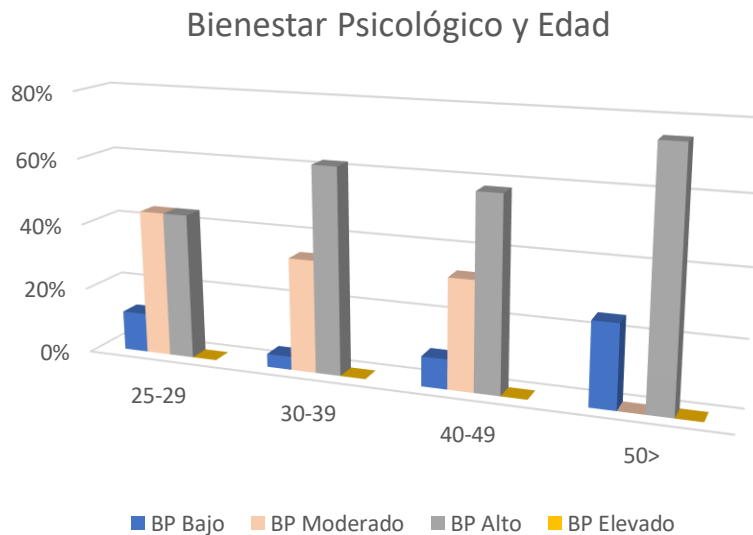
Para finalizar Michelle García T. (2022), en su tema “Bienestar psicológico y burnout en personal de salud durante la pandemia de COVID-19” agrega lo siguiente: “En el bienestar psicológico se encontraron diferencias por género en la auto aceptación y el propósito de vida, puntuando más alto los hombres. Esto indica que independientemente de la profesión de salud, son los hombres quienes tienen una evaluación más positiva de sí mismos y de su vida pasada hasta el momento actual, en comparación de las mujeres. Además, también son los hombres quienes en mayor grado consideran que su vida tiene un propósito y un significado, lo que puede proporcionarles protección contra los eventos estresantes de cada día” (García Torres , Aguilar Castro, & García Mendez, 2022).

Cuadro N°19

Bienestar Psicológico y Edad

<i>Nivel</i>	<i>25 a 29 años</i>		<i>30 a 39 años</i>		<i>40 a 49 años</i>		<i>Más de 50</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>BP Bajo</i>	1	12%	1	4%	1	9%	1	25%
<i>BP Moderado</i>	4	44%	10	34%	4	33%	0	0%
<i>BP Alto</i>	4	44%	18	62%	7	58%	3	75%
<i>BP Elevado</i>	0	0	0	0	0	0%	0	0%
TOTAL:	9	100%	29	100%	12	100%	3	100%

Gráfico 16



En el cuadro 19 y gráfica 16 correspondiente al Bienestar Psicológico en relación a la edad podemos observar que el 75% de médicos mayores de 50 años presentan niveles más altos, es decir, presentan un óptimo bienestar psicológico seguido de estos se encuentran los médicos que comprenden las edades entre 30 a 39 años.

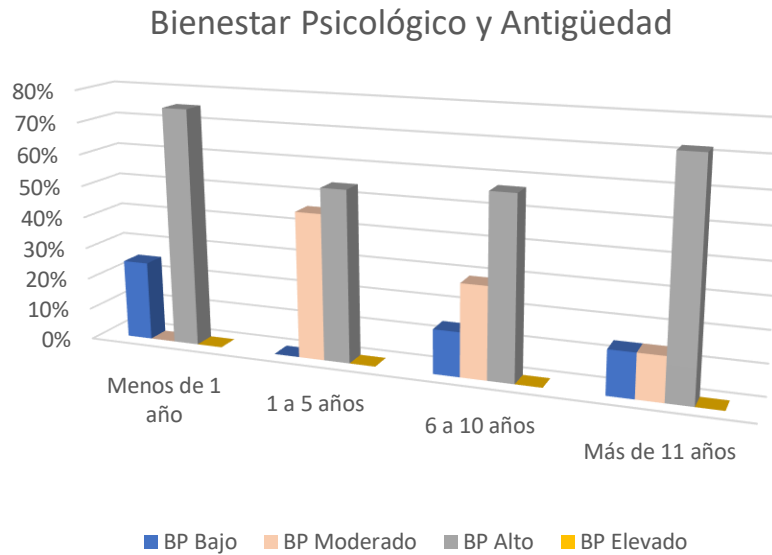
Como muchos de los médicos coinciden en los ítems de bienestar psicológico que se encuentran bastante o muy de acuerdo por como resultaron las cosas en su vida (ítem 1), se sienten seguros de sí mismos (ítem 7), consideran que siguen aprendiendo de sí mismos (ítem 24), sienten orgullo por quienes son y la vida que llevan (ítem 31), y por el contrario puntúan que no les preocupa lo que la gente piense de ellos (ítem 9), no cambiarían algo de sí mismos (ítem 13), ni están influenciados por terceros (ítem 15).

Cuadro N°20

Bienestar Psicológico y Antigüedad

<i>Nivel</i>	<i>Menos de 1 año</i>		<i>1 a 5 años</i>		<i>6 a 10 años</i>		<i>Más de 11 años</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>BP Bajo</i>	1	25%	0	0%	1	14%	1	14%
<i>BP Moderado</i>	0	0%	16	46%	2	29%	1	14%
<i>BP Alto</i>	3	75%	19	54%	4	57%	5	72%
<i>BP Elevado</i>	0	0	0	0	0	0%	0	0%
TOTAL:	4	100%	35	100%	7	100%	7	100%

Gráfico 17



En el cuadro 20 y gráfica 17 correspondiente al Bienestar Psicológico en relación con la antigüedad podemos observar que, con los médicos que llevan menos de un año trabajando en la institución, así como los que llevan más de 11 años presentan niveles altos de bienestar psicológico.

Respecto a esta variable no hay coincidencia con lo encontrado en previas investigaciones, además sumando de que existe muy poca información sobre este tema, una de estas es la de Delgado D. (2020), donde concluye con lo siguiente: “Al comparar las puntuaciones globales del BP y empatía hacia los pacientes por año de residencia, estas mostraron una tendencia a disminuir conforme se avanzaba el año (de primero a cuarto) de este modo, las puntuaciones más bajas las refirieron los residentes de cuarto año en ambas variables” (Delgado Domínguez , Rodríguez Barrasa, Lagunes Córdoba, & Vasquéz Martínez, 2020).

Es decir, coincide parcialmente con los resultados obtenidos en la presente investigación, exactamente con la población de los médicos que laboran menos de un año en la institución, viendo que estos, presentan un porcentaje significativo en el nivel de bienestar psicológico alto a comparación de los demás grupos, sin embargo, discrepa de los resultados obtenidos con el grupo de mayor edad.

5.3 TERCER OBJETIVO ESPECÍFICO

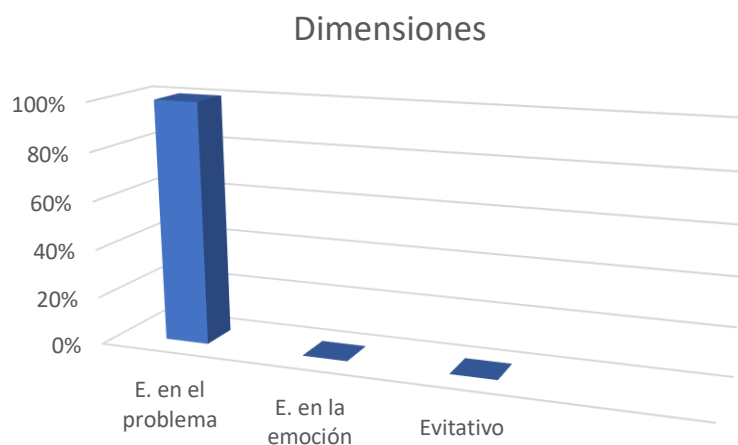
El tercer objetivo específico es “Identificar las estrategias de afrontamiento predominantes en médicos del HRSJDD”, para el recojo de información se utilizó el “Cuestionario de estrategias de afrontamiento COPE 28” del Autor Carver, Sheier y Weintraub (1989). Adaptación 2010. A continuación, se presentan los siguientes resultados del mismo:

Cuadro N°21

Estrategias de afrontamiento

<i>Dimensión</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Enfocado en el problema</i>	53	100%
<i>Enfocado en la emoción</i>	0	0
<i>Evitativo</i>	0	0
TOTAL:	53	100%

Gráfico N°18



En el cuadro 21 y gráfico 18 se muestra que las estrategias predominantes en el personal médico son las estrategias enfocadas en el problema en un 100%, entendiendo éstas, como aquellas que buscan soluciones al problema haciendo una evaluación de las opciones con posibles ventajas o desventajas de la misma, involucra el análisis en la toma de decisiones.

Con relación a estudios similares, se toma como referente la investigación de Angles (2020) titulada “Estrés y estrategias de afrontamiento de personal de salud en el servicio de emergencias del hospital de Juliaca, Puno” en donde se concluye que las estrategias de afrontamiento más utilizadas son las enfocadas al problema, seguido de la emoción y otros estilos ya que las circunstancias médicas requieren actuar rápido y anteponiendo los deberes sobre las emociones sin lugar a evitar las situaciones (Angles Loza & Yanapa Pancca, 2021)

Así mismo la investigación de Vargas (2021) titulada “Estrés laboral y estrategia de afrontamiento de personal del centro de salud Metropolitano, Tacna-2021”, observa que en la dimensión centrada en el problema es medianamente utilizada en un 91% de personal frente a un 60% y 46% en las dimensiones centradas en la emoción y evitativo respectivamente, por ello los datos obtenidos de la presente investigación coinciden en que las estrategias centradas en el problema son las que predominan al momento de enfrentar situaciones de estrés (Vargas Prado & Condori Acero, 2022).

De acuerdo a Pallo Zuñiga (2021), las estrategias centradas en las emociones buscan regular las emociones fuertes del sujeto, buscando conservar el optimismo y esperanza, mientras que las estrategias de afrontamiento evitativo las cuales buscan evadir el problema realizando otras actividades.

Es por ello que los médicos no tienen preferencia por estas estrategias ya que su trabajo exige respuestas rápidas ante problemas o situaciones estresantes que se presenten en el momento del trabajo y mucho menos pueden evadir el problema ya que puede tratarse de una vida en peligro y posteriormente considerarse una negligencia médica. Por consiguiente, las estrategias más utilizadas son aquellas enfocadas en el problema, que se caracterizan por ser más eficaces en el momento, más racionales, van orientadas a dar solución al problema con opciones reales y viables, mayor efectividad a largo o mediano plazo y disminuir lo más posible las consecuencias negativas.

Las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción son muy importantes también, no se les debe restar importancia, sin embargo, en esta población y por el área de trabajo en el que se encuentran es muy difícil implementarlas, ya que requieren de más tiempo, requiere de terceras personas o involucran actividades fuera del lugar de trabajo por ello es mucho, más difícil usarlas estando en la institución que se desenvuelven, en este caso el hospital.

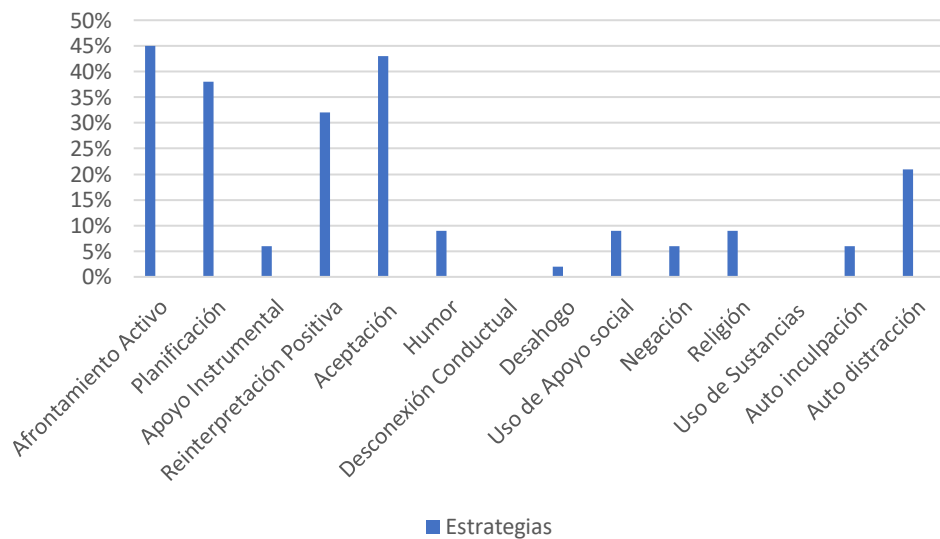
Cuadro N°22

Estrategias más utilizadas por los médicos

<i>Estrategias</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Afrontamiento Activo</i>	24	45%
<i>Planificación</i>	20	38%
<i>Apoyo Instrumental</i>	3	6%
<i>Reinterpretación Positiva</i>	17	32%
<i>Aceptación</i>	23	43%
<i>Humor</i>	5	9%
<i>Desconexión Conductual</i>	0	0%
<i>Desahogo</i>	1	2%
<i>Uso de Apoyo social</i>	5	9%
<i>Negación</i>	3	6%
<i>Religión</i>	5	9%
<i>Uso de Sustancias</i>	0	0%
<i>Auto inculpación</i>	3	6%
<i>Auto distracción</i>	11	21%

Grafica N°19

Estrategias de Afrontamiento



En el cuadro 22 y gráfico 19 se muestra que las estrategias específicamente más utilizadas son en primer lugar el *afrontamiento activo* que se refiere a la búsqueda inmediata de soluciones al problema o suceso estresante, siendo esta una de las más utilizadas en la mayoría de ámbitos laborales. Se tratan de acciones mayormente, de ahí el termino activo, que están dirigidas hacia el momento y la situación que está generando estrés, estas acciones van dirigidas al estímulo estresante y tiene como fin reducirlo o eliminarlo, así también los posibles efectos secundarios negativos que pueda dejar dicho estresor.

También está la estrategia de *Aceptación* que se refiere a la toma de conciencia del problema o suceso estresante sin tratar de evadir la responsabilidad o existencia del mismo. Se trata de ser consiente que una situación de peligro o estrés está invadiendo nuestro espacio y tranquilidad, por ello aceptar el suceso es parte de la estrategia de afrontamiento, pero también, entender el problema y convivir con ello hasta que se le pueda encontrar una solución. Aceptar nos ayuda a entender el problema, verlo desde distintos puntos de vista y emprender de una búsqueda de solución.

Por último, está la estrategia de *planificación* que se entiende como la capacidad del trabajador de poder analizar los pasos para actuar y enfrentar las adversidades que se le presentan en su área laboral. En relación con las anteriores estrategias, se encuentra la planificación que será un punto decisivo para hacer frente al problema, a su vez será un momento de mayor estrés por que se analizaran los pros y contras de cada una de las opciones que se tenga para enfrentar la situación, sin olvidar también analizar las posibles consecuencias de cada una de esas opciones. El orden tentativo es: Aceptar la situación, planificar posibles soluciones y emprender un afrontamiento activo ante la situación estresante.

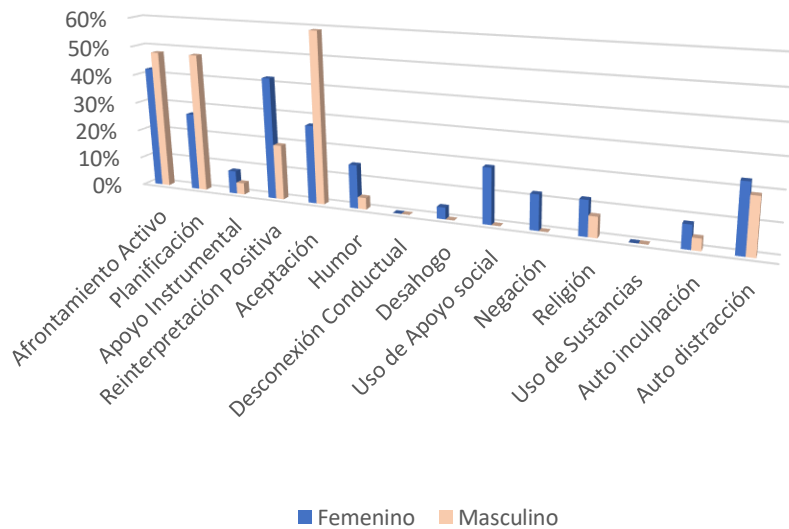
Cuadro N°23

Estrategias de Afrontamiento y sexo

<i>Estrategias</i>	<i>Femenino</i>		<i>Masculino</i>	
	F	P	F	P
<i>Afrontamiento Activo</i>	11	42%	13	48%
<i>Planificación</i>	7	27%	13	48%
<i>Apoyo Instrumental</i>	2	8%	1	4%
<i>Reinterpretación Positiva</i>	11	42%	5	19%
<i>Aceptación</i>	7	27%	16	59%
<i>Humor</i>	4	15%	1	4%
<i>Desconexión Conductual</i>	0	0%	0	0%
<i>Desahogo</i>	1	4%	0	0%
<i>Uso de Apoyo social</i>	5	19%	0	0%
<i>Negación</i>	3	12%	0	0%
<i>Religión</i>	3	12%	2	7%
<i>Uso de Sustancias</i>	0	0%	0	0%
<i>Auto inculpación</i>	2	8%	1	4%
<i>Auto distracción</i>	6	23%	5	19%

Grafica N°20

Estrategias de Afrontamiento y Sexo



En el cuadro 23 y gráfico 20 se muestra que las estrategias predominantes en el sexo femenino es Afrontamiento activo y Reinterpretación positiva y en el sexo masculino predomina la estrategia de Aceptación, planificación y afrontamiento activo.

Las mujeres partícipes de esta investigación se vieron identificadas por optar estrategias de afrontamiento activo, las cuales buscan responder de manera inmediata al problema con acciones que eliminen el estímulo estresor y también la estrategia de reinterpretación positiva que se refiere a la capacidad de interpretar la situación estresante de manera positiva, viendo los beneficios de ello, sacar provecho a la misma y por consiguiente aprender de ello, verlo como un aprendizaje más que como una catástrofe. Importante esta última estrategia que no se ve en los varones ya que es más conocido que las mujeres traten de ver el lado positivo de las cosas normalmente para aliviar la tensión del momento y poder concentrarse en búsqueda de una solución. Así mismo, es muy importante ver que las doctoras presentan este comportamiento ya que es una manera de darles seguridad a sus pacientes y muy necesario en áreas como la de emergencias o medicina interna.

Mientras que en los varones predomina igualmente la estrategia de planificación, aceptación que significa estar consciente de lo sucedido y aprender a lidiar con ello mientras se busca una solución y la estrategia de afrontamiento activo, relacionado a tomar medidas inmediatas en donde la persona se involucra activamente en busca de la solución y no espera a que ésta llegue. Con estos datos podemos evidenciar que los médicos varones tienen una tendencia a realizar un trabajo minucioso a la hora de buscar soluciones por que involucran la estrategia de planificación que no se ve reflejada en el sexo femenino, podríamos interpretar esto diciendo que los varones tienden a pensar mucho más antes de actuar, lo cual es demasiado importante en el área de salud ya que se deben tomar decisiones en cuanto a la vida y mejoría de un paciente.

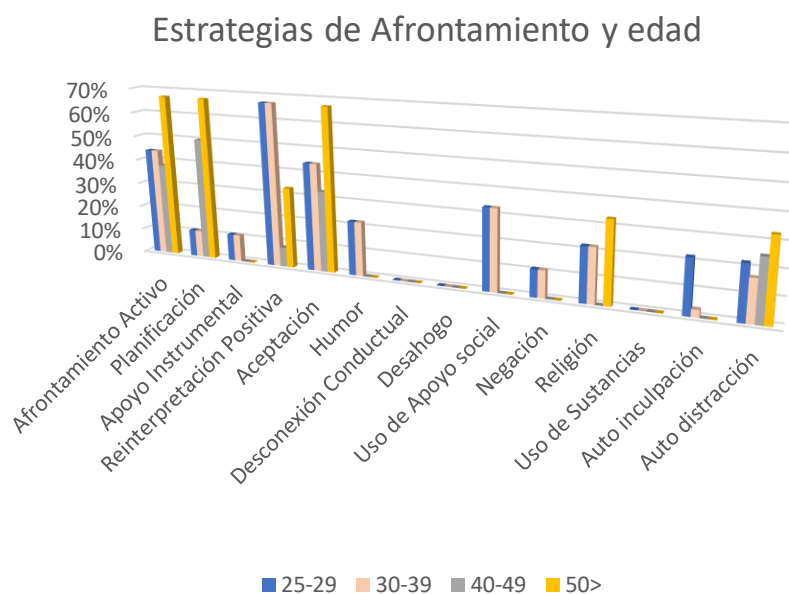
Investigaciones como la de Marina Ramírez (2019), denominada “Prevalencia del síndrome de burnout y su relación con el afrontamiento en profesionales de la salud de la zona 7” muestran resultados similares, para concluir menciona: “En nuestro estudio en cuanto al afrontamiento las estrategias activas tuvieron una media superior: replanteamiento positivo, aceptación, planificación y uso de apoyo instrumental coincide con los trabajos de Austria, Cruz, Herrera, y Salas, Alosaimi, McCain, McKinley, Dempster, Campbell, y Kirk y Mushtaq,

quienes indican que las estrategias de afrontamiento activo tiene efectos protectores sobre los factores asociados al síndrome” (Ramírez & Ontaneda, 2019).

Cuadro N°24
Estrategias de Afrontamiento y edad

Estrategias	25-29		30-39		40-49		50>	
	F	P	F	P	F	P	F	P
Afrontamiento Act.	4	44%	11	38%	7	38%	2	67%
Planificación	1	11%	11	38%	6	50%	0	67%
Apoyo Instrumental	1	11%	2	7%	0	0%	1	0%
Reinterpretación P.	6	67%	8	38%	1	8%	1	33%
Aceptación	4	44%	13	45%	4	33%	2	67%
Humor	2	22%	3	10%	0	0%	0	0%
Desconexión Conduct	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Desahogo	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%
Uso de Apoyo social	3	33%	2	7%	0	0%	1	0%
Negación	1	11%	2	7%	0	0%	0	0%
Religión	2	22%	2	7%	0	0%	0	33%
Uso de Sustancias	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
Auto inculpación	2	22%	1	3%	0	0%	0	0%
Auto distracción	2	22%	5	15%	3	25%	1	33%

Grafica N°21



En el cuadro 24 y gráfico 21 se muestra que las estrategias más utilizadas según la edad:

20-25 años: Reinterpretación Positiva, significa que en lo posible tratan de ver y buscar algo positivo en la situación que se encuentran, es esperable obtener este tipo de afrontamiento en este rango de edad, ya que los médicos están comenzando su profesión, están llenos de energía, con ansias de aplicar lo conocido y recién comienzan a enfrentarse a situaciones de estrés, presión por sus superiores y por los pacientes, tienen nuevas ideas y conocimientos actualizados.

30-39: Aceptación, estrategia en la cual toman conciencia de la situación en la que se encuentran y no tratan de evadirla ni hacer como si no existiera, en esta etapa los médicos ya han pasado por adversidades que han puesto a prueba sus conocimientos y los recursos con los que cuentan para hacerlos frente. Por ello la aceptación es una estrategia que se adopta con el tiempo, con experiencias y con madurez, porque no es una tarea sencilla.

40-49: Afrontamiento activo, se refiere a la búsqueda inmediata de soluciones al problema o suceso estresante. Hasta este punto los médicos han pasado a conocer las diferentes áreas en medicina y muchos de ellos ya han encontrado su verdadera vocación o especialidad en la que se desenvuelven mejor de acuerdo a sus conocimientos, por ello ya cuentan con la experiencia necesaria para atender casos de emergencias que así requieran, por tal motivo, ellos saben y conocen que deben actuar siempre, lo más antes posible para cualquier tipo de situación de sus pacientes, en cuestión de salud cada minuto cuenta, por ello predomina la estrategia de afrontamiento activo, ya que ellos deben actuar en el momento e involucrarse en la situación sin dejar pasar oportunidad alguna.

50+: Afrontamiento activo, Planificación y Aceptación, se ven reflejadas estas 3 estrategias por igual ya que, son las opciones lógicas que se pueden seguir para resolver un problema. Primero, aceptar el suceso que ocurrió o sigue ocurriendo, después establecer un plan de acción, ante cualquier paso que requiera dar debe haber previa planificación por parte del médico encargado y su equipo de trabajo, finalmente actuar, afrontar el problema de manera activa es ser partícipe de la solución.

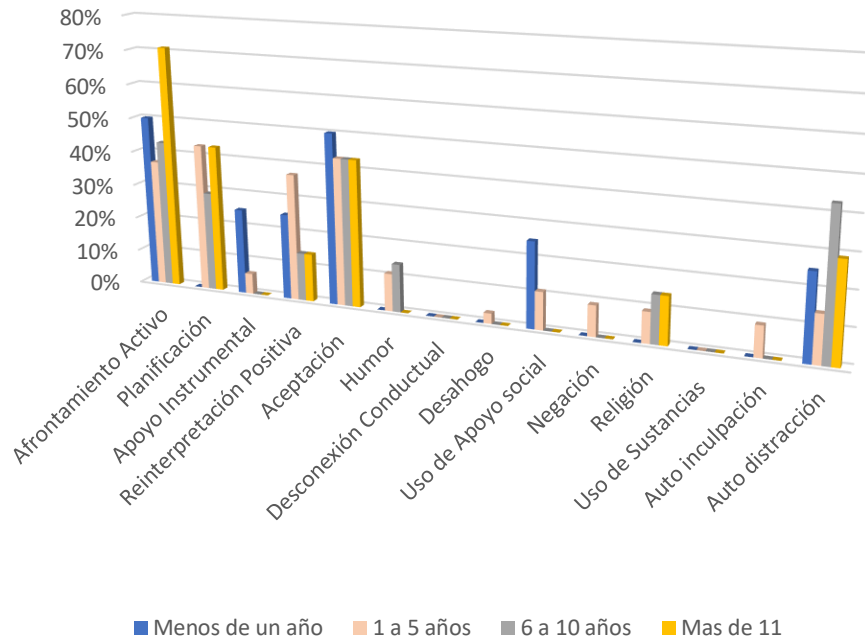
Cuadro N°25

Estrategias de Afrontamiento y Antigüedad

<i>Estrategias</i>	<i>Menos de 1 año</i>		<i>1 a 5 años</i>		<i>6 a 10 años</i>		<i>Más de 11 años</i>	
	F	P	F	P	F	P	F	P
<i>Afrontamiento Activo</i>	2	50%	13	37%	3	43%	5	71%
<i>Planificación</i>	0	0%	15	43%	2	29%	3	43%
<i>Apoyo Instrumental</i>	1	25%	2	6%	0	0%	0	0%
<i>Reinterpretación P.</i>	1	25%	13	37%	1	14%	1	14%
<i>Aceptación</i>	2	50%	15	43%	3	43%	3	43%
<i>Humor</i>	0	0%	4	11%	1	14%	0	0%
<i>Desconexión Conduc.</i>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<i>Desahogo</i>	0	0%	1	3%	0	0%	0	0%
<i>Uso de Apoyo social</i>	1	25%	4	11%	0	0%	0	0%
<i>Negación</i>	0	0%	3	9%	0	0%	0	0%
<i>Religión</i>	0	0%	3	9%	1	14%	1	14%
<i>Uso de Sustancias</i>	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
<i>Auto inculpación</i>	0	0%	3	9%	0	0%	0	0%
<i>Auto distracción</i>	1	25%	5	14%	3	43%	2	29%

Grafica N°22

Estrategias de Afrontamiento



En el cuadro 25 y gráfico 22 se muestra que las estrategias más utilizadas según la antigüedad que lleva trabajando en la institución:

Menos de 1 año: Afrontamiento activo (activo, se refiere a la búsqueda inmediata de soluciones al problema o suceso estresante) y Aceptación (estrategia en la cual toman conciencia de la situación en la que se encuentran y no tratan de evadirla ni hacer como si no existiera), el porqué de estas tendencias puede ser explicadas debido a que los primeros años de trabajo en la institución pueden ser claves para su futuro profesional, ya que aquello que demuestren al principio, la primera impresión, puede abrir muchas puertas para continuar con su formación, obtener un mejor puesto incluso la oferta de un segundo trabajo, por ello, la necesidad de mejorar las técnicas y habilidades en su trabajo demostrándose activos y lidiando con las situaciones estresantes y la carga laboral, serán puntos clave para mejorar como profesional y saber actuar de acuerdo a los momentos que se presenten.

De 1 a 5 años: Planificación (tomar decisiones para actuar ante el problema) y Aceptación, los primeros años dejan enseñanzas y hasta este punto, muchos médicos ya habrán aprendido a actuar eficazmente cuando el momento lo requiera, por ejemplo, surge un accidente y deben dar primeros auxilios, o quizá, se programa una cirugía de último momento y no puede esperar hasta el día siguiente. Por ello la planificación de tiempos, recursos, etc. Toman mayor importancia.

De 6 a 10 años: Afrontamiento Activo, Aceptación y Auto distracción (este último se refiere a las actividades o pasatiempos que puede realizar la persona con la finalidad de reducir sus niveles de estrés). En este punto llama la atención la presencia de una estrategia no vista en los otros grupos, y justamente está relacionado al Burnout, si bien los años trabajados ya son años de conocimiento, ningún sujeto está exento de sufrir estrés, por lo mismo en este punto los médicos tienden a buscar formas de liberar tanto el cansancio físico como mental que conlleva el estrés laboral, es importante mencionar que pueden existir tanto distractores positivos como dañinos. Nos referimos a distractores positivos como actividades físicas, actividades recreativas solos o en compañía, actividades artísticas o sociales, por otro lado, tenemos los distractores dañinos como consumos de bebidas en exceso, actividades ilícitas, daños hacia terceros y demás.

Más de 11 años: Afrontamiento Activo, Planificación y Aceptación.

Al tratarse del tiempo brindado, uno puede imaginar la experiencia con la que cuenta cada uno de los servidores de salud, sin embargo, como ellos mismos lo aceptan cada día se pueden seguir aprendiendo de uno mismo y de otros, por ello, estas estrategias predominantes en este grupo se mantienen en demasiados trabajadores de la salud como en otras áreas laborales.

5.4 ANÁLISIS DE LAS HIPÓTESIS

Tras obtener los resultados de los instrumentos aplicados y realizar el correspondiente análisis de datos, es posible dar respuesta a las hipótesis que fueron planteadas al inicio de la investigación.

Primera Hipótesis:

“Los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios presentan un alto nivel de Síndrome de Burnout”

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que los resultados de las pruebas aplicadas a los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios no cumplen con los criterios necesarios para considerar la presencia de Burnout.

La hipótesis es rechazada, ya que, de los resultados obtenidos, se evidencia que los médicos no presentan Síndrome de Burnout.

Segunda Hipótesis:

“El personal médico presenta un nivel de bienestar psicológico bajo a moderado”

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que los médicos presentan un nivel de bienestar psicológico alto.

La hipótesis es rechazada, ya que los resultados obtenidos evidencian que el mayor porcentaje de sujetos presentan bienestar psicológico alto, quedando como segunda opción el nivel de bienestar psicológico moderado, es decir, se encuentran en un nivel superior al esperado.

Tercera Hipótesis:

“Las formas de afrontamiento predominantes en el personal de salud son aquellas estrategias centradas en el problema”

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que en los médicos predomina el uso de estrategias centradas en el problema.

La hipótesis es aceptada, ya que en los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios predomina el uso de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

CAPÍTULO VI.
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CAPÍTULO VI. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

Habiendo finalizado el proceso de investigación, teniendo los resultados ya interpretados y habiendo cumplido con el procedimiento previamente establecido, se presentan las siguientes conclusiones con sus respectivos objetivos planteados:

1) Identificar la presencia del Síndrome de Burnout en médicos del Hospital Regional San Juan de Dios

De acuerdo a los resultados obtenidos, los médicos del Hospital Regional San Juan de Dios no muestran presencia de Síndrome de Burnout. Los niveles en la dimensión agotamiento emocional son altos y en las dimensiones de despersonalización y realización personal son bajos, por lo tanto, los datos encontrados no cumplen los criterios para poder afirmar la presencia de síndrome en los médicos.

2) Evaluar el nivel de bienestar psicológico en médicos del Hospital Regional San Juan de Dios

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que los médicos presentan un nivel de bienestar psicológico alto, es decir, los médicos presentan sentimientos, actitudes y comportamientos positivos y aceptables acerca de la calidad de vida que llevan, el trabajo que desempeñan, los logros y objetivos conseguidos a lo largo de su vida personal y profesional.

3) Identificar las estrategias de afrontamiento predominantes en médicos del Hospital Regional San Juan de Dios

De acuerdo a los resultados obtenidos, se pudo evidenciar que en los médicos predomina el uso de estrategias centradas en el problema, entendido esto como la capacidad de enfrentar las situaciones de estrés con comportamientos, actitudes y acciones oportunas e inmediatas que requieren un análisis racional de las posibles soluciones tomando en cuenta las implicaciones respectivas del caso, así mismo, dentro de las estrategias más utilizadas por el personal médico son: Afrontamiento activo que se refiere a la búsqueda inmediata de soluciones al problema o suceso estresante, también está la estrategia de Aceptación que se refiere a la toma de conciencia del problema o suceso estresante sin tratar de evadir la responsabilidad o existencia del mismo,

por último, está la estrategia de planificación que permite a los médicos analizar la situación previamente y establecer un plan de trabajo para actuar.

6.2 RECOMENDACIONES

Luego de las conclusiones expuestas es importante mencionar que el burnout es un problema activo en la sociedad que debe tomarse en cuenta en muchos ámbitos laborales, pero especialmente en el área salud. De tal manera se presentan las siguientes recomendaciones:

A la institución:

- Informar al personal de salud sobre el síndrome de burnout síntomas consecuencias y medidas preventivas para que el personal esté consciente sobre el problema y puedan reconocerlo y buscar ayuda o apoyo psicológico; así también la institución tendrá las herramientas necesarias para actuar en caso de que los niveles de burnout en el personal médico se vean en ascenso.
- Identificar Los indicadores situaciones y actitudes que sean posibles factores desencadenantes del síndrome burnout de esta manera desarrollar medidas preventivas que faciliten el abordaje del problema.
- Respetar los horarios de descanso y salida establecidos para los médicos generales especialistas y residentes, además en lo posible reducir los horarios extras o prolongados para evitar la sobrecarga laboral que influiría directamente en el bienestar psicológico y físico de los médicos y demás personal de salud.

A futuros investigadores:

- Si bien la presente investigación concluye que no hay presencia de burnout en los médicos los niveles elevados en agotamiento emocional y Bajos en realización personal Son puntos importantes en donde es posible profundizar la investigación implementando estudios de tipo cualitativo para tener información más detallada y en profundidad. Así mismo trabajar con la totalidad de la población puede favorecer y mejorar la interpretación de datos.