



DEPARTAMENTO DE POSGRADOS
MAESTRÍA EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA
IV COHORTE

DIAGNÓSTICO Y PROPUESTA DE INTERVENCIÓN DESDE EL MODELO INTEGRATIVO FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD PARA TRABAJAR EL SÍNDROME DE BURNOUT EN EL PERSONAL MÉDICO DEL HOSPITAL BÁSICO DE ARENILLAS.

TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:
MAGÍSTER EN PSICOTERAPIA INTEGRATIVA

AUTOR:

PSC. GILBERH PRECIADO TENORIO

DIRECTOR:

DRA. MARTHA COBOS

CUENCA – ECUADOR

2017

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de grado a Dios Padre, quien tuvo misericordia de mí, a Jesucristo quien dio su vida por la mía mostrándome su gracia y amor; y, al Espíritu Santo quien ha guiado mi camino dándome la sabiduría para comprender y aplicar la ciencia. También, a mis hijos y nietos quienes han sido mi inspiración y la motivación para lograr concluir este postgrado.

AGRADECIMIENTO

Expreso mi agradecimiento a las autoridades de la Maestría en Terapia Integrativa de la Universidad del Azuay, en especial a los gestores del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, particularmente al Dr. Lucio Balarezo Chiriboga. Así mismo a la Dra. Martha Cobos, directora del trabajo de grado, por haber tenido la paciencia, la tenacidad y entrega en guiarme y a todos los (as) docentes que de manera desinteresada compartieron conmigo sus conocimientos, experiencias y aportes.

RESUMEN

Esta investigación tiene como objetivo determinar síntomas y prevalencia del Síndrome de Burnout en los trabajadores (as) del Hospital Básico de Arenillas, y plantear una Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

El trabajo está compuesto por tres capítulos, el primero contiene el marco conceptual sobre qué es el estrés laboral y sus consecuencias, así como también su etiología y cómo se lo evalúa. El segundo capítulo contiene todos los instrumentos de evaluación que se aplicaron. El tercer y último capítulo trata de los resultados y de la propuesta desde el modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

La propuesta está de acuerdo al enfoque Integrativo Ecuatoriano, estudiamos minuciosamente la personalidad, se trata de flexibilizar los rasgos rígidos y los pensamientos polarizados. Se sugieren técnicas adecuadas adaptándolas a las necesidades de cada individuo, con un enfoque grupal.

Palabras Claves: Síntomas, cansancio, conducta, personalidad, proceso.

Keywords: Symptoms, fatigue, behavior, personality, process.

ABSTRACT

This research aims to determine the symptoms and prevalence of burnout syndrome among the workers of Arenillas Basic Hospital with the purpose to intervene through a psychotherapeutic proposal based on the Integrative Schema-Model Focused on Personality. This model is composed of three chapters; the first contains the conceptual framework which discusses what work-related stress is and its consequences, as well as its etiology and how it is evaluated. The second chapter contains all the evaluation instruments that were applied. The third and final chapter discusses the psychotherapeutic proposal based on the Integrative Schema-Model Focused on Personality. The psychotherapeutic proposal agrees to the Ecuadorian Integrative approach. The personality was carefully studied through a more lenient interpretation of the rigid features and polarized thoughts; applying appropriate techniques adapted to the needs of each individual. In addition, the proposal also contains a group therapeutic method, and highlights the group behavior throughout the process.




Translated by:
Lic. Lourdes Crespo

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	i
DEDICATORIA	i
AGRADECIMIENTO	ii
RESUMEN	iii
ABSTRACT	iv
ÍNDICE DE CONTENIDO	v
ÍNDICE DE FIGURAS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	viii
ÍNDICE DE CUADROS	ix
ÍNDICE DE ANEXOS	ix
INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	3
Objetivo General	3
Objetivos Específicos	3
CAPÍTULO I	4
EL SÍNDROME DE BURNOUT	4
1.1. Definición	4
1.2. Manifestaciones	6
1.3. Tipología	9
1.3.1. Burnout activo	9
1.3.2. Burnout pasivo	9
1.3.3. Estrés laboral	9
1.3.3.1. Estrés laboral episódico	9
1.3.3.2. Estrés laboral crónico	10
1.4. Reducción de los síntomas del síndrome del burnout	11
1.5. Evaluación	12
1.5.1. Etapa 1	12
1.5.2. Etapa 2	12
1.5.3. Etapa 3	13
1.6. Causas	13

1.6.1.Factores organizacionales	13
1.6.2.Factores Interpersonales	14
1.6.3.Factores individuales	14
1.6.4.Burnout en el Ecuador	14
CAPÍTULO II	17
EVALUACIÓN	17
2.1.Contexto.....	17
2.2.Investigación	17
2.3.Socialización	18
2.3.1.Evaluación.....	18
2.3.2.Psicoeducación	18
2.4.Instrumentos	18
2.4.1.Grupo de Estudio	19
2.5.Resultados	21
2.5.1.Escala de Maslach	21
2.5.2.Marco Teórico.....	22
2.5.3.Cuestionario SEAPsl.....	23
2.5.4.Escala de Ansiedad de Hamilton.....	24
2.5.5.Relación del Síndrome de Burnout y la Personalidad	24
2.5.6.Relación entre Síndrome de Burnout, personalidad y ansiedad	26
CAPÍTULO III	29
PROPUESTA DE INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA.....	29
3.1.Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.....	29
3.2.La personalidad como eje fundamental	30
3.3.Estructura de la personalidad.....	31
3.3.1.Factor Biológico	31
3.3.2.Factor Psicológico.....	32
3.3.3.Factor Sociocultural	32
3.4.Tipología de la personalidad.	32
3.5.Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano.....	34
3.6.La Relación.	34
3.6.1.Influencias sobre valores y creencias del terapeuta.....	35
3.6.2.Características del terapeuta, asesor o consejero.	36
3.6.3.Formación académica científica.....	36

3.6.4.Capacidad para establecer contactos interpersonales.....	37
3.7.Características del paciente o cliente.....	38
3.8.Proceso del Modelo Focalizado en la Personalidad.....	40
3.8.1.Etapas del Proceso.....	40
3.8.2.Primera Etapa.	40
3.8.3.Segunda Etapa.	40
3.8.4.Tercera Etapa.....	41
3.8.4.1.Planificación del proceso.	41
3.8.5.Cuarta etapa.	42
3.8.5.1.Metodología.	43
3.8.5.2.Quinta Etapa.	44
3.8.6.Conclusión.	44
3.9.Propuesta de Intervención desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano	46
3.10.Tratamiento del estrés laboral.....	46
CAPÍTULO IV.....	48
DISCUSIÓN.....	48
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	49
RECOMENDACIONES.....	52
BIBLIOGRAFÍA.....	54
ANEXOS.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Tipos de personalidad	33
---------------------------------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Grupo de Estudio	20
Tabla 2. Escala de Maslach.....	21
Tabla 3. Cuestionario de Personalidad SEAPsl.....	23
Tabla 4. Relación del Síndrome de Burnout y la personalidad	24
Tabla 5. Relación entre Personalidad y Ansiedad	26
Tabla 6. Relación entre el Síndrome de Burnout, personalidad y ansiedad	26

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Grupo de Estudio	20
Gráfico 2. Escala de Maslach.....	21
Gráfico 3. Cuestionario de Personalidad SEAPsl.....	23
Gráfico 4. Relación del Síndrome de Burnout y la personalidad	25
Gráfico 5. Relación entre Personalidad y Ansiedad	26
Gráfico 6 Relación del Síndrome de Burnout, personalidad y ansiedad	27

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Etapas en el proceso de asesoramiento.....	47
Cuadro 2. Métodos de recolección de datos	47
Cuadro 3. Establecimientos de objetivos	47
Cuadro 4. Descripción de técnicas terapéuticas	48

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo N° 1. Disposición del Ministerio de Salud Pública	56
Anexo N° 2. Formulario para medir el Síndrome de Burnout	57
Anexo N° 3. Cuestionario de personalidad SEAPSI	59
Anexo N° 4. Escala de Ansiedad de Hamilton	63
Anexo N° 5. Procesos Terapéuticos	65

INTRODUCCIÓN

El estrés laboral (Burnout), considerado como factor de riesgo psicosocial a nivel de otros países de Latinoamérica, es menester definirlo como marco investigativo, dada la realidad en que se desenvuelven algunos (as) profesionales de la Salud en Ecuador.

En la actualidad ha adquirido una connotación relevante, pese a no estar reconocido en nuestro actual marco legal, como riesgo psicosocial. Pues la relevancia se debe a los efectos negativos en la salud física y emocional, no obstante hay quienes consideran que el estrés no es perjudicial, por el contrario es una respuesta ante una activación fisiológica, sin embargo, se convierte en perjudicial cuando la exposición a estos estresores es en un tiempo prolongado.

Por lo tanto, el presente trabajo se concentra en la investigación, incidencia, prevalencia y formas de tratamiento, poniendo mayor énfasis en este último aspecto en mención. El enfoque va hacia el ámbito laboral, ya que en esta área se presenta mayor prevalencia de casos con un alto nivel de estrés y bajo desempeño.

El cansancio, la fatiga y la despersonalización son síntomas del Burnout que afronta el personal que trabaja en una casa de salud y obviamente en el Hospital Básico de Arenillas, a lo que se suma las exigencias sociales de desempeño en sus funciones laborales y de trabajar directamente con personas enfrentándose a la enfermedad, al dolor y el sufrimiento, sobre todo aquellas condiciones que son raras, crónicas, incurables, catastróficas o terminales.

Razón por la cual hemos dividido nuestro trabajo de grado en tres capítulos los que dan respuesta a los objetivos planteados para dar tratamiento a la problemática identificada del Burnout en la población y muestra de estudio.

En el capítulo uno se delimita la problemática a investigar, desde un enfoque macro, meso y micro. Este capítulo está compuesto por el marco teórico, el mismo que nos permite, una clara visión del objeto de estudio y al mismo tiempo nos compromete a realizar una exhaustiva y responsable investigación del caso.

En el segundo capítulo se realiza la evaluación del grupo de estudio, seleccionamos los instrumentos de evaluación psicológica y su aplicación, además de observar el contexto de la investigación.

El tercer y último capítulo está dedicado a esquematizar la Propuesta para Trabajar el Síndrome de Burnout desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad. Propuesta que después de socializarla y haberla aplicado tuvo un significativo impacto en la reducción de los síntomas en el personal de la Institución.

Vale destacar que este proceso se lo llevó a cabo paso a paso y en cada una de las reuniones fuimos recogiendo informaciones acerca del mismo, observando con detalle la resiliencia tanto grupal, así como también individual, y viendo los cambios que se generaban durante el desarrollo del mismo, esto nos da una mayor tranquilidad y confianza en el proceso Integrativo Focalizado en la Personalidad.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la existencia y prevalencia del Síndrome de Burnout en el personal médico, enfermeras y auxiliares del Hospital Básico de Arenillas y realizar una propuesta de intervención.
- Determinar la existencia del Síndrome de Burnout en el personal médico, enfermeras y auxiliares del Hospital Básico de Arenillas

Objetivos Específicos

- Analizar los tipos de personalidad que pueden ser más vulnerable a la sintomatología del Síndrome de Burnout en los médicos, enfermeras y auxiliares del Hospital Básico de Arenillas.
- Realizar una propuesta de intervención desde el Modelo Integrativo basado en la personalidad, para aminorar síntomas de Burnout.

CAPÍTULO I

EL SÍNDROME DE BURNOUT

1.1. Definición

A manera de introducción se dedica este primer capítulo a la conceptualización de la problemática del síndrome, como: ¿qué se conoce por síndrome del trabajador quemado?, ¿cuándo apareció?, ¿cómo se lo identifica?, así como también sus manifestaciones su tipología, además de cómo se evalúa.

Si bien el Síndrome de Burnout no se encuentra reconocido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), no obstante, en la Clasificación Internacional de Enfermedades se hace mención de una manera breve bajo el código, z 73.0. Es menester mencionar que, “La Mayoría de autores están de acuerdo en que el síndrome clínico del Burnout fue descrito por primera vez en 1974 por Freudenberg como sensación de fracaso y una existencia agotada o gastada que resulta de una sobrecarga por exigencias de energías, recursos personales y fuerza espiritual del trabajador” [CITATION Ará08 \p 9 \l 3082], por lo tanto, el Síndrome de Burnout es considerado como una enfermedad mental.

En el año de 1974 Herbert J. Freudenberger psiquiatra germano-estadounidense conceptualizó por primera vez a esta patología.

“El Síndrome de Burnout o Síndrome de Desgaste Profesional es un tipo de agotamiento mental físico generado por el estrés prolongado, motivado por la sensación que produce la realización de esfuerzos que no se ven compensados” [CITATION DrL09 \p 27 \l 3082]

En el año de 1974 Freudenberger propone un concepto centrado en un estudio netamente organizacional. El manifiesta que son sentimientos de agotamiento y

frustración además de cansancio que se genera por una sobre carga, e incluye en su explicación el término de adicción al trabajo, siendo el primero en proponer este tipo de relación asociada a un desequilibrio productivo.

Posteriormente, en el año de 1980, Freudenberger amplía su teoría y conceptualización agregando que estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismos o quienes los rodean les imponen.

Para este mismo año aparece Chismiss quien lo conceptualiza como un proceso y propone tres momentos, uno asociado a un desequilibrio entre la carga laboral y las posibilidades del sujeto de responder de forma óptima a estas, un segundo momento que se refiere a la presencia de una respuesta emocional negativa fuerte y un último momento que propone un cambio conductual y actitudinal en el que se sumerge el sujeto.

Contemporáneamente a esta propuesta surge la de Edelwich y Brodsky, quienes lo relacionan más a una pérdida progresiva de la energía, motivación e ideal asociada a las profesiones de ayuda a su cargo y proponen también fases progresivas, entusiasmo, estancamiento, frustración y apatía.

Por otro lado en el año 1976 la psicóloga social Cristina Maslach, lo presenta ante un congreso de la Asociación Estadounidense de psicología definiéndolo como un síndrome tridimensional que consideraba como dimensiones de análisis a los siguientes constructos: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal, los cuales ocurrirían en sujetos en contactos directos con clientes o pacientes.

Según los autores [CITATION Ros13 \p 399 \t \l 12298] “Maslach y Jackson propusieron tres dimensiones interrelacionadas: el cansancio emocional (CE), la despersonalización (DP) y la realización personal (RP). Estas dimensiones se integran en el cuestionario Maslach Burnout Inventory (MBI) que se utiliza para medir dicho síndrome”. De hecho las consecuencias de la presencia de este

síndrome se ven reflejadas en manifestaciones psicosomáticas sin causa médica y bajo rendimiento en cualquier área de desenvolvimiento.

En 1969, se lo llamó: “staff”, para referirse al extraño comportamiento que presentaron algunos oficiales de policía norteamericana de aquella época; y, en la década de los 70, se le denominó como lo conocemos hoy en día y que traducido al español significa “síndrome del estar quemado”.

En el XXI Congreso de la Asociación Psiquiátrica de América Latina (Cuba 2002) al Burnout se le denominó epidemia emergente de los profesionales de la Salud; se lo caracterizó como un progresivo agotamiento, así como desmotivación absoluta por las tareas realizadas en el ámbito profesional; y, se recalcó que en el campo de la Medicina son más propensos al desgaste los (as) profesionales que trabajan con pacientes graves, crónicos o terminales, “eventualmente impacta la motivación interna, actitudes y la conducta” según estudio realizado a personal hospitalario por [CITATION Bia97 \p 58 \l 12298] en las cuales influyen implicaciones propias del contexto hospitalario que limitan el desarrollo personal.

1.2. Manifestaciones

Estudios a profesionales en el área de la salud, han determinado que las extenuantes jornadas de trabajo generan tensión emocional, lo que desemboca en un malestar subjetivo, manifiesto en somatización fisiológica. Esto contribuye a la configuración de un síndrome denominado “Burnout”; puede evidenciarse en tres dimensiones claves de esta respuesta, según Serret, (2015, pág. 89) son: un agotamiento extenuante, sentimiento de cinismo y desapego por el trabajo, y una sensación de ineficacia y falta de logros” expresado en un artículo de su autoría, haciendo referencia a lo que Micaela Sánchez Martín, (2009, pág. 523) expresa en su libro *Comprendiendo el Burnout*.

1. En cuanto a “la dimensión del agotamiento constituye el componente de estrés individual básico del burnout (...) una queja común

es: Estoy aplastado, sobrecargado y con exceso de trabajo, simplemente es demasiado” [CITATION Ser09 \p 37 \l 12298].

2. [CITATION Ser09 \p 98 \l 12298] hace referencia en cuanto a:

“La dimensión del cinismo representa el componente del contexto interpersonal del burnout. Se refiere a una respuesta negativa, insensible, o excesivamente apática a diversos aspectos del trabajo. Normalmente se desarrolla en respuesta al exceso de agotamiento emocional, en principio auto-protector un amortiguador emocional de “preocupación” (...) Con el tiempo los trabajadores no están simplemente creando formas de contención y reduciendo la cantidad de trabajo, sino que también están desarrollando una reacción negativa hacia la gente y el trabajo”.

3. [CITATION Ser09 \p 54 \l 12298] referente a

“La dimensión de la ineficacia representa el componente de autoevaluación del burnout. Se refiere a los sentimientos de incompetencia y carencia de logros y productividad en el trabajo (...) se pregunta, “¿Qué estoy haciendo? ¿Por qué estoy aquí? Quizás este es el trabajo equivocado para mí”. Esta sensación de ineficacia puede hacer que los trabajadores con burnout sientan que han cometido un error al elegir su carrera y a menudo no les gusta el tipo de persona en que ellos creen que se han convertido”.

Es decir, el énfasis se encuentra en el periodo de disrupción psicológica, más que en las manifestaciones físicas. En consecuencia el burnout se desarrolla en respuesta a estresores de carácter interpersonal de tipo crónico en el área laboral.

Por lo tanto las manifestaciones son en dos niveles:

a) A nivel psíquico son cambios en el estado de ánimo pues es frecuente que el trabajador se encuentre irritable, de mal humor y que por

su cansancio mental tiende a la indiferencia hacia los (as) pacientes e incluso hacia compañeros (as), mostrando:

- Desmotivación o pérdida de ilusión de trabajar para dar lugar a la resolución de un problema.
- Agotamiento mental o desgaste gradual que hace que la resistencia al estrés sea cada vez menor.
- Falta de energía y menor rendimiento ya que el organismo gestiona de modo diferente los recursos de que dispone y su capacidad de producción.

Debiéndose a la sobrecarga laboral y los conflictos personales en su área laboral, debido al vacío de recursos emocionales y físicos.

- a) A nivel físico “el estrés laboral puede llegar a aportar otro tipo de manifestaciones que en caso de ser más constantes y recurrentes constituyan por demás un riesgo inminente para la salud”[CITATION Zav08 \p 80 \l 12298]. Al hilo de lo anterior, los problemas psicosomáticos frecuentes presentados como molestias menores, pueden ser: dolores de cabeza, estomacales y de las extremidades de orden muscular u óseo resultado de la tensión generada, lo que produce otras afectaciones mayores entre las que sobresalen algunos problemas en órganos, aparatos o sistemas, por ejemplo: gastrointestinales, cardiovasculares, epidérmicos, respiratorios, inmunológicos y alteraciones en el hábito de sueño, alimentario o sexual que tienden a decaer o activarse.

Además de lo mencionado puede traer asociado la comorbilidad al consumo problemático de alcohol, drogas y otras sustancias psicotrópicas, desestabilización familiar, desvinculación laboral, entre otras.

1.3. Tipología

En función de la duración y del alcance de los factores estresantes se clasifica el estrés laboral.

1.3.1. Burnout activo

Se caracteriza por el mantenimiento de una conducta asertiva. Se relaciona con los factores organizaciones o elementos externos a la profesión. [CITATION Ric10 \p 109 \l 3082]

1.3.2. Burnout pasivo

Estaría más relacionada con los factores internos psicosociales, y se caracterizan por la auto separación de los clientes. El trabajador toma la decisión de evitar y separarse de cualquier situación que perciba y valore como estresante [CITATION Man06 \p 165 \l 3082]

1.3.3. Estrés laboral

En este ámbito, se lo considera como un trastorno con etiología emocional, provocado por aspectos laborales, que conllevan a graves consecuencias físicas y psicológicas [CITATION Alf15 \p 77 \l 3082]

1.3.3.1. Estrés laboral episódico

En una conceptualización más concreta. “El llamado estrés episódico o agudo aparece de forma momentánea, y actúa, por lo general, poco tiempo, desapareciendo cuando se superan los síntomas que lo generan” [CITATION Mar151 \p 189 \l 3082] Quiere decir que se produce de modo puntual y momentáneo en el tiempo, caracterizado por su corta duración y su naturaleza esporádica, por ejemplo: la pérdida del empleo; y, una vez superada la situación las cosas vuelven a su normalidad, por ejemplo: encontrar un nuevo empleo, por lo que sus efectos son casi imperceptibles, aunque en ciertas ocasiones al prolongarse demasiado puede dar lugar al estrés laboral crónico.

Otros hechos de este tipo son una discusión entre dos compañeros de trabajo, la noticia de un traslado geográfico del puesto laboral o la asistencia a una reunión importante para negociar un acuerdo comercial.

1.3.3.2. Estrés laboral crónico

No obstante “el estrés crónico se caracteriza por sufrir agotamiento emocional, que se producirá en unas personas y en otras no, a pesar de soportar el mismo estrés laboral, en función de factores como la personalidad, de educación, el nivel cultural, la capacidad de responder a demandas emocionales, etc.” (Luelmo 2012, pág. 146); no obstante este se presenta como consecuencia de una exposición iterativa, prolongada e intensa a diversos factores estresantes, siendo en algunos casos una evolución del estrés laboral episódico que gradualmente ha ido reduciendo la resistencia ante el estrés, por ejemplo: el Síndrome de Burnout, que es un estado mucho más dañino y que podría ocasionar graves consecuencias a medio y largo plazo.

Otros hechos de este tipo son las continuas discusiones entre compañeros de trabajo, la inestabilidad del puesto y continuos traslados de un lugar para otro o la gran exigencia del puesto y trabajador sometido a presión constante. Por tanto, ¿el estrés laboral es bueno o malo? Respondiendo a ésta interrogante podemos diferenciar dos tipos de estrés en función de si se trata de estrés positivo o negativo:

Eustrés (estrés positivo) según [CITATION NAR09 \l 12298] es el que:

“causa placer, todo lo que la persona quiere o acepta hacer en armonía consigo misma, con su medio y con su propia capacidad de adaptación (...) todos los aspectos que resultan estimulantes, alentadores, fuentes de bienestar, de felicidad o de equilibrio”.

Es decir que se produce como una respuesta eficaz al estrés por parte de nuestro organismo, que se prepara para hacer frente a situaciones nuevas o que

requieren un mayor nivel de atención. Se trata de la situación ideal, ya que mantiene alerta nuestro organismo, pero sin forzarlo en exceso, lo que resulta beneficioso, ya que aumenta nuestras capacidades, nos motiva, y nos hace más productivos.

Distrés (estrés negativo) que se da cuando el organismo reacciona de modo inadecuado o excesivo ante situaciones estresantes que superan nuestras capacidades o que se repiten de modo prolongado y repetitivo en el tiempo. Tal como lo describe [CITATION NAR09 \p 186 \l 12298]:

“tiene distintas repercusiones en la vida de la persona y afecta muchas veces su salud física y emocional, lo cual repercute a su vez en otras áreas de su existencia, tales como las relaciones interpersonales, el rendimiento laboral y académico y la vida familiar”.

Se trata de un tipo de estrés perjudicial para el organismo y que reduce notablemente nuestro rendimiento, por lo que es conveniente aprender a manejarlo correctamente.

1.4. Reducción de los síntomas del Síndrome del Burnout

Se considera tomar medidas preventivas para evitar el riesgo de la aparición del síndrome, “aunque quizá el factor más relevante es la capacitación y comprensión de este” tal como lo expresa [CITATION For11 \p 3 \l 12298] .

De manera estructurada se debería considerar los siguientes aspectos:

Prevención del síndrome de Burnout, como iniciativa de la empresa o institución, mediante evaluaciones periódicas, de esta manera se hace intervenciones oportunas.

Organización en la gestión laboral, en cuanto a actividades asignadas y horas de trabajo.

Desarrollo de habilidades socio-emocionales, con el fin de establecer relaciones armónicas y un buen clima laboral.

1.5. Evaluación

La evaluación del Burnout es analizando a través de tres etapas de evolución.

1.5.1. Etapa 1

Corresponde a “la fase de alarma, constituye el aviso claro de la presencia de un agente estresante”[CITATION NAR09 \l 12298]; se ve manifiesto en el desequilibrio entre demandas laborales y recursos materiales y humanos de manera que los primeros exceden a los segundos y provocan estrés agudo.

1.5.2. Etapa 2

Esta segunda etapa como lo explica [CITATION NAR09 \p 175 \l 12298] es:

“La denominada de resistencia. Intenta continuar enfrentado la situación, pero se da cuenta de que su capacidad tiene un límite y, como consecuencia de esto, se frustra y sufre (...) lo cual la hace tratar de salir adelante, pero no encuentra la forma; esto hace que esta situación se convierta en un círculo vicioso, sobre todo cuando va acompañada de ansiedad por un posible fracaso”.

Es decir que pese a realizar un sobreesfuerzo para adaptarse a las demandas, esto solo funciona transitoriamente pues empieza a perder el control de la situación y sobrevienen síntomas.

1.5.3. Etapa 3

Esta etapa de agotamiento emocional, según el artículo de [CITATION NAR09 \p 175 \l 12298] considerada como:

“La fase terminal del estrés. Se caracteriza por la fatiga, la ansiedad y la depresión, las cuales pueden aparecer por separado o simultáneamente. La fatiga incluye un cansancio que no se restaura con el sueño nocturno, y generalmente va acompañada de nerviosismo, irritabilidad, tensión e ira”.

Es en esta fase cuando aparecen los síntomas clásicos del síndrome: agotamiento emocional, despersonalización, disminución en la ejecución personal.

Dando como resultado una menor disposición al trabajo, así como reducción de las metas laborales.

1.6. Causas

1.6.1. Factores organizacionales

Respecto a los horarios de trabajos, en los cuales, existe hora de ingreso, pero la hora de salida no se cumple, y durante las jornadas de trabajo, son intensas las actividades laborales.

En cuanto a la previsión, en casos fortuitos que conlleven a la ausencia laboral, esto genera una gran ansiedad, en quien tiene que ausentarse y no puede ser reemplazado.

Los trámites burocráticos, sin duda alguna genera ansiedad y malestar significativo en quienes deben verse sometidos a este tipo de trámites largos y tediosos, peor aún sin resultados.

1.6.2. Factores Interpersonales

Es muy estrecha la relación entre nuestras expectativas y la realidad, no obstante nuestra realidad no siempre está acorde a nuestras expectativas, es entonces donde se corre el riesgo de un desajuste en nuestra adaptación al medio y a la consecución de nuestras metas.

Las expectativas obviamente están orientadas al éxito y no al fracaso, por lo tanto cuando no resulta lo que esperamos, genera un intenso malestar.

Existen las expectativas altruistas, hay quienes consideran que viven para servir y hacer de este un mundo mejor.

Si bien algo es cierto, es que mientras más expectativas tengamos, más alta es la exposición al síndrome de burnout.

El ser humano por naturaleza es competitivo, no obstante debemos ser conscientes de nuestras aptitudes y habilidades, para conocer nuestros límites y hasta donde podemos superarlos.

El saber hace referencia a la formación del profesional y a su permanente actualización y el poder hacer depende de las condiciones laborales y dónde esté ubicado el centro en el que se trabaje.

1.6.3. Factores individuales

La autonomía, el control y el feedback positivo o negativo de las percepciones ante las diferentes circunstancias, son las que inciden en estos aspectos, las características personalógicas, juegan un papel determinante en las reacciones conductuales.

1.6.4. Burnout en el Ecuador

Ecuador no es la excepción, investigaciones realizadas en personal hospitalario de salud, de nuestro país demuestran según [CITATION Pér13 \l 12298] que:

“Se considera que los profesionales más afectados son los que trabajan directamente con personas como son los profesores, personal de salud y policías debido a los horarios de trabajo y a que su profesión requiere involucrarse en problemas de otras personas caracterizándose dicha relación por sensibilidad y humanismo por eso es de vital importancia determinar las causas del síndrome para corregir y prevenir los efectos negativos con el fin de optimizar el ejercicio profesional. Se considera la existencia de factores que elevan el riesgo de padecer esta patología”.

En Ecuador se ha evidenciado la existencia del Burnout a través de investigaciones como la anteriormente mencionada, por iniciativa de profesionales del área de salud, frente al alarmante incremento de personas con sintomatología del síndrome.

Cabe recalcar que existen otros trabajos de carácter académico, que dejan una evidencia científica de que este síndrome aqueja a nuestra población, en especial a los trabajadores del área de salud.

En el año 2012 se realizó una encuesta en dos hospitales de nuestro país, arrojando como resultado [CITATION Coe16 \l 12298]:

“El 67 por ciento del personal tenía estrés emocional y laboral y no solo por las largas jornadas que deben cumplir, sino también por la aplicación del código de la salud, la falta de insumos, la masificación en la atención, condiciones inadecuadas de trabajo, entre otras causas”.

A manera de conclusión todo el contenido de este primer capítulo está basado en la investigación de los conceptos y tipos de estrés laboral.

CAPÍTULO II

EVALUACIÓN

En el segundo capítulo mostraremos los resultados de la evaluación en el grupo de estudio en base a los instrumentos de evaluación psicológica previamente seleccionados para el efecto, no sin antes mencionar el contexto de la investigación.

2.1. Contexto

El Hospital Básico de Arenillas es una galera de tercera acogida, perteneciente al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, ubicado geográficamente al sur del país, en la provincia de El Oro, en una ciudad fronteriza con Perú del mismo nombre (Arenillas), la que posee una población aproximada de 26.844 habitantes; actualmente, cuenta con una sala de emergencia, un laboratorio, un quirófano y un departamento de Enfermería, Ginecología, Pediatría y Psicología, con 20 camas de hospitalización [CITATION Ban14 \l 3082].

La infraestructura y las plazas es insuficiente, por lo que el personal de atención directa, se ve en el deber de prestar el debido servicio al público en condiciones no aptas; por ésta razón, los(as) colaboradores(as) de la mencionada casa de salud presentan en forma constante signos y síntomas de cansancio, desgaste y agotamiento (físico y/o mental), poca productividad y malas relaciones interpersonales, características que son propias del Síndrome de Burnout.

2.2. Investigación

La investigación se dividió en tres partes:

2.3. Socialización

Se sostuvo un conversatorio con el personal médico de la institución acerca de la razón, justificación, objetivos, posibles resultados e impacto y la forma cómo podrían participar en calidad de grupo de estudio.

2.3.1. Evaluación

Se realizó un estudio transversal con los(as) 30 profesionales participantes: 18 médicos, 08 enfermeros(as) y 04 auxiliares de enfermería, a través de evaluaciones grupales y en donde se habló sobre la naturaleza del síndrome de manera informal.

2.3.2. Psicoeducación

Se capacitó al personal acerca de temas vinculados con el estrés laboral, incluyendo: exposición de carteleras informativas, entrega de trípticos y atención a inquietudes del público participante.

2.4. Instrumentos

Esta investigación se la realizó mediante la observación, la aplicación de la entrevista clínica y el uso de los siguientes reactivos psicológicos:

- a. Inventario de Burnout de Maslach el cual mide tres áreas: 1) agotamiento emocional (vivencia de estar exhausto emocionalmente por la demanda del trabajo), ítems 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16, 20, puntuación máxima 54; despersonalización (grado en que cada uno reconoce actitudes de frialdad y distanciamiento), ítems 5, 10, 11, 15, 22, puntuación máxima 30; y, realización personal (sentimientos de autoeficacia y realización personal en el trabajo), ítems 4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21, puntuación máxima 48.

Puntuaciones altas en las dos primeras y bajas en la última corresponden a elevados sentimientos de estar quemado. Así un percentil 75 se incluye en la categoría “alto”, entre 75 y el 25 “medio” y por debajo 25 “bajo”.

Las tres escalas que se menciona tienen una gran consistencia interna, las mismas consideran el grado de agotamiento con una variable continua con diferentes niveles de intensidad.

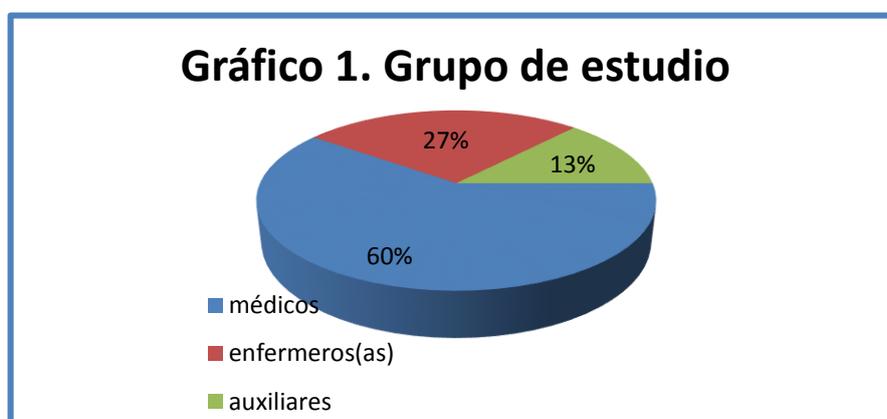
- b. Cuestionario de Personalidad SEAPsl. Agrupa cuatro predominios tipológicos de personalidad: cognitivas, afectivas, comportamentales y de déficit en la relación.
- c. Escala de Ansiedad de Hamilton, la que valora los niveles de ansiedad: leve, moderada y grave. La dinámica de aplicación es: indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems del cuestionario, dándole una valoración: ausente (0), intensidad ligera (1), intensidad media (2) intensidad elevada (3), intensidad máxima (4)

Para la aplicación se contó con la autorización del director del hospital y la participación voluntaria de los miembros(as) del grupo de estudio, mediante oficio de autorización y consentimiento informado, respectivamente.

2.4.1. Grupo de Estudio

La tabla uno muestra el universo de estudio, cómo están divididos y el porcentaje y se lo grafica en el pastel.

Tabla 1. Grupo de Estudio		
Personal	Número	%
Médico	18	60
Enfermeras	08	27
Auxiliares de enfermería	04	13
Total:	30	100%
Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.		



Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.

El grupo de estudio estuvo constituido por 30 profesionales: 18 médicos(as) que corresponde al 60%; 08 enfermeros(as) suman el 27%; y, 04 auxiliares de enfermería siendo el 13%. Lo que significa que la mayor parte son médicos(as) generales o especialistas, quienes suelen tener turnos de cuarenta (40) horas a la semana y hasta de veinte y cuatro (24) horas consecutivas de trabajo en algunos casos.

Vale la pena señalar que de los(as) participantes veinte y dos (22) son de sexo masculino y ocho (08) son de sexo femenino; y, el promedio de edad fluctúa entre los treinta (30) y cuarenta y cinco (45) años de edad. La edad promedio de los médicos es de 43 años, enfermeras 40 y auxiliares 26 años de edad. La jornada

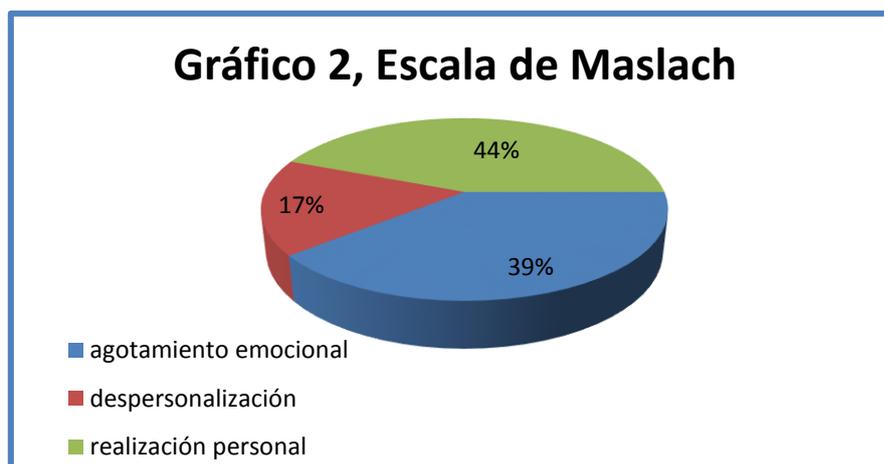
laboral para médicos y enfermeras es de 40 horas semanales, cinco casos con jornada de 48 horas.

2.5. Resultados

2.5.1. Escala de Maslach

La tabla señala la puntuación obtenida y el porcentaje que se obtuvo en la aplicación de la escala y el pastel señala el porcentaje.

Tabla 2. Escala de Maslach		
Diagnóstico	Puntuación	%
Agotamiento emocional	18	39
Despersonalización	8	17
Realización personal	20	44
Total:	46	100
Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilbert Antonio Preciado T.		



Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilbert Antonio Preciado T.

Agotamiento emocional puntúa 18 correspondiente al 39%, siendo mayormente afectados los médicos quienes tienen que afrontar turnos en emergencias, consulta externa y hospitalización.

Despersonalización puntúa 08 correspondiente al 17%, lo que nos hace suponer una pérdida relativamente baja respecto a la falta de sentimientos hacia los sujetos objeto de atención médica. Realización personal puntúa 20 correspondiente al 44%, lo que demuestra altos sentimientos de competencia y satisfacción por el trabajo de los(as) evaluados(as).

Podemos concluir que el síndrome de Burnout no se encuentra plenamente desarrollado en el personal médico del Hospital, aunque si podríamos afirmar una tendencia hacia el agotamiento emocional que afecta principalmente a quienes tienen mayor edad, sexo femenino, rol de médico y carga de trabajo igual o mayor a 40 horas.

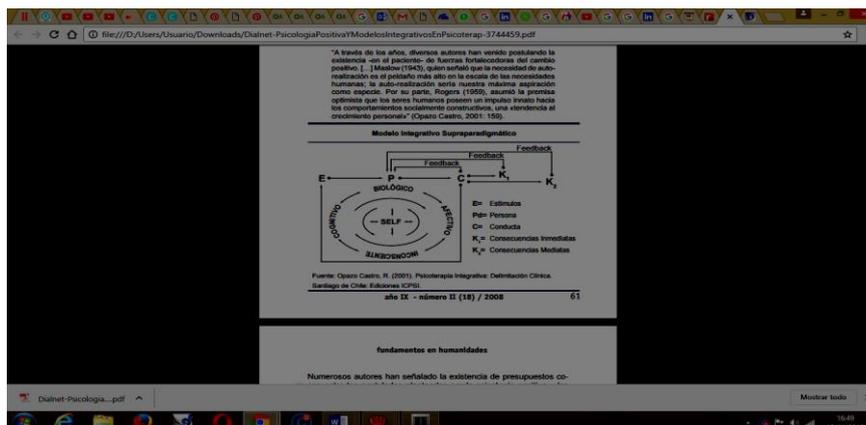
El agotamiento emocional por las demandas de trabajo suele manifestarse con síntomas como: fatiga, cansancio, desgaste, frustración, trastornos gastrointestinales, falta de concentración, fundamentalmente cambios en el estado de ánimo, como, por ejemplo: irritabilidad o agresividad, además de la desmotivación.

2.5.2. Marco Teórico.

El modelo integrativo, toma en cuenta dos perspectivas: La ideográfica que considera la individualidad, complejidad y singularidad de cada individuo.

Mientras que la perspectiva nomotética busca principios y leyes que permitan determinar aspectos como: la motivación, rasgos, mecanismos de defensa, esquemas mentales, y así determinar una mayor comprensión de la personalidad que constituye a cada ser humano.

Este modelo toma ejes de referencia a la cognición, la afectividad, la conducta y las relaciones interpersonales, que tienen como fin la comprensión de la singularidad de cada persona. No obstante el autor de referencia para el estudio del presente tema, establece personalidades con mayor equilibrio y otras con déficit que evidencia problemas relacionales interpersonales.

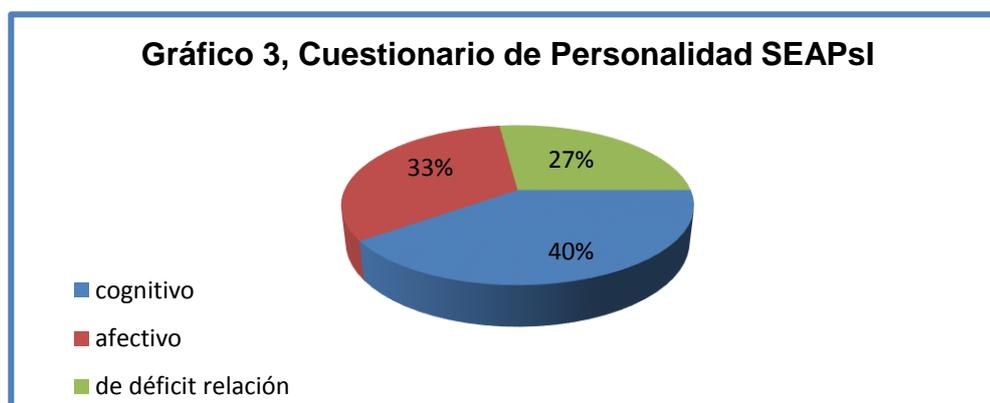


2.5.3. Cuestionario SEAPSI

La tabla tres muestra la prevalencia, los números y el porcentaje de los grupos de personalidad, mientras que el pastel muestra el porcentaje.

Predominio	Número	%
Cognitivo	12	40
Afectivo	10	33
De déficit de relación	08	27
Total:	30	100

Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.



Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.

12 Personas que representan el 40% presentan predominio de personalidad cognitivo, 10 que representan el 33% tienen personalidad afectiva y 08 que representan el 27% tiene personalidad de déficit de relación, lo que significa que el mayor número están en las personalidades cognitivas y afectivas, sumando un 73%, lo que se tendrá en cuenta en el diseño de la intervención.

2.5.4. Escala de Ansiedad de Hamilton

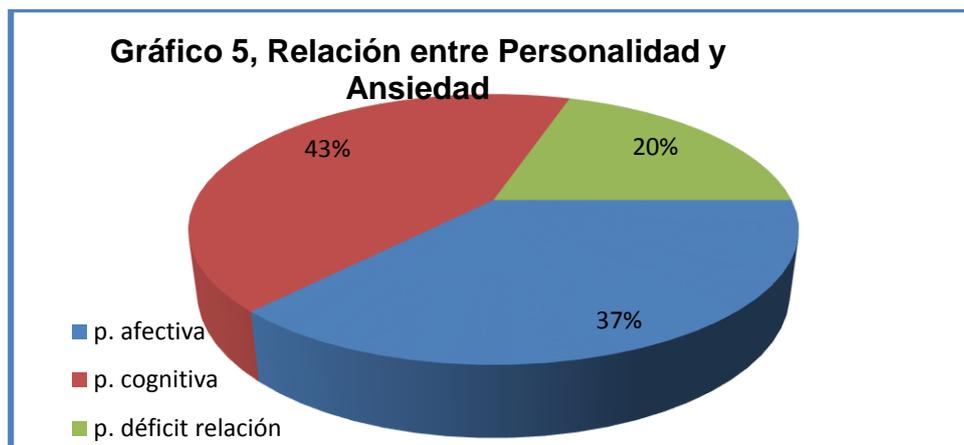
7 personas que corresponde al 23%, 11 que corresponde al 37% y 12 que corresponde al 40% presentan sustantivamente ansiedad leve, moderada y grave. Al sumar dos últimos resultados nos da un resultado de 77% por lo que podemos inferir la existencia de ésta condición en el personal médico.

Distribuidos por rangos, se detectan 7 casos leves (23%), 11 casos de rango moderado (37%), 12 casos graves (40%), dentro de estos últimos se detectó 06 sospechas de estados de pánico, porque su puntuación fue mayor de 2 en el ítem 1 y mayor de 2 en al menos 3 de los ítems 2 – 8 – 9 – 10 y 13.

2.5.5. Relación del Síndrome de Burnout y la Personalidad

En cumplimiento con el segundo objetivo, la tabla muestra el universo de estudio, cómo están divididos y el porcentaje se lo grafica en el pastel que nos permite analizar qué tipo de personalidad puede ser más vulnerable al Síndrome de Burnout en los médicos, enfermeras y auxiliares del Hospital Básico de Arenillas.

Tabla 4. Relación del Síndrome de Burnout y la personalidad				
Rangos	Tipos de personalidad			
	Afectiva	Cognitiva	Déficit relacional	%
Bajo			9	30
Medio	10			33
Alto		11		37
Total:	30			100%
Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.				



Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.

La muestra tomada es de 11 de las personas encuestadas, que equivale al 37%, los mismos que presentan prevalencia de rasgos de personalidad cognitiva, este tipo de personalidad evidencia mayor vulnerabilidad a la evolución del Síndrome de Burnout.

También podemos destacar la personalidad afectiva a una muestra de 10 personas que equivalen al 33%, quienes tienen menos tendencia a la vulnerabilidad del Síndrome de Burnout. La relación entre el síndrome de burnout y la personalidad tiene una significancia estadística $X^2=54,063$, gl 4, $p=,000$.

Las que tienen déficit relacional con 9 puntos, se divide en cuatro grupos:

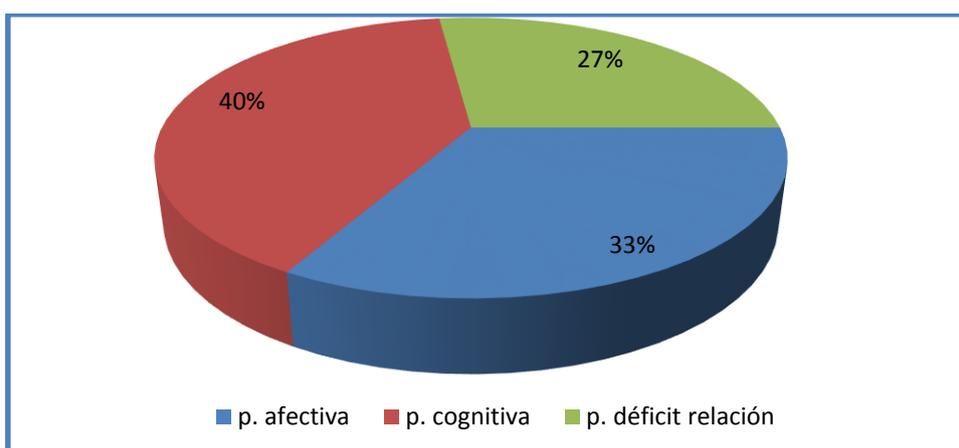
- Esquizoide, son solitarias, poco sensibles, introvertidas.
- Dependientes, son obedientes, piden consejos, evitan discusiones.
- Evitativa son temerosas, evitan socializar, vínculos seguros, y reservadas.
- Esquizotipia, tienen creencias raras, percepciones inhabituales y extravagantes.

2.5.6. Relación entre Síndrome de Burnout, personalidad y ansiedad

Por último, la tabla seis muestra la relación entre Síndrome de Burnout, personalidad y ansiedad.

Rangos	Niveles de Ansiedad	%
Personalidad Afectiva	11	37
Personalidad Cognitiva	13	43
Personalidad Déficit de relación	6	20
Total:	30	100%

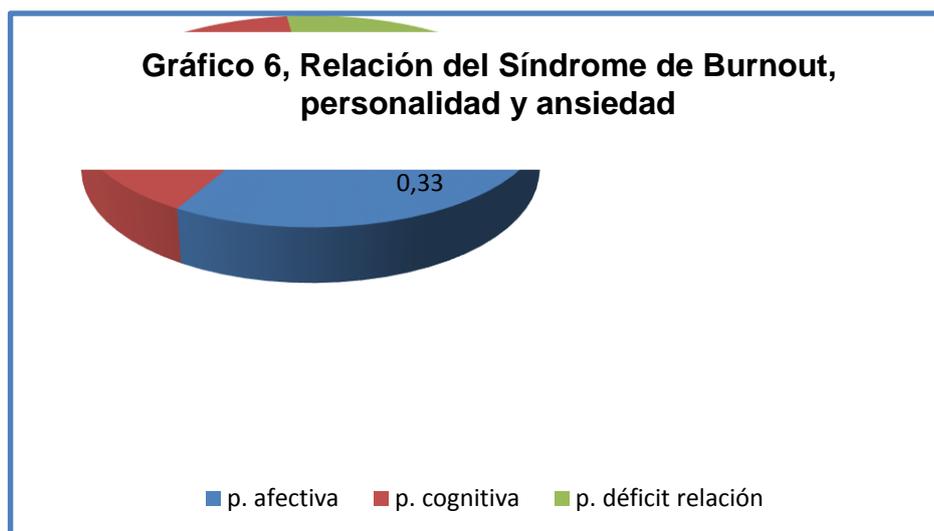
Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.



Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. – Elaborado por: Gilberh Antonio Preciado T.

Rangos	Niveles de Burnout				Ansiedad	
	Leve	Moderado	Grave	%	Niveles de ansiedad	% ansiedad
Personalidad Afectiva		10		33	11	37
Personalidad Cognitiva			12	40	13	43

Personalidad Déficit de relación	08		27	6	20
Total:	30		100 %	30	100%
Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. –Elaborador por: Gilberh Antonio Preciado T.					



Fuente: Personal Hospital Básico de Arenillas. – Elaborado por: Gilberh Antonio Preciado T.

Coincidentalmente los cuadros muestran la tendencia en la personalidad cognitiva a desarrollar un alto nivel de ansiedad, esto se debe a las características del perfeccionismo, tendencia a albergar rencores durante mucho tiempo, dificultad para olvidar los desprecios, desconfianza ante nuevas amistades, apegos a las reglas y normas. Por lo cual se puede manifestar que este tipo de personas son más vulnerables para desarrollar el Síndrome de Burnout.

Al concluir este segundo capítulo, luego de haberse aplicado los reactivos como el Inventario de Maslach el cual mide cansancio emocional, despersonalización y realización personal; el cuestionario de la SEAPSI, el cual mide y agrupa rasgos de personalidades, y el test de Hamilton el cual mide nivel de ansiedad. Se comprobó que en cuanto al síndrome de Burnout: Agotamiento emocional puntúa

con 18, esto es el 39%. Despersonalización puntúa con 08, corresponde a un 17%. Realización Personal puntúa con 20 correspondiente al 44%.

Cuestionario SEAPSI: Cognitivos fueron 12, 40%, Afectivos 10 corresponde 33% y Déficit en la relación 08 con una correspondencia al 27%.

En la escala de Hamilton: 07 de los encuestados tuvieron 23% corresponde a (leve), 11 con 37% que corresponde (moderado), y 12 de ellos presentaron un 40% que corresponde a un estado (grave).

CAPÍTULO III

PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

3.1. Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad.

A manera de introducción destacamos algunos conceptos de terapia integrativa. Verónica Bagladi aborda los trastornos de personalidad desde el modelo integrativo supraparadigmático (Opazo, 1983), precisando el concepto de personalidad a la luz del operar del self y de los paradigmas biológico, cognitivo, afectivo, inconsciente, ambiental/conductual y sistémico. [CITATION Héc04 \p 28 \l 3082]

Lo integrativo significa “encontrar respuestas articuladas a conjuntos que son diversos y complejos. En el ámbito del trabajo Social para caminar hacia modelos integrativos debemos nutrirnos de la investigación y de nuestra experiencia práctica de cara a generar una teoría más completa, capaz de respaldar un accionar más lúcido y potente” [CITATION Emm14 \p 364 \l 3082]

La psicoterapia integrativa toma de los enfoques la necesidad de delimitar una teoría guiadora, aun cuando procura ampliar horizontes, de aunar fuerzas de cambio y de cultivar la tolerancia, aun cuando introduce estrictos criterios de selección del conocimiento y estrictos criterios para ir ordenándolo” [CITATION Fay10 \p 98 \l 3082]

Psicoterapia Integrativa, es la formación de un todo a través de partes diferentes, con el objetivo de ayudar a resolver los problemas de las personas.

Ahora, para ampliar su comprensión, detallamos algunos claves: a) el ser humano es más que la suma de sus componentes, la existencia se consume en el seno de las relaciones humanas y, el hombre vive más o menos asequible a

su forma consciente; y, b) las bases teóricas de nuestro modelo asumen como elemento básico la comprensión de la vida psíquica, sus trastornos y el ejercicio psicoterapéutico, a la personalidad.

3.2. La personalidad como eje fundamental

Algunas definiciones de personalidad.

a. “La organización dinámica, dentro del individuo, de aquellos sistemas psicofísicos que determinan sus ajustes únicos a su ambiente” [CITATION Reb10 \p 2 \l 3082]

b. “La personalidad es una variable individual que constituye a cada persona y la diferencia de cualquier otra, determina los modelos de comportamiento, incluye las interacciones de los estados de ánimo del individuo, sus actitudes, motivos y métodos, de manera que cada persona responde de forma distinta ante las mismas situaciones” [CITATION Jai00 \p 89 \l 3082]

c. “La personalidad hace referencia al conjunto de rasgos individuales que se poseen y que diferencia a unas personas de otras. La personalidad explica nuestra forma habitual de comportarnos y engloba toda la estructura psicológica, es decir, tanto los aspectos intelectuales como los motivacionales y afectivos” [CITATION Val97 \p 66 \l 3082]

d. “El conjunto de patrones cognitivos, afectivos, comportamentales y de relación que definen al ser humano biopsicosocial, espiritual como la suma perfectamente engranada de temperamento, carácter, conducta, identidad e idiosincrasia que nos hacen únicos, distintos, irrepetibles, inclonables e inimitables dentro del gran conglomerado de individuos, aunque se agrupe rasgos, características y predominios en las distintas clasificaciones o clasificadores [CITATION Vás12 \p 78 \l 3082].

Resaltando en todas estas definiciones existen dos aspectos contenidos explícitamente en la primera:

- Organización dinámica porque es algo en constante desarrollo, cambio, evolución.
- Sistema psicofisiológico porque incluye cogniciones, sentimientos, actitudes.

Según, Balarezo, creador del Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, lo arriba descrito hace referencia a los rasgos en estado activo o latente como la unión indisoluble del cuerpo y la mente, haciendo perceptible todo lo que se ve del individuo hace su personalidad.

Entonces se entiende por personalidad, la forma que el individuo expresa sus sentimientos y su forma de percibir el mundo exterior, esto es lo que hace que el ser humano sea único en todas sus dimensiones.

3.3. Estructura de la personalidad.

La personalidad, desde el Modelo Integrativo Ecuatoriano, tiene tres factores:

3.3.1. Factor Biológico

Hace referencia a los genes los cuales inciden en la personalidad. Balarezo en su libro Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, señala, que diversos estudios han demostrado que algunas dimensiones básicas de la personalidad tienen un marcado componente hereditario, así como los mecanismos químicos cerebrales (neurotransmisores). Ejemplo, según Balarezo, en las personalidades afectivas, predominan los mecanismos cerebrales vinculados con la extraversión y la amabilidad, con un predominio de funciones neuropsicológicas relacionadas con las regiones hipocámpicas, las cuales están vinculadas con la serotonina.

Este neurotransmisor actúa en la inhibición de: la ira, la agresión, la temperatura corporal, el humor, el sueño, el vómito y el apetito. Mecanismo que están relacionadas directamente con síntomas de depresión. Los antidepresivos se ocupan de modificar los niveles de serotonina en el individuo.

3.3.2. Factor Psicológico

Esto se refiere a un determinado nivel de vida individual que afecta las condiciones psíquicas. La forma en que cada individuo estructura su realidad, cómo se conduce en el medio, y todo lo que afecta el normal desarrollo del individuo, como el estrés, enfermedades psíquicas, riesgo de accidentes, la depresión, alcohol, drogas etc.

3.3.3. Factor Sociocultural

Se refiere a diferentes aspectos en que el individuo se desenvuelve tales como, factores ambientales, condiciones socio económicas, que determinan la adaptación en un grupo para su sobre vivencia.

3.4. Tipología de la personalidad.

- Predominio cognitivo.
- Predominio afectivo.
- Predominio comportamental.
- Predominio de déficit relacional.

Estos tipos de personalidades, son predominantes y son como se lo describe en la figura # 1, los cuales se agrupan de la siguiente manera según el Modelo Integracionista, en el Ecuador.

Figura N° 1

Tipos de personalidad

AFECTIVA

HISTRINÓICA

- Alegre
- Seductora
- Sociable
- Sugestionable
- Empeñosa

CICLOTÍMICA

- Emotiva
- Animo variable
- Generosa
- Sensible
- Activa

COGNITIVA

PARANOIDE

- Líder
- Desconfía
- Suspica
- Dominantes
- Organizada

ANANCÁSTICAS

- Ordenada
- Normada
- Concienzuda
- Perfeccionista
- Adherente

COMPOTAMENTAL

IMPULSIVA

- Imprudente
- Primaria
- Impulsiva
- Perseverante
- Energía

T.DISOCAL

- Agresiva
- Antisocial
- No se arrepienta
- Irresponsable
- Sin normas

DÉFICIT RELACIONAL

ESQUIZOIDE

- Solitaria
- Fantaseadora
- Privada
- Poco sensible
- Introspectiva

DEPENDIENTE

- Obediente
- Evita discusiones
- Pide consejos
- Actitud pasiva
- Busca compañía

EVITATIVA

- Temerosa
- Evita socializar
- Vínculos seguros
- Reservada

TESQUIZOTIPIA

- Extravagante
- Referencial
- Creencias raras
- Percepciones inhabituales

3.5. Bases Metodológicas del Modelo Integrativo Ecuatoriano

Este modelo establece diferencias entre psicoterapia y asesoramiento, y al mismo tiempo se desenvuelve en dos terrenos diversos, pero se complementan, porque son un proceso que no está aislado el uno del otro.

Según Balarezo, define a la “Psicoterapia como un método de tratamiento de enfermedades mentales, desajustes emocionales, y problemas psíquicos, por medios de recursos psicológicos, sobre todo la palabra, en un marco de interacción personal positiva entre paciente y Psicoterapeuta” [CITATION Bal03 \p 1 \t \l 3082] o también como un proceso planificado que procura la modificación positiva de la personalidad o promueve el tratamiento de trastornos psíquicos, por medio de recursos psicológicos, empleando las diferentes formas de comunicación, en una relación terapeuta- paciente efectiva.

El asesoramiento o consejería, es conceptualizado como una relación en la que un especialista ayuda a otra persona a comprender y resolver sus problemas de adaptación empleando recursos psicológicos. Para Balarezo estos hechos no son aislados.

3.6. La Relación.

Para Balarezo el proceso Psicoterapéutico es visto como una totalidad, que se integra de diferentes partes y está conformado por etapas interrelacionadas entre sí para plasmar un objetivo común, o específico.

Se ha demostrado que con las aplicaciones de técnicas se ha obtenido buenos resultados, pero también existen otros elementos que pueden ser muy importantes al momento de comenzar un proceso psicoterapéutico. Este modelo nos brinda algunas estrategias.

La posición humanista de un terapeuta es uno de los factores más destacados, en la Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, pues ésta posibilita un respeto incondicional del paciente en su condición de ser humano, el terapeuta debe confiar en las capacidades humanas del paciente para superar sus adversidades, problemas o situaciones complejas, las cuales están causando malestar en su vida.

El objetivo de la psicoterapia, es centrarse en la atención del paciente, o cliente y no en el trastorno o problema, este debe superar la concepción aislada del problema. El terapeuta integrativo debe adecuar un marco de referencia para cada paciente. Para el efecto, el Terapeuta tiene que poseer habilidades para conducir al sujeto en sus arreglos personales, respetando sus creencias, valores y principios, lo que significa que se considera al paciente como individuo único y no como problemas o trastorno etiquetado.

3.6.1. Influencias sobre valores y creencias del terapeuta.

Es importante destacar que sus creencias, valores, cultura, son algunos de los factores que pueden ser influyentes en el terapeuta y que de alguna manera pueden ser positivo o negativo dentro del proceso psicoterapéutico.

Por lo que es indispensable que el terapeuta mantenga las condiciones personales en su lugar, sin que intervenga de manera directa en el proceso.

El respeto. Se refiere al trato interpersonal enmarcado en los derechos que tiene toda persona, superando cualquier diferencia social, cultural, económica o de cualquier otra índole. La aceptación y comprensión. El terapeuta debe asumir una actitud favorable hacia los demás, sin que exista una postura sesgada por sentimiento o conductas que denoten una preferencia, por más aberrantes que sean.

3.6.2. Características del terapeuta, asesor o consejero.

La tolerancia a la ambigüedad, la madurez, comprensión capacidad de mantener una distancia emocional apropiada con relación al paciente y capacidad de contacto interpersonal, son algunas de las medidas no intelectuales de mayor importancia.

El modelo se focaliza tanto en la personalidad del paciente, así como del terapeuta y prioriza la relación sobre la técnica; por lo que el terapeuta tiene que adecuarse a un determinado perfil, el mismo que se pueda desarrollar a través de su formación como terapeuta.

3.6.3. Formación académica científica

Quien sea capaz de asumir este requisito podrá marcar la diferencia entre un profesional plenamente preparado y el empírico. Tanto en la conceptualización del fenómeno psicológico como en su ejercicio técnico. El terapeuta requiere además de una formación académica, una capacitación cultural amplia para responder a los requerimientos de diversos tipos de pacientes provenientes de muchas etnias, estratos y culturas.

Toda formación separada de una instrucción formal superior, conlleva irremediablemente a una estructura empírica, insegura y ejercicio implícito, intuitivo y no científico. Fenómeno que debe ser superado en los actuales momentos.

Equilibrio y madurez emocionales. Se refiere al nivel de control de la vida afectiva, la cual requiere el profesional en cuanto a su expresión personal. Este factor le brindará mayor soporte al proceso y al paciente.

Comprensión y capacidad empática. El paciente debe sentir un clima cálido y empático lo cual generaría una mayor tranquilidad emocional, aunque no debe ser excesiva.

Integridad ética. El comportamiento ético de cada individuo está determinado por el entorno social en el que se desenvuelve. La apreciación del rol que desempeña, la consideración sobre su valor social, la definición del servicio comunitario que se brinda, el papel que cumple en el contexto social, de manera que todo su trabajo y actividad se desenvuelvan con criterio rígido y normativo.

3.6.4. Capacidad para establecer contactos interpersonales.

Durante el ejercicio de la Profesión, el terapeuta debe mostrar la capacidad, para iniciar relaciones interpersonales con las demás personas; esta situación es comprensible por la consideración de que el contacto es una forma de relación interpersonal, en la cual surge circunstancias emocionales que se hayan presente en la naturaleza humana. Siendo el terapeuta una persona especializada en este campo, no cabe circunstancias adversas que puedan interrumpir el manejo de técnicas y recursos más idóneos para obtener resultados positivos en la terapia.

Motivación a brindar ayuda. Esto se refiere a la capacidad de brindar apoyo a los demás sin esperar mayor recompensa externa. Esta condición evidencia un incentivo interno que gratifica al terapeuta, más allá de los estímulos económicos.

Autoestima alta. Se refiere a la capacidad de apreciación a sí mismo, que el terapeuta debe tener en su condición humana, sin sentimiento de debilidad frente a sus pacientes, esto no significa expresión de actitudes vanidosas o sobrevaloradas, sino una actitud de respeto y consideración dentro de los parámetros de igualdad y correspondencia humana.

Resiliencia. El proceso psicoterapéutico no está colmado solamente de satisfacciones, alegrías y triunfos, sino que el terapeuta está en constante relación con el sufrimiento humano y en algunas ocasiones hasta con la muerte, de tal manera que, el enfrentamiento y la superación de estas condiciones le permiten al terapeuta mantener un estado mental equilibrado y en constante desarrollo.

Proactividad. Contrariamente a una actitud pasiva, conformista y retroactiva, el terapeuta debe adoptar una postura que proyecte una mirada hacia delante como indicio de su creatividad y la búsqueda de respuestas novedosas y acertadas.

La Proactividad, requiere pensar con características de superación, iniciativa y responsabilidad, manteniendo la condición de libertad en la elección.

Capacidades grupales. Es necesario destacar estas características, la cual se refiere a la capacidad de adaptarse y ejercer en el contexto con el equipo interdisciplinario, es un recurso y requisito que demanda la actualidad.

3.7. Características del paciente o cliente.

Para Balarezo [CITATION 08 \l 3082], el análisis del paciente o cliente como objeto de estudio se debe tomar en cuenta las características como el tipo de trastorno o conflicto que padece, su edad, el tiempo de duración del problema, el sexo, los factores desencadenantes del cuadro, lo cual corresponde a un estudio integral.

En este modelo se consideran algunos aspectos, los cuales detallaremos con mayor precisión.

- **Motivación al tratamiento o ayuda.** Supone la exigencia de un determinado grado de interés, necesidad, atención, actitud o expectativa con relación al proceso.

Cuando el cliente busca ayuda en un profesional, ha superado una variedad de obstáculos, resistencias personales y sociales, además de intentar una cantidad de soluciones y alternativas auto propuestas o recomendadas por otra persona.

El especialista no solo mantendrá el interés inicial hacia el cliente, sino que formará o incrementará este fenómeno mediante el manejo de técnicas más adecuadas.

- **Injerencias de manejos Cognitivos.** Las potencialidades intelectivas del cliente, tanto en lo referente a capacidad cuantitativa, como a sus cualidades inherentes, marcará los logros en la modificación del individuo y la técnica que será la más propicia en su aplicación, se debe señalar que los recursos racionales, explicativos y persuasivos cobran mayor eficacia en capacidades normales y superiores, que en aquellos que tienen menor capacidad en su coeficiente intelectual.

- **Nivel de integración de la personalidad.** Con esta Denominación nos referimos al relativo equilibrio que deben ser características de las funciones síquicas en su acercamiento hacia la normalidad, esta similitud son observables cuando los trastornos son agudos, se pierde el funcionamiento armónico e integral de la personalidad, al mismo tiempo se limitan las expresiones síquicas; de este modo angustias o depresiones agudas requieren de otras medidas iniciales, estas pueden ser de tipo farmacológico, a fin de garantizar el tratamiento.

- **Capacidad de respuesta emocional.** No se puede negar la intervención de factores afectivos en el proceso, el tono emocional con que se anuncie las diversas comunicaciones, al igual que las actitudes especiales que se expresan

durante la entrevista, estimulan reacciones en los pacientes; en el caso de los antisociales y esquizoides constituye el ejemplo más evidente de ausencia de respuestas emocionales en el contacto terapéutico.

Al contrario, en otros trastornos de personalidad, la reacción afectiva es notoria, requiriéndose establecer un equilibrio en su expresión como sucede en los histriónicos y ciclotímicos.

- **Flexibilidad.** Se explica por las condiciones de mayor o menor grado de sugestibilidad de la corteza cerebral, interviene además otras circunstancias que determinan su diferenciación; así que se encuentra en los niños mayor flexibilidad que en los adolescentes; en las mujeres en mayor medida que en los varones; en los adultos en mayor medida que en los ancianos, por lo que la flexibilidad es la factibilidad de cambios en lo referente a pensamientos, actitudes, emociones y comportamiento.

- **Locus de control.** Señalado en el contexto de la atribución que el paciente atribuye a la etiología de sus trastornos, y al origen de su curación, es obvio precisar que la prevalencia del locus de control interno otorga mayores ventajas para el éxito terapéutico, por lo que paciente asume la responsabilidad a su problemática.

Esto no ocurre en la prevalencia de locus de control externo, el paciente formaliza un deseo por recuperarse por acciones y fuerza externas.

En algunas ocasiones, el locus de control interno, se exterioriza a través de sentimientos de culpa que demanda un abordaje terapéutico en el sentido de controlar este exceso.

- **Tipo y características de personalidad.** El Modelo Integrativo muestra las características de la personalidad, y como conclusión provee las estrategias más adecuadas para cada caso, puesto que los pacientes con personalidad

esquizoide, evitativa, disocial, impulsiva y paranoide presentan una mayor dificultad en la adherencia al tratamiento, mientras que las personalidades afectivas, anancásticas y dependientes posibilitan un enlace más fácil y efectivo.

3.8. Proceso del Modelo Focalizado en la Personalidad

3.8.1. Etapas del Proceso.

Balarezo [CITATION 20042 \l 3082] en el Modelo Integrativo Ecuatoriano Focalizado en la Personalidad señala cinco etapas, claramente diferenciadas, las mismas que a continuación las detallamos paso a paso.

3.8.2. Primera Etapa.

Se determina la demanda, expectativas, motivaciones e inicio del proceso; además juzgamos el grado de interés o motivación del cliente y las restricciones que se observan en la demanda. Es preciso establecer el tipo y origen de la demanda, esta puede ser de dos maneras explícita o implícita.

3.8.3. Segunda Etapa.

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

Realizamos un estudio transversal del individuo y su problemática mediante su observación, la entrevista y los reactivos psicológicos, esta debe estar orientada hacia el diagnóstico de la demanda, el problema, la patología, el entorno del paciente y las características de personalidad como precursora del trastorno.

Se distingue el acercamiento y la diferenciación entre consejería y psicoterapia, incluimos en nuestra propuesta la aplicación de asesoramiento más en un nivel preventivo.

Estructuración y afianzamiento de la relación terapéutica suponen una confrontación entre las expectativas del paciente y del profesional, para buscar reajustes y acuerdos comunes sobre el tratamiento.

3.8.4. Tercera Etapa.

3.8.4.1. Planificación del proceso.

Se discuten los objetivos y técnicas del plan con el demandante para acercarse a sus motivaciones y expectativas. El terapeuta debe realizar un trabajo analítico-sintético profundo a fin de ajustar el proceso a las necesidades del paciente.

Formulación dinámica del problema o trastorno. Constituye la interrelación del cuadro y del paciente con los factores desencadenantes, determinantes, predisponentes y mantenedores de la patología. Esta comprensión se hará con una postura objetiva para entender el proceso y la evolución del trastorno o problema.

Formulación dinámica de la personalidad.- Se requiere una descripción de la personalidad y sus rasgos. - Es una síntesis tanto de las áreas problemáticas como de aquellos que guardan relación con el sujeto.- En este aspecto conviene superar la tendencia simplista y peyorativa que suele predominar en algunos sicoterapeutas que tienden a encontrar exclusivamente las características negativas del paciente, sin apreciar aquellas que suelen favorecer el tratamiento.

Señalamiento de objetivos. La estructura del plan concierne a dos niveles, uno superficial relacionado con el problema o el trastorno y otro profundo vinculado con la personalidad subyacente. En el primer caso los objetivos terapéuticos se orientan a la resolución del problema o alivio sintomático y en el segundo hacia la influencia de la personalidad induciendo a su autoconocimiento, flexibilización o modificación positiva de su estructura.

3.8.5. Cuarta etapa.

3.8.5.1. Metodología.

El método que aplicamos fue grupal debido a las imposibilidades del trabajo individual. Las técnicas se las aplican durante el proceso, adaptándolas para cada uno de los casos y considerando las características idiosincráticas de los habitantes, estas técnicas las aplicamos en los recursos sintomáticos, así como en lo relacionado con la personalidad.

Técnicas para asesoramiento:

- a) Resolución de problemas en conflictos intrapersonales y frustración.
- b) Resolución de problemas en conflictos familiares e interpersonales o negación.
- c) Orientación y mediación psicológica.
- d) Modificación de actitudes.
- e) Psicoeducación.
- f) Asertividad.
- g) Desarrollo de habilidades sociales.

Técnicas Sintomáticas.

- a) Relajamiento muscular.
- b) Técnicas sugestivas en visualización.
- c) Técnica sugestiva en sueño.
- d) Procedimientos conductuales.
- e) Aportes de otras corrientes.

Técnicas para modificar rasgos de personalidad.

- a) Procedimientos cognitivos.
- b) Procedimientos constructivistas.

Análisis de rasgos de personalidad.

El trabajo se lo realizó en el Hospital Básico de Arenillas, durante el periodo de abril 2015 a febrero 2016. El universo con el que se trabajó fue 30 profesionales entre médicos, enfermeras y auxiliares, quienes en su gran mayoría habían presentado signos de cansancio, desgaste emocional. Malas relaciones entre compañeros pocas productividad, entre otros.

El proceso se inició con una dinámica, luego de socializar el tema, continuamos aplicando el test de Hamilton, el mismo que valora el nivel de ansiedad, decidimos realizar las sesiones los días sábados, debido a incomodidades no tuvimos mucha colaboración por parte del personal, en la última parte se nos complicó debido a la incomodidad de los entrevistados.

En la segunda sesión aplicamos el test de Maslach el mismo que mide tres aspectos, Agotamiento Emocional, Despersonalización y Realización Personal.

También aplicamos el cuestionario de la SEAPSI, para identificar rasgos de personalidad.

Tercera sesión se trabajó en la flexibilización de rasgos de personalidad, como, asesoramiento comunicación en las relaciones interpersonales. Se aplicó terapia cognitiva conductual, para modificar pensamientos autónomos y polarizados.

Balarezo nos da una información clara y precisa, la misma que permite desenvolvemos en el proceso. “La misma estructura del plan nos permite direccionarnos en dos niveles, el mismo que hemos mencionado anteriormente, esto es, superficial que está relacionado con el problema o trastorno y profundo, vinculado con la personalidad subyacente. Cada uno tiene su objetivo, el primero se orienta a la resolución del problema o alivio sintomático y el segundo hacia la flexibilización de los rasgos de la personalidad. Cada técnica se ajusta a la necesidad específica.”

3.8.5.2. Quinta Etapa.

Evaluación, diagnóstico del proceso y los resultados. Esto debe interesarnos a los involucrados en el proceso, para fines de la consolidación teórica, investigación y aplicación práctica, el examen crítico de lo que ha ocurrido desde la primera hasta la última sesión. Esto nos daría mayor eficacia en lo relacionado al trabajo terapéutico, lo cual se debe someter a prueba mediante algunos recursos que detallaremos a continuación.

3.8.6. Conclusión.

En la corta experiencia como terapeuta se debe precisar que no fue fácil trabajar en grupo, la razón es porque cada individuo tiene su propia percepción de las cosas, para esto se debe cumplir con ciertas habilidades sean innatas o aprendidas y cuando hablo de aprendidas me refiero a la formación profesional, que son las habilidades para adaptarse. Ejercer liderazgo en coordinación con el equipo es un recurso que se demanda del profesional en los actuales momentos.

Fueron estos recursos que me ayudaron para la coordinación del grupo, en muchas ocasiones teníamos que posponer la sesión, es aquí donde se requiere el manejo grupal las cuales deben añadirse a los componentes descritos anteriormente. Razón por la cual se resume como capacidades y habilidades grupales, la predisposición al liderazgo, la capacidad para tomar decisiones en consenso, la observación de la disciplina y normas grupales.

Vale la pena destacar que durante el proceso se observa que los individuos son constructores de su realidad, y en base a eso, el Modelo Integrativo Ecuatoriano, lo puede perfilar a generar su propia estabilidad, mediante técnicas acertadas y precisas.

A continuación, detallamos con claridad las diferentes etapas, las mismas que fueron aplicándose en el proceso de la investigación.

3.9 Propuesta de Intervención desde el modelo Integrativo Ecuatoriano

Nuestra propuesta se basa en los resultados que hemos obtenido durante todo el proceso. Los resultados muestran que el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad puede ser eficiente para trabajar en el síndrome del trabajador quemado, sus técnicas son apropiadas para disminuir agotamiento emocional, despersonalización, realización personal, malas relaciones interpersonales, carácter irritable, además de flexibilizar rasgos de personalidad, y otros síntomas que son propias de Burnout. Se proyecta al paciente a mejorar su producción y a una mejor calidad de vida. Esta terapia se la puede realizar en grupos o individualmente.

3.10 Tratamiento del estrés laboral

El tratamiento está encaminado a eliminar o minimizar el impacto de los factores generadores de estrés laboral, a la vez mejorar las estrategias de afrontamiento de las situaciones estresantes proveyendo a las personas de recursos para el control de sus reacciones emocionales al estrés. Para ello nos basamos en las siguientes técnicas.

- a. Método de relajación, para afrontar las tensiones.
- b. Gestión eficaz del tiempo, para afrontar la presión del tiempo.
- c. Establecimiento de prioridades, para afrontar la confusión.
- d. Desarrollar el autoexamen, para afrontar la confusión.
- e. Desarrollar el autocontrol emocional.
- f. Gestión del ocio y del descanso.

Todos estos objetivos están encaminados a minorar los conflictos que los pacientes pudieron haber desarrollado debido a las sobrecargas a nivel emocional, cognitivo y en su personalidad.

Cuadro 1. Etapas en el proceso de asesoramiento

Primera etapa	Evaluación	Entrevistar grupal Observar al grupo Evaluar material psicométrico
Segunda etapa	Planificación del proceso	Establecer objetivos Abordar conflictos psicológicos Disminuir los síntomas Seleccionar técnicas: -Técnicas sintomáticas -Técnicas para influir en la personalidad
Tercera etapa	Aplicación y Evaluación	Aplicar las sesiones terapéuticas Evaluar el proceso

Cuadro 2. Métodos de recolección de datos

Tipos de entrevista	Registro de asistencia
Observación	Comportamiento durante la terapia grupal
Valoración Psicométrica	Inventario de Maslach Cuestionario de la SEAPSI Cuestionario de Hamilton

Cuadro 3. Establecimientos de objetivos y técnicas

Objetivos Sintomáticos	Disminuir la sintomatología Disminuir comportamientos Adaptivos Brindar Apoyo emocional al grupo	Relajamiento muscular progresivo Jacobson (1929) Procedimientos y actitudes Albert Ellis (1957)
Objetivos de Personalidad	Mejorar el awareness Flexibilización de los rasgos de personalidad	Personalidad opazo (2003) Psicoeducación Beck (1976)
Asesoramiento o Resolución	Promover el desarrollo personal	Problemas Beck (1976)

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

Casi todos los descubridores del Síndrome de Burnout están de acuerdo en la sintomatología que afecta a los profesionales que están en contacto directo con los pacientes, especialmente a los profesionales de la salud.

En el año de 1974 Freudenberger Psiquiatra Germano estadounidense conceptualizó por primera vez a esta patología, como una sensación de fracaso. Especialmente en los profesionales que están en contacto directo con los paciente, y manifiesta que son sentimientos de agotamiento y frustración además de cansancio que se genera por una sobrecarga, e incluye el termino de adicción al trabajo.

El el año de 1980, Freudenberger amplía su teoría y conceptualización agregando que estos sentimientos se deben a cargas irracionales de trabajo que ellos mismos o quienes los rodean les imponen.

Ellos están de acuerdo que estas sensaciones de frustración se presentan en aquellos profesionales que están en contacto directo con los pacientes, espacialmente en los trabajadores de la salud.

Los resultados de nuestra investigación realizada en el personal del Hospital Básico de Arenillas, no difiere de esta teoría, pero sí, nos indica otros factores de influencia, como el tipo de personalidad, la edad, aspectos que pueden ser considerados influyente en el Burnout, además podemos señalar que de los treinta del grupo de estudio veinte y dos fluctúan entre los treinta y cuarenta y cinco años de edad y suelen tener turno de cuarenta horas a la semana y en algunos casos hasta veinte y cuatro horas. Esto no contradice los estudios científicos más bien señala otros aspectos a considerar ya que cada vez la ciencia va evolucionando.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Hoy en día el síndrome de Burnout está siendo muy estudiado debido al impacto que tiene en gran parte de los trabajadores del área de salud. En Ecuador, no existe una propuesta de intervención desde el Modelo Integrativo Focalizado en la Personalidad, en respuesta a la prevención o tratamiento del Síndrome de Burnout, es por eso que se decidió hacer este estudio en el personal del Hospital Básico de Arenillas y así abordar esta problemática.

La población estuvo constituida por un total de 30 participantes entre médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería, la muestra no fue equitativa en cuanto al número de hombres y de mujeres ya que, veinte y dos (22) pertenecían al género masculino y ocho (08) al género femenino.

En vista de los resultados, cabe indicar que los 30 participantes objeto de estudio del Hospital Básico de Arenillas, 18 corresponden (39%) presentan agotamiento emocional, 08 (17%) despersonalización y 20 (44%) realización personal.

A pesar de que el Síndrome de Burnout ha generado numerosas investigaciones, la gran mayoría se han concentrado en el personal, (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería). Nuestro resultado coincide con lo planteado por Maslach en su investigación, cuando plantea que aquellas personas que por naturaleza o especiales características de su trabajo debían mantener un contacto directo y continuo con las personas, tras un período de tiempo largo, acaban sufriendo un importante desgaste personal y laboral.

Debido a lo mencionado anteriormente, se tomó en cuenta que 12 (40%) del personal del Hospital presentaban predominio de personalidad cognitivo, 10 (33%) una personalidad afectiva y 08 (27%) presentan un déficit de relación.

El presente estudio también mostró que 07 (23%) del personal del Hospital poseen una ansiedad leve, el 11 (37%) moderado y el 12 (12%) una ansiedad grave, esto con referencia a la escala de ansiedad de Hamilton.

En la investigación predominó el sexo masculino, el mayor grupo de edades estuvo comprendido de 26 a 43 años. Al hacer la medición a través de la interpretación de los niveles de personalidad, estrés y ansiedad de la escala de Maslach y Hamilton, se puede concluir que el síndrome de Burnout no se encuentra completamente desarrollado en el personal médico del Hospital, pero podemos deducir que hay una tendencia hacia el agotamiento emocional y una grave ansiedad dando como resultado una personalidad cognitiva que afecta de forma más significativa en el personal que lleva más de tiempo laborando.

Aun cuando no se encontró el Síndrome en el personal encuestado, debido a que el puntaje fue bajo, se recomienda establecer estrategia de detección oportuna de casos, en este Hospital y en otras unidades de la provincia y del país. Sin embargo se resalta la presencia de síntomas.

Se observa una clara relación entre la personalidad cognitiva y los síntomas del Síndrome de Burnout.

Para trabajar la sintomatología encontrando, la Terapia Integrativa Focalizada en la Personalidad, nos da líneas clave para implementar una propuesta favorable.

RECOMENDACIONES

Es importante tener en cuenta que algunos profesionales presentan factores de riesgo de acuerdo con las horas de trabajo.

Es fundamental diseñar propuestas estratégicas de atención para los profesionales que se encuentran en condiciones de vulnerabilidad con respecto al síndrome de Burnout.

Debe ser prioritario establecer programas en coordinaciones con otras entidades del estado si es necesario, como orientación apoyo psicosocial, y de información sobre posibles riesgos.

Es pertinente desarrollar trabajos de investigación en este campo para detección y prevención del síndrome en Unidades Hospitalarias y del sector de la salud en general.

El tratamiento del Síndrome de Burnout se establece, sobre todo, en función de la molestia concreta que presenta el paciente y de su intensidad. Por tal razón, el tratamiento debe adaptarse al estado del paciente.

Por tanto es recomendable que el paciente reconozca y acepte que necesita ayuda lo antes posible, como primer paso.

Además debe seguir estas recomendaciones descritas a continuación.

- ✓ Es recomendable reservar tiempo y espacio para las cosas que le hacen disfrutar a uno mismo, como los paseos en la naturaleza o prácticas de deportes.
- ✓ Renovar las relaciones con amigos y familiares que se han desentendido en el pasado.

- ✓ Crear nuevos hábitos y si es posible cambiar de trabajo o modificarlo el ambiente de trabajo.
- ✓ Dividir las metas grandes en pequeños objetivos.
- ✓ Encontrar desfogues creativos.
- ✓ Tener en cuenta cuando ha llegado el momento de un descanso.
- ✓ Respirar profundamente y estirarse, repetirlo durante dos minutos.
- ✓ Apartar los pensamientos responsables del estrés y concentrarse el algo que le traiga placer.
- ✓ Animarse así mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- (2008).
2008. (pág. 142).
- Banco de Datos del Dpto. de Enfermería.* (2014).
- Alfonso Fernández Vázquez, C. G. (2015). *Análisis del estrés laboral (Burnout) del profesorado del ámbito sanitario de Formación Profesional del Ayuntamiento de Santiago de Compostela.* Estados Unidos: Lulu.com.
- Allport. (1986).
- Ancona, F. E. (2010). *Psicoterapia infantil con juego: Casos clínicos.* México: Editorial El Manual Moderno.
- Arán. (2008). *Guía de prevención de Burnout para profesionales de cuidados paliativos.* España: Arán Ediciones.
- Balarezo. (2003). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad.* Ecuador: SEAPsI.
- Barón, M. G. (2006). *Valoración clínica en el paciente con cáncer.* España: Ed. Médica Panamericana.
- Bianchini Matamoros, M. (1997). *El Síndrome del Burnout en personal profesional de la salud.* España: Editorial Kairós.
- Castro, M. R. (2015). *La ansiedad: estrategias prácticas para manejarla paso a paso.* Madrid: BibliotecaOnline SL.
- Coello, C. (25 de Febrero de 2016). *Redacción médica.* Obtenido de Redacción médica: <http://www.redaccionmedica.ec/noticia/ecuador-no-tiene-pol-tica-de-prevenci-n-contra-el-burnout-87258>
- El-Sahili, D. L. (2009). *Burnout en el colectivo docente: Investigación en la Universidad EPCA.* Mexico: Universidad EPCA.
- Fernández y Álvarez. (1996).
- Fernández, R. B. (2010). *Técnicas de Apoyo Psicológico Y Social Al Paciente Y Familiares.* España: Ideaspropias Editorial S.L.
- Forbes Álvarez, R. (2011). Éxito empresarial. *CEGESTI*, 3.
- García, R. F. (2010). *La productividad y el riesgo psicosocial o derivado de la organización del trabajo.* España: Editorial Club Universitario.
- Héctor Fernández-Álvarez, R. O. (2004). *La integración en psicoterapia: manual práctico.* España: Grupo Planeta (GBS).
- Jaime Rivera Camino, R. A. (2000). *Conducta del consumidor: estrategias y tácticas aplicadas al marketing.* Madrid: ESIC Editorial.
- Luelmo, M. (2012). *La responsabilidad social corporativa en el ámbito del Derecho laboral.* España: Netbiblo.
- Mendicuti, E. S. (2014). *Epistemología, teoría y modelos de intervención en trabajo social.* España: Universidad de Deusto.
- Micaela Sánchez Martín, A. B. (2009). *Investigación educativa en las aulas de Primaria.* Murcia: Ediciones de la Universidad de Murcia.
- Naranjo Pereira, M. L. (2009). Una revisión teórica sobre el estrés y algunos aspectos relevantes de éste. *Redalyc*, 186.
- Pérez Hernández, P. T. (AGOSTO de 2013). Obtenido de <http://181.198.77.140:8080/bitstream/123456789/217/1/028%20FACTORES%20QUE%20INFLUYEN%20EN%20EL%20SINDROME%20DE%20BURNOUT%20EN%20EL%20PERSONAL%20DE%20SALUD%20QUE%20TRABAJA>

- %20EN%20EL%20HOSPITAL%20MARCO%20VINICIO%20IZA,%20DE%20OLA%20CIUDAD%20DE%20LAGO%20AGRIO
- Pérez, V. M.-O. (1997). *Los adolescentes ante el estudio*. España: Editorial Fundamentos.
- Rosales Ricardo & Rosales Paneque, 2. (2013). *Burnout estudiantil universitario. Conceptualización y estudio*. España: Publicacions de la Universitat Jaum.
- Serret, A. (2015). *Comprendiendo el Burnout*. Bogotá: Elsevier.
- Yuni, J. A. (2012). *Psicología del desarrollo: enfoques y perspectivas del curso vital*. Argentina: Editorial Brujas.
- Zavala, J. (2008). *Estrés y burnout docente: conceptos*. España: Ediciones Pirámide.

ANEXOS

Anexo N° 1. Disposición del Ministerio de Salud Pública



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
COORDINACIÓN ZONAL DE SALUD - ZONA 7
AREA DE SALUD N° 6 - HOSPITAL ARENILLAS

DISPOSICION

Yo Dr. Hayro Junior Cerna Bermeo DIRECTOR DEL HOSPITAL BASICO ARENILLAS, me dirijo a todo el personal de este Hospital, para que colaboren con el Proyecto: del Psicólogo Clínico Gilberh Preciado Tenorio. El mismo que se desarrollará en esta institución , ya que servirá como propuesta Psicoterapeutica, del futuro del personal de salud de este Cantón, por lo que les anticipo mis agradecimientos por sus apoyo a dicho proyecto.

Arenillas 25 de Agosto del 2014

Atentamente,



Hayro Jr. Cerna B.
Dr. Hayro Junior Cerna Bermeo
DIRECTOR HOSPITAL ARENILLAS

Hayro Jr. Cerna B.
CENTRO HOSPITAL BÁSICO ARENILLAS
No: 43 Folio: 124 No. 373
INSPI. 11-08-0673-13

Anexo N° 2. Formulario para medir el Síndrome de Burnout

El formulario para medir el Síndrome

MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo siente. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

Nunca:..... 1 Algunas veces al año:..... 2
 Algunas veces al mes:..... 3 Algunas veces a la semana:..... 4
 Diariamente:..... 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

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



MBI (INVENTARIO DE BURNOUT DE MASLACH)

A continuación encontrará una serie de enunciados acerca de su trabajo y de sus sentimientos en él. Le pedimos su colaboración respondiendo a ellos como lo sienta. No existen respuestas mejores o peores, la respuesta correcta es aquella que expresa verdídicamente su propia existencia. Los resultados de este cuestionario son estrictamente confidenciales y en ningún caso accesible a otras personas. Su objeto es contribuir al conocimiento de las condiciones de su trabajo y mejorar su nivel de satisfacción.

A cada una de las frases debe responder expresando la frecuencia con que tiene ese sentimiento de la siguiente forma:

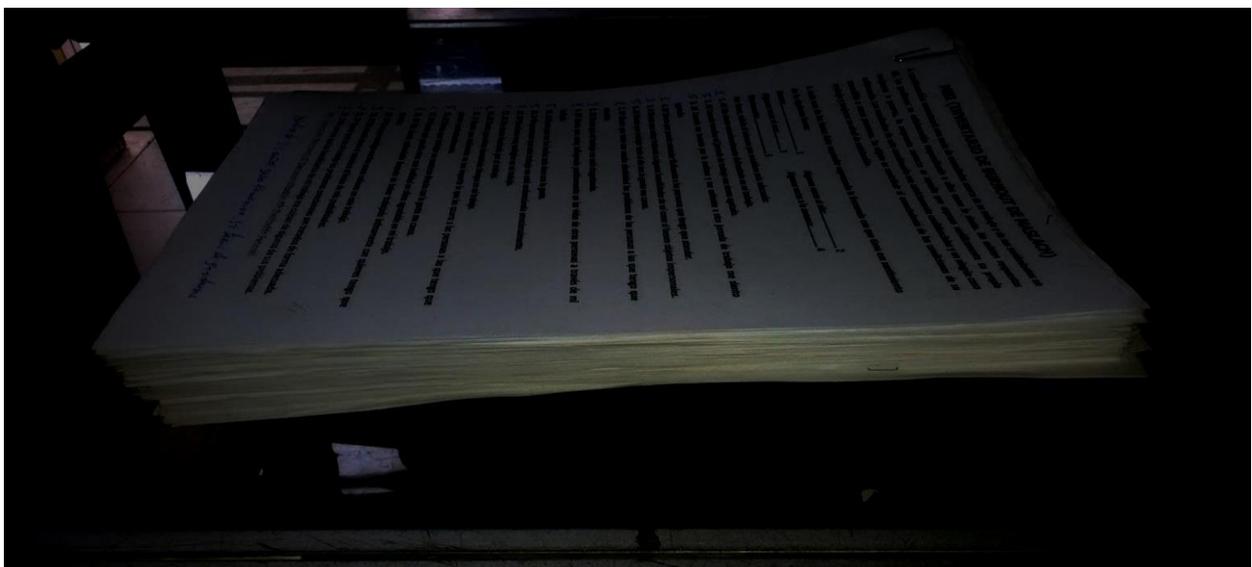
Nunca:..... 1 Algunas veces al año:..... 2
 Algunas veces al mes:..... 3 Algunas veces a la semana:..... 4
 Diariamente:..... 5

Por favor, señale el número que considere más adecuado:

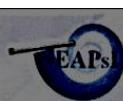
2 1. AE Me siento emocionalmente defraudado en mi trabajo.
 5 2. AE Cuando termino mi jornada de trabajo me siento agotado.
 5 3. AE Cuando me levanto por la mañana y me enfrento a otra jornada de trabajo me siento agotado.
 2 4. RP Siento que puedo entender fácilmente a las personas que tengo que atender.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

AE: Agotamiento Emocional; D: Despersonalización; RP: Realización Personal.

Medico de 33 años sexo femenino, si tiene el síndrome.



Anexo N° 3. Cuestionario de personalidad SEAPSI



CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEA Psi

Nombre Gaby Yulayse Torres Peruz Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	SI	8
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	SI	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	NO	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	SI	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	SI	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	SI	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	SI	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	NO	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	SI	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	SI	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	NO	9
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	SI	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	SI	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	SI	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	SI	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	SI	
	Generalmente impongo mi punto de vista	SI	
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas	SI	
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva	SI	
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	SI	
c	Mi estado de ánimo es muy variable	NO	8
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	SI	
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	SI	
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	SI	
	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal	SI	
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	SI	
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	SI	
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo	SI	
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	NO	
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	SI	
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	SI	7
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella	SI	
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	SI	
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	SI	
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	NO	
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	SI	
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	SI	
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	NO	
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	NO	
	Me agrada que los demás me vean atractivo	SI	
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás	NO	2
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	SI	
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío	NO	
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agrandar a los demás	SI	
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	NO	
	Mi vida social es reducida	NO	
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	NO	
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	NO	
	Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás	NO	
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	NO	
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	SI	

APSI		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo	NO
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen	SI
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas	NO
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados	SI
	Soy obediente ante mis superiores y jefes	SI
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros	SI
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante	SI
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo	SI
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones	NO
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales	NO
	Prefiero hacer las cosas solo	SI
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas	SI
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza	SI
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente	SI
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan	NO
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría	SI
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas	NO
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás	NO
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean	NO
ez	Me agradan las cosas excéntricas y fuera de lo común	SI
	Tengo un poder especial para saber qué es lo que sucederá en el futuro	NO
	Mi apariencia es peculiar y rara para los demás	SI
	No confío mucho en mis amigos íntimos o de confianza	NO
	Me agradan las supersticiones y los fenómenos paranormales	SI
	Con los demás soy inflexible, me cuesta ceder a sus peticiones	NO
	Siento que soy diferente y que no encajo con los demás	NO
	Me siento muy ansioso ante personas desconocidas	NO
	Temo que los demás quieran hacerme daño	NO
	Creo ver, oír o sentir algo que no es real	NO
ds	Reniego de las normas sociales y legales	SI
	A veces hago trampa para obtener beneficios personales	SI
	Si encuentro una solución que es favorable para mí, avanzo, sin fijarme si las consecuencias son negativas para otras personas	SI
	En la niñez solía causar daños a los animales	NO
	Suelo ser impulsivo al planificar el futuro	NO
	Soy incapaz de mantener relaciones personales duraderas	SI
	Cuando estoy con ira expreso mi agresividad sin importarme las consecuencias	SI
	No me preocupa mi seguridad ni la de las demás personas	SI
	Soy inestable en mis trabajos aún cuando tenga obligaciones económicas	NO
	No tengo remordimientos cuando ofendo a los demás	SI
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira	SI
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades	NO
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas	NO
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo	SI
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento	SI
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo	NO
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer	SI
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado	SI
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias	NO
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones	NO
APRECIACIÓN		



CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD APs

CALIFICACIÓN

A partir del conteo que se realice en cada tipo de personalidad de acuerdo a lo señalado, se coloca cada resultado en el recuadro ubicado al final de cada personalidad, la repuesta oscila entre 0 - 10. Luego estos resultados se trasladan a la siguiente tabla:

Escala

10													
9													
8													
7													
6													
5													
4													
3													
2													
1													
0													
P	h	c	a	p	d	s	i	e	v	d	e	e	z
	Personalidades Afectivas	Personalidades Cognitivas	Personalidades Comportamentales	Personalidades con déficit en la relación									

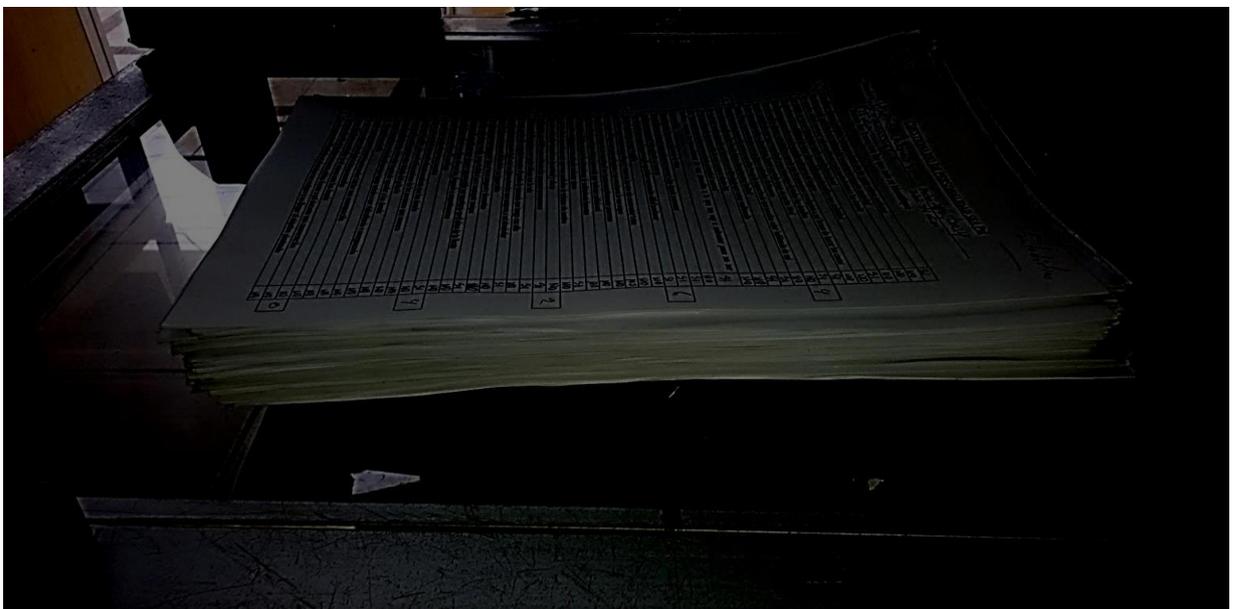
En adelante

INSTRUMENTO PARA LAS PERSONAS CON UN BPA

Nombre: Yvonne Delgado S. Fecha: 20/02/2019

Indique con una X como le va en las siguientes situaciones

a	Al realizar algunas actividades o tareas me siento como los demás	SI
	Procuramos una puntualidad y adherencia del tiempo con otras personas	NO
	Me resulta difícil organizar mis actividades y mis compromisos con los demás	NO
	Me resulta un tanto complicado con la moral y los valores	SI
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falta, conducta o mala actitud	NO
	Me siento avergonzado cuando alguien critica o se burla	NO
	Cuando realizo alguna actividad me preocupa que los demás se relacionen o se burlen de hacer las cosas	SI
	En las actividades me siento avergonzado y me preocupa de todos los detalles	SI
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	NO
	Tengo ideas o pensamientos que me hacen sentir los demás	NO
b	Cuando voy a un grupo de amigos siento que tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mí	SI
	Para que yo confíe en los demás debo demostrarles bondad	SI
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	NO
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	NO
	Soy una persona que demuestra una cierta autoridad natural	SI
	Prefero conocer las consecuencias de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido	NO
	Generalmente impongo mi punto de vista	SI
	En mi labor me gusta generalmente ayudar a las demás personas	SI
	Prefero mantener mi vida privada en reserva	SI
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar	NO
c	Mi estado de ánimo es muy variable	NO
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste	NO
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro	NO
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso	NO
	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal	NO
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano	SI
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno	NO
	En mi vida diaria repentinamente aparecen periodos de tristeza sin motivo	NO
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto	SI
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco	SI
d	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía	SI
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tengo con ella	NO
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor	SI
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable	NO
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo	NO
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos	SI
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta	NO
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme	NO
	Me gusta ser reconocido por lo que hago	SI
	Me agrada que los demás me vean atractivo	NO
ev	Prefero evitar actividades que involucren contacto con los demás	NO
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco	NO
	En una reunión social prefiero estar alejado del griteo	NO
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás	NO
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado	NO
	Mi vida social es reducida	NO
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación	NO
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales	NO
	Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás	NO
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación	NO
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado	NO



Anexo Nº 4. Escala de Ansiedad de Hamilton

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no, durante el último mes, los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

- 0. Ausente
- 1. Intensidad ligera
- 2. Intensidad media
- 3. Intensidad elevada
- 4. Intensidad máxima (invalidante)

		0	1	2	3	4
1	Estado ansioso: Inquietud. Expectativas de catástrofe. Aprensión (anticipación con terror). Irritabilidad.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2	Tensión: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Reacciones de sobresalto. Llanto fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para esperar.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3	Miedos: A la oscuridad. A los desconocidos. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4	Insomnio: Dificultades de conciliación. Sueño interrumpido. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Térores nocturnos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

		1	2	3	4	5
1	Estado de ánimo: Irritabilidad. Depresión de carácter. Agitación. Inestabilidad con ansiedad. Irritabilidad.					
2	Fansías: Sensaciones de tensión. Fatiga. Imposibilidad de estar quieto. Emociones de sobresalto. Llama fácil. Temblores. Sensaciones de incapacidad para operar.					
3	Ideas: A la oscuridad. A las desconocidas. A quedarse solo. A los animales. A la circulación. A la muchedumbre.					
4	Sueño: Dificultades de conciliación. Sueño tempestivo. Sueño no satisfactorio, con cansancio al despertar. Sueños penosos. Pesadillas. Terrores nocturnos.					
5	Funciones Intelectuales (Cognitivas): Dificultad de concentración. Falta de memoria.					
6	Estado de ánimo depresivo: Pérdida de interés. No disfruta del tiempo libre. Depresión. Insomnio de madrugada. Variaciones anímicas a lo largo del día.					
7	Síntomas somáticos musculares: Dolores musculares. Rigidez muscular. Sacudidas musculares. Sacudidas clónicas. Rechinar de dientes. Voz quebrada.					
8	Síntomas somáticos generales: Zumbido de oídos. Visión borrosa. Oleadas de calor o frío. Sensación de debilidad. Sensaciones parestésicas (pinchazos u hormigueos).					
9	Síntomas cardiovasculares: Taquicardia. Palpitaciones. Dolor torácico. Sensación pulsátil en vasos. Sensaciones de "baja presión" o desmayos. Extrasístoles (arritmias cardíacas benignas).					
10	Síntomas respiratorios: Opresión pretorácica. Constricción precordial. Sensación de ahogo o falta de aire. Suspiros. Disnea (dificultad para respirar).					
11	Síntomas gastrointestinales: Dificultades evacuatorias. Gases. Dispepsia: dolores antes o después de comer, ardor, hinchazón abdominal, náuseas, vómitos, constricción epigástrica. Cólicos (espasmos) abdominales. Diarrea. Pérdida de peso. Estreñimiento.					
12	Síntomas genitourinarios: Micciones frecuentes. Micción imperiosa. Amenorrea (falta del período menstrual). Metrorragia (hemorragia genital). Frigidez. Eyaculación precoz. Impotencia. Ausencia de erección.					

Anexo N° 5. Procesos Terapéuticos

