



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**FACULTAD DE FILOSOFÍA, LETRAS Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN**  
**ESCUELA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

“Sintomatología Clínica asociada al Burn Out en el Benemérito Cuerpo de Bomberos de  
Cuenca.”

Tesis previa a la obtención del título de Psicólogos Clínicos

**Autores:**

María Caridad Torres Guzmán

Juan Francisco Vélez Lucero

**Directora:**

Mst. Fernanda Coello

**Cuenca – Ecuador**

**2017**

## **DEDICATORIA**

*Dedico este trabajo a Dios, a mis padres por la disponibilidad de tiempo y apoyo condicional, a mis hermanos que no se encuentran presentes.*

*-María Caridad Torres Guzmán*

*Dedico este trabajo a Dios y a mi Familia, quienes me acompañaron y apoyaron durante todo este proceso.*

*- Juan Francisco Vélez Lucero*

## **AGRADECIMIENTO**

*Agradecemos a la institución universitaria que ha consentido el desarrollo del presente estudio, a todos los docentes y nuestro tribunal por merecernos su tiempo, a los profesionales del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Cuenca por su cooperación.*

*De manera especial a nuestra tutora académica Mst. María Fernanda Coello, por ser una incomparable guía en este proceso.*

## RESUMEN

El presente estudio pretende identificar la sintomatología clínica asociada a la incidencia del síndrome de Burn Out y relacionarlos con las características demográficas correspondientes a una muestra de 88 bomberos de Cuenca, mediante el empleo de un modelo de investigación cuantitativo-analítico-correlacional; los instrumentos utilizados fueron el Inventario de Síntomas SCL-90-R de L. Derogatis y el cuestionario Maslach Burnout Inventory. A manera de resultados se advierten dos correlaciones; la primera, una relación positiva entre *depresión* con la *edad del participante*, la segunda, una relación negativa-inversa entre *realización personal* con el *tiempo de desempeño profesional*.


**Palabras clave:** Burn Out, estrés, sintomatología clínica, salud.

## ABSTRACT

This study aimed at identifying the clinical symptoms associated with the incidence of Burnout syndrome, and relate them to the demographic characteristics corresponding to a sample of 88 firefighters from Cuenca. This was carried out by means of a quantitative-analytical-correlational research model. The instruments used were the L. Derogatis SCL-90-R Symptoms Inventory and the Maslach Burnout Inventory questionnaire. As a result, two correlations were observed: the first, a positive relationship between **depression** and the **participant's age**; the second, a negative-inverse relationship between **personal fulfilment** and **professional performance time**.

**Key words:** burnout, stress, clinical symptomatology, health.

  
Miguel Ortega  
UNIVERSIDAD DEL  
AZUAY  
Dpto. Idiomas

  
Translated by  
Lic. Lourdes Crespo

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen.....	iv
Abstract.....	v
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPÍTULO 1: Marco Teórico .....	2
1.1 Introducción .....	2
1.2 Sintomatología Clínica, Conceptualización .....	4
1.2.1. El Estrés/ Generalidades .....	5
1.2.2 Trastornos Mentales .....	8
1.3 Inventario de Síntomas (SCL 90-R).....	12
1.4 Burn Out, Conceptualización y Generalidades .....	14
1.4.1 Teorías Explicativas del Burn Out.....	16
1.4.2 Fases del Burn Out .....	17
1.4.3 Causas del Burn Out .....	18
1.4.4 Factores que desencadenan el Burn Out en Bomberos.....	19
1.4.5 Síntomas del Burn Out .....	20
1.4.6 Factores psicosociales, laborales y demográficos que influyen en el Burn Out.....	21
1.5 Maslach Burn Out Inventory (MBI).....	23
CAPÍTULO 2: Metodología.....	25
2.1. Población .....	25
2.2 Muestra .....	26
2.3 Procedimiento.....	27
CAPÍTULO 3: Resultados .....	29
3.1 Burn Out .....	29
3.2 Sintomatología Clínica .....	31
3.3 Correlaciones: características participantes vs Burn Out y sintomatología clínica.....	35
3.4 Correlaciones: Burn Out vs sintomatología clínica.....	37
3.5 Validación de los Resultados.....	38
DISCUSIÓN.....	40

CONCLUSIONES .....	47
RECOMENDACIONES .....	49
BIBLIOGRAFÍA.....	51
ANEXOS.....	59

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1 Caracterización de la muestra.....	26
Tabla N°2 Descriptivos sobre Burn Out, cansancio emocional, despersonalización, realización personal.....	28
Tabla N°3 Nivel de las dimensiones de Burn Out.....	29
Tabla N°4 Descriptivos de dimensiones de Burn Out según nivel.....	30
Tabla N°5 Descripción de sintomatología clínica.....	31
Tabla N°6 Correlación Burn Out con características de los participantes.....	34
Tabla N°7 Correlaciones: sintomatología clínica y características de los participantes (1)....	35
Tabla N°8 Correlaciones: sintomatología clínica y características de los participantes (2)....	35
Tabla N°9 Correlaciones: sintomatología clínica y burnout (1).....	36
Tabla N°10 Correlaciones: sintomatología clínica y burnout (2).....	37
Tabla N°11 Descriptivos de ítems adicionales.....	60

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Niveles de dimensiones de Burn Out *Numérico.....	29
Figura N°2 Descripción de sintomatología clínica.....	32
Figura N°3 Riesgo elevado de sintomatología clínica *Frecuencia.....	33
Figura N°4 Descripción de ítems adicionales.....	33
Figura N°5 Niveles de dimensiones de Burn Out *Porcentual.....	59



## INTRODUCCIÓN

La presente tesis se orienta a instruir sobre los síntomas clínicos más comunes que pueden llegar a presentar los bomberos a lo largo de su desempeño profesional y vincularlos tanto con las características demográficas como con la incidencia del síndrome de Burn Out o quemadura en el trabajo, de igual manera, pretende contribuir al desarrollo de una futura psicoeducación basada en los síntomas más frecuentes que se presentan en el estudio para prevenir patologías, optimizar la estabilidad emocional, mejorar la calidad de vida y desempeño profesional. Cabe mencionar que las investigaciones con esta población todavía son escasas en nuestra ciudad, por consiguiente, con esta finalidad se consideró una muestra de 88 profesionales rentados del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Cuenca.

La investigación se encuentra establecida en secciones, dentro de las cuales, inicialmente se incluye el marco teórico referencial a bibliografía de los distintos síntomas clínicos que presentan dichos profesionales y la indagación referente al síndrome de Burn Out; continuando con la metodología que comprende el tipo de investigación, los objetivos de investigación, la población, muestra y el procedimiento; consumando las secciones se encuadra los resultados obtenidos tanto sobre los diferentes síntomas clínicos presentes como la incidencia del síndrome de Burn Out, las respectivas correlaciones propuestas entre características demográficas con sintomatología clínica y con Burn Out, correlaciones entre sintomatología clínica y Burn Out; por último la validación de los resultados alcanzados.

Para finalizar el estudio se expone un apartado de discusión con el objeto de comparar estudios nacionales e internacionales con los resultados de la actual tesis, seguido de un segmento con las respectivas conclusiones obtenidas y una sección de recomendaciones que sirven de base para prevenir el desarrollo del síndrome de Burn Out y promover el desarrollo profesional eficaz.

# CAPÍTULO 1

## MARCO TEÓRICO

### 1.1 Introducción

La salud de los profesionales de emergencia se ve afectada por los riesgos a los que se enfrentan según su profesión, estos factores de riesgo pueden ser el calor, el ruido, el polvo, los productos químicos peligrosos, las máquinas inseguras y el estrés psicosocial, sin omitir que, las condiciones de empleo, la ocupación, la posición en la jerarquía del lugar de trabajo afectan de la misma manera su bienestar; equivalentemente, la Organización Mundial de la Salud (2014), considera que el estrés laboral afecta negativamente tanto la salud psicológica como física de los trabajadores y a la eficacia de las entidades para las que trabajan. Por lo tanto, se debe considerar que generalmente, la asistencia que brindan estos profesionales se ejecuta en ambientes peligrosos que exigen resistencia física-mental en relación a la carga global de información requerida para percibir e interpretar el evento catastrófico, ya que no se puede prevenir el momento en que ocurre una emergencia, se encuentran sometidos a lidiar con el padecer de las víctimas y familiares que atienden, a la nostalgia propia por las diferentes catástrofes, a sus propias lesiones que pueden causarles incapacidad o en el peor de los casos la pérdida de su propia vida como la de los miembros de su equipo; al trabajar bajo presión y a diferentes factores de riesgo, los profesionales son propensos a problemas de salud, como por ejemplo, fumar en mayor cantidad, realizar menos actividad física y tener una dieta poco saludable (OMS, 2017).

Estos riesgos inician desde el momento en que un bombero responde a una situación de emergencia, pues en la ciudad viajan a bordo de un camión a toda velocidad a través de calles poco accesibles, se sumen ante las exigencias del tiempo, peatones distraídos, conductores negligentes; conjuntamente, según el tipo de emergencia se enfrentan desde estructuras de edificaciones a punto de colapsar hasta incendios forestales que podrían atrapar al profesional en llamas, poniendo en riesgo su vida. Sin omitir que los horarios de trabajo son irregulares pues alcanzan un promedio de 60 horas semanales, distribuidas en 12 horas de guardia y 24 horas de descanso durante todo el año, sin feriados libres, cumpliendo horas extras. Debido a esto, la mayor parte de su tiempo permanecen en las distintas estaciones en espera de una emergencia, la estación llega a convertirse en su nuevo hogar, comen, duermen allí, no ven a

sus familiares mientras se encuentran en servicio o durante más tiempo ya que algunas emergencias pueden presentarse en otros lugares o provincias cercanas que requieren un mayor tiempo de servicio fuera de su hogar nuclear. De la misma manera, estudios muestran que el cambio de horario y el ciclo sueño-vigilia producen alteraciones psicológicas que puedan generar psicopatologías como depresión e incluso rasgos psicopáticos (Curilem, Almagia, Yuing & Rodríguez, 2014). Otros expertos aseguran que los largos horarios, la interrupción del sueño por la noche, pueden atentar contra la integridad física y mental del profesional, pues tres de cada diez personas que trabajan en dichas circunstancias (bomberos, policías, guardias de seguridad, empleados de hospitales.) sufren de mal humor, problemas estomacales, cardiovasculares a causa de su estado de alerta permanente; sin embargo esta situación se puede compensar aprendiendo a mantener el nivel ideal de estrés puesto que si este se muestra como un nivel muy bajo se puede reemplazar la motivación por aburrimiento y cuando es muy alto puede ser desfavorable para la salud (Peña, 2004).

Las consecuencias, en primera instancia que padecen estos profesionales es el estrés de dos tipos: físico y emocional, el primero subyace de la necesidad de mantenerse con un excelente estado físico, pues, el equipamiento que se requiere para asistir a las catástrofes es pesado, en ocasiones deben trasladarlos de un piso a otro, atravesar lugares estrechos, tienen que correr, agacharse, saltar, girar, etc. El segundo tipo aparece debido a que se enfrentan ante situaciones emocionalmente impactantes como incendios, accidentes automovilísticos, emergencias médicas, desastres naturales e incluso al fallecimiento de un miembro de su mismo equipo, todo esto resulta perjudicial para el bienestar emocional del bombero. En consecuencia, estas condiciones provocan un déficit en la calidad, la productividad y el desempeño laboral tanto a nivel individual como organizacional (Gil-Monte, 2009).

Los aspectos mencionados además de poner en riesgo la salud del profesional también puede generar el síndrome de Burn Out, en respuesta a la constante exposición a actividades de alto riesgo. (Pretucci & Carlotto, 2016). Es decir, este síndrome surge de una respuesta prolongada a los estresores crónicos dentro del ambiente laboral, el déficit en las interrelaciones entre colegas, el funcionamiento del establecimiento y de los profesionistas en los primeros años de su desempeño. El profesional no cruza una etapa de sensibilización y adaptación que le facilite el desarrollo de estrategias para afrontar dichas demandas; cabe recalcar, que un mayor riesgo de presentarse el Burn Out puede deberse al efecto de no prestar la debida importancia a los factores que componen el área emocional del profesional ya que

genera un conflicto amplio entre la naturaleza del trabajo y la de las personas (Díaz & Gómez, 2016).

Maslach et al. (2001), plantea que la relación Burn Out frente a la salud mental es compleja, debido a que las personas mentalmente sanas son más capaces de afrontar los estresores crónicos y por tanto son menos propensos a experimentar este síndrome.

**“El personal de bomberos debe reducir el estrés nocivo; y para evitar la sobrecarga en una emergencia, en primer lugar, hay que ser consciente de sus propias limitaciones”** (Peña, 2004).

Debido a la problemática abordada, a continuación, se realiza una exposición tanto de los diferentes síntomas y trastornos mentales que pueden llegar a afectar dicha profesión, así como, el síndrome de Burn Out que también se encuentra asociado al padecer de esta población.

## **1.2 Sintomatología Clínica, Conceptualización**

El diccionario de la Real Academia Española (RAE) le atribuye al concepto de patología dos significados: el primero se presenta como la rama de la medicina que se enfoca en las enfermedades del ser humano, mientras que el segundo, se enfoca en el grupo de síntomas asociados a una determinada dolencia; por consiguiente, el término “síntoma” hace relación a una señal o alteración del organismo de que algo está sucediendo, es decir, pone de manifiesto una enfermedad y sirve para determinar su naturaleza.

Gracias a la revisión de estos términos se puede exponer que los profesionales de emergencia al estar expuestos a eventos altamente estresantes y traumáticos ponen en riesgo su integridad tanto física como emocional, propensos a desarrollar una serie de síntomas que alcanzan una enfermedad o patología clínica; es así como, la European Agency for Safety and Health at Work (2011), señala que tratar con víctimas, sus familias y la elevada responsabilidad por la vida de las personas, son algunos de los riesgos más prevalentes que pueden conducir a un exceso de tensión emocional grave, a ser diagnosticados de alguna enfermedad mental en respuesta a sus propios sentimientos cuando se enfrentan a la muerte,

destrucción, lesiones, dolor, sufrimiento y desesperación de los supervivientes. Este padecimiento de la salud mental es una de las problemáticas más complejas, por lo que lograr niveles deseables de control frente a las crisis es un gran compromiso para los bomberos que deben actuar adecuadamente, adquirir técnicas actualizadas, incorporar estrategias necesarias para tratar lo que la realidad les presenta en ese momento y brindar atención inmediata previniendo trastornos emocionales proporcionalmente más graves en las personas receptoras de sus servicios; es por esto que el personal de emergencia debe encontrarse equilibrado en cuanto a su salud mental, de tal manera que actúe ante un siniestro con la seguridad de estar brindando su mejor esfuerzo, como bombero, ante quien lo requiera (Núñez, 2004).

Es de vital importancia anotar que el hecho de observar el sufrimiento ajeno activa en las personas el impulso de ayudar; sin embargo, esto supone un riesgo ya que puede generar lo que se conoce como la habituación, que hace referencia al hecho de que las desgracias ajenas empiezan a formar parte del trabajo diario logrando que el profesional lo categorice como dentro de la normalidad; pero se debe tener claro que eso no significa que se vuelvan insensibles sino, el efecto acumulativo de estos incidentes puede llevar a un aumento de los problemas más comunes como el estrés, desgaste por empatía, fatiga de compasión y en algunas ocasiones ansiedad flotante generada por la espera de un siniestro, accidente, etc.

De esta manera, es necesario referirnos al estrés debido a que es la principal fuente de malestar que influye en la salud tanto física (tensión muscular, cefaleas, angustia, entre otros), como en la salud mental (ansiedad, depresión, problemas en el sueño, etc.), de la población tratada.

### **1.2.1. El Estrés/ Generalidades**

El estrés es una respuesta automática, natural del cuerpo ante una situación que es amenazadora, es generada por el propio instinto de supervivencia que tiene el organismo como medio de protección en situaciones de emergencia, no es solo una consecuencia de lo que ocurre en el exterior sino también es un proceso de interacción entre los eventos externos y las respuestas de la mente, emoción, cuerpo (Guzmán, 2013). Del mismo modo, puede ser considerado como una respuesta del organismo ante un estímulo nocivo. Cuando la situación generadora de estrés se prolonga demasiado este fenómeno se vuelve patológico, es por eso que surgen síntomas depresivos, ansiosos y desadaptativos en las personas afectadas; este

trastorno pasa por varias etapas, la primera es una reacción de alarma en la que el sujeto es consciente de un factor estresor, luego se continúa a una fase de resistencia en la que se intenta enfrentar los obstáculos que producen estrés, cuando los esfuerzos realizados no alcanzan lo esperado, el estrés se prolonga y disminuye la capacidad de adaptación; razón por la cual, la persona afectada se sumerge en la cuarta etapa que es el agotamiento, presentando síntomas físicos de origen psíquico (Lara, 2011).

Lara (2011) identifica varios tipos de estrés definidos a continuación:

- **Eustrés.** - Considerado como un tipo de estrés positivo ya que es adaptativo porque fomenta un sano desarrollo y progreso tanto en el trabajo como en la vida cotidiana.
- **Distrés.** - Es un estrés negativo que surge cuando un desafío supera los recursos que posee la persona para resolverlo provocando una incapacidad de actuar; con el tiempo desequilibra el cuerpo y la mente, lo que conduce a la aparición de enfermedades psicosomáticas.
- **Estrés Agudo.** - Este tipo de estrés es breve, no tiene tiempo para ocasionar lesiones psicofísicas grandes y aparece por la presencia de un estresor intenso que provoca respuestas rápidas, violentas por parte de la persona afectada.
- **Estrés Postraumático.** - Es una respuesta tardía a un evento traumático que causa malestar, se revive el suceso de forma repetitiva por medio de sueños, imágenes, etc. La molestia puede aparecer seis meses después del suceso traumático y la persona que lo padece se siente agobiada frecuentemente.
- **Estrés Crónico.** - Es intenso, la duración puede ser prolongada entre meses o años, surge como respuesta a situaciones agobiantes constantes y continuas que no ceden; los procesos de adaptación de la persona se ven anulados, los síntomas se presentan de manera más recurrente terminando por desgastar a la persona.

Según Peña (2004), para saber si se está sufriendo de estrés nocivo se podrían identificar los siguientes ítems:

- Sentir que el corazón quiere salirse del pecho.
- Aparecen constantemente dolores y ardor de estómago.
- Se ha perdido el apetito y presenta diarrea o estreñimiento.
- Presión y pulso aumentados.
- Presentar sudores, las manos y pies fríos.
- Sensación de no poder respirar o falta de aliento.
- Cuerpo adolorido sin razón, calambres.
- Dolor de cabeza continuamente.
- Sentirse invadido por la ansiedad.
- No dormir bien, pesadillas, dificultad para conciliar el sueño.
- Aumento de consumo de tabaco y alcohol.
- Interés sexual disminuido.
- Dificultad para concentrarse.

En respuesta al estrés que los profesionales de emergencia enfrentan continuamente y a la falta de apoyo emocional, pueden generar alteraciones a nivel del sistema nervioso central, preocupación excesiva, ansiedad, trastornos del sueño, incapacidad para la toma de decisiones, confusión, desconcentración, pérdida del apetito sexual, mal humor, abuso de tóxicos como alcohol, cigarrillo o fármacos; estos síntomas pueden acompañarse de insomnio, fobias, depresión y en casos extremos intento de suicidio (Calderón, 2015).

Según F. Lorente Gironella (2008): “Los que trabajan en servicios de emergencia sean o no psicólogos se plantean frecuentemente, hasta qué punto el dolor y el sufrimiento del que somos testigos de modo cotidiano puede afectarnos”.

Peña (2004), considera que es importante prevenir el estrés nocivo ya que cualquier síntoma que no se trate a tiempo con el apoyo necesario, puede llevar a cuadros crónicos disminuyendo la capacidad de adaptación, eficacia en el trabajo y bienestar en la vida cotidiana del profesional; se debe tener en cuenta que el estrés es solamente uno de los problemas más frecuentes que puede presentar dicha población, puesto que existen otros trastornos o sintomatología clínica que afecta de igual manera su salud; a continuación se

pone de manifiesto las patologías que se vinculan con las características de los profesionales de emergencia y con los aspectos negativos del Burn Out.

### **1.2.2 Trastornos Mentales**

Dentro de los trastornos mentales más comunes en los profesionales de emergencia, se encuentran los trastornos somatomorfos caracterizados por la presencia de síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica pero que no pueden explicarse completamente por una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o bien por otro trastorno mental; es así que, los profesionales de emergencias tienden a responder a eventos estresantes con síntomas físicos o quejas somáticas como aumento del ritmo cardíaco, respiratorio y presión sanguínea, náuseas, trastornos digestivos, diarrea, temblores, sudoración, etc. (Mora & Montoya, 2016).

Es necesario hablar de las obsesiones y compulsiones según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (2014), definidos por los siguientes aspectos:

#### **Obsesiones**

- Pensamientos, impulsos o imágenes mentales que se repiten constantemente, estos son indeseados y causan mucha ansiedad o estrés.
- La persona que tiene estos pensamientos, impulsos o imágenes mentales trata de ignorarlos o de hacer que desaparezcan.

#### **Compulsiones**

- Conductas (por ejemplo, lavarse las manos, colocar cosas en un orden específico o verificar constantemente si una puerta está cerrada), pensamientos (por ejemplo, rezar, contar números o repetir palabras en silencio) que se repiten una y otra vez estrictamente para que la obsesión desaparezca.
- El propósito de estas conductas o pensamientos es reducir la angustia evitando una situación/acontecimiento temido. Sin embargo, estas conductas y pensamientos no tienen relación con la realidad ni son claramente exagerados.



Considerando estas definiciones, los bomberos generalmente se encuentran abstraídos de manera involuntaria en sueños o imágenes repetitivas relacionadas con víctimas, situaciones traumáticas del pasado que han impactado su psiquis, acompañadas de remordimiento, culpa, intranquilidad; llevándolos a mantener respuestas conductuales como fumar o incrementar el consumo de tabaco, revisar los equipos y máquinas reiteradas veces para asegurarse de que se encuentren en buen estado en el caso de presentarse una emergencia, se debe anotar que mencionadas conductas se observaron en la población estudiada.

Continuando con la revisión de estos síntomas, se encuentra la sensibilidad interpersonal que revela las impresiones de inferioridad a razón de compararse en el mundo social (SCL90-R; Pérez, 1999), adaptación de M.M Casullo (1999-2004); generalmente un ambiente laboral en el que no se muestra interés por la salud física y mental sobre todo de los profesionales de emergencia, incrementa indudablemente el nivel de estrés obstaculizando el desempeño laboral óptimo, pues el mismo profesional tiende a compararse con sus compañeros de trabajo e incluso a tomar actitudes agresivas, en el otro extremo genera desesperanza frente a la situación laboral por miedo a perder el trabajo, su única fuente de ingresos. El resultado es un trabajo rutinario, de la misma manera, autores confirman que la falta de participación en el ambiente laboral es la causa más consistente del estrés relacionándolo con factores de riesgo para la salud como ánimo deprimido, baja autoestima, insatisfacción general, nula motivación para trabajar, intención de abandonar el trabajo y ausentismo (Castillo, 2001).

Ahora, es necesario prestar atención a una de las patologías más comunes, la depresión (DSM-V, 2014), que se considera como un trastorno del estado del ánimo caracterizado por ánimo deprimido, sentimientos de tristeza, desesperanza, irritabilidad, llanto y pérdida o desinterés por el placer. Las personas afectadas, sufren de humor depresivo, una pérdida de la capacidad de interesarse o disfrutar de las cosas, una disminución de su vitalidad que lleva a una reducción de su nivel de actividad y a un cansancio exagerado que aparece incluso tras un esfuerzo mínimo. Profesionales bomberos están predispuestos a presentar estos síntomas que influirán negativamente en el desenvolvimiento normal de su vida, pues su ciclo sueño-vigilia se encuentra alterado debido a sus guardias laborales, pueden incluso llegar a cuestionarse, criticar su desempeño en determinadas emergencias, hecho que poco a poco disminuye su seguridad y autoconfianza; como lo afirma Barlow (2007), los sucesos del entorno juegan un rol muy importante en el origen de la depresión, lleva a pensamientos pesimistas, ideas de auto-desprecio, auto-acusación e incluso sentimientos de infelicidad, inferioridad,

culpabilidad (subestimación, desvalorización) y a la creencia de que la vida no vale nada. Es interesante conocer sobre un estudio realizado en México que revela una correlación importante entre la depresión con la edad de la persona que la padece, ya que es un trastorno sumamente frecuente en personas adultas y se asocia a condiciones de vulnerabilidad social, los autores afirman que las diferencias entre hombres y mujeres respecto a la prevalencia de esta patología se mantienen consistentemente, sin embargo en lo referente a la edad se concluye que en ambos sexos el porcentaje de individuos afectados con depresión incrementa con la edad de la persona, mientras que la prevalencia disminuye al aumentar la escolaridad (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005). Comparando con el síndrome de Burn Out, estudios destacan una relación entre la patología clínica de depresión con la dimensión de cansancio emocional, debido a que estas dos variables parecen llegar a coincidir; aunque, también existen diferencias que permiten entenderlos por separado; mientras el Burn Out es consecuencia de las relaciones interpersonales, organizacionales, la depresión es un conjunto de emociones y cogniciones que repercuten en las relaciones interpersonales (Hernández, 2014). Se confirma en otro estudio realizado por un psicólogo dentro de una clínica de toxicología en New York, que en menos de un año muchos voluntarios que laboraban en el lugar comenzaron a mostrar una pérdida de energía hasta llegar al agotamiento, manifestando síntomas de ansiedad, depresión, desmotivación en el trabajo, agresividad con falta de interés, resentimiento, frialdad hacía quienes atendían; motivo por el cual el psicólogo estableció una diferencia entre depresión y estrés, caracterizando a la depresión por la disminución del deseo sexual, la culpa, dormir excesivamente, tener ideas suicidas. Al contrario de la depresión asociada al Burn Out distinguida por ser temporaria, específica y localizada en un área de la vida. Freudenberger (citado en Lara, 2011, p.4).

Es necesario estudiar a los trastornos ansiosos comunes, pues diversos estudios constatan que las reacciones emocionales del personal que interviene en las situaciones de crisis y desastres (policías, bomberos, personal sanitario, psicólogos, voluntarios) pueden tener un efecto negativo sobre el desempeño de su función, como es el incremento de la ansiedad y sus consecuencias en la toma de decisiones (Gallego, Morales, Rotger & Prior, 2002). Para entender el significado de ansiedad se cita a Barlow (2007), que la define como un estado anímico que se caracteriza por un efecto negativo considerable, por síntomas corporales de tensión, en el cual se anticipa una desgracia o peligro futuro acompañado de emociones, conductas y respuestas fisiológicas. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-V, (2014), la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una

amenaza futura, está asociada con tensión muscular, vigilancia en relación a peligros futuros, comportamientos evitativos; además estos trastornos de ansiedad se encuentran en subdivisiones dentro de las cuales se especifica ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, fobia social, ataque de pánico, agorafobia, ansiedad generalizada, ansiedad inducido por sustancias o medicamentos, ansiedad debido a otra afección médica. Relacionando estas patologías con profesionales bomberos se puede mencionar que el estrés de su actividad laboral puede surgir con sintomatología ansiosa por: las presiones de tiempo, especialmente cuando la prioridad es la supervivencia de la víctima; por una responsabilidad sobrecargada, sobre todo para los que se encuentran bajo supervisión o mando; por las demandas físicas, puesto que las actividades de rescate requieren esfuerzo físico y resistencia para el trabajo durante varias horas en condiciones adversas; por demandas mentales, debido a que se deben tomar decisiones en situaciones caóticas con un buen juicio; por demandas emocionales ya que están expuestos a estímulos traumáticos en los que se deben tomar decisiones dolorosas de vida o muerte, trabajar en presencia de enfado o miedo; también se puede presentar reacciones de tipo físicas como sudores, escalofríos, temblores musculares. (Mora & Montoya, 2016). La relación entre “ansiedad y síndrome de Burn Out”, de igual manera está presente en la dimensión de cansancio emocional, ya que las exigencias de la situación desbordan las habilidades de la persona, mientras que la ansiedad surge por la falta de habilidades de la persona ante tal situación (Hernández, 2014).

La hostilidad es definida como un patrón estable de actitudes y creencias negativas hacia los otros que consiste en la enemistad, desconfianza, enfrentamiento, resentimiento y mala voluntad; patrón que a menudo se acompaña de un deseo de infringir daño a los demás (Sanz, Magán & García-Vera, 2006). Este síntoma clínico está presente en los bomberos en forma de reacciones emocionales como cambios de humor, apatía, anestesia afectiva, irritabilidad agresividad, respuestas al desequilibrio que puede ser provocado por las situaciones de emergencia que deben atender (Mora & Montoya, 2016); de la misma manera, autores como Hernández, Olmedo & Ibáñez (2004), indican que se han encontrado correlaciones entre cansancio emocional con hostilidad autoinfringida.

Respecto a la patología de psicoticismo, señalando a Eysenck (1990, citado en Squillace, Picón Janeiro & Schmidt, 2013, p.22) quién atribuye a una dimensión de la personalidad que manifiesta vulnerabilidad a conductas impulsivas, agresivas o de baja empatía, son personas

frías, solitarias, les cuesta mantener relaciones sociales; en relación a esto, el seguimiento de un estudio por doce años en Estados Unidos en el personal de bomberos aporta datos objetivos acerca de algunas correlaciones significativas (Liao, Arvey, Butler & Nutting, 2000): al utilizar el test de personalidad MMPI obtienen que las escalas de histeria de conversión, desviación psicopática e introversión social se asocian positivamente con la frecuencia de lesiones en el personal profesional; como segundo dato, aportan que las escalas de desviación psicopática y esquizofrenia del mismo test estaban relacionadas con la duración de las bajas.

Para concluir con este apartado se menciona a Cáceres (2006), quién deduce que estudios parecen indicar la existencia de una relación entre el mayor incremento de morbilidad psiquiátrica con la prevalencia del Burn Out, no sólo en cuanto al estrés o ansiedad, sino también con trastornos obsesivos compulsivos y afectaciones de la memoria.

A continuación, se explica el reactivo psicológico denominado Inventario de Síntomas SCL90-R, debido a que es una prueba estandarizada diseñada para evaluar la presencia de síntomas clínicos en la población, es importante recalcar que no es un instrumento para el diagnóstico final de una patología.

### **1.3 Inventario de Síntomas (SCL 90-R)**

El inventario SCL-R 90, fue adaptado a su versión en castellano por González de Rivera, De las Cuevas, Rodríguez y Rodríguez (2002), con una consistencia interna estimada de  $\alpha = 0.78$  a  $0.90$ . Este es un inventario desarrollado para evaluar patrones de síntomas presentes en individuos, cada uno de los 90 ítems que lo integran se responden sobre la base de una escala de cinco puntos (0-4) y se lo evalúa e interpreta en función de nueve dimensiones primarias que son: somatizaciones (SOM), obsesiones compulsiones (OBS), sensibilidad interpersonal (SI), depresión (DEP), ansiedad (ANS), hostilidad (HOS), ansiedad fóbica (FOB), ideación paranoide (PAR), psicoticismo (PSIC); del mismo modo, incluye siete ítems adicionales: poco apetito, problemas para dormir, pensamientos sobre muerte, comer en exceso, despertarse muy temprano, sueño intranquilo, sentimientos de culpa. (Oscar Sánchez & Ledesma, 2009).

En un estudio sobre el análisis psicométrico del Inventario de Síntomas (SCL90-R) en población clínica, Oscar Sánchez & Ledesma, (2009); muestran que las nueve dimensiones primarias poseen niveles de consistencia interna muy aceptables y los caracterizan de la siguiente forma: **somatizaciones**: molestia proporcionada a disfunciones físicas como cardiopatías, problemas respiratorios, estomacales, musculares, dolores de cabeza intensos, dolores de espalda, **obsesiones-compulsiones**: síntomas como pensamientos, acciones involuntarias que son imposibles de controlar, **sensitividad interpersonal**: sentimientos de insuficiencia al compararse con los demás, **depresión**: falta de motivación, sin intereses y energía, llanto, desesperanza, ideación suicida, **ansiedad**: síntomas de tipo cognitivo-comportamental ligados a nerviosismo, temblores, miedos, palpitaciones, **hostilidad**: pensamientos y acciones negativas de ira, enojo o rabia, comportamiento explosivo, agredir o romper cosas, **ansiedad fóbica**: miedo perseverante e irracional a personas, lugares, situaciones específicas, exagerado en proporción al estímulo incitador, agorafobia (miedo a espacios abiertos, estar solo, viajar en medios públicos de transporte), **ideación paranoide**: distorsiones cognitivas como trastorno del pensamiento con proyección, desconfianza, delirios, psicoticismo: síntomas concernientes desde una ligera perturbación interpersonal a la propia psicosis con sentimientos de soledad, inserción del pensamiento, alucinaciones.

En relación a los tres índices globales de malestar psicológico que evalúa el SCL90-R, el mismo estudio propone: **índice global de severidad (IGS)**: nivel que se consigue combinando el número de síntomas presentes con la intensidad del malestar percibido; **índice positivo de malestar (PSDI)**: determina si el evaluado tiende a dramatizar o a disminuir los malestares presentes; **total de síntomas positivos (TP)**: resultado del total de respuestas positivas; si estas son iguales o inferiores a 3 en varones e iguales o inferiores a 4 en mujeres son consideradas como intento voluntario de mostrarse mejores de lo que se encuentran; y si equivalen a valores superiores a 50 en varones, 60 en mujeres revelan tendencia a exagerar sus patologías. (Oscar Sánchez & Ledesma, 2009).

Gempp & Avendaño (2008), en un interesante estudio, atribuyen la popularidad del SCL-90R entre investigadores y profesionales debido a tres características; primero, porque es un inventario de fácil administración como de corrección, exige un grado mínimo de comprensión lectora (sexto grado), su consigna es sencilla, requiere de breve tiempo de administración (entre 15 y 20 minutos), resulta útil para adolescentes y adultos. Segundo, este instrumento puede tamizar sintomatología en tres diferentes niveles de complejidad: el índice

general de malestar psicológico, las escalas particulares de síntomas, el análisis específico de síntomas aislados de particular interés práctico; se incluyen aquí, los siete ítems de síntomas adicionales, toda esta información puede integrarse para brindar un perfil acabado del estado psicológico de la persona. Tercero, el instrumento presenta buenas propiedades psicométricas, según los resultados hallados en diferentes países, culturas, idiomas, edades, muestras (clínicas y de población general).

En los profesionales de emergencia no solo se presentan síntomas clínicos que pueden generar una patología perjudicando su salud mental, sino también síntomas que pueden indicar la presencia de un síndrome conocido como Burn Out; por tal razón a continuación se establece un espacio para comunicar todo lo relacionado a dicho síndrome con el fin de comprender y conocer sus relaciones con los síntomas clínicos ya expuestos, para prevenir problemas severos de largo plazo.

#### **1.4 Burn Out, Conceptualización y Generalidades**

La incidencia del estrés en la salud puede provocar riesgos psicológicos e influir de modo indirecto a través de estrategias de afrontamiento nocivas como beber alcohol, fumar, depresión, ansiedad, etc. (Guerrero, 2003). El desgaste profesional no surge de un problema de las personas sino del ambiente social en donde laboran, puesto que este clima de trabajo determinará la manera en la que los empleados se relacionan con sus compañeros, sus superiores y el nivel de desempeño al realizar sus deberes y obligaciones.

Maslach (2009) afirma la existencia del síndrome de Burn Out, cuando el ambiente laboral está caracterizado por la falta de reconocimiento, sobrecarga, desajustes entre las características del trabajo y de las personas que lo conforman. Los trabajadores que se perciben como sobrecargados, con exceso de carga mental, que realizan tareas repetitivas, etc., son los que presentan mayor porcentaje de sintomatología somática (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2006).

El síndrome de Burn Out o síndrome de estar quemado por el trabajo, es en la actualidad uno de los malestares psicoemocionales más reseñados en la literatura científica, en la que se resalta la manifestación de múltiples condiciones sintomáticas resumidas en tres grandes

dimensiones del problema: cansancio emocional, despersonalización y baja realización profesional (Avey, Luthans, Smith & Palmer, 2010; Da Silva, Gil-Monte, De Fátima, & Bovi, 2013; Gil-Monte, 2012; Ríos, Godoy, & Sánchez-Meca, 2011; Tejada & Gómez, 2012).

Existen varios autores que definen el síndrome de Burn Out, siendo una de las más aceptadas la de Maslach, Schaufeli & Leiter (2001) quienes lo describen como una manifestación psicológica que ocurre en respuesta a los estresores interpersonales crónicos en el trabajo.

Desde un punto de vista multidimensional se clasifica en: cansancio emocional, representada como la dimensión básica del Burn Out, debido a la disminución de recursos físicos y emocionales del individuo que padece el síndrome; la segunda dimensión se refiere a los sentimientos de cinismo y desapego laboral, como una respuesta negativa, insensible e individualista ante diversos aspectos del trabajo encasilladas a manera de actitudes propias de la despersonalización; finalmente la realización personal como última dimensión en la que el individuo se autoevalúa en relación a su competencia y productividad en el trabajo.

Marrau (2009) considera importante abordar en la definición del síndrome del Burn Out como una forma de acoso psicosocial en el trabajo, ya que el profesional se percibe incapaz de resolver las dificultades laborales y se muestra desbordado ante tales demandas, especialmente en socializar. El trabajador se siente cansado, desgastado frente a la sensación de presión dentro de su entorno de trabajo, por lo tanto, el síndrome de Burn Out tiene origen en el entorno laboral y no en el trabajador, es muy importante ser muy claros en este punto, pues cuando se debate sobre el tratamiento del Burn Out se debe considerar el ambiente psicosocial de trabajo, reestructurarlo para prevenir el desarrollo de esta patología laboral, y no centrarse únicamente en el trabajador.

Los resultados de una encuesta aplicada a 28 mil trabajadores de 215 organizaciones en los Estados Unidos, reveló una significativa asociación del estrés laboral con una deficiente ejecución en el trabajo y con los problemas de salud agudos y crónicos (D' Anello, 2003).

### **1.4.1 Teorías Explicativas del Burn Out**

Según la perspectiva clínica, el Burn Out es considerado un estado de fatiga como respuesta a las demandas del trabajo cotidiano, los profesionales que prestan servicios y que perciben como inalcanzables sus expectativas laborales, manifiestan este síndrome principalmente con la pérdida de interés, agotamiento y estrés (Freudenberger, 1974, citado en Carlin & Garcés de los Fayos Ruiz, 2010, p.170).

Farber (1983, citado en Lara, 2011, p.6), declara que el síndrome del Burn Out surge por la percepción del sujeto de una discrepancia entre los esfuerzos realizados y los conseguidos.

Respecto a la perspectiva social, Harrison (1983, citado en Llull, 2013, p.78), basándose en la teoría sociocognitiva del yo, considera que la motivación para ayudar a los demás es el principal objetivo de los trabajadores en profesiones de servicios, el problema se origina cuando existen obstáculos dentro de su contexto laboral para cumplir con las exigencias de trabajo, generando con el tiempo Burn Out, afectando directamente a la motivación por ayudar a las personas receptoras de sus servicios.

Por otro lado, desde un punto de vista organizacional, se considera que el estrés laboral es el resultado del fracaso para utilizar estrategias de afrontamiento como respuesta ante los estímulos del entorno organizacional dentro de cualquier profesión. Se atribuye el estrés laboral a una sobrecarga del rol que se desempeña en el trabajo, produciendo en la persona: pérdida de autonomía, disminución de su autoestima, irritabilidad y fatiga (Golembiowski, 1983 citado en Tonon, 2003, p.39).

El Dr. Charles Figley en su publicación realizada en el año de 1995 asocia al Burn Out como una forma de estrés laboral originado por la fatiga de compasión, pues el profesional se muestra empático al sufrimiento de la víctima (citado en Savio, 2008, p.128).



## 1.4.2 Fases del Burn Out

Maslach (2009) las explica de la siguiente manera:

**1. Cansancio Emocional**, sentimiento de encontrarse agotado, sin energía ni recursos emocionales y afectivos, que puede manifestarse como una fatiga física o psíquica o una combinación de ambas, considerado como el componente principal del estrés individual del síndrome.

**2. Despersonalización**, cambio de la actitud de la persona afectada que provoca un distanciamiento frente a: los problemas, miembros del equipo con los que trabaja y personas destinatarias de su trabajo, llevándolo incluso a culpar a los demás de sus problemas, esta conducta es acompañada de irritabilidad, ironía, sentimiento de desapego y una pérdida de motivación por el trabajo, esta dimensión representa el componente interpersonal del desgaste profesional.

**3.** Como consecuencia de las dos dimensiones anteriores surge la falta de **Realización Personal**, se producen respuestas negativas hacia sí mismos y hacia el trabajo, con una fuerte insatisfacción, autocuestionamiento, tendencia a la huida y tendencias pseudodepresivas, pérdida de los sentimientos de competencia, de productividad, de logros dentro del trabajo que aparece cuando las demandas laborales exceden la capacidad de la persona para realizarlas y son incapaces de soportar la presión, esta última manifestación es el componente de autoevaluación de desgaste profesional, en el cual aparece una autoevaluación negativa en relación con las habilidades aptitudinales para realizar el trabajo y para relacionarse con las personas que el profesional atiende.

El cansancio emocional representa una pérdida de la emotividad, acompañada de fatiga que resulta de una pobre elasticidad de conciencia a nivel psicológico. La despersonalización hace referencia a un estado de desinterés y cinismo hacia los receptores del servicio.

Definitivamente, un sentido reducido de logro personal existe cuando uno pierde la recompensa personal y el logro experimentado del éxito en el trabajo (Lunsky, Hastings, Hensel, Arenovich & Dewa, 2014).

El profesional que se encuentra volcado a su trabajo, desplaza a un segundo plano las relaciones familiares, evidenciando cansancio, depresión, trastornos del sueño, alteraciones en el apetito e indicando un desequilibrio en su funcionamiento tanto personal como social, siendo esta la primera señal de alerta para que se produzcan diversos trastornos. Aquí es cuando se debe prestar atención. Una segunda señal se puede reflejar en la insatisfacción laboral, el trabajador se muestra infeliz pues ya no le produce satisfacción las actividades que se encuentra realizando, se muestra indiferente desencadenando un problema colectivo siendo su consecuencia la falta de participación en las labores grupales. Finalmente, el conjunto de dichas emociones combinadas con actitudes negativas de seguro generará en el trabajador una sensación de fracaso profesional y personal por mantener aquel estilo de vida; la importancia de identificar el comportamiento del trabajador nos puede beneficiar en la prevención del desarrollo del síndrome de Burn Out o de otro trastorno social, conyugal o familiar. Este tipo de trastorno, se desarrolla en aquellas personas que se fijan grandes expectativas o altos objetivos en su vida profesional. Una persona motivada y altamente identificada con su trabajo le atribuye un significado existencial al mismo, cuando fracasa en la consecución de sus objetivos, se frustran sus expectativas y siente que no es posible realizar una contribución significativa a la vida, desarrollando el síndrome de Burn Out; el síndrome entonces, es el resultado de un proceso de desilusión, fracaso en la búsqueda de un sentido para la vida en personas altamente motivadas por su trabajo (Marrau, 2009).

### **1.4.3 Causas del Burn Out**

El Burn Out se manifiesta cuando existe un conjunto de elementos negativos que predisponen al bombero a desarrollar el síndrome, nos referimos a situaciones que afecten la estabilidad emocional, las condiciones de trabajo al que se encuentra sujeto, el tipo de institución u organización, los recursos disponibles, los vínculos entre los receptores y la personalidad de cada uno. El bombero debe reconocer y entender sus limitaciones y respetarlas, tomarse el tiempo para conocerlas, ya que es entendible que en el momento de la emergencia, ellos se sienten capaces de lograr cualquier hazaña heroica sin medir las consecuencias que también pueden llegar a ser desfavorables, entonces todo se dificulta y aparecen los problemas de frustración, además, deben entender los conflictos tanto personales como colectivos y ser parte de la solución, tener la psicoeducación adecuada para poder hacer

frente a las adversidades tanto dentro como fuera de la institución y para lograrlo requieren de tiempo, atención consciente y meditación.

Los cambios de horario, producen alteraciones psicológicas, como depresión e incluso rasgos psicopáticos. Entre las características que puede presentar el síndrome de Burn Out se incluye fatiga, desgaste emocional, incapacidad de concentración, ansiedad, insomnio, irritabilidad, incremento del consumo de alcohol o drogas y depresión (Curilem, Almagia, Yuing & Rodríguez, 2014). Diversas investigaciones han puesto de manifiesto que los bomberos padecen problemas físicos y psicológicos crónicos durante el curso de su vida laboral.

#### **1.4.4 Factores que desencadenan el Burn Out en Bomberos**

En primer lugar se encuentran los factores demográficos, como la edad, el tiempo de desempeño, etc., ya que los bomberos jóvenes, con poca experiencia, tienen la posibilidad de incrementar sus conocimientos y aptitudes visualizando el desempeño de sus compañeros con mayor tiempo de labor en la institución; sin embargo aquellos que se van acercando a la jubilación, inician un proceso de autoevaluación tanto en el desempeño profesional como personal durante el tiempo de servicio, sintiendo la necesidad de enmendar sus faltas pero a la vez desanimados con la idea, debido a la comparación social de las nuevas generaciones.

Continuando con los factores y desde una perspectiva laboral, Lara (2011), concuerda con otros autores en la existencia de dos períodos trascendentales en el profesional, el primero hace referencia a los 2 primeros años de labor y el segundo período para los profesionales que han superado los 10 años de experiencia laboral, como los momentos en los que se produce una mayor relación con el síndrome. En primera instancia debido a la inexperiencia laboral, el profesional se siente con la capacidad de abarcar con todo el trabajo, no conoce sus limitaciones y tiende a realizar actos riesgosos con el fin de recibir o conseguir méritos. En el caso de los que han superado los 10 años de desempeño profesional, se podría intuir que están más propensos a deteriorarse emocionalmente, pues como se ha mencionado con anterioridad el contacto frecuente con los pacientes, usuarios y con el número de víctimas tiene sus repercusiones en los profesionales.

### 1.4.5 Síntomas del Burn Out

Las primeras manifestaciones de Burn Out constituyen dificultades fisiológicas: cansancio, bajo estado de ánimo, alteraciones en el ciclo del sueño y el apetito (Anadón, 2005; Marrau, 2009). Siendo consecuente los síntomas que involucran irritabilidad, insatisfacción, disminución del placer y la capacidad para disfrutar de las actividades laborales. La totalidad de dichas reacciones, hacen que la persona se sienta frustrada, se culpabilice por haber elegido esa ocupación, se encuentra incapaz de desenvolverse en la misma, adquiriendo estrategias de afrontamiento inadecuadas para desarrollar sus tareas, llevándolo al ausentismo laboral.

Existe una gran probabilidad de que la persona que padece de Burn Out se encuentre consumiendo sustancias como alcohol, tabaco, tranquilizantes o barbitúricos (Pas, Bradshaw, Hershfeldt & Leaf, 2010).

(Hermida & Murcia, 2012) sostienen que al cansancio emocional le preceden ciertas manifestaciones somáticas y psicológicas (abatimiento, ansiedad e irritabilidad) que aparecen por la queja constante de la cantidad de trabajo y la incapacidad de disfrutarlo, como consecuencia se produce la despersonalización.

El profesional con síndrome de Burn Out presenta como consecuencia alteraciones psicosomáticas de tipo: muscular (lumbalgia, dolores del cuello, fatiga, tensión muscular, etc.), cardiovascular (taquicardia, dolor del pecho, tensión, etc.), respiratorio (aumento de la frecuencia respiratoria, asma, resfriados, etc.), digestivo (úlceras, gastritis, náuseas, etc.) y del sistema nervioso (dolores de cabeza, problemas del sueño, trastornos del estado de ánimo, neurosis, paranoia, psicosis, etc.) (Gil-Monte, 2005).

Autores como Alarcón, Vaz & Guisado, (2001); Moreno-Jiménez, González & Garrosa, (2001); Ortega, C. & López, (2004); Pelechano, (2000); Quiceno & Alpi, (2007), concuerdan en clasificar a los síntomas del síndrome de Burn Out en:

- **Síntomas Físicos:** fatiga crónica, cansancio, frecuentes resfriados, jaquecas y dolores de cabeza, dolores de espalda, dolores de cuello, dolores musculares, insomnio, pesadillas, alteraciones respiratorias, alteraciones gastrointestinales, empeoramiento de condiciones médicas previas como diabetes e hipertensión.

- **Síntomas Conductuales:** desconfianza, retraimiento, es ansioso, inflexible al trato de sus compañeros, baja concentración, comportamientos agresivos hacia los clientes o usuarios, absentismo, conductas de riesgo de accidentes, descenso del rendimiento laboral, quejas, aumento en el consumo de sustancias como cafeína, tabaco y alcohol, aumento en el consumo de drogas ilegales, abuso de fármacos tranquilizantes o barbitúricos, agresividad e irritabilidad.
- **Síntomas Emocionales:** sentimientos de fracaso, soledad, monotonía, fatiga emocional, impulsividad, alineación, apatía, abulia, ansiedad, odio, depresión, indefensión, desilusión, culpa, sentimientos de omnipotencia, satisfacción laboral baja, abandono del puesto de trabajo o de la organización y supresión del sentir.
- **Síntomas Actitudinales:** cinismo, apatía, hostilidad y suspicacia.
- **Síntomas Cognitivos:** disminución de la autoestima, ineptitud para el desarrollo de su profesión, fracaso laboral, pérdida de significado, modificación del autoconcepto, desaparición de expectativas y baja realización personal.

El síndrome de Burn Out se presenta, cuando fallan todas las estrategias para afrontar las situaciones, y supone para el trabajador una sensación de fracaso profesional, sumado a las experiencias de estrés que provocan en el individuo respuestas fisiológicas, cognitivo-afectivas y conductuales, además de generar consecuencias importantes para la organización o institución a la que el profesional pertenece. (García, Sáez & Llorente, 2000).

#### **1.4.6 Factores psicosociales, laborales y demográficos que influyen en el Burn Out**

Mencionado con anterioridad, el síndrome contiene riesgos psicosociales que se derivan en dificultades para la adaptación del puesto de trabajo, los lineamientos institucionales, políticas organizacionales improcedentes, relaciones interpersonales e incluso problemas personales no solo afectan el desempeño laboral sino también pueden ser desfavorables en la estabilidad física y psíquica.

Calderón (2015) afirma que el trabajador en su diario devenir laboral se desarrolla con estos riesgos psicosociales que pueden llegar a ser factores desafiantes para este, si sus competencias le permiten superarlas y canalizarlas para su bienestar, o, por el contrario, estas pueden llegar a ser un factor que amenace la salud y equilibrio mental del trabajador cuando

este no puede encontrar las soluciones para afrontar el riesgo psicosocial latente, manifestando trastornos psíquicos tales como ansiedad, miedo, cambios en su estado de ánimo, incapacidad para concentrarse, insomnio, adicciones; así como otras manifestaciones psicósomáticas y que tienen un efecto global en la salud del trabajador.

La satisfacción laboral es un componente importante en el desempeño de las diversas actividades dentro de una institución, debido a que incrementa las relaciones interpersonales y el clima de trabajo, este punto se explica como la necesidad de logro y excelencia de la persona, ya que guarda relación con el desempeño, las aptitudes de sí mismo, así como de la labor que ofrecen a los receptores del servicio, esta sensación de orgullo, genera en la persona una percepción de autorrealización, siendo positiva la decisión de pertenecer a la institución en la que labora; caso contrario si la persona no se siente satisfecha con el trabajo realizado y se encuentra en un entorno laboral negativo, produce frustración, generando consecuencias como la mala práctica profesional, el ausentismo laboral, el aislamiento, la persona no busca cumplir sus metas ni dar un buen servicio, pierde los ideales repercutiendo principalmente en el trabajo, en las actividades familiares, sociales y recreativas, sumiéndose en una especie de auto encierro que desencadenará una serie de patologías clínicas. En este sentido, los niveles de Burn Out se relacionan con la satisfacción laboral (Whitehead & Borritz, 2006).

Muñoz y Lucero (2009) realizaron un estudio para demostrar la correlación existente entre las variables demográficas con la realización personal de docentes, constatando que la edad y los años de desempeño son las variables más significativas dentro de dicho estudio, siendo los profesionales con menos edad los que percibirán una mayor presión externa que les genere estrés y en los profesionales con menos años de servicio los que tienden a presentar una mayor realización en su ejercicio profesional. Por lo general los profesionales más jóvenes, con menos experiencia presentan mayor estrés y cansancio emocional; la realización personal se observa en profesionales con menos años de servicio, al contrario de los que están cerca de la jubilación quienes empiezan a tener un mayor desgaste y cuestionamiento acerca de su profesión. Por otro lado, el agotamiento o pérdida de interés que presentan algunos profesionales que poseen más de 40 años de servicio, se vincula mucho a factores asociados con la edad.

Los resultados de otra investigación manifiestan que los profesionales que tienen más de 65 años, son aquellos que menor nivel de realización personal poseen, mientras que quienes

obtuvieron mayor nivel de realización personal son los de 26 a 35 años. (Ibáñez, López, Márquez, Sánchez, flores-Alarcón & Vera, 2012).

En Alemania, estudios han demostrado que la prevalencia de esta problemática ha ido en ascenso rápidamente, se evidencia en los resultados de una encuesta representativa realizada por el TNS Emnid, en diciembre de 2010, en la que plantean que el 12,5% de los empleados sienten agotamiento por sus trabajos. Otros estudios realizados en Sao Paulo, Brasil, con 101 bomberos, se expusieron resultados de síntomas depresivos leves 13,86%, moderados 3,69%, y graves 1,0%, existiendo asociación entre depresión, cansancio emocional y despersonalización.

A continuación, se expone el instrumento elegido por los investigadores de todo el mundo debido a su validez en diversas poblaciones, su fácil acceso y comprensión, ya que permite el diagnóstico del Síndrome de Burn Out de una manera eficaz.

### **1.5 Maslach Burn Out Inventory (MBI)**

El cuestionario MBI, es el instrumento que se ha utilizado en la mayoría de estudios e investigaciones para medir el síndrome de Burn Out en diversas profesiones, creado por Maslach y Jackson en 1981, con una consistencia interna que oscila entre  $\alpha = 0,86$  y  $0,901$ , es un inventario de 22 ítems, con un rango de respuesta desde 0 a 6, que va de “nunca” hasta “todos los días”. Existe una versión doblada al español (Seisdedos, 1997) que comparte las tres dimensiones clásicas del Burn Out: cansancio emocional, despersonalización y realización personal, Gil-Monte (2009) plantean que las fortalezas del MBI son la gran aceptación internacional, el apoyo empírico de la estructura factorial, la evidencia de validez concurrente y divergente.

Por otra parte, para cada una de estas tres escalas se obtiene una categoría de baja, media o alta para determinar la mayor o menor frecuencia del Burn Out. El síndrome estará presente cuando exista una puntuación alta en cansancio emocional como en despersonalización y baja en realización personal en el trabajo (Gil-Monte & Moreno-Jiménez, 2007; Seisdedos, 1997). Los datos de consistencia interna indican un  $\alpha = 0.90$  para cansancio emocional, un  $\alpha = 0.79$  para despersonalización y un  $\alpha = 0.71$  para realización personal en el trabajo.

La fiabilidad de test-retest es de 0.60 a 0.82 para cansancio emocional, 0.54 a 0.60 en despersonalización y 0.57 a 0.80 en realización personal, con la transformación de las puntuaciones directas a puntuaciones centiles y aplicando baremos correspondientes, se indica que una puntuación centil de 34 a 66 se sitúa en la categoría media y una puntuación centil de 67 a 99 se sitúa en la categoría alta (Seisdedos, 1997).



## CAPÍTULO 2

### METODOLOGÍA

La presente investigación es de tipo cuantitativa-analítica-correlacional, por lo tanto, se busca conocer la correspondencia entre sintomatología clínica y la presencia del síndrome de Burn Out en el Benemérito Cuerpo de Bomberos de la ciudad de Cuenca, para este efecto, se planteó las respectivas hipótesis de investigación:

H1. La sintomatología clínica influye en la presencia del síndrome de Burn Out.

H2. Existe un alto índice de Burn Out en el Benemérito Cuerpo de Bomberos de Cuenca.

De la misma manera se estableció un objetivo general:

1. Relacionar la sintomatología clínica y la incidencia del síndrome de Burn Out.

Y cuatro específicos que se los enuncia a continuación:

1. Identificar las variables demográficas.

2. Identificar la sintomatología clínica.

3. Determinar la incidencia de Burn Out.

4. Correlacionar resultados sintomáticos (9 dimensiones) con el síndrome de Burn Out (3 subescalas), conjuntamente con las variables sociodemográficas.

#### **2.1. Población**

La población del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Cuenca se encuentra conformada por un total de 347 miembros, de los cuales, 147 personas pertenecen al personal operacional y administrativo, mientras que 200 son bomberos voluntarios.

Para delimitar la muestra del estudio se empleó criterios de inclusión que representan a bomberos rentados o fijos, es decir, todos aquellos profesionales que son remunerados y tienen como profesión únicamente la de ser bomberos, que participan en todas las emergencias, urgencias de la sociedad para la que laboran. En tanto que, respecto a criterios

de exclusión se descartó a los bomberos voluntarios debido a que no cumplen un horario establecido y realizan actividades extra curriculares como estudiar o trabajar en otras áreas de profesión sin participar en todas las emergencias que se puedan presentar; igualmente se suprimió al personal administrativo ya que su labor es únicamente funcionaria.

## 2.2 Muestra

A razón de lo expuesto, se indica que la actual investigación estuvo conformada por un total de 88 participantes, misma que en el cálculo de estimación de tamaños muestrales comprobó un nivel de confianza de 95% y un margen de error del 5%, con ayuda del programa *feedback networks*, cuya fórmula es:

$$n = \frac{k^2 * p * q * N}{(e^2 * (N - 1)) + k^2 * p * q}$$

Explicados de la siguiente manera:

n = tamaño de la muestra

k = nivel de confianza

p = proporción de individuos que poseen la población la característica de estudio

q = proporción de individuos que no poseen esa característica

N = tamaño de la población o universo

Esta muestra cumple los criterios de inclusión y libre participación con anonimato; de esta manera, 85 personas pertenecen al género masculino, lo que equivale al (96.6%) del total y 3 participantes al género femenino, correspondiendo al (3.4%); todos en edades entre 22 y 60 años, con una media de 35.88 años (DE=7.81), un tiempo de desempeño respecto a su labor, comprendido entre los 12 y 216 meses con una media de 79.75 meses de trabajo (aproximadamente 6 años y medio) y (DE=53.55 meses).

El 63.6% (n=56) de bomberos indicó haber concluido el segundo nivel de escolaridad y el 29.5% (n=26) finalizado el tercer nivel de educación, el 84.1% (n=74) nacieron en la ciudad de Cuenca y el 15.9% restante (n=14) en: Nabón, Gualaceo, Paute, Santa Isabel, Loja, Quito, Cañar y Machala.

Finalmente, 59.1% de los participantes (n=52) son casados y el 22.7% (n=20) solteros; estos detalles se exponen a continuación en la Tabla 1.

Tabla 1.

*Caracterización de la muestra ( N=88)*

Característica	N	%	Característica	n	%		
Sexo	Hombres	85	96,6	Soltero	20	22,7	
	Mujeres	3	3,4	Casado	52	59,1	
Nivel de instrucción	Primaria	6	6,8	Estado civil	Divorciado	10	11,4
	Segundo nivel	56	63,6		Separado	2	2,3
	Tercer nivel	26	29,5		Unión libre	4	4,5
Lugar de nacimiento	Cuenca	74	84,1				
	Otro	14	15,9				

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

### 2.3 Procedimiento

La presente investigación se inició con los permisos necesarios por parte de las autoridades del Benemérito Cuerpo de Bomberos Voluntarios de Cuenca para consentir la aprobación a realizar el estudio en sus establecimientos, seguido de esto, se fue partícipe de una charla informativa dirigida a bomberos rentados, con la finalidad de exponer el estudio con sus objetivos y beneficios para los participantes; sobre todo para motivar su colaboración voluntaria.

Transcurrido un tiempo, se obtiene los horarios de los turnos de cada profesional en las 9 estaciones del Benemérito Cuerpo de Bomberos de Cuenca, razón por la cual se planifica por medio de un cronograma las fechas y horas para visitar cada estación con el objetivo de evaluar a los participantes con los instrumentos mencionados anteriormente (SCL-90R, MBI); cabe recalcar que, tras la administración del primer reactivo psicológico, se procuró un tiempo

de dos semanas para aplicar el segundo reactivo, de esa forma se garantizó la confiabilidad de las respuestas sin sesgos e invalidez de resultados; de igual manera, se esclareció que los instrumentos de evaluación son de carácter anónimo y los resultados se contextualizarán en términos estadísticos generales.

Consumada la recolección de información, se continuó con la elaboración de una base de datos y su respectivo procesamiento estadístico con el programa (SPSS STATISTIC 24), este realiza tanto el análisis factorial que oscila entre 0 y 1 siendo la significancia ( $p < 0,05$ ), como el análisis de las correlaciones propuestas como objetivo; además se investigó el nivel de validez, confiabilidad de los resultados de las pruebas psicológicas, dicho análisis se efectuó en el transcurso de una semana con la cooperación de Peñafiel, V. (2017), profesional en análisis estadístico.

Los resultados generales de Burn Out y sintomatología clínica se presentan mediante medidas de tendencia central y dispersión, además los niveles traducidos se presentan mediante frecuencias absolutas, porcentuales con ayuda de gráficos de barras, columnas.

La sintomatología clínica y las respuestas medias obtenidas por los ítems adicionales se puede observar con un gráfico de líneas, el comportamiento de los datos resultó no ser normal ( $P_{K-S} > 0.05$ ), por lo que las relaciones se establecieron mediante el coeficiente Rho de Spearman, las decisiones fueron tomadas con una consideración del 5%.

Las tablas y las figuras fueron editadas en Excel 2016 y el procesamiento de datos en el programa estadístico SPSS STATISTIC 24.

## CAPÍTULO 3

### RESULTADOS

#### 3.1 Burn Out

Los bomberos registraron un cansancio emocional de entre 0 y 22 puntos con una media de 5.1 (DE=5.0), una valoración muy por debajo de la media de la escala (27 puntos); una despersonalización de entre 0 y 17 puntos con una media de 4.8 (DE=4.4), 10.2 puntos por debajo de la media de la escala. Respecto a la realización personal obtuvieron puntuaciones entre 9 y 48 ( $\bar{X}$ =37.9; DE=8.5) con 10.1 por debajo del puntaje máximo posible y 13.9 puntos por encima de la media de la escala. Los detalles se pueden observar en la Tabla 2.

Tabla 2

*Descriptivos sobre Burn Out*

	Mínimo	Máximo	Máximo (escala)	Media	DE	Media (escala)
Cansancio emocional	0.0	22.0	54	5.1	5.0	27
Despersonalización	0.0	17.0	30	4.8	4.4	15
Realización personal	9.0	48.0	48	37.9	8.5	24

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

Los resultados revelaron que el 98.9% (n=87) de los participantes tenían un nivel bajo de cansancio emocional, el 56.8% (n=50) una baja despersonalización y el 14.8% (n=13) alta despersonalización; adicionalmente se encontró que el 28.4% (n=25) tenía baja realización personal.

La distribución de estas frecuencias se observa en la Tabla 3, en la Figura 1 con resultados numéricos y de manera porcentual en el Anexo 1.

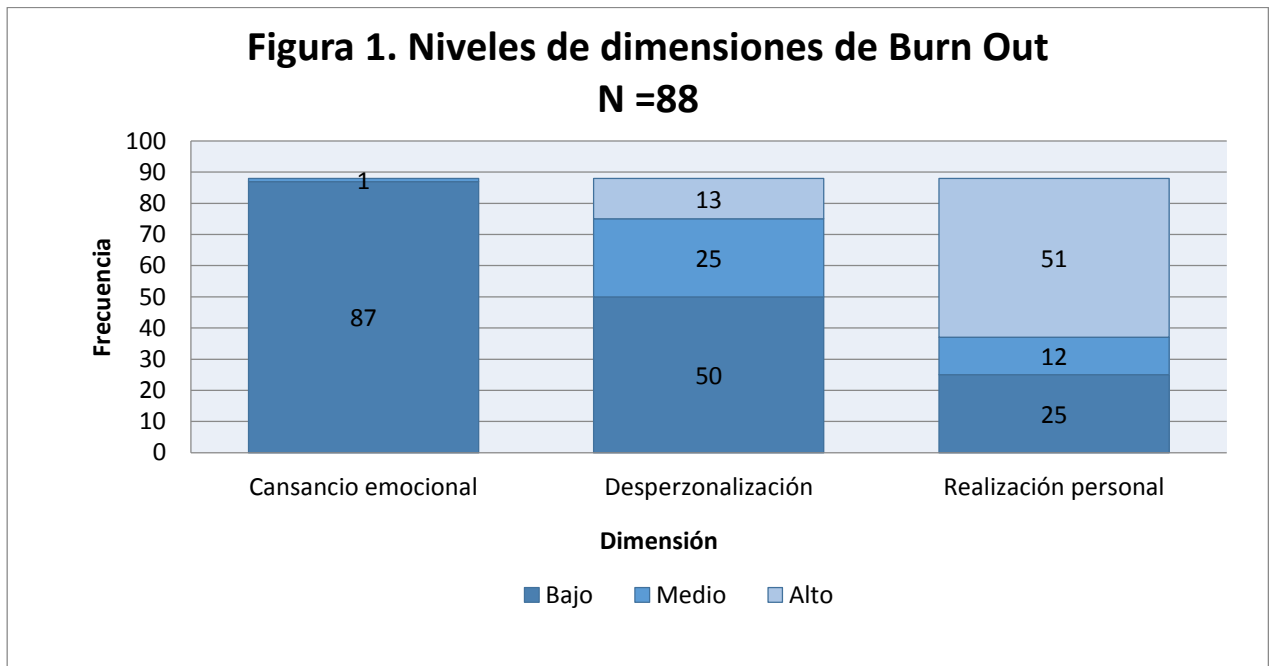
Tabla 3.

Nivel de las Dimensiones de Burn Out (N=88)

Nivel	Cansancio emocional		Despersonalización		Realización personal	
	n	%	n	%	n	%
Bajo	87	98.9	50	56.8	25	28.4
Medio	1	1.1	25	28.4	12	13.6
Alto			13	14.8	51	58.0

Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaborado por: Peñafiel, V. (2017).



Fuente: Base de datos elaborada para la investigación.

Elaborado por: Peñafiel, V. (2017).

Aquellas personas con cansancio emocional “bajo” registraron una puntuación media de 4.98 (DE=4.72). En la dimensión de despersonalización la valoración media de personas con baja y media despersonalización fue de 1.52 (DE=1.52) y 7.52 (DE=1.19) respectivamente mientras que aquellas personas con alta despersonalización mostraron un puntaje de 12.38 (DE=2.29).

En la dimensión de realización personal la media de aquellos bomberos que se encontraban en un nivel “bajo” fue de 26.84 (DE=6.52), de las personas con un nivel medio fue de 35.50 (DE=1.24) y finalmente los participantes con una alta realización personal revelaron una media de 43.86 (DE=2.67). Los detalles se observan en la Tabla 4.

Tabla 4.

*Descriptivos de dimensiones de Burn Out según nivel*

Dimensión	Nivel	Mínimo	Máximo	Media	DE
Cansancio emocional	Bajo (n=87 ; 98,9%)	0,00	16,00	4,89	4,72
	Medio (n=1 ; 1,1%)		22,00		
Despersonalización	Bajo (n=50 ; 56,8%)	0,00	5,00	1,52	1,52
	Medio (n=25 ; 28,4%)	6,00	9,00	7,52	1,19
	Alto (n=13 ; 14,8%)	10,00	17,00	12,38	2,29
Realización personal	Bajo (n=25 ; 28,4%)	9,00	33,00	26,84	6,52
	Medio (n=12 ; 13,6%)	34,00	38,00	35,50	1,24
	Alto (n=51 ; 58%)	40,00	48,00	43,86	2,67

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

En total fueron 28 bomberos (31.8%) quienes cumplieron con una de las tres condicionantes para ser diagnosticados con Burn Out y 5 participantes (5.7%) quienes cumplían con dos condiciones simultáneamente; no se registraron indicios de Burn Out en la dimensión de cansancio emocional.

### 3.2 Sintomatología Clínica

Fueron 5 personas quienes presentaron un total de síntomas positivos (TSP) menores o iguales a 3, lo que las califica como personas que tienden a mostrarse mejor de lo que realmente están y 10 voluntarios con un TSP sobre los 50 puntos, quienes poseen predisposición a exagerar sus patologías; por lo que fueron excluidas de esta sección del estudio para trabajar con un total de 73 personas, es decir, 71 hombres (97.26%) y 2 mujeres (2.74%).

Se registraron índices de severidad global (malestar) IGS de entre 30 y 55 con una media de 43.7 (DE=8.04) y una baja dispersión de datos (DE < 20% de la media), respecto al total de síntomas positivos (TSP) los resultados se encontraban desde 30 y 60 con una media de 47.19 puntos y una baja dispersión de datos (DE=9.17); en tanto que, el índice de malestar sintomático positivo (IMSP) tuvo oscilaciones de entre 30 y 55 puntos con una media de 38.56 puntos y una baja dispersión de datos (DE=7.19).

De las 9 sintomatologías clínicas evaluadas se encontró que la ideación paranoide reflejaba el puntaje medio más alto dentro del grupo ( $\bar{X}$ =55.37; DE=8.52), seguida por la ansiedad fóbica ( $\bar{X}$ =50.08 (DE=6.55); en tanto que, la ansiedad fue la sintomatología con menor media registrada ( $\bar{X}$ =42.4; DE=8.74). La descripción detallada se muestra en la Tabla 5.

Tabla 5.

*Descripción de sintomatología clínica*

Sintomatología	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	Mediana
IGS	30.00	55.00	43.70	8.04	45.00
POSITIVAS	30.00	60.00	47.19	9.17	50.00
IMSP	30.00	55.00	38.56	7.19	40.00
Somatización	35.00	70.00	48.01	8.07	50.00
Obsesiones y Compulsiones	30.00	60.00	46.03	8.12	45.00
Sensitividad interpersonal	35.00	60.00	46.03	6.97	45.00
Depresión	30.00	63.00	43.19	7.53	45.00
Ansiedad	30.00	60.00	42.40	8.74	40.00
Hostilidad	35.00	65.00	44.86	7.64	45.00
Ansiedad fóbica	45.00	70.00	<b>50.08</b>	6.50	50.00
Ideación paranoide	35.00	80.00	<b>55.37</b>	8.52	55.00
Psicoticismo	35.00	60.00	45.82	6.24	45.00

IGS= Índice de Severidad Global; Positivas= Total de Síntomas Positivos; PSDI: Malestar Sintomático Positivo.

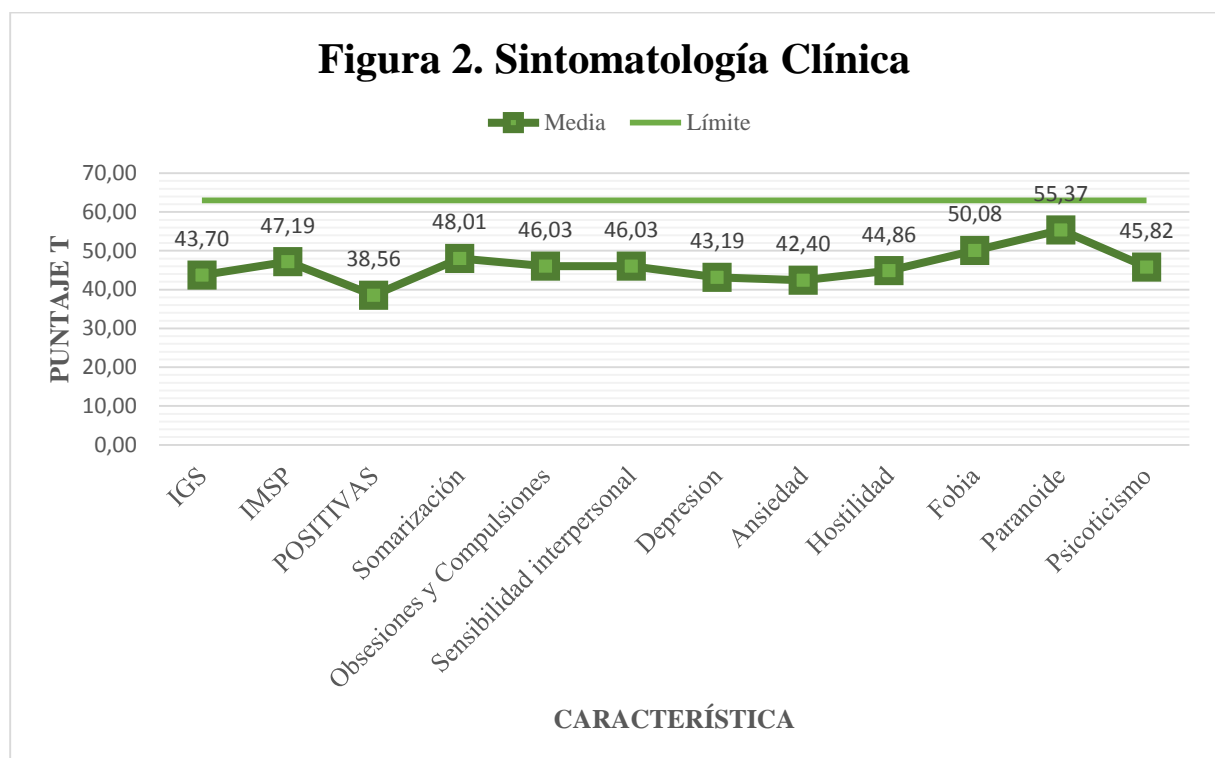
**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).



La somatización, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide registraron puntuaciones T mayores o iguales a 63 lo que refleja un riesgo; sin embargo, los puntajes medios registrados en todos los casos estuvieron por debajo del límite y con bajas dispersiones de datos, pues estas medias oscilaron entre 42.40 puntos y 55.37 puntos; En tanto que el IMSP obtuvo una mediana de 40 puntos y una media de 38.46.

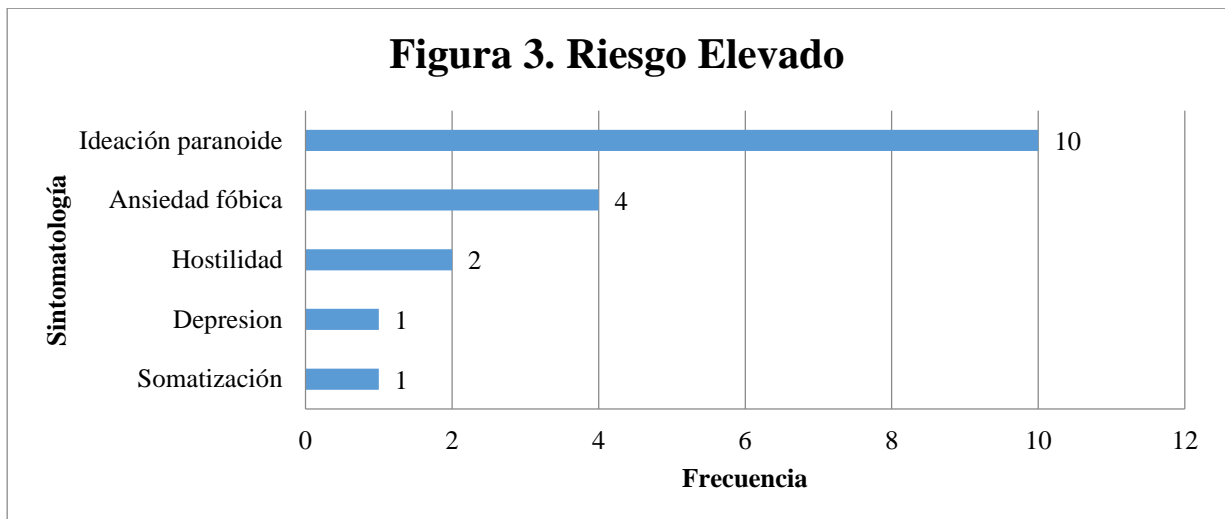
En la Figura 2 se puede observar el comportamiento medio de la sintomatología en los participantes con relación al límite establecido (puntaje T).



**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

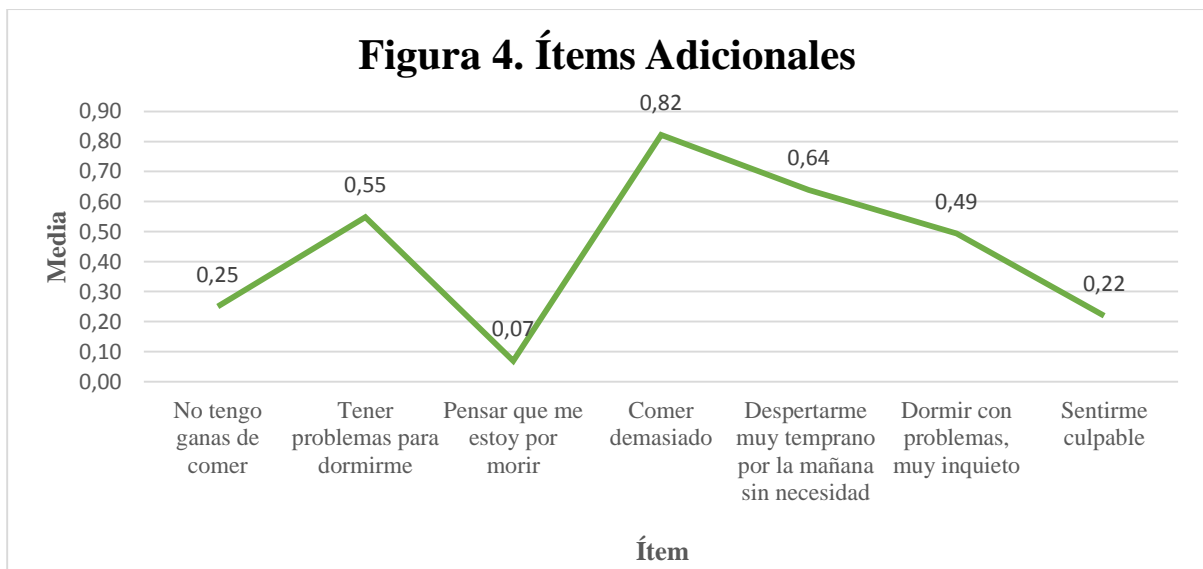
Se encontró que 14 personas (19.2%) mostraron puntuaciones T elevadas en una sintomatología, mientras que 2 personas (2.7%) en dos de manera simultánea. En suma, se revelaron 10 personas con ideación paranoide, 4 con ansiedad fóbica, 2 con hostilidad, 1 con depresión y 1 con somatización. (Figura 3)



**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

En los ítems adicionales sus medias se encontraron muy por debajo de la media de la escala; sin embargo, el síntoma referido a “comer demasiado” fue el que mayor puntaje resultó con una media de 0.82 puntos (DE=1), seguido por “despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad” con una media de 0.64 (DE= 0.83). “pensar que me estoy por morir” fue el ítem con menor puntaje con una media de 0.07 (DE=0.25). (Figura 4)



**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

### 3.3 Correlaciones: características participantes vs Burn Out y sintomatología clínica

Los resultados demostraron una correlación inversa leve entre el tiempo de desempeño de los participantes y la realización personal; a razón de, a mayor tiempo de desempeño menor realización personal. Detalles en la Tabla 6.

Tabla 6.

*Correlación Burn Out con características de los participantes*

		Tiempo de desempeño	Edad	Nivel escolar
Cansancio	Rs	.008	-.145	.187
emocional	P	.945	.216	.107
Despersonalización	Rs	.140	-.088	.195
	P	.230	.453	.093
Realización personal	Rs	<b>-.273*</b>	-.052	.006
	P	.018	.658	.959

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

*Nota:* \* Correlación a una cola ( $p < .05$ )

Se encontró una relación moderada leve directa ( $R_s = .344$ ;  $p < 0.05$ ) entre la edad de los participantes y el nivel de depresión; a diferencia de somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, ansiedad que no registraron relación alguna con las características de los bomberos. (Tabla 7)

De la misma manera, la hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo no presentan relación con las características de los voluntarios. (Tabla 8)

Tabla 7.

*Correlaciones: sintomatología clínica y características de los participantes (1)*

		Somatización	Obsesiones y Compulsiones	Sensitividad interpersonal	Depresión	Ansiedad
Tiempo de	Rs	.212	-.032	.004	.181	.107
desempeño	P	.073	.791	.971	.127	.369
Edad	Rs	.050	.078	.111	<b>.344**</b>	.062
	P	.676	.513	.351	.003	.602
Nivel de	Rs	-.039	.004	-.056	-.076	.224
escolaridad	P	.745	.971	.639	.523	.057

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

Nota: \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Tabla 8.

*Correlaciones: sintomatología clínica y características de los participantes (2)*

		Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
Tiempo de	Rs	.044	.167	.029	-.033
desempeño	P	.714	.162	.806	.784
Edad	Rs	-.072	.217	.048	.144
	P	.544	.065	.684	.225
Nivel de	Rs	.143	-.105	-.121	.062
escolaridad	P	.226	.375	.308	.602

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

### 3.4 Correlaciones: Burn Out vs sintomatología clínica

El cansancio emocional se vio relacionado ( $p < 0.05$ ) de manera moderada directa ( $R_s > 3$ ) con: la somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión y ansiedad; en tanto que la despersonalización mostró una correlación ( $p < 0.05$ ) leve directa ( $R_s < 3$ ) con la somatización, obsesiones y compulsiones y sensibilidad interpersonal. (Tabla 9)

Tabla 9.

*Correlaciones: sintomatología clínica y Burn Out (1)*

		Somatización	Obsesiones y Compulsiones	Sensibilidad interpersonal	Depresión	Ansiedad
Cansancio emocional	Rs	.443**	.461**	.441**	.404**	.300*
	P	.000	.000	.000	.000	.010
Despersonalización	Rs	.291*	.275*	.244*	.174	.210
	P	.013	.019	.037	.141	.074
Realización Personal	Rs	.004	-.135	-.063	-.026	-.010
	P	.974	.257	.599	.827	.932

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

Nota: \*\*. La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

\*. La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

El cansancio emocional estuvo levemente relacionado de manera positiva con la hostilidad, ( $R_s = .297$ ;  $p = .011$ ), y moderadamente relacionado con el psicoticismo de manera positiva ( $R_s = .433$ ;  $p = .000$ ). Además, se encontró una relación leve positiva entre la despersonalización de los profesionales y el nivel de psicoticismo. En la Tabla 10 se visualizan los resultados completos.

Tabla 10.

*Correlaciones: sintomatología clínica y Burn Out (2)*

		Hostilidad	Ansiedad fóbica	Ideación paranoide	Psicoticismo
Cansancio emocional	Rs	.297*	.133	.061	.433**
	P	.011	.261	.606	.000
Despersonalización	Rs	.173	.077	.021	.285*
	P	.143	.517	.857	.015
Realización personal	Rs	.009	-.118	.061	-.128
	P	.937	.319	.607	.282

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

\* . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

### 3.5 Validación de los Resultados

Dentro del estudio se realizó la validación de los reactivos empleados en la muestra estudiada; resultando para el Cuestionario de Sintomatología Clínica (SCL-90R), un alpha de cronbach del ( $\alpha=0.91$ ), que expresa una alta confiabilidad de los datos; para el Maslach Burnout Inventory (MBI), una confiabilidad de datos del ( $\alpha=0.75$ ), significado de una alta validez.

- **Estadísticas de fiabilidad**

#### Sintomatología Clínica

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,912	90

## Burn Out

Alfa de Cronbach	N de elementos
0,751	22

De acuerdo a las Hipótesis planteadas se concluye lo siguiente:

### **H1. “La sintomatología clínica influye en la presencia del síndrome de Burn Out.**

En relación con la primera hipótesis, se demuestra que los resultados no son estadísticamente significativos para afirmar que los síntomas clínicos influyen en el origen del síndrome de Burn Out; sin embargo, se constituyó una correlación entre algunos síntomas con dos aspectos negativos del síndrome como lo son, el cansancio emocional y la despersonalización.

### **H2. “Existe un alto índice de Burn Out en el Benemérito Cuerpo de Bomberos de Cuenca.”**

La segunda hipótesis resultó negativa, debido a que el estudio efectuado no reveló porcentajes que sugieran la presencia del síndrome de Burn Out, pues ningún bombero obtuvo las condiciones requeridas para que se establezca el síndrome; no obstante cinco bomberos presentaron dos condiciones entre: alto cansancio emocional, alta despersonalización y una baja realización personal, por lo que es un indicador de alerta para tomar medidas de prevención frente al padecimiento futuro del síndrome en esta población.

## DISCUSIÓN

En el presente estudio, los datos demográficos obtenidos indican en general que nos encontramos frente a una muestra de bomberos jóvenes con una edad media de 35.88 años, en los que se destacan con mayor porcentaje los que se encuentran casados y los que han completado los estudios de segundo nivel; entre el tiempo desempeñado en su profesión se estima una media de 6.6 años. Estos datos se asemejan a una muestra de bomberos profesionales en otros estudios a nivel nacional (Calderón, 2015) e internacional (Jacobsson, Backteman-Erlanson, Padyab, Sjölander & Brulin, 2016; Díaz, 2014; Cook & Mitchell, 2013).

Como se explica en apartados previos, el análisis de esta investigación se basó en la sintomatología clínica asociada al síndrome de Burn Out, por este motivo a continuación se propone la discusión de los datos obtenidos con los reactivos psicológicos SCL-90R para los síntomas y MBI para el síndrome; en equivalencia con estudios a nivel nacional e internacional.

En lo que concierne a las nueve dimensiones de sintomatología clínica evaluadas en este estudio se descubrió valores T mayores o iguales a 63 para *somatizaciones, depresión, hostilidad, ansiedad fóbica e ideación paranoide*; en contraste con un estudio realizado con la misma población en España, se encuentran puntajes T mayores tanto en *somatizaciones* de 67 - 80%, como en *psicoticismo* entre 59-77% por encima de la muestra general (Díaz, 2014), si bien en el actual estudio no se evidencia puntajes elevados para las mismas dimensiones como en el estudio de comparación, es indiscutible que los valores T estimados como resultantes de los dos estudios equivalen a un riesgo en la salud del profesional.

Similarmente, una investigación llevada a cabo en nuestra ciudad con el mismo reactivo psicológico (SCL90-R), en cuidadores de niños con autismo, obtuvieron puntajes T elevados en sus nueve dimensiones alcanzando hasta puntuaciones de 80 respecto a *depresión, ansiedad* seguidas de *sensitividad interpersonal* con valores de 75, *somatizaciones, obsesiones-compulsiones, fobia, ideación paranoide* y *psicoticismo* con equivalentes a 70. (Caguana, 2016). Es innegable que, a pesar de las discrepancias encontradas en los estudios mencionados, la *ideación paranoide* y *ansiedad fóbica* fueron elevadas y a pesar de no llegar a considerarse un valor clínicamente significativo, sí figura un estado de riesgo.



Respecto a los síntomas de *depresión* y *ansiedad* que presentaron puntajes T de riesgo, se efectúa un análisis con un estudio llevado a cabo en la ciudad de Quito, en el que los autores concluyen que tanto en bomberos como paramédicos, los síntomas previos presentes ante un siniestro son: *ansiedad generalizada* en un 41%; *síntomas específicos de ansiedad* en un 31%; síntomas de *depresión* en un 19%; *síntomas específicos de ansiedad y depresión* en un 23%, estos durante el período de 24 horas de trabajo; en tanto que, posterior a un siniestro, los síntomas de *ansiedad generalizada* equivalen a un 52%; *ansiedad* 43%; *depresión* 34%; *síntomas específicos de ansiedad y de depresión* 54% en las mismas 24 horas de trabajo (Van Eysenrode & Esteban, 2015). Datos afines se presentan en bomberos de la ciudad de Loja, debido a que el 26,51% de población estudiada presentan *depresión leve*, el 12,25% *depresión moderada* y el 4,10% *depresión grave*; mientras que en lo referente al síntoma de *ansiedad* se exhibe en *gravedad leve* un 26,51%, el 12,25% *ansiedad moderada* y el 4,10% *ansiedad grave* (Jaramillo, 2013). Gracias a esta variedad de datos, se puede observar de manera clara que los profesionales de emergencia en general, padecen síntomas tanto de *ansiedad* como *depresión* con puntuaciones de riesgo o elevadas; es por esto que se comprueba lo expuesto en capítulos anteriores concerniente al ritmo de vida laboral de dicha población que promueve los síntomas.

Posteriormente, se asoció los resultados, con los obtenidos en un estudio de la ciudad de Loja relativo al síntoma de *impulsividad*, es decir, del 100% de bomberos evaluados el 28,58% presenta impulsividad, dentro de los cuales, el 18,36% son quienes presenta dificultad baja para controlar impulsos, mientras que el 10,21% tiene dificultad media en el control de impulsos (Jaramillo, 2013); esto da a conocer que independientemente de la capacidad de control de impulsos, el síntoma está presente en la población, estos datos se asemejan con el presente estudio, ya que existe *hostilidad-irritabilidad* en un puntaje T de 63 equivalente a riesgoso.

En efecto, en este estudio se obtuvo puntajes elevados en *ideación paranoide*, seguida de *ansiedad fóbica*; y de las 9 dimensiones la que menor puntuación reveló fue *ansiedad*, sin dejar de ser considerada como valor de riesgo; todo esto en oposición a un estudio realizado en Colombia con docentes que exhibió prevalencias altas en *ansiedad, sintomatología somática e insomnio*. (Marenco & Ávila, 2016).

En lo que confiere a los ítems adicionales que evalúa el SCL-90R, el vigente estudio reveló que el ítem adicional **comer demasiado** fue el de mayor puntaje con una media de 0.82 puntos (DE=1), teniendo presente un estudio en Costa Rica, que apreció el porcentaje de grasa corporal de bomberos profesionales en el que se acredita al 74% de evaluados un alto porcentaje, siendo la mitad de ellos los que ingresan en la categoría de sobrepeso y la otra mitad en la de obesidad (Araya, 2012); se establece la relación de que, a pesar de no haberse evaluado el índice de masa corporal en el presente estudio, se puede asociar el ítem **comer demasiado** con el sobrepeso y obesidad, síntoma que puede ser una respuesta al estrés laboral, ya que así lo menciona un estudio realizado en Finlandia que descubre la relación del índice elevado de masa corporal, para quienes comen en situaciones de estrés a comparación con otras personas. (Laitinen & Sovio, 2002).

Todos estos estudios analizados simbolizan que diferentes síntomas se presentan en puntajes riesgosos o elevados en la mayoría de profesiones que implican riesgo y exposición a distintos eventos estresantes, a más de estos síntomas, es posible que se despliegue el síndrome de Burn Out en esta población a causa de los riesgos ya expuestos; por tal razón, a continuación, se desarrolla un análisis con varios estudios referentes a este síndrome.

Los resultados correspondientes a las dimensiones del síndrome de Burn Out, reflejaron en **cansancio emocional** un puntaje bajo de 98.9% (n=87) y alto de 1.1% (n=1), en **despersonalización** un puntaje bajo de 56.8% (n=50), alto de 14.8% (n=13), en **realización personal** un puntaje bajo de 28.4% (n=25), alto de 71.6% (n=63); en un estudio similar a nivel nacional realizado por Calderón en el 2015, con una muestra de 61 operativos del área de atención pre-hospitalaria del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito, mantiene resultados similares gracias a que en **cansancio emocional** presenta una puntuación baja de 80% (n=49) y una puntuación alta de 5% (n=3), en **despersonalización** una puntuación baja de 60% (n=37), alta de 20% (n=12), en **realización personal** una puntuación baja de 33% (n=20), alta de 46% (n=28). Esto simboliza la ausencia de fatiga física o emocional que pudiera interferir en el desarrollo óptimo de las actividades laborales, no se destaca distanciamiento ni actitudes frías e impersonales hacia los receptores de sus servicios o miembros de la organización; se orientan así, a la satisfacción de sus propias habilidades, aptitudes para cumplir sus funciones y relacionarse con las personas que acogen.

En contraste con un estudio a nivel nacional con la muestra de 49 profesionales que conforman el Cuerpo de Bomberos de Loja en 2013, se revelaron los siguientes resultados: en **cansancio emocional** bajo de 38.7% (n=19) y alto de 42.85% (n=21), en **despersonalización** bajo de 28.57% (n=14), alto de 40.81% (n=20), en **realización personal** bajo de 36.73% (n=18), alto de 42.85% (n=21). (Jaramillo & Larriva, 2013); a diferencia del actual estudio, los bomberos de la ciudad de Loja evidencian porcentajes altos en **cansancio emocional** y **despersonalización**, lo que revela la tendencia a la queja constante por las demandas del trabajo, agotamiento progresivo de los recursos emocionales como la saturación y fatiga emocional, actitudes negativas tales como rechazo, frialdad e insensibilidad hacia los usuarios o clientes; sin embargo predomina un alto porcentaje en **realización personal**, lo que manifiesta que aún en presencia de estrés laboral se ha logrado la satisfacción con su profesión respecto a esta población.

En el presente estudio, así mismo, se mostró la baja incidencia para el desarrollo del síndrome de Burn Out, pues es necesaria la presencia de puntuaciones altas en las dos primeras dimensiones “**CE y D**” y bajos valores en la dimensión “**RP**”; en tanto que de la muestra estudiada el 31.8% (n=28) de los participantes cumplieron con uno de los tres criterios, el 5.7% (n=5) cumplió con dos criterios y ninguno cumplió con los tres criterios que reflejan el síndrome. En oposición con un estudio en España que acertó el porcentaje de bomberos con puntuación alta en **cansancio emocional** de 6.7%, valores altos de 9.2% en **despersonalización** y con estimación baja en **realización personal** de 32.8%; por lo tanto solo el 1.7% cumplió los criterios que identifican el síndrome (Díaz, 2014), este ha sido el estudio que más similitud ha presentado con los actuales resultados; mientras que en Portugal la incidencia del Burn Out clínicamente significativo fue del 4,68%, lo que demuestra que la presencia del síndrome en la profesión bomberil es reducida (Gaspar, 2014).

En definitiva, se comprueba que los valores medios obtenidos en **cansancio emocional** y **despersonalización** en este estudio se encuentran muy por debajo de los obtenidos en otra muestra de bomberos profesionales de Perú (Rodríguez & Saldaña, 2011); de igual manera los resultados mantienen similitud en **despersonalización**, pero discrepan en **cansancio emocional** con estudios en bomberos de Portugal y Suiza (Gaspar, 2014; Jacobsson, Backteman-Erlanson, Padyab, Sjölander & Brulin, 2016). Adicional a este análisis de varios autores se comprueba lo ya citado, es decir que, a pesar de la presencia de agotamiento y cinismo, predomina la realización personal en esta profesión.

Resulta parte del estudio correlacionar las *características de los participantes* con la *sintomatología clínica* y el *Burn Out*, en esta investigación se descubrió una sola correlación entre las variables demográficas de los participantes con la sintomatología clínica, siendo esta una relación moderada-leve, directa entre *depresión* y *edad* ( $R_s = .344$ ;  $p < 0.05$ ); es decir, entre más edad, mayor depresión se presenta. En un estudio internacional realizado en la población general, se asevera que la prevalencia de depresión en hombres y mujeres afectados incrementa con la edad de la persona, igualmente esta prevalencia disminuye al aumentar la escolaridad puesto que entre los individuos sin educación formal la prevalencia fue de 8%, disminuyendo hasta 2.1% en aquellos con educación superior o mayor (Belló, Puentes-Rosas, Medina-Mora & Lozano, 2005).

En tanto que, respecto al Burn Out, se acertó una correlación inversa entre el *tiempo de desempeño con la realización personal* ( $p < 0.05$ ); dichas variables guardan relación con los resultados obtenidos en bomberos de España (Díaz, 2014), donde se observó una tendencia significativa e inversa del *tiempo de trabajo con realización personal* ( $p < 0.05$ ). Por lo que se puede concluir que mientras mayor es el tiempo en el desempeño laboral, menor será la realización personal del bombero y marcará una tendencia con los aspectos negativos del Burn Out.

Debido a que no se encuentran estudios en muestras similares sobre la correlación *tiempo de desempeño con realización personal*, cabe efectuar el análisis a nivel nacional con el personal del Centro de Rehabilitación Integral Especializado N°5 de la ciudad de Cuenca, en donde reportan que el 75% de los profesionales que mantienen una alta realización personal pertenecen al rango de 1 a 10 años de tiempo laborando (Zamora, 2016). Similar a una muestra de docentes de la Universidad del Azuay en la que el 100% de profesionales que han laborado entre 0 y 5 años son quienes poseen un nivel alto de realización personal (Arévalo & Solano, 2017). Los resultados de este estudio concuerdan con los revelados por los autores mencionados en párrafos anteriores, se determina que la etiología de este fenómeno se debe a que los profesionales que poseen varios años de servicio presentan mayor agotamiento físico-mental, diferencias psicosociolaborales y escasas habilidades de afrontamiento cada vez mayores en relación con las nuevas generaciones.

Para finalizar con este capítulo se constituye el análisis respectivo a las correlaciones entre las 9 dimensiones de sintomatología clínica y las 3 escalas del síndrome de Burn Out de este

estudio en paralelo a estudios nacionales e internacionales en profesionales que se encuentran expuestos a niveles frecuentes de estrés.

Para este efecto se debe considerar un estudio realizado en profesionales de emergencia, residentes de especialidades médico quirúrgicas sobre el Burn Out y su relación con el bienestar psicológico, en el que se obtuvo tanto un 7,3% de participantes con nivel bajo, como un 92,7% con nivel moderado, sin embargo ninguno reportó niveles altos; conjuntamente se notó que el bienestar psicológico analizado se correlacionó con las dos subescalas del síndrome de Burn Out, omitiendo la *despersonalización*, debido a que este último es utilizado como mecanismo de adaptación a las demandas y al contexto laboral (Paredes & Sanabria-Ferrand, 2008). Esto demuestra como el ambiente laboral, las diferentes circunstancias de trabajo propias de estos profesionales pueden dar lugar al ya mencionado síndrome de Burn Out que se relaciona directamente con la salud mental y física de los mismos.

En un estudio a nivel nacional con bomberos, se concluye que la mayor prevalencia de Burn Out lleva a un incremento de morbilidad psiquiátrica, especialmente conductas ansiosas, depresivas o las dos; es decir, encuentran una relación entre *agotamiento emocional con depresión, trastornos obsesivos compulsivos, ansiedad, hostilidad e ideación paranoide*; al igual que, la relación entre *despersonalización con hostilidad, ideación paranoide y personalidad psicótica* (Jaramillo, 2013). Estas relaciones son las mismas establecidas en el presente estudio entre *cansancio emocional con obsesiones-compulsiones, depresión y ansiedad*, pero que difieren ante las relaciones encontradas sobre *la despersonalización*.

Conjuntamente, el actual estudio exhibió que el *cansancio emocional* a nivel ( $p < 0.05$ ) y la *despersonalización* a nivel ( $p < 0.05$ ) estaban relacionados de manera directa con *somatización, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal y psicoticismo*, guardando similitud en los resultados de otro estudio con bomberos; ya que se relaciona de manera directa con el *índice sintomático general*; y con un tamaño del efecto medio, la correlación entre *despersonalización* ( $p < 0.01$ ) y *cansancio emocional* ( $p < 0.01$ ) con *salud mental* (Díaz, 2014).

Un supuesto que se pretende dejar a investigaciones futuras son los resultados encontrados en el estudio de Díaz, entre *consumo de alcohol, drogas con cansancio emocional* ( $p < 0.05$ ), que son similares a los resultados expuestos en la correlación de *obsesiones-compulsiones*

con *cansancio emocional* ( $p < 0.05$ ) del presente estudio, en donde se observó la presencia de la conducta del *tabaquismo* después de atender una emergencia y que puede deberse a pensamientos intrusivos, ya sea de la escena de los hechos, la atención a víctimas con fracturas o lesiones graves e inclusive el fallecimiento de las mismas; para mitigar el estrés de primer grado que se genera después de brindar los primeros auxilios, afectando a usuarios emisores como receptores de estos servicios.

Por todo lo señalado se entiende que, si el profesional se encuentra emocionalmente o físicamente agotado, respecto a las demandas de su trabajo, posiblemente generará niveles altos de estrés que pueden llegar a desbordar su estabilidad corporal y psíquica provocando así, un proceso de desadaptación que creará síntomas clínicos y que podrían influir en el desempeño natural de su vida cotidiana.

## CONCLUSIONES

Tras la realización de la presente investigación titulada Sintomatología Clínica asociada al Burn Out en el Benemérito Cuerpo de Bomberos de Cuenca, se concluye que, en su gran mayoría, la muestra radica en personas de la presente ciudad con un nivel de escolaridad secundario, siendo la mitad, los que se encuentran casados; en tanto que el tiempo de servicio es bastante variado.

Los participantes de forma general se encuentran estables, sin embargo, los niveles riesgosos del síntoma *ideación paranoide* fue predominante, podría estar asociada al tipo de trabajo de estos profesionales, al intervenir en emergencias, ya que con las dimensiones del Burn Out o las características demográficas de *edad y tiempo de trabajo*, no se encontró relación alguna. Es importante referir que seguido de la *ideación paranoide* se encontró la *ansiedad fóbica* como síntomas predominantes, finalizando con la *ansiedad* que fue el síntoma con menor puntaje; no obstante, todas las medias estuvieron por debajo del límite de alerta sobre la presencia de un trastorno clínicamente significativo.

Se excluyó a 15 personas para el análisis de la sintomatología clínica debido a que sus resultados exhibieron los extremos de optimismo y dramatismo, se mostraron mejor de lo que se encuentran, exageraron su patología, respectivamente.

Los objetivos planteados en el diseño del estudio relativos a relacionar la sintomatología clínica con el síndrome de Burn Out (objetivo general), identificar las variables demográficas, la sintomatología clínica de los bomberos, la incidencia de Burn Out y la correlación de resultados sintomáticos (9 dimensiones) con el síndrome (3 subescalas), a más de las variables demográficas; se efectuaron satisfactoriamente.

A razón de las hipótesis planteadas, se concluye que, a pesar de la certeza sobre la sintomatología clínica estudiada, no influye en la presencia del síndrome de Burn Out, sí se evidencia la relación directa entre síntomas específicos con dos dimensiones correspondientes a este síndrome:

- *Cansancio emocional con somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, psicoticismo.*

- ***Despersonalización con somatizaciones, obsesiones y compulsiones, sensibilidad interpersonal y psicoticismo.***

Aproximadamente el 43% de la muestra, exhibe una tendencia hacia la ***despersonalización***, mientras que un porcentaje bajo de 28.4%, equivale a personas que presentan una baja ***realización personal***; sin embargo, no existe un ***cansancio emocional*** preocupante.

En el estudio se obtuvo una baja dispersión de datos, lo que explica como la sintomatología encontrada fue similar en toda la muestra.

Se descubrió que 14 personas obtuvieron al menos un síntoma con nivel de riesgo dentro de la evaluación con el Inventario de Síntomas (SCL90-R), en proporción a los ítems adicionales del reactivo, el síntoma de ***comer demasiado***, adquirió mayor medida a pesar de encontrarse por debajo del límite clínicamente significativo.

Se justifica la correlación inversa entre la dimensión ***realización personal*** con la variable demográfica de ***tiempo de desempeño***; es decir a mayor tiempo de desempeño menor realización personal. En contraste, concurre una correlación directa positiva en la variable sociodemográfica de ***edad***, con la sintomatología clínica ***depresión***; es decir, a mayor edad mayor índice de depresión.

Finalmente, se acota que el personal de bomberos debe afrontar los riesgos que implica su profesión, mantenerse alerta al acudir a emergencias que se presentan sin previo aviso, es indispensable un clima organizacional adecuado de tal manera que se priorice la salud física-mental tanto de los nuevos aspirantes como los previos profesionales, igualmente deben contar con las herramientas idóneas para ser referentes positivos en la comunidad a la que brindan sus servicios, pues su labor es muy exhaustiva en la ciudad de Cuenca a razón de que cuentan con nueve estaciones distribuidas en todo el austro, las mismas que se encuentran en buenas condiciones y en constante remodelación.



## RECOMENDACIONES

Con la finalidad de mejorar la calidad de vida profesional y laboral es indispensable adquirir medidas de prevención, tales como estrategias individuales, sociales e institucionales que impidan pensamientos, sentimientos o conductas negativas referentes a las dimensiones del síndrome de Burn Out así como en la aparición de síntomas clínicos desfavorables para el desarrollo de las actividades cotidianas, a continuación se enlistarán algunas recomendaciones:

### 1. A nivel laboral

- Realizar las tareas laborales enfocándose en calidad y no en cantidad, con pequeños cambios el trabajo se vuelve menos estresante y más eficaz.
- Establecer objetivos factibles y realistas, tomando en cuenta las capacidades y limitaciones.
- Evitar por completo la rutina, se puede desempeñar las mismas actividades, pero de diferente manera, pues proporciona autonomía profesional.
- Tomar un tiempo considerable para reflexionar frente a las decisiones necesarias respecto al trabajo.
- No trasladar el trabajo hasta el hogar familiar, ya sea en forma de emociones o pensamientos negativos puesto que esto incrementaría el cansancio emocional.

### 2. A nivel personal

- Resaltar los aspectos positivos, tener presente las gratificaciones y logros obtenidos de su trabajo con el objetivo de contrarrestar las frustraciones, pues en toda actividad laboral existen momentos buenos y malos.
- Realizar una introspección constructiva y no destructiva para conocerse a sí mismos de tal manera que se pueda identificar las reacciones emocionales que influyen tanto en el pensar como en el actuar.
- Reposo sumado de relajación para evitar por completo el estrés, pues es preciso prevenirlo y en ciertos casos darle un tratamiento adecuado.

- No mezclar área laboral con área familiar, las fronteras deben estar claramente delimitadas.
- Para contrarrestar las tensiones del trabajo, es de gran ayuda el apoyo de las personas de confianza que los rodea y las actividades recreativas o de ocio pues todo esto contribuye a afrontar de manera distinta las situaciones.

### **3. A nivel institucional**

- Rotación de las actividades laborales, dentro de la misma unidad el personal debe realizar diferentes tareas de vez en cuando, para eliminar la rutina y la monotonía.
- No contaminar su tiempo libre, es decir, el tiempo de descanso utilizarlo para relajarse y realizar otras actividades productivas ajenas al trabajo.
- Los profesionales que tienen mejor relación con sus superiores, que obtienen de ellos apoyo o reconocimientos, son menos propensos a desarrollar el síndrome de Burn Out y síntomas clínicos.
- Cada cierto tiempo es importante analizar de una manera general las situaciones individuales o colectivas tomando en cuenta las sugerencias del personal, en pro de mejorar la calidad de vida y el desempeño profesional, además de también mediante gratificaciones y la formación profesional continuada.
- Fomentar el trabajo en equipo, es decir, compartir espacios y objetivos conjuntamente o comunes.

Para concluir, el profesional debe mantener el equilibrio entre las áreas vitales: familia, amigos, aficiones, descanso y trabajo, debido a los estudios que se han mencionado que ponen de manifiesto la importancia de distribuir las responsabilidades del diario vivir; el profesional necesita mantenerse concentrado para desenvolverse en el trabajo, pero también requiere de su espacio individual que le ayudará a retroalimentarse y a conseguir su realización personal.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alarcón, J., Vaz, F.J. & Guisado, J.A. (2001). Análisis del síndrome de burnout: psicopatología, estilos de afrontamiento y clima social (I). *Revista de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de Barcelona*, 29 (1), 8-17.
- Anadón, O. (2005). La formación en estrés para la prevención del síndrome de Burnout en el currículo de formación inicial de los docentes. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 19, 197-220.
- Araya Arce, P. (2012). Composición corporal, nivel de actividad física y hábitos alimenticios de un grupo de bomberos permanentes del valle central.
- Arévalo, D., & Solano, G. (2017). Síndrome de Burnout en docentes de la Universidad del Azuay y sus factores asociados. *Universidad del Azuay*. <http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/6950>
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Avey, J., Luthans, F., Smith, R., & Palmer, N. (2010). Impact of the positive psychological capital on employee well-being over time. *Journal of Occupational Health Psychology*, 15, 17-28.
- Barlow, D. (2007). *Psicopatología (Un enfoque integral de la psicología anormal)*. México: Thomson.
- Belló, M., Puentes-Rosas, E., Medina-Mora, M. E., & Lozano, R. (2005). Prevalencia y diagnóstico de depresión en población adulta en México. *Salud Pública de México*, 47(1).
- Cáceres, G.G. (2006). Prevalencia del síndrome de burnout en personal sanitario militar (tesis doctoral no publicada). Universidad Complutense de Madrid.
- Caguana Reyes, E., A. (2016). *Perfil psicológico y sociodemográfico de los cuidadores primarios de niños con trastorno del espectro autista* (Bachelor's thesis, Universidad del Azuay).

- Calderón Tayupanta, M. (2015). Factores de riesgo psicosocial y su influencia en la generación de estrés laboral en el contingente de atención pre hospitalaria del Cuerpo de Bomberos del Distrito Metropolitano de Quito. Informe final del trabajo de Titulación de Psicólogo Industrial. Carrera de Psicología Industrial. Quito: UCE. 109p. <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/7419>
- Caparrós-Caparrós, B., Villar-Hoz, E., Juan-Ferrer, J. & Viñas-Poch, F. (2007). Symptom Check-List-90-R: fiabilidad, datos normativos y estructura factorial en estudiantes universitarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7 (3), 781-794.
- Cárdenas (Eds.). Las Emociones en la Enseñanza y el Aprendizaje de las Ciencias Experimentales y las Matemáticas. (pp. 19-41). Badajoz: Deprofe.
- Carlin, M., & Garcés de los Fayos Ruiz, E. (2010). El síndrome de burnout: Evolución histórica desde el contexto laboral al ámbito deportivo. *Anales de Psicología*, 26 (1), 169-180.
- Carrasco, M. Á., Moral, V. S., Ciccotelli, H., & Del Barrio, M. V. (2003). Listado de síntomas SCL-90-R: Análisis de su comportamiento en una muestra clínica [Symptom check list SCL-90-revised: analysis in psychiatric patients]. *Acción psicológica*, 2(2), 149-161.
- Castillo Ramírez, S. (2001). El síndrome de " Burn Out" o síndrome de agotamiento profesional. *Medicina Legal de Costa Rica*, 17(2), 11-14.
- Casullo, M. M., & Pérez, M. (1999-2004). El inventario de síntomas SCL-90-R de L. Derogatis. *Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología*.
- Cook, B., & Mitchell, W. (2013). Occupational health effects for firefighters: the extent and implications of physical and psychological injuries. *Centre of Full Employment and Equity, Melbourne*.
- Curilem, G. C, Almagià, F. A, Yuing, F. T, y Rodríguez, R. F. (2014). Evaluación del Estado Psicobiotipológico en Bomberos: Parámetros de Salud y Recursos Anti Estrés. *International Journal of Morphology*, 32(2), 709- 714. <https://dx.doi.org/10.4067/S071795022014000200054>
- D' Anello, K. (2003). "Investigación en estrés y síndrome de desgaste profesional (burnout) en profesionales de la salud". Mérida – Venezuela. 33.

- Da Silva, L., Gil-Monte, P., De Fátima, R., & Bovi, G. (2013). Prevalência da síndrome de burnout em uma amostra de professores universitários brasileiros. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 26(4), 636-642.
- Derogatis, L.R. (1977). *SCL 90-R. Administration, scoring and procedures. Manual I for the revised version of the SCL 90*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Díaz, F. & Gómez, I. C. (2016). Research on burnout from 2000 to 2010 in latinamerica. *Psicología Desde El Caribe*, 33(1) Retrieved from: <https://search.proquest.com/docview/1787274802?accountid=36552>
- Díaz Hernandez, M. (2014). Relación entre personalidad, afrontamiento y apoyo social con burnout, calidad de vida profesional y salud, en bomberos de Gran Canaria. *Universidad de las Palmas de Gran Canaria*. <http://hdl.handle.net/10553/12978>
- DSM-V. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. (W. DC, Ed) *American Psychiatric Association*.
- European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA, 2011). *Emergency Services: A literature review on occupational safety and health risks*. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Recuperado de [https://osha.europa.eu/en/publications/literature\\_reviews/emergency\\_services\\_occupational\\_safety\\_and\\_health\\_risks](https://osha.europa.eu/en/publications/literature_reviews/emergency_services_occupational_safety_and_health_risks)
- Fernández, J. I. P., López, A., Martins, T., Mugaburu, I., & Muro, S. El apoyo Psicológico a los profesionales de la emergencia.
- Gallego, L. M., Morales, G., Rotger, D., & Prior, C. (2002). El incremento de la ansiedad en los sujetos componentes de grupos de intervencion en crisis y desastres.
- García M, Sáez Mc, Llorente B. (2000). “Burnout, satisfacción laboral y bienestar en personal sanitario de salud mental”. *Revista de psicología del trabajo y de las organizaciones*. 5-6.
- Gaspar, P. (2014). *Estudio del Síndrome de Burnout en los bomberos voluntarios portugueses*. *Universidad de León*. <http://hdl.handle.net/10612/4536>

- Gempp Fuentealba, R., & Avendaño Bravo, C. (2008). Datos Normativos y Propiedades Psicométricas del SCL-90-R en Estudiantes Universitarios Chilenos. *Terapia psicológica*, 26(1), 39-58.  
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000100004>
- Gil-Monte, P. (2005). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout). Factores antecedentes y consecuentes. Jornada "El síndrome de quemarse por el trabajo en Servicios Sociales". España. 11-25.
- Gil-Monte, P.R. & Moreno-Jiménez, B. (2007). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout): grupos profesionales de riesgo. Madrid: Pirámide.
- Gil-Monte, P. (2009). Algunas razones para considerar los riesgos psicosociales en el trabajo y sus consecuencias en la salud pública. *Revista Española de Salud Pública*, 83, 169-73.
- Gil-Monte, P. (2012). Riesgos psicosociales, estrés laboral y síndrome de quemarse por el trabajo (burnout) en docentes. En V. Mellado, L.J. Blanco, A.B. Borrachero & J.A.
- González de Rivera, J.L., De las Cuevas, C, Rodríguez, M. & Rodríguez, F. (2002). Cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis, L. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones.
- Guerrero, E. (2003). Análisis pormenorizado de los grados de burnout y técnicas de afrontamiento del estrés docente en profesorado universitario. *Anales de Psicología*, 19,145-158.
- Hermida, T., & Murcia, L. (2012). Prevalencia de burnout en docentes de colegio bilingüe de Bogotá. Universidad del Rosario, 1-11.
- Hernández, G.L., Olmedo, E. & Ibáñez, I. (2004a). Estar quemado (burnout) y su relación con el afrontamiento. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 323-336.
- Ibáñez, J., López, J., Márquez, A., Sánchez, N., Flórez-Alarcón, L., & Vera, A. (2012). Variables sociodemográficas relacionadas al síndrome de burnout en docentes de colegios distritales. *Psychologia: Avances De La Disciplina*, 6(2), 103-116. Retrieved from: <https://search.proquest.com/docview/1793564534?accountid=36552>

- Jacobsson, A., Backteman-Erlanson, S., Padyab, M., Sjölander, A. E., & Brulin, C. (2016). Burnout and Association with Psychosocial Work Environment among Swedish Firefighters. *Global Journal of Health Science*, 9(5), 214. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v9n5p214>
- Jaramillo, V., & Larriva, A. (2013). La incidencia del síndrome de Burnout en el cuerpo de Bomberos de Loja en el periodo junio - noviembre del 2013. Universidad Nacional de Loja. <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/14921>
- Laitinen, J., Ek, E., & Sovio, U. (2002). Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior. *Preventive medicine*, 34(1), 29-39.
- Liao, R., Arvey, R., Butler, S., & Nutting: *Journal of Occupational Health Psychology*, march 2000, vol. 6, n.º 3, 229-242.
- Lara Venegas, D. (2011) Análisis descriptivo de los niveles de desgaste por trabajo (Síndrome Burn-Out), en el personal docente de la carrera de psicología clínica de la Universidad de las Américas que labora en el área clínica. Quito. UDLA, Sede Ecuador. Facultad de Ciencias Sociales Escuela de Psicología. 88p
- Llinás, D. R. Observaciones para el futuro. El inicio de una investigación en el ámbito de los servicios de bomberos.
- Llull, D. S. (2013). Estrategias de afrontamiento del burnout en centros de secundaria. *Educació i Cultura: revista mallorquina de Pedagogia*, 24, 75-93.
- Lorente Gironella, F. (2008). Asistencia psicológica a víctimas: Psicología para bomberos y profesionales de las emergencias. España: Ediciones Arán.
- Lunsky, Y., Hastings, R. P., Hensel, J., Arenovich, T., & Dewa, C. S. (2014). Perceptions of positive contributions and burnout in community developmental disability workers. *Intellectual and Developmental Disabilities*, 52(4), 249-57. Retrieved from: <https://search.proquest.com/docview/1562170237?accountid=36552>
- Marenco-Escuderos, A., & José Hernando Ávila-Toscano. (2016). Burnout y problemas de salud mental en docentes: Diferencias según características demográficas y sociolaborales. *Psychologia: Avances De La Disciplina*, 10(1), 91-100. Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1817032279?accountid=36552>

- Marrau, C. (2009). El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout), en el marco contextualizador del estrés laboral. *Fundamentos en Humanidades*, 10, 167-177.
- Maslach, C., Schaufeli, W.B. & Leiter, M.P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Ciencia y Trabajo*, 11, 37-43.
- Méndez Peña, P. (2012). Estudio exploratorio del uso de la técnica de Externalización (Terapia Narrativa) para el Tratamiento de Trastornos de Ansiedad Fóbica.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2006). *Encuesta Nacional de Salud*. Recuperado el 19 de mayo de 2009, desde:  
[http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe\\_VI\\_ENCT.pdf](http://www.insht.es/Observatorio/Contenidos/InformesPropios/Desarrollados/Ficheros/Informe_VI_ENCT.pdf)
- Mora Penagos, C. F., & Montoya Palacio, D. (2016). *Acondicionamiento integral para bomberos componentes físico, salud y psicológico* (Bachelor's thesis).
- Moreno-Jiménez, B., González, J.L. & Garrosa, E. (2001). Desgaste profesional (burnout), personalidad y salud percibida. En J. Buendía & F. Ramos (Eds.), *Empleo, estrés y salud*. Madrid: Pirámide. 59-83
- Muñoz, M. T. y Lucero, B. A. (2009). Evaluación del síndrome de la salud mental en profesionales de escuelas especiales de Talca, Chile. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 17, 381-399.
- Núñez, D. O. (2004). Primeros auxilios psicológicos y emocionales. *Cartilla de*.
- OMS. (2014). Estrategias sistemáticas de solución de problemas, para empleadores, personal Directivo y representantes sindicales. *La Organización del trabajo y el Estrés*, 3-9.
- OMS. (2017). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de Salud en los Trabajadores: [http://www.who.int/topics/occupational\\_health/es/](http://www.who.int/topics/occupational_health/es/)
- 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*, 4 (1), 137-160.

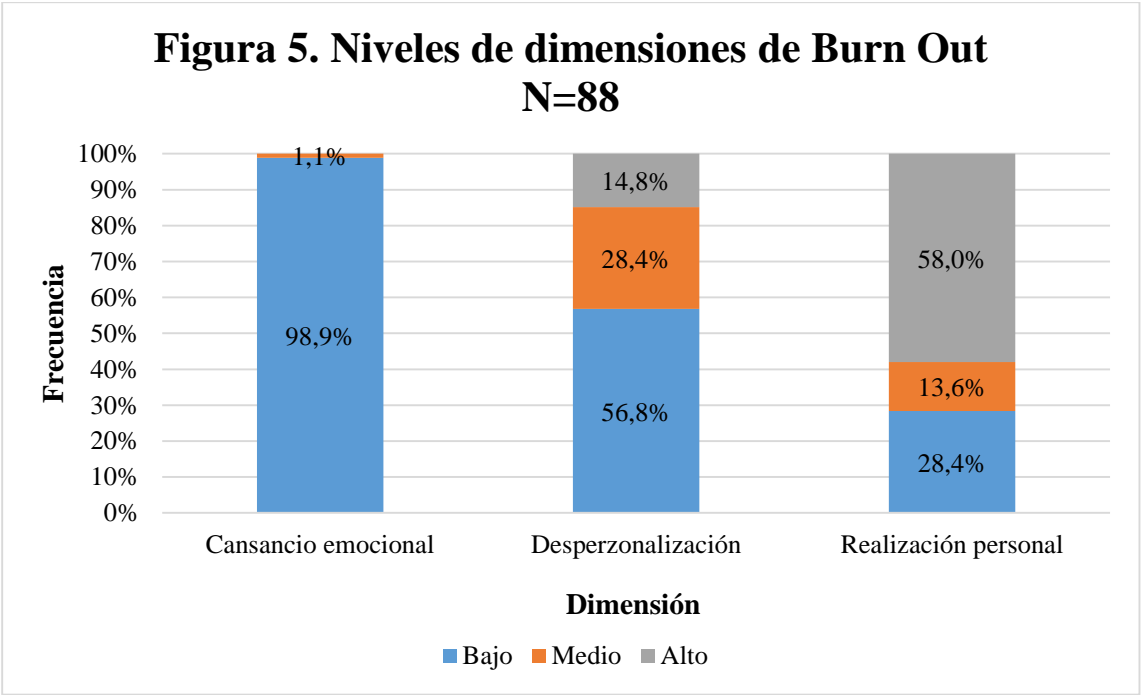


- Oscar Sanchez, R., & Ledesma, R. D. (2009). Análisis psicométrico del Inventario de Síntomas Revisado (SCL-90-R) en población clínica. *Revista argentina de clínica psicológica*, 18(3).
- Paredes, O. L., & Sanabria-Ferrand, P. A. (2008). Prevalencia del síndrome de burnout en residentes de especialidades médico quirúrgicas, su relación con el bienestar psicológico y con variables sociodemográficas y laborales. *Revista Med*, 16(1).
- Pas, E., Bradshaw, C., Hershfeldt, P. & Leaf, P. (2010). A multilevel exploration of the influence of teacher efficacy and burnout on response to student problem behavior and school-based service use. *School Psychology Quarterly*, 25, 13-27.
- Payne, L. y Schooler, C. (1988). "The structure of coping". *Journal of health and social behavior*. 70-73.
- Pelechano, V. (2000). *Psicología sistemática de la personalidad*. Barcelona: Ariel.
- Peña, E. (2004). 59 años de fundación, Bomberos. *Revista Gesta*, 72-73.
- Petrucci, L. & Carlotto, M. (2016). Prevalencia e Predictores de la quemadura de los Bomberos em. *Psicología: Ciencia e Profissão*, 36 (3), 668-681. <https://dx.doi.org/10.1590/1982-3703001572014>
- Quiceno, J.M. & Alpi, S.V. (2007). Burnout: síndrome de quemarse en el trabajo (SQT). *Acta Colombiana de Psicología*, 10 (2), 117-125.
- Ríos, M.I, Godoy, C., & Sánchez-Meca, J. (2011). Síndrome de quemarse por el trabajo, personalidad resistente y malestar psicológico en personal de enfermería. *Anales de Psicología*, 27(1), 71-79.
- Rodriguez, R., & Saldaña, L. (2011). "Síndrome de Burnout y Clima Organizacional en Bomberos Voluntarios Trujillo - 2011". *Universidad Nacional de Trujillo*, 42.
- Sanz, J., Magán, I., & García-Vera, M. P. (2006). Personalidad y el síndrome AHI (agresión-hostilidad-ira): relación de los Cinco Grandes con ira y hostilidad. *Psicopatología clínica, legal y forense*, 6(1-3), 153-166.
- Savio, S. (2008). El síndrome del Burn-Out: Un proceso del estrés, laboral crónico. Recuperada el 02 de abril de 2010, de [http://www.cienciared.com.ar/ra/.../holohgramatica08\\_vtpp121\\_138.pdf](http://www.cienciared.com.ar/ra/.../holohgramatica08_vtpp121_138.pdf).

- Seisdedos, N. (1997). MBI. Inventario "Burnout" de Maslach: manual. Madrid: TEA.
- Squillace, M., Picón Janeiro, J. C., & Schmidt, V. I. (2013). Adaptación local del Cuestionario. Revisado de Personalidad de Eysenck (Versión abreviada).
- Tejada, P., & Gómez, V. (2012). Prevalencia y factores demográficos y laborales asociados al burnout de psiquiatras en Colombia. *Universitas Psychologica*, 11(3), 863-873.
- Tonon, G. (2003). Calidad de vida y desgaste profesional. Una mirada al síndrome del Burn Out. Buenos Aires. 39.
- Van Eysenrode, S., & Esteban, F. (2015). *Detección, determinación de ansiedad y depresión en el trabajo que realiza el personal de " Bomberos y Paramédicos" estudio a profundidad* (Bachelor's thesis, Quito, 2015.).
- Whitehead L., Borrítz C. (2006). "Factores sociales del burnout". Vol 1. 27-33.
- Zamora, M. (2016). Síndrome de Burnout en el personal del Centro de Rehabilitación Integral Especializado N°5. Universidad del Azuay.  
<http://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/5096>

# **ANEXOS**

**ANEXO 1:** Niveles de dimensiones de Burn Out



**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017)

## ANEXO 2: Ítems adicionales del Cuestionario de Síntomas SCL- 90R

Tabla 11.

*Descriptivos de ítems adicionales del SCL-90R*

	Media	DE
No tengo ganas de comer	0.25	0.50
Tener problemas para dormir	0.55	0.80
Pensar que me estoy por morir	0.07	0.25
Comer demasiado	0.82	1.00
Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad	0.64	0.83
Dormir con problemas. muy inquieto	0.49	0.71
Sentirme culpable	0.22	0.45

**Fuente:** Base de datos elaborada para la investigación.

**Elaborado por:** Peñafiel, V. (2017).

**ANEXO 3: Consentimiento Informado**

**FICHA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES**

En pleno uso de mis facultades, declaro que me han informado sobre este proceso de investigación psicológica, sus beneficios, consecuencias, confidencialidad, el anonimato y mi derecho a la libre decisión en la participación del mismo.

Por la explicación brindada, firmo voluntariamente y sin ser forzado este documento que insta mi consentimiento para ser partícipe del proceso de evaluación.

Firma: .....

Fecha: .....

.....

Torres Guzmán María Caridad

**INVESTIGADORA RESPONSABLE  
RESPONSABLE**

.....

Vélez Lucero Juan Francisco

**INVESTIGADOR**

**ANEXO 4:** Datos Demográficos

<b>DATOS DEMOGRÁFICOS</b>					
<b>Ocupación:</b>	.....	<b>Edad:</b>	.....	<b>Fecha:</b>	.....
Marcar con una cruz las opciones que correspondan					
<b>Sexo:</b>					
Mujer	.....	Varón	.....		
<b>Educación:</b>					
Primaria	.....	Secundaria	.....	Terciaria	.....
<b>Estado Civil:</b>					
Soltero	.....	Casado	.....	Separado	.....
Divorciado	.....	Viudo/a	.....	Unión Libre	.....
<b>Tiempo de Desempeño:</b>					
<b>Lugar Nacimiento:</b>					
<b>Lugar Residencia:</b>					

**ANEXO 5:** Inventario de Síntomas, SCL90-R

A continuación le presentamos una lista de problemas que tiene la gente.

Lea cada uno de ellos y marque su respuesta con una cruz en la casilla correspondiente, pensando en cómo se sintió, en qué medida ese problema le ha preocupado o molestado durante la última semana (7 días).

Tiene cinco (5) posibilidades de respuesta:

**NADA - MUY POCO - POCO – BASTANTE – MUCHO.**

No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder.

1. Dolores de cabeza.
2. Nerviosismo.
3. Pensamientos desagradables que no se iban de mi cabeza.
4. Sensación de mareo o desmayo.
5. Falta de interés en relaciones sexuales.
6. Criticar a los demás.
7. Sentir que otro puede controlar mis pensamientos.
8. Sentir que otros son culpables de lo que me pasa.
9. Tener dificultad para memorizar cosas.
10. Estar preocupado/a por mi falta de ganas para hacer algo.
11. Sentirme enojado/a, malhumorado/a.
12. Dolores en el pecho.
13. Miedo a los espacios abiertos o las calles.
14. Sentirme con muy pocas energías.
15. Pensar en quitarme la vida.
16. Escuchar voces que otras personas no oyen.
17. Temblores en mi cuerpo.
18. Perder la confianza en la mayoría de las personas.

	Nada	Muy Poco	Poco	Bastante	Mucho



19. No tener ganas de comer.
20. Llorar por cualquier cosa.
21. Sentirme incómodo/a con personas del otro sexo.
22. Sentirme atrapada/o o encerrado/a.
23. Asustarme de repente sin razón alguna.
24. Explotar y no poder controlarme.
25. Tener miedo a salir solo/a de mi casa.
26. Sentirme culpable por cosas que ocurren.
27. Dolores en la espalda.
28. No poder terminar las cosas que empecé a hacer.
29. Sentirme solo/a.
30. Sentirme triste.
31. Preocuparme demasiado por todo lo que pasa.
32. No tener interés por nada.
33. Tener miedos.
34. Sentirme herido en mis sentimientos.
35. Creer que la gente sabe qué estoy pensando.
36. Sentir que no me comprenden.
37. Sentir que no caigo bien a la gente, que no les gusto.
38. Tener que hacer las cosas muy despacio para estar seguro/a de que están bien hechas.
39. Mi corazón late muy fuerte, se acelera.
40. Náuseas o dolor de estómago.
41. Sentirme inferior a los demás.
42. Calambres en manos, brazos o piernas.
43. Sentir que me vigilan o que hablan de mí.
44. Tener problemas para dormirme.
45. Tener que controlar una o más veces lo que hago.
46. Tener dificultades para tomar decisiones.
47. Tener miedo de viajar en tren, ómnibus o subterráneos.
48. Tener dificultades para respirar bien.
49. Ataques de frío o de calor.
50. Tener que evitar acercarme a algunos lugares o actividades porque me dan miedo.
51. Sentir que mi mente queda en blanco.
52. Hormigueos en alguna parte del cuerpo.
53. Tener un nudo en la garganta.


54. Perder las esperanzas en el futuro.
55. Dificultades para concentrarme en lo que estoy haciendo.
56. Sentir flojedad, debilidad, en partes de mi cuerpo.
57. Sentirme muy nervioso/a, agitado/a
58. Sentir mis brazos y piernas muy pesados
59. Pensar que me estoy por morir.
60. Comer demasiado.
61. Sentirme incómodo/a cuando me miran o hablan de mí.
62. Tener ideas, pensamientos que no son los míos.
63. Necesitar golpear o lastimar a alguien.
64. Despertarme muy temprano por la mañana sin necesidad.
65. Repetir muchas veces algo que hago: contar, lavarme, tocar cosas.
66. Dormir con problemas, muy inquieto/a.
67. Necesitar romper o destrozarse cosas.
68. Tener ideas, pensamientos que los demás no entienden.
69. Estar muy pendiente de lo que los demás puedan pensar de mí.
70. Sentirme incómodo/a en lugares donde hay mucha gente.
71. Sentir que todo me cuesta mucho esfuerzo.
72. Tener ataques de mucho miedo o de pánico.
73. Sentirme mal si estoy comiendo o bebiendo en público.
74. Meterme muy seguido en discusiones.
75. Ponerme nervioso/a cuando estoy solo/a.
76. Sentir que los demás no me valoran como merezco.
77. Sentirme solo/a aún estando con gente.
78. Estar inquieto/a; no poder estar sentado/a sin moverme.
79. Sentirme un/a inútil.
80. Sentir que algo malo me va a pasar.
81. Gritar o tirar cosas.
82. Miedo a desmayarme en medio de la gente.
83. Sentir que se aprovechan de mí si los dejo.
84. Pensar cosas sobre el sexo que me molestan.
85. Sentir que debo ser castigado/a por mis pecados.
86. Tener imágenes y pensamientos que me dan miedo.
87. Sentir que algo anda mal en mi cuerpo.
88. Sentirme alejado/a de las demás personas.
89. Sentirme culpable.
90. Pensar que en mi cabeza hay algo que no funciona bien.


## ANEXO 6: Maslach Burnout Inventory, MBI

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

0= NUNCA. 1= POCAS VECES AL AÑO O MENOS. 2= UNA VEZ AL MES O MENOS.  
3= UNAS POCAS VECES AL MES. 4= UNA VEZ A LA SEMANA. 5= POCAS VECES A LA SEMANA. 6= TODOS LOS DÍAS.

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