



UNIVERSIDAD DEL AZUAY

Departamento de Posgrado

Maestría en Psicoterapia Integrativa

TEMA:

“Análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad en el personal de una Institución Pública, atendido en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca”.

Trabajo de investigación previo a la
obtención del título de Magister en
Psicoterapia Integrativa.

Autora: Ps. María José Rojas Cordero.

Director de Tesis: Mgst. Mario Moyano Moyano

Cuenca - Ecuador

2016

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a mi hijo Juan Martín, por cambiarme la vida y por ser el motor que me empuja día a día.

María José Rojas Cordero.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios, por ser la luz que ilumina mi camino, mi soporte y mi mayor motivación para cumplir cada uno de mis sueños.

A mis padres, mi fuente principal de principios y valores, por su apoyo y constancia en la construcción de mi futuro, sin ellos nada de esto sería posible.

A mi esposo, mi compañero de vida, por toda la paciencia y amor incondicional a lo largo de este camino.

Al Mgs. Mario Moyano, por su apoyo académico y profesionalismo en la guía de la realización de este proyecto.

A la Dra. Valeria Álvarez, por su apoyo, su guía y su amistad.

Al Centro de Atención Ambulatoria, CAA IESS, la Institución que me abrió las puertas para el cumplimiento de este proyecto, de manera especial al Dr. José Bustamante M. Director Médico de dicha Institución.

Y a las personas que participaron en la realización de este proyecto.

GRACIAS

María José Rojas Cordero.

Índice de Contenidos:

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
Índice de Contenidos:	iv
Resumen.....	x
Abstract.....	xi
Introducción	1
Capítulo I	3
Estrés y Síndrome de Burnout.....	3
1. Introducción	3
1.1. Historia y definición del Estrés	3
1.2. Demandas psicosociales (estrés psicosocial)	8
1.3. Afrontamiento del estrés	8
1.3.1. Estilos de afrontamiento.....	9
1.3.2. El afrontamiento como proceso.....	9
1.4. La respuesta de estrés.....	10
1.4.1. Respuestas fisiológicas	13
1.4.2. Respuestas psicológicas	13
1.5. Estrés Laboral.....	14
1.5.1. Carga mental	14
1.5.1.1. Factores determinantes de la carga mental.....	15
1.5.1.2. Características de la carga mental	15
1.5.2. Capacidad de respuesta del individuo	15
1.5.3. Efectos de la carga mental.....	15
1.6. Síndrome de Burnout	16
1.6.1. Síntomas del Síndrome de Burnout.....	17
1.6.2. Fases del proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout.....	18
1.6.3. Medición del Síndrome de Burnout	20
1.7. Conclusión.....	21
Capítulo II	23
Personalidad	23
2. Introducción	23

2.1. Definición de personalidad.....	23
2.2. Estructura de la personalidad en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	24
2.2.1. Componentes biológicos de la personalidad	24
2.2.2. Componentes socioculturales y psicológicos de la personalidad.....	25
2.3. Componentes de la estructura y dinamismo de la personalidad según el Modelo Integrativo Ecuatoriano	25
2.4. Tipología de la personalidad Balarezo	27
2.4.1. Teorías de rasgos	27
2.4.2. Teorías tipológicas	27
2.4.3. Teorías del desarrollo	28
2.5. Clasificación de la personalidad según el modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	28
2.5.1. Tipos de personalidad con características de Predominio.....	29
2.5.2. Tipos de personalidad con características de déficit	30
2.6. Estudio de la Personalidad conforme a Theodore Millon	31
2.7. Modelo Biosocial evolucionista de Millon	32
2.8. Continuidad entre personalidad normal y patológica según Millon	33
2.9. Conclusiones	34
Capítulo III	36
Modelo Integrativo Focalizado En La Personalidad	36
3. Introducción	36
3.1. Antecedentes	36
3.2. Definición de Psicoterapia Integrativa	37
3.3. Aportes del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad	37
3.4. Bases Filosóficas Epistemológicas y Teóricas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	38
3.4.1. Bases Filosóficas	38
3.4.2. Bases Epistemológicas	39
3.4.3 Bases Teóricas.....	40
3.5. Tipología de la Personalidad	42
3.6. Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	44
3.7. Etapas del Proceso.....	45
3.7.1. Primera Etapa. Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones, inicio del proceso	45

3.7.2 Segunda Etapa. Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno	46
3.7.3 Tercera Etapa. Planificación del proceso	47
3.7.4 Cuarta Etapa. Ejecución y aplicación técnica	49
3.7.5 Quinta Etapa. Evaluación de diagnóstico, proceso y resultados	49
3.8. El Asesoramiento psicológico desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad	49
3.8.1. La Psicoeducación desde el Asesoramiento Psicológico desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad.....	51
3.9. Definición de Psicoeducación	51
3.9.1 Objetivos de la Psi coeducación.....	52
3.9.2 Tipos de Psi coeducación	53
3.10. Conclusión.....	53
Capítulo IV	54
Aplicación y Resultados.....	54
4. Introducción	54
4.1. Objetivos	54
4.1.1. Objetivo General	54
4.1.2. Objetivos Específicos	54
4.2. Metodología	55
4.2.1. Población.....	55
4.2.2. Instrumentos Utilizados	55
4.2.2.1. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III	55
4.2.2.2. El test de Maslach. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory	57
4.3. Resultados estadísticos y análisis	58
4.4. Discusión.....	70
Capítulo V	73
Propuesta del Taller Psicoeducativo para el Síndrome de Burnout desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad	73
5. Introducción	73
5.1. Justificación.....	73
5.2. Señalamiento de Objetivos.....	73
5.2.1. Objetivo General	73
5.2.2. Objetivos Específicos	74
5.3. Metodología	74
5.3.1. Responsable.....	74

5.3.2. Duración	74
5.3.3 Población.....	74
5.3.4. Fases del Taller.....	75
5.3.4.1. Fase preliminar	75
5.3.4.1.1. Señalamiento de técnicas	76
5.3.4.2. Fase de Ejecución.....	79
5.3.4.3. Fase de Evaluación.....	81
5.4 Metodología del taller: grupo focal	82
5.5 Informe final: resultados del taller Psicoeducativo	82
5.6. Conclusiones	84
Conclusiones Generales	84
Recomendaciones.....	86
Bibliografía	87
Bibliografía electrónica.....	89
Anexos.....	93

Índice de Ilustraciones

Ilustración N° 1. Situaciones estresantes que han demostrado incluir activación del eje hipófiso suprarrenal, médulo suprarrenal e hipófiso tiroideo en animales de experimentación y seres humanos	11
Ilustración N° 2. Respuestas fisiológicas y cambios orgánicos asociados al estrés psicológico	12
Ilustración N° 3. Personalidad con predominio afectivo	29
Ilustración N° 4. Personalidad con predominio cognitivo	30
Ilustración N° 5. Personalidad con predominio comportamental	30
Ilustración N° 6. Personalidad con déficit relacional	31
Ilustración N° 7. Características de la personalidad normal y la patológica.	34
Ilustración N° 8. Estructura de la personalidad	40
Ilustración N° 9. Componentes de la personalidad.....	42
Ilustración N° 10. Rasgos Fundamentales de las Personalidades. (Parte 1)	43
Ilustración N° 11. Rasgos Fundamentales de las Personalidades (Parte 2)	44
Ilustración N° 12. Objetivos del Modelo Integrativo.	48
Ilustración N° 13. Semejanzas y diferencias entre asesoramiento y psicoterapia	50

Índice de Tablas

Tabla 1. Distribución según el género y edad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	58
Tabla 2. Distribución según el estado civil en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	59
Tabla 3. Distribución según la instrucción en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	60
Tabla 4. Distribución según el tiempo dentro de la Institución en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	60
Tabla 5. Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	62
Tabla 6. Frecuencia según la dimensión quemada en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	63
Tabla 7. Frecuencia según el tipo de la personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	64
Tabla 8. Frecuencia según los síndromes clínicos en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	66
Tabla 9. Frecuencia de distribución, según los tipos de la personalidad y número de dimensiones quemadas, en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	68
Tabla 10. Establecer la relación existente entre intensidad del Síndrome de Burnout y tipo de la personalidad en pacientes atendidos en el Proyecto Médico Preventivo	70

Índice de Gráficos

Gráfico 1. Distribución según el género y edad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	58
Gráfico 2. Distribución según el estado civil en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	59
Gráfico 3. Distribución según la instrucción en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	60
Gráfico 4. Distribución según el tiempo dentro de la institución en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	61
Gráfico 5. Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	62
Gráfico 6. Frecuencia según la dimensión quemada en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	63
Gráfico 7. Frecuencia según el tipo de la personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	65
Gráfico 8. Frecuencia según los síndromes clínicos en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	67
Gráfico 9. Frecuencia de distribución, según los tipos de la personalidad y número de dimensiones quemadas, en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015	69

Resumen

El presente trabajo investigativo tiene por tema: “Análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca”.

La muestra del trabajo investigativo se determinó con pacientes atendidos en el proyecto médico preventivo, lo cual generó información vital para conocer la realidad de los niveles de estrés dentro del campo laboral. Se procedió a aplicar los test seleccionados, Inventario Clínico Multiaxial de Millon III y Test de Maslach, se analizaron los datos y resultados obtenidos, para conocer la correlación entre el Síndrome de Burnout y Tipo de Personalidad, encontrándose al chi cuadrado un valor de $p=0.780$, no estadísticamente significativo y se ejecutó una propuesta Psicoeducativa desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad a un grupo piloto.

Dentro de lo que corresponde a la parte teórica en el presente trabajo investigativo, se dan a conocer temas tales como: Estrés y Síndrome de Burnout, Personalidad, Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, los cuales son necesarios y útiles para el entendimiento de presente trabajo.

Palabras claves: Síndrome de Burnout, Personalidad, Estrés Laboral.

Abstract

This research work has as its theme: "Correlational analysis between Burnout Syndrome and personality type on the staff of a public institution, attended at the Ambulatory Care Center 302, Cuenca".

The sample of the research work was made up of patients treated in the preventive healthcare project, which generated vital information to know the reality of stress levels in the workplace. The Millon Clinical Multiaxial Inventory-III (MCMI-III) and the Maslach Burnout Inventory (MBI) were applied. Data and the results obtained were analyzed to determine the correlation between Burnout Syndrome and personality type; finding chi-square value of $p = 0.780$ not statistically significant. Thus, a Psychological proposal from the Integrative Model Focused on the Personality was applied to a pilot group.

In regard to the theoretical part, this paper deals with issues such as Stress and Burnout Syndrome, Personality, Integrative Schema -Model Focused on Personality; all of which are necessary and useful for the understanding of this work .

Keywords: Burnout Syndrome, Personality, Work Stress.




Translated by:
Lic. Lourdes Crespo

Introducción

El Síndrome de Burnout o del trabajador quemado, constituye un problema de salud, cuya frecuencia va en aumento, y frente al cual, no existe literatura que nos aproxime a esta realidad en nuestro medio local, y que revierte directamente en el desempeño diario del individuo, no solamente en el trabajo, sino también en la familia y la sociedad. (Cano Vindel, 2002)

Oscar Oro (2005), en su libro “persona y personalidad” expone claramente la dificultad de definir el concepto de personalidad cuando no se la delimita a la individualidad, persona y personaje, carácter y temperamento. A lo que Allport (1986) indica que la personalidad es una organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente. Por otro lado Millon (1990) indica una perspectiva dinámica e integrativa, ya que expone la personalidad como la estructura tanto subjetiva como biológica, en la que sus componentes interaccionan, constituyendo una forma de adaptación, lo que sumado a principios básicos de evolución de su modelo concluye que “la personalidad es el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo para interacción con el entorno”. Por lo que considero indispensable, el estudio de la personalidad y el síndrome de burnout, para identificar en nuestro medio a las personas que son más susceptibles a desarrollar este síndrome, ya que con el advenimiento de la era industrial y la era de servicios, el punto central del trabajo fue la creación de riqueza, descuidando el bienestar del hombre. (Ochoa & Pignataro, 2014)

Situación de patología que a la vez genera, entre otras cosas, agresividad, maltrato, baja autoestima, despersonalización, mobing, subrealización personal. Problemas que afectan evidentemente la esfera bio-psico-social del ser humano. Lo que coincide con Millon (2009) quien indica que, la diferencia de un paciente con una personalidad funcional, de otro con un trastorno de la personalidad radica en la flexibilidad para la adaptación al entorno, frente a las personalidades patológicas que mantienen conductas rígidas que dificultan la adaptación.

Este problema de salud, crece con características de epidemia y cronicidad, y es indiscutiblemente necesario de intervención a fin de mejorar la adaptación del trabajador a su ambiente laboral, al igual que el manejo adecuado del estrés conforme a su personalidad, ya

que se puede hablar de trastorno, cuando un ser humano se muestra constantemente incapaz de variar su patrón común de respuesta a pesar de las manifestaciones disfuncionales obtenidas.

A lo largo de estos dos años de trabajo en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca, se ha observado la manera en la cual las personas atendidas se encuentran sumamente agotadas por el tipo de trabajo y la carga laboral a la cual se enfrentan día a día, lo que ha desencadenado problemas en su funcionalidad laboral así como también síntomas emocionales que afectan su entorno personal y familiar, siendo por aquella razón el interés en el estudio de esta problemática denominada “Síndrome de Burnout”, a lo que se adiciona el tipo de personalidad, característica importante tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, a fin de mejorar la situación de patología en la cual se encuentran involucradas las personas a investigar.

El presente trabajo investigativo propone el análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y Personalidad, el cual se va a desarrollar en tres partes: la primera corresponde a la parte teórica dentro de la cual se encuentra el primer capítulo en el cual se pretende dar a conocer temas relacionados con el Estrés y Síndrome de Burnout, historia, definiciones, síntomas, entre otras; el segundo capítulo el cual estará dirigido hacia el estudio de la personalidad; un tercer capítulo el cual se encuentra dirigido a la investigación de lo que corresponde al Modelo Integrativo Focalizado en la personalidad.

La segunda parte corresponde a la aplicación y resultados, en el cual se determinara la asociación entre el Síndrome de Burnout y el tipo de Personalidad.

La tercera y última parte del presente trabajo investigativo corresponde al desarrollo y ejecución de la propuesta del taller Psicoeducativo para el Síndrome de Burnout desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, en el cual se establecerá el señalamiento de objetivos, establecimiento de técnicas, llegando a la fase de ejecución de la propuesta.

Se establecerán las conclusiones generales y recomendaciones correspondientes del presente trabajo investigativo.

CAPÍTULO I

ESTRÉS Y SÍNDROME DE BURNOUT

1. Introducción

En la sociedad globalizada, en la que actualmente nos desempeñamos, no es extraño encontrar una serie de factores en el ambiente laboral, que predisponen al desarrollo del estrés, situación que si se vuelve crónica, determinará el desarrollo del Síndrome de Burnout, puesto que constituye un trastorno adaptativo resultante de la discrepancia entre el trabajo real y los ideales de cada individuo sobre él mismo. Más frecuentemente se encuentra en las personas en las que el contacto con el usuario es el determinante.

En el presente capítulo se abordarán los conceptos básicos acerca del estrés, sus estilos de afrontamiento y respuestas, el estudio de la carga mental y el Síndrome de “Estar Quemado” o Burnout.

1.1. Historia y definición del Estrés

El conocimiento del estrés resulta heterogéneo, debido a la ambigüedad adoptada en el uso del término. A partir del siglo XIV se usó la palabra para referirse a experiencias negativas, desde el siglo XVII, por influencia de R. Hooke, se asoció el concepto a fenómenos físicos, como presión, fuerza y distorsión, aplicándolo a estructuras fabricadas por el ser humano, que deben soportar el efecto de diversas fuerzas, desarrollando los físicos e ingenieros por analogía, tres conceptos basados en las características físicas de los cuerpos sólidos llamados: carga, distorsión y estrés. (Burga, 2009)

Por tanto, el estrés desde el punto de vista físico, se ha definido como una fuerza interna generada dentro de un cuerpo por la acción de otra que tiende a distorsionar a dicho cuerpo. (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000). Los tres términos carga, estrés y distorsión fueron adoptados por la fisiología, la psicología y la sociología influyendo en el desarrollo de las teorías acerca del estrés. El término carga, derivó en estresor haciendo referencia al estímulo inductor del estrés. Los términos estrés y strain refirieron un estado del organismo. Estrés se

refiere al estímulo y strain indica la respuesta individual de cada ser humano. Por tanto los enfoques fisiológicos y bioquímicos consideran el estrés en términos de respuesta, las orientaciones de tipo psicológico y social generan más interés en la situación estímulo asumiendo el estrés como un fenómeno externo focalizado en el mismo. (Bucci, Nunziatina; Luna, Marisabel, 2012)

El estrés es un término difícil de conceptualizar, sin embargo, se conocen varios intentos por lograrlo, así que, en el siglo XIX, George Beard (1839-1883), médico, encontró como común denominador una sobrecarga en sus pacientes, lo que denominó neurastenia, término que engloba condiciones sociales y exigencias del urbanismo creciente de la época, que podía generar una enfermedad mental o “nerviosa”, como se la conocía conforme al autor, quien la consideraba como una patología de la “cultura moderna”, que producía reacciones negativas con alteraciones psicológicas como el desequilibrio emocional y el desgaste. (Ver M, 2001)

En el siglo XX, en sus primeros años, se acentúa el concepto del estrés como una patología derivada de un “conflicto interno”, que relaciona la interacción del componente psicológico con el físico. Se generó un cambio en el paradigma fisiológico, denotando con mayor importancia el componente psicológico, de donde derivarían al futuro nuevas precisiones sobre el tema.

Es así que, conforme a lo indicado por Selye (1936), el estrés implica dos conceptos: estresor y respuesta al estrés, por lo tanto se trata de un estado del organismo producido por agentes diversos, entonces, el estrés se produce cuando se genera una alteración en el funcionamiento del organismo por acción de un agente externo o interno; en éstas circunstancias reacciona de forma extraordinaria, compensando así el desequilibrio. La respuesta implica esfuerzo y produce una sensación subjetiva de tensión, lo que suele suponer un incremento en la activación o inhibición hormonal, por tanto una variación en el estado emocional. (Bucci, Nunziatina; Luna, Marisabel, 2012)

Otro aporte importante, lo constituye el de Walter Cannon, neurólogo, quien construyó la definición de estrés a partir de la hipótesis de que toda vida humana necesita de un equilibrio interno, y en casos intensos de estímulos medio ambientales externos, se da un proceso de

readaptación a través de varios sistemas, llevando las investigaciones de Cannon, a indicar que, si bien un organismo puede soportar bajos niveles de estresores, si estos, son duraderos en el tiempo, o muy intensos, generan alteraciones en los sistemas biológicos. (Ver S, 1989)

Por tanto se podría conceptualizar el estrés como procesos o situaciones externas al individuo que de ser persistentes, intensas y duraderas en el tiempo, generan grados de afectación en el sistema biológico del ser humano.

Existen una serie de teorías que han contribuido al desarrollo del concepto del estrés. Se hace por tanto una apreciación de las teorías basadas en la respuesta. Sistematización del estrés, los aportes de Selye.

La teoría del estrés formulada por Hans Selye (1936) concibe el estrés como una respuesta no específica del organismo, lo define como el estado que se manifiesta por un síndrome específico consistente en todos los cambios inespecíficos inducidos dentro de un sistema biológico como respuesta a demandas hechas sobre él. Teniendo por tanto forma y composición características pero ninguna causa particular. (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000), lo que nos denota el entendimiento del estrés no a partir del estímulo, sino de la respuesta de la persona, frente a la situación estresante, que afecta el equilibrio del organismo.

Conforme a Selye, el estrés no se debe evitar, ya que puede estar asociado a experiencias tanto positivas como negativas, agradables y desagradables. Por lo tanto el estrés llegaría a ser una reacción adaptativa mientras no exceda sus niveles y afecte negativamente al individuo.

La teoría de Selye nos ofrece una definición del estrés basada en dos tipos de fenómenos medibles: el estresor y la respuesta al estrés. Un estresor es cualquier demanda que genera un patrón de respuesta de estrés referido pudiendo ser psicológico, cognitivo, emocional. (Perez, David; García, Jéssica; García, Tomás, 2014). La respuesta del estrés está constituida por un mecanismo de tres partes que se denomina síndrome general de adaptación (SGA) con: reacción de alarma, etapa de resistencia, etapa de agotamiento.

Este síndrome general de adaptación, era considerado por Selye como una respuesta estereotipada con la intervención de varios sistemas, con etapas diferenciadas. (Lazarus, Valdés, & Folkman, 1986)

- a) Reacción de alarma.- Generada frente a una exposición repentina a estímulos identificados como nocivos. Esta etapa tiene dos fases: una fase de choque, reacción inicial frente al agente, son síntomas típicos y la fase de contrachoque, para hacerle frente a la amenaza con movilización de defensas.
- b) Etapa de Resistencia.- Se genera, debido a que ningún individuo, puede encontrarse en un estado constante de alarma, se da la adaptación del organismo al estresor, junto con la mejoría y desaparición sintomática.
- c) Etapa de Agotamiento.- Si el individuo, se expone crónicamente al estresor, pierde la adaptación generada en la fase de resistencia y entra en ésta, reapareciendo los síntomas de la reacción de alarma, y las consecuentes complicaciones derivadas.

Por su parte las teorías del estrés centradas en el estímulo, lo entienden y lo interpretan de acuerdo con las características que se asocian a estímulos ambientales, considerados como factores que pueden desorganizar o alterar las funciones del organismo. Por tanto estos modelos se diferencian de los focalizados en la respuesta, ya que localizan al estrés en el exterior y no en el interior del individuo, lo que hace que los estímulos no tengan el mismo efecto estresor en todas las personas.

Los modelos del estrés basados en el estímulo pueden encasillarse en la perspectiva del enfoque psicosocial del estrés, poniendo en interés al ambiente y a las situaciones sociales. Lazarus y Folkman 1984, plantean la conceptualización de la perspectiva interaccional específica, que el estrés se origina a través de las relaciones individuales entre la persona y su entorno, definiendo el estrés como el conjunto de relaciones particulares entre la persona y la situación, siendo está valorada como algo que excede sus propios recursos y pone en peligro su bienestar personal. La idea central de la perspectiva interaccional con aproximación mediacional cognitiva es el concepto cognitivo de evaluación, la misma que es definida por este autor como el mediador cognitivo de las reacciones al estrés siendo este un proceso universal mediante el cual se valora constantemente la significación de lo que ocurre relacionándolo con su bienestar personal, enfatizando la importancia del factor psicológico en la mediación de la respuesta. (Lazarus, Valdés, & Folkman, 1986).

La teoría de Lazarus propone tres tipos de evaluación: primaria, secundaria y reevaluación. La evaluación primaria es generada en cada encuentro como algún tipo de amenaza externa o interna, la evaluación secundaria y reevaluación ocurren temporalmente luego de la primaria; la evaluación secundaria se refiere a la valoración de los propios recursos para enfrentar la situación; esta reacción depende de la forma en la que el sujeto valora sus propios recursos de afrontamiento y la reevaluación implican el feedback que acontece a medida que se desarrolla la interacción entre el individuo y las demandas para generar correcciones sobre valoraciones previas.

Conforme a Belloch 2000; con respecto a la teoría del modelo del trabajo, el concepto de estrés es complejo e implica un conjunto de variables que interaccionan entre sí, además de la presencia de agentes externos o internos, procesos de evaluación cognitiva, estrategias de afrontamiento y respuestas psicológicas complejas y fisiológicas que suelen definirse como reacción de estrés. Frente a lo cual se plantea un modelo procesual, el mismo que se desarrolla en siete etapas: (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

Concluyendo por tanto que el estrés es un proceso de interacción, una relación en particular entre la persona y la situación en la que se produce cuando ésta valora las demandas y estas exceden sus recursos de ajuste y hacen que peligre su bienestar.

Es así que tenemos: las demandas psicosociales: son los agentes externos causales primarios del estrés, incluye los factores psicosociales, los agentes ambientales naturales y artificiales; evaluación cognitiva: los sucesos diarios y acontecimientos vitales generan demandas sobre el organismo que son valoradas por este, lo que generará o no la respuesta de estrés dependiendo de si rompe o no la homeostasis entre la percepción de la demanda y la percepción de los recursos para superarla; respuesta de estrés: incluye respuestas fisiológicas neuroendocrinas y del sistema nervioso autónomo, al igual que la respuesta psicológica también los componentes cognitivos y motores; estrategias de afrontamiento coping; esfuerzos conductuales y cognitivos que emplea el individuo para hacerle frente a las demandas valoradas, así como para suprimir el estado emocional del estrés; variables disposiciones: son las que pueden influir sobre las etapas anteriores; apoyo social, puede disminuir el efecto de las demandas estresantes sobre la respuesta al estrés; estatus de salud: es un resultado del estrés y depende del funcionamiento de las fases anteriores, el afrontamiento inapropiado puede ser nocivo para la salud física o mental.

1.2. Demandas psicosociales (estrés psicosocial)

Dentro de la legislación como prevención de riesgos, los factores psicosociales, se consideran según varias acepciones: riesgos, fuentes de vulnerabilidad, barreras para la prevención entre otros, siendo por tanto pilar interviniente en el estrés. El estrés psicosocial es un factor predisponente del desarrollo de diversas enfermedades en el ser humano que repercuten en su calidad de vida, algunos de estos factores son los sucesos vitales y los sucesos menores, los mismos que son definidos por Thomas H. Holmes como eventos sociales, experiencias subjetivas, que necesitan un cambio respecto al estado base o habitual de la persona pudiendo evocar reacciones psicofisiológicas o psicológicas perturbadoras. (Vinnaccia & Sergio, 2001)

1.3. Afrontamiento del estrés

Definido en primera instancia por Levine y colaboradores (1976), y colaborado por Lazarus (1986) el coping (estrategias de afrontamiento), se define como aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas evaluadas como desbordantes de los recursos. Por tanto el afrontamiento se entiende como los esfuerzos cognitivos y conductuales del individuo para manejar las demandas externas o internas productoras de estrés así como el estado emocional desagradable vinculado al mismo.

El desarrollo teórico y metodológico del concepto de afrontamiento podría agruparse en dos aproximaciones distintas: una que lo asume como un estilo de afrontar el estrés de forma personal y otra que lo entiende como un proceso. (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

1.3.1. Estilos de afrontamiento

Los estilos de afrontamiento se han estructurado a partir de que se trata de disposiciones personales para hacer frente a las situaciones estresantes. (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

Modelo represor/sensibilizador: está centrado en el concepto de coping. El represor tiende a la negación y evitación, el sensibilizador es vigente y expansivo. Se trata de un constructo de una dimensión del afrontamiento, en un extremo están las personas altamente sensibles (altamente ansiosas) y en el otro las muy depresoras (baja ansiedad).

Modelo de afrontamiento de estilos cognitivos monitoring y blunting: el monitoring indica el grado con que un individuo está alerta y sensibilizado respecto a la información relacionada con la amenaza; el blunting indica el grado con que un individuo evita o transforma cognitivamente la información de amenaza, estilos de afrontamiento que pueden ser adaptativos en función del tipo de situación estresante que se esté experimentando.

1.3.2. El afrontamiento como proceso

Lazarus y Folkman 1986, definen el afrontamiento como los esfuerzos cognitivos y conductuales en curso para manejar las demandas externas o internas que son evaluadas como un factor que sobrepasa los recursos del individuo, para manejar el estrés psicológico. Conlleva varios principios, que se emplean indistintamente del proceso, sea este adaptativo o no, debiendo identificarse los resultados, de igual manera, depende del contexto, se emplea para diferentes amenazas, generadas por un estresor, cambia en función de la significación adaptativa y los requerimientos de otras amenazas, algunas estrategias, son más consistentes que otras, la teoría del afrontamiento como proceso, enfatiza la existencia de dos funciones principales, una dedicada al problema que busca cambiar la relación ambiente-persona y la otra a la emoción, que busca cambiar el modo en que se interpreta la situación para regular la respuesta emocional estrés. El afrontamiento depende de la evaluación sobre lo que pueda o no hacerse para modificar la situación, si tras la evaluación hay como hacerse algo, predomina el afrontamiento focalizado en el problema, caso contrario el focalizado en la emoción. (Lazarus, Valdés, & Folkman, 1986)

Lazarus y su grupo, conforme a lo citado por Sandín y Chorot, 2003, han elaborado instrumentos psicométricos para evaluar el afrontamiento, el Ways of Coping Questionnaire (WCQ), 1998, ha referido las ocho dimensiones siguientes: la confrontación, el distanciamiento, autocontrol, búsqueda de apoyo social, la aceptación de la responsabilidad, el escape-evitación, la planificación de solución de problemas, la reevaluación positiva (Sandin & Chorot, 2003)

1.4. La respuesta de estrés

Hacer relación a la respuesta de estrés, es indicar que el organismo se encuentra en desequilibrio, por tanto la existencia del estrés se manifiesta frente a la presencia de algún tipo de respuesta del organismo que es etiquetada de estrés, reconocido éste como un sobreesfuerzo impuesto al funcionamiento normal del organismo. Mismo que implica un conjunto de respuestas fisiológicas características al igual que implica respuestas de malestar emocional o distress, también pueden generarse otras respuestas psicológicas asociadas, como se verá en las siguientes tablas:

Ilustración N° 1. Situaciones estresantes que han demostrado incluir activación del eje hipófiso suprarrenal, médulo suprarrenal e hipófiso tiroideo en animales de experimentación y seres humanos

Situación desencadenante	Activación		
	Sistema Hipófiso Suprarrenal	Sistema Médulo Suprarrenal	Eje Hipófiso Tiroideo
Inmovilización *	X		
Ruido *	X		
Manipulación *	X		
Hacinamiento *	X		
Lucha *	X		
Confinamiento *	X		
Situación Novedosa *	X		
Películas emotivas **	X	X	X
Competición deportiva **	X	X	X
Entrevista psicológica **	X		X
Preparación Prequirúrgica **	X		
Cálculo mental **	X		
Evaluaciones **	X		
Privación de sueño **		X	
Concentración mental **		X	
Asociaciones desagradables **			X

* animales experimentales

** seres humanos

Nota. Fuente: (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

Elaboración: María José Rojas

Ilustración N° 2. Respuestas fisiológicas y cambios orgánicos asociados al estrés psicológico

Tipo de Respuesta/órgano		Tipo de Efecto
Cardiovascular		Incremento del Gasto Cardíaco
		Incremento de TA Sistólica y Diastólica
		Vasoconstricción Periférica
		Arritmias Cardiacas probables
Otras respuestas psicofisiológicas		Incremento de Tensión Muscular General
		Temblor
		Hiperventilación
		Diaforesis Profusa
		Incremento de la Midriasis
		Disminución de la salivación
		Reducción del pH piel y saliva
Respuestas metabólicas		Liberación de glucosa
		Incremento en la glucogénesis
		Catabolismo Proteico
		Aumento del Lípidos plasmáticos
Estómago		Incremento de Secreciones Gástricas
Bronquios		Dilatación
Sistema Inmune		Disminución de la competencia inmunológica
Tiroides		Incremento tamaño/actividad
Suprarrenales		Incremento tamaño/actividad
Glándulas sexuales		Reducción tamaño/actividad
Hígado		Involución
Páncreas		Involución
Riñón		Degeneración

Nota. Fuente: (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

Elaboración: María José Rojas.

1.4.1. Respuestas fisiológicas

Establecidas inicialmente por Selye, el cual indicó que se produce por activación del sistema neuroendocrino hipotálamo hipófiso-cortico-suprarrenal así como también la activación del sistema nervioso autónomo simpático. Masson (1968) indicó el concepto de totalización neuroendocrina (over-all), donde se indica que el sistema neuroendocrino responde los estresores en forma de patrones de respuesta totalitarios.

Una de las principales cualidades del sistema neuroendocrino descrita por Mason, constituye que es muy sensible a los diferentes agentes estresantes. Además la respuesta neuroendocrina del organismo implica a cualquier hormona y pueden aislarse dos patrones de respuesta durante el estrés. (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

1.4.2. Respuestas psicológicas

La respuesta emocional es la principal respuesta psicológica asociada al estrés, esta surge cuando el organismo lleva a cabo sobre esfuerzo para contrarrestar el desequilibrio en su homeostasis frente a alguna amenaza, la manera en que las personas evalúan esta amenaza con respecto a las situaciones vividas es importante para la interpretación del estresor.

Conforme a Arnold (1967), la reacción del organismo frente al estrés tiene por efecto restaurar su homeostasis, con actividades que frecuentemente incluyen acciones para la consecución de objetivos. De este modo la emoción es activada junto con cambios fisiológicos (síndrome de estrés) cada vez que reacciona frente a un estresor, generando la sensación de malestar emocional. Las respuestas al estrés son también cognitivas y conductuales, ya que son componentes propios de la emoción. La preocupación, pérdida de control y negación son resultados comúnmente presentes. La preocupación es un componente cognitivo de la emoción (ansiedad), la pérdida de control es parte de la reevaluación cognitiva y la negación es una estrategia de afrontamiento. Otras respuestas cognitivas, más que parte de la respuesta del estrés, son resultados desadaptativos. (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

Situación similar ocurre con las respuestas conductuales (motoras), pues son teóricamente formas de respuesta al estrés, por ejemplo la conducta agresiva es un modo de afrontamiento del tipo de expresión emocional, que, al igual que con las respuestas cognitivas, se han confundido con estados desadaptativos comportamentales. (Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F, 2000)

1.5. Estrés Laboral

La jornada laboral, en nuestro medio, al ser de 8 horas, ocupa la tercera parte de la vida de los individuos, a lo que con el advenimiento tecnológico, la demanda física es menor, no obstante el rendimiento intelectual debido a la ejecución humana es más alto.

Actualmente el estrés afecta a todas las profesiones y categorías de trabajadores. Conforme a Álvarez, 1998, el estrés laboral puede verse como el proceso que se inicia ante un conjunto de demandas ambientales que recibe el individuo, a las cuales debe dar una respuesta adecuada, poniendo en marcha sus recursos de afrontamiento. Cuando la demanda del ambiente laboral es excesiva frente a los recursos de afrontamiento que se poseen, se van a desarrollar una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican activación fisiológica. (Álvarez González, 1998)

1.5.1. Carga mental

La carga mental, constituye el conjunto de requerimientos psicofísicos necesarios por parte del trabajador para realizar su trabajo.

Conforme a Sebastián y Del Hoyo, 2002, la carga de trabajo tanto física como mental es un peligro presente en todas las actividades laborales ya que esta no es siempre constante y está determinada por la relación entre el nivel de exigencias de la tarea y las características del individuo. El concepto de carga tiene un significado negativo y se habla de la misma cuando las exigencias de la tarea sobrepasan las capacidades del individuo es decir cuando se genera

una incapacidad o al menos la dificultad del trabajador para dar una respuesta en un momento dado frente a la tarea. (Sebastian & Del Hoyo, 2002)

1.5.1.1. Factores determinantes de la carga mental

Dentro de los factores determinantes de la carga mental, tenemos las exigencias de la tarea, que están en función de la información que debe tratarse en el puesto de trabajo, factores del entorno, psicosociales y de la organización al igual que factores relacionados con el diseño y acondicionamiento del puesto. (Sebastian & Del Hoyo, 2002)

1.5.1.2. Características de la carga mental

La carga mental posee una serie de características fundamentales que definen e indican la complejidad de este concepto. Las funciones cognitivas merecen un análisis tanto cuantitativo como cualitativo al igual que la cantidad de información a tratar en el puesto, ya que la sobrecarga o estimulación excesiva al igual que la subcarga mental pueden tener consecuencias negativas para el trabajador. Para que el trabajo sea fuente de bienestar, salud y cualificación, es necesario que en el trabajador genere exigencias mentales que le proporcionen estímulos necesarios para la activación, condiciones para mantenerse en forma y opciones de aprendizaje y entrenamiento, en la medida de su capacidad de respuesta, proporcionando al trabajador la posibilidad de aplicar sus conocimientos.

1.5.2. Capacidad de respuesta del individuo

Para valorar la carga mental del trabajo es necesario conocer al individuo que realiza el mismo y su capacidad de respuesta, esta última depende de características individuales del trabajador (edad, salud, fatiga, aprendizaje, experiencia, interés) como de sus condiciones extra laborales (problemas familiares, sociales), lo que genera repercusiones sobre el rendimiento del trabajador. (Sebastian & Del Hoyo, 2002)

1.5.3. Efectos de la carga mental

La consecuencia más directa de una carga mental inadecuada lo constituye la fatiga mental que se puede definir como la disminución de la capacidad física y mental de un individuo después de haber realizado un trabajo durante un tiempo determinado.

Cuando la tarea ha sobrepasado las capacidades del individuo, y se ha mantenido por un tiempo prolongado, aparece la fatiga crónica, como una señal de alarma del organismo, la misma que actúa como organismo regulador, que indica, una reacción homeostática del organismo, para recuperar el equilibrio. (Sebastian & Del Hoyo, 2002)

1.6. Síndrome de Burnout

El término “Síndrome de Burnout” como originalmente se describió ha tenido varias traducciones al español entre las que podemos mencionar: síndrome de burnout, síndrome de burned out, síndrome del quemado, síndrome de sobrecarga emocional, síndrome del desgaste profesional y síndrome de fatiga en el trabajo, entre otros. (Guevara, Henao, & Herrera, 2004)

Carlin & Garcés en su revisión del 2010, citan a Herbert Freudenberger (1974) quien describió el cuadro, indicando el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Definiéndolo como una sensación de fracaso y progresiva pérdida de energía hasta que se genera una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de recursos personales o fuerza espiritual del trabajador y a la vez produce ansiedad y depresión. (Carlin & Garces de los Fayos, 2010)

Cristina Maslach en 1976 estudió lo que denominaba "pérdida de responsabilidad profesional", este síndrome, según la autora, se genera exclusivamente en las profesiones de ayuda. En 1986, Maslach y Jackson, definen el síndrome como "un síndrome de agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas." (Maslach & Jackson, 1986)

Este síndrome presenta, tres componentes esenciales: el agotamiento emocional, la despersonalización y la falta de realización profesional. (Olivar, González, & Martínez, 1999).

Farber en 1983, postula su definición, donde indica que la asociación entre burnout y el ámbito laboral: surge por la percepción del individuo de un desequilibrio entre los esfuerzos realizados y lo conseguido. Presenta alteración en varios ejes: agotamiento emocional, falta de energía, distanciamiento y cinismo hacia los usuarios, sentimientos de incompetencia, deterioro del auto concepto profesional, actitudes de rechazo hacia el trabajo y por otros diversos síntomas psicológicos como irritabilidad, ansiedad, tristeza y baja autoestima. (Quinceno & Vinaccia, 2015)

Molina y Avalos (2007) plantean un concepto interesante y definen burnout como “la paradoja de la atención en salud”, ya que el individuo se enferma, en el mismo grado en el que cura a sus pacientes. (Molina & Avalos, 2007)

Cabe señalar, que como es imposible evitar el estrés laboral diario, a la final el burnout es un problema por inadaptación a los estresores laborales, que puede conducirnos al desarrollo de trastornos emocionales o psicológicos producidos por respuestas necesarias para nuestros trabajos, derivados de la falta de realización profesional.

Para la delimitación conceptual de Burnout, se deben considerar dos perspectivas, la que considera al Burnout como estado (perspectiva clínica) que hace relación a conductas y sentimientos asociados al estrés que indican al individuo que “está quemado” y como proceso (perspectiva psicosocial) con etapas bien diferenciadas, que lo categorizan como un mecanismo de afrontamiento, respuesta al estrés laboral que se presenta al no ser suficientes las estrategias de afrontamiento, siendo por tanto un detonante de alarma entre el nivel de estrés y sus consecuencias. (Carlin & Garces de los Fayos, 2010)

1.6.1. Síntomas del Síndrome de Burnout

La literatura indica que los síntomas más insidiosos asociados a síndrome de Burnout son: a nivel orgánico o psicosomático son: cansancio, algias (cefaleas, contracturas musculares

principalmente en espalda y cuello) fatiga crónica, insomnio, síntomas neurovegetativos como (distrés respiratorio, palpitaciones, dolor en precordio, temblores, tensión arterial elevada), problemas gastrointestinales, deficiente sistema inmune que predispone a catarras, infecciones frecuentes; cambios en el apetito, malestar general, entre otros. A nivel conductual: comportamiento paranoide, rigidez e inflexibilidad, contacto superficial con otros, aislamiento, cinismo, déficit de concentración, poco interés, deshumanización, menor rendimiento laboral, retrasos a su jornada laboral, baja productividad, absentismo, consumo de sustancias. (Ortega, Ortíz, & Coronel, 2007)

A nivel emocional: agotamiento, hostilidad, irritabilidad y odio con el usuario, deficiente control y expresión de sus emociones, aburrimiento, impaciencia, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos, desmotivación, posible retiro de la institución. A nivel cognitivo: pensamientos relacionados con una pobre autoestima y deficiente realización personal en el ámbito laboral. Factores que sumados, constituyen el síndrome de Burnout. (Quinceno & Vinaccia, 2015)

En el inicio del Síndrome de Burnout, se han planteado varios modelos de relación entre las variables implicadas en él. Por lo que los investigadores han indicado que el síndrome de estar quemado es un proceso que se desarrolla secuencialmente. (Ortega & López, 2004)

1.6.2. Fases del proceso de desarrollo del Síndrome de Burnout

Fidalgo establece cinco fases en el desarrollo del Síndrome de Burnout. (Fidalgo, 2000)

Fase de entusiasmo. Generada ante el nuevo puesto de trabajo, entusiasmo, gran energía y se dan expectativas positivas. Se alarga la jornada laboral.

Fase de estancamiento. El puesto de trabajo, no cumple las expectativas profesionales. La asociación entre el esfuerzo y la recompensa no es equilibrada, por lo que es definitoria de un problema de estrés psicosocial. El profesional es incapaz para dar una respuesta eficaz.

Fase de frustración. Se presenta desilusión o desmoralización. El trabajo no tiene sentido, aumenta la irritabilidad, se generan conflictos en el grupo de trabajo. Pueden presentar problemas emocionales, fisiológicos y conductuales.

Fase de apatía. Suceden una serie de cambios actitudinales y conductuales (enfrentamiento defensivo) como la tendencia al distanciamiento con el usuario, la anteposición de la satisfacción propia frente a la calidad del servicio y enfrentamiento defensivo-evitativo de labores estresantes y de retirada personal.

Fase de quemado. Colapso emocional y cognitivo, que genera consecuencias para la salud.

Dentro de un estudio, realizado en Colombia, por Guevara y Herrera (2004) en el personal de Salud de una institución pública, en lo que respecta al a frecuencia se evidencia que los internos y residentes se ven afectados entre un 76 y un 85%; siendo severo en el 52% de los casos. Los médicos generales se ven afectados en un 48%, los médicos familiares en 59.7%, los cirujanos generales en un 32% y los anesestesiólogos en un 44%. (Guevara, CA; Henao, DP; Herrera, JA , 2004)

En un estudio realizado en el año 2006, por Ortega et all, de tipo descriptivo, transversal y correlacional que contaba con 119 participantes, se estudió el Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructor de personalidad resistente, siendo los resultados los siguientes: del total de la muestra, 36% (43 casos) manifestaba burnout (medio y alto), además se encontró una correlación negativa estadísticamente significativa ($p \leq 0.022260$) entre la variable de personalidad resistente y burnout. De igual manera, los sujetos del sexo femenino muestran mayor nivel de burnout que los del sexo masculino ($p \leq .000992$). Al igual que también se evidenció que a mayor edad de la población estudio, existió, menor nivel de burnout ($p \leq .044870$). (Ortega, Ortíz, & Coronel, 2007)

1.6.3. Medición del Síndrome de Burnout

La evaluación del constructo de burnout se ha desarrollado a través de diversos instrumentos entre los que podemos citar los siguientes. – Maslach Burnout Inventory (MBI) de Maslach y Jackson (1986), articulado por 22 ítems acerca de los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los usuarios.

Conforme a un estudio del año 2014, realizado por Olivares y Miranda en Chile, se explora la validez factorial de una adaptación al castellano del Maslach Burnout Inventory (MBI) en una muestra de 957 profesionales de servicios chilenos de diferentes unidades laborales. Se investigó la confiabilidad del MBI y su estructura factorial. Tanto los análisis factoriales exploratorios como los confirmatorios indican que el modelo original de tres factores del MBI muestra un buen ajuste a los datos, al igual que el valor del error de aproximación cuadrático medio; por lo que, con resultados obtenidos, el cuestionario se puede considerar válido y fiable en la versión adaptada al español. (Olivares, Mena-Miranda, Jélvez, & Macía, 2014).

The Staff Burnout Scale for Health Professional (SBS) de Jones. Es una prueba que se encuentra compuesta de 20 ítems con respuesta tipo Lickert que evalúa el burnout como lo precisan Maslach y Jackson; se puede dividir la escala en cuatro factores: insatisfacción en el trabajo, tensión psicológica e interpersonal, consecuencias negativas del estrés y relaciones no profesionales con los usuarios. (Jones, 1980).

The Gillespie-Numer of Burnout Inventory (GNBI) de Gillespie y Numerof (1984). Se trata de un cuestionario de 10 ítems que hacen referencia a sentimientos del trabajo; no se han establecido correlaciones con otras medidas de burnout ni con el MBI. (Sanchez, 2012).

La prueba sobre los efectos psíquicos del burnout (EPB) de García (1995). Fue diseñada para la medida del burnout en nuestro entorno sociocultural. Consta de 12 ítems con respuesta valorada según una escala tipo Lickert de siete puntos variando su rango desde 1 (nunca) a 7 (siempre).

El concepto de burnout conforme al Cuestionario de Cristina Maslach, implica 3 aspectos fundamentales que son:

1. **Agotamiento emocional.** Caracterizado por una disminución y pérdida de los recursos emocionales.
2. **Despersonalización o deshumanización.** Caracterizado por el desarrollo de actitudes negativas, de insensibilidad hacia los receptores del servicio prestado.
3. **Baja realización personal.** Que consiste en la percepción del trabajo de manera negativa; los afectados se reprochan no haber alcanzado los objetivos propuestos, con vivencias de insuficiencia personal y baja autoestima profesional. (Guevara, Henao, & Herrera, 2004).

Actualmente existen tres versiones del MBI. El MBI-Human Services Survey (MBI-HSS) dirigido a los profesionales de la salud; es la versión clásica del MBI y está constituido por tres escalas de las dimensiones descritas por sus autoras. El MBI Educators Survey (MBI-ES) es la versión para profesionales de la educación donde la palabra paciente se cambia por alumno y, por último, el MBI-General Survey (MBI-GS) presenta un carácter más genérico ya que no es exclusivo para profesionales cuyo objeto de trabajo son personas; mantiene la estructura tridimensional del MBI pero sólo contiene 16 ítem de los 22 iniciales. Moreno et al. (2001) analizaron el MBI-General Survey en una muestra de 114 sujetos encontrando que las características psicométricas son altamente satisfactorias y se corresponden con exactitud con el modelo teórico presentado por sus autoras. (Zuger, 2004)

1.7. Conclusión

Al hablar acerca de la clínica que se presenta en el Estrés Laboral y el Síndrome de Burnout, podemos darnos cuenta, de que es una patología compleja, en la que influyen varios factores para su génesis y el tiempo en la cronificación de su desarrollo, por tanto el manejo del mismo es plurifactorial, debido a las particularidades individuales de cada sujeto en el trabajo, al igual que las manifestaciones de la enfermedad.

Es importante considerar el contexto socio cultural de nuestro medio, que constituye un punto importante como parte de los factores constitutivos del individuo. A lo largo de este capítulo, se han expuesto varios conceptos, vitales para la comprensión del estrés laboral y síndrome de Burnout.

Sin embargo, y considerando la importancia de lo abordado, es adecuado, conocer a fondo la patología, a fin de poder realizar una valoración individual e integral del sujeto, un diagnóstico preciso, que nos lleve a formular un adecuado plan terapéutico.

CAPÍTULO II

PERSONALIDAD

2. Introducción

Todo ser humano posee características que lo hacen único, y otras que son comunes entre todos, pero dentro de ese todo la personalidad es el componente integrador de varios factores y lo que posibilita y determina nuestra forma de relación con los demás y el medio ambiente circundante.

A través del presente capítulo, se pretende realizar un abordaje teórico, acerca de la definición generada por varios autores en lo que respecta a la personalidad, al igual que profundizar los conceptos del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad de Lucio Balarezo y los planteamientos de Theodore Millon.

2.1. Definición de personalidad

Conforme a Gordon Allport (1986) la personalidad es: “la organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos que determinan ajustes únicos a su ambiente”. (Balarezo L. , 2010)Pg,48.

Lucio Balarezo autor ecuatoriano del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad describe a la personalidad como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual”. (Balarezo L. , 2010) Pg,48.

Theodore Millon define la personalidad como un “patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de

determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo”. (Blanco & Moreno, 2006)

Por tanto podemos concluir que la personalidad, es una estructura única, compleja, considerada el patrón de características psicológicas individuales que expresamos y exteriorizamos en nuestras acciones, por la conjunción del carácter y el temperamento, el mismo que se genera por interacción de herencia genética y el ambiente del ser humano y varia y se desarrolla a lo largo de la vida.

2.2. Estructura de la personalidad en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Dentro del estudio de la personalidad es prioritario, el identificar y analizar los factores bio-psico-socioculturales que intervienen en la misma. (Balarezo L. , 2010)

2.2.1. Componentes biológicos de la personalidad

Son cuatro e intervienen en la estructura de la personalidad, a saber son:

- Genéticos.
- Influencias neuropsicológicas.
- Bioquímica del cerebro.
- Componente endócrino.

Los estudios de Brody y Ehrlichman (2000), han concluido que si bien hay influencia de una individualidad biológica heredada sobre la personalidad, esta no es determinante ya que, puede modificarse en el transcurso de la vida por situaciones que pueden ser o no predecibles.

La influencia de la neuropsicología en la personalidad, se basa en que el cerebro es un órgano complejo, con funciones específicas y que dan lugar a investigaciones sistematizadas relacionadas con cambios en la personalidad de pacientes que han sufrido lesiones cerebrales.

La influencia de la bioquímica del cerebro tiene que ver con la presencia de neurotransmisores capaces de llevar información y obtener una acción excitatoria o inhibitoria.

La influencia endócrina, el ser humano a nivel físico, mental y emocional es producto de la actividad glandular. Las secreciones o sustancias que se elaboran en las distintas glándulas podrían influir sobre la personalidad.

2.2.2. Componentes socioculturales y psicológicos de la personalidad

Cada persona como ser único y diferente va generando una estructura individual en función de varios factores como: el contexto que le rodea, las condiciones socio-económicas, influencias culturales y mecanismos de aprendizaje usados tanto por la sociedad como por el individuo.

El ambiente en donde el individuo crece influye sobre él, generando efectos específicos, así como la cultura, valores, costumbres, tradiciones, y va originando conductas que diferencian a un ser de otro. El proceso por el cual un ser humano desarrolla su personalidad se produce en interrelación entre el ambiente, el orden cultural y social específico mediatizado por otros de su misma especie.

2.3. Componentes de la estructura y dinamismo de la personalidad según el Modelo Integrativo Ecuatoriano

La personalidad es un sistema complejo, que puede variar dependiendo de su dinámica y la influencia del entorno, y que junto a los factores biológicos y socioculturales sumados a la dinámica de la personalidad, conforman lo psíquico. De igual manera determina la forma de relacionarse con el entorno y los demás.

Conforme al modelo constructivista moderado, la personalidad permite tipificar y predecir la manera de ser de los sujetos, un sentido de coherencia y continuidad a las características del mismo.

Es por tanto, de igual manera importante el conocer los componentes de su dinamismo y estructura, siendo así que los componentes genéticos y biológicos, como los factores socioculturales y la influencia ambiental influyen en el comportamiento normal y patológico, siendo la personalidad el núcleo que estructura e integra las funciones psíquicas. Lo que produce que lo consciente e inconsciente se maneje desde una perspectiva biopsicosocial integradora dinámica. De igual forma, se determina que las experiencias pasadas influyen y determinan la personalidad en su estructura y en la génesis de los trastornos, lo que permite una proyección al futuro, el componente cognitivo se evidencia en la estructuración de personalidades ajustadas y patológicas y en el proceso terapéutico; el valor de las motivaciones y la vida afectiva, son vitales para usarlas en el caso de asesoramiento y consejería, para lograr una relación adecuada entre individuo grupo sociedad.

Se considera al hombre como un todo biopsicosocial considerando al psiquismo como la categoría superior entre la interrelación con los factores biológicos y sociales.

Lo cognitivo interviene como la elaboración constructiva de la realidad del sujeto, esta construcción es individual y acorde a varios niveles de estructuración, se puede vincular a eventos y procesos de experiencia actual o también a procesos más profundos en los que se ven involucrados estructuras afectivas o de personalidad.

El sujeto se desenvuelve en un medio físico y en un contexto social, en el cual las relaciones con los diferentes grupos humanos influirán en un comportamiento normal y patológico, por lo que al ser el ser humano un todo es importante enfocarnos e intervenir en el nivel cognitivo y afectivo en caso de que el paciente lo requiera.

Fernández explica que los sentidos psicológicos están formados por unidades psicológicas primarias (necesidades, motivos, rasgos del carácter, intereses, hábitos y actitudes), además de formaciones motivacionales complejas como son: la concepción del mundo, la concepción

moral, los ideales, los proyectos de vida, el sentido de vida, los intereses profesionales y la autovaloración). Para Fernández - Álvarez es necesario establecer con claridad qué puede integrarse entre diferentes enfoques y cómo hacerlo. (Balarezo L. , 2010)

2.4. Tipología de la personalidad Balarezo

Las corrientes psicológicas se refieren a la personalidad en teorizaciones, existen tres teorías que se han referido a la personalidad y que han sido utilizadas por distintas corrientes psicológicas, las mismas que se traducen con elementos básicos del comportamiento y relaciones explicativas acerca de su desarrollo y causalidad, son las siguientes (Balarezo L. , 2010)

2.4.1. Teorías de rasgos

Los referentes más conocidos son: Cattell y Eysenck. La personalidad se describe mediante el uso de atribuciones descriptivas de conductas a través de la observación de los seres que le rodean. En algunas corrientes terapéuticas se describen conductas que permiten identificar fortalezas o debilidades de la personalidad.

2.4.2. Teorías tipológicas

Sheldon y Kretschmer, son los principales referentes, agrupan varios rasgos comportamentales que permiten identificar la actuación permanente y descriptiva de los individuos. Se ha estudiado principalmente factores causales del por qué somos como somos, donde se ha buscado una razón de ser en la constitución biológica, estructura corporal y funcionamiento del sistema nervioso.

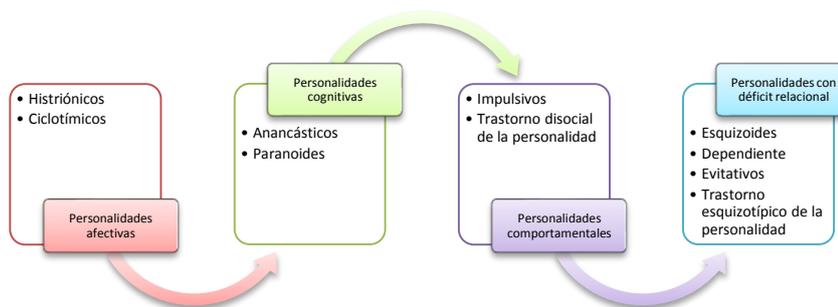
2.4.3. Teorías del desarrollo

Los referentes más conocidos son: Freud y Erikson. Se estudia la estructura de la personalidad por medio de los eventos del ciclo vital, se toma en cuenta circunstancias y experiencias que influyen en la estructura y dinamismo de la personalidad. Existen tres posturas dependiendo los requerimientos del paciente. Se debe entender el desarrollo de la personalidad para deducir circunstancias que influyan en la conducta del paciente.

En el Modelo Integrativo estas tres teorías se toman en consideración para la psicoterapia individual, ya que trabaja sobre el rasgo a modificar, para lograr la flexibilización de un tipo de personalidad, al igual que el estudio del pasado del paciente, ayuda a comprender como influyen en la conducta del mismo. Además la psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad indica la importancia y la confluencia interrelacionada de la perspectiva nomotética y la ideográfica para que el proceso sea más preciso y con mayor alcance en el estudio de la personalidad. La primera perspectiva busca principios o leyes generales que se puedan aplicar a diferentes personas y la segunda perspectiva, recalca la individualidad de cada uno. Es así que Balarezo, 2010 señala: “los constructos no pueden existir sin individuos con los que puedan ser comparados, ni las personas pueden ser entendidas solo a nivel de constructos”. (Balarezo L. , 2010) Pg,80.

2.5. Clasificación de la personalidad según el modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

Según Balarezo, la personalidad se clasifica:



La personalidad según como observamos en el cuadro anterior, se clasifican en 4 grupos que corresponden a: personalidades afectivas, personalidades cognitivas, personalidades

comportamentales y personalidades con déficit relacional, las mismas que a su vez tienen su sub clasificación.

Nota. Fuente: (Balarezo L. , 2010)
Elaboración: María José Rojas.

Dentro de la personalidad los ejes básicos que determinan el comportamiento del individuo y por tanto están presentes en todas las personas son la cognición, las relaciones interpersonales, la conducta y la afectividad; con la presencia de rasgos que los conceptualizan por predominio o déficit.

2.5.1. Tipos de personalidad con características de Predominio

Con características de predominio tenemos a las personalidades de tipo cognitivo, comportamental y afectivo.

Ilustración N° 3. Personalidad con predominio afectivo

Personalidad Histriónica	Personalidad Ciclotímica
Busca elogio y apoyo, tolerancia baja a la frustración, expresión de emociones de forma exagerada, tiende a la teatralidad, comportamiento provocador o seductor, sugestionable, influenciable, vanidoso, alegre, empeñoso, busca llamar la atención, manipulador y subjetivo en su verbalización.	Posee contacto social frágil, alegre, franco y agradable, generoso, sensible, emotivo, solidario con los demás, oscilaciones en su estado de ánimo. En estado afectivo positivo, es trabajador, optimista, organizador, participativo, en cambio con estado de ánimo negativo es triste, pasivo, despreocupado, retraído, negativista.

Nota. Fuente: (Balarezo L. , 2010)
Elaboración: María José Rojas.

Ilustración N° 4. Personalidad con predominio cognitivo

Personalidad Paranoide	Personalidad Anancástica
Propenden ser muy competentes, con alto liderazgo, interesados en el poder y rango social, fríos, rígidos y egocéntricos, rechazo a confiar en los demás, dudas injustificadas sobre lealtad de los otros, rencorosos, suspicaces, expansividad del yo, propensos a los celos, contraataque ante la ofensa.	Rectitud y escrupulosidad, perfeccionismo, ordenados, predominio del súper yo, apego al trabajo y productividad, inflexibilidad a la limpieza, represión afectiva, poco generosos, tienden a la indecisión, cualquier aspecto que amenace su rutina, les produce ansiedad.

Nota. Fuente: (Balarezo L. , 2010)

Elaboración: María José Rojas.

Ilustración N° 5. Personalidad con predominio comportamental

Personalidad Inestable	Trastorno Disocial de la Personalidad
Inestabilidad afectiva por estado de ánimo reactivo, relaciones interpersonales inestables e intensas con alternancia de los extremos de devaluación o idealización, impulsivos, competitivos, explosividad, a veces con violencia, sentimiento de vacío.	Conducta irresponsable, mentiras, hurtos, absentismo, poco cumplimiento en el trabajo y escuela, impulsividad, irritabilidad, agresividad, violencia, no poseen remordimiento, poco empáticos, baja tolerancia a la frustración, impulsividad, peleas físicas.

Nota. Fuente: (Balarezo L. , 2010)

Elaboración: María José Rojas.

2.5.2. Tipos de personalidad con características de déficit

Con características de déficit tenemos a las personalidades de tipo relacional.

Ilustración N° 6. Personalidad con déficit relacional

Personalidad Esquizoide	Personalidad Evitativa
Fantaseador, afectividad distante y reprimida, actividades solitarias, escasa amistad íntima, indiferencia a la aprobación o crítica de los demás, frialdad afectiva.	Preocupación por posible crítica o rechazo, escasas relaciones confidentes, dificultad para vincularse con las personas, muy reservado, hipersensible a los contactos interpersonales, autopercepción de carencias de habilidades sociales, reacio a correr riesgos.
Personalidad Dependiente	Trastorno Esquizotípico de Personalidad
Poca iniciativa, dificultad en la toma de decisiones, le incomoda la soledad, realiza tareas no agradables por aceptación, miedo al abandono y sufrimiento excesivo frente a pérdidas afectivas, conducta sumisa y dependiente, búsqueda urgente de una relación cuando termina un vínculo.	Pensamiento mítico y creencias mágicas, experiencias perceptivas no habituales, lenguaje vago y metafórico, ideas paranoides, apariencia excéntrica, no tiene amigos íntimos, ansiedad social excesiva asociada a temores paranoides.

Nota. Fuente: (Balarezo L. , 2010)

Elaboración: María José Rojas

2.6. Estudio de la Personalidad conforme a Theodore Millon

Theodore Millon, define la personalidad como un “patrón complejo de características psicológicas profundamente arraigadas, que son en su mayor parte inconscientes y difíciles de cambiar, y se expresan automáticamente en casi todas las áreas de funcionamiento del individuo. Estos rasgos intrínsecos y generales surgen de una complicada matriz de determinantes biológicos y aprendizajes, y en última instancia comprenden el patrón idiosincrático de percibir, sentir, pensar, afrontar y comportarse de un individuo”. (Blanco & Moreno, 2006)

Para Millon, el desarrollo de la personalidad se debe a la confluencia de varios factores: (Blanco & Moreno, 2006)

Factores Biológicos: considerado así el temperamento, el mismo que es heredado, set de capacidades y disposiciones; energía, tiempo, conducta, nivel de actividad, inteligencia, actividad sensorial, fuerza física, vulnerabilidad; al igual que la constitución genética.

Factores Contextuales: Son de carácter aprendido, influyen los papeles sociales en el niño, la cultura, la situación socioeconómica, dentro de estos, también se encuentran los factores ambientales: experiencias pasadas; el medio puede ser normal, demandante o con presión ambiental, influyen también el ambiente familiar y la vida intrauterina.

2.7. Modelo Biosocial evolucionista de Millon

Millon en el año 1969, postula el modelo Biosocial Evolucionista, en el que pretende integrar cuatro posturas diferentes, como son: la teoría biofísica, la teoría del psicoanálisis, la fenomenología y las teorías conceptuales, postulando un modelo que tomaba en consideración la dotación genética, el medio ambiente, la interacción entre estas, como causa de la personalidad normal y/o anormal.

Para lo cual postuló tres polaridades coincidentes con las de Freud, aplicando el modelo skinneriano conductista. Definió que el ser humano, busca el placer o evita el dolor en la forma de evitar el castigo y que se genere la recompensa, con un punto de vista biológico; así la dicotomía activo-pasivo, hacia relación a la capacidad de iniciativa del individuo para toma de decisiones con el ambiente o solamente su reacción frente al mismo. De igual manera con la dicotomía sujeto objeto, donde se descubrió que existen componentes que afectan al individuo: sus propios “yo” y los otros significativos. La conjunción de estas condiciones, dan lugar a ocho estrategias de afrontamiento. (De Miguel, 2000)

Modelo que derivó en el referente de refuerzo – castigo, y denotó la aparición de cuatro personalidades: independiente, dependiente, ambivalente e indiferente. Las cuatro

personalidades enunciadas combinadas con la dicotomía activo pasivo, genera ocho patrones patológicos y tres severos.

En 1996, en la última formulación de Millon y Davis, fue modificada y se incorporó la perspectiva evolucionista de Buss, trascendiendo de recompensa-dolor a en potenciar-no potenciar; la de activo-pasivo en ecológica-acomodación del ambiente y la de yo-otros proteger la propia progenie-generar nueva progenie. Si se combinan estas dicotomías se generan 15 patrones patológicos agrupados en cuatro grupos de trastornos que son: personalidad deficiente en placer, defectuosas estructuralmente, personalidades desequilibradas a nivel interpersonal y personalidad con conflicto intrapsíquico. De igual manera se define como estilos desadaptativos de la personalidad a los trastornos. (De Miguel, 2000)

2.8. Continuidad entre personalidad normal y patológica según Millon

Millon (2002), postula en su modelo, que se entiende como conceptos relativos la normalidad y la patología, no como formas nominales, sino como puntos representativos en un proceso. Considerados así ya que la personalidad normal y la anormal, no tienen un punto divisorio delimitado, y comparten los mismos principios y mecanismos de desarrollo, pues sean normales o patológicas, tienen los mismos rasgos que las componen, la diferencia de las dos es que las primeras son flexibles y por lo tanto poseen adaptación, y las segundas son rígidas y poco adaptativas.

Ilustración N° 7. Características de la personalidad normal y la patológica.

Característica	Personalidad Normal	Personalidad Patologica
Capacidad de relación con el entorno	Flexible y Adaptativa	Escasa Flexibilidad y conductas desadaptativas
Percepciones sobre sí mismo y su entorno	Fundamentalmente constructivas	Frustrantes
Estilos de su conducta	Promotores de Salud	Nocivos para la salud

Nota. Fuente: (Cardenal, Ortiz, & Sanchez, 2007)
Elaboración: María José Rojas

La concepción de Millon, nos ayuda a establecer criterios relacionados con los trastornos de la personalidad; ya que estos poseen escasa flexibilidad adaptativa, con enfrentamiento al mundo externo con estrategias inflexibles y rígidas, aplicadas de igual manera siempre. Tendencia a generar círculos viciosos y labilidad.

Este proceso de continuidad de la normalidad y la patología establecido por Millon permite que se estudie, el proceso de desarrollo del trastorno, las similitudes entre personalidades sanas y enfermas, y la evolución del proceso de enfermedad a la salud. (Cardenal, Ortiz, & Sanchez, 2007)

2.9. Conclusiones

Luego de haber realizado la revisión del presente capítulo se ha constatado lo trascendente que implica el conocer todos los componente involucrados en la personalidad a fin de mejorar

el abordaje psicoterapéutico, en el que tanto la pluralidad y sobre todo la singularidad del paciente juega una pieza clave, para determinar el arsenal de herramientas terapéuticas a emplear a fin de mejorar y rehabilitar el estado de salud mental del individuo.

CAPÍTULO III

MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

3. Introducción

La Psicoterapia Integrativa constituye una construcción individual a partir de un todo de partes distintas, buscando y al fin encontrando respuestas a un individuo complejo, para lograr una intervención más integral y lo más armónica posible.

Integrando las teorías, los abordajes sean estos sistémicos, fisiológicos, afectivos, cognitivos, y conductuales, para que el psicoterapeuta asimile y armonice los conceptos y enfoques para una intervención individualizada a las necesidades de cada paciente.

En este capítulo iniciaremos abordando los conceptos de psicoterapia integrativa, su definición conforme a varios autores, los aportes del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad, con sus bases epistemológicas, metodológicas y teóricas, a fin de lograr manejar integralmente al usuario del servicio de salud

3.1. Antecedentes

La psicoterapia integrativa ha tenido gran desarrollo a partir de la década de los 80, como respuesta a diversas formas de abordaje de los psicoterapeutas, que incluyen elementos que son parte de los enfoques tradicionales; diferenciándose por tanto de los enfoques clásicos, debido a que constituye una amplia visión para unificar modelos, corrientes y tratamientos basados para el cumplimiento y el éxito del plan psicoterapéutico y las técnicas aplicadas. Por tanto se concluye que existe en su formación, fundamento teórico y clínico que actúan como factores interdependientes.

Conforme a Fernández Álvarez (1996), el modelo integrativo debe basar el principio de que los diversos enfoques terapéuticos, pueden combinarse por medio de integración armónica en un nivel superior de elaboración conceptual teórica y técnica. En 1992 el mismo autor propone los “Fundamentos de un modelo Integrativo en Psicoterapia”. En el mismo año Roberto Opazo publica su obra titulada “Fuerza de cambio en psicoterapia: un modelo integrativo”. Lucio

Balarezo en el 2002, desarrolla en el Ecuador el “Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad”. (Balarezo L. , 2010)

3.2. Definición de Psicoterapia Integrativa

La psicoterapia integrativa constituye el resultado del esfuerzo de convergencia de la investigación y experiencia clínica en psicoterapia. Lo integrativo tiene diversas apreciaciones y bases o fundamentos teóricos, por lo que es indispensable revisar las acepciones del término y los componentes del mismo.

Balarezo, en su obra *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad* del 2010, en la revisión realizada acerca de los modelos integrativos latinoamericanos, indica conforme a Héctor Fernández Álvarez, en su modelo de la Fundación AIGLE, desarrollado en Argentina, descrito en su obra titulada “Fundamentos de un modelo integrativo en psicoterapia” (1996), que, se asume como base epistemológica el constructivismo relativo, aceptando la existencia de una realidad externa, que adquiere importancia con la construcción del individuo desde su subjetividad. Su base teórica es cognitivo constructivista. Fernández Álvarez define lo integrativo de la siguiente manera: “Integrar significa encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos”. (Balarezo L. , 2010) Pg. 48.

Lucio Balarezo por su parte, plantea lo integrativo como “una totalidad dinámicamente articulada de partes, cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados”. Por tanto, en este enfoque la psicoterapia, se refiere al proceso dinámico de integrar, en la definición de personalidad, los aspectos afectivo, cognitivo, conductual e interpersonal, tomando en cuenta las influencias biológicas y socioculturales del individuo, por lo que se lo llama modelo integrativo focalizado en la personalidad.

3.3. Aportes del Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad

El enfoque integrativo focalizado en la personalidad, postulado por Lucio Balarezo, surge como una respuesta a la realidad pluricultural y la idiosincrasia ecuatoriana, ya que es una

práctica relativamente nueva, que se encuentra abriendo caminos, promoviendo la conciencia social, la importancia y las variaciones de la misma para aliviar el padecimiento y el sufrimiento humano.

Adopta los aspectos epistemológicos fundamentales de los enfoques previamente citados, adquiere su identidad propia en la descripción teórica, metodológica y técnica, además incorpora otros elementos como la centralización del trabajo terapéutico sobre la personalidad y la priorización de los fenómenos de la relación durante el proceso.

La población ecuatoriana, es pluriétnica y multicultural, lo que marca, conforme a Balarezo, una postura integrativa focalizada en la personalidad con varias particularidades, en base a los aportes de Balarezo 2010, se lo determina de la siguiente manera: el paciente ecuatoriano, está acostumbrado a una atención curativa, posee muy limitada cultura psicológica y psicoterapéutica, con un apego importante al modelo médico en su demanda, lo que genera una tendencia a la urgencia e inmediatez, busca resultados breves y sintomáticos, por lo que optan por tratamientos alternativos vinculados al misticismo, a lo imaginario o buscando respuesta en el área médica somática, descuidando el tratamiento.

También es importante recalcar, la poca creencia en la salud mental, y el estigma alrededor de este tipo de patologías, por lo que el paciente, no se empodera, ni responde por sus acciones enfocadas a la mejora sintomática, sino que busca alivio por mediación externa, al igual que la dependencia y afectividad, además del arraigo familiar, que limitan el proceso psicoterapéutico. (Balarezo L. , 2010).

3.4. Bases Filosóficas Epistemológicas y Teóricas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

3.4.1. Bases Filosóficas

Tanto la psicoterapia como el asesoramiento dentro del Modelo Integrativo Focalizado en la personalidad están relacionados con las bases filosóficas del Humanismo, ubicándole al ser

humano como eje principal, capaz de elegir y decidir, constantemente orientados hacia lo que quieren conseguir.

Burgenthal (1964), propone cinco postulados básicos de la Teoría Humanista. (Balarezo L., 2010).

- Se le entiende al ser humano no como un ser total, sino como la suma de todos sus componentes.
- La existencia del ser humano se encuentra siempre expresada por sus relaciones humanas.
- El hombre vive de manera consciente siendo la base de cada una de sus experiencias humanas.
- El ser humano es libre y capaz de decidir y elegir, debido a la conciencia que este posee.
- El ser humano se encuentra constantemente orientado hacia una meta y al cumplimiento de sus objetivos.

3.4.2. Bases Epistemológicas

En cuanto a lo epistemológico, el Modelo Integrativo de la Personalidad se basa en el constructivismo moderado. Los aportes teóricos constructivistas constituyen una vital contribución para el modelo integrativo, en el que la idea principal es la exploración de las bases multidisciplinarias del constructivismo a un nivel meta-teórico, que proporciona la fundamentación para el desarrollo de teorías en la actividad psicoterapéutica, a través de un proceso dinámico e interactivo en el que la información proveniente de fuera es interpretada y se va construyendo progresivamente modelos complejos e integrales que explique la condición del paciente, y estos son susceptibles de ser mejorados o modificados.

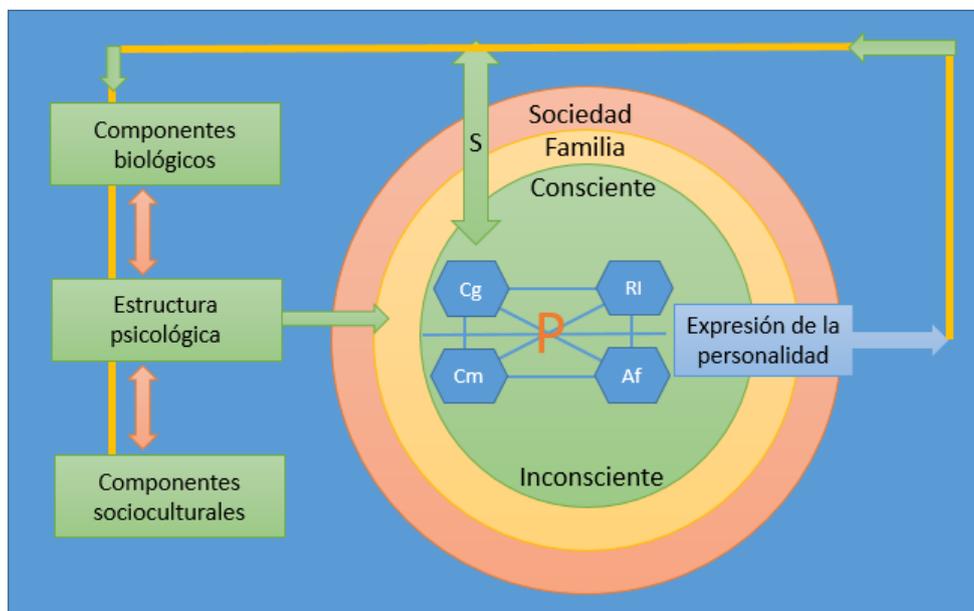
A través de la historia, el constructivismo ha estado constantemente influenciado por los aportes de la filosofía, la biología, la cibernética, la física, entre otras, lo cual ha sido de aporte para el desarrollo de las teorías, las investigaciones terapéuticas y la actividad psicoterapéutica. El conocimiento en el constructivismo es el resultado de un proceso dinámico e interactivo en constante cambio en el cual la realidad es interpretada por la mente: es decir conocemos las realidades a través de los modelos que construimos para explicarlos, los mismos que pueden ser susceptibles de ser mejorados y cambiados. (Balarezo L., 2010)

3.4.3 Bases Teóricas

La personalidad, es el elemento básico y eje fundamental para el entendimiento del psiquismo de un ser humano, al igual que sus perversiones y la práctica psicoterapéutica. Por lo que es considerada como: “una estructura dinámica, en continuo movimiento, compuesta por factores sociales, biológicos y psicológicos en íntima integración, que supera a la adición de partes aisladas y se vuelve un todo complejo, como estructura interna en evolución, determina la forma de relación con otros seres y el medio ambiente”. (Balarezo L. , 2010) Pg. 28.

Allport en 1986, conceptualiza la personalidad como “la organización dinámica, dentro del individuo, de sistemas psicofísicos que determinan ajustes únicos a su ambiente” siendo una organización dinámica, con una estructura en continuo desarrollo y cambio; con sistemas psicofísicos que son rasgos en estado activo, unión del cuerpo y la mente, determina la personalidad y actúa detrás de los actos específicos del individuo en función del tiempo y el espacio, con adaptación cambiante. (Balarezo L. , 2010) Pg. 71.

Ilustración N° 8. Estructura de la personalidad



Nota: Tomado de Balarezo, 2010. Pg. 72. Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad.

En el modelo integrativo, Balarezo define la personalidad como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual”. (Balarezo L. , 2010). Pg. 28

La estructura de la personalidad considera algunos aspectos básicos, así, esta es un todo integrado de procesos cognitivos, afectivos y relacionales, que funcionan en grupo, no de manera aislada, no es estática, ni inmutable. Influyendo en su dinamismo factores socioculturales y biológicos, estructurando lo psíquico, determinando una forma de relación con los otros y su entorno. Además transmite coherencia y continuidad a la caracterización del individuo.

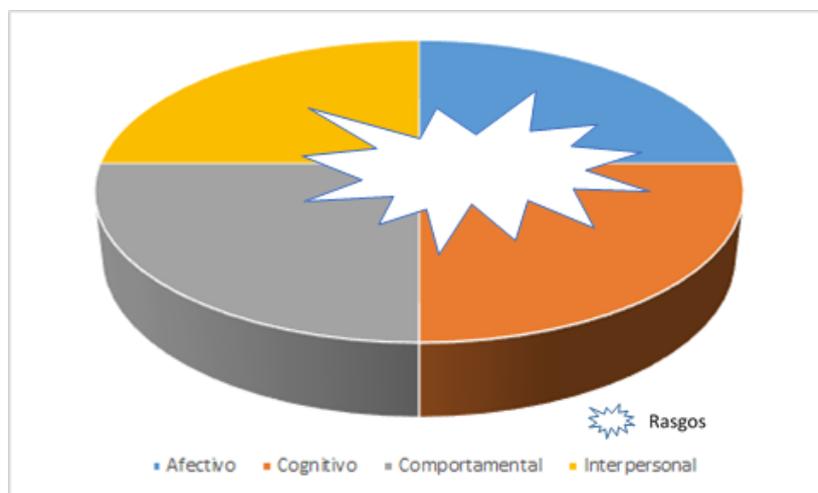
En cuanto a los componentes de la personalidad, esta es el núcleo convergente de las funciones psíquicas, constituyendo la biología y la genética del individuo beneficios y obstáculos en el comportamiento y la psicoterapia. De igual manera, existe el consciente y el inconsciente desde la visión biopsicosocial integradora, que permite comprender su dinamismo, dando valor al pasado en la formación de la personalidad y en el inicio del trastorno, al igual que la influencia de las motivaciones y la vida afectiva, por lo que se vuelve indispensable la valoración sistémica y ecológica en la comprensión de la relación individuo – grupo – sociedad. (Balarezo L. , 2010)

El abordar la personalidad exige el delimitar claramente el trastorno y su influencia en el inicio de los desajustes en la esfera mental, al igual que permite asumir un adecuado y equilibrado manejo técnico psicoterapéutico individual, de manera integral y con confluencia de factores biopsicosociales. Tomando en consideración la conciencia y la inconsciencia, como medios que influyen en la expresión de la personalidad, con una visión del pasado y futuro del individuo, que determina su desenvolvimiento en el entorno social y con el medio ambiente en forma particular. (Balarezo L. , 2010)

3.5. Tipología de la Personalidad

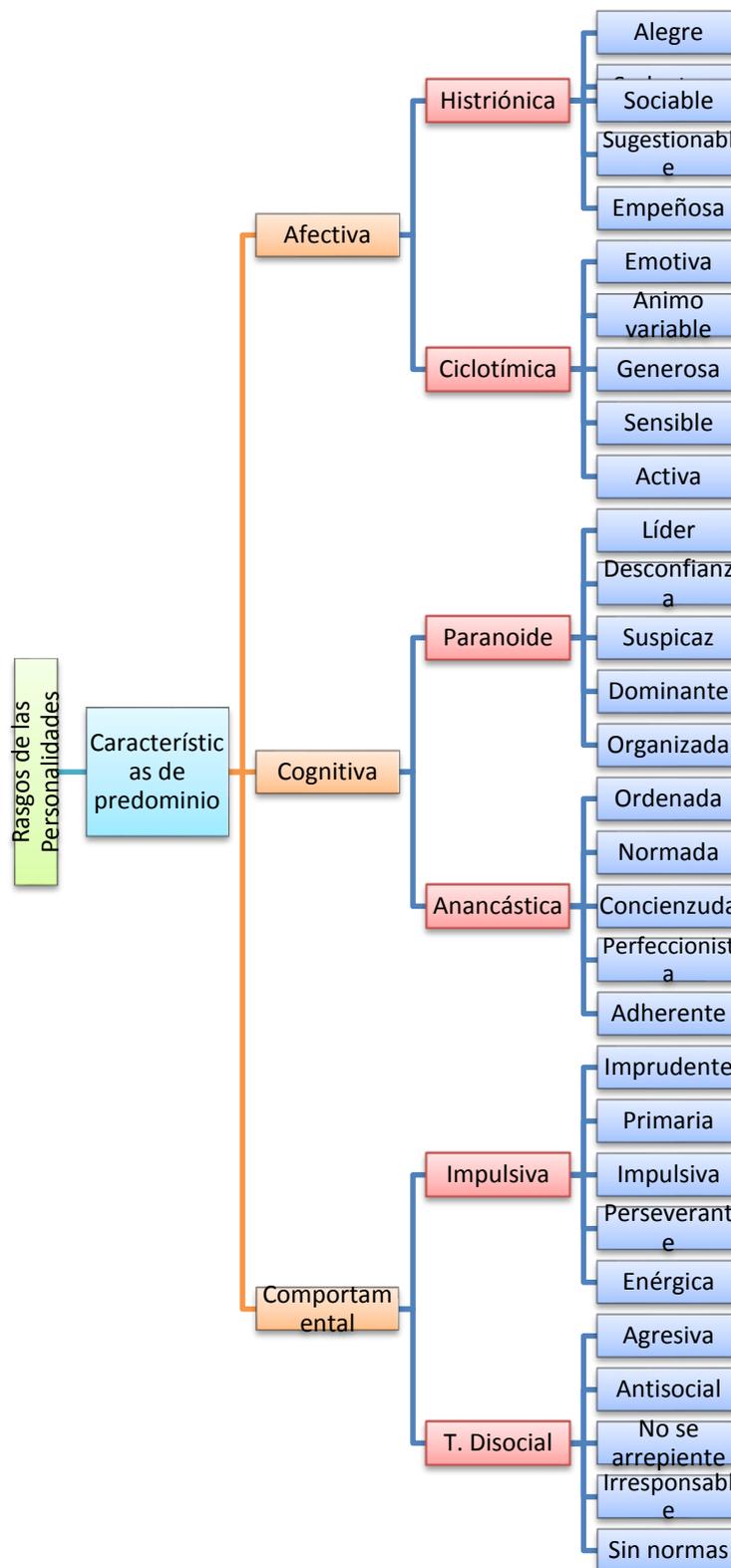
Si bien la esfera psíquica de cada individuo es única, existen constructos comunes en grupos de individuos que los vinculan con el medio familiar y social. Por lo tanto, Balarezo 2010, toma como ejes básicos del comportamiento la cognición, afectividad, conducta y relaciones interpersonales, estando éstos presentes en todos los tipos de personalidades, más la apreciación biopsicosocial y el análisis de los trastornos; por tanto señala predominios o déficit en estos ejes, situaciones que determinan el tipo de personalidad.

Ilustración N° 9. Componentes de la personalidad.



Nota: Tomado de Balarezo, 2010. Pg. 82. Psicoterapia Integrativa Focalizada en la personalidad.

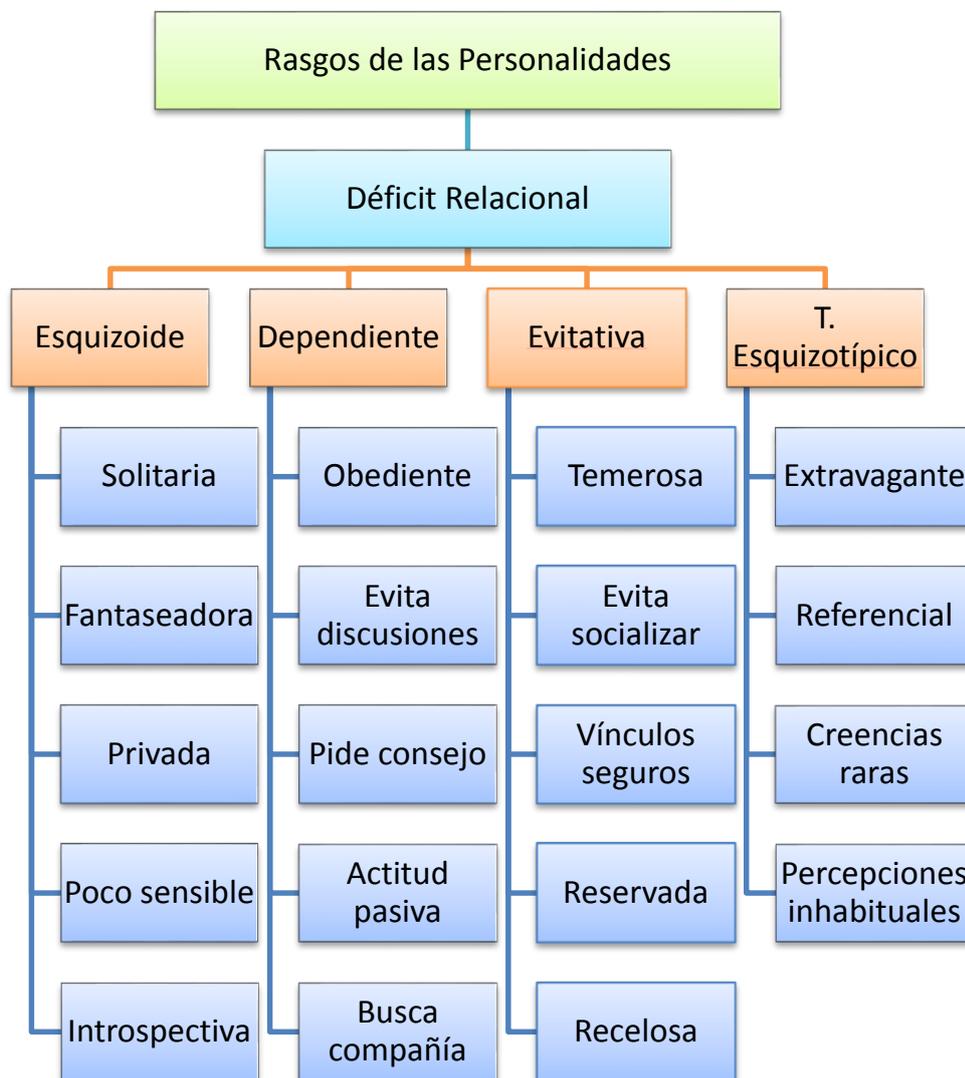
Ilustración N° 10. Rasgos Fundamentales de las Personalidades. (Parte 1)



Nota: Fuente: (Balarezo L. , 2010)

Elaboración: María José Rojas

Ilustración N° 11. Rasgos Fundamentales de las Personalidades (Parte 2)



Nota: Fuente: (Balarezo L. , 2010)

Elaboración: María José Rojas

3.6. Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad

El Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad se desenvuelve en dos procedimientos distintos que se complementan el uno con el otro para ejercer su ayuda hacia los demás, las dos acciones son llevados a cabo como un proceso, no se encuentran aislados el uno con el otro, es decir se interrelaciona en un solo proceso, el asesoramiento y la psicoterapia como recursos psicológicos que ayudan al paciente a solucionar sus dificultades, tomando como punto principal en estos dos procesos la relación entre terapeuta-paciente.

Lambert (2001), nos indica alguno de los factores de éxito dentro de los procesos antes mencionados, entre los cuales tenemos: (Balarezo L. , 2010)

- El 30% son atribuidos a factores comunes como: transmitir esperanza, aceptación y apoyo, comprensión de sí mismo, relación de colaboración.
- El 15% corresponde a las expectativas y efectos placebos.
- El 40% hace referencia a los cambios psicoterapéuticos: apoyo social, mejorías espontáneas.
- El 15% se atribuye al efecto que producen las técnicas.

3.7. Etapas del Proceso

Las etapas del proceso del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad son las siguientes: (Balarezo L. , 2010)

3.7.1. Primera Etapa. Determinación de la demanda, expectativas, motivaciones, inicio del proceso

Pilar básico para determinar su influencia en el primer contacto, constituye la valoración realizada por el profesional acerca del grado de interés, motivación, origen y tipo de la demanda.

1. Determinación de expectativas, motivaciones e inicio del proceso:

Toma en cuenta la evaluación de la demanda y expectativas del paciente, terapeuta y paciente lo que llevara a la determinación de su influencia en el primer contacto y la motivación del paciente.

a) Expectativas y motivaciones del paciente:

- Búsqueda de ayuda o supresión de síntomas: indica a la persona que llega a consulta después de haberse dado cuenta de su sintomatología y lo que busca es la supresión de sus síntomas.
- Complacencia a familiares y allegados: hace referencia a las personas que llegan a consulta por complacencia a familiares, amigos y allegados, por manifestar alguna dificultad que también es motivo de sufrimiento para las personas que le rodean
- Remisión de otros profesionales: se encuentra determinado por el paciente que ha sido remitido por otro profesional, posiblemente su problema fue ya analizado desde otra perspectiva.

- Exigencia de status: son las personas que acuden a consulta por exigencia del medio social en el cual se desenvuelven, personas que por lo general no se encuentran en su totalidad conscientes de que necesitan ayuda
- Curiosidad: refiere a las personas que llegan a consulta por casualidad, encontrando en medio del proceso su necesidad real de ayuda.

b) Expectativas y motivaciones del terapeuta

- Adquisición de experiencia: tanto la experiencia como sus conocimientos son esenciales para mejorar la calidad del servicio.
- Factores contra-tranferenciales: podría determinar de manera positiva o negativa en ciertos pacientes.
- Factores económicos: factor que lleva a mejorar la calidad de servicio ya que exige una mayor responsabilidad por parte de quien paga.
- Obligación institucional: por parte del terapeuta podría existir una obligación a cumplir con sus actividades laborales, más que por la misma vocación de ayuda.
- Vocación de ayuda: se encuentra guiada por la complacencia que encuentra el terapeuta en el proceso de ayudar a alguien.

2. Análisis de la demanda:

Se toman en cuentas dos aspectos fundamentales que hacen referencia a la procedencia y al tipo de demanda:

- a) Procedencia de la demanda: Puede venir de diferentes fuentes: paciente, familiar, institucional, otros.
- b) Tipo de demanda: Explícita (manifiesta), implícita (latente).

3.7.2 Segunda Etapa. Investigación del problema o trastorno, la personalidad y el entorno

Constituye el estudio global del paciente, su problemática, por medio de la observación, la entrevista y técnicas psicológicas que nos llevan al diagnóstico del paciente, a través del uso de la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica FIEPs, la misma que está estructurada por los siguientes componentes



Nota: Fuente: (Balarezo L. , 2010)
Elaboración: María José Rojas

3.7.3 Tercera Etapa. Planificación del proceso

Realizada por el terapeuta a fin de lograr conseguir los objetivos del demandante por medio de un proceso analítico profundo para llegar a los objetivos en función del estudio de los factores predisponentes del trastorno, la personalidad premórbida del paciente y los factores medio ambientales y sociales; estructurando un plan terapéutico que abarque la formulación dinámica del problema, formulación dinámica de la personalidad, señalamiento de objetivos y señalamiento de técnicas.

1. Formulación dinámica del trastorno.- Está determinada por la interrelación que existe entre trastorno o problema del paciente y sus factores desencadenantes, determinantes predisponentes y mantenedores.
2. Formulación dinámica de la personalidad.- Se desarrolla la descripción de la personalidad del paciente
3. Señalamiento de objetivos.- Puede variar de acuerdo con los niveles, superficial relacionado con el problema o trastorno en donde los objetivos se orientan a la resolución de problemas o alivio sintomático; y profundo relacionado con la personalidad del paciente el cual hace referencia a la influencia sobre la personalidad. Estos son establecidos de acuerdo el análisis

del paciente, acercándonos a las expectativas del paciente. Familiares y terapeuta, para lo cual tenemos: objetivos orientados al asesoramiento, a lo sintomático y a la personalidad.

- a) **Objetivos de Asesoramiento:** Busca asesorar para la resolución de problemas, resolver conflictos interpersonales, promover el desarrollo personal.
 - b) **Objetivos sintomáticos:** Busca disminuir o eliminar síntomas específicos, comportamientos desadaptativos, apoyar emocionalmente.
 - c) **Objetivos orientados a la personalidad:** Busca mejorar awareness, promover insight, flexibilizar rasgos de personalidad, etc.
4. **Señalamiento de Técnicas.-** Son adecuadas según las necesidades del paciente, si se trabaja en asesoramiento se dirigen a la solución de problemas intrapersonales, resolución de conflictos familiares, o interpersonales; si actuamos sobre el síntoma las técnicas utilizadas son conductuales, sistémicos o provenientes de otras corrientes; cuando actuamos sobre la personalidad se utilizan procedimientos cognitivos, imperativos con relación a su historia temprana y su conducta actual.

Ilustración N° 12. Objetivos del Modelo Integrativo.



Nota: Tomado de Balarezo, 2010. Pg. 153. Psicoterapia Integrativa focalizada en la personalidad.

3.7.4 Cuarta Etapa. Ejecución y aplicación técnica

El plan terapéutico elaborado en la etapa previa, se aplica en el proceso cumpliendo con las particularidades de cada caso. Todo proceso debe ser sometido a evaluación por parte del terapeuta y el respectivo seguimiento del caso, con una postura abierta, crítica y flexible.

3.7.5 Quinta Etapa. Evaluación de diagnóstico, proceso y resultados

Consiste en determinar la eficacia del proceso terapéutico, de la forma más objetiva posible, valora: el criterio del terapeuta, el del paciente, la apreciación de los familiares, utilización de técnicas psicológicas, mediciones fisiológicas. La medición debe ser realizada a través de reactivos psicológicos categorizados y estandarizados, para disminuir la subjetividad de la misma.

3.8. El Asesoramiento psicológico desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad

Actualmente el campo del asesoramiento es considerado como un proceso de intervención dentro del campo psicológico que se encuentra como facilitador para atender conflictos tanto interpersonales como intrapersonales que no siempre son categorizados como patologías clínicas por el cual se distingue de la psicoterapia, por el grado de alteración o cronicidad que se atiende, así como también el tiempo de duración del proceso. Dicho proceso facilita el cambio de las personas para la promoción del bienestar individual y relacional.

Balarezo (2010), define al asesoramiento como: “una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos. (Balarezo L. , 2010). Pag. 140.

Soriano define a la asesoría como: “el arte de hacer reflexionar a una o a varias personas, por medio de preguntas, de manera que puedan llegar a tomar la decisión que considere adecuadas para él y para su salud”. (Soriano, 2005)

Balarezo (2003), en su obra *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la personalidad* define a la psicoterapia como “un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales y problemas psíquicos, por medio de recursos psicológicos, sobre todo la palabra en un marco de interacción personal positiva entre paciente y psicoterapeuta”. O también, Balarezo (2009), lo define como “un proceso planificado que procura la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos por medio de recursos psicológicos, empleando las diferentes formas de comunicación, en una relación terapeuta-paciente”. (Balarezo L. , 2010). Pag. 140.

Ilustración N° 13. Semejanzas y diferencias entre asesoramiento y psicoterapia

Balarezo (2002), en su obra titulada “*Psicoterapia, Asesoramiento y Consejería*” indica que existen aspectos de semejanza y diferencia entre la Psicoterapia y el Asesoramiento, lo mismos que serán explicados a continuación:

Semejanzas	Diferencias
<ul style="list-style-type: none"> • Influyen positivamente en la personalidad. • Participan de criterios de salud mental. • Hacen referencia a la relación de ayuda que se brinda a las personas con problemas. • Privilegian la relación interpersonal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los profesionales que ejercen la psicoterapia necesitan formación académica estricta. • La psicoterapia y el asesoramiento se diferencian de la intensidad de la relación y el tiempo de duración del mismo. • El contexto en el cual se trabaja debido a la diferencia que conllevan puede ser diferente. • Las personas sobre las cuales se ejercen los procesos siempre son diferentes.

Nota: Fuente: (Balarezo L. , 2010)

Elaboración: María José Rojas

Tanto en los procesos psicoterapéuticos como en el asesoramiento, el profesional a cargo utiliza técnicas específicas para el problema o trastorno a tratar, constituyendo dentro del proceso de asesoramiento, la psi coeducación como una de las técnicas que más se utilizan en las necesidades del demandante.

3.8.1. La Psicoeducación desde el Asesoramiento Psicológico desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad

La psi coeducación corresponde a procesos que permiten a los seres humanos fortalecer y desarrollar capacidades para poder afrontar de una forma más adecuada y adaptativa los problemas a los cuales se enfrentan.

Los principales objetivos hacia los cuales se encuentra dirigida la psicoeducación es ayudar y orientar a que la persona identifique con mayor claridad el problema en el cual se encuentra involucrado, para que de esa manera puedan desarrollar alternativas para la resolución de sus conflictos y así favorecer a que su calidad de vida mejore, reforzando así, fortalezas, recursos y habilidades propias de las personas y de esa manera ayudar a disminuir la ansiedad generada por el desconocimiento de su problema, logrando el aprendizaje de conductas adaptativas que ayudara a afrontar su problema.

3.9. Definición de Psicoeducación

La psi coeducación corresponde a procesos que permiten a los seres humanos fortalecer, así como también desarrollar capacidades para poder afrontar de una forma más adecuada y adaptativa los problemas o enfermedad a los cuales se enfrenta.

La psi coeducación es un proceso que puede ser orientada tanto a la psicopatología como a las personas en general, tengan o no alguna afección clínica significativa, por lo tanto puede ser difundida específicamente por profesionales de salud mental, o bien, por cualquier profesional encargado de los distintos ámbitos y niveles de la salud en general. Debe siempre ser adecuada a diferentes factores: edad, sexo, nivel socio-cultural, personalidad, patología o

problemática, para así poder impartir una información coherente, precisa, educando con los elementos necesarios para la problemática o enfermedad que se ha determinado. (Sergio, 2011)

La psi coeducación debe centrarse en:

- Diagnóstico y sus limitaciones.
- Necesidad de evaluar para así poder realizar un tratamiento integral y eficaz.
- Valorar la necesidad de un tratamiento farmacológico.
- Psicoterapia (individual, grupal, familiar).
- Mejorar la calidad de vida de las personas involucradas.

3.9.1 Objetivos de la Psi coeducación

- Informar al paciente y familiares el proceso de la enfermedad y/o problema, para que a partir de un entendimiento sean capaces de mejorar la enfermedad o problema por el cual están atravesando.
- Eliminar prejuicios.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- Reducir el riesgo de recaídas.
- Aliviar la carga emocional.
-

Siendo el principal objetivo de la psi coeducación orientar y ayudar a que la persona y/o paciente identifique con mayor claridad la enfermedad o problema por el cual están atravesando, para que de esa manera puedan desarrollar alternativas para la resolución o tratamientos adecuados de sus problemas o enfermedades; y así favorecer a que su calidad de vida mejore, reforzando así, fortalezas, recursos y habilidades propias de las personas y de esa manera ayudar a disminuir la ansiedad generada a partir del desconocimiento de su problema, logrando el aprendizaje de conductas adaptativas que ayuden a afrontar su problema o enfermedad. (Ocio, 2011)

3.9.2 Tipos de Psi coeducación

La psi coeducación puede ser: individual, grupal, familiar, puede ir dirigida a grupos específicos de pacientes; tomando en cuenta siempre el entorno en el cual se va a realizar, el escogimiento adecuado de los grupos al cual va a ir dirigida, los profesionales que va a estar a cargo de la misma. Además debe estar siempre adecuada al nivel socio cultural del paciente, personalidad y patología. (Ocio, 2011)

La psi coeducación cuenta con dos enfoques:

- Informativos: suelen ser breves, priorizan la transmisión de información acerca de la enfermedad o problema por el cual se encuentran atravesando.
- Conductuales: se caracteriza por ser programas largos en los que se prioriza, el manejo de los síntomas, regularización de los hábitos, reestructuración de perjuicios, etc.

3.10. Conclusión

La psicoterapia integrativa constituye un pilar básico, en el abordaje, manejo y terapéutica del individuo que padece algún trastorno relacionado con la esfera mental. Lo cual indica la importancia del tema revisado.

Hablar de psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad y de asesoramiento con los aportes del modelo ecuatoriano, como se pudo estudiar en el capítulo que antecede, es conocer las particularidades del ser humano en el contexto socio cultural de nuestro país, lo cual modifica totalmente el manejo psicoterapéutico del mismo.

De igual manera, el hablar de psi coeducación desde el asesoramiento nos indica de la herramienta tan eficaz que tenemos los profesionales para la aplicación de tratamientos eficaces para los diferentes problemas psicológicos que presentan los seres humanos, logrando con esto una mejor calidad de vida en los mismos.

CAPÍTULO IV

APLICACIÓN Y RESULTADOS

4. Introducción

En el presente capítulo se da a conocer la parte central del estudio de este trabajo investigativo, en el cual los datos estadísticos se encuentran organizados conforme al orden de presentación de los objetivos de este trabajo.

Se utilizó el método descriptivo, transversal, que ha permitido conocer la población de estudio, y mediante chi cuadrado y valoración de p, se determinó la asociación entre Burnout y tipo de personalidad, al igual que la significancia estadística. Se determinó frecuencias y porcentajes, al igual que las pruebas indicadas para valoración de asociación.

4.1. Objetivos

4.1.1. Objetivo General

Realizar un análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca, en el Proyecto Médico Preventivo.

4.1.2. Objetivos Específicos

- Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en pacientes atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca.
- Determinar el tipo de personalidad predominante en pacientes con Burnout atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca.
- Establecer la relación existente entre intensidad del Síndrome de Burnout y tipo de personalidad en pacientes atendidos en el Proyecto Médico Preventivo.

4.2. Metodología

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal útil para llegar a conocer la población, además se utiliza chi cuadrado y valoración de p, lo que nos permite determinar la asociación que existe entre el Síndrome de Burnout y personalidad, al igual que la significancia estadística.

4.2.1. Población

Está constituida por el total de pacientes atendidos en el proyecto médico preventivo psicológico en el mes de Abril del 2015 el cual corresponde a un total de 130 pacientes atendidos y evaluados, atención y evaluación que fue distribuida en cinco horas de consulta diarias, dedicando 30 minutos por cada paciente.

4.2.2. Instrumentos Utilizados

Los Instrumentos utilizados en esta Investigación fueron de importante aporte para el diagnóstico tanto del tipo de personalidad de los pacientes evaluados como del Síndrome de Burnout de los mismos, los cuales son detallados a continuación.

4.2.2.1. Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

El MCMI III, constituye una batería diagnóstica ajustada y validada a la nosología clínica oficial, para aplicación individual y colectiva. Está destinada para adultos a partir de los 18 años. Consta de un cuadernillo de 175 preguntas, conformado por respuestas dicotómicas (verdadero/falso) y una hoja de respuesta. Existen instrumentos virtuales, en los que la corrección es computarizada, lo que disminuye el error en los cálculos. Se genera electrónicamente una gráfica dividida en 5 sectores en donde visualizamos los puntajes de las áreas evaluadas. (Ver Anexo No. 2).

En el manual del Inventario Clínico Multiaxial de Millon, MCMI III (2007), indica que las escalas se basan en la clasificación diagnóstica del DSM-IV. La prueba contiene 11 subescalas

que evalúan trastornos de la personalidad clínicos (Esquizoide, Evitativo, Depresivo, Dependiente, Histriónico, Narcicista, Antisocial, Pasivo-Agresivo y Autodestructiva), y tres subescalas que evalúan trastornos graves de la personalidad (Esquizotípico, Paranoide y Límite). De modo similar siete escalas cubren síndromes clínicos de intensidad moderada (Trastorno de ansiedad, Trastorno somatomorfo, Trastorno bipolar, Trastorno distímico, Dependencia al alcohol, Trastorno de dependencia a sustancias, Trastorno de estrés postraumático). Y otras tres escalas que cubren síndromes clínicos de intensidad grave (Trastorno del pensamiento, Depresión mayor, Trastorno delirante). Sumando un total de 24 escalas diagnósticas y 4 escalas de validez (Sinceridad, Deseabilidad social, Devaluación, Validez). (Millon, 1999)

Este test es uno de los mejores instrumentos diagnósticos que la comunidad científica posee para evaluar los trastornos de la personalidad, además es útil, cuando hay pacientes con diagnósticos confusos. La gravedad de las alteraciones es considerada cuando las puntuaciones del perfil superan la línea de corte 75, es decir puntuaciones de 75 a 84, significan un nivel de funcionamiento crónico y moderadamente grave de la personalidad, puntuaciones de 85 o superiores, indican patrones de personalidad descompensados. Debido a que la investigación será realizada a personal sometido constantemente a niveles altos de estrés ayudará a visualizar la prevalencia de trastornos de personalidad de estos pacientes.

Clasificación del Trastorno según la puntuación del Test

DENOMINACION	ESCALA	ITEMS
1	Esquizoide	4, 10, 27,32, 38, 46,48, 57, 92, 101, 105, 142, 148, 156, 165, 167
2A	Evitativa	18, 40, 47, 48, 57, 69, 80, 84, 99, 127, 141, 146, 148,151, 158, 174
2B	Depresiva	20, 24, 25,43, 47, 83, 86, 112, 123, 133, 142, 145, 148, 151, 154
3	Dependiente	16, 35, 45, 47, 56, 73, 82, 84, 94, 108, 120, 133, 135, 141, 151, 169
4	Histriónica	10, 12, 21, 24, 27, 32, 48, 51, 57, 69, 80, 88, 92, 99, 123, 127, 174
5	Narcisista	5, 21, 26, 31, 35, 38, 40, 47, 57, 67, 69, 80, 84, 85, 86, 88, 93, 94, 99, 116, 141, 144, 159, 169
6A	Antisocial	7, 13, 14, 17, 21, 38, 41, 52, 53, 93, 101, 113, 122, 136, 139, 166, 172
6B	Agresiva (sádica)	7, 9, 13, 14, 17, 28, 33, 36, 39, 41, 49, 53, 64, 79, 87, 93, 95, 96, 116, 166
7	Compulsiva	2, 7, 14, 22, 29, 41, 53, 59, 72, 82, 97, 101, 114, 137, 139, 166, 172
8A	Negativista (pasivo – agresivo)	6, 7, 15, 22, 36, 42, 50, 60, 79, 83, 98, 115, 122, 126, 133, 166
8B	Autodestructiva	18, 19, 24, 25, 35, 40, 43, 70, 90, 98, 104, 122, 148, 161, 169

Tomado de: Manual MCMI Inventario Clínico Multiaxial de Millon – III. TEA Ediciones

4.2.2.2. El test de Maslach. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

El Síndrome de Burnout se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los usuarios y su función es medir el desgaste profesional. Se pueden diferenciar tres subescalas que miden las tres dimensiones que conforman el Síndrome de Burnout. Agotamiento emocional, conformado por los ítems 1,2,3,6,8,13,14,16 y 20. Despersonalización: Constituido por los ítems 5,10,11,15 y 22. Realización personal: la conforman los ítems: 4,7,9,12,17,18,19 y 21. Con respecto a las puntuaciones se consideran bajas las por debajo de 34, altas puntuaciones en las dos primeras escalas y bajas en la tercera escala permiten diagnosticar el trastorno. (Ver Anexo No. 1). (Maslach, 2001)

1. Subescala de Agotamiento emocional. Consta de nueve preguntas, valora la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo. Puntuación máxima 54.

2. Subescala de despersonalización. Está formada por cinco ítems, valora el grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento. Puntuación máxima 30.
3. Subescala de realización personal. Se compone de ocho ítems, evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo. Puntuación máxima 48.

La escala se mide según los siguientes rangos:

1= Nunca

2= Raramente

4= Algunas veces

5= Muchas veces

6= Siempre

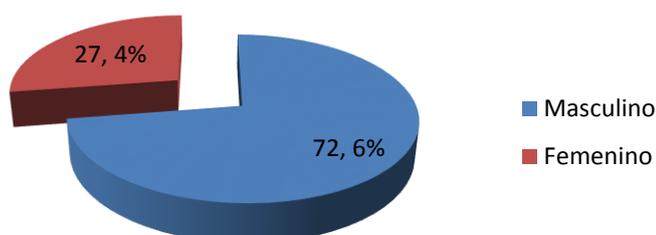
4.3. Resultados estadísticos y análisis

Tabla 1. Distribución según el género y edad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Género	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	82	72,6%
Femenino	31	27,4%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 1. Distribución según el género y edad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

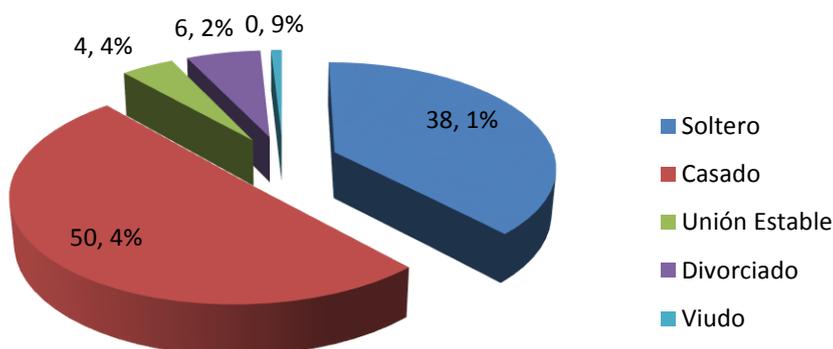
En esta investigación se estudió a 113 pacientes. La edad media fue de 32 ± 7 años con un mínimo de edad de 20 años y máximo de 56 años, evidenciándose que el 72,6% (82) son de género masculino y 27,4% (31) es femenino.

Tabla 2. Distribución según el estado civil en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	43	38,1%
Casado	57	50,4%
Unión Estable	5	4,4%
Divorciado	7	6,2%
Viudo	1	0,9%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 2. Distribución según el estado civil en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

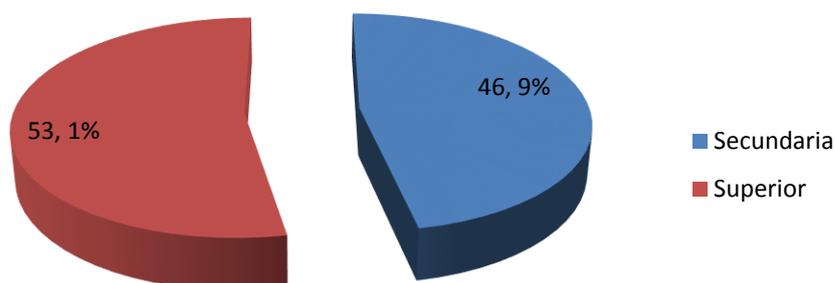
Según el estado civil se evidencia que el 50,4% (57) es casado, el 38,1% (43) es soltero, 6,2% (7) divorciado, 4,4% (5) unión estable, 0,9% (1) viudo.

Tabla 3. Distribución según la instrucción en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	53	46,9%
Superior	60	53,1%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 3. Distribución según la instrucción en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

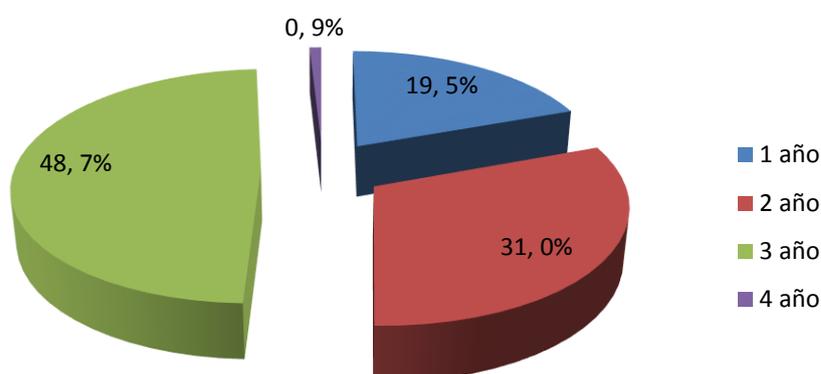
Según el nivel de instrucción se evidencia que el 53,1% (60) tienen instrucción superior, mientras que el 46,9% (53) instrucción secundaria.

Tabla 4. Distribución según el tiempo dentro de la Institución en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Años	Frecuencia	Porcentaje
1	22	19,5%
2	35	31,0%
3	55	48,7%
4	1	0,9%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 4. Distribución según el tiempo dentro de la institución en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

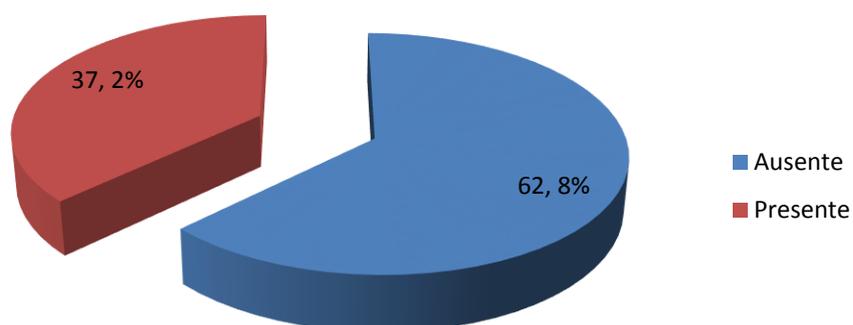
El tiempo que el individuo labora dentro de la institución, la media es de $2,3 \pm 0,7$ años con un mínimo de 1 máximo de 4 años, evidenciándose que 3 años representa 48,7% (55), y 2 años 31% (35), 1 año 19,5% (22) y 4 años 0,9% (1).

Tabla 5. Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Síndrome de Burnout	Frecuencia	Porcentaje
Ausente	71	62,8%
Presente	42	37,2%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 5. Frecuencia del Síndrome de Burnout en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

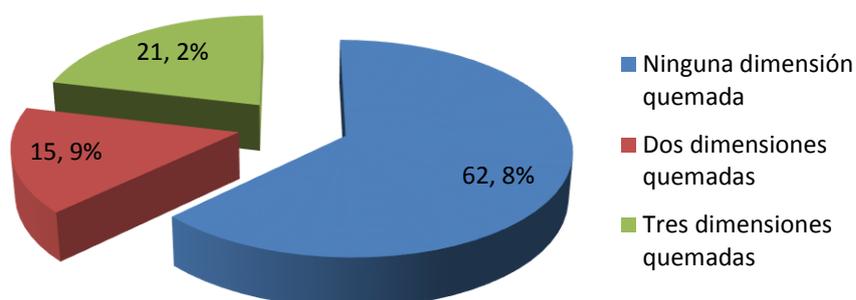
Se evidencia que el 62,8% (71) está ausente el síndrome de Burnout, mientras que el 37,2% (42) está presente.

Tabla 6. Frecuencia según la dimensión quemada en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Dimensiones quemadas	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna dimensión quemada	71	62,8%
Dos dimensiones quemadas	18	15,9%
Tres dimensiones quemadas	24	21,2%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 6. Frecuencia según la dimensión quemada en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

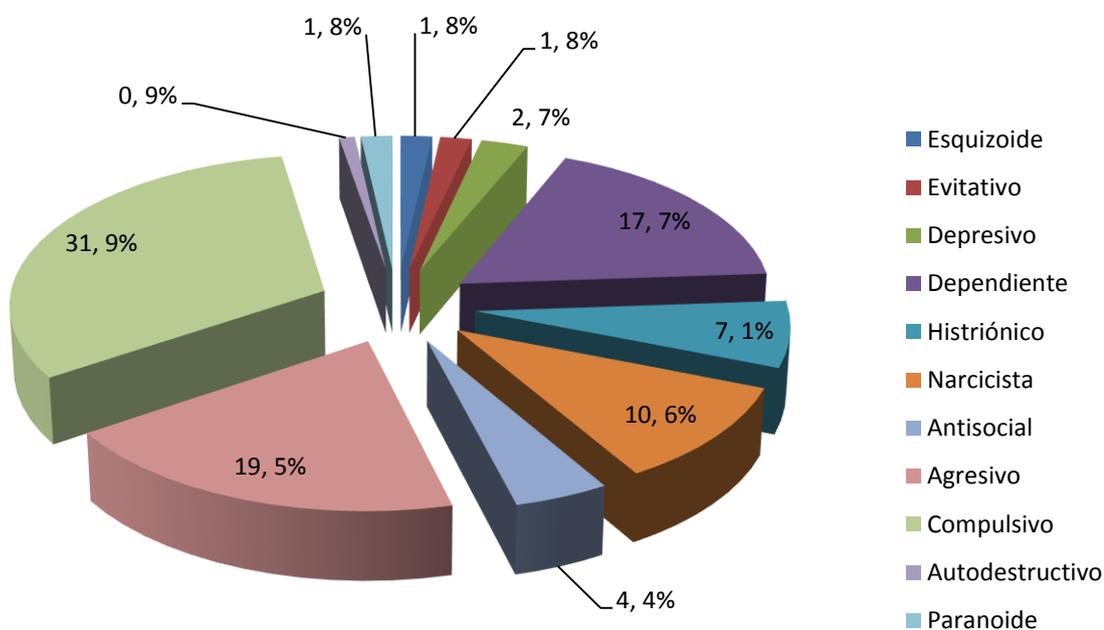
Se evidencia que de las personas en las que se investigó la presencia de Síndrome de Burnout no presentaron ninguna dimensión quemada en un 62,8%, tres dimensiones quemadas 21,2%, y dos dimensiones quemadas 15,9%.

Tabla 7. Frecuencia según el tipo de la personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Tipo de la personalidad	Frecuencia	Porcentaje
Esquizoide	2	1,8%
Evitativo	2	1,8%
Depresivo	3	2,7%
Dependiente	20	17,7%
Histriónico	8	7,1%
Narcicista	12	10,6%
Antisocial	5	4,4%
Agresivo	22	19,5%
Compulsivo	36	31,9%
Autodestructivo	1	0,9%
Paranoide	2	1,8%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 7. Frecuencia según el tipo de la personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

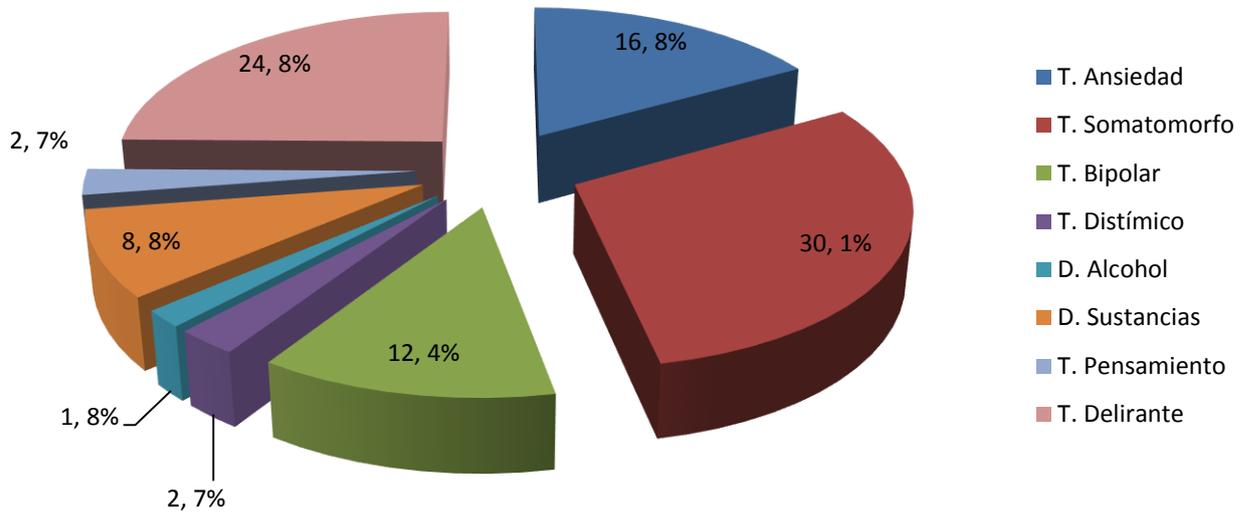
En este cuadro se puede resaltar que el tipo de personalidad más frecuente es el compulsivo con 31,9%, seguido de agresivo 19,5%, dependiente 17,7%, narcicista 10,6%, y en menor frecuencia el resto de tipos representando el 20,3%

Tabla 8. Frecuencia según los síndromes clínicos en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

Síndromes Clínicos	Frecuencia	Porcentaje
T. Ansiedad	19	16,8%
T. Somatomorfo	34	30,1%
T. Bipolar	14	12,4%
T. Distímico	3	2,7%
D. Alcohol	2	1,8%
D. Sustancias	10	8,8%
T. Pensamiento	3	2,7%
T. Delirante	28	24,8%
Total	113	100%

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 8. Frecuencia según los síndromes clínicos en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

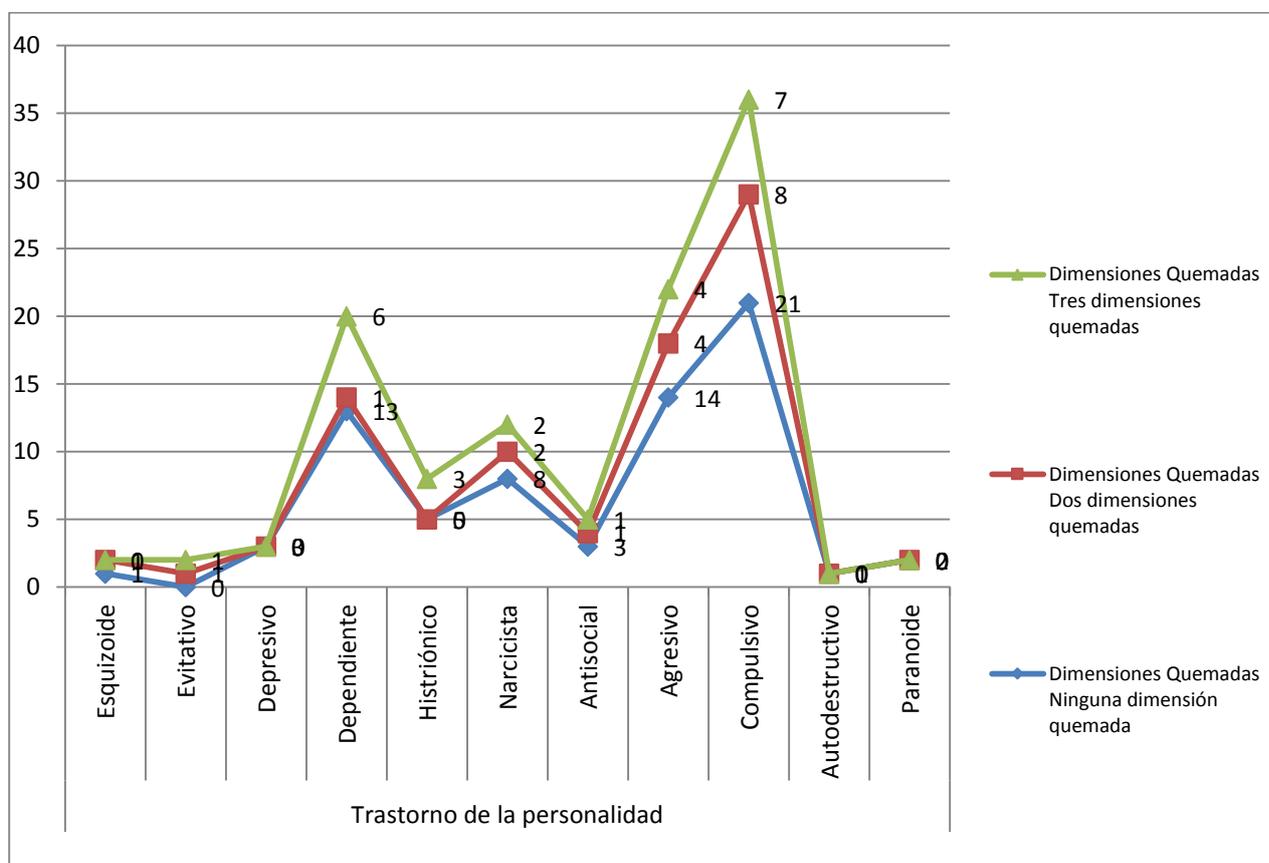
En lo referente a los Síndromes Clínicos observamos que el síndrome somatomorfo representa el 30,1%, T Delirante 24,8%, T. Ansiedad 16,8%, representando el resto el 28,3%.

Tabla 9. Frecuencia de distribución, según los tipos de la personalidad y número de dimensiones quemadas, en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015

		Dimensiones Quemadas			Total
		Ninguna dimensión quemada	Dos dimensiones quemadas	Tres dimensiones quemadas	
Tipos de la personalidad	Esquizoide	1	1	0	2
	Evitativo	0	1	1	2
	Depresivo	3	0	0	3
	Dependiente	13	1	6	20
	Histriónico	5	0	3	8
	Narcicista	8	2	2	12
	Antisocial	3	1	1	5
	Agresivo	14	4	4	22
	Compulsivo	21	8	7	36
	Autodestructivo	1	0	0	1
	Paranoide	2	0	0	2
Total		71	18	24	113

Elaboración: María José Rojas

Gráfico 9. Frecuencia de distribución, según los tipos de la personalidad y número de dimensiones quemadas, en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca 2015



Elaboración: María José Rojas

De los 113 pacientes, que pertenecen al universo del estudio, se tiene, que 71, no poseen ninguna dimensión del Síndrome de Burnout quemada, 18, poseen dos dimensiones quemadas, teniendo 8 de éstas tipo compulsivo, 4, tipo agresivo y 2 narcisistas; por otra parte, 24 pacientes poseen tres dimensiones quemadas, teniendo éstos: 7 tipo compulsivo, 6 tipo dependiente y 4 tipo agresivo.

Tabla 10. Establecer la relación existente entre intensidad del Síndrome de Burnout y tipo de la personalidad en pacientes atendidos en el Proyecto Médico Preventivo

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	14,932 ^a	20	,780
Razón de verosimilitudes	18,834	20	,533
Asociación lineal por lineal	0,414	1	,520
N de casos válidos	113		

- a. 26 casillas (78,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,16.

Según el análisis realizado para establecer si existe relación entre la intensidad del síndrome de Burnout y tipo de la personalidad en pacientes atendidos en el Proyecto Médico Preventivo se evidencia que el valor de p 0,780 siendo no estadísticamente significativo por lo tanto no existe relación.

4.4. Discusión

El presente estudio fue realizado con los pacientes atendidos como parte del Proyecto Médico preventivo en el centro de Atención Ambulatoria Central Cuenca, en un grupo de funcionarios pertenecientes a una institución pública, de contacto con usuario externo de la ciudad, para determinar la asociación entre personalidad y síndrome de Burnout, por lo que es importante comparar los resultados obtenidos con bibliografía disponible.

En nuestro estudio, analizando el Síndrome de Burnout la prevalencia de este, es del 37.2% (n=42) la edad media de presentación es de 35.6 ± 8.1 años, encontrándose el 14.3% (n=6) en la edad de 32 años, de las personas que tienen burnout, del género masculino es el 61.9% (n=26) y del femenino en el 38.1% (n=16). En comparación con un estudio titulado “Edad, síndrome de agotamiento profesional (Burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito. México” realizado por Aranda & Pando en el 2010, que indica que la prevalencia del síndrome de Burnout es de 47.8% para grupos menores de 42 años. (Aranda & Pando, 2010) En otro estudio realizado por Esquivel Morocho 2013, titulado “Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal sanitario del hospital Universitario y Politécnico La Fe Valencia-España”, la edad más frecuente de presentación es de 35 a 50 años. (Esquivel Morocho, 2013)

En esta investigación se evidencia en un 42.9% la despersonalización y en un 52.4% la falta de realización personal, comparado con un estudio de prevalencia del síndrome de Burnout en el personal sanitario realizado en España en el 2013 por Alejandro Esquivel Morocho, donde nos indica que según las dimensiones del síndrome de Burnout el 61.29% presenta despersonalización y con un 69.35% falta de realización personal. (Esquivel Morocho, 2013)

En relación a la variable estado civil y síndrome de Burnout, en nuestro estudio predominan los sujetos casados con 57.1% (n=24) soltero con el 26.2% (n=11) mientras tanto en el estudio en el hospital Universitario y Politécnico La Fe Valencia-España 2013, el estado civil casado representa el 51.61% y soltero el 35.48%.

Con referencia a los tipos de personalidad y síndrome de Burnout, en nuestra investigación se evidencia que el 38.1% (n=16) corresponde a compulsivo; a agresivo 19% (n=8), dependiente 16.7% (n=7), comparado con un estudio desarrollado por Lara Agrelo en el 2013 en Madrid, titulado: Rasgos, trastornos de personalidad y comorbilidad psiquiátrica de profesionales sanitarios con síndrome de burnout, realizado con 148 participantes, en el que indican que el rasgo compulsivo, se presenta en el 71.6% (n=106) y en un 25% se encuentran rangos dependientes (n=37) y con rasgo esquizoide el 21.1% (n=32).

Con respecto al número de años en funciones y síndrome de Burnout, se obtuvo que en nuestro estudio el 57.1% (n=24), labora 3 años en la institución y presenta el síndrome; el 28.6% (n=12) labora 2 años y el 14.3% (n=6) 1 año, lo cual es congruente con la literatura conforme al estudio de Lara Agrelo en el 2013 en Madrid previamente citado, que indica que, los profesionales que ocupan la misma plaza durante menos de 8 años, registran el mayor porcentaje de Burnout, en el nivel alto de despersonalización en el 65.8% (n=50).

CAPÍTULO V

PROPUESTA DEL TALLER PSICOEDUCATIVO PARA EL SÍNDROME DE BURNOUT DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD

5. Introducción

El presente taller Psicoeducativo tiene como propósito producir en los participantes el conocimiento adecuado de su problema, buscando como objetivo principal el logro de cambios significativos en las relaciones de trabajo en particular y en la sociedad en general; y así favorecer la capacidad de las personas en la elección correcta de estrategias específicas que contribuyan a la prevención y afrontamiento del Síndrome de Burnout. Este aporte se fundamenta en el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

5.1. Justificación

Debido a la incidencia que presenta el Síndrome de Burnout y los factores de riesgo para las personas que lo padecen se considera necesaria la planificación y ejecución de esta propuesta de taller, el cual tiene como meta principal el disminuir los niveles de Síndrome de Burnout y prevención del mismo, evitando así complicaciones y generando una motivación que estimulará el rendimiento laboral, repercutiendo de manera positiva para la Institución.

5.2. Señalamiento de Objetivos

5.2.1. Objetivo General

El objetivo general se centra en establecer una propuesta Psicoeducativa de los aspectos relacionados con el Síndrome de Burnout, facilitando un espacio de reflexión y autodetección de los síntomas, para un mejor manejo de su problemática.

5.2.2. Objetivos Específicos

- Orientar sobre las implicaciones del Síndrome de Burnout.
- Disminuir o eliminar sintomatología ansiosa causada por el cuadro relacionado con el Síndrome de Burnout.
- Resolver problemas inter-intrapersonales. (Fomentar la habilidad para la resolución de problemas y conflictos que se presentan frente a la problemática).

5.3. Metodología

La metodología que se utilizara será de tipo cualitativa-participativa, basada en la investigación, participación y reflexión orientada a generar propuestas de acción sobre el conocimiento y afrontamiento del Síndrome de Burnout.

5.3.1. Responsable

La responsabilidad de la planificación y ejecución del presente taller se encontrará a cargo de la autora de la investigación, la Ps. María José Rojas Cordero.

5.3.2. Duración

La duración del taller será de 8 horas, las cuales serán detalladas en un posterior cronograma.

5.3.3 Población

La población con la cual se va a trabajar se encuentra constituida de acuerdo a la selección de un grupo piloto tomado del número total de la muestra que fue analizada, el cual fue 113

personas (100% de la población), evidenciándose el 72% (82 personas) correspondiente al género masculino y el 27% (31 personas) correspondiente al género femenino. El grupo piloto según el análisis estadístico anteriormente descrito reflejan el total de personas que obtuvieron puntajes altos en la aplicación del cuestionario de Maslach, Burnout Inventory (MBI), el mismo que fue utilizado para revelar el diagnóstico del Síndrome de Burnout, el cual se encuentra constituido por el 37,2% de la muestra total, correspondiente a 42 personas.

5.3.4. Fases del Taller

El presente taller se encuentra constituido de tres fases principales, fase preliminar, fase de ejecución y fase de evaluación, las cuales serán detalladas a continuación.

5.3.4.1. Fase preliminar

En la etapa previa a la planificación y ejecución del taller Psicoeducativo se realizó la etapa de evaluación, el cual fue dirigido a 113 funcionarios de una Institución Pública, quienes fueron evaluados con el MBI Cuestionario de Maslach Burnout Inventory para diagnosticar Síndrome de Burnout y el test de personalidad de Millon MCMI III para diagnosticar personalidad, lo cual fue de utilidad para seleccionar la población que participará en este taller.

El taller Psicoeducativo se realizará en un tiempo determinado de 8 horas, el cual irá dirigido por la responsable de este trabajo de investigación. Se iniciará con la presentación tanto de la responsable como de cada uno de los integrantes del grupo, presentándoles a continuación el cronograma con el cual se va a trabajar en el taller, de manera que esto nos sirva para poder plantear las reglas con las cuales se trabajará en el mismo. Los integrantes que participaran en el taller contarán con la explicación previa de los objetivos tanto generales como específicos que se esperan cumplir en el proceso del mismo.

5.3.4.1.1. Señalamiento de técnicas

- Biblioterapia: Consiste en recomendar al paciente lectura de textos o información que refuercen el conocimiento del problema o enfermedad. (Feixas, 2010)

Guía No. 1 Biblioterapia

Síndrome de Burnout

Herbert Freudenberger (1974) define al Síndrome de Burnout como el proceso de deterioro en la atención profesional y en los servicios que se prestaban en el ámbito educativo, social, sanitario, etc. Definiéndolo como una sensación de fracaso y progresiva pérdida de energía hasta que se genera una experiencia agotadora que resulta de una sobrecarga por exigencias de recursos personales o fuerza espiritual del trabajador y a la vez produce ansiedad y depresión.

Síntomas del Síndrome de Burnout

A nivel orgánico: cansancio, fatiga crónica, insomnio, problemas gastrointestinales, deficiente sistema inmune (catarros, infecciones frecuentes); cambios en el apetito, entre otros. A nivel conductual: comportamiento paranoide, rigidez e inflexibilidad, contacto superficial con otros, aislamiento, déficit de concentración, poco interés, menor rendimiento laboral, retrasos a su jornada laboral, baja productividad, absentismo, consumo de sustancias. A nivel emocional: agotamiento, hostilidad, irritabilidad y odio con el usuario, deficiente control y expresión de sus emociones, aburrimiento, impaciencia, ansiedad, desorientación, sentimientos depresivos, desmotivación, posible retiro de la institución. A nivel cognitivo: pensamientos relacionados con una pobre autoestima y deficiente realización personal en el ámbito laboral.

Nota: Fuente: (Carlin & Garces de los Fayos, 2010) (Ortega, Ortíz, & Coronel, 2007)
Elaboración: María José Rojas

- Fase didáctica: Como forma de psicoeducación consiste en instruirle de manera formal a la persona para que profundice su aprendizaje sobre los aspectos centrales de su problema o trastorno.

Guía N. 2 Fase didáctica

FASE DIDÁCTICA

Se llevara a cabo una vez finalizada la etapa de psicoeducación, en donde los participantes del grupo desarrollaran una lista de las interrogantes que necesitan aclarar, las cuales podrán ser respondidas por los participantes del grupo y reforzadas por la profesional encargada del taller.

De la misma manera usaremos esta técnica de fase didáctica para la evaluación del aprendizaje, en donde los participantes darán un feedback de lo aprendido y de la valorización de las metas alcanzadas en el taller, planteándoles preguntas que tendrán que desarrollar, tales como:

- ¿Qué es para Usted el Síndrome de Burnout?
- De qué manera afrontaría Usted los síntomas del Síndrome de Burnout
- ¿Qué le gustó más de este taller?
- Describa algo importante que aprendió en este taller
- ¿El taller alcanzó sus expectativas?
- ¿Crees que los objetivos de este taller se cumplieron?

Nota: Fuente: Modulo la Maestría en Psicoterapia Integrativa IV Cohorte de “Aplicaciones clínicas: adicciones” Mst. Johanna Ortega.

Elaboración: María José Rojas

- Relajamiento progresivo de Jacobson: La relajación progresiva es un método de carácter fisiológico el cual está orientado hacia el reposo y favorece una relajación profunda sin apenas esfuerzo, permitiendo establecer un control voluntario de la tensión que llega más allá del logro de la relajación en un momento dado. (Balarezo L. , 2003)

Guía No.3 Relajamiento progresivo de Jacobson

Relajamiento progresivo de Jacobson

El lugar en donde se va a realizar la relajación debe reunir las condiciones de tranquilidad, temperatura y luminosidad. Se le pide al paciente que se siente en una silla cómoda, o lo puede hacer acostándose sobre una cama, sin cruzar las piernas.

Debe empezar realizando una respiración lenta y profunda, repitiéndolo una vez más. De forma alternada se tensa y se relaja grupos específicos de músculos, después de tensionar un musculo este se sentirá más relajado.

Será fácil para la persona que realice la relajación reconocer la tensión de un musculo específico, contrarrestándolo con la relajación, logrando reducir de esta manera la tensión de los músculos.

Grupos específicos de músculos pueden ser: bíceps izquierdo, tríceps izquierdo, flexores de la mano izquierda, extensores de la mano derecha, flexores del pie izquierdo, etc. Y así continuar una secuencia de grupo de músculos a tensionar.

Es necesario que la persona siga las instrucciones de la persona que se encuentra a cargo del ejercicio.

Nota: Fuente: (Balarezo L. , 2003)

Elaboración: María José Rojas

- Entrenamiento en resolución de problemas D’Zurilla y Goldfried (1971), es un proceso cognitivo conductual que ayuda a la persona a hacer disponibles una variedad de alternativas de respuesta para enfrentarse a situaciones problemáticas; y a la vez aumenta la probabilidad de seleccionar las respuestas más eficaces entre las alternativas disponibles. (Feixas, 2010)

Guía No.4 Entrenamiento en solución de problemas

Entrenamiento en solución de problemas

- 1.- Orientación y sensibilización hacia los problemas: Se focaliza la atención del sujeto hacia las situaciones problemáticas, incrementando la sensibilidad hacia las mismas.
- 2.- Definición y formulación del problema: Definir el problema de manera que esto ayude a la generación de soluciones significativas.
- 3.- Generación de alternativas: El propósito es que el sujeto encuentre una gama de respuestas para su problema, utilizando como alternativa la “tormenta de soluciones”.
- 4.- Ejecución de la solución: El objetivo de este paso es poner en práctica la alternativa de solución que se ha escogido. y evaluar la efectividad de la misma.
- 5.- Verificación: Consiste en que el sujeto debe comparar el resultado de su solución con lo que esperaba realmente; con el objetivo de continuar con la aplicación de la alternativa, o bien, escoger otra alternativa.

Nota. Fuente: (Feixas, 2010)
Elaboración: María José Rojas

5.3.4.2. Fase de Ejecución

La ejecución del taller Psicoeducativo se va a realizar en base al cronograma de actividades planificado, detallado a continuación.

Cronograma de Actividades

TIEMPO	TEMA A TRATAR	MÉTODO	MATERIALES	RESPONSABLE
7:00 a 8:00 am	-Inicio del taller, -Bienvenida, -Presentación de la responsable del taller y de los participantes, -Explicación de los métodos y objetivos que se desea alcanzar, -Establecimiento de normas.	-Explicativo, -Participativo.	-Proyector.	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C
8:00 a 9:30 am	-Psicoeducación sobre: Síndrome de Burnout, fases, síntomas, precaución.	-Expositivo, -Explicativo, -Participativo.	-Proyector, -Pizarrón, -Marcador.	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C
9:30 a 10:30 am	-Fase didáctica: Aclarar dudas, (lluvia de ideas).	-Participativo.	-Pizarrón, -Marcador,	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C
10:30 a 12:00 am	Relajamiento progresivo de Jacobson.	-Explicativo.	-Radio, -Sillas.	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C
12:00 a 1:00 pm	ALMUERZO			

1:00 a 1:30 pm	Retroalimentación.	-Participativa.	-Pizarrón, -Marcador.	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C
1:30 a 2:30 pm	Técnica de entrenamiento de resolución de problemas (D'Zurilla y Goldfried). Explicación y ejecución.	-Explicativa, -Participativa.	-Proyector, -Esferos, -Hojas en blanco.	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C
2:30 a 3:30 pm	-Evaluación del aprendizaje alcanzado por los participantes, mediante feedback.	-Participativa.	-Pizarrón, -Marcador.	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C
3:30 a 4:00 pm	-Clausura del taller, -Entrega de material de apoyo.	-Participativa.	-Material de apoyo.	-Investigadora: Ps. María José Rojas. C -Colaborador.

5.3.4.3. Fase de Evaluación

La forma de evaluación que vamos a utilizar en este taller va a ser mediante un feedback, el cual hace referencia a la respuesta que dan los seres humanos de la comunicación que les fue impartida, alentando a los participantes del taller a devolver a la persona que comunicó durante el mismo, acerca de lo aprendido y de qué manera esto ha impactado o ha producido efecto en

su problemática y en su vida en general, siendo importante reconocer los cambios evidenciados por los participantes.

5.4 Metodología del taller: grupo focal

Partiendo de la planificación previa del Taller Psicoeducativo para el Síndrome de Burnout desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, tomando en consideración la etapa previa de evaluación la cual fue dirigida a 113 funcionarios de una Institución Pública, los mismos que fueron evaluados con los instrumentos antes mencionados los que fueron de utilidad para poder seleccionar la población que participará en el taller, los que corresponden al total de pacientes diagnosticados con dos dimensiones quemadas y tres dimensiones quemadas, (agotamiento emocional, despersonalización, y realización personal), correspondientes al test de Maslach Burnout Inventory MBI, test utilizado para diagnosticar Síndrome de Burnout en el presente trabajo investigativo, se determinó la población que participará en este taller, los que corresponden al: 21,2% de personas con tres dimensiones quemadas, es decir con un número de 24 personas, y un 15,9% personas con dos dimensiones quemadas, es decir con un número de 18 personas, lo que corresponde al 37,1% equivalente a un total de 42 personas que se consideran en riesgo con respecto al Síndrome de Burnout en su ambiente de trabajo, quienes serán considerados como el número total de personas que formarán parte del grupo focal que participará del taller.

Las actividades que se llevaran a cabo en el taller estarán dirigidas conforme al previo cronograma de actividades con anterioridad presentado, para que de esa forma se pueda conseguir un orden de actividades realizadas en el taller.

5.5 Informe final: resultados del taller Psicoeducativo

El taller fue planificado para desarrollarse con un grupo focal, el cual correspondía al 37,1% de la población, equivalente a 42 personas, quienes fueron consideradas en riesgo en lo que corresponde al Síndrome de Burnout dentro de su ambiente de trabajo. El taller se llevó a cabo

en las instalaciones de la Institución Pública que fue evaluada, de quienes sus responsables se encontraron conformes y a gusto con la realización del mismo.

Lamentablemente, según lo que los responsables de dicha Institución nos mencionaron fue que las personas que estuvieron designadas con anterioridad a cumplir con las asistencia al taller, no lo hicieron en su totalidad debido a que, por sus horarios de trabajo, por la frecuencia de los turnos que deben cumplir, existen personas que se encuentran desinteresadas en la participación de cualquier actividad extra de las horas de trabajo que son obligados a cumplir, debido a temas relacionados con: cansancio, pasar tiempo con la familia, expresan que sus autoridades son abusivos, e incluso se oponen debido a que no son horas pagadas. Situación que nos llevó a tener un número total de 22 personas correspondientes al 52,3%, quienes formaron parte del grupo focal que participó en el taller Psicoeducativo para el Síndrome de Burnout desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad; sin embargo a pesar de no haberse presentado todas las personas que se encontraban designadas, el número de participantes fue adecuado para la ejecución correcta del Taller.

La secuencia con la que fue dirigido el taller correspondió al cronograma de actividades que fue presentado con anterioridad, el cual fue acogido de manera correcta por las personas que participaron en el mismo, quienes colaboraron de la manera que se esperaba, es decir se mostraron con gran interés y con actitud participativa lo cual facilitó el proceso del mismo.

Cabe informar que las personas incluidas en el taller, mostraron su preocupación sobre el desconocimiento que la gran mayoría de personas tienen acerca de que los síntomas que han presentado correspondientes al área laboral puedan llegar a formar parte de una patología grave correspondiente al Síndrome de Burnout, lo que les llevo a tomar conciencia con respecto a los aspectos a considerar para poder frenar los síntomas que han venido presentando, lo cual lo podrán lograr aplicando de manera rutinaria las técnicas que fueron desarrolladas en la jornada, teniendo como conclusión la manera positiva en la que influyó en taller en estas personas, que fue de gran ayuda para tomar conciencia de sus síntomas para así lograr un control oportuno de los síntomas o dificultades, mediante la aplicación de las técnicas aprendidas en su participación en el taller Psicoeducativo.

5.6. Conclusiones

Mediante la ejecución del taller Psicoeducativo que se llevó a cabo con el grupo focal que se determinó para trabajar en el mismo, se ha podido determinar que ha sido de gran aporte y beneficio para las personas participantes, debido a que por medio de las técnicas aplicadas, los participantes han podido lograr formas de aprendizaje, así como también de la importancia de poner en práctica lo aprendido en el taller y de esa manera poder asumir un rol activo en el proceso de cambio o de afrontamiento de la situación.

Por medio de la revelación de emociones, pensamientos y experiencias de la situación por la cual se encuentran atravesando, han podido concientizar una asimilación correcta, reorganizar y estructurar su presente de una manera más adaptativa y saludable, para así lograr un estilo de vida más llevadero tanto en su vida personal como laboral.

Conclusiones Generales

El presente estudio constituye un esfuerzo por cristalizar la realidad local sobre el estrés laboral y el síndrome de Burnout, en su asociación con el tipo de personalidad, por lo que como conclusiones de la presente investigación tenemos:

- En la caracterización de la población estudiada, se evidencia la edad media de los participantes en 32 ± 7 años, representado por el 72.6% (n=82), por el género masculino y el 27.4% (n=31) por el género femenino.
- Conforme al estado civil el 50.4% (n=57) es casado y el 31.8% (n=43) es soltero.
- En cuanto al nivel de instrucción el 53.1% (N=60) tiene nivel superior de estudios y el 46.9% (n=53) instrucción secundaria.
- En cuanto al tiempo de permanencia en la institución (tiempo que labora) se tiene que en promedio es 2.3 ± 0.7 años.
- La prevalencia de Síndrome de Burnout en la población estudiada es del 37.2% (n=42).

- Conforme al número de dimensiones quemadas (según las tres dimensiones del Cuestionario de Cristina Maslach, para el síndrome de Burnout), se tiene que el 21.2% (n=24) tiene las 3 dimensiones quemadas.
- El tipo de personalidad más frecuente es el compulsivo con el 31.9% (n=36), seguido del agresivo con el 19.5% (n=22).
- Con referencia a los síndromes clínicos, el somatomorfo representa el 30.1% (n=34) de la población estudiada.
- De las 24 personas que presentan 3 dimensiones quemadas, 7 presentan un tipo compulsivo (29.2%), 4 trastorno agresivo 16.6%, y el 25% (n=6) dependiente.
- Al realizar Chi Cuadrado, se observó una $p=0.780$, para validación de asociación entre síndrome de Burnout y tipo de la personalidad, lo que determina que no es estadísticamente significativo.
- El presente estudio tiene un universo no significativo, debido al número de participantes incluido (n=113), por lo cual los datos deben ser interpretados conforme a esa observación.
- Los beneficios de la realización del presente trabajo desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad indica que a través de los puntos principales del mismo: evaluación, planificación e intervención se logró trabajar en base a un programa psicoeducativo, para así promover cambios comportamentales, identificación de conflictos, expresión de emociones y pensamientos que generaban malestar, priorizando la relación terapéutica y apoyándonos en la parte técnica que rige al Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.
- Es importante tener en cuenta los beneficios que pueden llegar a tener las personas que se encuentran en riesgo del Síndrome de Burnout y que tienen la oportunidad de participar de talleres Psicoeducativo, los mismos que son de gran ayuda para el control oportuno de sus síntomas.

Recomendaciones

Frente a los resultados obtenidos de la presente investigación me permito realizar las siguientes recomendaciones.

- Informar a las autoridades de salud y de la institución en la que se realizó el estudio acerca de los resultados obtenidos del mismo.
- Fomentar el tamizaje y la evaluación individual e integral psicoterapéutica de los funcionarios de la institución intervenida a fin de mejorar su desempeño laboral frente al usuario.
- Intervenir psicológicamente en los funcionarios en los que se detectaron trastornos de la personalidad y tres dimensiones quemadas, a fin de mejorar su estado de salud mental, previniendo así complicaciones futuras derivadas del mismo.
- Remitir a los funcionarios en riesgo a tratamiento psicológico para su oportuno tratamiento.

Bibliografía

- Álvarez González, M. A. (1998). *“Stress, un enfoque integral”*. . La Habana: Editorial Científico-Técnica.
- Balarezo, L. (2003). *Psicoterapia*. Quito: Centro de publicaciones PUCE.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: Unigraf.
- Belloch, A; Sandin, B; Ramos, F. (2000). *Manual de Psicopatología*. Madrid España: Editorial Lavel S.A. Industria Grafica.
- C., M. (2001). Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 397-422.
- Correa, M. V. (2006). Revista Colombiana de Psiquiatría. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 16.
- Feixas, G. &. (2010). *Aproximaciones a la Psicoterapia Una introduccion a los tratamientos psicologicos*. Madrid-Espana: Paidos.
- Fernandez - Alvarez, H. (2011). *Paisajes de la Psicoterapia. Modelos, aplicaciones y procedimientos*. . Buenos Aires: Editorial Polemos.
- Freudenberger, H. (1974). Staff burn out. *Journal of social Issues*, 159-165.
- Guevara, C., Henao, D., & Herrera, J. (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. . *Colombia Médica.*, 173-178.
- Guevara, CA; Henao, DP; Herrera, JA . (2004). Síndrome de desgaste profesional en médicos internos y residentes. . *Revista Colombia Médica.*, 173-178.
- Lazarus, R., Valdés, M., & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. España: Ediciones Martinez Roca.
- Maslach. (2001). Job Burnout. *Annu Rev Psychol*, 397-422.
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1986). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto California: Consulting Psychological Press.
- Méndez Venegas, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de “burnout”. *Acta Pediatrica de México*, 299-302.

- Millon, T. (1999). *MCCI III, Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III. Manual.* . Madrid : TEA .
- Mingote, J. C. (1998). Síndrome burnout o síndrome de desgaste profesional. *Formación Médica Continua, Madrid, España*, 493-508.
- Moreno Jiménez, B; Arcenillas, M V; Morante, ME; & Garrosa, E . (2005). El desgaste profesional en profesores de educación primaria, personalidad y sintomatología asociada. . *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 71-88.
- Opazo, R. (2001). *Psicoterapia Integrativa, delimitación clínica.* Santiago de Chile: Ediciones ICPSI.
- Ortega, C., & López, F. (2004). El Burnout o Síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios. Revisión y Perspectivas. *International Journal of Clinical and Health Psychology. Volumen 4. Número 1. Enero. España.*, 137-160, Asociación Española de Psicología Conductual.
- Palmer, Y; Gomez-Vera, A; Cabrera Pivaral, C; Prince Velez, R; Searcy, R. (2005). Síndrome de Burnout. *Salud Mental*, 82-89.
- Pando, M., & Bermudes, D. &. (2000). El síndrome del quemado en los trabajadores de la salud. *Salud y Trabajo*, 12-17.
- Rubio, J. (2002). *Gestión de la prevención de riesgos laborales.* Madrid: Diaz de Santos.
- Soriano, J. (2005). *Los procesos de la relacion de ayuda* . Espana: Desclee De Brouwer.
- Ver M, G.-H. (2001). *Introduction: Cultures of Neurasthenia from Beard to the First World War.* New York : The Welcome Series in the History of Medicine. Editorial Rodopi. pp. 1-30.
- Ver S, E. H. (1989). Conservation of Resources. A New Attempt at Conceptualizing Stress. *American Psychologist Journal, Washington* (44) pp. 513-524.

Bibliografía electrónica

- Aranda, C., & Pando, M. (2010). Edad, síndrome de agotamiento profesional (burnout), apoyo social y autoestima en agentes de tránsito, México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80619187>. Consultado el 20 de julio del 2015.
- Berrío, N., & Mazo, R. (2001). *PEPSIC Periódicos electrónicos en Psicología*. Obtenido de Revista de Psicología Universidad de Antioquia. Estrés Académico: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2145-48922011000200006&script=sci_arttext
- Blanco, C., & Moreno, P. (2006). Revisión del concepto de personalidad y del modelo de personalidad (P) de Millon. *Psiquiatria*, Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/revistas/index.php/psiquiatriacom/article/viewFile/258/243/>. consultado el 4 de agosto del 2015.
- Bucci, Nunziatina; Luna, Marisabel. (2012). CONTRASTACIÓN ENTRE LOS MODELOS DE ESTUDIO DEL ESTRÉS COMO SOPORTE PARA LA EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO. *DIALNET. Revista Digital de Investigación y Postgrado.*, <http://redip.bqto.unexpo.edu.ve>.
- Burga, A. (26 de Junio de 2009). *Portal de Revistas de la Universidad de Lima*. Obtenido de ULIMA: <http://revistas.ulima.edu.pe/index.php/Persona/article/view/275>
- Caballero, M; Bermejo, F; Nieto, R; Caballero, F. (2001). Prevalencia y factores asociados al Burnout en un área de salud. *Revista de Atención Primaria en Salud Asturias*, Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-prevalencia-factores-asociados-al-burnout-11000089>. Consultado el 23 de marzo del 2015.
- Cano Vindel, A. (2002). *Consecuencias del Estrés Laboral*. Obtenido de Sociedad Española para el estudio de la Ansiedad y el estrés: www.ucm.es/info/seas/estres_lab/index.htm
- Cano, A., & Sirgo, A. (08 de Abril de 2015). *Ansiedad y Estrés* . Obtenido de http://www.researchgate.net/profile/Bonifacio_Sandin/publication/260124107_Estrs_psicosocial_y_lcera_ptica_duodenal_una_perspectiva_Bio-psico-social/links/0c96052679036a09900000000.pdf

- Cardenal, V., Ortiz, M., & Sanchez, M. (2007). Trastorno de la Personalidad según el modelo de Millon: una propuesta integradora. *SCielo*, Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v18n3/v18n3a04.pdf>. Consultado el 3 de agosto del 2015.
- Carlin, M., & Garces de los Fayos, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología. Universidad de Leon y Universidad de Murcia.* , 1969-1980. Disponible en: http://www.um.es/analesps/v26/v26_1/20-26_1.pdf.
- Castagna, A., Bruschi, C., Sanchez, & Maximiliano. (18 de Octubre de 2014). *Burn Out Syndrome*. Obtenido de <http://qmlar.sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml>
- Consentino, A., & Castro, A. (2008). Adaptación y validación argentina de la Marlowe-Crowne Social Desirability Scale*. *Scielo, Interdisciplinaria*, Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272008000200003&lng=es&nrm=iso. Consultado en 11 mayo 2015.
- De Miguel, A. (2000). Obtenido de Estructura de la personalidad y trastornos de la personalidad: correlatos de personalidad de los trastornos de personalidad definidos por clasificaciones de consenso: Disponible en: <http://psicologia.ull.es/admiguel/tptexto.pdf>. Consultado el 1 de agosto del 2015.
- Esquivel Morocho, A. (Septiembre de 2013). Prevalencia del síndrome de Burnout en el personal sanitario del hospital Universitario y Politécnico La Fe Valencia-España. Valencia, España : Disponible en: http://dspace.ceu.es/bitstream/10637/5778/1/TFM_Esquivel%20Morocho,%20Alejandro_Prevalencia%20del%20S%C3%ADndrome%20de%20Burnout%20en%20personal%20sanitario%20del%20Hospital%20Universitario%20y%20Polit%C3%A9cnico%2027La%20Fe%27.pdf .
- Fidalgo, M. (2000). Síndrome de estar quemado por el trabajo o "burnout" (I): definición y proceso de generación. *Ministerio del trabajo y asuntos sociales España. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el trabajo*, Disponible en: http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/701a750/ntp_704.pdf. Consultado el 18 de junio del 2015.

- Jones, J. W.-H. (1980). *The Staff Burnout Scale For Health Professionals (SBS-HP)* by Jones. Park Ridge, Illinois: London House. Disponible en: <http://www.psicologia-online.com/ebooks/riesgos/anexo16.shtml>. Consultado el 18 marzo del 2015.
- Méndez Venegas, J. (2004). Estrés laboral o síndrome de “burnout”. *Acta Pediátrica de México*, 299-302.
- Molina, J. M., & Avalos, F. (2007). Satisfacción laboral y desgaste profesional del personal de enfermería. *Revista Tesela*, <http://www.index-f.com/tesela/ts1/ts6327.php>. Consultado el 06 de junio del 2015.
- Ocio, S. (15 de Diciembre de 2011). *CIENCIASPSICOSOC*. Recuperado el 29 de Agosto de 2015, de <http://www.unioviedo.es/psiquiatria/docencia/materia/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/15PC-PSICOEDUCACION.pdf>
- Olivar, C., González, S., & Martínez, M. (1999). Factores relacionados con la satisfacción laboral y el desgaste profesional en los médicos de atención primaria de Asturias. *Revista de Atención Primaria Asturias*, Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1131-57682002001000002&script=sci_arttext.
- Olivares, V. E., Mena-Miranda, L., Jélvez, C., & Macía, F. (2014). Validez factorial del Maslach Burnout Inventory Human Services (MBI-HSS) en profesionales chilenos. *Redalyc. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal*, Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730432013#>.
- Ortega, M., Ortíz, G., & Coronel, P. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Revista Universidad Veracruzana*, Consultado el 8 de junio del 2015. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicosalud/article/view/730>.
- Perez, David; García, Jéssica; García, Tomás. (2014). Conocimientos sobre estrés, salud y creencias de control para la Atención Primaria de Salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi09314.htm.

- Quinceno, M., & Vinaccia, S. 2. (9 de Junio de 2015). *Revista Virtual Scielo. Acta Colombiana de Psicología*, 10(2), 117-125. Obtenido de Burnout: "Síndrome de Quemarse en el Trabajo": http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S012
- Sanchez, H. (Diciembre de 2012). *Repositorio digital de Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*. Obtenido de <http://repository.uaeh.edu.mx/bitstream/bitstream/handle/123456789/14940/sindrome%20de%20burnout.pdf?sequence=2>
- Sandin, B., & Chorot, P. (2003). Cuestionario de afrontamiento del estrés (CAE) : desarrollo y validación preliminar. *Revista UNED*, Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/3941>, consultado el 08 de abril del 2015.
- Sebastian, O., & Del Hoyo, M. A. (2002). *La Carga Mental del Trabajo. Documentos Divulgativos*. Obtenido de Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene del Trabajo.: <http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FICHAS%20DE%20PUBLICACIONES/FONDO%20HISTORICO/DOCUMENTOS%20DIVULGATIVOS/DocDivulgativos/Psicopsicologia/La%20carga%20de%20trabajo%20mental/carga%20mental.pdf>
- Sergio, O. (Diciembre de 2011). *CIENCIAS PSICOSOC*. Recuperado el 29 de Agosto de 2015, de <http://www.unioviado.es/psiquiatria/docencia/materia/CIENCIASPSICOSOC/2011-12/12PC-PSICOEDUCACION.pdf>
- Soriano, J. (2005). *Los procesos de la relacion de ayuda* . Espana: Desclee De Brouwer.
- Vinnaccia, E., & Sergio, T. (2001). *Revista Latinoamericana de Psicología*. Obtenido de Readlyc. Estrés psicosocial y úlcera péptica duodenal. Una perspectiva biopsicosocial: http://www.researchgate.net/profile/Bonifacio_Sandin/publication/260124107_Estrs_psicosocial_y_lcera_ptica_duodenal_una_perspectiva_Bio-psico-social/links/0c96052679036a09900000000.pdf
- Zuger, A. (2004). Dissatisfaction with medical practice. *New England Journal of Medicine*., Disponible en: <http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMSr031703>. Consultado el 28 de mayo del 2015.

Anexos

Anexo 1. Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Test De Estrés Laboral De Cristina Maslach

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

- 1= NUNCA
 2= RARAMENTE.
 3= ALGUNAS VECES.
 4= MUCHAS VECES.
 5= SIEMPRE.

	BAJO.	MEDIO.	ALTO.
Agotamiento emocional.	Inferior a 16.	17-27	Superior a 28.
Despersonalización.	Inferior a 5.	6-10	Superior a 11.
Logros personales.	Inferior a 40.	34-39	Inferior a 3.

Interpretación.

Puntuaciones elevadas en Agotamiento Emocional y Despersonalización, y bajas en Logros Personales, son indicativas de estrés Alto.

Puntuaciones bajas de Agotamiento Emocional y Despersonalización y elevadas en Logros Personales son indicativas de estrés Bajo.

Agotamiento Emocional: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 1, 2, 3, 4, 6, 8, 13, 14, 16 y 20.

Despersonalización: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 5, 10, 11, 15 y 22.

Logros Personales: debe sumar los números con los que ha valorado las preguntas 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 y 21.

Anexo 2. Inventario Clínico Multiaxial de Millon

M	INVENTARIO CLINICO MULTIAxIAL DE MILLON (II)
	MCMI – II
	TH. MILLON

INSTRUCCIONES

Anote todas sus contestaciones en la Hoja de respuestas que se le ha facilitado. **NO ESCRIBA NADA EN ESTE CUADERNILLO.**

Para contestar en la Hoja de respuestas utilice un LAPIZ blando que escriba en color NEGRO y disponga de una goma de borrar para hacer las correcciones, cuando sea necesario.

Las páginas siguientes contienen una serie de frases usuales o expresiones que las personas suelen utilizar para describirse a sí mismas. Sirven para ayudarle a describir sus sentimientos y actitudes. **SEA LO MAS SINCERO POSIBLE.**

No se preocupe si algunas cuestiones o frases le parecen extrañas; están incluidas para describir los diferentes problemas que puede tener la gente.

A continuación tiene dos ejemplos para que vea la forma de contestar en la Hoja de respuestas. Si **ESTA DE ACUERDO** con una frase o piensa que describe su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** correspondiente a la letra "V" (Verdadero). Si por el contrario la frase no refleja ni caracteriza su forma de ser, **RELLENE COMPLETAMENTE EL ESPACIO** de letra "F" (Falso). Así:

1. "Soy un ser humano"
Como esta frase es verdadera para Ud. se ha rellenado
Completamente el espacio de la letra V (Verdadero)
2. "Mido más de tres metros"
esta frase es falsa para Ud. por lo que se ha rellenado
completamente el espacio de la letra F (Falso)

Hoja de Respuestas

	V	F
1.	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	V	F
2.	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Procure responder a todas las frases aunque no esté totalmente seguro. Es mejor contestar a todas pero si no es capaz de decidirse, debe rellenar el espacio de la letra F (Falso)

Si se equivoca o quiere cambiar alguna respuesta, borre primero la respuesta equivocada y luego rellene el otro espacio.

No hay límite de tiempo para contestar a todas las frases, pero lo mejor es hacerlo con rapidez.

NO ABRA ESTE CUADERNILLO HASTA QUE SE LO INDIQUEN

- | | |
|---|--|
| 1. Actúo siempre según mis propias ideas en vez de hacer lo que otros esperan que haga. | 16. La gente nunca ha apreciado suficientemente las cosas que he hecho. |
| 2. He encontrado siempre más cómodo hacer las cosas solo, tranquilamente, que hacerlas con otros. | 17. Tengo problemas con la bebida que he intentado solucionar sin éxito. |
| 3. Hablar con la gente ha sido casi siempre difícil y desagradable para mí. | 18. Últimamente siento un nudo en el estómago y me invade un sudor frío. |
| 4. Creo que tengo que ser enérgico y decidido en todo lo que hago. | 19. Siempre he querido permanecer en segundo plano en las actividades sociales. |
| 5. Desde hace algunas semanas me pongo a llorar incluso cuando la menor cosa me sale mal. | 20. A menudo hago cosas sin ninguna razón, sólo porque pueden ser divertidas. |
| 6. Algunas personas piensan que soy vanidoso y egocéntrico. | 21. Me molesta mucho la gente que no es capaz de hacer las cosas bien. |
| 7. Cuando era adolescente tuve muchos problemas por mi mal comportamiento en el colegio. | 22. Si mi familia me obliga o presiona, es probable que me enfade y me resista a hacer lo que ellos quieren. |
| 8. Tengo siempre la impresión de no ser aceptado en un grupo. | 23. Muchas veces pienso que me deberían castigar por las cosas que he hecho. |
| 9. Frecuentemente crítico a la gente que me molesta. | 24. La gente se ríe de mí a mis espaldas, hablando de lo que hago o parezco. |
| 10. Me encuentro a gusto siguiendo a los demás. | 25. Los demás parecen más seguros que yo sobre lo que son y lo que quieren. |
| 11. Me gusta hacer tantas cosas diferentes que no sé por donde empezar. | 26. Soy propenso a tener explosiones de llanto o cólera sin tener motivo. |
| 12. Algunas veces puedo ser bastante duro o mezquino con mi familia. | 27. Desde hace uno o dos años he comenzado a sentirme solo y vacío. |
| 13. Tengo poco interés en hacer amigos. | 28. Tengo habilidad para "dramatizar" las cosas. |
| 14. Me considero una persona muy sociable o extrovertida. | 29. Me resulta difícil mantener el equilibrio cuando camino. |
| 15. Sé que soy una persona superior a los demás y por eso no me preocupa lo que piensen. | 30. Disfruto en situaciones de intensa competitividad. |

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

- | | |
|---|--|
| <p>31. Cuando entro en crisis busco enseguida alguien que me ayude.</p> <p>32. Me protejo de los problemas no dejando que la gente sepa mucho sobre mí.</p> <p>33. Casi siempre me siento débil.</p> <p>34. Otras personas se enfadan mucho más que yo por las cosas molestas.</p> <p>35. A menudo, mi adicción a las drogas me ha causado en el pasado bastantes problemas.</p> <p>36. Últimamente me encuentro llorando sin ningún motivo.</p> <p>37. Creo que soy una persona especial, que necesita que los demás me presten una atención especial.</p> <p>38. Nunca me dejo engañar por gente que dice necesitar ayuda.</p> <p>39. Una buena forma de conseguir un mundo en paz es fomentar los valores morales de la gente.</p> <p>40. En el pasado he mantenido relaciones sexuales con muchas personas que no significaban nada especial para mí.</p> <p>41. Me resulta difícil simpatizar con la gente que se siente siempre insegura con todo.</p> <p>42. Soy una persona muy agradable y dócil.</p> <p>43. La principal causa de mis problemas ha sido mi mal carácter.</p> <p>44. No tengo inconvenientes en forzar a los demás a hacer lo que yo quiero.</p> <p>45. En los últimos años, incluso las cosas sin importancia parecen deprimirme.</p> | <p>46. Mi deseo de hacer las cosas lo más perfectas posibles muchas veces enlentece mi trabajo.</p> <p>47. Soy tan callado y retraído que la mayoría de la gente no sabe ni que existo.</p> <p>48. Me gusta coquetear con las personas del otro sexo.</p> <p>49. Soy una persona tranquila y temerosa.</p> <p>50. Soy muy variable y cambio de opiniones y sentimientos continuamente.</p> <p>51. Me pongo muy nervioso cuando pienso en los acontecimientos del día.</p> <p>52. Beber alcohol nunca e ha causado verdaderos problemas en mi trabajo.</p> <p>53. Últimamente me siento sin fuerzas, incluso por la mañana.</p> <p>54. Hace algunos años que he comenzado a sentirme un fracasado.</p> <p>55. No soporto a las personas "sabihondas", que lo saben todo y piensan que pueden hacer cualquier cosa mejor que yo.</p> <p>56. Ha tenido siempre miedo a perder el afecto de las personas que más necesito.</p> <p>57. Parece que me aparto de mis objetivos, dejando que otros me adelanten.</p> <p>58. Últimamente he comenzado a sentir deseos de tirar y romper cosas.</p> <p>59. Recientemente he pensado muy en serio en quitarme de en medio.</p> <p>60. Siempre estoy buscando hacer nuevos amigos y conocer gente nueva.</p> |
|---|--|

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

61. Controlo muy bien mi dinero para estar preparado en caso de necesidad.
62. El año pasado aparecí en la portada de varias revistas.
63. Le gusto a muy poca gente,
64. Si alguien me criticase por cometer un error rápidamente le reprocharía sus propios errores.
65. Algunas personas dicen que disfruto sufriendo.
66. Muchas veces expreso mi rabia y mal humor y luego me siento terriblemente culpable por ello.
67. Últimamente me siento nervioso y bajo una terrible tensión sin saber por qué.
68. Muy a menudo pierdo mi capacidad para percibir sensaciones en partes de mi cuerpo.
69. Creo que hay personas que utilizan la telepatía para influir en mi vida.
70. Tomar las llamadas drogas "ilegales" puede ser indeseable o nocivo, pero reconozco que en el pasado las he tomado.
71. Me siento continuamente muy cansado.
72. No puedo dormirme y me levanto tan cansado como al acostarme.
73. He hecho impulsivamente muchas cosas estúpidas que han llegado a causarme grandes problemas.
74. Nunca perdono un insulto ni olvido una situación molesta que alguien me haya provocado.

75. Debemos respetar a nuestros mayores y no creer que sabemos más que ellos.
76. Me siento muy triste y deprimido la mayor parte del tiempo.
77. Soy la típica persona de la que los otros se aprovechan.
78. Siempre hago lo posible por complacer a los demás, incluso si ellos no me gustan.
79. Durante muchos años he pensado seriamente en suicidarme.
80. Me doy cuenta en seguida cuando la gente intenta crearme problemas.
81. Siempre he tenido menos interés en el sexo que la mayoría de la gente.
82. No comprendo por qué, pero parece que disfruto haciendo sufrir a los que quiero.
83. Hace mucho tiempo decidí que lo mejor es tener poco que ver con la gente.
84. Estoy dispuesto a luchar hasta el final antes de que nadie obstruya mis intereses y objetivos.
85. Desde niño siempre he tenido que tener cuidado con la gente que intentaba engañarme.
86. Cuando las cosas son aburridas me gusta provocar algo interesante.
87. Tengo un problema con el alcohol que nos ha creado dificultades a mí y a mi familia.
88. Si alguien necesitaba hacer algo que requiera mucha paciencia, debería contar conmigo.
89. Probablemente tengo las ideas más creativas de entre la gente que conozco.

- | | |
|---|--|
| <p>90. No he visto ningún coche en los últimos diez años.</p> <p>91. No veo nada incorrecto en utilizar la gente para conseguir lo que quiero.</p> <p>92. El que me castiguen nunca me ha frenado de hacer lo que he querido.</p> <p>93. Muchas veces me siento muy alegre y animado, sin ningún motivo.</p> <p>94. Siendo adolescente, me fugué de casa por lo menos una vez.</p> <p>95. Muy a menudo digo cosas sin pensarlas y luego me arrepiento de haberlas dicho.</p> <p>96. En las últimas semanas me he sentido exhausto, agotado, sin un motivo especial.</p> <p>97. Últimamente me he sentido muy culpable porque ya no soy capaz de hacer nada bien.</p> <p>98. Algunas ideas me dan vueltas en la cabeza una y otra vez, y no consigo olvidarlas.</p> <p>99. En los últimos dos años me he vuelto muy desanimado y triste sobre la vida.</p> <p>100. Mucha gente ha estado espiando mi vida privada durante años.</p> <p>101. No sé por qué, pero a veces digo cosas crueles para hacer sufrir a los demás.</p> <p>102. Odio o tengo miedo de la mayor parte de la gente.</p> <p>103. Expreso mi opinión sobre las cosas sin que me importe lo que otros puedan pensar.</p> <p>104. Cuando alguien con autoridad insiste en que haga algo, es probable que lo eluda o bien que lo haga intencionalmente mal.</p> | <p>105. En el pasado el hábito de abusar de las drogas me ha hecho no acudir al trabajo.</p> <p>106. Estoy siempre dispuesto a ceder ante los otros para evitar disputas.</p> <p>107. Con frecuencia estoy irritable y del mal humor.</p> <p>108. Últimamente ya no tengo fuerzas para luchar ni para defenderme.</p> <p>109. Últimamente tengo que pensar las cosas una y otra vez sin ningún motivo.</p> <p>110. Muchas veces pienso que no merezco las cosas buenas que me suceden.</p> <p>111. Utilizo mi atractivo para conseguir la atención de los demás.</p> <p>112. Cuando estoy solo, a menudo noto la fuerte presencia de alguien cercano que no puede ser visto.</p> <p>113. Me siento desorientado, sin objetivos, y no sé hacia dónde voy en la vida.</p> <p>114. Últimamente he sudado mucho y me he sentido muy tenso.</p> <p>115. A veces siento como si necesitase hacer algo para hacerme daño a mí mismo o a otros.</p> <p>116. La ley me ha castigado injustamente por delitos que nunca he cometido.</p> <p>117. Me he vuelto muy sobresaltado y nervioso en las últimas semanas.</p> <p>118. Sigo teniendo extraños pensamientos de los que desearía poder liberarme.</p> <p>119. Tengo muchas dificultades para controlar el impulso de beber en exceso.</p> |
|---|--|

NO SE DETENGA, CONTINUE EN LA PAGINA SIGUIENTE

150. No tengo casi ningún lazo íntimo con los demás.
151. En el pasado la gente decía que yo estaba muy interesado y que me apasionaba por demasiadas cosas.
152. En el último año he cruzado el Atlántico más de treinta veces.
153. Estoy de acuerdo con el refrán: "al que madruga Dios le ayuda".
154. Me merezco el sufrimiento que he padecido a lo largo de mi vida.
155. Mis sentimientos hacia las personas importantes en mi vida, muchas veces han oscilado entre amarlas y odiarlas.
156. Mis padres nunca se ponían de acuerdo entre ellos.
157. En alguna ocasión he bebido diez copas o más sin llegar emborracharme.
158. Cuando estoy en una reunión social, en grupo, casi siempre me siento tenso y controlado.
159. Tengo en alta estima las normas y reglas porque son una buena guía a seguir.
160. Desde que era niño he ido perdiendo contacto con la realidad.
161. Rara vez me emociono mucho con algo.
162. Habitualmente he sido un andariego, inquieto, vagando de un sitio a otro sin tener idea de dónde terminaría.
163. No soporto a las personas que llegan tarde a las citas.

164. Gente sin escrúpulos intenta con frecuencia aprovecharse de lo que yo he realizado o ideado.
165. Me irita mucho que alguien me pida que haga las cosas a su modo en vez de al mío.
166. Tengo habilidad para tener éxito en casi todo lo que hago.
167. Últimamente me siento completamente destrozado.
168. A la gente que quiero, parece que la animo a que me hiera.
169. Nunca he tenido pelo, ni en mi cabeza ni en mi cuerpo.
170. Cuando estoy con otras personas me gusta ser el centro de atención.
171. Personas que en un principio he admirado grandemente, más tarde me han defraudado al conocer la realidad.
172. Soy el tipo de persona que puede abordar a cualquiera y echarle una bronca.
173. Prefiero estar con gente que me protegerá.
174. He tenido muchos periodos en mi vida que he estado tan animado y he derrochado tanta energía que luego me he sentido muy bajo de ánimo.
175. En el pasado he tenido dificultades para abandonar el abuso de drogas y de alcohol.

FIN DE LA PRUEBA.

COMPRUEBE, POR FAVOR,
QUE NO HA DEJADO
NINGUNA FRASE SIN CONTESTAR.

Anexo. 3 Diseño de tesis**UNIVERSIDAD DEL AZUAY****DEPARTAMENTO DE POSGRADOS****MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA****IV COHORTE****TEMA:**

Análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca.

PROTOCOLO DE TESIS, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE MAGÍSTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

AUTORA: Ps. Clínica. María José Rojas Cordero.**DIRECTOR DE TESIS:** MGC. Mario Moyano Moyano.

Cuenca Ecuador

2015

Análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca.

RESUMEN

El síndrome de Burnout o del trabajador quemado, constituye un problema de salud, cuya frecuencia va en aumento, y frente al cual, no existe literatura que nos aproxime a esta realidad en nuestro medio local, y que revierte directamente en su desempeño diario, no solamente en el trabajo, sino también tiene repercusiones en la familia y la sociedad. (Cano Vindel, 2014)

El objetivo general hacia el cual se encuentra enfocado el presente proyecto de investigación, es determinar el análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad en pacientes atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca.

El presente estudio se realizará en el universo de pacientes atendidos dentro del proyecto médico preventivo, del CAA 302, lo cual concluirá información vital para conocer la realidad de los niveles de estrés dentro del campo laboral.

Se procederá a realizar la aplicación de los test seleccionados, Inventario Clínico Multiaxial de Millon III y Test de Maslach.

Se analizarán los datos y resultados obtenidos, a fin de conocer la correlación entre el Síndrome de Burnout y Tipo de Personalidad y se ejecutara una propuesta Psicoeducativa desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad a un grupo piloto.

De igual manera, se trabajara con grupos focales que servirá de gran aporte para evaluar la eficacia de la psi coeducación aplicada.

PROBLEMÁTICA

A lo largo del tiempo de trabajo en la Institución actual he ido observando la manera en la cual las personas con las que he ido teniendo experiencia se encuentran sumamente agotadas por el tipo de trabajo y la carga laboral a la cual se enfrentan día a día, lo cual les ha llevado a tener problemas en su funcionalidad laboral así como también síntomas emocionales que de una u otra manera han afectado tanto su entorno personal como familiar y laboral, es por aquella razón que me veo interesada en el estudio de esta problemática que hoy en día recibe el nombre de “Síndrome de Burnout” y más aún al grupo de personas específicas con las cuales se va a trabajar, de quienes se conoce de antemano la manera en la cual les está afectando esta realidad. A lo que de gran importancia se suma el tipo de Personalidad de las personas que puede incluir

un peso importante tanto en el diagnóstico del mismo como en la forma en la cual se podría trabajar con estas personas para mejorar la situación en la cual se encuentran involucradas.

Oscar Oro, en su libro “persona y personalidad” (2005) expone claramente la dificultad de definir el concepto de personalidad cuando no se la delimita a la individualidad, persona y personaje, carácter y temperamento. A lo que Allport (1986) indica que la personalidad es una organización dinámica de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente. En cambio Millon (1990) indica una perspectiva dinámica e integrativa, ya que expone la personalidad como la estructura tanto subjetiva como biológica, en la que sus componentes interaccionan, constituyendo una forma de adaptación, sumado a principios de básicos de evolución de su modelo concluyendo que “la personalidad es el estilo más o menos distintivo de funcionamiento adaptativo para interacción con el entorno”. A lo que consideramos indispensable, el estudio de la personalidad y el Sd. de burnout, para identificar en nuestro medio las personas que son más susceptibles a desarrollar este síndrome, ya que con el advenimiento de la era industrial y la era de servicios, el punto central del trabajo fue la creación de riqueza, descuidando el bienestar del hombre. (Ochoa, Díaz, & Pignataro, 2014)

Situación de patología que a la vez genera, entre otras cosas, agresividad, maltrato, baja autoestima, despersonalización, mobing, subrealización personal. Problemas que afectan evidentemente la esfera bio-psico-social del ser humano. Lo que coincide con Millon (2009) quien indica que la diferencia de un paciente con una personalidad funcional, de otro con un trastorno de la personalidad radica en la flexibilidad para la adaptación al entorno, frente a las personalidades patológicas que mantienen conductas rígidas que dificultan la adaptación.

Coincidiendo con Peter Senge y otros autores, Alberto Levy señala que en la Era del Conocimiento, la mentalidad de la gente es el motor de cualquier empresa. "Para ello el líder crea un clima de crecimiento personal, de estímulo intelectual, y actúa como consejero, como entrenador, como Adalid de los empleados. El verdadero liderazgo ya no consiste en dar órdenes, sino en ayudar a las personas a crecer, es proponer valores, puesto que las personas además de dinero aspiran a un crecimiento personal, aprecio y sentido de pertenencia". (Castagna, Ariana; Bruschi, Cecilia; Sanchez; Maximiliano, 2014).

Problema de salud, que crece con características de epidemia y cronicidad, y que es indiscutiblemente necesario de intervención a fin de mejorar su desarrollo funcional y la adaptación a su ambiente laboral, al igual que el manejo adecuado del estrés conforme a su personalidad, ya que se puede hablar de trastorno, cuando un ser humano se muestra

constantemente incapaz de variar su patrón común de respuesta a pesar de las manifestaciones disfuncionales obtenidas.

INTRODUCCIÓN

Conforme determina la OMS (2002), se considera la salud, como el estado de completo bienestar bio-psico-social, y en su forma más general como la ausencia de enfermedad. (WHO, 2014)

Partiendo de este precepto del órgano rector, se puede determinar que la salud mental, constituye un pilar fundamental y de vital importancia en el sector laboral o productivo de la población.

El estrés es un fenómeno muy frecuente en el mundo laboral, con graves consecuencias para la salud de la persona que lo padece. Esta patología va en aumento debido a los grandes cambios que se han ido dando en el mundo laboral, cambios que han tenido que ir asumiendo los trabajadores, los cuales posiblemente cada vez han sido más difíciles de superar, lo cual ha podido llevar esta situación a padecer estrés del trabajo.

El estrés en sí es una respuesta: fisiológica, psicológica y del comportamiento de la persona que lo padece que se presentan para poder adaptarse a los estímulos que le rodean. (Comín & De la Fuente, 2014)

En la sociedad que vivimos es necesario una cierta cantidad de estrés para estar alerta y poder ejercer nuestra profesión de manera funcional, este grado de estrés tiene que ser el suficiente para aumentar la satisfacción laboral, pero sin sobrepasarlo para no caer en la enfermedad. (Comín & De la Fuente, 2014)

Los diferentes individuos tienen distinta capacidad de adaptación en función de múltiples factores personales, dando lugar a la necesidad de una intervención para aliviar esta situación, esta intervención podría dirigirse a modificar ciertos aspectos de la organización del trabajo o a fomentar la capacidad de adaptación del individuo. Esto no solo repercute en una

mejora del bienestar de los trabajadores, sino en una optimización de los recursos que se traducirá en un mejor funcionamiento de la empresa a todos los niveles. (Daza, 2014)

Una de las tareas necesarias para llevar a cabo una intervención, es establecer la relación entre la personalidad y el síndrome de Burnout en la institución en la cual se va a realizar la investigación. Constituyendo por tanto condiciones previas ineludibles para el desarrollo de una intervención, las siguientes:

Para determinar con exactitud la población que posee estrés laboral, al igual que el grado del mismo, consideramos importante, incluir una herramienta integral de tamizaje, en este aspecto planteamos la Escala de Cristina Maslach, para valoración de tres ejes mentales:

- El agotamiento emocional
- El grado de despersonalización
- El grado de percepción de ineficiencia laboral y de realización personal del explorado. (Maslach, 2003).

Uno de los aspectos más importantes dentro del abordaje integral de los seres humanos es la determinación de su personalidad, herramienta útil para definir el tratamiento adecuado que tendrá que recibir cada individuo.

La personalidad es el eje fundamental y el elemento básico para la comprensión de la vida psíquica de las personas, sus trastornos y el ejercicio psicoterapéutico.

La personalidad es considerada una estructura interna en constante cambio y movimiento que no puede mantenerse estática ni fija. Está formada por factores biológicos, sociales, psicológicos en continua interacción, lo que permite que cada individuo adquiera rasgos propios que lo hacen diferentes del resto.

Balarezo (2010), define a la personalidad como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individual.”

Se ha considerado de manera fundamental que a partir del diagnóstico encontrado existan grupos específicos de personas que puedan ser partícipes de un taller de Psi coeducación con bases del Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad, lo que ayudara a las personas involucradas a obtener alternativas de solución a su problemática actual.

A partir del año 2002 se desarrolla en el Ecuador el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad. La Psicoterapia Integrativa se diferencia de los enfoques tradicionales ya que posee una visión amplia que se va a evidenciar al unificar diversos modelos y corrientes y al utilizar diversas formas de tratamiento basadas en los objetivos planteados. Para Balarezo, (2003), “Lo integrativo concierne a una totalidad dinámicamente articulada de partes y cuyo resultado final es diferente y más completo, complejo y útil que sus elementos aislados”.

El modelo Integrativo focalizado en la Personalidad reconoce a la persona como una “estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y socioculturales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, sentir y pensar, y actuar singular e individual”. Balarezo (2008).

Modelo del cual partirá el taller de psi coeducación que será impartido a un grupo de personas diagnosticadas posteriormente.

El termino Psi coeducación convoca la idea de dos ámbitos (salud-educación) que están relacionados estrechamente. La salud tanto en su concepción individual como colectiva es producto de complejas interacciones entre procesos biológicos, culturales, ecológicos y económicos que se dan en el seno de la sociedad.

La psi coeducación es un proceso didáctico que permite a las personas la capacidad de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar sus diversos problemas de salud, se refuerzan las fortalezas, recursos y habilidades propias del paciente para hacer frente a las enfermedades, evitar recaídas y contribuir con su propia salud y bienestar.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

- Realizar un análisis correlacional entre el Síndrome de Burnout y el tipo de personalidad en el personal de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca, en el Proyecto Médico Preventivo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la frecuencia del Síndrome de Burnout en pacientes atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca.
- Determinar el tipo de personalidad predominante en pacientes atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca.
- Establecer la relación existente entre intensidad del Síndrome de burnout y tipo de personalidad en pacientes atendidos en el Proyecto Médico Preventivo.
- Realizar y ejecutar una propuesta Psicoeducativa desde el Modelo Integrativo focalizado en la Personalidad a un grupo piloto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Este proyecto, tendrá lugar con los pacientes de una Institución Pública, atendidos en el Centro de Atención Ambulatoria 302, Cuenca, que acceden al control psicológico. Para la ejecución de la presente investigación, y debido a necesidades institucionales se tomará el universo de 130 pacientes, con quienes se trabajará los temas indicados previamente, estrés laboral, tipos de personalidad, Síndrome de Burnout.

Los instrumentos a utilizarse para el presente estudio son:

- Encuesta Inventario Clínico Multiaxial de Millon III.
- Test de Maslach para Síndrome de Burnout.

Posterior a la evaluación mediante la utilización de los test establecidos y con anterioridad mencionados, se procederá a la ejecución de la propuesta de Psi coeducación a un grupo piloto del cual se tomara como criterios de exclusión a personas con un diagnostico crónico o leve, quedando como incluidas como aquellas personas con un diagnostico moderado o medio de estrés laboral. Posteriormente se va a trabajar con grupos focales para la evaluación de la fase psicoeducativa.

En cuanto a la caracterización de la población, se trabajará con las siguientes variables:

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
Nombre de la Variable	Definición	Indicador	Escala
Número de Paciente	Código numérico único	1, 2, 3, 4... 129, 130.	Cuantitativa
Edad	Número de años cumplidos de la persona	18 a 20	Cuantitativa
		21 a 30	
		31 a 40	
		41 a 50	
		51 a 60	
Estado civil	Condición del individuo en lo que respecta a su relación con la sociedad	61 a 70	Cualitativa
		Soltero	
		Casado	
		Union Estable	
		Divorciado	
Nivel de Instrucción	Nivel de escolaridad terminada	Viudo	Cualitativa
		Separado	
		Analfabeto	
		Primaria	
		Secundaria	
Tiempo de Permanencia en la Institución	Número de años de trabajo cumplidos	Superior	Cuantitativa
Síndrome de Burnout	Conforme puntuación de test de Maslach	Cuarto Nivel	
		Presente	Cualitativa Nominal Dicotómica
Agrupación de dimensiones quemadas	Conforme puntuación de test de Maslach	Ausente	
		Agotamiento Emocional	Ninguna dimensión quemada
		Despersonalización	Una dimensión quemada
		Realización profesional baja.	Dos dimensiones quemadas
Trastornos de Personalidad	Conforme puntuación de Test de Millon	Tres dimensiones quemadas	Cualitativa
		Esquizoide	
		Evitativo	
		Depresivo	
		Dependiente	
		Histriónico	
		Narcicista	
		Antisocial	
		Agresivo	
		Compulsivo	
		Negativista	
		Autodestructivo	
		Esquizotípico	
Límite			
Síndromes Clínicos	Conforme puntuación de Test de Millon	Paranoide	Cualitativa
		T. ansiedad	
		T. somatomorfo	
		T. bipolar	
		T. distímico	
		D. alcohol	
		D. Sustancias	
		T. Estrés Postraumático	
		T. Pensamiento	
Depresión Mayor			
T. Delirante.			

Sobre los instrumentos a utilizarse se tiene que acotar que:

El Inventario Clínico Multiaxial de Millon III

El MCMI III, constituye una batería diagnóstica ajustada y validada a la nosología clínica oficial, para aplicación individual y colectiva. Está destinada para adultos a partir de los 18 años.

Consta de un cuadernillo de 175 preguntas, conformado por respuestas dicotómicas (verdadero/falso) y una hoja de respuesta. Existen instrumentos virtuales, en los que la corrección es computarizada, lo que disminuye el error en los cálculos. Se genera electrónicamente una gráfica dividida en 5 sectores, donde se visualiza la distribución de los puntajes en las áreas evaluadas.

En el manual del Inventario clínico multiaxial de Millon (2007), en el instructivo indica que las escalas se basan en la clasificación diagnóstica del DSM IV y en un grupo de cuadros diagnósticos nuevos propuestos por el autor.

La técnica posee once escalas que cubren disfunciones leves y tres escalas con desórdenes severos de personalidad. De modo similar siete escalas cubren síndromes clínicos de intensidad moderada y otras tres escalas cubren desórdenes más severos. Sumando un total de 24 escalas diagnósticas y 4 escalas de validez.

a) Escalas de patrones clínicos de la personalidad.

1. Esquizoide; 2 A. Evitativo; 2 B. Depresivo; 3 Dependiente; 4 Histriónico; 5 Narcisista; 6 A. Antisocial; 6 B. Agresivo (sádico); 7 Compulsivo; 8 A. Negativista (pasivo agresivo); 8B Autodestructivo.

b) Escalas de patología grave de la personalidad.

S. Esquizotípico; C. Límite; P. Paranoide.

c) Escalas de síndromes clínicos:

A. Trastorno de ansiedad; H. Trastorno somatomorfo; N. Trastorno bipolar; D. Trastorno distímico; B. Dependencia al alcohol; T. Dependencia a sustancias; R. Trastornos de Estrés postraumático.

d) Escalas de síndromes clínicos graves

SS. Trastorno del pensamiento. CC Depresión mayor; PP. Trastorno delirante.

e) Escalas de índices modificables.

X. Sinceridad. Y. Deseabilidad Social; Z. Devaluación; V. Validez.

Este test es uno de los mejores instrumentos diagnósticos que la comunidad científica posee para evaluar los trastornos de la personalidad, además es útil, cuando hay pacientes con diagnósticos confusos. Debido a que la investigación será realizada a personal sometida constantemente a niveles altos de estrés ayudará a visualizar la prevalencia de trastornos de personalidad de estos pacientes.

El Test de Maslach

Cuestionario de Maslach Burnout Inventory

Se mide por medio de cuestionario Maslach de 1986 que es el instrumento más utilizado en todo el mundo, esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 90%, está constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los usuarios y su función es medir el desgaste profesional.

El Cuestionario Maslach se realiza en 10 a 15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome:

- Cansancio emocional,
- Despersonalización,
- Realización personal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se utilizará el método descriptivo, transversal, prospectivo, que nos permita conocer la población estudio, y mediante odds ratio, riesgo relativo y valoración de p, determine la asociación entre Burnout y tipo de personalidad, al igual que la significancia estadística.

Se determinarán frecuencias y porcentajes, al igual que las pruebas indicadas para valoración de asociación, para comprobación de la hipótesis nula.

a) Población:

La constituye, todo el total de pacientes atendidos en el proyecto médico preventivo psicológico en el mes de enero del 2015 (130 pacientes), en cinco horas de consulta diarias, un paciente cada 30 minutos. Para determinar el Grado de Burnout, se aplicará al 100% de los usuarios el test de Maslach.

CRONOGRAMA

Luego de analizar el presente proyecto de investigación en relación al tiempo, se determina la necesidad de 7 meses para la aprobación y ejecución del mismo.

ACTIVIDAD A REALIZAR	AÑO 2015																											
	MES 1			MES 2				MES 3				MES 4				MES 5				MES 6				MES 7				
	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	S1	S2	S3	S4	
Aprobación del protocolo de Trabajo de grado	■																											
Autorización del Director Médico del CAA 302		■																										
Inicio de Recolección de la Información, entrevista, aplicación de test.			■	■	■	■																						
Calificación de los test			■	■	■	■																						
Llenado de la Base de Datos							■																					
Entrega de Resultados Individuales, medidas de prevención, programación de citas subsecuentes necesarias.								■	■	■	■																	
Tabulación de Base de Datos													■	■	■													
Realización de Marco Teórico y revisión bibliográfica														■	■	■												
Elaboración de documento de tesis preliminar															■	■	■	■										
Revisión de Director de tesis																						■	■					
Corrección conforme a observaciones realizadas por director de Tesis																							■					
Elaboración de Documento final																								■	■	■	■	

PRESUPUESTO

El presupuesto correrá por gasto directo de la autora de la investigación.

ACTIVIDADES	RECURSOS	PRESUPUESTO		
		VALOR UNITARIO	NUMERO	VALOR TOTAL
Impresiones de protocolo de trabajo de fin de maestría.	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora, anillado.	7,3	2	14,6
Oficio de solicitud de Autorización al Director Médico del CAA 302	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora, transporte.	1,1	1	1,1
Recolección de la Información, entrevista, aplicación de test.	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora, copias de los test.	0,12	130	15,6
Calificación de los test	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora	0,01	130	1,3
Llenado de la Base de Datos	Materiales. Computadora	0,01	130	1,3
Tabulación de Base de Datos	Materiales. Computadora	0,05	130	6,5
Realización de Marco Teórico y revisión bibliográfica, adquisición de bibliografía, copias, libros.	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora, internet, transporte.	50	1	50
Elaboración de documento de tesis preliminar	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora, internet, transporte.	8	1	8
Impresión de documento de tesis preliminar	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora, internet, transporte.	12,5	1	12,5
Impresión de Documento final de Tesis	Materiales. Papel, impresora, tinta, computadora, internet, transporte.	15	3	45
Total presupuestado:				155,9

BIBLIOGRAFÍA GENERAL.

Referencias de texto:

Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa enfocada en la Personalidad*. Quito: Unigraf.

Balarezo, L. (2013). *Psicoterapia*. Quito: Innovación Digital.

Hernandez, J. (2013). ESTRÉS Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD DE LOS NIVELES PRIMARIO Y SECUNDARIO DE ATENCIÓN. *Revista Cubana de Salud Pública*, 103-110.

Maslach, C. (2003). *The Cost of Caring*. New York: Malor Book.

Millon, Theodore; Davis, R; Millon, C (2008). *Inventario Clínico Multiaxial de Millon-III*. Primera Edición. Madrid. TEA Ediciones. Pags: 120-121

Referencias virtuales:

- Benalcazar, D. (11 de Noviembre de 2014). *EL SÍNDROME DE BURNOUT Y SU INCIDENCIA EN LA INTELIGENCIA EMOCIONAL DEL PERSONAL DOCENTE Y ADMINISTRATIVO DE LAS ESCUELAS "CHILD FUND" DEL PERÌODO SEPTIEMBRE 2012- JUNIO 2013.* Obtenido de <http://repo.uta.edu.ec/handle/123456789/7489>
- Castagna, Ariana; Bruschi, Cecilia; Sanchez; Maximiliarno. (18 de Octubre de 2014). *Burn Out Syndrome.* Obtenido de <http://qmlar.sindrome-burn-out/sindrome-burn-out.shtml>
- Comín, E., & De la Fuente, I. (06 de 11 de 2014). *El estrés y el riesgo para la salud.* Obtenido de <http://www.uma.es/publicadores/prevencion/wwwuma/estres.pdf>
- Daza, F. (Octubre de 24 de 2014). *NTP 349: Prevención del estrés: intervención sobre el individuo.* Obtenido de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTecnicas/NTP/Ficheros/301a400/ntp_349.pdf
- Miravalles, J. (7 de Noviembre de 2010). *Cuestionario de Maslach Burnout Inventory.* Obtenido de Gabinete Psicológico, San Juan de la Cruz.: <http://www.javiermiravalles.es/sindrome%20burnout/Cuestionario%20de%20Maslach%20Burnout%20Inventory.pdf>
- Ochoa, I., Díaz, A., & Pignataro, R. (13 de Noviembre de 2014). *DIAGNÓSTICO DE LOS NIVELES DE DESGASTE PROFESIONAL (BURNOUT) EN UNA MUESTRA DE PROFESORES DE LA UCAB VENEZUELA.* Obtenido de <http://biblioteca2.ucab.edu.ve/anexos/biblioteca/marc/texto/AAQ1301.pdf>
- WHO, O. M. (2 de Noviembre de 2014). *Organización Mundial de la Salud.* Obtenido de www.who.int/suggestions/faq/es/